

REPUBLIQUE TOGOLAISE



Travail – Liberté – Patrie

-----

# **Systeme de financement de la santé au Togo :**

## **Revue et analyse du systeme**

Rapport final, mai 2015

---

*Comité National de Promotion de la  
Protection Sociale*

---

*Cette étude a été conduite avec le soutien financier de l'Union Européenne dans le cadre du  
Partenariat UE-OMS pour la Couverture Sanitaire Universelle.*

## Table des matières

<b>Résumé exécutif</b> .....	<b>5</b>
Principaux résultats et recommandations .....	6
Conclusion et Perspectives .....	8
<b>Introduction</b> .....	<b>9</b>
<b>Partie I: Généralités</b> .....	<b>10</b>
<b>Chapitre 1 : Cadre conceptuel</b> .....	<b>10</b>
1.1. Couverture sanitaire universelle (CSU) .....	10
1.2. Système de Financement de la santé .....	10
1.3. Politique / stratégie de financement de la santé .....	10
1.4. Fonctions du financement de la santé.....	11
1.5. Dépenses de santé catastrophiques.....	11
1.6. Cadre analytique proposé au Togo .....	12
<b>Chapitre 2: Contexte politique, économique et épidémiologique</b> .....	<b>13</b>
2.1. Contexte politique .....	13
2.2. Contexte économique et social .....	13
2.2.1. <i>Tendances économiques</i> .....	13
2.2.2. <i>Situation de la pauvreté et de la vulnérabilité de la population</i> .....	14
2.2.3. <i>Situation de la protection sociale</i> .....	14
2.3. Contexte épidémiologique.....	15
<b>Chapitre 3: Objectifs et méthodologie de l'étude</b> .....	<b>16</b>
3.1. Objectifs de l'étude .....	16
3.2. <i>Méthodologie de l'étude</i> .....	16
3.2.1. <i>Le cadre analytique</i> .....	16
3.2.2. <i>Déroulement de l'étude</i> .....	17
<b>Partie II: Analyse du système de financement de la santé au Togo</b> .....	<b>18</b>
<b>Chapitre 4. Etat des lieux du système de santé</b> .....	<b>18</b>
4.1. Gouvernance et pilotage du système de santé .....	18
4.2. Offre de soins de santé .....	19
4.2.1. Organisation de l'offre de soins.....	19
4.2.2. Couverture sanitaire.....	19
4.2.3. Efficacité du système de soins.....	20
4.3. Situation des ressources humaines pour la santé .....	22
4.3.1. Déséquilibres quantitatifs.....	22
4.3.2. Inégalités majeures de répartition géographique des RHS .....	23
4.3.3. Absence de mesures incitatives pour le personnel .....	23
4.3.4. <i>Environnement des RHS en amélioration</i> .....	23
4.4. <i>Caractéristiques de l'utilisation du médicament au Togo</i> .....	24
4.4.1. Disponibilité des médicaments et leur usage rationnel .....	24
4.4.2. Politique nationale des prix des médicaments et son respect.....	25
4.5. Financement de la santé.....	25
4.6. Performance du système de santé.....	25
4.7. Les défis du système de santé .....	26
<b>Chapitre 5: Etat des lieux du système de financement de la santé et des dépenses de santé</b> .....	<b>27</b>
5.1. Tendance des dépenses de santé .....	27
5.2. Principaux acteurs impliqués dans le financement de la santé .....	28
5.3. Protection Sociale en Santé .....	29
5.3.1. <i>Fonds des indigents</i> .....	30
5.3.2. <i>Les autres initiatives de gratuité ou de subventions des soins aux couches vulnérables</i> .....	30
5.3.3. <i>Lancement de l'Assurance Maladie Obligatoire</i> .....	30
5.3.4. <i>Mutuelles de santé</i> .....	31
5.3.5. <i>Sociétés d'assurances privées</i> .....	31
<b>Chapitre 6: Analyse des fonctions du financement de la santé</b> .....	<b>32</b>
6.1. Collecte des fonds.....	32
6.1.1. <i>Recettes fiscales</i> .....	32
6.1.2. <i>Cotisations sociales et primes</i> .....	34
6.2. Mise en commun des fonds .....	35

6.2.1. Les organismes publics de mise en commun	35
6.2.2. Assurance-maladie sociale	36
6.2.3. Les systèmes privés de mise en commun	37
6.3. Achats de prestations	38
6.3.1. Cadre organisationnel des achats	38
6.3.2. Paniers de soins couverts	42
6.3.3. Mécanismes de paiement des prestataires	43
6.3.4. Gestion et suivi des demandes	43
6.3.5. Gestion de la qualité	43
6.3.8. Consommation rationnelle des soins	44
6.4. Analyse de la gouvernance du système de protection sociale en santé	44
6.4.1. Structures de gouvernance et d'administration	44
6.4.2. Dialogue politique	45
6.4.3. Régulation et suivi des prestataires	45
6.4.4. Gestion de l'information et processus décisionnel	46
<b>Partie III: Evaluation et Perspectives</b>	<b>47</b>
<b>Chapitre 7. Evaluation de la performance du système de financement de la Santé</b>	<b>47</b>
7.1. Niveau de financement	47
7.2. Couverture de la population	47
7.3. Degré de mise en commun au sein du système de financement de la santé	47
7.4. Niveau de protection contre le risque financier	47
7.5. Degré d'équité dans le financement de la santé	47
7.6. Efficacité et efficacité des mécanismes	48
<b>Chapitre 8: Perspectives</b>	<b>51</b>
8.1. Synthèse des forces et défis	51
8.1.1. Les acquis	51
8.1.2. Les faiblesses majeures	51
8.2. Pistes de réformes proposées	53
A. Augmenter la couverture de la population et améliorer la mise en commun des ressources	53
B. Mobiliser plus de ressources	58
C. Améliorer l'efficacité dans l'utilisation des ressources	58
D. Renforcer la gouvernance du MS pour une meilleure équité, régulation et transparence	59
8.3. Prochaines étapes	59
<b>Conclusion</b>	<b>61</b>
<b>Références</b>	<b>62</b>
<b>Annexes</b>	<b>63</b>

## Liste des figures

Figure 1: Dimension à considérer lors de la progression vers la couverture universelle .....	Erreur ! Signet non défini.
Figure 2: Illustration des fonctions du financement de la santé .....	Erreur ! Signet non défini.
Figure 3: Cadre analytique .....	Erreur ! Signet non défini.
Figure 4: Carte géographique du Togo .....	Erreur ! Signet non défini.
Figure 5: Schéma du cadre d'analyse du SFS-CSU .....	Erreur ! Signet non défini.
Figure 6: Disponibilité et capacité opérationnelle générale des structures sanitaires en 2012	Erreur ! Signet non défini.
Figure 7: Evolution du taux de fréquentation des formations sanitaires publiques et confessionnelles	Erreur ! Signet non défini.
Figure 8: Densité de médecins par région au Togo .....	Erreur ! Signet non défini.
Figure 9: Comparaison des financements extérieurs pour les pays de l'UEMOA entre 2003 et 2007	Erreur ! Signet non défini.
Figure 10 : Flux financiers dans le système de la santé .....	Erreur ! Signet non défini.
Figure 11 : Répartition de la subvention des Indigents entre niveaux de la pyramide sanitaire	Erreur ! Signet non défini.
Figure 12 : Hausse absolue mais diminution relative de la part du budget global allouée à la santé	Erreur ! Signet non défini.
Figure 13 : Comparaison régionale (budget d'Etat ; dépenses publiques en santé).....	Erreur ! Signet non défini.
Figure 14 : Schéma de financement de la santé par l'impôt .....	Erreur ! Signet non défini.
Figure 15 : Regroupement des fonds .....	Erreur ! Signet non défini.
Figure 16 : Financement global en santé par type de prestataires .....	38
Figure 17 : Allocations des crédits de fonctionnement du Ministère de la Santé par habitants	Erreur ! Signet non défini.
Figure 18 : Part des paiements directs des ménages en pourcentage des dépenses totales de santé .....	40
Figure 19: Architecture proposé au Gabon pour la CSU.....	53
Figure 20 : Architecture proposée au Ghana pour la CSU.....	54
Figure 21 : Architecture proposée au Rwanda pour la CSU .....	54
Figure 22 : Illustration de l'option stratégique definancement et fonctionnement de l'assurance maladie universelle au Togo	

57

## Liste des tableaux

Tableau I : Densité des personnels de santé .....	22
Tableau II : Togo : Ratios des dépenses de santé, années 2002, 2008 et 2012 .....	27
Tableau III : Comparaison des mutuelles et de leur état de fonctionnement parmi plusieurs pays d'AfriqueSub-Saharienne .....	31
Tableau IV : Evolution des prévisions & allocations des ressources au Ministère de la santé (en milliards de FCFA) ..	32
Tableau V : Synthèse des revenus potentiels des différents mécanismes de financement innovants pour la santé.....	33
Tableau VI : Evolution des ressources financières de l'INAM (CFA) .....	34
Tableau VII : Répartition du fonds par type d'organisme payeur .....	37
Tableau VIII : Dépenses de santé par agents de financement .....	38
Tableau IX : Evolution du nombre de prestataires de soins conventionnés par l'INAM .....	41
Tableau X : Prévision des ressources et dépenses .....	41
Tableau XI : Analyse de la performance du système de financement de la santé au Togo.....	48

## Sigles & Acronymes

AMO	:	Assurance Maladie Obligatoire
AMU	:	Assurance Maladie Universitaire
ANS	:	Agence Nationale de Solidarité
ARV	:	Anti-Retro-Viraux
BIT	:	Bureau International du Travail
CAMEG	:	Centrale d'Achat des Médicaments Essentiels et Génériques
CDMT	:	Cadre de Dépenses à Moyen Terme
CHR	:	Centre Hospitalier Régional
CHU	:	Centre Hospitalier Universitaire
CMU	:	Couverture Maladie Universelle
CNSS	:	Caisse Nationale de Sécurité Sociale
CNTLS	:	Conseil National du Travail et des Lois Sociales
CNPPS	:	Comité National de Promotion de la Protection Sociales
CNS	:	Comptes Nationaux de Santé
CRT	:	Caisse de Retraite du Togo
CTA	:	Combinaison Thérapeutique à base d'Arthémisine
DISER	:	Division de l'Information, des Statistiques, des Etudes et des Recherches
EDST	:	Enquête Démographique et de Santé -Togo
FBR	:	Financement Basé sur des Résultats
FCFA	:	Franc de la Communauté Financière Africaine
GAR	:	Gestion Axée sur les Résultats
INAM	:	Institut National d'Assurance Maladie
MEF	:	Ministère de l'Economie et des Finances
MEG	:	Médicaments Essentiels Génériques
MICS	:	Multiple Indicator Cluster Survey (Enquête par Grappes à Indicateurs Multiples)
MS	:	Ministère de la Santé
MTESS	:	Ministère du Travail, de l'Emploi et de la sécurité Sociale
MUSA	:	Mutuelles de Santé
OASIS	:	Organizational Assessment for Strengthening and Improving Health Financing System
OMS	:	Organisation Mondiale de la Santé
OMD	:	Objectifs du Millénaire pour le Développement
ONCDT	:	Ordre National des Chirurgiens-Dentistes du Togo
ONMT	:	Ordre National des Médecins du Togo
ONPT	:	Ordre National des Pharmaciens du Togo
PIB	:	Produit Intérieur Brut
PNDS	:	Plan National de Développement Sanitaire
PTME	:	Prévention de la Transmission de la Mère à l'Enfant
PVVIH	:	Personnes Vivant avec le VIH/SIDA
QUIBB	:	Questionnaire Unifié des Indicateurs de Base du Bien être
SARA	:	Evaluation de la préparation et de la disponibilité des services
SCAPE	:	Stratégie de Croissance Accélérée et de Promotion de l'Emploi
SMART	:	Simple, Mesurables, Acceptés, Réalistes
SNFS-CSU	:	Stratégie Nationale de Financement de la Santé pour la Couverture Sanitaire Universelle
SNIS	:	Système National d'Information Sanitaire
SONU	:	Soins Obstétricaux et Néonataux d'Urgence
SSP	:	Soins de Santé Primaires
TOM	:	Taux d'Occupation Moyen des lits hospitaliers
UE	:	Union Européenne
UEMOA	:	Union Economique et Monétaire Ouest Africain
UNESCO	:	Organisation des Nations Unies pour l'Education la Science et la Culture
UNFPA	:	Fond des Nations Unies pour la Population
UNICEF	:	Fonds des Nations Unies pour l'Enfance
USP	:	Unité de Soins Périphérique
VIH	:	Virus de l'Immunodéficience Humaine

## Résumé exécutif

Le présent document est un état des lieux du système de financement de la santé au Togo, un travail inscrit dans le processus d'élaboration d'une stratégie cohérente du financement vers la couverture universelle en santé (SNFS-CSU) dans lequel le pays s'est engagé afin d'assurer l'accès universel de tous à des soins de qualité sans encourir de dépenses catastrophiques.

L'état des lieux du financement de la santé est décrit et analysé en termes de volumes financiers, de système et de performance du système afin de compléter la base de connaissance pour orienter l'élaboration de la SNFS-CSU.

Il est le résultat du travail d'un pool d'acteurs multisectoriels avec l'appui technique et financier de l'OMS à travers le Programme de Partenariat UE-OMS ; ce travail a ensuite fait l'objet d'un atelier de validation technique au niveau du CNPPS élargi au mois de mars 2015.

La démarche s'est basée sur l'outil d'analyse institutionnelle et organisationnelle et d'évaluation de la performance du financement de la santé appelé OASIS. Cette méthode guide et structure une analyse du cadre institutionnel et organisationnel du financement de la santé pour en identifier les forces et surtout les faiblesses et établir un diagnostic de performance.

L'analyse a été effectuée sur la base d'entretiens avec les principaux acteurs du système de santé et d'une revue d'études/rapports et textes législatifs relatifs au financement de la santé et à la protection sociale au Togo. Le travail préparatoire de collecte des données visant à décrire l'architecture du système de financement de la santé a précédé l'atelier de rédaction au cours duquel les acteurs du système ont complété/validé l'analyse de la situation et ont proposé conjointement des pistes potentielles d'orientations stratégiques.

### Principaux résultats et recommandations

Le système de financement de la santé au Togo présente les caractéristiques suivantes :

#### **Ressources financières allouées à la santé**

Au Togo, la dépense totale de santé (DTS) est de CFA 138 milliards (en 2012), soit 8,6% du PIB ce qui correspond à une dépense annuelle par habitant de \$41. On estime, pour couvrir l'accès à un paquet de services essentiels pour l'ensemble de la population, la dépense de santé à \$86 par habitant par an (McIntyre & Meheus, 2014).

Les dépenses publiques de santé représentent 51% des DTS dont : 36% pour les PTF et 15% seulement pour l'Etat.

Les autres faits saillants de la mobilisation des ressources sont :

- un sous-financement des structures publiques de santé à travers des allocations budgétaires de l'Etat ; la part du budget de la santé a fortement régressée, passant de 9,1% à 5,3% du budget général entre 2002 et 2012, loin du seuil des 15% préconisés par les Chefs de Gouvernements dans la Déclaration d'Abuja en 2000.
- des préoccupations de pérennisation financière de l'INAM surtout en l'absence actuelle de tout appui extérieur, notamment de l'Etat pour le financement en particulier de l'investissement.
- des difficultés de recouvrement des cotisations au niveau des MUSA liées en grande partie au caractère volontaire de l'affiliation et à l'absence de mécanismes de prélèvement automatique.

Tout ceci indique que le budget de la santé doit augmenter de près de 50% pour aller vers la CSU, et ce financement doit venir des ressources budgétaires afin de réduire le paiement direct des ménages et la forte dépendance au financement des PTF.

#### **Couverture en santé**

Seulement 7,6% de la population togolaise est couverte par un système de protection sociale. Ceci indique que la majorité de la population ne fait partie d'aucun dispositif de protection du risque financier et continue de supporter les dépenses directes de santé à travers le paiement direct dont le niveau reste trop élevé (51 %).

Les conséquences sont bien visibles : 2,33% des ménages s'appauvrissent par des paiements directs des soins et 0,18% sont exposés aux dépenses catastrophiques de santé<sup>1</sup>. On comprend donc qu'il y a lieu d'alléger le poids des dépenses supportées par les ménages, notamment quant au paiement direct.

Des réflexions sur l'assurance maladie universelle ont permis de proposer une architecture de référence pour l'AMU au Togo. Les principes directeurs sur lesquels l'option stratégique proposée est fondée sont : l'universalité, la solidarité nationale, la responsabilité générale de l'Etat. Cette option stratégique s'inscrit dans la continuité des actions entreprises par le Gouvernement notamment la mise en place du régime obligatoire d'assurance maladie pour les agents publics et assimilés, géré par l'INAM. Elle s'inspire de l'analyse de situation et de l'enseignement tiré de multiples expériences internationales. L'architecture proposée met l'accent sur un seul fonds national et une structure nationale unique de gestion de la couverture maladie qui organise les trois fonctions principales du financement de la santé avec une délégation des fonctions de proximité à d'autres organes.

### **Mutualisation des ressources**

Aujourd'hui de nombreux mécanismes de financement et de couverture du risque maladie tendent à améliorer l'accès aux soins, mais l'analyse montre leur forte fragmentation. En effet, différents dispositifs de « gratuité » cohabitent, chacun orienté vers une catégorie donnée de la population, sans aucune articulation. Cette fragmentation limite la solidarité avec des faiblesses évidentes de redistribution des ressources entre mécanismes et entre les populations cibles. Au niveau des mécanismes assurantiels, on note un partage de risque à très faible échelle du fait de leur faible pénétration et/ou de la faible capacité contributive des adhérents.

Il s'avère donc indispensable de rechercher le pool maximal, ceci dans le cadre de la lutte contre la fragmentation à travers un mécanisme de coordination de l'ensemble des mécanismes de prise en charge et/ou un fonds intégré d'assurance maladie.

### **Degré d'équité dans le financement de la santé**

La question de l'équité se pose dans l'allocation des ressources publiques dont le montant est déterminé en partie de manière "historique" (c.à.d. selon le montant de l'année précédente) et non liée aux besoins, ni sur des critères objectifs, ce qui aggrave les disparités régionales.

- 36,5% des dépenses publiques de santé sont captées par les fonctions administratives, un record en Afrique de l'Ouest ;
- les subventions aux hôpitaux ne tiennent pas compte explicitement ni de l'activité, ni de la performance (efficience, qualité) ;

Le mode actuel de gestion ne favorise pas toujours la redevabilité et la transparence.

Il apparaît donc nécessaire d'introduire un achat stratégique à travers une révision des mécanismes de définition des budgets aux régions et districts sanitaires ainsi qu'aux institutions publiques pour tenir compte de critères objectifs, comme la taille de la population cible, le taux de pauvreté, les infrastructures, le niveau d'activités, etc.

### **Efficacité et efficience des systèmes**

L'efficacité des divers mécanismes de financement mis en œuvre au Togo est sujette à des interrogations. Le mode de fonctionnement des programmes de gratuité (fragmentation, difficultés de ciblage, insuffisance des ressources) ne permet pas de répondre à l'ensemble des besoins des populations cibles. La fragmentation pose aussi la question de l'efficacité administrative et de l'efficience dans l'utilisation des ressources (duplication des fonctions administratives, frais administratifs afférents élevés, faiblesse du suivi et du contrôle de gestion).

Il est maintenant reconnu que l'efficacité de ces mécanismes de prise en charge doit être évaluée et améliorée, notamment la subvention de la césarienne, stratégie phare de la politique de réduction de la mortalité maternelle actuellement pilotée au sein du MS. Quant à la « gratuité » de la prise en charge du paludisme, autre sujet d'actualité, sa mise en œuvre pose d'autant plus la question du système de financement qu'elle requière plus de clarifications dans sa gestion.

---

<sup>1</sup> Source : Togo, Direction Générale de la Statistique et de la Comptabilité Nationale (DGSCN), 2011.

## Achat des prestations

L'achat de services de santé se fait par trois grands acteurs : i) les ménages qui sont les premiers acheteurs de soins au Togo à travers les paiements directs et les tickets modérateurs ; ii) le MS qui exerce sa fonction d'achat à travers les règles d'allocation budgétaire en vigueur et ; iii) l'INAM qui joue le rôle d'acheteur de soins auprès des prestataires publics ou privés par un ensemble de procédures et/ou mécanismes de paiement, de contractualisation et de contrôle médical.

La pratique du paiement à l'acte, relevée comme principale mécanisme de paiement des prestations, peut inciter à des abus en matière de consommation et dans la prescription des soins (aléa moral lié à l'assurance santé).

Enfin, s'agissant de la qualité des prestations, différentes études récentes mettent surtout en avant en plus des barrières financières à l'utilisation des formations sanitaires, la qualité insuffisante des soins et l'insatisfaction des utilisateurs de nombreuses structures de soins, tant du secteur public que privé.

Partant des considérations ci-dessus, il est envisagé d'améliorer surtout l'efficacité dans l'utilisation des ressources à travers : i) l'instauration des mécanismes de paiement mixtes, ii) une rémunération sur base d'une meilleure connaissance des coûts réels, iii) l'incitation à la performance des prestataires de soins.

## Conclusion et Perspectives

Il ressort globalement de cet état des lieux qu'en matière de protection de la santé au Togo, il existe une diversité de mécanismes de financement et dispositifs de couverture du risque maladie, témoignant ainsi d'un engagement de l'Etat à offrir une couverture sanitaire aux populations togolaises et à réduire le poids financier de la maladie. Cependant, il a été relevé que les volumes financiers sont trop peu élevés, que les agencements du financement sont multiples sans véritable cohérence systémique, et que la performance en termes d'efficacité, d'équité et d'efficience n'est pas optimale.

Les défis liés à l'équité, à l'extension de la couverture et à la pérennité du système de financement de la santé demandent des réponses et l'élaboration d'un cadre cohérent pour la réforme du système de financement permettant d'une part, de progresser vers la couverture universelle et, d'autre part, d'améliorer la performance du système de santé togolais.

Afin d'aboutir dans les meilleures conditions à cette stratégie de financement de la santé vers la couverture universelle, les sujets ci-après ont été proposés pour des travaux d'approfondissement.

Sujets	Leadership proposé
a. Définition du paquet de soins de base pour l'assurance maladie universelle (AMU) et du coût du paquet de soins	MS- MTESS
b. Sources de financement de l'AMU : capacité contributive et niveau de cotisation des populations et subvention d'Etat	MTESS-MEF
c. Plan d'extension de l'AMO et mutualisation des fonds collectés	MTESS
d. Plan de convergence et d'intégration des programmes de gratuité	MS- MTESS
e. Amélioration de l'efficacité de l'administration sanitaire	MS-MEF
f. Etude de faisabilité de mécanismes alternatifs de paiement des prestataires	MS- MTESS

En plus de ces travaux, les principales réformes à engager sont notamment : i) la mise en place d'un cadre légal adapté instituant une couverture médicale de base obligatoire pour tous ; ii) la refonte de tous les mécanismes de prise en charge gratuits actuels dans l'architecture de la couverture universelle proposée.

Ces réformes doivent être accompagnées d'un vaste programme de renforcement des capacités ou restructuration de l'INAM pour l'adapter aux nouvelles catégories de populations à couvrir.



## Introduction

**« L'État reconnaît aux citoyens le droit à la santé. Il œuvre à le promouvoir »**

Article 34, Titre 2

Constitution de la République du Togo du 14 octobre 1992

Depuis la publication par l'OMS du Rapport 2010 sur la santé dans le monde, intitulé « Le financement des systèmes de santé : le chemin vers une couverture universelle », le concept de couverture sanitaire universelle a gagné en reconnaissance dans les instances internationales. Ce fut ainsi le cas avec la Déclaration politique de Mexico sur la couverture sanitaire universelle adoptée en avril 2012, de la Déclaration de Bangkok sur la couverture sanitaire universelle de janvier 2012, de la Déclaration de Tunis sur l'optimisation des ressources, la soutenabilité et la redevabilité dans le secteur de la santé, adoptée en juillet 2012 et la résolution de l'Assemblée Générale des Nations Unies, du 12 décembre 2012 qui invite instamment les gouvernements à accélérer la transition vers l'accès universel à des services de santé de qualité et abordables.

Ainsi, en cohérence avec la Constitution de la République togolaise du 14 octobre 1992 et souscrivant aux recommandations internationales (Résolution 58.33 de l'Assemblée mondiale de la santé de 2005 ; résolution A.67/81 de l'Assemblée Générale des Nations Unies de 2012), le Togo à l'instar des autres États membres de l'OMS, s'est engagé depuis 2013 dans un processus d'élaboration d'une stratégie nationale claire et cohérente de financement de la santé vers la couverture sanitaire universelle (SNFS-CSU).

Dans ce cadre, de nombreuses consultations ont eu lieu et ont montré qu'outre la sensibilisation des parties prenantes aux concepts clés de la CSU, la constitution d'une base factuelle solide est un élément crucial de la réussite du processus d'élaboration de la SNFS-CSU. C'est pourquoi le Ministère de la Santé et l'ensemble des parties prenantes concernées par la question de la protection sociale en santé ont, avec l'appui de l'OMS, concentré leurs efforts sur cette dimension au cours de ces derniers mois.

Un travail de revue et d'analyse du financement de la santé au Togo a été lancé dès juin 2014 afin de compléter et de structurer la base factuelle de la future SNFS.

Le Togo se trouve face à des défis relatifs au financement de son système de santé. En effet, les tendances sociodémographiques (extrême jeunesse de la population essentiellement à charge) et épidémiologiques (émergence des maladies chroniques) dans un contexte de pauvreté et de vulnérabilité majeures se traduisent par une demande accrue et en conséquence une augmentation des coûts de soins.

Parallèlement, des contraintes budgétaires limitent l'intervention des pouvoirs publics à affecter des ressources requises. Les ménages continuent à consacrer une part importante de leur revenu aux soins de santé, ce qui les expose davantage à l'appauvrissement. Dans ce contexte, la pérennisation du financement de la santé qui impose souvent à reformer la manière dont on finance le système de santé, devient un enjeu majeur.

C'est dans cette perspective que s'inscrit cette étude. Elle s'interroge sur la meilleure manière de restructurer le système de financement de la santé au Togo et particulièrement ses sous-fonctions (collecte des fonds, mise en commun des ressources, achat des services) en vue de tendre vers l'objectif de la couverture universelle.

Le présent rapport vise à fournir une base de connaissance pour orienter les choix politiques autour de la couverture sanitaire universelle et le dialogue sectoriel, dont une des thématiques-clés est l'accès universel aux soins de qualité. Il est structuré principalement autour des points suivants :

- une description du système de financement de la santé dans le contexte du Togo ;
- une analyse des forces et faiblesses et surtout les facteurs explicatifs des faiblesses (*causes institutionnelles ou organisationnelles*) au niveau des trois fonctions de financement avec une réflexion sur les défis du financement de la santé au Togo ;
- une évaluation du niveau de performance de certains indicateurs ;
- des orientations stratégiques d'amélioration potentielles pour guider l'élaboration de la future SNFS- CSU.

## Partie I: Généralités

### Chapitre 1 : Cadre conceptuel

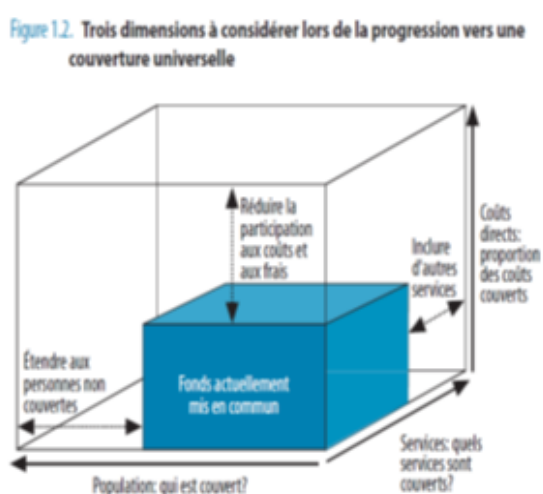
La compréhension de l'analyse du système de financement de la santé fait appel à un certain nombre de concepts clés qu'il est important de rappeler ici.

#### 1.1. Couverture sanitaire universelle (CSU)

« Veiller à ce que l'ensemble de la population ait accès aux services préventifs, curatifs, de réadaptation et de promotion de la santé dont elle a besoin et à ce que ces services soient de qualité suffisante pour être efficaces, sans que leur coût n'entraîne des difficultés financières pour les usagers », telle est définie la couverture universelle par l'Organisation mondiale de la Santé (OMS). Ce concept prend ses racines dans la Constitution de l'OMS, adoptée en 1948, qui fait de la santé l'un des droits fondamentaux de tout être humain, et dans la stratégie mondiale de la santé pour tous, lancée en 1979.

Les trois dimensions à considérer lors de la progression de la CSU sont :

Figure 1: Dimensions à considérer lors de la progression vers la couverture universelle



- **QUI (Largeur de la couverture):**  
L'ensemble de la **population**, y compris les personnes les plus pauvres et les plus vulnérables
- **QUOI: (Profondeur de la couverture) :**  
L'éventail complet des **services de santé essentiels**, y compris la prévention, les traitements, les soins hospitaliers et la prise en charge de la douleur.
- **COMMENT (hauteur de la couverture):**  
**Les coûts** ne sont pas seulement à la charge des malades mais sont supportés par l'ensemble de la population par le biais du prépaiement et de la mise en commun des risques. L'accès doit dépendre des besoins, pas de la capacité de payer,

La CSU suppose d'une part l'équité du financement de la santé (contribution selon la capacité contributive), et d'autre part l'équité dans l'accès aux soins (accès aux soins selon les besoins).

Au Togo, la Couverture Sanitaire Universelle est vue par les pouvoirs publics comme un enjeu de société, la mise en œuvre d'une solidarité nationale pour une cohésion sociale.

#### 1.2. Système de financement de la santé

Le système de financement n'est pas uniquement le financement du système. Il ne s'agit en effet pas seulement des financements, ou encore des flux financiers, mais aussi et surtout de l'ensemble des dispositifs en place dans la gestion des flux financiers. On parle de système parce que l'on souhaite que ces dispositifs aient une cohérence d'ensemble.

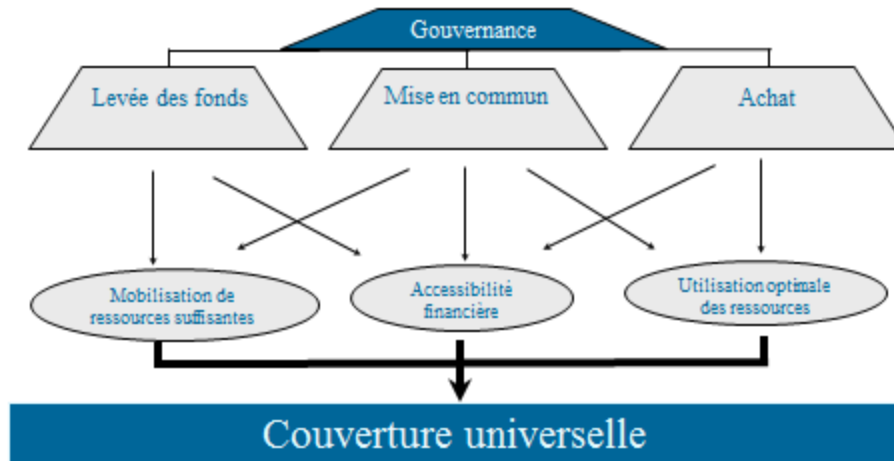
#### 1.3. Politique/stratégie de financement de la santé

Il ne s'agit pas d'une stratégie/politique pour financer le système, mais d'une stratégie/politique pour que le système de financement soit performant. Comme il s'agit pour ce dernier de permettre d'atteindre la couverture universelle en santé (l'idéal d'un accès de tous à tous les soins de qualité), on parlera tout aussi bien de « stratégie de financement de la santé vers la couverture sanitaire universelle (SFS-CSU) ».

## 1.4. Fonctions du financement de la santé

Les trois fonctions associées aux systèmes de financement de la santé sont : la collecte des ressources, la mise en commun des ressources, et l'achat des prestations. Ce cadre analytique est utilisé pour décrire le système de financement de la santé. A ces trois fonctions peut être ajoutée celle de la **gouvernance** du système.

Figure 2: Illustration des fonctions du financement de la santé



Source : Inke Mathauer/HQ/OMS

### Collecte des fonds

L'élément le plus important de la mobilisation de ressources revient à pouvoir compter sur des ressources pour la santé qui soient suffisantes et pérennes. Il s'agit notamment de comprendre comment les ressources sont mobilisées par les différents mécanismes de financement : combien est mobilisé, de quelles manières, et quels mécanismes reçoivent ses ressources, y compris selon quelle part relative des différentes sources, l'efficacité et l'efficience des mécanismes de la mobilisation des ressources et les performances des agences responsables.

### Mise en commun des ressources

La mise en commun des fonds est la question centrale du financement de la couverture universelle pour assurer l'équité dans le financement, l'accès et l'utilisation des services. Elle renvoie aux dispositifs par lesquels les fonds prépayés sont accumulés pour le compte d'une partie ou de toute la population. Il est donc important de comprendre la distribution des dispositifs relatifs à la mise en commun des fonds entre les administrations centrales et locales, l'assurance maladie, et les flux d'autres programmes verticaux.

### Achat des services

L'efficience dans l'allocation des ressources et leur utilisation détermine la manière dont le pays bénéficie des dépenses de santé. Ceci est la question centrale des mécanismes d'achat par lesquels les ressources sont transférées aux prestataires pour les services de santé qu'ils fournissent. L'achat de service prend en compte : l'allocation des ressources, les mécanismes de paiement, et la gestion des motivations financières à la fois des prestataires de service et des utilisateurs.

## 1.5. Dépenses de santé catastrophiques

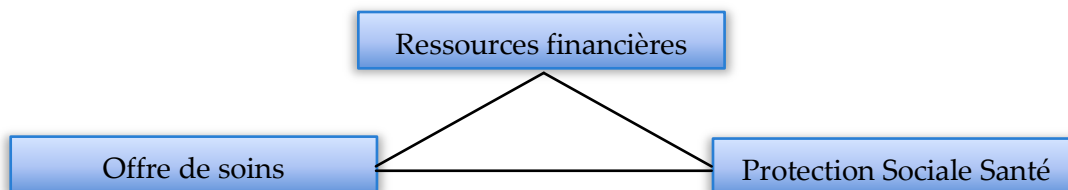
On qualifie les dépenses de santé des ménages de catastrophiques lorsqu'elles peuvent faire basculer les ménages dans la pauvreté, en raison de leur montant élevé et/ou de leur caractère imprévisible. L'OMS a retenu que lorsque les dépenses privées de santé dépassent 40% du revenu de subsistance du ménage, les dépenses de santé deviennent catastrophiques. On considère habituellement que les soins hospitaliers (séjours) et les médicaments sont sources de dépenses catastrophiques au vu de leur cherté. Elles devraient donc être prises en

charge le plus possible par l'Etat (ou éventuellement les bailleurs internationaux, même si cette solution n'est pas soutenable à terme).

### 1.6. Cadre analytique proposé au Togo

Le développement d'une stratégie nationale de financement pour la couverture sanitaire universelle au Togo (SNFS-CU) pourra se faire au creuset de trois volets d'étude diagnostique et analyse stratégique : les ressources financières, la protection sociale santé, l'offre de soins. Construire une stratégie sur la base de ces trois domaines d'investigation permettra de partir des préoccupations actuelles et de mobiliser les acteurs sur des domaines qu'ils cernent :

Figure 3: Cadre analytique<sup>2</sup>



#### **Ressources financières**

- Où sont les finances publiques dédiées à la santé hors Ministère de la Santé ? Que servent-elles ?
- Quelle efficacité et quelle équité dans l'utilisation des ressources actuelles ?
- Quelles ressources nouvelles pour demain ? Quels financements disponibles et à mobiliser finalement pour réduire le paiement direct des ménages ?

#### **Offre de soins :**

- Quelle disponibilité aujourd'hui ?
- Quelle place a le secteur privé et quelle place peut-on lui donner ? Quel potentiel à la contractualisation ?
- Quelles réformes pour un meilleur système de santé ? une offre de meilleure qualité ?

#### **Protection Sociale en Santé**

- Quels dispositifs aujourd'hui et quelle performance ?
- Quels enseignements de l'Assurance Maladie déjà à l'œuvre (coûts, fréquences, satisfaction, offre de soins) ?
- Quelle fonctionnalité et opportunité des exemptions de soins ?
- Quel panier de soins ? Quelles cibles ?
- Quelle architecture pour demain ? Quelle perspective d'extension à toute la population ?

<sup>2</sup> Cadrage retenu à l'issue de la mission au Togo en mars 2014 du consultant IST/WA en appui à l'élaboration de la stratégie de financement de la santé vers la couverture sanitaire universelle (SNFS-CSU).

## Chapitre 2: Contexte politique, économique et épidémiologique

Ce chapitre décrit brièvement le contexte politique, la situation économique et le profil épidémiologique des dernières années au Togo, ce qui permet d'avoir une compréhension de l'environnement social et sanitaire, des contraintes macroéconomiques et budgétaires auxquels le Togo fait face ainsi que des choix potentiels relatifs au financement de son système de santé.

Figure 4: Carte géographique du Togo



### 2.1. Contexte politique

Le Togo est un pays d'Afrique de l'Ouest situé entre le Bénin à l'Est, le Ghana à l'Ouest, le Burkina au Nord et l'Océan Atlantique au Sud. Il couvre une superficie de 56 600 Km<sup>2</sup>.

Le pays est subdivisé en cinq (5) régions administratives (Savanes, Kara, Centrale, Plateaux et Maritime) et six régions sur le plan sanitaire (les cinq régions administratives et Lomé Commune). Le processus de décentralisation est en cours et le Gouvernement a réaffirmé son engagement de le faire aboutir dans les meilleurs délais.

Ce qui signifie que les régions n'ont pas à ce jour une autonomie administrative et financière.

La population est estimée à 6,817 millions d'habitants en 2014<sup>3</sup>. La démographie togolaise se caractérise par :

- une croissance démographique forte avec un taux de croissance annuel moyen de 2,84%, résultat d'une fécondité encore élevée et d'une mortalité en baisse ;
- une prépondérance de jeunes; plus de la moitié de la population (environ 60%) sont des jeunes de moins de 25 ans (RGPH, 2010); cette structure de la population souligne l'urgence d'investir dans la santé, l'éducation et la création d'emplois.
- une population en majorité rurale, dans une proportion toutefois en régression, passant de 74,8% en 1981 à 62,3% en 2010.

La maîtrise de la croissance démographique, à travers la mise en œuvre d'une politique de population multisectorielle, y compris le renforcement des services de santé reproductive et de planification familiale et la gratuité des services d'information et d'éducation, apparaît comme un important défi sociodémographique.

Sur le plan politique, il est important de mentionner la contrainte majeure qu'a constituée pendant une dizaine d'années la très sérieuse crise politique dont le pays est actuellement en train de sortir. En effet, les troubles socio-politiques au début des années 1990 ont entraîné la suspension de la coopération internationale et ont fortement freiné le développement. L'aide publique au développement (APD) a connu une réduction de 62% entre 1990 et 2005 entraînant une chute du niveau de l'investissement public qui est passé de 13,8% à 3,3% du PIB durant la même période.

Dans un tel contexte, où il s'agissait avant tout de tenter de maintenir les acquis, il était évidemment difficile de se consacrer au « prospectif » et faire évoluer le système de santé.

### 2.2. Contexte économique et social

#### 2.2.1. Tendances économiques

Avec un revenu national brut (RNB) par habitant de 530 USD (BM, en 2013), le Togo fait partie des « pays les moins avancés<sup>4</sup> » en dépit des signes encourageants en termes de croissance économique. En effet, la croissance économique au Togo a affiché une hausse régulière au cours de ces cinq dernières années, bénéficiant à la fois des faveurs du climat et des effets des politiques mises en œuvre par le Gouvernement pour

<sup>3</sup>Source: Direction Générale de la Statistique Comptabilité Nationale (DGSCN),

<sup>4</sup>Liste des "Pays les moins avancés" disponible sur : <http://www.unohrrls.org/en/ldc/25/>

atténuer les effets des crises récentes: de 2,4% en 2008 la croissance du PIB réel est passée à 5,1% en 2013 ; il est estimée à 5,4% pour l'année 2014<sup>5</sup>.

Cependant des efforts importants doivent encore être réalisés pour atteindre une moyenne de 6 à 7% de croissance annuelle et réduire les inégalités de répartition de revenus afin d'avoir des retombées sur la réduction de la pauvreté et sur le bien-être des populations.

Le faible rythme de la croissance économique se traduit par une faible croissance du PIB par habitant ; ceci est dû en grande partie à la prépondérance du secteur informel dans la création de richesse ; 70,3% des individus actifs travaillent dans le secteur informel. L'auto emploi et les emplois de famille, peu qualifiés et à faible productivité, constituent 91% des emplois dans le secteur privé.

### **2.2.2. Situation de la pauvreté et de la vulnérabilité de la population**

Selon les données QUIBB<sup>6</sup>, bien que l'incidence de la pauvreté ait diminué au cours des dernières années, passant de 61,7% en 2006 à 58,7% en 2011, la profondeur, l'extrême pauvreté et les inégalités se sont aggravées entre les deux périodes. La pauvreté au Togo reste encore massive et profonde, hypothéquant la réalisation des droits fondamentaux de près de 3,63 millions de togolais. La pauvreté est un phénomène essentiellement rural avec plus de 73,4% de la population rurale se retrouvant sous le seuil de pauvreté. Cette caractéristique de la pauvreté reflète les faibles progrès enregistrés en matière d'inclusion et de disparités régionales.

Comme pour la pauvreté, la vulnérabilité est omniprésente au Togo. En 2006, la vulnérabilité à la pauvreté monétaire concernait 76,7% des ménages. Le taux de vulnérabilité des ménages est important dans tous les milieux de résidence mais en particulier dans les régions du nord du pays et centrale dans une moindre mesure.

Les conséquences se reflètent entre autres dans la baisse du taux d'accès des populations aux services de santé en milieu rural et des quintiles les plus pauvres, comme cela est décrit dans les sections suivantes. C'est dans ce contexte qu'il faut situer, d'une part, l'élaboration et la mise en œuvre par les autorités des cadres d'accélération des OMD, et d'autre part, la Déclaration de Politique Générale (DPG) du Gouvernement qui a décrété le quinquennat 2010-2015 comme celui du développement en vue de répondre de manière plus satisfaisante aux droits fondamentaux des togolais, notamment ceux particulièrement touchés par la pauvreté. La Stratégie de Croissance Accélérée et de Promotion de l'Emploi (SCAPE 2013-2017) qui intègre l'ensemble des défis et priorités du secteur de la santé, est une réponse du Gouvernement à ce défi majeur.

### **2.2.3. Situation de la protection sociale**

L'Etat togolais a fait un certain nombre d'avancées dans le domaine de la protection sociale. Plusieurs programmes et filets sociaux de sécurité, ainsi qu'un nouveau régime de protection sociale en santé ont été mis en œuvre au cours de ces dernières années surtout envers les populations les plus vulnérables.

Créée en 1991, la *Caisse des Retraités du Togo* (CRT) offre des pensions de retraite, d'invalidité et les pensions au dernier survivant ainsi que les allocations familiales pour le secteur public.

Créée en 1973, la *Caisse Nationale de Sécurité Sociale* (CNSS) gère un régime de sécurité sociale pour le secteur privé (et les institutions parapubliques) et offre une protection contre les risques professionnels (pour les accidents et maladies liées au travail) et prestations familiales.

---

<sup>5</sup>Source : Banque Mondiale (2014). Bases de données sur les tendances macroéconomiques du Togo

<sup>6</sup> La pauvreté monétaire concerne les individus dont le niveau de vie est jugé inférieur à un minimum défini par un seuil de pauvreté. Le taux de pauvreté monétaire est basé sur un seuil de pauvreté en termes réels de 323 388 CFA/an/personne adulte aux prix de Lomé en 2011.

Dans le but d'améliorer l'accès aux soins de santé, le Gouvernement s'est lancé dans une réforme qui a abouti en 2012 à la mise en place d'un nouveau régime obligatoire d'assurance maladie (AMO) géré par l'*Institut National d'Assurance Maladie* (INAM) dont la mission est d'assurer la couverture des risques liés à la maladie, aux accidents non professionnels et à la maternité. Créé par la loi n°2011-003 du 18 février 2011 et opérationnel depuis 2012, l'INAM constitue la porte d'entrée d'un régime d'assurance maladie qui, à terme, a vocation à s'élargir à d'autres catégories de population.

L'engagement de l'Etat pour la protection sociale s'est traduit également par l'élaboration/adoption d'une politique et d'une stratégie nationales de sécurité sociale visant l'atteinte de l'objectif d'une couverture à long terme, plus étendue et plus durable touchant toutes les catégories de population et plus particulièrement les pauvres et les plus vulnérables.

### **2.3. Contexte épidémiologique**

Le Togo à l'instar des pays en développement en transition épidémiologique, présente un double fardeau de la maladie avec d'une part, une forte prévalence des maladies infectieuses et d'autre part, une émergence des maladies non transmissibles en grande partie liée à une évolution marquée des modes de vie.

La situation sanitaire est caractérisée par des niveaux encore élevés de morbidité et de mortalité qui relèvent de causes infectieuses qui sont pour la plupart évitables. La mortalité infanto-juvénile élevée au Togo (89‰ naissances vivantes<sup>7</sup>) est due essentiellement à des maladies infectieuses dont le paludisme, la pneumonie et la diarrhée.

Il est à noter par ailleurs, un accroissement des maladies non transmissibles lié au niveau élevé d'exposition aux facteurs de risques notamment le tabagisme, la consommation abusive d'alcool, l'usage de drogue et autres substances psychoactives, l'obésité, etc. A titre d'exemple, la prévalence de l'hypertension artérielle est de 19% et celle du diabète de 2,6% au sein de la population de 15 à 64 ans<sup>8</sup>. Les maladies cardio-vasculaires représentent 6% du total des décès enregistrés dans les établissements de soins du pays. Ceci pose de nouveaux défis sanitaires.

---

<sup>7</sup>Source : République Togolaise : DGSCN : EDST, 2013

<sup>8</sup>Source : Ministère de la santé : Enquête STEP, 2010.

## Chapitre 3: Objectifs et méthodologie de l'étude

### 3.1. Objectifs de l'étude

L'objectif général de cette étude est de contribuer à la mise en place d'une base factuelle structurée en vue de l'élaboration de la Stratégie Nationale de Financement de la Santé vers la couverture sanitaire universelle.

Les objectifs spécifiques sont :

- i. obtenir une « photographie » du système de financement de la santé au Togo;
- ii. fournir une analyse fine des aspects institutionnel et organisationnel du financement de la santé
- iii. évaluer la performance d'ensemble du système de financement de la santé
- iv. identifier et proposer des mesures d'amélioration et recommandations qui permettront d'orienter l'élaboration de la future SNFS vers la couverture universelle.

Le travail analytique a pris en compte les questions -clés suivantes :

- *Quels sont les citoyens actuellement couverts, par quels mécanismes de protection financière contre le risque maladie existants ?*
- *Quelle est la portée de la couverture existante en matière d'accès à un paquet de soins, et de réduction de la participation financière des assujettis?*
- *Quels sont les mécanismes financiers mis en place pour fournir une incitation à la qualité des soins et à l'efficacité des dépenses de santé ?*

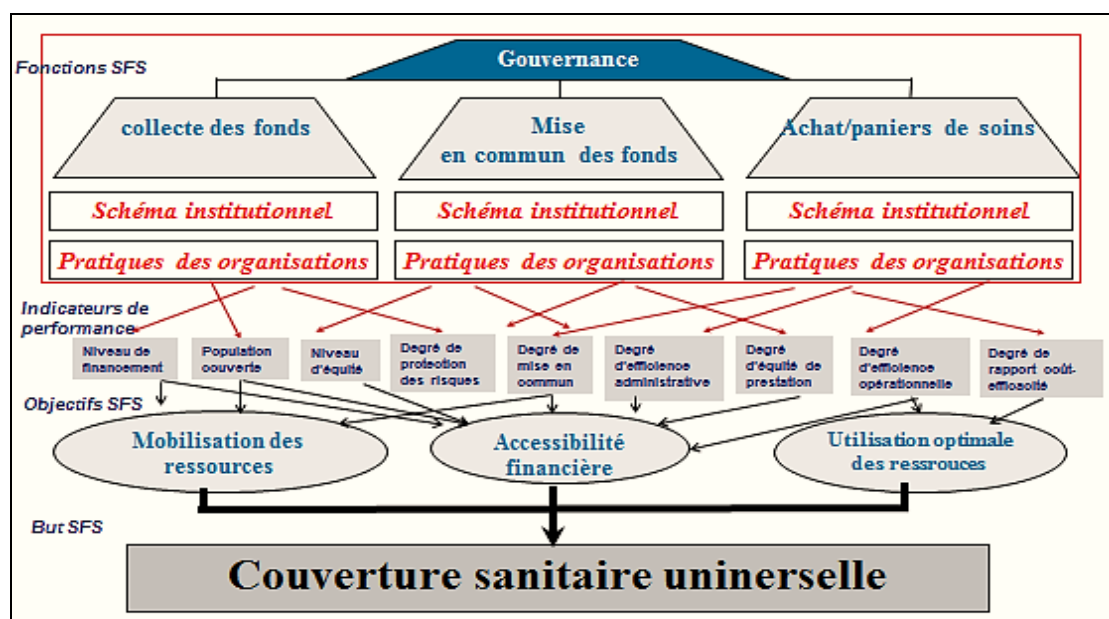
### 3.2. Méthodologie de l'étude

#### 3.2.1. Le cadre analytique

L'ensemble des analyses et réflexions faites pendant cette revue du système de financement de santé au Togo suivent une logique basée sur l'approche et le cadre conceptuel de l'outil OASIS développé par l'OMS comme illustrée par le graphique ci-dessous.

Cette approche définie par Mathauer/Carrin (2010) met l'accent sur le schéma institutionnel (les règles) du système de financement de la santé et les pratiques des organisations (l'exécution de ces règles) dans un pays.

Figure 5: Schéma du cadre d'analyse du SFS-CSU



Source : Inke Mathauer/HQ/OMS



Comme le montre le graphique ci-dessus, les fonctions du financement sont concrétisées par les arrangements institutionnels et par les pratiques des organisations qui par ailleurs sont déterminants pour l'atteinte des indicateurs de performance en matière de financement de la santé et pour le progrès vers la couverture universelle.

La logique suivie a été de faire une analyse critique du cadre institutionnel et organisationnel des trois fonctions du financement de la santé à savoir : la collecte des fonds, la mise en commun de ceux-ci et l'achat des prestations, ainsi que la gouvernance en identifiant les différentes contraintes pouvant expliquer les insuffisances constatées. Il s'est agi également d'établir un diagnostic de performance et de faire les propositions pour améliorer la performance de ce système de financement avec comme but final l'atteinte de la couverture universelle.

### **3.2.2. Déroulement de l'étude**

L'analyse du système de financement de la santé a été conduite en une succession d'étapes clés à savoir : (i) travail préparatoire de collecte de données, (ii) atelier d'analyse et élaboration du projet de rapport ; (iii) validation technique de l'analyse.

#### **Etape 1 : travail préparatoire**

Ce travail préparatoire a consisté principalement en :

- la formation sur l'outil OASIS d'un groupe multisectoriel mis en place au sein du comité national pour la promotion et la protection sociale (CNPPS) pour guider le développement de la SNFS-CSU.
- la collecte des données : en vue de renseigner les tableaux des composantes 1 et 2 de l'outil, six groupes thématiques ont été mis en place et ont travaillé durant la période de juin à octobre 2014. Cette phase a été complétée par des entretiens semi-structurés conduits auprès des informateurs clés afin de compléter et de valider les données déjà collectées par les groupes thématiques. Il s'agissait de discuter de la pratique actuelle en matière de collecte des ressources, de mise en commun, d'achat, de paquet de soins ainsi que des questions liées à la gouvernance des dispositifs de protection sociale en santé mis en place

#### **Etape 2 : Phase analytique**

Le diagnostic de la situation préliminaire a servi de base pour un atelier de mise en commun et de rédaction organisé du 10 au 15 novembre 2014. L'équipe d'analyse était composée de 15 membres issus du groupe de travail multisectoriel choisis pour leur disponibilité, leur capacité d'analyse/rédaction et/ou leur connaissance des questions de financement de la santé (cf. liste de participants présentée ci-dessous). Ce noyau technique national a été appuyé par l'équipe de l'OMS. Lors de cet atelier, les acteurs du système ont complété et validé l'analyse de la situation (composantes 1-2 de l'outil OASIS), puis ont proposé conjointement des pistes potentielles d'orientations stratégiques (cf. TDR atelier en annexe).

#### **Etape 3 : Revue**

Une revue des pairs a été menée à travers des échanges entre experts, acteurs du système et PTF parties prenantes.

#### **Etape 4 : Validation technique**

Un atelier de validation technique, a été organisé du 17 au 18 mars 2015 pour échanger entre experts et acteurs du système et obtenir un large consensus sur les résultats d'analyse de la situation du système de financement au Togo.

## Partie II: Analyse du système de financement de la santé au Togo

Comme évoqué précédemment, le développement d'une stratégie nationale de financement pour la couverture universelle devra se faire au creuset de trois volets d'étude diagnostique et analyse stratégique : l'offre de soins, les ressources financières et la protection sociale en santé.

### Chapitre 4. Etat des lieux du système de santé

Offrir des soins de qualité à toute la population togolaise implique une capacité de l'offre à répondre à la demande, et au besoin une restructuration du système de santé. Cette restructuration, si elle est nécessaire, aura des implications notamment sur le financement de la santé pour tendre vers l'objectif de la couverture universelle.

De nombreuses études et travaux d'analyse ont déjà été menés dans le secteur et ont permis de dresser un tableau de forces et faiblesses du système actuel de santé<sup>9</sup>. Il s'agit ici de structurer les acquis et surtout les domaines du système de santé où des interventions/actions innovantes sont nécessaires.

#### 4.1. Gouvernance et pilotage du système de santé

Il est acquis que l'amélioration de la santé passe par une approche multi-sectorielle qui commande un ensemble d'interventions, concertées et coordonnées qui devraient mobiliser une large gamme d'acteurs et d'entités organisationnelles. Au Togo, plusieurs ministères et institutions interviennent dans le domaine de la santé. Cependant, à défaut de mécanismes réels de coordination et de consultations stratégiques régulières entre les différents acteurs concernés par la planification et le développement sanitaire, la gestion du secteur donne plutôt lieu à une diversité d'initiatives pas toujours harmonisées. Le pilotage des interventions est actuellement compromis par l'absence d'un réel leadership du ministère de la santé. Ceci reflète une architecture assez complexe du système et une fragmentation des responsabilités<sup>10</sup> avec de nombreuses lacunes tant au niveau de la coordination intersectorielle que la coordination des services du ministère de la santé.

Néanmoins, il faut souligner que la coordination du secteur et la concertation entre le Ministère de la Santé et les autres parties prenantes se sont nettement améliorées ces cinq dernières années dans le cadre du renforcement de dialogue politique sectoriel par suite de l'adhésion du Togo à des différentes initiatives de partenariat (IHP+, HHA, Partenariat UE-OMS).

En outre, un Comité sectoriel Santé et VIH/Sida a été mis en place en novembre 2011 en application du Décret présidentiel instituant le Dispositif Institutionnel de coordination, de suivi et de l'évaluation des Politiques de Développement (DIPD). Il apparaît toutefois que le fonctionnement de ce comité doit être amélioré. A ce stade, les réunions sont erratiques.

Au plan interne, malgré l'existence des directions régionales et préfectorales les pouvoirs de décision restent concentrés au niveau central. Ceci se traduit par des déficits de concertation, de régulation, de redevabilité et de transparence.

Dans l'esprit de la réforme administrative entreprise par le gouvernement togolais, un nouvel organigramme du ministère de la santé visant à renforcer le leadership et la gouvernance institutionnelle a été adopté en 2012<sup>11</sup>. Cependant sa mise en place tarde à se concrétiser. A ce jour, les nouvelles structures de gouvernance ne sont pas toutes opérationnelles.

#### **Messages clés :**

*Approche multisectorielle de planification et de développement sanitaire actée ; cependant on note une architecture assez complexe du système et une fragmentation des responsabilités liées en partie à l'absence d'un réel leadership du MS et au faible fonctionnement de structures de gouvernance et de dialogue politique sectoriel :*

<sup>9</sup> Cf. <http://www.chpp.org/> ou <http://www.sante.gouv.tg> pour davantage de détails et de données mises à jour par le ministère de la santé en 2014 avec le soutien du programme de partenariat UE-OMS. Voir aussi Rapport d'analyse de la performance du secteur, Banque Mondiale, 2012.

<sup>10</sup> Cette fragmentation se reflète par exemple dans la séparation entre les politiques de santé et les interventions en ressources humaines nécessaires à leur mise en œuvre.

<sup>11</sup> Source : décret n°2012-006/PR du 07 Mars 2012 portant organisation des départements ministériels

## 4.2. Offre de soins de santé

### 4.2.1. Organisation de l'offre de soins

#### Vue d'ensemble de l'organisation de l'offre de soins

Le système de soins au Togo présente une structure classique à trois échelons : primaire, secondaire, tertiaire. Les soins primaires sont structurés autour de trois échelons à savoir : (i) les Agents de Santé Communautaires (ASC) qui assurent par délégation les soins au niveau familial et des communautés et qui sont appelés à jouer le rôle d'interface entre la communauté et les services de santé; (ii) les Unités de Soins Périphériques (USP) à partir desquelles sont menées des activités de proximité en stratégie fixe et vers les populations ; (iii) les Hôpitaux de districts qui constituent le premier niveau de référence.

Les soins secondaires sont offerts au niveau des hôpitaux régionaux.

Les soins de santé tertiaires sont dispensés dans les trois CHU que compte le pays et dans des hôpitaux spécialisés de référence.

#### Relations entre les niveaux

Dans l'option stratégique de renforcement des SSP, l'USP est appelée à servir de cadre de dispensation de soins intégrés, continus et globaux tandis que l'hôpital doit jouer le rôle majeur d'orientation-recours devant se manifester en quatre circonstances à savoir : lorsqu'une technique sophistiquée, un avis d'expert, une intervention spécialisée ou une hospitalisation sont nécessaires.

On constate que la recherche de cette situation optimale d'un système de soins cohérent se heurte toujours à des problèmes. La plupart des hôpitaux régionaux et nationaux continuent à dispenser les soins de premiers recours normalement dévolus aux structures périphériques et ce, en raison du fait qu'ils ne présentent pas des plateaux techniques adéquats devant leur permettre de remplir convenablement leur mission de référence régionale et nationale. Le rôle de centre de référence supérieure de ces grands hôpitaux est de plus en plus réduit alors que ces établissements occupent une place importante dans les dépenses publiques. Vu leurs coûts de fonctionnement (plus de 25% du total des subventions de l'Etat au secteur en 2008 selon les comptes de la santé), ils sont jugés très peu efficaces.

Par ailleurs, on peut constater que le Togo n'a pas à ce jour une politique hospitalière devant permettre d'assurer le développement du système hospitalier visant un « système de santé intégré ». La réforme du système hospitalier prévue dans le PNDS 2012-2015 n'est toujours pas amorcée au moment de cette analyse.

### 4.2.2. Couverture sanitaire

#### Disponibilité de l'offre

Le Togo est relativement bien pourvu en infrastructures de soins de santé. Selon la DISER le pays comptait 941 formations sanitaires conformes aux normes tous secteurs et toutes catégories confondues en 2012, soit une densité de 1,5 établissements de soins pour 10.000 habitants (valeur cible de 2 pour 10 000 habitants selon les normes sanitaires nationales).

La répartition de l'offre par secteur se présente comme suit :

- Etat principal fournisseur de soins avec 67% de l'offre ;
- Secteur privé de soins avec 33% de l'offre ; il est en majorité à but lucratif, dynamique et surtout concentré dans les grands pôles urbains principalement à Lomé où l'on enregistre une plus grande solvabilité de la demande; (voir tableau de répartition des établissements de soins par type et par région en annexe 4). Il est toutefois peu régulé surtout dans son implantation géographique et pas toujours pris en compte dans la planification de l'offre des services.

En termes de capacités d'hospitalisation, la densité des lits d'hospitalisation est de 7 lits pour 10.000 habitants en 2011 alors que la moyenne globale des lits pour les pays à faible revenu était selon l'OMS de 18 lits d'hôpitaux pour 10.000 habitants.

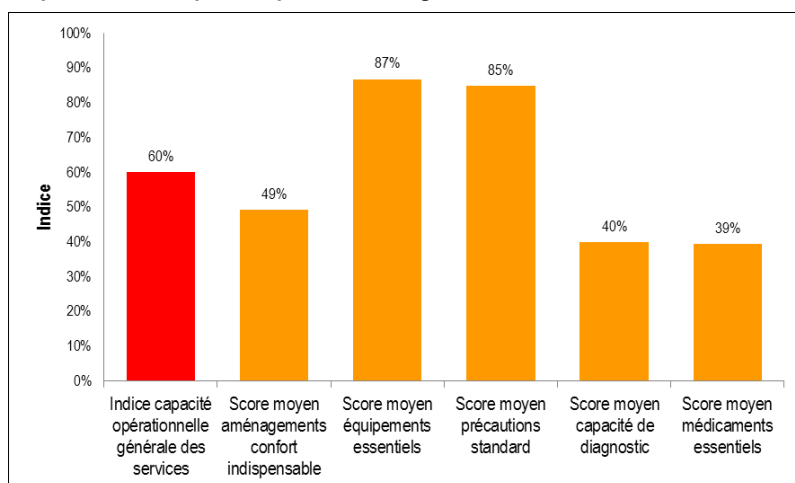
## Niveau d'adéquation de l'offre

L'adéquation de l'offre est appréciée à travers l'accessibilité géographique et la capacité opérationnelle des infrastructures. L'analyse montre qu'au Togo, malgré le potentiel de réseau sanitaire, l'offre de soins de santé est encore loin de couvrir l'ensemble de la population. Des données relativement récentes du ministère de la santé<sup>12</sup>, il ressort qu'au niveau national, seulement 61% de la population habitent dans un rayon de moins de 5 km d'un établissement de soins et peuvent donc facilement se rendre au niveau de ces établissements pour bénéficier des prestations ; ce taux d'accessibilité géographique baisse jusqu'à 34% dans la région des Savanes.

On retient en définitif que le nombre de formations sanitaires reste insuffisant et surtout mal réparti sur le territoire avec une concentration dans les zones urbaines au détriment des populations rurales.

Au plan opérationnel, les infrastructures sanitaires existantes ont une faible capacité. En effet, les résultats de l'enquête SARA<sup>13</sup> réalisée en 2012 indiquent au plan national un score de capacité opérationnelle générale de 60% (figure ci-dessous).

Figure 6: Disponibilité et capacité opérationnelle générale des structures sanitaires en 2012.



Comme le montre le graphique ci-dessus, et au regard des autres résultats de l'enquête SARA, on relève une faible capacité de diagnostic (40%). Aucune des formations sanitaires ne dispose de l'ensemble des médicaments essentiels. Même si le score moyen en équipements essentiels est relativement élevé (87%), très peu de formations sanitaires (3%) disposent de l'ensemble des éléments pour offrir les SONUB. Les services pour la PTME sont disponibles dans la moitié environ des établissements de soins.

Ceci indique que la mise en œuvre des paquets de soins essentiels n'est pas effective dans bon nombre d'établissements de soins à défaut de personnel, d'équipement requis et/ou d'intrants essentiels et reflète que les conditions d'une offre de qualité ne sont pas toujours réunies.

La faible disponibilité des services constatée a probablement un impact certain sur la qualité des soins dispensés aux populations.

### 4.2.3. Efficacité du système de soins

L'efficacité du système de soins est appréciée au regard des deux dimensions suivantes : (i) le niveau d'utilisation du système par la population (i.e. le taux de fréquentation et le taux d'hospitalisation) et (ii) le niveau de qualité des soins dispensés.

<sup>12</sup>Source : revue annuelle sectorielle 2012.

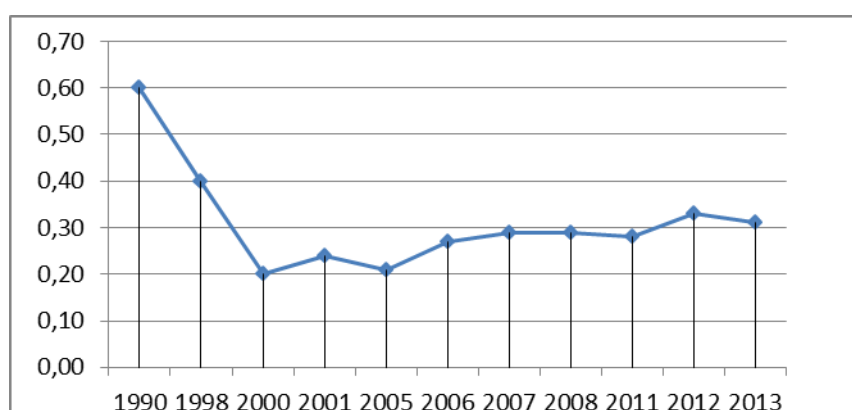
<sup>13</sup>Les indices de disponibilité et de capacité opérationnelle des services (SARA) ont été calculés à partir des données de l'évaluation des établissements de soins menée en 2012. La capacité opérationnelle générale des services fait référence à la capacité d'ensemble des établissements de soins à fournir des services de santé généraux. La capacité opérationnelle se définit comme la disponibilité des éléments requis pour la prestation des services dans les 5 domaines suivants : aménagements et éléments de confort indispensables, équipements essentiels, précautions standard pour la prévention des infections, capacité de diagnostic et médicaments essentiels.

### Niveau d'utilisation des services

Il est important de souligner qu'en plus des inégalités relevées en matière de couverture sanitaire, l'utilisation effective des services de santé s'est considérablement réduite au cours des dernières années.

Le taux de fréquentation des services de consultation curative (nombre de nouveaux consultants rapporté à la population), indice le plus synthétique de fonctionnement des formations sanitaires périphériques, a régressé de plus de moitié au cours des deux dernières décennies (cf. figure 3.2). Les taux de 0,34 et 0,31 nouveaux contacts par habitant mesuré respectivement en 2012 et 2013, en hausse par rapport aux années précédentes sont cependant très en de ça des 0,80 au moins attendus (cible de performance).

**Figure 7: Evolution du taux de fréquentation des formations sanitaires publiques et confessionnelles**



Source : Données de la DISER

S'agissant de l'utilisation des hôpitaux, le taux global d'occupation des lits en 2012 se situe à 44,6% ce qui reflète comme ailleurs une sous-utilisation des services hospitaliers, si on considère la valeur de 70% prise comme référence pour juger du bon fonctionnement des hôpitaux.

Ce constat s'applique particulièrement aux hôpitaux publics qui semblent, avec quelques variantes, largement sous utilisés et peu efficaces. En revanche, les hôpitaux confessionnels sont nettement mieux utilisés (TOM variant entre 59% et 79% en 2009).

### Qualité de l'offre

Différentes études (MICS 2010, QUIBB 2006 et 2011) mettent surtout en avant en plus des barrières financières à l'utilisation des formations sanitaires, la qualité insuffisante des soins et l'insatisfaction des bénéficiaires de prestations de nombreux secteurs de soins, tant publics que privés.

Selon les résultats de l'enquête QUIBB de 2011, un peu plus du quart (25,6%) des personnes qui ont fait la consultation n'étaient pas satisfaites<sup>14</sup>. Parmi elles, 32% estimaient la prestation trop chère ; pour près de 28%, la durée d'attente était trop longue ; 41% environ ont trouvé le traitement peu efficace et 15% ont évoqué la non disponibilité des médicaments.

On peut citer toute une série de problèmes de qualité organisationnelle et des comportements déviants des soignants plus ou moins bien documentés au niveau du secteur public et qui sont : (i) une faible préoccupation de la qualité des soins (ii) la vente illicite des médicaments par le personnel de santé et le détournement de la clientèle vers une activité privée, (iii) des insuffisances qualitatives et quantitatives des supervisions effectuées, (iv) la perte de conscience professionnelle, (v) l'absence de sanctions du personnel.

Quant au secteur privé à but lucratif, il se caractérise dans une certaine mesure par (i) l'insuffisance de moyens techniques diagnostiques et thérapeutiques, (ii) des capacités réduites de gestion et d'organisation du travail (la plupart des cabinets médicaux, cabinets de soins infirmiers et cliniques d'accouchements fonctionnent souvent avec du personnel ne possédant pas les qualifications requises), (iii) l'élargissement de la gamme des activités à

<sup>14</sup> La même proportion avait été observée par l'enquête QUIBB 2006

des actes thérapeutiques pour lesquels le personnel n'est pas qualifié, (iv) la pratique d'actes thérapeutiques inutiles ou inadéquats trouvant leur origine dans la nécessité de générer des recettes et des ressources financières.

**Messages clés :**

*Principaux constats : Mauvaise répartition géographique des infrastructures, secteur privé de soins dynamique mais peu régulé, Inéquité dans l'accès aux soins, qualité des soins insuffisante et des comportements déviants des professionnels de santé.*

*Les principaux défis dans ce domaine incluent la gestion de la qualité de l'offre et sa meilleure adéquation à la demande, une meilleure intégration du secteur privé dans le système national de santé.*

### 4.3. Situation des ressources humaines pour la santé

Assurer une disponibilité d'un nombre suffisant de personnels de santé qualifiés au bon endroit est une condition essentielle à la fourniture de services de santé de qualité à la population. Au Togo comme dans la plupart des pays en développement, le déficit de capacités en matière de ressources humaines en santé a été largement établi comme l'un des principaux goulots d'étranglement qui entravent le développement sanitaire et de progrès vers des OMD. L'analyse révèle une caractéristique des ressources humaines en santé au Togo marquée par : des déséquilibres quantitatifs, des inégalités majeures de répartition géographique des RHS, une absence de mesures incitatives pour le personnel, un environnement des RHS en amélioration.

#### 4.3.1. Déséquilibres quantitatifs

En 2013, les différentes composantes du système de santé disposent d'un effectif qui s'élevait à 11.600 avec 9.667 agents de l'État et 1.473 prestataires du secteur privé en incluant le secteur privé confessionnel. Les effectifs actuels témoignent d'un écart important entre les besoins de santé et l'offre de personnels. Au regard des données du tableau 1 présenté ci-après, le Togo connaît un déficit important de ressources humaines pour la santé, avec seulement 0,6 personnel de santé<sup>15</sup> pour 1.000 habitants alors que le seuil minimal de densité de personnel soignant acceptable selon l'OMS est de 2,3.

Tableau I. Densité des personnels de santé

Pays	Médecins+ Infirmiers /sages-femmes pour 1000	Médecins pour 1000	Infirmiers /sages-femmes pour 1000
Pays à très faible densité	0,77	0,22	0,55
Pays avec une faible densité	1,11	0,48	0,63
Pays avec une densité modérée	3,05	1,64	1,41
Pays à haute densité	10,12	3,02	7,1
Pays à très haute densité	11,89	3,76	7,54
<b>Togo</b>	<b>0,61</b>	<b>0,09</b>	<b>0,52</b>

Source: Adapté de OMS. 2006. Human resources for health: overcoming the crisis. Cambridge: Harvard University Press

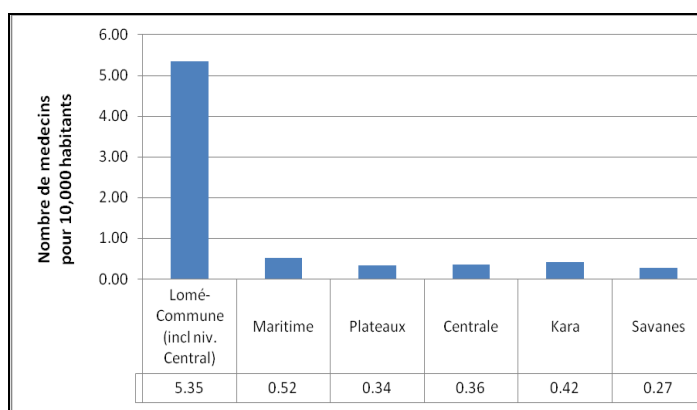
Ces déficits d'effectifs conjugués aux problèmes de distribution font qu'un nombre significatif d'établissements ne répondent pas à des normes minimales de fonctionnement. Ces écarts aux normes touchent en particulier les médecins et les sages-femmes et affectent de manière générale les établissements à tous les niveaux de la pyramide sanitaire. Ils semblent toutefois plus aigus dans les établissements hospitaliers régionaux, les hôpitaux de districts et les USP en milieu rural

<sup>15</sup> Catégories de santé considérés sont :médecins, Assistants médicaux/infirmiers, sages-femmes, infirmiers auxiliaires, accoucheuses auxiliaires.

### 4.3.2. Inégalités majeures de répartition géographique des RHS

Au-delà des insuffisances numériques, des problèmes sérieux de distribution et de déploiement du personnel compromettent aussi une offre adéquate de services à la population. Ce déséquilibre dans la distribution régionale est observé à des degrés variables pour chacun des principaux groupes professionnels. Ainsi, en 2013, près de 75% des médecins sont concentrés dans la capitale. La densité de médecins par habitant est 10 fois plus élevée dans la capitale que dans les autres régions (comme illustré par la figure ci-dessous). Par exemple, ce ratio de dispersion n'est que de 4.28 en Côte d'Ivoire<sup>16</sup>

Figure 8: Densité de médecins par région au Togo



Ce déséquilibre géographique se reflète dans des inégalités d'accès aux services de santé ; il nuit aux progrès sanitaires et entrave les efforts d'amélioration de l'état de santé des populations.

### 4.3.3. Absence de mesures incitatives pour le personnel

Les études réalisées sur les conditions de travail du personnel de santé montrent globalement une faiblesse des rémunérations. Par ailleurs, on constate une absence de mécanismes de paiement basé sur les résultats. Ces facteurs ont une influence significative sur la motivation du personnel de santé, ce qui pourrait réduire leur productivité et contribuer à la faiblesse constatée dans la plupart des indicateurs de performance du système de santé.

### 4.3.4. Environnement des RHS en amélioration

Différentes initiatives sont menées actuellement par le Gouvernement en faveur d'un soutien aux RHS avec l'appui des PTF<sup>17</sup> pouvant être considérées comme un investissement indispensable dont les retombées à moyen et long termes devraient permettre au Togo de progresser dans l'amélioration de la situation sanitaire. A cet effet, un ensemble de mesures sont aujourd'hui mises en œuvre notamment la déconcentration de la formation à travers l'implantation d'écoles paramédicales en dehors de Lomé et le recrutement « régionalisé » de personnel de santé en vue d'accroître l'accès aux personnels de santé dans les zones rurales ou reculées.

Le processus d'élaboration d'un nouveau plan de développement et de gestion des ressources humaines (PDGRH) en cours doit être vu aussi comme une étape des efforts entrepris pour combler les lacunes relevées ci-dessus. Mais encore faut-il que ce processus soit mené à terme, et que le nouveau PDGRH soit officiellement validé comme feuille de route pour guider les interventions dans le domaine des ressources humaines à l'échelle nationale.

<sup>16</sup>Source : Rapport d'analyse du secteur de la santé, Banque Mondiale, 2011.

<sup>17</sup> L'AFD apporte un appui au ministère de la santé sur la question des RHS à travers le projet PAGRHSM avec un concours financier pour un montant de 8 millions d'Euros sur la période 2011-2015; ce projet vise essentiellement à : (i) améliorer la qualité, la disponibilité et la gestion des ressources humaines en Santé ; (ii) assurer l'accessibilité à des médicaments essentiels de qualité sur l'ensemble du territoire. Bien que ce projet touche trois domaines d'activités, celui des ressources humaines reste la composante majeure. Dans ce domaine, L'OMS soutient aussi la création d'une base analytique pour la planification stratégique et le développement des RHS. Ainsi, un ensemble d'analyses et travaux portant sur cette question a déjà été effectué. Il fournit une base pour l'élaboration du nouveau PDGRH.

Une autre option (probablement prometteuse) serait d'améliorer la performance des personnels de santé. Cela suppose des interventions à la fois sur : (i) la capacité qui correspond à la qualité de la formation des personnels et aux moyens de travail (équipements et intrants) qui leur sont donnés ;(ii) la motivation qui dépend de la rémunération et du contrôle exercé sur les personnels.

**Messages clés :**

*La disponibilité des RHS reste encore insuffisante ; la distribution géographique est extrêmement inéquitable ; l'absence de mesures incitatives au profit du personnel qui pourrait influencer sa performance.*

#### **4.4. Caractéristiques de l'utilisation du médicament au Togo**

L'utilisation du médicament dans un pays est déterminé par quatre facteurs principaux qui sont : i) l'accessibilité des médicaments (en termes de répartition des structures de dispensation sur le territoire) ; ii) la disponibilité des médicaments (c'est-à-dire la présence effective des médicaments au sein même des dites structures de dispensation) ; iii) le prix des médicaments ; et iv) la qualité des prescriptions (qui définissent un usage rationnel des médicaments ou non). Les paragraphes suivants reprennent donc quelques-unes de ces dimensions de la consommation du médicament au Togo.

##### **4.4.1. Disponibilité des médicaments et leur usage rationnel**

###### Disponibilité du médicament

L'objectif des pouvoirs publics, à travers les efforts de réorganisation et de renforcement du secteur du médicament au Togo consentis ces dernières années, est d'améliorer in fine la disponibilité de médicaments et de produits pharmaceutiques efficaces, sûrs et au meilleur prix comme un élément clef de l'accessibilité à des soins de qualité pour l'ensemble de la population.

Cependant, en dépit des progrès enregistrés notamment au plan institutionnel,<sup>18</sup> la disponibilité des médicaments essentiels correspond au maillon le plus faible au niveau des établissements de soins, comme reflété à travers le graphique des résultats de l'enquête SARA de 2012 présenté plus haut.

En effet, en ce qui concerne les médicaments essentiels :

- aucun établissement ne disposait de l'ensemble des 14 médicaments essentiels ;
- en moyenne seuls 5 des 14 médicaments essentiels traceurs étaient disponibles dans les établissements avec un score de capacité opérationnelle de 39%.

Concernant l'approvisionnement en médicaments, on observe un processus d'approvisionnement et de distribution relativement complexe et fragmenté à travers la coexistence de nombreux circuits qui se superposent et ne respectent parfois pas la loi pharmaceutique (qui stipule par exemple que les producteurs locaux n'ont a priori pas l'autorisation de délivrer directement les médicaments aux formations sanitaires). Ceci a pour conséquence une forte duplication des fonctions de gestion, des coûts de transactions et des frais de gestion élevés.

Au niveau des établissements de soins, la part des dépenses MEG devaient représenter 60% des ressources mobilisées afin d'assurer une disponibilité continue de ces MEG. En 2013, seulement 49% de ces ressources ont été consacrées à l'achat de MEG<sup>19</sup>.

###### Usage rationnel des médicaments

En ce qui concerne l'usage rationnel des médicaments, malgré les mesures prises (LNME périodiquement actualisée, élaboration des ordigrammes de prise en charge des maladies et autres outils d'aide aux

---

<sup>18</sup>Le Togo dispose d'un cadre juridique et politique cohérent en matière de médicament et d'exercice de la pharmacie mais cet arsenal dans une large mesure reste à appliquer. Ceci repose avant tout sur une volonté politique et la mise en œuvre effective de la part de l'autorité susceptible de le faire appliquer à travers le renforcement des capacités techniques dans certains domaines comme par exemple, le contrôle de qualité des médicaments, la fonction d'inspection de la pharmacie et du médicament, la gestion prévisionnelle des stocks, l'information sur l'usage rationnel des médicaments essentiels et des génériques, la pharmacovigilance.

<sup>19</sup> Ministère de la santé. Principaux indicateurs de santé 2013.



prescripteurs, etc.), il est à noter des pratiques de prescription irrationnelles (prescriptions de présomption, réticence de certains prescripteurs à prescrire les médicaments génériques, etc.). On relève aussi l'absence d'un formulaire thérapeutique sur lequel les personnels prescripteurs pourraient s'appuyer. L'article 411 du code de la santé publique donne le droit de substitution aux pharmaciens (d'une spécialité par un générique équivalent moins cher) mais ce droit n'est pas toujours appliqué du fait de la réticence des prescripteurs (souvent sous l'influence des délégués médicaux) mais aussi du manque de collaboration entre les prescripteurs et les dispensateurs.

#### **4.4.2. Politique nationale des prix des médicaments et son respect**

Un obstacle important à l'accès de tous aux médicaments réside également dans le niveau des prix. Bien que les prix de médicaments au Togo soient réglementés<sup>20</sup> dans les secteurs public et privé, les formations sanitaires publiques ne les respectent pas systématiquement.

Le financement du médicament au Togo pèse fortement sur les ménages (94% des dépenses en médicaments sont directement supportées par les ménages selon CNS 2008). Le problème majeur réside dans l'insuffisance des subventions publiques pour les établissements de soins qui doivent se financer essentiellement sur la vente des médicaments, poussant à des sur-prescriptions de la part des personnels de santé. Cette situation alimente inévitablement un marché illicite très important, dont l'ampleur exacte n'est pas aujourd'hui appréciée.

##### **Messages clés**

*Les principaux constats de faiblesse sont : (i) Insuffisance dans le respect des textes en vigueur ; (ii) fragmentation des achats ; (iii) faible dialogue politique sur la thématique des génériques, (iv) faible capacité de gestion des médicaments.*

#### **4.5. Financement de la santé**

On estime, pour couvrir l'accès à un paquet de services essentiels pour l'ensemble de la population, la dépense de santé à \$86 par habitant par an et une réduction des paiements directs à 15-20% du total des dépenses (McIntyre & Meheus, 2014). Le Togo est à \$41/habitant de dépenses pour la santé<sup>21</sup>. La moitié des dépenses est réalisée par les ménages, majoritairement sous forme de paiements directs.

Bien que le pays dispose d'un plan de développement sanitaire (PNDS 2012-2015) et un cadre de dépenses à moyen terme (CDMT), on note un manque de stratégie globale et cohérente du financement du secteur. L'optimisation de la mobilisation des ressources financières ainsi que leur gestion efficace attendues à travers la signature en 2012 du *Compact national* entre le Gouvernement et les PTF du secteur de la santé, reste toujours à concrétiser.

Cette question du financement de la santé au Togo sera abordée de manière approfondie dans les chapitres suivants.

#### **4.6. Performance du système de santé**

Malgré les progrès qui ont pu être observés pour certaines interventions comme la supplémentation en vitamine A, l'utilisation de moustiquaires imprégnées et la couverture vaccinale, la situation sanitaire actuelle, telle qu'elle est reflétée par plusieurs indicateurs de santé, reste préoccupante à bien des égards et montre que le système national de santé n'a qu'un impact limité sur la santé des populations togolaises. Les faiblesses ci-dessus évoquées affaiblissent la performance du système de santé, entravant par conséquent la réalisation des OMD liés à la santé.

Ainsi même si quelques progrès ont été enregistrés dans la diminution de la mortalité infanto juvénile, elle reste encore en 2013, significativement élevée, avec 89 décès pour 1 000 naissances vivantes (cible OMD de 50 pour 1000 naissances vivantes). La mortalité infantile apparaît aussi difficile à maîtriser, comme reflète un ratio de 49 décès pour 1000 naissances vivantes en 2013. La mortalité maternelle reste encore à un niveau hautement

<sup>20</sup> Le Togo dispose d'une politique des prix contrôlés, régie par l'arrêté interministériel n° 162/27/MS/MIC/MEF du 31 octobre 1997. Cette politique stipule des marges différenciées entre médicaments génériques et de spécialité, et entre grossistes et détaillants.

<sup>21</sup> WHO Global Health Observatory, 2011.

préoccupant, se situant autour 400/100.000 naissances vivantes en 2013, soit parmi les plus élevés de la région subsaharienne<sup>22</sup>. Ce sont deux femmes qui meurent par jour suite à une complication liée à la grossesse, à l'accouchement ou aux suites de couches et 64 enfants de moins de 5 ans qui meurent encore chaque jour au Togo du fait essentiellement des maladies infectieuses dont le paludisme, la pneumonie et la diarrhée (RAPID Togo, 2014) .

Ces faibles indicateurs sont attribuables pour une bonne part à un accès limité à des services offerts par un personnel qualifié, surtout en milieu rural et une faible utilisation des services existants.

#### **4.7. Les défis du système de santé**

Cet état des lieux a mis en évidence les principaux défis du système de santé à offrir des soins de qualité à toute la population. Il apparaît donc que le système de santé du Togo est confronté à des contraintes de plusieurs ordres pouvant expliquer sa faible performance (en termes d'équité et de réactivité de l'offre de soins aux besoins de la population) et les faibles progrès enregistrés jusqu'à présent dans la réalisation des OMD relatifs à la santé. Partant des considérations évoquées ci-dessus, outre les questions liées au financement de la santé qui seront traitées plus bas, il ne fait aucun doute que le système national de santé est appelé à se transformer pour relever d'importants défis entre autres dans les domaines suivants :

- le renforcement du dialogue politique sectoriel à tous les niveaux, pour agir efficacement sur les déterminants sociaux et environnementaux de la santé ;
- le pilotage et la gouvernance du secteur à travers une application effective du principe de déconcentration, une amélioration de la redevabilité, de la transparence, et la régulation y compris du secteur privé de soins ;
- la coordination et la continuité des soins, à travers un parcours de soins optimisé entre les différents échelons (primaire, secondaire, tertiaire)
- la réactivité de l'offre de soins en termes de couverture et de qualité ;
- la présence de personnel qualifié de manière continue dans les zones rurales ou reculées.

---

<sup>22</sup>Source : République togolaise. EDST 2013. Résultats préliminaires.

## Chapitre 5: Etat des lieux du système de financement de la santé et des dépenses de santé

### 5.1. Tendances des dépenses de santé

Le tableau suivant présente les grandes lignes du financement de la santé au Togo

Tableau I : Ratios des dépenses de santé au Togo, années 2002, 2008 et 2012.

Indicateurs	2002	2008	2012
Dépenses totales de santé (DTS) en millions de FCFA	50 848	73 318	138 378
Dépenses totales de santé (DTS) par habitant (\$ US courants)	14,2	34,2	40,8
Dépenses totales de santé (DTS) en % du PIB	5,0	6,5	8,6
Financement public de santé en % DTS	8,0	22,4	33,3
Financement public de santé en % Dépenses publiques du Gouvernement (à l'exclusion des ressources externes)	9,1	7,3	5,3
Ressources externes consacrées à la santé en % DTS	9,2	17,3	18,1
Dépenses privées de santé (DPvS) en % des DTS	89,0	60,3	48,6
Paiements directs des ménages (PDS) en % des dépenses privées en santé	84,6	84,6	84,6
Paiement direct des ménages en % des DTS	69,1	50,5	41,1

Source : Rapport CNS (2002, 2008 et estimations OMS pour 2012)

#### Les volumes financiers

Selon les rapports des comptes de la santé (2002, 2008), la dépense globale de santé au Togo représentait 50,848 milliards de FCFA en 2002 et a atteint 73,318 milliards de FCFA en 2008, soit une dépense annuelle par habitant de \$14 à \$41 avec un taux d'accroissement d'environ 44,2%. Toutefois, ce chiffre est en dessous du standard préconisé (\$86) et se situe loin derrière le Ghana (\$67) ou le Nigéria (\$63), presque au niveau du Burkina (\$40). Selon les estimations de l'OMS établies pour 2012, le Togo consacre 8,6% de son PIB à la santé.

#### Les sources publiques

Sur la période 2002-2012, les dépenses de santé de l'Etat ont progressé passant respectivement de 18,3% à 33,3% des dépenses totales en santé, ce qui fait de l'Etat la deuxième source de financement de la santé après les ménages. Mais, si en termes absolus l'Etat a fourni des efforts de 2002 à 2012 en allouant plus de ressources publiques à la santé (le montant global des dépenses de santé a connu une augmentation régulière d'environ 20% de hausse chaque année), au regard de son budget général, la part de ce secteur a fortement régressé, allant de 9,1% à 5,3% du budget global au cours de la période. On est donc loin du seuil minimum des 15% préconisés par les Chefs d'Etat et de Gouvernements dans la Déclaration d'Abuja en 2000.

#### Les sources privées

Les dépenses privées de santé, quant à elles constituent la source principale de financement du secteur de la santé ; elles représentaient 89,0% des dépenses totales de santé en 2002. Néanmoins, il faut noter que ces fonds privés ont subi une baisse progressive depuis 2002 pour atteindre 48,6% des dépenses totales de santé selon les statistiques OMS de 2012.

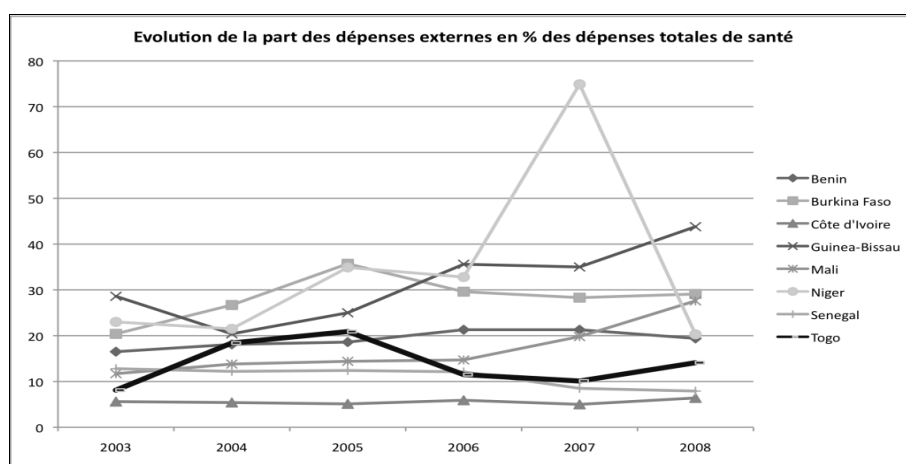
Les dépenses de santé du secteur privé sont essentiellement supportées par les ménages togolais (environ 85% des dépenses privées de santé depuis 2002) qui participent au financement de la santé à travers les paiements directs.

Selon les comptes de la santé de 2008, les paiements directs des ménages représentaient plus de la moitié (50,5%) des dépenses totales de santé avec près de 82,7% consacrées aux produits pharmaceutiques et autres bien médicaux non durables.

### Les Partenaires Techniques et Financiers (PTF)

Les partenaires techniques et financiers (PTF) constituent après les ménages et l'Etat la troisième source de financement du secteur santé au Togo. La part des fonds provenant des ressources externes dans les DTS a connu une augmentation importante d'environ 60% passant de 8% en 2002 à 17% en 2008 où l'enveloppe globale a atteint 12,660 milliards (rapports des comptes de la santé 2002, 2008); en 2012, cette part s'établit à 18% des dépenses de santé. Cet accroissement significatif du financement extérieur doit être mis au crédit du renouvellement de la coopération avec les bailleurs amorcé depuis 2007. Cependant, il est intéressant de noter que la part des dépenses de santé financée par l'extérieur reste encore faible et surtout très imprévisible. (cf. graphique d'illustration suivante).

Figure 9: Comparaison des financements extérieurs pour les pays de l'UEMOA entre 2003 et 2008.



Source : Global HealthObservatoy

Ces différents ratios renseignent sur le faible taux de pénétration des mécanismes de couverture du risque maladie dans ce pays où la pauvreté constitue une préoccupation majeure. Il est à penser qu'une frange importante de la population togolaise est exposée aux risques de "dépenses catastrophiques en santé" et que le poids financier de la maladie risque ainsi de favoriser l'appauvrissement des ménages.

Au regard de cette situation, l'une des problématiques primordiales du système de santé du Togo est la faible accessibilité financière des ménages aux soins de santé avec pour conséquence une faible utilisation des services de santé.

Face à cette faible accessibilité financière aux soins de santé, et dans la perspective d'une meilleure mutualisation du risque, le gouvernement a initié une importante réforme dans le financement de la santé qui a abouti à l'instauration d'un régime obligatoire d'assurance maladie en 2011.

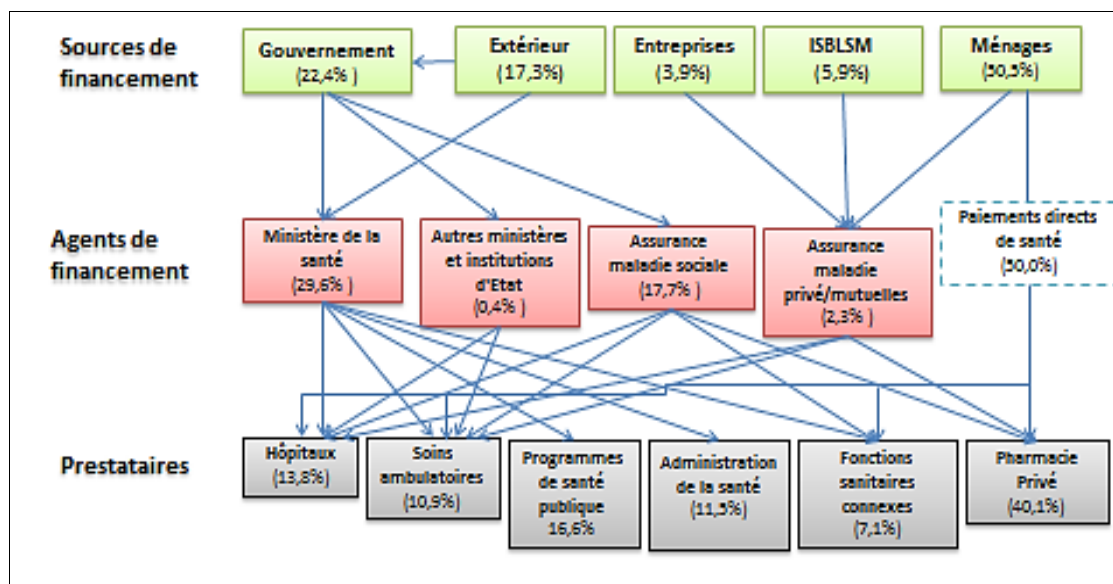
Mais du chemin reste encore à parcourir pour garantir l'accès de tous, y compris les personnes les plus pauvres et les plus vulnérables, à des services de santé de qualité sans risque de difficultés financières et, au-delà, pour amener la population togolaise à un état de santé optimal.

## 5.2. Principaux acteurs impliqués dans le financement de la santé

Plusieurs acteurs interviennent dans le financement de la santé au Togo. La figure 1 ci-dessous décrit la circulation des flux financiers entre les acteurs (sources de financement, agents de financement, et prestataires de soins). Comme on peut le noter, les ménages restent la première source de financement (51% environ) du système de santé à travers le paiement direct.

Les fonds publics de financement de la santé sont constitués principalement par l'ensemble des subventions notamment versées par le Ministère de l'Economie et des Finances au Ministère de la santé et au service de santé des Armées du Ministère de la Défense et à l'assurance maladie sociale. Les partenaires internationaux canalisent leur financement par le Ministère de la Santé.

Figure 10 : Flux financiers dans le système de la santé.



Source : Adapté des Comptes de la santé, 2008

L'analyse de la figure ci-dessus montre une grande fragmentation du système actuel de financement de la santé, sans aucun mécanisme de coordination.

### 5.3. Protection Sociale en Santé

En matière de protection sociale en santé au Togo, outre le financement des soins publics à travers des allocations budgétaires, on distingue plusieurs dispositifs de couverture du risque maladie notamment :

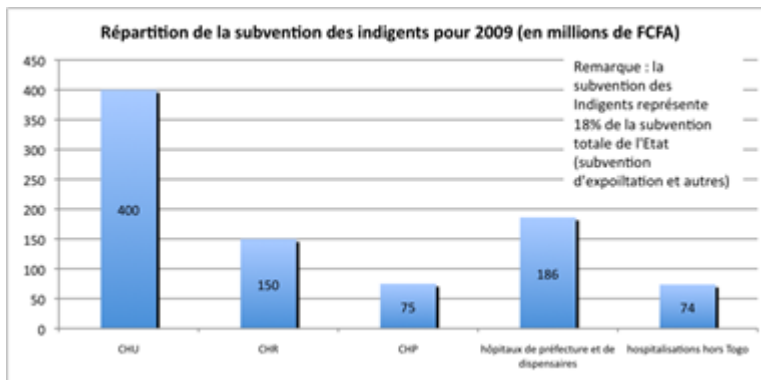
- (i) la gratuité de la prise en charge des indigents à travers une ligne budgétaire ;
- (ii) La gratuité des soins préventifs de certaines couches vulnérables ;
- (iii) la gratuité des Anti-Rétro-Viraux (ARV) pour les PVVIH décrétée par le Gouvernement en novembre 2008,
- (iv) la subvention de la césarienne (effective depuis mai 2011) ;
- (v) la gratuité ou la subvention de la prise en charge de certaines maladies chroniques (dialyse ; prise en charge de la tuberculose et de la lèpre) ;
- (vi) la gratuité des CTA et des moustiquaires imprégnées pour les femmes enceintes et enfants de moins de cinq ans, instituée en 2012 ;
- (vii) une ligne budgétaire pour les évacuations sanitaires pour tous les agents de l'Etat mais difficilement accessible ;
- (viii) la prise en charge des risques professionnels par la CNSS et la Direction Nationale des Assurances (MEF)
- (ix) l'assurance maladie obligatoire pour les fonctionnaires et les ayant droits effective depuis mai 2011 à travers la mise en place de l'Institut National d'Assurance Maladie (INAM) ;
- (x) des mutuelles de santé communautaires ;
- (xi) des sociétés d'assurance maladie privées à visé lucrative).

### 5.3.1. Fonds des indigents

Ce fonds, financé à travers une ligne budgétaire au Ministère de la santé, est destiné à la prise en charge des personnes démunies fréquentant les formations sanitaires publiques les subventions sont mises à la disposition des hôpitaux pour couvrir tout ou partie du coût des soins. Elles s'élèvent à environ 885 millions de FCFA par an, soit 6% du budget central de la santé, et 1,2 % des dépenses totales de santé, tout financeur confondu. Le mode de ciblage appliqué dans ce mécanisme consiste simplement à la détermination du statut d'indigence par un assistant social au sein de la formation sanitaire.

La structure offre alors les soins à l'usager et présente des justificatifs au Ministère de l'Economie et des Finances qui les rembourse. Lorsque le crédit alloué par l'Etat pour la prise en charge des indigents est épuisé, la structure offrant les soins prend en charge la dépense. Les soins aux indigents représentent en moyenne 12,8% par an des subventions de l'Etat aux Hôpitaux autonomes. Les CHU sont les premiers bénéficiaires de cette subvention (cf.graphique ci-dessous).

Figure 11 : Répartition de la subvention des Indigents entre niveaux de la pyramide sanitaire



Source : rapport d'activité de la DAC – février 2010

### 5.3.2. Les autres initiatives de gratuité ou de subventions des soins aux couches vulnérables

Concernant la prise en charge des couches vulnérables, les femmes et les enfants sont souvent considérés comme appartenant à cette catégorie et les soins caractéristiques de ces populations sont pris en charge par l'Etat et les partenaires. Ainsi, la PTME pour la femme enceinte, la vaccination de routine pour les enfants âgés de moins de 5 ans, le traitement de la tuberculose sont toutes des pratiques de soins gratuits au Togo.

Aussi, concernant la prise en charge des PVVIH, le Gouvernement a décrété la gratuité des ARV en novembre 2008. Cette mesure a permis de faire passer le taux de couverture thérapeutique des PVVIH de 27,3% en 2006 à 53,9% en 2009.

La subvention des médicaments de lutte contre le paludisme après diagnostic biologique et la gratuité des moustiquaires imprégnées pour les femmes enceintes et enfants de moins de cinq ans, instituées en 2012, et plus récemment (2013) la gratuité de la prise en charge du paludisme simple pour tous les enfants de moins de 10 ans, élargie à toute la population en 2014 dans les formations sanitaires publiques sont des mesures prises dans le cadre de la lutte contre le paludisme et de l'accès universel au traitement avec l'appui du Fonds Mondial.

L'engagement de l'Etat pour la réduction de la mortalité maternelle et néonatale, s'est traduit par l'adoption d'une mesure de subvention de la césarienne par l'Etat. Cette mesure annoncée en 2010 est effective depuis mai 2011 sur toute l'étendue du territoire togolais, plus précisément au sein des structures sanitaires à antenne chirurgicale. Elle est gérée par le Ministère de la santé. L'Etat finance à 90% les coûts divers liés à la césarienne ; les 10% (10.000 FCFA) sont à la charge de la patiente. Ces 10 000 FCFA sont couverts à 100% pour les patientes bénéficiaires de l'INAM.

### 5.3.3. Lancement de l'Assurance Maladie Obligatoire

L'engagement de l'Etat pour la protection de la santé des populations au Togo, s'est traduit par une nouvelle mesure relative à la couverture assurance maladie obligatoire. Suite à un processus participatif démarré en mars 2009, la loi N°2011-003 du 18 février 2011 a institué un régime obligatoire d'assurance maladie pour les agents

publics et assimilés en République Togolaise. Il s'agit, pour le Gouvernement, de la première étape dans la mise en place d'un système de couverture universelle du risque maladie au Togo.

L'Institut National d'Assurance Maladie (INAM), établissement public dont les statuts sont régis par le décret N°2011-034/PR du 9 mars 2011 est chargé de gérer ce régime. Il a été lancé officiellement le 05 septembre 2011 et a démarré la prise en charge des prestations le 1er mars 2012. L'INAM a pour mission d'assurer la couverture des risques liés à la maladie, aux accidents non professionnels et à la maternité.

#### 5.3.4. Mutuelles de santé

Au Togo, le système de mutuelle de santé est très peu développé. Il représentait 0,04% des dépenses totales de santé en 2008. Avec seulement 25 mutuelles fonctionnelles au sein des populations urbaines et rurales, le Togo est l'un des pays qui possèdent le moins de mutuelles de santé parmi les pays de la sous-région (voir tableau ci-dessous)..

**Tableau II : Comparaison des mutuelles et de leur état de fonctionnement parmi plusieurs pays d'Afrique Sub-Saharienne**

	Burkina Faso	Benin	Mali	Togo
Nombre de mutuelles de santé	188	200	168	25
Nombre de bénéficiaires	256 000	140 000	510 000	16 000
% population couverte	1,5%	1,5%	3,1%	0,3%
Nombre moyen bénéficiaires par mutuelles de santé	1 362	700	3 036	640
Cotisation moyenne par adhérent (F CFA)	3 000	3 000	2 500	1 875
% dépenses totales de santé	0,3%	0,25%	0,4%	0,04%

Source: WHO West Africa Intercountry Support Team (année)

#### 5.3.5. Sociétés d'assurances privées

Une dizaine de compagnies d'assurance privée et une vingtaine de courtiers opèrent sur le marché togolais de l'assurance. Le recours à ces sociétés d'assurance maladie commerciale est très faible du fait du coût élevé des primes. L'assurance maladie privée représentait 2,3% des dépenses de santé en 2008 (CNS, 2008).

## Chapitre 6: Analyse des fonctions du financement de la santé

L'analyse ci-dessous des trois fonctions du système de financement de la santé (collecte des fonds, mise en commun et achat) et de sa gouvernance vise à établir le diagnostic institutionnel, organisationnel et de performance du système.

### 6.1. Collecte des fonds

La performance d'un système de financement de la santé dans la collecte des fonds se mesure par sa capacité à générer des ressources suffisantes de manière équitable et efficace. Au Togo, la mobilisation des ressources se fait à partir de trois mécanismes de prépaiement : (i) (recette fiscale, (ii) cotisations sociales et, (iii) primes d'assurance.

#### 6.1.1. Recettes fiscales

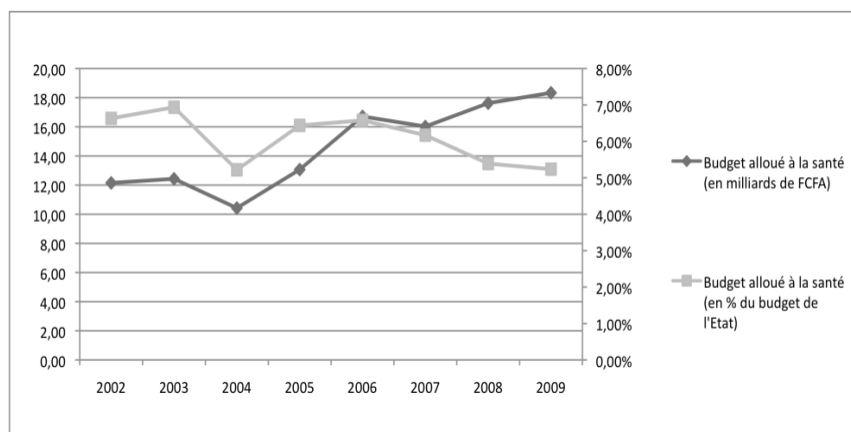
Les mécanismes de collecte des impôts et taxes par l'Etat sont classiques. La structure chargée de la collecte des recettes fiscales est le Ministère de l'Economie et des Finances à travers deux (02) régies des recettes (Douanes et Impôts). Depuis 2013, l'Etat togolais a entrepris des réformes qui ont abouti à la mise en place du guichet unique pour le commerce extérieur et de l'Office Togolais des Recettes (OTR). Ceci constitue incontestablement une force pour l'amélioration de la mobilisation des recettes fiscales.

En vertu de la loi des finances, les services fiscaux collectent les multiples produits générés par la réglementation fiscale. Une partie des recettes fiscales générales qui forment le budget de l'Etat est attribuée pour la dotation budgétaire de fonctionnement et d'investissement du ministère de la santé et des autres ministères ayant la santé dans leur attribution (Service de santé des Armées du Ministère de la Défense, Education, etc.).

La part du budget affectée au ministère de la santé est fixée par la lettre de cadrage budgétaire selon les contraintes en matière des prévisions des recettes fiscales et ne tient pas compte des besoins réels exprimés comme le montre le tableau ci-dessous.

#### Caractéristiques liés au financement de la santé par l'impôt au Togo

Figure 12 : Hausse absolue mais diminution relative de la part du budget global allouée à la santé



Source : Global Health Observatory

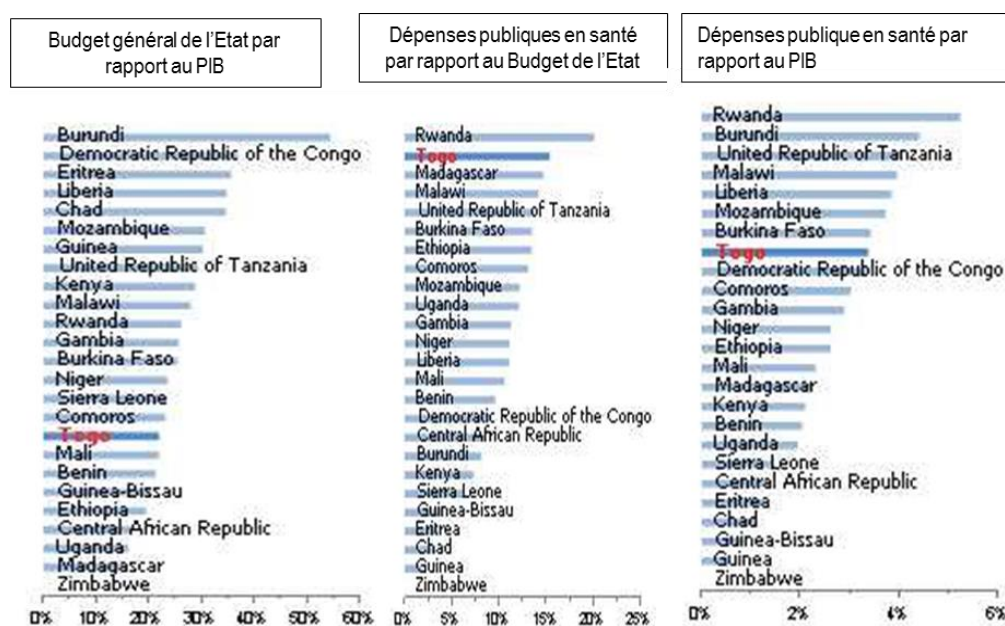
Tableau III : Evolution des prévisions & allocations des ressources au Ministère de la santé (en milliards de FCFA)

Ressources de l'Etat	2012	2013	2014
Prévisions MS (CDMT, hypothèse moyenne)	35,190	39,223	43,144
Allocations budgétaires MS	25,744	29,054	30,099
<b>Taux de mobilisation</b>	<b>73%</b>	<b>74%</b>	<b>70%</b>

Source : Ministère de la Santé, Direction des Affaires Communes



Figure 13 : Comparaison régionale (budget d'Etat ; dépenses publiques en santé)



Source: Atlas mondial des dépenses de santé 2012, OMS

Les trois illustrations montrent que : (1) la part du budget de l'Etat allouée à la santé est faible (en moyenne de 5%) et est en diminution ; (2) les allocations s'écartent des besoins, et (3) par rapport aux autres pays de la sous-région, le Togo se caractérise par un faible pourcentage des dépenses publiques de santé par rapport à son PIB (3%).

#### Sources supplémentaires et sources pérennes de financement

Il n'existe pas d'impôts ni de taxes spécifiques affectés au secteur de la santé. Cependant, face à l'insuffisance des ressources allouées au secteur de la santé et dans la perspective de mettre en place un système de CSU, une réflexion a été engagée pour déterminer des mécanismes innovants de mobilisation de ressources additionnelles. Dans ce cadre, une étude portant sur l'exploration des mécanismes potentiels de financement innovant pour la santé validée en juillet 2014, a proposé trois pistes prometteuses parmi les cinq mécanismes étudiés : (i) la taxe sur les billets d'avion, (ii) la taxe sur la téléphonie et, (iii) la taxe sur l'alcool<sup>23</sup>.

Les revenus potentiels de ces mécanismes selon différents scénariés et ramenés en pourcentage du budget de la santé (BS), budget de l'Etat (BE) et du PIB 2014 du Togo sont résumés dans le tableau suivant :

Tableau IV : Synthèse des revenus potentiels des différents mécanismes de financement innovants pour la santé

Année	TOTAL		%BS		%BE		%PIB	
	HB	HH	HB	HH	HB	HH	HB	HH
2 014	2 580 755 948	15 199 468 264	8,57	50,50	0,31	1,83	0,13	0,77
2 024	5 946 838 296	35 285 881 297						
HB : Hypothèse Basse HH : Hypothèse Hausse								

<sup>23</sup>Source. Etude sur les mécanismes innovants de financement de la santé pour la couverture sanitaire universelle au Togo. Rapport final, juillet 2014. Cette étude a été conduite avec le soutien financier de l'Union Européenne dans le cadre du Partenariat UE-OMS pour la Couverture Sanitaire Universelle.

### 6.1.2. Cotisations sociales et primes

Les structures qui gèrent l'assurance maladie dans le pays sont : l'INAM, les compagnies d'assurance privées et les mutuelles de santé. Chaque structure a son propre mécanisme de collecte des cotisations sociales et primes.

Pour l'INAM, le taux de cotisation est fixé à 7% du salaire pour les agents en activité (répartition équitable entre travailleur et employeur) et à 3,5% de la pension pour les agents admis à la retraite. Cette cotisation est prélevée automatiquement sur le salaire des agents par la Direction des Finances et les autres employeurs en ce qui concerne les agents en activité, et par la CNSS et la CRT pour les agents à la retraite. Ces montants une fois collectés sont versés mensuellement sur les comptes bancaires de l'INAM. Le décret n°2011-032/PR du 02 mars 2011 décrit l'ensemble des principes et règles à observer par les employeurs dans le paiement des cotisations à l'INAM.

Les ressources de l'INAM ont été multipliées par deux et demi environ en trois ans, passant d'environ de 3 milliards de francs CFA en 2011 à plus de 7 milliards de francs CFA en 2013, comme indiqué dans le tableau VI ci-dessous.

**Tableau V : Evolution des ressources financières de l'INAM (CFA)**

	2011	2012	2013
Etat	2 739 378 944	5 418 592 700	5 855 815 194
Collectivités territoriales	45 514 718	88 870 862	99 220 870
Etablissements Publics autonome	192 161 648	387 236 556	402 142 989
CRT	297 705 531	589 470 012	635 717 905
CNSS	33 078 392	65 496 668	70 635 323
<b>TOTAL</b>	<b>3 307 839 233</b>	<b>6 549 666 798</b>	<b>7 063 532 281</b>

Source : INAM

Les principales forces à noter dans ce mécanisme de collecte sont la fixation d'une cotisation en proportion du revenu qui instaure de fait une équité contributive et le prélèvement à la source qui garantit une stabilité dans la mobilisation des ressources.

Cependant, quelques faiblesses sont observées dans la pratique, notamment le retard relativement important accusé par le trésor public pour transférer les fonds collectés sur les comptes bancaires de l'INAM. Cette pratique viole l'article n°23 du décret 2011-032/PR du 02 mars 2011 régissant les modalités de paiement de la cotisation, qui stipule que les versements de cotisations relatifs à un mois donné doivent être positionnés sur le compte de l'INAM au plus tard le 15 du mois suivant. Toutefois, il faut noter que les pénalités prévues par ledit décret en cas de retard de versement des cotisations ne sont pas appliquées.

Par ailleurs, en dehors de la cotisation patronale prévue par les textes, l'INAM ne reçoit actuellement aucune subvention de la part de l'Etat, notamment pour l'investissement.

Au niveau des compagnies d'assurance privée, les primes sont versées par l'employeur pour les contrats de groupe et par les assurés en cas de contrat individuel. Généralement une périodicité annuelle est retenue pour le paiement des primes qui se fait soit directement au guichet de la compagnie, soit par virement bancaire.

L'existence des contrats de groupe souscrits par les employeurs pour le compte de leurs employés, constitue la principale force. Cependant dans le cadre des contrats individuels où l'initiative du paiement de la cotisation appartient à l'assuré, on constate souvent des ruptures dans le paiement des primes.

Dans les mutuelles de santé, le principe en vigueur est le versement de la cotisation par l'adhérent soit au guichet de la mutuelle, soit auprès de relais communautaires. La périodicité retenue pour le versement des cotisations est à la fois mensuelle ou annuelle selon les mutuelles.

D'une manière générale, les mécanismes et procédures utilisés par les mutuelles sont adaptés aux populations des secteurs informels et agricoles. Cela constitue une force dans la collecte des ressources.

Cependant, l'application des montants forfaitaires de cotisation par les mutuelles ne permet pas d'instaurer une équité contributive au sein des adhérents. Par ailleurs, l'initiative du paiement de la cotisation appartenant à

l'adhérent abouti généralement à une irrégularité voire des retards très importants dans le versement de la cotisation.

## 6.2. Mise en commun des fonds

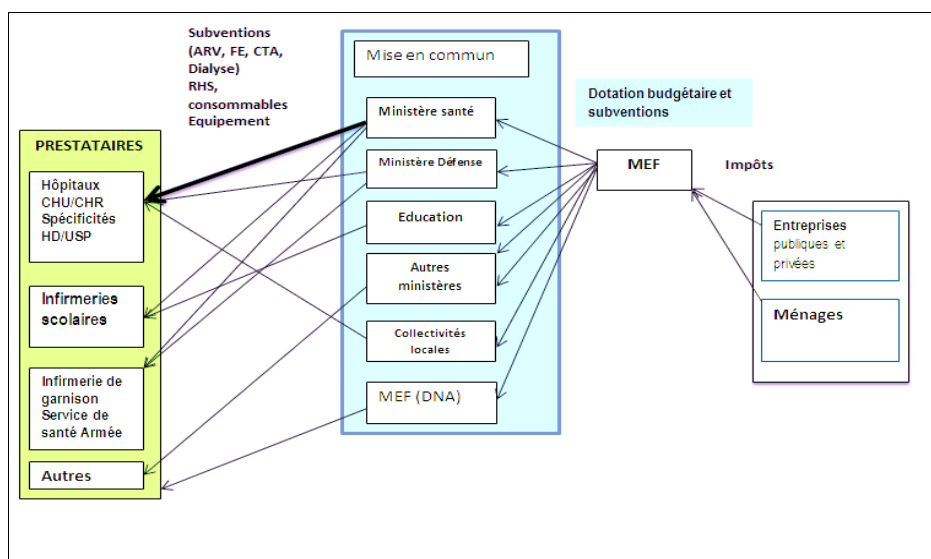
La mise en commun est la fonction du financement de la santé qui consiste au regroupement et à la gestion des différents fonds collectés par un organisme pour acheter les prestations.

Le but principal de cette fonction est de répartir le risque financier lié à l'utilisation des services de santé sur un grand nombre de personnes. Au Togo, elle est réalisée par des organismes publics et privés.

### 6.2.1. Les organismes publics de mise en commun

Les impôts versés par les ménages et les entreprises publiques et privées sont regroupés au niveau du Ministère de l'économie et des Finances. Ce dernier à travers des dotations budgétaires alloue des ressources à différents ministères ayant des attributions liées à la santé qui jouent le rôle de mise en commun des fonds comme le montre l'illustration suivante.

Figure 14 : Schéma de financement de la santé par l'impôt



Source : les auteurs

### Le Ministère de la santé

Au niveau du Ministère de la Santé, les fonds mis en commun sont utilisés à travers différents mécanismes dont essentiellement les subventions aux hôpitaux et institutions spécialisées, les mécanismes d'exemptions et « gratuité » des soins.

Comme décrit plus haut, on note la coexistence d'une diversité de mécanismes d'exemption et de subventions financés par les ressources publiques, de petites envergures<sup>24</sup>et souvent mis en œuvre de façon isolée sans aucune interrelation, d'où une grande fragmentation.

Néanmoins, ces mécanismes s'adressent aux couches défavorisées et restaurent un tant soit peu l'équilibre et l'équité sociale. En outre, il faut souligner que :

- la plupart de ces programmes sont institutionnalisés par des décisions légales (décret ou arrêtés) ;
- ils bénéficient d'une budgétisation au niveau de l'Etat et d'une dotation financière ;
- ces mécanismes ont une dimension nationale (caractère universel de la couverture) ;
- la nature de la protection sociale (*ici la gratuité des services*) est bien adaptée au problème qu'elle vise à résoudre. En effet en l'absence de ces mesures, les personnes vulnérables ne peuvent accéder ou ont

<sup>24</sup>Par exemple, le budget 2010 des subventions à la césarienne du ministère de la santé était de 200 millions de FCFA, et ne couvrirait que 7,7 % des besoins de financement de prise en charge de la gratuité des césariennes. En 2014, son montant est d'environ 1 milliard en 2013 sur les 4 milliards nécessaires.

de grosses difficultés d'accès financiers à ses services en raison notamment de leurs coûts (*Néanmoins cela ne signifie pas que tous les problèmes d'accès financiers sont résolus par ces seules mesures*).

Cependant, nombre de ces mécanismes présentent des faiblesses notamment :

- Des dysfonctionnements majeurs du fonds des indigents

La définition des indigents est mal précisée et l'importance de ce régime est aujourd'hui mal connue car il est impossible de chiffrer le nombre de bénéficiaires de ces fonds.

La seule définition disponible des indigents dans la législation sanitaire au Togo date de 1953 et stipule que « tous les Africains domiciliés au Togo et leur famille non assujettis, les uns et les autres à l'impôt sur le revenu » peuvent être considérés comme indigents. La législation ne spécifie pas le paquet de soins concernés.

Dans la situation actuelle, l'utilisation des fonds pour indigents est sous optimale du point de vue de l'efficacité, de l'équité, de la transparence et de la redevabilité. En effet, sur le terrain, les bénéficiaires de ce dispositif ne sont pas seulement les plus pauvres, l'interprétation de « l'indigence » étant élargie au niveau des formations sanitaires en l'absence de critères objectifs d'identification des indigents. Il n'existe pas non plus à ce jour de mécanismes de contrôle de l'utilisation de ces fonds. Dans ces conditions, des ressources publiques, déjà rares, ont pu être dépensées pour ceux qui sont capables de payer.

- *Des préoccupations liées à la subvention de la césarienne*

Toutes les femmes dont le diagnostic recommande une césarienne doivent avoir accès à cette subvention y compris les femmes des couches plus aisées capables de supporter entièrement ou en partie le coût de cette intervention. Cela implique que les ressources publiques y afférentes ne ciblent pas spécifiquement les pauvres et que ces dépenses ne se font pas de manière équitable. Par ailleurs, on note un manque de clarification quant à la part qui demeure à la charge des ménages et la pérennité du mécanisme.

- *Des faiblesses liées à l'allocation des subventions aux hôpitaux*

En ce qui concerne l'appui aux hôpitaux, il n'existe pas de critères objectifs pour l'allocation des subventions et aucun ajustement ex-post n'est réalisé.

Globalement, d'autres barrières comme l'accès à l'information, les coûts de déplacement, la mauvaise administration entraînent également des déperditions au niveau de l'accès des plus pauvres aux services pour lesquels la gratuité leur a été accordée. Enfin, on note une forte dépendance au financement extérieur de certains mécanismes d'exemption et de subvention à financement mixte notamment les mécanismes de subvention de la vaccination et de lutte contre les maladies prioritaires (paludisme, tuberculose, Sida, UB et lèpre, etc.), ceci pose le problème de leur pérennité.

#### Les autres structures publiques de mise en commun

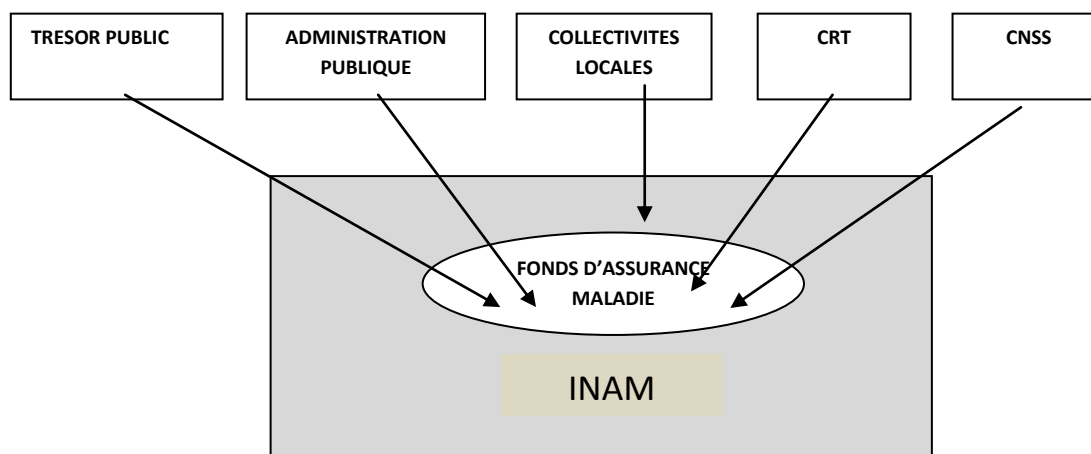
En dehors du Ministère de la Santé, d'autres ministères participent au financement de la santé et bénéficient des lignes budgétaires dédiées. Il s'agit du ministère de l'Economie et des Finances pour la prise en charge des risques professionnels, du ministère de l'Education pour l'équipement et le fonctionnement des infirmeries scolaires, du Ministère de la Défense pour le fonctionnement des services de santé des armées, du Ministère du travail de l'emploi et de la sécurité sociale pour la santé sur les lieux de travail, du Ministère de l'environnement pour la prise en charge des impacts sociaux (cf. tableau des allocations dédiées à différents mécanismes en annexe)

#### **6.2.2. Assurance-maladie sociale**

L'INAM est chargé de la mise en commun des ressources destinées à la mise en œuvre du régime obligatoire d'assurance maladie pour les agents publics de l'Etat et assimilés en activité et à la retraite.

Il effectue le recouvrement des cotisations auprès du Trésor public et des autres employeurs pour les agents en activité, de la CNSS et la CRT pour les agents à la retraite.

Figure 15 : Regroupement des fonds



Un seul pool existe à l'intérieur duquel, sur la base des principes de solidarité et d'équité, la mutualisation du risque est réalisée.

Tableau VI : Répartition du fonds par type d'organisme payeur

Source de financement	Proportion
Etat employeur	84%
CRT	9%
Collectivité et Administrations Autonomes	6%
CNSS	1%
<b>Total</b>	<b>100%</b>

L'analyse du portefeuille géré par l'INAM montre que seul le groupe des agents de l'Etat en activité a une cotisation moyenne annuelle supérieure à la cotisation moyenne annuelle d'équilibre qui se situe à environ 22 000 FCFA. Ainsi, une redistribution s'opère des agents de l'Etat en activités vers les autres groupes d'affiliés, notamment les retraités. La viabilité du régime d'assurance maladie est donc fortement dépendante du rapport entre le groupe des agents de l'Etat en activité et les autres groupes d'affiliés.

Ceci peut à moyen ou long terme menacer la survie de ce régime surtout en l'absence totale actuelle de tout appui extérieur, notamment de l'Etat. Il est donc nécessaire dès à présent, que l'Etat mette en place un dispositif d'appui financier à l'INAM notamment pour les investissements

Le cadre légal de l'INAM a prévu des mesures pour faire face à des situations de déficit financier notamment : (i) l'utilisation du fonds de réserve, (ii) la modification des paramètres du panier de soins ; (iii) un ajustement du taux de cotisation et, (iv) une dotation spéciale du budget de l'Etat.

### 6.2.3. Les systèmes privés de mise en commun

#### Assurances privées

Les compagnies d'assurance privée commercialisent des produits d'assurance santé orientés essentiellement vers les groupes et proposent la prise en charge de prestations définies avec les responsables de ces groupes. Les contrats sont également plafonnés à un certain montant de dépenses annuelles.

Ces assurances couvrent environ 126 000 bénéficiaires, ce qui correspond à 2% de la population togolaise. Leur contribution au financement des dépenses totales de santé s'est 2,3%(CNS, 2008).

Sans que cela ne soit la règle, sont exclues de ces contrats les personnes retraitées et celles souffrant d'affections de longue durée à la date de la signature des contrats.

Bien que théoriquement ouverte à toute la population, l'assurance santé privée est accessible essentiellement aux salariés du secteur privé. Cependant on note que les personnes exerçant en profession libérale souscrivent peu à ces produits.

Par ailleurs, le contrôle de ces sociétés d'assurances n'est pas systématique et les primes ne sont pas encadrées par une législation. Elles possèdent un réseau de distribution généralement très limité, avec un ou deux bureaux directs à Lomé et quelques agents généraux dans les grandes villes à l'intérieur du pays. Les frais de gestion ne sont pas maîtrisés par la plupart des compagnies, seules trois (03) d'entre elles ont un taux de charges inférieur à 25%.

### Mutuelles de Santé

Au Togo, on dénombre actuellement 25 mutuelles fonctionnelles avec un nombre total de bénéficiaires d'environ 16 000 soit 1,66% de la population togolaise. Toutes ces mutuelles fonctionnent sur la base d'une adhésion volontaire et ont pour cible principale les populations du secteur informel et agricole.

Il faut noter que contrairement aux autres pays de la sous-région très peu d'ONG et de structures d'appui aux mutuelles opèrent au Togo. Ceci explique en partie la faiblesse du développement du mouvement mutualiste dans le pays. Seules quelques localités du pays disposent de mutuelles de santé fonctionnelles.

Les mutuelles de santé offrent des produits d'assurance simple et adaptés à la capacité contributive de leurs populations cibles. Elles ont démontré leurs capacités dans l'organisation d'une demande de soins solvables. Cependant, elles sont confrontées à plusieurs difficultés notamment : (i) le faible taux de recouvrement des cotisations ; (ii) le faible taux de pénétration au niveau de leur zone d'intervention qui limite la capacité de mutualisation du risque ; (iii) la faible capacité de gestion ; (iv) la faible capacité de négociation avec l'offre de soins ; (v) l'absence d'appui de la part de l'Etat ; (vi) l'absence d'un fonds national de garantie.

## 6.3. Achats de prestations

### 6.3.1. Cadre organisationnel des achats

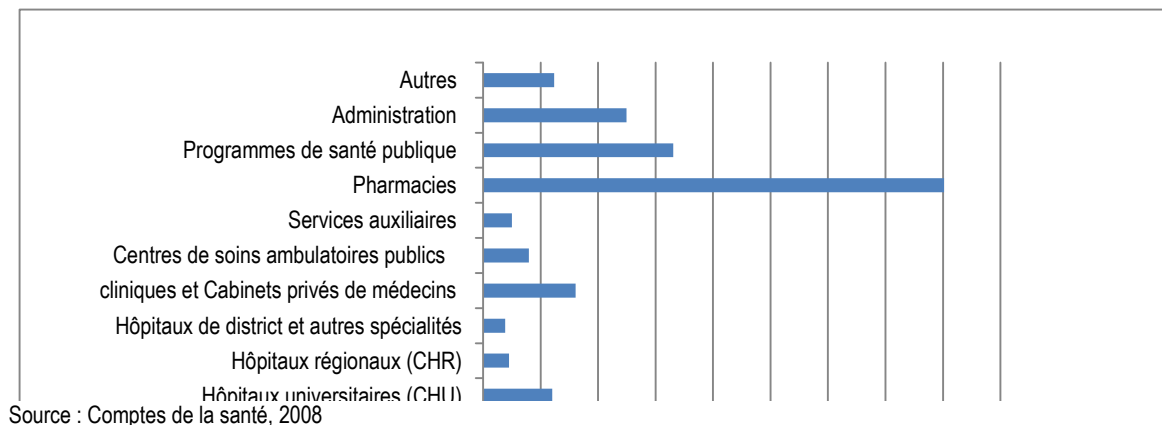
Au Togo, la distribution du financement global en santé par agent, par fonction et par type de prestataires de soins se présentent comme suit .

**Tableau VII : Dépenses de santé par agents de financement**

Structures d'achats	Dépenses de santé 2008	(%)
Ministère de la santé	21 714 928 429	29,6
Autres Ministères	285 372 699	0,4
Ménages	37 049 000 000	50,5
Sociétés d'assurance privées	1 720 125 853	2,3
Mutuelles de santé	5 831 024	2,3
Entreprises (hors assurance maladie)	1 152 602 931	1,6
Institutions nationales à but non lucratif au service des ménages	725 681 978	1,0
ONG/fondations/firmes internationales	7 759 594 965	10,6
Fonds de la coopération	2 878 303 017	3,9
<b>Dépenses totales de santé (DTS)</b>	<b>73 318 440 795</b>	<b>100</b>

Source : Comptes de la santé, 2008

**Figure 16 : Financement global en santé par type de prestataires**



Les principaux enseignements issus de l'analyse de ces graphiques sont : (1) le paiement direct des soins par les ménages constitue le premier mécanisme d'achat en terme de volume de financement ; (2) les fonctions qui capent la majorité des ressources sont les médicaments et dans une moindre mesure et les soins curatifs ; (3) environ 40% des ressources sont orientés vers les officines privées et une part relativement importante est utilisée pour les charges administratives.

Il ressort également que trois grands acteurs assuraient la fonction d'achat : (i) le Ministère de la santé, (ii) les ménages et (iii) les ONG/fondations/firmes internationales. A ceux-ci s'ajoute l'Institut national d'assurance maladie (INAM) depuis mars 2012.

Les autres agents impliqués dans la fonction d'achat sont les assurances privées, les mutuelles de santé et la CNSS pour les risques professionnels. Leur contribution au financement des dépenses de santé reste faible.

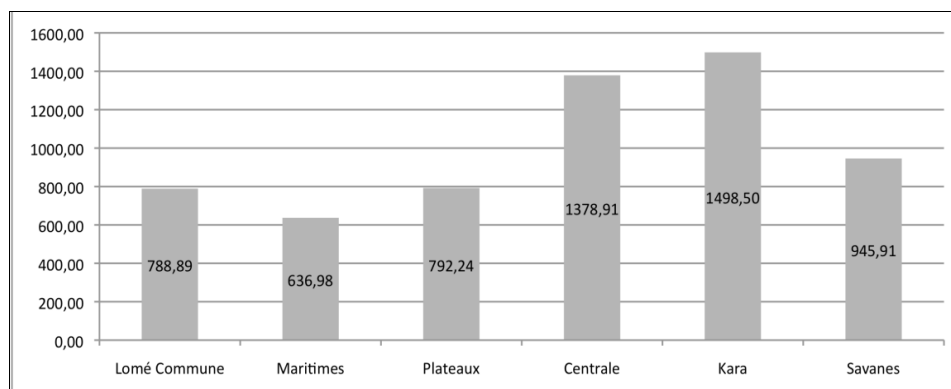
### 1. Le Ministère de la santé

Le Ministère de la santé exerce sa fonction d'achat en appliquant les règles d'allocation budgétaire en vigueur. Il reçoit les fonds à travers le budget de l'Etat (Loi de finance), ensuite les alloue aux structures publiques de soins. Le Ministère de la santé achète aussi les soins (appui budgétaire, appui en ressources humaines) à travers un partenariat public-privé avec certaines structures privées à but non lucratif.

Les faiblesses liées à l'achat par le ministère de la santé sont relatives essentiellement à la méthode d'allocations des ressources aux différentes structures qui n'incite pas à la performance. En effet, les allocations de crédits sont basées sur des lignes budgétaires. Leur montant est déterminé sur une base historique (c.à.d. selon le montant de l'année précédente et la capacité de production), même s'il fait l'objet d'arbitrage entre les régions sanitaires et le niveau central.

L'analyse des dépenses de fonctionnement par région et par habitant rend compte d'une répartition inéquitable des ressources de l'Etat entre les six régions sanitaires du pays (voir graphique ci-dessous). Il apparaît que les dépenses les plus importantes ne ciblent pas suffisamment les régions les plus pauvres (comme la région des Savanes).

**Figure 17 : Allocations des crédits de fonctionnement du Ministère de la Santé par habitants**



Source : Dépenses de santé - données de la DAC, 2012

Les subventions d'exploitations versées aux différents Centre Hospitaliers Régionaux rendent compte d'une répartition indépendante de la population des régions, quasi égalitaire entre les CHR (17% en moyenne).

L'analyse de la répartition des dépenses de l'Etat par type de prestataire et par type d'intervention met en évidence que les dépenses publiques de santé sont majoritairement allouées à l'administration générale et aux grands hôpitaux. On observe surtout, une très faible part des dépenses publiques allouées aux structures du premier échelon de la pyramide sanitaire. Les données issues des Comptes de la Santé 2008 montrent que près de 40% des dépenses du ministère de la santé sont consacrées à l'administration publique de santé ; 30% des dépenses vont aux activités hospitalières, dont le caractère inéquitable est bien connu ne serait-ce que par leurs coûts élevés et leur concentration géographique limitant leur accessibilité. Il reste au final 0,65% des dépenses de santé qui sont consacrées aux centres de santé ambulatoires.

Hormis le Ministère de la santé, d'autres Ministères et institutions de l'Etat assurent la fonction d'achats à travers le financement par les impôts (ministère de la défense, ) d'où une grande fragmentation. Les principales conséquences qui en résultent sont : la duplication, l'augmentation des coûts de gestion, les conflits d'intérêt etc. cela ne permet pas une optimisation dans l'utilisation des ressources.

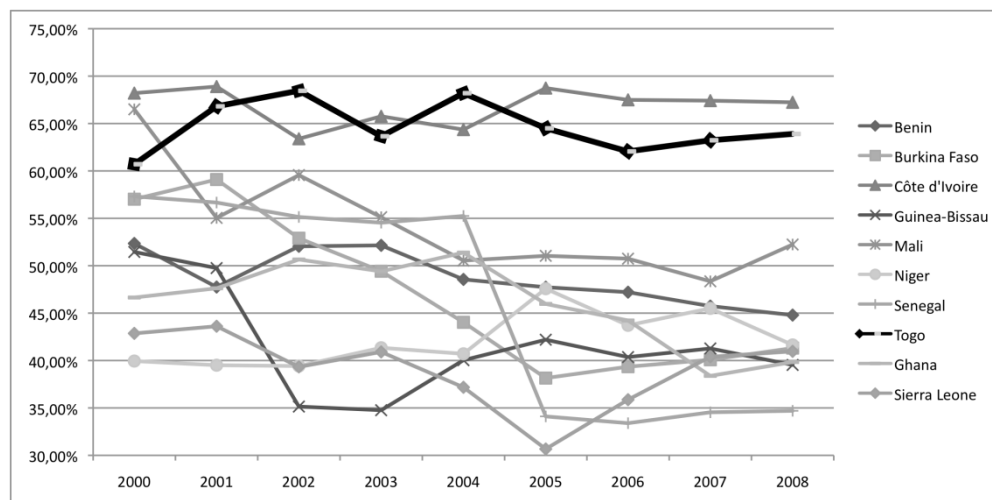
## 2. Les ménages

Les ménages contribuent aux recettes des prestataires de soins par les paiements directs des soins qui sont les sommes versées au moment de l'utilisation des services de santé y compris le ticket modérateur.

Au Togo, les ménages sont de loin le premier financeur du système de santé, sans amélioration significative depuis 2000. En 2008, les ménages togolais finançaient 50,5% des dépenses de santé totales. La part des paiements directs dans les dépenses totales de santé au Togo est pratiquement la plus importante parmi les pays de la région

Le tableau suivant établit une comparaison entre les pays de l'UEMOA par rapport à la part des paiements directs des ménages dans les dépenses totales de santé. Il ressort que le niveau de cet indicateur reste parmi les plus élevés

**Figure 17 : Part des paiements directs des ménages en pourcentage des dépenses totales de santé**



Source : Global healthObservatory

Dans un contexte de pauvreté élevée de la population, la prépondérance de ce mécanisme d'achat constitue un frein majeur à l'accès aux services de santé surtout pour les personnes les plus vulnérables.

Les paiements directs constituent un facteur d'appauvrissement des ménages et créent des barrières financières d'accès aux soins. Il a été démontré que lorsque les paiements directs constituent plus de 15% des dépenses totales de santé d'un ménage, ce dernier tombe dans les dépenses catastrophiques ruineuses pour la famille.

Il s'agit d'un échec en termes d'équité car si les frais de santé sont laissés à discrétion du paiement direct des ménages, ceux-ci sont dépendants de leurs revenus quant à l'accès aux soins. Les conséquences sont bien connues : paupérisation, endettement, absence de soins, décès...



Il apparaît donc nécessaire d'accroître les ressources dédiées à la santé et d'alléger le poids supporté par les ménages, notamment quant au paiement direct.

### 3. L'Institut National d'Assurance Maladie (INAM)

L'INAM exerce la fonction d'achat des soins à travers un partenariat avec les prestataires de soins (Décret N°2011-35/PR). Dans la mise en œuvre, l'INAM a signé, d'une part des conventions cadres collectives avec différents groupes de prestataires (Ministère de la santé pour le compte de toutes les structures publiques, l'ONMT, l'ONPT et l'ONCDT), et d'autre part un accord de partenariat spécifique avec chaque prestataire. Les procédures et mécanismes de délivrance de soins, le contrôle médical, et les modalités de paiements sont contenus dans ces différentes conventions.

Le nombre de prestataires de soins conventionnés par l'INAM connaît une progression importante depuis 2012 sur l'ensemble du territoire national (cf. tableau ci-dessous).

**Tableau VIII : Evolution du nombre de prestataires de soins conventionnés par l'INAM**

Types	2012	2013	2014
Formations sanitaires publiques	740	740	740
Pharmacies	98	111	128
Formations sanitaires privées	94	115	183
Etablissements de lunetterie	21	24	33
<b>Total</b>	<b>953</b>	<b>990</b>	<b>1084</b>

Le mode de remboursement des prestataires est le paiement à l'acte conformément aux nomenclatures des actes et des produits de santé en vigueur. Il n'existe pas mécanisme d'incitation à la performance des différents prestataires de soins conventionnés.

La dépense totale de prestation s'est élevée à environ 4,9 milliards FCFA en 2013, soit une dépense moyenne annuelle par bénéficiaire d'environ 22 000 Fcfa. Elle représente 76% du montant total des cotisations.

Le tableau suivant présente l'évolution prévisionnelle des ressources et des dépenses, sur la base de l'étude de faisabilité.

**Tableau IX : Prévision des ressources et dépenses**

Désignation	2011	2012	2013	2014	2015
Ressources	4 506 205 089	5 107 250 000	5 580 957 428	6 101 704 959	6 674 301 447
Dépenses	4 009 987 464	4 995 419 878	5 200 429 811	5 584 006 947	6 066 907 100

Source : Etude de faisabilité (INAM)

L'approche de conventionnement pratiquée par l'INAM (contrat collectif) avec les ordres constitue une force car elle évite une fragmentation dans les règles régissant les rapports avec les prestataires de soins.

Cependant, le comité de suivi de la convention de partenariat entre l'INAM et les prestataires de soins, prévu par les textes n'est pas encore mis en place. Il faut noter qu'aucune disposition pratique pour la mise en place de ce comité n'existe dans les textes. Par ailleurs, on note que certains prestataires de soins ne maîtrisent pas l'ensemble des procédures de prise en charge des bénéficiaires de l'INAM.

### 4. Les ONG/fondations/firmes internationales

Les ONG/fondations/firmes internationales exercent la fonction d'achats en contractant de façon sélective avec les prestataires de soins. Elles exercent sur la base d'autorisations d'installation fournies par l'autorité compétente. Certaines ONG sont aussi prestataires de soins.

Leur contribution au financement des dépenses de santé se situait à 10,6% en 2008. (CNS).

### **6.3.2. Paniers de soins couverts**

#### Contenu des paniers

Concernant les programmes de « gratuité » financés par l'impôt, le panier de soins répond théoriquement à des principes d'équité dans l'accès aux soins pour les groupes cibles: accès à tous les soins disponibles dans les structures sanitaires publiques. Par exemple, pour les mesures de subvention ou de gratuité en faveur du groupe-cible mère-enfant, le paquet de bénéfices comprend : la prise en charge des enfants de moins de cinq ans atteints de paludisme (consultation, TDR, CTA) ; la césarienne. Cependant, des questions de disponibilité dans les structures publiques pourraient venir à limiter l'accès aux soins aux plus démunis (par exemple, pour les spécialistes, les examens complémentaires et les médicaments).

Les prestations offertes au titre du régime obligatoire d'assurance maladie couvrent : (i) les frais de consultation et d'hospitalisation, de médicaments, des actes médicaux, chirurgicaux et paramédicaux; (ii) les actes d'analyse de biologie et d'imagerie médicale; (iii) les frais des prestations de soins liées à l'état de grossesse et à l'accouchement; (iv) les frais de vaccins obligatoires et des appareillages.

Les actes médicaux, chirurgicaux et biologiques couverts par l'INAM ainsi que les modalités de prise en charge font l'objet d'une liste mise à la disposition de tous les prestataires conventionnés. Certaines prestations sont soumises à un accord préalable du conseil médical de l'INAM.

Sont exclus du panier de soins les frais des prestations suivantes : les dépenses de santé dans les structures sanitaires non conventionnées ; les soins à l'étranger, sauf dispositions contraires fixées en Conseil des Ministres ; la chirurgie esthétique, la désintoxication liée à l'alcool ou à la drogue, la tentative de suicide, les soins produits pharmaceutiques de confort ; les contraceptifs ; les compléments alimentaires ; les pathologies prises en charge directement par des programmes nationaux, à l'exception des prestations non couvertes par lesdits programmes ; les bilans systématiques de santé.

Pour les assurances maladie privées, les services couverts varient en fonction des contrats signés, tandis qu'au niveau des mutuelles de santé, le panier de soins est généralement aligné sur la capacité contributive de la population cible,

En dehors des assurances privées il n'existe pas de catégorisation de la population. L'accès aux services de santé du niveau secondaire et tertiaire reste libre pour le patient. Cependant, pour tous les sous-systèmes, il existe des limitations dans le bénéfice des prestations offertes liées à la mise en place des plafonds et des co-paiements.

L'analyse du contenu du panier de soins offert par les mécanismes de prise en charge existants montre que celui de l'INAM est assez large et complet tandis qu'en général les mutuelles de santé prennent en charge un paquet de soins assez réduit. La problématique majeure dans le cadre de l'extension de la couverture en santé consistera pour les acteurs nationaux à définir un panier de soins raisonnable et financièrement soutenable.

#### Processus de définition du paquet de services couverts

Pour certains programmes de gratuité, la définition du paquet de services couverts relève des prérogatives du MS en accord avec ses partenaires lorsqu'il s'agit des programmes à financement mixte.

Les prestations couvertes par l'INAM sont décrites par le Décret n° 2011-036/PR, fixant le régime de partenariat entre l'institut national d'assurance maladie (INAM) et les formations sanitaires. Toutefois, il n'y pas eu d'arrêté d'application interministériel entre le Ministère de tutelle de l'INAM (ministère en charge de la protection sociale) et celui de la santé.

S'agissant des mutuelles de santé, C'est essentiellement les Conseils d'administration (CA) qui approuvent ou donnent leur aval pour le paquet de service à offrir.

Pour les sociétés d'assurance privées le paquet de soins est défini sur la base d'une négociation entre l'assureur et l'employeur ou l'assuré et est matérialisé dans un contrat

Les critères liés aux besoins, à la demande et à l'offre sont les paramètres qui sont pris en compte dans le processus de définition du paquet de service.

### **6.3.3. Mécanismes de paiement des prestataires**

Le mécanisme de paiement des prestataires est un élément important de la stratégie d'achat. Les prestataires de soins sont souvent influencés par la modalité de paiement en vigueur.

Au Togo le seul mécanisme de paiement pratiqué dans l'achat des prestations est le paiement à l'acte. Ce mode de rémunération des prestataires comporte des avantages mais surtout des effets pernicieux. Il peut inciter à la performance et à l'amélioration de la quantité et de la qualité des soins dispensés lorsque l'offre de soins est faible ou moyen (cas du Togo). Toutefois, le paiement à l'acte incite aussi à la sur-prescription médicale, à une inflation des coûts. Il ne favorise pas l'efficacité et l'efficience du système de financement de la santé.

Ce mode de rémunération des prestataires n'est pas le mieux adapté pour les systèmes d'assurance surtout en absence de réels mécanismes de contrôle.

Au niveau de l'INAM par exemple, les produits pharmaceutiques représentent 67% des dépenses totales en prestations et la proportion d'ordonnance comportant plus de trois médicaments est d'environ 73% en 2013. Cette sur-prescription s'observe également au niveau des actes de biologie médicale où la proportion de feuilles de biologie comportant plus de trois examens se situe à environ 85%.

### **6.3.4. Gestion et suivi des demandes**

Dans le cas des mécanismes gérés par le MS, le principe consiste à la mise à disposition des intrants au niveau des formations sanitaires. Celles-ci font des rapports périodiques sur l'utilisation de ces intrants. Sur la base de ces rapports, des réapprovisionnements sont effectués. Il existe théoriquement des mécanismes de suivi périodique pour s'assurer de l'effectivité de l'utilisation des intrants mis à disposition. Dans les faits, ces mécanismes présentent des faiblesses majeures de fonctionnement. Par exemple, pour le fonds sanitaire des indigents, les hôpitaux offrent directement les prestations aux personnes concernées et adressent des factures mensuelles au MEF pour paiement. Le contrôle effectué par ce ministère se limite à des vérifications administratives. Ce qui comporte des risques car des prestations non justifiées peuvent être remboursées.

Au niveau de l'INAM, des factures mensuelles sont adressées par les prestataires de soins conventionnés. A la réception de ces factures, un contrôle administratif et médical est effectué par les services de l'INAM pour s'assurer de la conformité et de l'effectivité des soins offerts. Un délai maximum de trente jours est prévu pour le remboursement. Ce délai est globalement respecté.

Le processus actuel de gestion des risques liés aux prestations comporte les mesures suivantes : (i) la prévention du risque réalisée à travers la mise en place de différents outils d'identification et de prestation ; (ii) le contrôle avant le recours aux soins : les bénéficiaires n'ayant pas droit aux soins sont suspendus ou radiés et certaines prestations sont soumises à la procédure d'entente préalable ; (iii) le contrôle médical après le recours aux soins qui porte sur une vérification des feuilles de prestations avant le paiement des factures.

Cependant, l'inexistence de protocoles thérapeutiques validés et vulgarisés constitue un handicap majeur dans la maîtrise médicalisée des dépenses de prestations ; la négligence voire la complicité de certains prestataires de soins favorise la réalisation des risques de sur-prescription et de fraude auxquels est confronté l'INAM.

Par ailleurs, la faiblesse du système d'information, notamment l'absence d'interconnexion avec les prestataires de soins ne facilite pas la mise en œuvre des actions de maîtrise des risques.

### **6.3.5. Gestion de la qualité**

Comme développé plus haut, le problème de la qualité des soins se pose avec acuité dans les différents secteurs de soins, tant public que privé.

L'analyse situationnelle de l'organisation et de l'application des normes d'assurance qualité des soins dans les systèmes de santé des pays de l'espace CEDEAO<sup>25</sup> a relevé les éléments suivants :

- faible communication en matière d'assurance qualité (55%) ;
- faible qualité des procédures d'archivage des dossiers des patients (34 %) ;
- inexistence d'un système d'évaluation de la qualité des pratiques professionnelles (62%) ;
- faible niveau d'encre de la démarche qualité.

<sup>25</sup>Source : Analyse situationnelle de l'organisation et de l'application des normes d'assurance qualité des soins dans les systèmes de santé des pays de l'espace CEDEAO, Rapport pays Togo 2012

Les constats effectués ci-dessus et dans la section relative à l'efficacité du système de soins révèlent que l'appui à la demande ne pourra, à lui seul, améliorer la performance du système de financement et du système de santé en général. L'achat comme levier de changement ne sera pas suffisant pour corriger les problèmes structurels relevés. Il faudra donc envisager les conditions d'amélioration de l'offre de soins à travers des mécanismes internes au sein du MS notamment par le renforcement de la gestion de la qualité (ressources, supervision, formation, contrôle, évaluation, incitation à la performance) et la régulation du secteur privé de soins.

L'INAM étant un des principaux acheteurs de soins, devra appuyer cette démarche d'assurance qualité en vue d'améliorer le rapport qualité/coût des prestations qu'il rembourse..

### **6.3.8. Consommation rationnelle des soins**

Différentes actions sont mises en œuvre ou en cours pour encourager une consommation rationnelle des soins au Togo.

Au niveau du ministère de la santé, un processus d'actualisation des ordinogrammes et protocoles thérapeutiques est enclenché et devrait permettre de rationaliser les prescriptions. Une réflexion a été également lancée pour renforcer les mécanismes de supervision de la prescription des médicaments dans les établissements de soins. Toutefois, on note une insuffisance dans la promotion des médicaments essentiels génériques surtout en milieu hospitalier (CHU, CHR, hôpitaux privés).

Au niveau de l'INAM, différentes mesures sont mises en œuvre pour rationaliser l'utilisation des soins notamment : (i) la mesure d'entente préalable qui consiste en un accord préalable donné par les médecins conseil avant l'utilisation de certaines prestations ; (ii) une attestation délivrée sur la base d'un dossier médical pour bénéficier des médicaments de traitement des pathologies chroniques ; (iii) les contrôles à posteriori pour s'assurer de l'effectivité des soins ; et (iv) la catégorisation des médicaments sur la base de leur service médical rendu.

## **6.4. Analyse de la gouvernance du système de protection sociale en santé**

### **6.4.1. Structures de gouvernance et d'administration**

L'organisation du système de santé au Togo est régie par la nouvelle Politique nationale de santé adoptée par le Gouvernement en 2012. Il en ressort qu'il revient à l'Etat d'intervenir directement dans la couverture, la production et le financement de services sanitaires. Il exerce son contrôle sur les relations entre institutions de financement, les professionnels de santé et les usagers. La mise en œuvre de la politique de santé concerne plusieurs ministères et autres entités organisationnelles (approche multisectorielle). Bien entendu, le rôle central revient au MS à qui incombe la responsabilité d'ilotage et de la pratique institutionnelle. Cependant, comme déjà évoqué, le rôle du leadership du MS n'est que faiblement assumé à l'heure actuelle. Le nouvel organigramme du ministère de la santé adopté depuis 2012 visant à renforcer le leadership et la gouvernance institutionnelle face aux enjeux actuels du développement du système de santé, n'est que peu opérationnel à ce jour.

S'agissant de l'INAM, la loi n° 2011-003 de 2011 définit son architecture institutionnelle et ses modalités de fonctionnement. L'INAM, structure publique soumise aux règles de gestion du droit privé, est placée sous la tutelle du Ministère du Travail, de l'Emploi et de la Sécurité Sociale (à travers la direction générale de la protection sociale). Il dispose de trois organes de gouvernance : (i) Un Conseil de Surveillance composé de cinq ministres (ministre chargé de la sécurité sociale, ministre chargé des finances, ministre chargé de la santé, ministre chargé de la fonction publique, ministre chargé de l'action sociale) dont le rôle est de veiller à la mise en œuvre des orientations définies par le Gouvernement dans le domaine de l'assurance maladie ; (ii) un Conseil d'Administration composé à parité de représentants de l'Etat employeur et des travailleurs à travers leurs organisations syndicales ; il est l'organe de décision ; et (iii) une Direction générale qui assure la gestion courante de l'institution. Au niveau local, l'INAM dispose de six délégations régionales installées dans les Chefs lieu de région du Togo.

La relation de tutelle est organisée dans les statuts de l'INAM autour de la signature d'un contrat d'objectif entre la structure et l'Etat, la communication de l'ordre du jour et des rapports des sessions du CA au ministre de tutelle. Certaines insuffisances sont actuellement constatées dans la relation entre la tutelle et l'INAM, notamment l'absence de contrat d'objectif et la faiblesse dans la supervision du régime d'assurance maladie. Les défis au niveau de la tutelle sont : la signature d'un contrat d'objectif avec l'INAM et le suivi des fonctions de mise en commun et d'achat.

#### **6.4.2. Dialogue politique**

Différents cadres institutionnels existent au Togo pour favoriser le dialogue politique dans le système de financement de la santé. Il s'agit notamment du Conseil de surveillance du régime obligatoire d'assurance maladie, du Comité sectoriel santé et VIH, et du Comité National de Promotion la Protection Sociale (CNPPS) qui a pour mission principal de coordonner l'ensemble des interventions dans le domaine de la protection sociale.

Le ministère de la santé occupe une place essentielle dans l'orchestration de ces différents cadres. Ainsi sa capacité à assurer cerçole de « stewardship » dépend de sa capacité à construire un consensus autour d'une vision commune et d'établir des partenariats avec les autres parties prenantes qui interviennent dans la planification, le financement et le développements sanitaire notamment le Parlement, le MEF, MTESS, les PTF et la société civile pour une mise en œuvre cohérente des différentes interventions .

Ceci passe par la régulation qui définit les règles, une réelle coordination intra sectorielle et intersectorielle, et une gestion de l'information qui alimente la réflexion en continue ; toutes choses restant à améliorer aujourd'hui.

#### **6.4.3. Régulation et suivi des prestataires**

Dans ce domaine, le ministère de la santé dispose d'un cadre légal et réglementaire assez développé pour remplir sa mission de régulation. Le code de la santé adopté en 2009 fournit un cadre nouveau de réglementation et de régulation du secteur. Sur le plan institutionnel des dispositions sont prévues dans le nouvel organigramme<sup>26</sup> pour la régulation et le suivi des prestataires. Il s'agit notamment : de l'Inspection générale des services du ministère de la santé et la mise en place au sein de certaines directions techniques d'une cellule d'inspection et la division du contrôle de gestion et de l'audit interne au sein de la DAF.

Malgré ces préalables, le secteur est encore marqué par une faiblesse de l'autorité de réglementation et de contrôle du fait des capacités limitées du MS (absence de textes d'application du code de la santé, problème majeur des ressources humaines et matérielles, etc.). Cette faiblesse se manifeste entre autres par (i) le développement anarchique de la pratique privée informelle nourrie à la fois, par des diplômés sans emploi, des travailleurs du secteur public, et même des personnes sans aucune compétence réelle, (ii) la persistance de plusieurs circuits de distribution publics des produits pharmaceutiques et (iii) l'insuffisance du contrôle du respect des normes et procédures de qualité des services.

L'approche de contractualisation des soins n'est pas effective malgré l'adoption d'une politique nationale d'Approche Contractuelle en 2003. De manière générale, le niveau de collaboration entre les secteurs public et privé demeure faible à ce jour. Le cadre de collaboration prévu par le code de la santé à travers la création d'une structure de concertation entre l'Etat et le secteur privé n'est pas opérationnel. La non fonctionnalité de ce cadre, conjuguée avec l'insuffisance de mise en œuvre de la politique d'approche contractuelle ont pour conséquences : (i) une faible participation du secteur privé au système d'information sanitaire alors qu'une proportion importante des données épidémiologiques et de celles liées à la lutte contre la maladie est captée par ces structures privées, affaiblissant ainsi les statistiques sanitaires nationales; (ii) un faible niveau d'information des structures privées sur des directives du ministère de la santé en matière d'orientations stratégiques ; (iii) un décalage dans la prise en charge de certaines affections par rapport aux normes prévues par les programmes nationaux.

Les différentes conventions nationales de partenariat entre l'INAM et le MS d'une part, et avec les différents ordres nationaux de professionnels de la santé d'autre part, constituent la base de contrôle des prestataires de soins. Le comité de suivi prévu à cet effet n'est cependant pas encore créé.

---

<sup>26</sup>République Togolaise. Arrêté N° 0021/2013/MS/CAB/SG portant organisation des services de santé .

#### **6.4.4. Gestion de l'information et processus décisionnel**

Le système d'information du MS est caractérisé par plusieurs sous-systèmes fragmentés, éparpillés dans différentes directions. Les sous-systèmes d'information décrivant les ressources (gestion du patrimoine foncier et des équipements, gestion des ressources financières, etc.) sont peu développés. Beaucoup d'informations notamment sur le financement de la santé doit être recherchée souvent ailleurs qu'au Ministère de la Santé<sup>27</sup>.

De toute évidence, le mode de gestion actuelle n'incite pas la génération en temps utile et l'utilisation des informations opportunes, pertinentes et de qualité pour la prise de décision et l'évaluation. Ceci est reflété par exemple dans les préoccupations de transparence et de redevabilité dans la gestion de certains mécanismes de gratuité.

Néanmoins, un processus d'institutionnalisation de la production annuelle des comptes de la santé, outil indispensable pour retracer l'ensemble des flux financiers du secteurs, est en cours dans le pays.

Le système d'information de l'INAM est lui organisé autour des ressources (matériels, logiciels, et procédures) permettant de collecter, regrouper, classier, traiter et diffuser l'information. Toutefois ce système tel que décrit, n'est pas totalement fonctionnel aujourd'hui du fait de la non finalisation du logiciel intégré de gestion technique. Les défis importants à relever sont l'opérationnalisation de ce logiciel et la mise en place d'interconnexion avec les prestataires de soins et autres acteurs intervenant dans la chaîne de gestion de l'information.

D'une manière générale, un système intégré d'information pour la gestion globale de la connaissance (Knowledge Management) avec les données issues de l'ensemble des mécanismes et institutions (Ministères, INAM, assurances privées, MUSA etc.) reste encore à concevoir.

---

<sup>27</sup> Au niveau du ministère du Plan et de l'aménagement du territoire par exemple, une plateforme de la gestion de l'aide (PGA) a été mise en place, elle permet de capter les informations relatives à la mobilisation des ressources par secteur y compris celles issues des assurances privées et des mutuelles de santé. Mais cette plateforme est sous utilisée. D'autres institutions participent également à l'élaboration des indicateurs de santé à travers la collecte d'informations complémentaires. Il s'agit de la Direction Générale de la Statistique et de la Comptabilité Nationale qui constitue l'autorité nationale de référence en matière de statistique ainsi que de certains instituts de recherche notamment l'Unité de Recherche Démographique (URD) de l'Université de Lomé.

## Partie III: Evaluation et Perspectives

### Chapitre 7. Evaluation de la performance du système de financement de la Santé

Ce chapitre présente une analyse de la performance du financement de la santé au Togo à travers les sections ci-dessous.

#### 7.1. Niveau de financement

Pour l'ensemble des indicateurs de performance, les niveaux actuellement atteints au Togo sont largement en dessous des normes ou des objectifs fixés, bien que le Togo est l'un des pays de la sous-région qui consacre une part relativement importante de son PIB à la santé (8,6% en 2012). Selon une étude réalisée (McIntyre et Meheus, 2014), l'atteinte de la couverture universelle avec un panier de soins complets nécessite une dépense totale en santé de \$86 par habitant par an. Le niveau actuel (\$40,8) de cet indicateur montre que le gouvernement doit encore mobiliser d'importantes ressources additionnelles pour atteindre une couverture sanitaire universelle.

#### 7.2. Couverture de la population

Seulement 7,6% de la population togolaise est couverte par un mécanisme d'assurance maladie. Ceci indique que la majorité de la population continue de supporter à travers le paiement direct les dépenses de santé.

L'extension du champ de l'INAM est désormais envisagée comme une réponse privilégiée à la protection contre le risque financier lié à la maladie et à favoriser l'accès aux soins.

#### 7.3. Degré de mise en commun au sein du système de financement de la santé

Il existe une forte fragmentation dans le système de financement de la santé. En effet plusieurs mécanismes de financement cohabitent au sein du système, chacun orienté vers une catégorie donnée de la population, sans aucune articulation.

Il est donc indispensable de mettre en place un mécanisme de coordination de l'ensemble des actions ou de créer à travers l'INAM un fonds national pour l'achat des prestations.

#### 7.4. Niveau de protection contre le risque financier

Le degré de prépaiement (51,4%, OMS 2012) des services de santé reste encore faible malgré une progression relativement significative depuis 2008 (30%, CNS). Cela traduit une difficulté d'accessibilité financière aux services de santé.

Le plus préoccupant est le taux de paiement direct trop élevé (51%), habituellement associé à un niveau de protection contre le risque financier inversement proportionnel. Il s'agit d'un échec en termes d'équité car si les frais de santé sont laissés à la discrétion du paiement direct des ménages, ceux disposant de faible capacité contributive rencontrent d'énormes difficultés dans l'accès aux soins. Les conséquences sont bien visibles : 2,33% des ménages s'appauvrissent par des paiements directs des soins et 0,18% sont exposés aux dépenses catastrophiques de santé<sup>28</sup>.

On comprend donc qu'il y a lieu d'alléger le poids des dépenses supportées par les ménages, notamment quant au paiement direct.

#### 7.5. Degré d'équité dans le financement de la santé

Les mécanismes de gratuité existants financés par l'impôt et les donations ont tous un caractère universel. Leur financement est donc équitable, même si la méthode de ciblage pratiquée permet à des personnes non vulnérables d'en bénéficier.

---

<sup>28</sup> Source : Togo, Direction Générale de la Statistique et de la Comptabilité Nationale (DGSCN), 2011.

Cependant, la question de l'équité se pose dans l'allocation des ressources publiques dont le montant est déterminé en partie de manière "historique" (c.à.d. selon le montant de l'année précédente). Des critères d'allocations, comme la taille de la population ciblée, la charge de morbidité, le taux de pauvreté, les infrastructures etc., ne sont pas appliqués, et donc les subventions ne sont pas toujours liés directement aux besoins des populations.

Le régime obligatoire d'assurance maladie géré par l'INAM est financé par les cotisations sociales fixées en pourcentage du revenu des assurés (système progressif). Il y a donc une équité, car une redistribution systématique est réalisée entre les différentes catégories d'assujetties.

Par contre, dans les mutuelles de santé et les sociétés d'assurances privées, le montant de la contribution est généralement forfaitaire, donc régressif.

## 7.6. Efficacité et efficacité des mécanismes

L'efficacité des divers mécanismes d'exemption et de subvention en place est sujette à des interrogations. Par exemple, le montant alloué au fonds des indigents reste très faible comparativement à la proportion des populations vivant sous le seuil de pauvreté. Par ailleurs, on note une faiblesse dans le suivi-évaluation des différents mécanismes mis en place pour la prise en charge des populations.

La fragmentation des mécanismes de financement à l'œuvre au Togo pose également la question de l'efficacité administrative. Ces mécanismes, fonctionnant de façon isolée sans réelle coordination sont amenés chacun à mettre en place sa propre structure de gestion. Ceci a pour conséquence, une duplication, un éparpillement des ressources et compétences et une inefficience dans la gestion.

Le tableau suivant présente les données détaillées de l'analyse ci-dessus.

**Tableau X : Analyse de la performance du système de financement de la santé au Togo**

Fonctions	Indicateurs	Valeurs	Objectifs / Constats (Commentaire)
<b>Collecte de Fonds</b>			
Niveau de financement	DTS / habitant	40,8\$US (2012)	Norme : 86\$/ht/an (McINTYRE& MEHEUS, 2014) Le niveau actuel est largement inférieur à la norme définie pour une couverture universelle. Les ménages contribuent déjà à plus de 50% du financement de la santé, l'effort à réaliser pour atteindre la couverture universelle appartient principalement au gouvernement qui doit mobiliser des ressources additionnelles
	DPubS /habitant	21\$US (2012)	Norme OMS : 44,20\$/ht (2012) ; donc les dépenses publiques actuelles doivent être doublées pour atteindre la norme ; ce qui nécessite la mobilisation des ressources additionnelles
	DTS / PIB	8,6% (2012) OMS	Objectif PNDS (2012-2015) : 19,45% (calcul) Niveau très bas par rapport à l'objectif fixé.
	DPubS /PIB	4,4% (2012) OMS	Objectif PNDS (2012-2015) 10%: Niveau très bas par rapport à l'objectif fixé
	DPubS/ DPG (hors ressources externes)	5,3 % (2012) OMS	Engagement Abuja : 15% ; le Togo est en deçà de l'objectif au niveau régional
	Ressources Ext. / DTS	18,1 % (2012) OMS	Financement extérieur faible mais forte dépendance du pays par rapport aux PTF pour le financement de certains programmes. Ce qui constitue un risque pour la stabilité et la pérennité de leur financement
Couverture de la population	% de la population couverte par un système de protection contre les risques financiers (assurance maladie, mutuelles de santé...)	7,66% (2014) INAM 4% As Privée 2% MUSA 1,66%	Norme CSU : 100% ; la proportion de la population couverte est très faible. Il faut étendre le régime de l'assurance maladie à l'ensemble de la population (proposer une programmation pour aller vers la CSU)
Méthode de financement/ / degré d'équité dans le	INAM : système progressif AsP/MUSA : Système	INAM : (3,5% du Salaire de base plus la sujétion)	Le système d'assurance maladie géré par l'INAM est équitable car cotisation à proportion des revenus donc progressif tandis que le système géré par les mutuelles



Fonctions	Indicateurs	Valeurs	Objectifs / Constats (Commentaire)
financement	regressif	AsP : prime MUSA : Forfait	et les assurances privée est régressif
Niveau de protection contre le risque financier	Ratio de Prépaiement (dépenses publiques en proportion des dépenses totales de santé)	51 ,4% (2012) OMS	Norme supérieure ou égale 70% ; le niveau actuelle est en deçà de la norme minimale. Ce qui favorise le paiement direct des soins par les ménages ;
	% des ménages ayant des dépenses catastrophiques de santé	0,38%	Selon la vision vers la CSU aucun ménage ne doit être exposé aux dépenses catastrophiques
	% des ménages appauvris à cause des dépenses catastrophiques	2,33%	Selon la vision vers la CSU aucun ménage ne doit non plus s'appauvrir à cause des dépenses de soins
Différenciés par quintile/groupe	% des ménages exposés aux DCS par quintile	Plus pauvre 0,18% Deuxième 0,20% Troisième 0,92% Quatrième 0,70% Plus riche 0,28%	
	% des ménages exposés aux DCS par régime de couverture	ND	Tenir compte du calcul de cet indicateur dans les enquêtes réalisées au niveau nationales : QUIBB, MICS, EDST
<b>Mise en Commun</b>			
Niveau de Fragmentation	Existent-ils plusieurs caisses mutualisant les risques ?	Oui (INAM, Mutuelle de santé, Assurance privée)	Fort fragmentation du système de financement de la santé
	Si oui, existe-il des mécanismes de compensation financière des risques ?	Non	Nécessité de mettre en place un mécanisme de coordination de l'ensemble des actions ou, de créer à travers l'INAM un fonds national pour l'achat des prestations
Composition des risques partagés	L'adhésion est-elle obligatoire pour tous les groupes contribuant?	Oui pour l'INAM Non pour Mutuelle de santé et Assurance privée	L'expérience des mutuelles de santé montre que l'adhésion volontaire n'est pas favorable à une extension rapide de la couverture en santé. Il est donc nécessaire d'instaurer une couverture maladie de base obligatoire pour tous.
	Est-ce que l'adhésion des membres de la famille du cotisant est obligatoire?	Oui pour l'INAM et les Assurances privées Non pour les Mutuelles de santé	Cependant dans le cas des ménages dont la taille est supérieure à 6 personnes, certaines personnes sont exclues. Pour les Mutuelles de santé et les assurances privées la couverture de toute la famille dépend de la capacité de l'assuré principal à payer les primes y afférentes. Il est donc nécessaire d'étendre la couverture à toute la population à travers d'autres mécanismes
	Existent-t-il des mesures pour la prise en charge des pauvres?	Non dans les mécanismes d'assurance Existence de programmes de gratuité de soins et d'un fonds des indigents	Le mode de fonctionnement des programmes de gratuité et du fonds sanitaire des indigents (fragmentation, difficultés de ciblage, insuffisance des ressources) ne permet pas de répondre à l'ensemble des besoins de cette catégorie de population. Il faut donc mettre en place un financement pour subventionner les cotisations de ces personnes.
<b>Achats</b>			
Panier de biens et services	Le panier de biens et services est-il basé sur des critères d'efficacité et d'équité?	Oui	Ce panier est plus large au niveau de l'INAM qu'au niveau des autres mécanismes d'assurance santé. Le choix du paquet est libre et est défini par chaque acheteur pour les autres mécanismes.

Fonctions	Indicateurs	Valeurs	Objectifs / Constats (Commentaire)
	Existe-il des mécanismes de contrôle des prestataires?	Oui	L'INAM dispose d'un conseil médical chargé de contrôler les prestations ; Les Mutuelles de santé en disposent également. Cependant par manque de ressources ce contrôle n'est pas systématique au niveau de certaines mutuelles ; Les assurances privées disposent également d'un service de santé chargé du contrôle des prestations.. Le contrôle des prestataires des soins relève des prérogatives du ministère de la santé.
	Existe-il des mécanismes de recours pour les patients en cas de litiges?	Non	Aucun mécanisme formel de recours n'existe mais dans la pratique les patients saisissent le système auquel ils sont affiliés. Ce système est chargé de régler le contentieux évoqué.
Mécanismes de paiements des prestataires de santé	Les incitations aux fournisseurs de soins et services de santé encouragent-elles un niveau de soins approprié?	Inexistence de mesures incitatives des prestataires de soins	Le mécanisme de rémunération actuel ne constitue pas une mesure incitative pour assurer un niveau de soins approprié. Il est nécessaire d'explorer d'autres mécanismes de rémunération pour inciter à prescrire rationnellement.
Efficacité administrative	Pourcentage des coûts administratifs en % des dépenses totales pour tout le système de financement de la santé	14% INAM  33% Mutuelles de Santé  Assurance privée (moins de 25%) pour trois compagnies  40,6% (financement par l'impôt)	Norme de CIPRES 15% pour l'INAM : L'INAM est dans les normes fixées ceci montre une efficacité administrative de ce système. Toutefois des efforts doivent être fournis pour réduire ce ratio supérieur aux normes de l'OCDE (6-7%).  Norme Règlement UEMOA 15% pour les Mutuelles : Norme largement dépassée ; Nécessité d'opérer des réformes administratives pour minimiser les coûts de fonctionnement.  Norme CIMA pour les assurances privées est 25% : Seules 3 des compagnies d'assurance sont en deçà de cette norme. Les Assurances privées doivent renforcer leurs capacités administratives

## Chapitre 8: Perspectives

### 8.1. Synthèse des forces et défis

#### 8.1.1. Les acquis

L'analyse du financement de la santé au Togo montre que certains acquis ont été obtenus et pourraient servir de base dans la construction du système pour l'extension de la couverture en santé.

- Diversité de mécanismes d'exemption et de subventions des soins mis en place par le Gouvernement pour permettre aux populations démunies et aux populations vulnérables d'accéder aux soins de santé. Ces mécanismes de gratuité s'adressent aux couches défavorisées et restaurent un tant soit peu l'équilibre et l'équité sociale ; ils bénéficient d'une budgétisation et d'une dotation financière ;
- Mise en place d'un régime d'Assurance maladie obligatoire en 2012 au Togo ; ceci constitue sans nul doute une réponse du gouvernement de trouver des solutions aux questions liées à la prise en charge de la santé des populations afin de réduire le poids financier de la maladie auquel ces populations font face. La mise en place de l'INAM est déjà une expérience innovante et prometteuse sur le long chemin de la CSU ;
- Approche de conventionnement collectif avec les groupes de prestataires par l'INAM (MS, ordres professionnels de santé) ayant permis d'avoir des règles contractuelles uniques facilitant le suivi de la délivrance des prestations.

#### 8.1.2. Les faiblesses majeures

Les principaux constats présentés ci-dessous suggèrent un ensemble de domaines où des réformes sont nécessaires.

##### A. En rapport avec les trois dimensions de la couverture universelle en santé

###### Couverture de population

- Absence de couverture pour 92% environ de la population togolaise.

###### Coûts couverts

- Proportion élevée des paiements directs des ménages (51%), ceci implique qu'une proportion considérable des ménages est exposée aux dépenses catastrophiques et à l'appauvrissement lié aux dépenses de santé.

###### Paniers des soins

- La détermination du panier de soins curatifs, son contenu et les modalités de son financement ne sont pas clairement spécifiés dans le système de santé. Il est assez étendu dans le cas de l'INAM avec cependant le ticket modérateur qui peut être une barrière financière. Mais pour les mécanismes de gratuité, il existe un rationnement implicite des services causé par une offre insuffisante dans les structures publiques.

##### B. En rapport avec les trois fonctions de financement de la santé et sa gouvernance

###### Collecte de fonds

- Faible part du budget du Ministère de la Santé dans le budget général de l'Etat. Non seulement le taux d'engagement des ressources de l'Etat reste faible, mais par ailleurs les décaissements ne dépassent pas 70% des engagements.
- Préoccupations de pérennisation financière de l'INAM surtout en l'absence actuelle de tout appui extérieur, notamment de l'Etat pour le financement en particulier de l'investissement.
- difficultés de recouvrement des cotisations au niveau des MUSA liées en grande partie au caractère volontaire de l'affiliation et à l'absence de mécanismes de prélèvement automatique ;

- Financement extérieur relativement faible et volatile, malgré la signature du Compact national entre le Gouvernement et les PTF sensé améliorer l'optimisation et la prévisibilité des ressources financières pour la santé (faible présence des PTF notamment bilatéraux).

### Mutualisation

- Fragmentation du système de financement de la santé: existence de plusieurs mécanismes de financement et dispositifs de couverture du risque maladie, plus ou moins fonctionnels qui sont gérés par différents départements ministériels et institutions avec une faiblesse évidente de coordination. Cette fragmentation indique une faible solidarité et des faiblesses de redistribution des ressources entre eux et entre les couches sociales. Cela génère aussi de l'inefficience dans l'utilisation des ressources (duplication des fonctions administratives et des frais administratifs afférents élevés) et favorise l'iniquité dans le financement et dans l'accès aux soins ;
- Partage de risque à très faible échelle au niveau des mutuelles de santé (faible pénétration, faible capacité contributive des populations cibles); ceci limite du coup les prestations dont pourraient bénéficier les adhérents.

### Achat des prestations

- Déséquilibres majeures dans la répartition des ressources publiques : 36,5% des dépenses publiques de santé sont captées par les fonctions administratives, un record en Afrique de l'Ouest; les allocations ne sont pas basées sur des critères objectifs, ce qui aggrave les disparités régionales.
- Faible part des dépenses publiques allouées aux structures du premier échelon de la pyramide sanitaire ;
- Modes de financement des hôpitaux (forfait, subventionnement, paiement à l'acte) non liés aux coûts réels et non incitatif à la performance des institutions (efficience, qualité). La pratique du paiement à l'acte, comme principale mécanisme de paiement des prestations peut inciter à des abus dans la prescription des soins (aléa moral lié à l'assurance santé) ;
- Inexistence de mécanisme d'incitation à la performance des différents prestataires de soins conventionnés par l'INAM ;
- Insuffisances dans le contrôle de l'effectivité des prestations et de la conformité des factures (INAM, MS et MEF pour les fonds d'indigence) ;
- Faiblesses de capacité de gestion technique au niveau des MUSA, avec pour conséquence des insuffisances dans les aptitudes de négociation avec l'offre de soins et dans le contrôle et la vérification des prestations.

### Gouvernance

- Gouvernance fortement centralisée, y compris dans l'attribution des budgets ;
- Faible régulation du secteur, insuffisances de coordination et d'optimisation du parcours de soins et de contrôle de la qualité. Il en découle une faible réactivité de l'offre de soins (système de référence et contre référence non fonctionnel, manque de référentiels de traitement, défis relatifs à la complémentarité public-privé) ;
- Système d'information sanitaire fragmenté et faiblement développé au niveau du MS;
- Insuffisance dans la relation de tutelle au niveau de l'INAM non fonctionnelle (absence de contrat d'objectif et de suivi des fonctions de mise en commun et d'achat).

## 8.2. Pistes de réformes proposées

Les grandes lignes de réformes proposées autour des dimensions-clés de la couverture universelle et des fonctions du financement de la santé se présentent comme suit :

### A. Augmenter la couverture de la population et améliorer la mise en commun des ressources

Dans la Stratégie de Croissance Accélérée et de Promotion de l'Emploi (SCAPE) 2013-2017, le Gouvernement a inscrit l'extension de la couverture en santé comme un axe principal pour le renforcement du capital humain. Ceci traduit une forte volonté politique pour augmenter la couverture en santé de la population au Togo.

La matérialisation de cette volonté politique, s'est traduite par la mise en place du CNPPS<sup>29</sup> regroupant l'ensemble des acteurs nationaux et des PTF impliqués dans le financement de la santé.

Une réflexion sur l'extension progressive de la couverture sociale en santé aux autres catégories de la population, notamment les travailleurs indépendants et les groupes vulnérables a été lancée au sein du CNPPS. Les principes directeurs sur lesquels cette réflexion est fondée sont : l'universalité (couverture de l'ensemble de la population sans discrimination), la solidarité nationale (équité dans la contribution et l'accès aux soins), la responsabilité générale de l'Etat (Etat garant du bon fonctionnement du système).

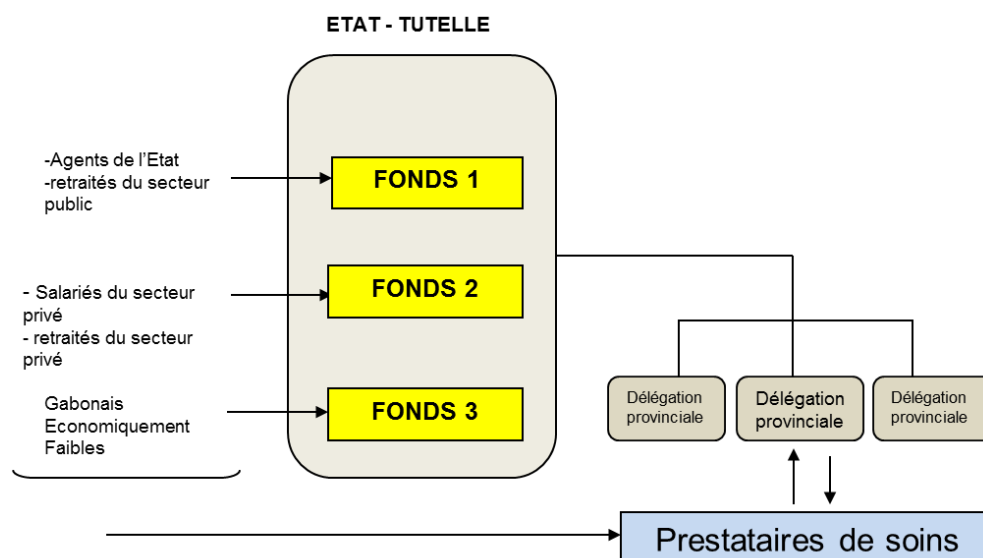
La première question traitée consistait à proposer une architecture adaptée pour la couverture universelle en santé au Togo. Dans ce cadre, une analyse des expériences significatives en matière de CSU en Afrique a été effectuée pour en tirer les principales leçons devant guider la réflexion au Togo.

### Analyse des expériences

#### i) Expérience du Gabon

L'architecture du système de couverture sanitaire du Gabon s'articule autour de l'existence d'une structure nationale de gestion (la CNAMGS) qui gère trois fonds destinés à différentes catégories de la population.

Figure 18: Architecture proposé au Gabon pour la CSU



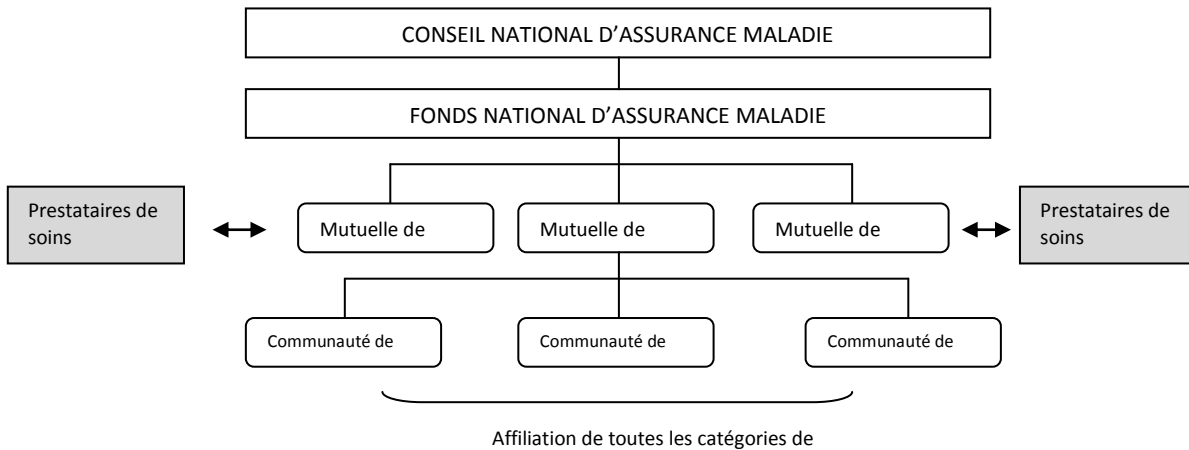
Le système de couverture du Gabon dans son organisation et son fonctionnement présente des forces qui ont permis d'étendre rapidement le nombre de personnes couvertes. Cependant quelques faiblesses peuvent être soulignées notamment l'inexistence actuellement d'un dispositif de prise en charge des travailleurs indépendants et de l'économie informelle non indigents, et d'un mécanisme de péréquation des risques et de redistribution entre les différents fonds.

<sup>29</sup>Arrêté n°030/MTESS/DGPS portant nomination des membres du comité national pour la promotion de la protection sociale (CNPPS)

ii) *Expérience du Ghana*

L'architecture du système de couverture sanitaire s'articule autour d'un organe de régulation (le conseil national d'assurance maladie), d'un fonds national d'assurance maladie chargée d'allouer des ressources, et des mutuelles de santé de district mises en place et appuyées par l'Etat.

Figure 19 : Architecture proposée au Ghana pour la CSU



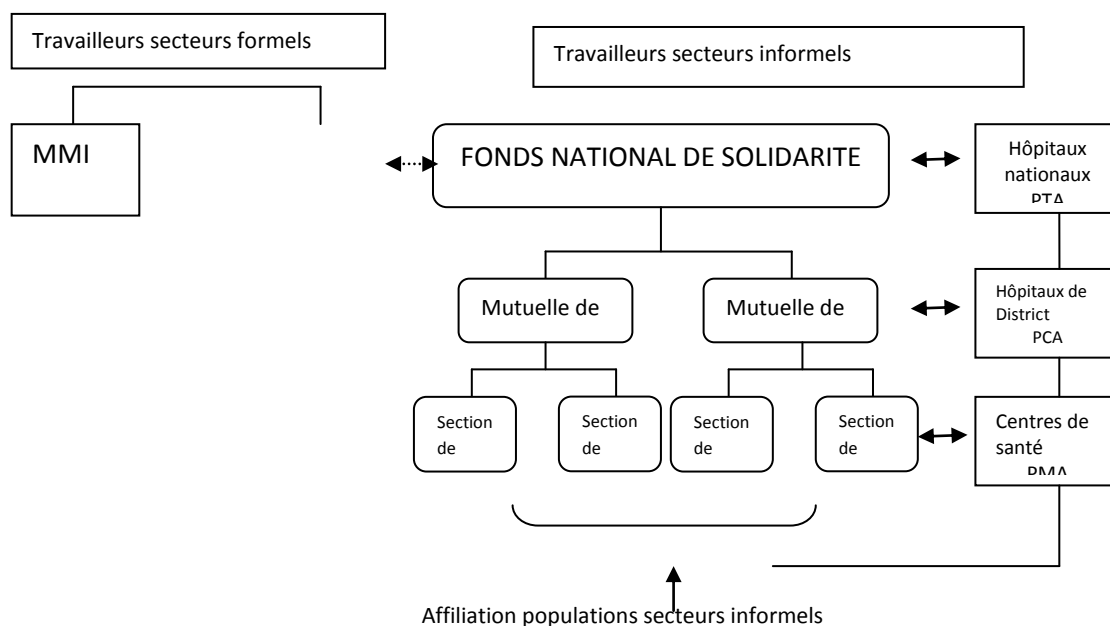
Le système de couverture du Ghana présente des forces qui ont permis un accroissement significatif de la population couverte, notamment une forte décentralisation. Toutefois des faiblesses apparaissent liés essentiellement à la complexité qu'entraîne une telle architecture. En effet, le système est assez fragmenté avec une gestion technique assurée par chaque mutuelle de district, sans relations directes avec les autres mutuelles. Cette fragmentation entraîne des coûts administratifs supplémentaires pour l'ensemble du système.

iii) *Expérience du Rwanda*

L'architecture du système rwandais s'articule autour de trois mécanismes :

- La Rwandaise d'Assurance Maladie (RAMA) destinée à la couverture des travailleurs des secteurs formels publics et privés
- Le Military Medical Insurance (MMI) qui couvre les personnels des forces armées
- Les mutuelles de santé mises en place par l'Etat pour la couverture des populations des secteurs informels.

Figure 20 : Architecture proposée au Rwanda pour la CSU



Le Rwanda a atteint rapidement une proportion très élevée de population couverte par son système. Il existe un mécanisme de péréquation qui consiste en l'appui du fonds de solidarité nationale par un prélèvement sur les ressources de la RAMA, la MMI et les assurances privées. Cependant, après quelques années de mise en œuvre, d'importantes difficultés sont apparues liées à l'organisation du système et à son mode de financement.

La fragmentation du système à travers d'une part l'existence de différents fonds/mécanismes pour chaque catégorie de population et d'autres parts la multiplication des mutuelles de santé entraînent une complexité et nécessitent une grande capacité de gestion. Chaque mécanisme doit disposer de son propre mode de gestion sur l'ensemble du territoire national, ceci entraîne une augmentation des coûts de gestion et un problème de capacité de gestion au niveau des mutuelles de santé.

### Leçons à tirer des expériences

Les architectures des systèmes de couverture universelle des pays étudiés sont assez différentes les unes des autres, mais peuvent globalement être regroupées en deux catégories : (i) architecture assez fragmentée, (ii) architecture centralisée.

Dans la plupart des cas, le choix de bâtir le système de couverture universelle sur la base des institutions ou régimes existants, a automatiquement entraîné la mise en place d'une architecture fragmentée. Cependant cette option nécessite la création de diverses articulations pour tenir compte des avantages comparatifs de chaque institution ou dispositif impliqué dans le système. L'insuffisance des articulations et des réformes engagées constituent la principale faiblesse de ces architectures, et rend parfois complexe et inefficace la gestion du système. On assiste ainsi à des mutations dans l'organisation de ces systèmes allant d'une architecture assez fragmentée vers une architecture centralisée.

En vue d'appuyer les réflexions en cours dans différents pays, un atelier technique<sup>30</sup> organisé par la Commission de l'UEMOA en novembre 2014, a notamment recommandé aux Etats membres de créer des articulations entre les différents mécanismes et acteurs dans la réalisation des fonctions de la couverture du risque maladie :

- Encourager la réalisation des fonctions de proximité (collecte, identification, sensibilisation/communication, contrôle social) par les acteurs de l'économie sociale et/ou des collectivités territoriales ;
- Attribuer à une institution unique (possibilité de délégation) la réalisation des fonctions techniques communes (immatriculation unique, contractualisation, paiement des prestataires de soins, contrôle médical, gestion comptable et financière, ingénierie d'assurance).

### Proposition d'architecture pour le Togo

S'inspirant notamment des leçons tirées des expériences au niveau international et tenant compte du processus initié par le gouvernement depuis 2011 avec l'instauration du régime obligatoire d'assurance maladie des agents publics et assimilés, les acteurs du système de financement de la santé ont proposé une architecture consensuelle pour la CSU au Togo.

Au stade actuel de la réflexion au Togo, la question de la mise en place d'un seul fonds de l'assurance maladie universelle et d'un panier de soins commun à toutes les catégories socioéconomiques ne se pose pas vraiment. L'épineuse question à régler est celle de l'ancrage organisationnel, institutionnel et stratégique du Fonds national d'assurance maladie.

Il est acquis que le point de départ sera de construire sur l'existant. Un autre principe important est de réduire le nombre de fonds/initiatives/dispositifs de financement et de créer des liens entre eux.

Partant de ces considérations, plusieurs options stratégiques ont été discutées par les acteurs du système, en vue d'explorer l'ensemble des possibilités et d'évaluer chacune en fonction de son aptitude à atteindre la CSU.

---

<sup>30</sup> Atelier technique sur le thème « Coordination intersectorielle et articulation des stratégies et instruments pour la couverture maladie universelle au sein de l'UEMOA » Cotonou novembre 2014

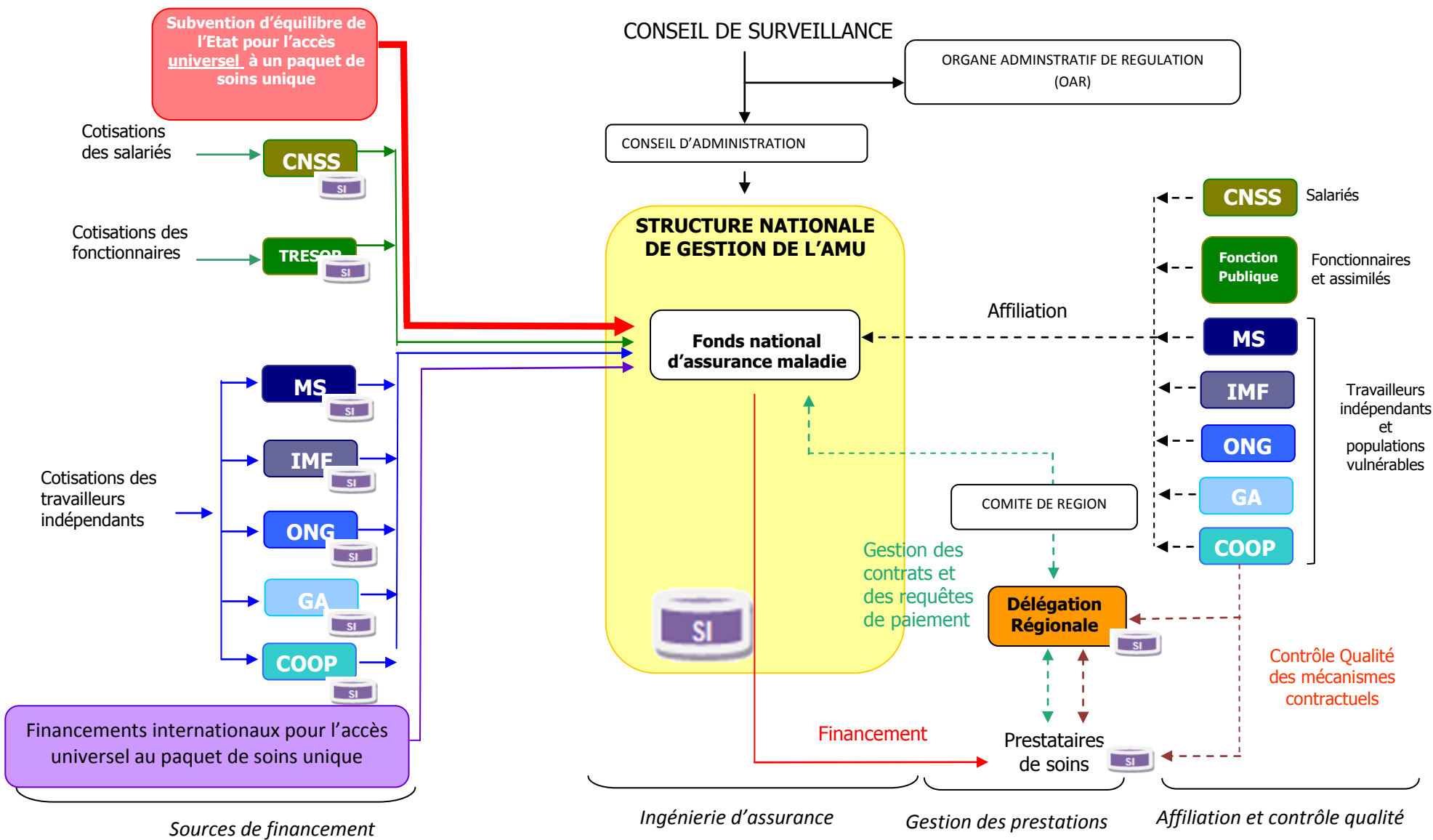
L'illustration de la page suivante (Figure 22) présente le schéma de référence proposé pour l'assurance maladie universelle au Togo. Cette option stratégique s'inscrit dans la continuité des actions entreprises par le Gouvernement notamment la mise en place du régime obligatoire d'assurance maladie pour les agents publics et assimilés, géré par l'INAM. Elle s'inspire de l'analyse de situation et de l'enseignement tiré de multiples expériences internationales. Cette architecture met l'accent sur un seul fonds national et une structure nationale unique de gestion de la couverture maladie à travers une structure unique de gestion qui organise la mise en commun des ressources collectées et qui assure l'achat des prestations, directement ou en procédant à une délégation des fonctions de proximité à d'autres organes. Ladite structure de gestion représente donc un dispositif assurantiel qui réalise les trois fonctions principales de financement, ceci en lieu et place d'une autre logique et structure qui séparerait inutilement les fonctions et générerait encore une fois des coûts administratifs.

A ce jour, l'INAM a des atouts indéniables permettant d'obtenir le partage des risques au sein de l'ensemble de la population ainsi qu'en tant qu'acheteur stratégique de prestations de santé, alors que l'expérience mutualiste pourrait contribuer à l'institution d'une gouvernance locale du système d'assurance maladie.

Les principales caractéristiques ainsi que l'illustration détaillée de cette architecture de référence sont présentées à l'annexe 2 du présent rapport.



Figure 21 : Illustration du schéma de référence proposé pour l'assurance maladie universelle au Togo



Les mutuelles de santé disposent déjà d'un fort potentiel dans la mobilisation sociale des populations et le contrôle social. Une modalité de mise en œuvre du schéma de référence proposé consisterait à faire de ces mutuelles de santé des acteurs intermédiaires pour l'affiliation et le recouvrement des cotisations des travailleurs indépendants comme présenté en annexe n°3 Cependant cette option nécessitera la mise en place de mutuelle de santé sur toute l'étendue du territoire national et pourrait engendrer des coûts supplémentaires de gestion du système.

S'agissant de l'articulation avec les autres mécanismes de prise en charge existants, il est reconnu que doit être recherché le pool maximal, ceci dans le cadre de la lutte contre la fragmentation des systèmes. Ainsi, les différents mécanismes de subvention ou de gratuité existants peuvent être intégrés dans le cadre de la mise en place d'une couverture maladie universelle. La question devient davantage celle du phasage. Aujourd'hui la subvention de la césarienne, stratégie phare de la politique de réduction de la mortalité maternelle actuellement pilotées au sein du Ministère de la Santé, doit être évaluée et améliorée. Quant à la « gratuité » de la prise en charge du paludisme, sujet d'actualité, sa mise en œuvre pose d'autant plus la question du système global de financement qu'elle requière plus de clarifications dans sa gestion.

### **B. Mobiliser plus de ressources**

Outre l'architecture de l'assurance maladie universelle, les questions majeures se posent notamment sur la levée de fonds pour le financement d'un paquet commun de soins pour l'ensemble de la population et sur l'articulation avec les autres mécanismes de prise en charge existants.

Concernant la faisabilité technique de l'instauration d'un mécanisme de contribution des travailleurs indépendants, d'un côté, les efforts actuels de l'INAM tendent à instaurer une contribution obligatoire du secteur informel. De l'autre, le secteur mutualiste vise à développer une contribution volontaire. Il ressort des discussions que ces deux mécanismes n'auront de toute manière qu'un impact limité en termes de levée de fonds pour le financement d'un paquet commun de soins pour l'ensemble de la population. Seule une subvention importante du mécanisme d'assurance maladie par le budget de l'état permettra de fournir un paquet de soins basique à tous. Il s'agit là de l'enseignement de multiples expériences internationales capitalisées. L'effort budgétaire d'équilibre de l'Etat devient donc un enjeu fondamental, qui interrogera les capacités de l'Etat à mettre en œuvre, au-delà des limites budgétaires actuelles, des mécanismes de financements innovants qu'il dédiera à la protection sociale en santé.

La possibilité d'apporter plus de ressources budgétaires pour la santé par l'introduction de mécanismes de financement innovants a été documentée à travers l'étude portant sur l'exploration du potentiel de mobilisation des ressources domestiques par ces mécanismes<sup>31</sup>. Cette étude a permis d'identifier des pistes potentiellement intéressantes et faisables pour le Togo. Il convient d'inclure les résultats de l'étude dans les travaux à venir sur le volet « collecte de fonds » de la future SNFS-CSU. Bien entendu, le choix définitif de mécanismes et l'affectation des ressources additionnelles potentielles nécessiteront une réflexion plus approfondie avec le MEF et les autres institutions impliquées dans la mobilisation des ressources.

### **C. Améliorer l'efficacité dans l'utilisation des ressources**

- Restructurer le mécanisme actuel de paiement « à l'acte » pour instaurer un mécanisme plus efficient : le paiement hybride<sup>32</sup>, le paiement à la performance, le paiement à l'épisode, le prix de la journée avec définition du contenu, le paiement par capitation<sup>33</sup> pourraient être envisagés. Ces mécanismes de paiement semblent prometteurs et appropriés en ce sens qu'ils pourraient inciter les prestataires de soins à porter une plus grande attention aux coûts et à la qualité de soins.

---

<sup>31</sup> Cité plus haut.

<sup>32</sup> On parle d'un système de paiement hybride quand, dans une structure de soins ou dans un système de santé, on utilise deux ou plusieurs modes de paiement de façon simultanée pour le paiement des prestations.

<sup>33</sup> Mécanisme de paiement consistant à payer un forfait au prestataire non pas par cas de maladie mais par personne couverte par le système d'assurance durant une période déterminée.

- Des actions visant à inciter à une plus grande performance économique (en terme d'efficacité administrative, d'efficience) sont nécessaires pour remédier au besoin de financement des structures publiques de santé.
- D'autres stratégies de lutte contre la sur prescription doivent être utilisées, telles que la généralisation de l'utilisation des ordigrammes et protocoles thérapeutiques, le respect du système de référence et contre référence, la promotion et l'utilisation systématique des MEG dans un cadre général de maîtrise des dépenses de soins et de lutte contre l'explosion des dépenses liées aux médicaments.
- Il convient dans ce cadre de renforcer le système d'information comptable et financier national, notamment en réalisant des revues de dépenses publiques et en produisant des comptes de la santé selon la périodicité retenue.

#### ***D. Renforcer la gouvernance du MS pour une meilleure équité, régulation et transparence***

- Le Ministère de la santé n'est pas le seul acteur en matière de financement de la santé. Mais il doit en assurer le rôle leadership. Pour ce faire, son rôle de gestion de la relation acheteur-fournisseur doit être renforcé à travers une amélioration des cadres de concertation et du dialogue politique avec le ministère de l'Economie et des Finances, le Ministère du travail, de l'emploi et de la sécurité sociale, le parlement, la société civile et les syndicats. Il convient également d'opérationnaliser la nouvelle organisation du MS conformément au décret présidentiel n° 2012-006/PR du 07 mars 2012 en vue du renforcement de la gouvernance et du pilotage du système de santé ;
- Un effort dans la redéfinition des subventions d'exploitation sur l'activité réelle des formations sanitaires est nécessaire, au lieu de la répartition arbitraire réalisée actuellement. Il convient de baser la définition des budgets des régions sanitaires sur des critères d'allocation liés aux besoins (comme la taille de la population ciblée, la charge de morbidité, le taux de pauvreté, les infrastructures et équipements existants, le niveau d'utilisation, la qualité des indicateurs fournis, etc.) pour s'assurer notamment que les districts sanitaires reçoivent les ressources nécessaires pour réaliser les améliorations attendues par la population, tout en renforçant la transparence et la reddition de compte pour les moyens mis en œuvre et les résultats atteints.
- Il est nécessaire dans ce cadre de soutenir la mise en œuvre du plan stratégique 2013-2017 de renforcement du SNIS, élaboré suite à son évaluation réalisée dans une démarche participative, pour faire du SNIS un outil performant de pilotage du développement sanitaire et un support à la promotion de la culture de gestion axée sur les résultats et de prise de décisions basées sur l'analyse des faits.
- Le MS est appelé à renforcer la régulation du secteur privé à travers la définition d'une carte sanitaire intégrée prenant en compte le secteur privé dans toutes ses composantes et la contractualisation de l'offre privée de soins. A cet effet, il est proposé de reviser la politique d'approche contractuelle élaborée en 2003 et assurer son opérationnalisation ;
- Pour répondre à l'augmentation attendue de la demande des soins avec des exigences de qualité, il est important d'améliorer l'offre des soins et la qualité dans le secteur public à travers notamment : l'accroissement des RHS et leur répartition équitable, le renforcement du système de références, l'introduction des normes de bonne pratique ; le renforcement de la supervision et du suivi local des activités sanitaires.

### **8.3. Prochaines étapes**

Afin de contribuer au développement d'une stratégie cohérente du financement vers la couverture universelle en santé, il est proposé de réaliser des études et analyses complémentaires (voir ci-dessus) et de mettre en place des réformes nécessaires.

Une étude portant sur la détermination d'une méthode unique de ciblage des populations vulnérables est en cours de réalisation. Elle devrait permettre de mieux cibler les populations vulnérables qui seraient totalement exemptées du paiement d'une contribution.

Prochaines étapes pour la génération de connaissances :

- Etude sur la classification de la population togolaise selon la capacité contributive ;
- Etude sur la détermination des paramètres techniques et financiers (plan de financement de la CSU) ;
- Etude portant sur la définition d'un panier de soins de base pour tous et soutenable par la solidarité nationale ;
- Etude de faisabilité de mécanismes alternatifs de paiement des prestataires ;
- Analyse complémentaire sur les mécanismes de financement innovants pour la santé.

En plus de ces études, les principales réformes à engager sont notamment :

- La mise en place d'un cadre légal adapté instituant une couverture médicale de base obligatoire pour tous ;
- La refonte de tous les mécanismes de prise en charge gratuite actuels dans l'architecture de la couverture universelle proposée ;

Ces réformes doivent être accompagnées d'un vaste programme de renforcement des capacités ou restructuration de l'INAM pour en faire une structure nationale de gestion de la couverture universelle capable à la fois de prendre en compte les nouvelles catégories de populations et de gérer l'ensemble des financements qui seront mobilisés..

Prochaines étapes pour une discussion large et la prise en compte des résultats du rapport OASIS dans le développement de la SNFS-CSU :

- Organiser une session de présentation du rapport OASIS entre experts et acteurs du système ;
- Faciliter l'intégration de la discussion sur les pistes d'amélioration dans le cadre du développement de la SNFS-CSU qui devra spécifier les objectifs de progrès de la couverture (phasage entre cibles, progression géographique et taux de pénétration), les orientations et les articulations/ synergies entre les différents mécanismes ;
- Renforcer les capacités du CNPPS ;
- Mettre en place au sein du CNPPS une commission sur la CSU (PTF et acteurs nationaux impliqués).

## Conclusion

Cette étude sur le financement de la sante au Togo dresse un diagnostic du système de financement de la santé et des mécanismes de collecte et de mise en commun des fonds et d'achat des services de santé. Il s'agit de comprendre comment lever les fonds suffisants, réaliser une mise en commun optimale et utiliser efficacement les ressources disponibles et de proposer un parcours vers la couverture universelle.

Au terme de ce diagnostic, il apparaît que la mise en place de l'assurance maladie obligatoire (gérée par l'INAM) constitue un atout majeur sur ce parcours. Cependant, d'importants défis - liés en particulier à la faible proportion de personnes couvertes, la part trop élevée des paiements directs dans un contexte de pauvreté préoccupante, l'exposition aux dépenses catastrophiques de santé et à la paupérisation pour une proportion importante de ménages togolais, l'iniquité dans le financement et dans l'accès aux services et soins de qualité - doivent être pris en compte à travers le développement d'une stratégie claire et cohérente du financement de la santé vers la couverture universelle.

Dans ce cadre, le rapport présente quelques options stratégiques pour l'assurance maladie universelle au Togo discutées par les acteurs du système, et en analyse les avantages et inconvénients respectifs. Partant de l'analyse de situation et de l'enseignement tiré de multiples expériences internationales, une architecture de référence du système de couverture universelle en santé a été proposée ainsi que des pistes de réformes pour sa mise en œuvre.

## Références

1. Ministère de la santé : Rapports d'activités de la Direction des Affaires Communes, 2010-2013.
2. Ministère de la santé (2012) : Cadre de Dépenses à Moyen Terme .
3. Organisation Mondiale de la Santé (2012) : Atlas mondial des dépenses de santé 2012, Genève.
4. Ministère de la santé : Base de données sur les omptes de la santé 2002 et 2008, Genève.
5. Organisation Mondiale de la Santé(2013). Comptes nationaux de santé pour le Togo 1995-2012, [www.who.int/nha](http://www.who.int/nha) ;
6. Organisation Mondiale de la Santé(2010). Rapport sur la santé dans le monde : le financement des systèmes de santé : le chemin vers une couverture universelle, Genève.
7. Banque Mondiale (2014). Bases de données sur les tendances macroéconomiques du Togo.
8. Banque Mondiale (2011). Rapport d'Analyse du Secteur de la Santé du Togo. Draft 1 – Avril 2011.
9. Mathauer I, Carrin G (2010). The role of institutional design and organizational practice for health financing performance and universal coverage. Health Policy (forthcoming), doi 10.1016/j.healthpol.2010.09.013.
10. Ministère de la santé : Etude sur les mécanismes innovants de financement de la santé pour la couverture sanitaire universelle au Togo. Rapport final, juillet 2014. Etude réalisée avec le soutien financier de l'Union Européenne dans le cadre du Partenariat UE-OMS pour la Couverture Sanitaire Universelle.
11. République togolaise. Document de Stratégie de Croissance Accélérée et de Promotion de l'Emploi (SCAPE) 2013-2017.
12. République togolaise. DGSCN, EDST 2013. Résultats préliminaires.
13. Analyse situationnelle de l'organisation et de l'application des normes d'assurance qualité des soins dans les systèmes de santé des pays de l'espace CEDEAO, Rapport pays Togo 2012.
14. Ministère de la santé. revue annuelle sectorielle 2012.
15. République togolaise, Politique nationale de protection sociale, Document provisoire du 06 juillet 2012.
16. République togolaise. Comité National de Promotion de la Protection Sociale, Stratégie Nationale de Protection Sociale Un contrat social pour un Togo émergent, inclusif et équitable. Version du 22.11.2013.

## Références Législatives et réglementaires

1. Arrêté n°030/MTESS/DGPS portant nomination des membres du comité national pour la promotion de la protection sociale (CNPPS).
2. République Togolaise. Arrêté N° 0021/2013/MS/CAB/SG portant organisation des services de santé.
3. Décret présidentiel n° 2012-006/PR du 07 mars 2012 portant organisation des départements ministériels.
4. LOI N°2011-003 du 18 février 2011 instituant un régime obligatoire d'assurance maladie pour les agents publics et assimilés en République Togolaise.
5. DECRET N°2011/032/PR du 02 mars 2011 fixant les taux et les modalités de paiement des cotisations au régime obligatoire d'assurance maladie
6. DECRET N°2011-034/PR du 9 mars 2011 portant statuts de l'Institut National d'Assurance Maladie (INAM).
7. DECRET N°2011-035/PR du 9 mars 2011 fixant le régime partenariat entre l'Institut National d'Assurance Maladie (INAM) et les formations sanitaires .
8. Loi N° 2008-004 du 30 mai 2008 portant modification des articles 26, 27, 28 et 30 de l'ordonnance n°39/73 du 12 novembre 1973 instituant le Code de la sécurité sociale, modifiée par la loi N° 2001-012 du 29 novembre 2001.

9. Loi modifiant la loi n°2005-012 du 14 décembre 2005 portant protection des personnes en matière du VIH/SIDA.
10. Loi 2004-005 du 23 avril 2004 relative à la protection sociale des personnes handicapées au Togo.
11. Arrêté n°12/02/MBES-SN du 1er septembre 1992 portant statut, organisation et fonctionnement de l'agence de solidarité nationale

## **Annexes**

### **Annexe 1: TDR et liste des participants à l'atelier de rédaction du rapport**

## **Annexe 2 : Caractéristiques du schéma de référence proposé pour le Financement et fonctionnement de l'assurance maladie universelle au Togo**

Les principales caractéristiques de cette architecture se présentent comme suit :

### ■ **Une structure nationale unique de gestion de la couverture maladie**

La gestion technique de la couverture maladie est assurée par l'Institut National d'Assurance Maladie (INAM). Il concentre les activités d'ingénierie d'assurance et joue donc le rôle d'assureur unique pour le régime de base. L'INAM centralise la gestion du financement de la couverture maladie et est responsable de la mobilisation des ressources, tant des contributions des bénéficiaires, de l'Etat et des partenaires techniques et financiers. Il contractualise avec l'offre de soins, gère l'ensemble des relations avec les prestataires de soins, suit et évalue le produit d'assurance santé. Il organise et supervise le déploiement de la couverture et la formation des différents acteurs.

Dans un objectif d'efficacité, de proximité et de mise en place de mécanismes adaptés aux spécificités de chaque catégorie de la population, les fonctions de proximité seront déléguées à des structures ou institutions habilitées.

### ■ **Une délégation des fonctions de proximité**

Les caractéristiques des différentes catégories de populations nécessitent chacune la mise en place de mécanismes spécifiques et adaptés d'affiliation et de recouvrement.

L'originalité du schéma repose sur une délégation de ces fonctions d'une part à des acteurs spécialisés en matière de couverture sociale et prélevant déjà des cotisations, et d'autre part aux structures publiques de collecte des impôts et taxes.

Pour les *travailleurs du secteur formel*, les institutions délégataires de ces fonctions de proximité seraient le Trésor Public, la CNSS, la CRT.

Concernant les *travailleurs de l'économie informelle et du secteur agricole*, la diversité de l'économie informelle nécessite de déléguer ces fonctions à une pluralité d'acteurs nationaux qui interviennent auprès des populations tant en milieu urbain que rural. Il s'agit en premier lieu des mutuelles sociales, mais dont l'impact actuel en termes de couverture des populations reste limité. Aussi d'autres acteurs sont-ils identifiés tels que les institutions de micro finance, les organisations non gouvernementales, les coopératives, les associations professionnelles etc. Moyennant le respect d'un cahier des charges et un agrément, ces organisations qui travaillent quotidiennement avec les populations cibles peuvent réaliser les tâches techniques d'enregistrement et de collecte des cotisations.

Les mutuelles sociales, répondants à la réglementation de l'UEMOA sur la mutualité sociale, pourront développer des produits d'assurance santé complémentaires, les autres organisations se limiteront en revanche aux fonctions techniques déléguées.

Les organisations qui seront agréées comme structures délégataires seront rémunérées en proportion du nombre de bénéficiaires qu'elles enregistreront et du montant des cotisations recouvrées. Cette rémunération devra permettre aux structures de se doter des moyens, notamment du personnel, nécessaires pour la bonne réalisation de ces fonctions techniques.

Cependant, pour garantir une collecte efficiente, il semble nécessaire d'établir des critères et des règles pour que ces organisations réalisent leur mission de manière optimale. Par exemple, il est souhaitable que les mutuelles impliquées dans la collecte des cotisations soient de grande taille pour réaliser des économies d'échelle, ce qui impliquerait une fusion des mutuelles communautaires au niveau régional.

Le principe d'affiliation obligatoire ne peut être efficacement mis en œuvre qu'en automatisant le paiement de la cotisation. Face aux limites observées dans les expériences basées sur un paiement volontaire de la cotisation, les services de collecte des impôts et taxes au niveau national et local, seront sollicités. Il s'agira de majorer les taxes ou impôts du montant de la cotisation à l'assurance maladie. La mise en œuvre de ce mécanisme nécessite d'abord d'inventorier l'ensemble des taxes et impôts existants actuellement et payés par les populations en fonction de leurs secteurs d'activités afin d'identifier lesquels seront les plus adaptés pour la majoration en fonction de chaque individu.

*Aspects à clarifier:*



- Quels critères les mutuelles devront-elles remplir et quelles règles de fonctionnement à mettre en place pour qu'elles organisent au mieux la collecte des cotisations ?
- Quel sera le niveau de cotisation des acteurs du secteur informel (qui paiera quoi)? Comment différencier les cotisations pour réaliser une équité dans le financement de la santé dans le secteur informel? Aux sources de quelles finances l'Etat comblera-t-il le « gap » ?
- Quels critères de ciblage des « indigents », segment non contributif de la population ? quel niveau de contribution du secteur informel non pauvre ?

#### ■ **un panier de soins de base unique**

un régime de base proposant un panier de soins commun à toutes les catégories socioéconomiques sera créé et fonctionnera sur la base d'une affiliation obligatoire. Le panier de soins offert actuellement couvert par l'INAM pourrait être retenu comme panier de base.

*Aspects à clarifier:*

Comment définir un panier de soins qui soit abordable pour la population? Quelle tarification des soins établir? Ceci implique un calcul des coûts moyens des prestations pour déterminer :

- la part qui sera couverte par des ressources publiques ;
- la part à couvrir par l'INAM ;
- le ticket modérateur devant permettre de réduire le risque moral chez les assurés (consommation rationnelle des soins) tout en évitant de créer des barrières financières à l'accès.

#### ■ **une gouvernance renforcée du système**

Les principes établis à travers le régime obligatoire d'assurance maladie fixent la responsabilité générale de l'Etat mais soulignent également la volonté de bâtir un mode de gouvernance démocratique avec une représentation des bénéficiaires dans l'administration du système d'assurance maladie.

Le modèle organisationnel mis en place déjà répond à ces exigences. Il s'agit donc de le renforcer pour tenir compte des nouveaux acteurs.

- Le Conseil de Surveillance

Il veille à la mise en œuvre des orientations définies par le Gouvernement dans le domaine de l'assurance maladie.

Un cadre légal de l'assurance maladie a été déjà mis en place composé d'une loi et d'un ensemble de décrets. Ces textes devront être revisités pour tenir compte des nouveaux paramètres techniques et financiers liés à l'extension de la couverture santé aux autres couches de la population. Le Ministère de tutelle conduira ce processus en collaboration avec les différents acteurs. La composition actuelle du Conseil de surveillance paraît adaptée au système de couverture universelle proposé.

- Le Conseil d'Administration (CA)

C'est l'organe qui assure la bonne exécution des missions assignées à la structure chargée de gérer le système. Il est placé sous la supervision du Conseil de Surveillance qui nomme ses membres. Sa composition doit obéir aux critères de représentativité, de proximité et d'efficience.

Le Conseil d'Administration actuelle composé des représentants de l'Etat employeur et des agents publics à travers les organisations syndicales et association doit être réorganisé en y intégrant les représentants du patronat, des organisations de la société civile et des personnes ressources.

Dans chaque région, il est installé un Comité de Région, qui est un démembrement du CA au niveau local, et composé des représentants des différents acteurs.

- L'Organe Administratif de Régulation

C'est l'organe qui a pour mission d'assurer l'encadrement légal de l'ensemble du système et de veiller à la mise en place des outils de régulation du système dans le respect des dispositions législatives et réglementaires. Il est placé sous la supervision du Conseil de Surveillance.

- La Direction Générale

Elle assure la gestion courante de l'INAM et est placée sous l'autorité d'un Directeur Général recruté par le Conseil d'Administration.

■ **une gestion financière centralisée des ressources de l'assurance maladie**

L'ensemble des ressources du système de couverture universelle seront gérées de façon centralisées par la création d'un fonds national au sein de l'INAM. Ce fonds reçoit les contributions des assurés, les financements de l'Etat ainsi que les financements internationaux (transferts sociaux).

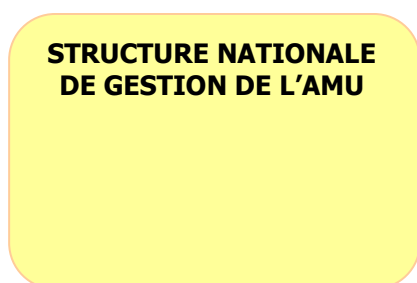
Des articulations et synergies doivent être recherchées entre l'INAM et l'ensemble des mécanismes de gratuité ou d'exemption existants.

*Les autres mesures nécessaires*

- Le rôle des assurances complémentaires (mutuelles et assurances privées) –notamment quant aux services à couvrir, les modalités de rémunération des prestataires, et cotisations– et la complémentarité d'intervention avec l'INAM doivent être précisés et réglementés.
- Il est proposé de renforcer les systèmes d'information, éducation et communication performants pour promouvoir les notions de solidarité et d'assurance obligatoire, de protection sociale.
- Afin d'éviter le risque de barrière financière lié à la mise en place du ticket modérateur par l'INAM, il est nécessaire d'étudier les modalités de mise en place d'autres mécanismes tels que la franchise, un ticket modérateur dégressif ou un forfait qui se base sur les catégories socio-économiques de la population afin de préserver l'accès des plus démunis aux soins.

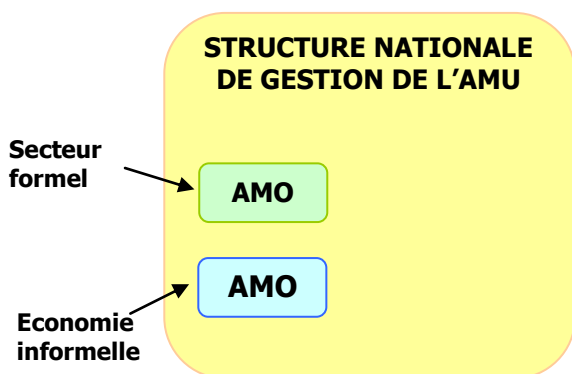
**Illustration du schéma proposé de l'assurance maladie universelle au Togo**

**A. Choix d'un assureur unique**



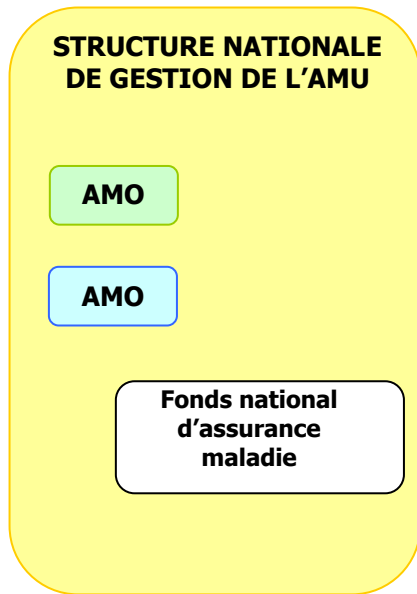
La structure est l'organe national chargé de gérer le régime d'assurance maladie. Il concentre les activités d'ingénierie d'assurance, notamment de gestion des risques et joue par conséquent le rôle d'assureur.

**B. Choix d'un panier de base unique à travers un régime obligatoire d'assurance maladie (AMO)**



Les acteurs nationaux décident de créer un régime de base qui propose un panier de soins qui sera commun à toutes les catégories socioéconomiques. Le panier de soins offert actuellement par l'INAM pourrait être retenu comme panier de base.

### C. Choix d'une gestion financière centralisée des ressources de l'assurance maladie

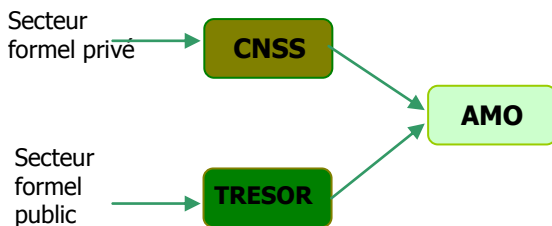


L'ensemble des ressources de l'assurance maladie seront gérées de façon centralisées.

Le fonds national financera les dépenses de soins et les coûts de fonctionnement de l'assurance maladie.

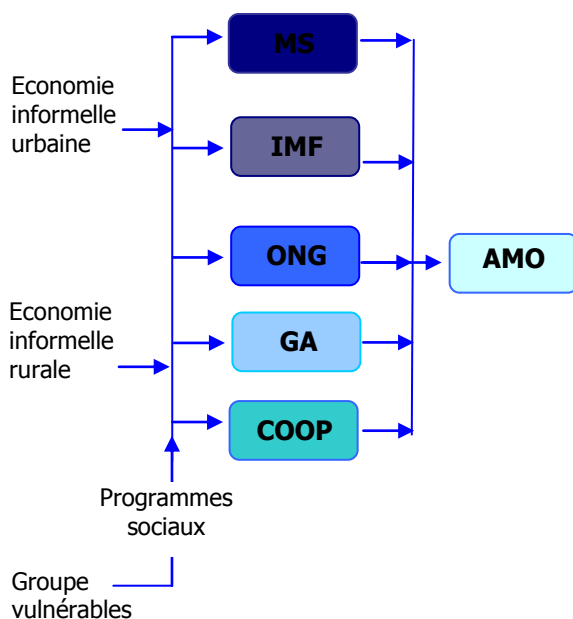
Ce fonds reçoit les contributions des assurés, les financements de l'Etat ainsi que les financements internationaux (transferts sociaux)

### D. Choix de l'utilisation des dispositifs existants pour une délégation des fonctions de gestion technique des affiliations et des recouvrements



Les travailleurs, les employeurs et les indépendants déclarés seront affiliés par le biais de la CNSS qui procédera également au recouvrement des cotisations via les mécanismes déjà existants pour les autres branches de protection sociale.

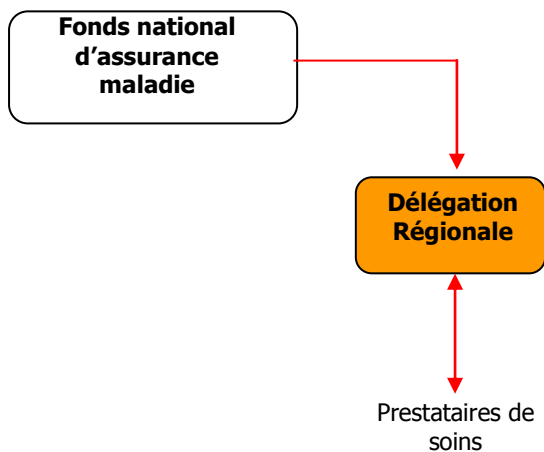
Les fonctionnaires, agents et autres personnes au service de l'Etat sont affiliés à travers le Ministère de la Fonction Publique, la Direction des Finances et le Trésor public se charge du versement de leur cotisation.



Les populations de l'économie informelle adhèrent et cotisent via les mutuelles de sociales (MS) existantes. D'autres organisations de l'économie sociale peuvent recevoir l'agrément de l'Etat pour jouer ce rôle : Institutions de micro finance (IMF), ONG, coopératives, associations, groupements agricoles (GA), etc.

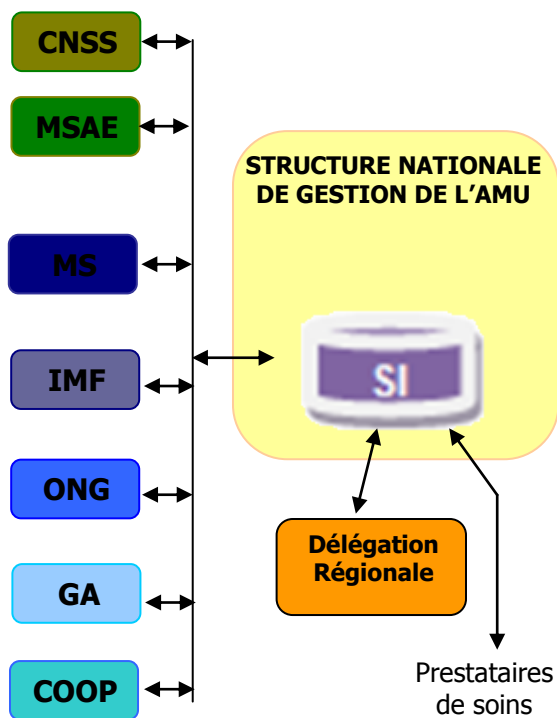
Les groupes vulnérables sont intégrés dans le système d'assurance via les mutuelles de santé et les organisations de l'économie sociale. Leurs cotisations sont financées par les programmes d'assistance sociale.

### E. Choix de délégation de gestion des prestations maladie à travers les délégations régionales



La gestion technique des prestations, à savoir le traitement des dossiers, le contrôle des prestations est réalisée par les Délégations Régionales de l'INAM et centralisée par la Direction Générale avant paiement.

### F. Choix d'un système d'information

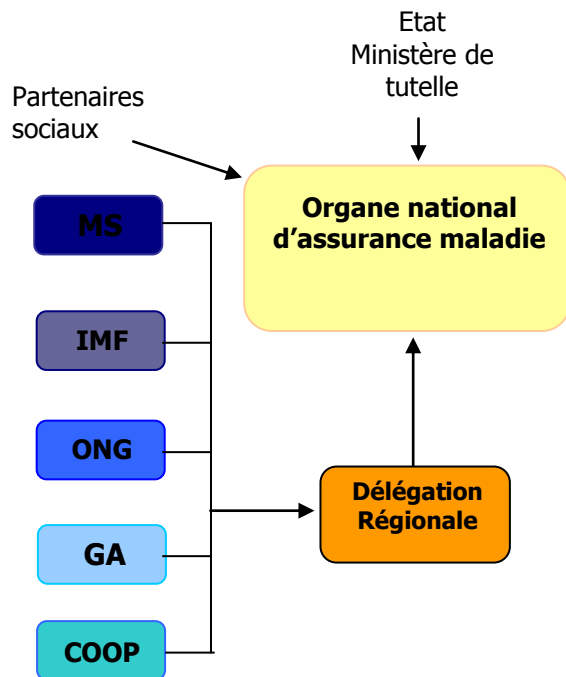


Un système d'information est mis en place permettant à tous les acteurs un partage d'informations.

Une base de données est gérée au niveau de l'organe national d'assurance maladie. Les structures intervenant dans l'affiliation et le recouvrement ainsi que les délégations régionales sont reliés à cette base de données.

Le système d'information permet le suivi et le contrôle des prestations ainsi que le traitement rapide des informations et le monitoring de l'assurance.

## G. Choix de la gouvernance



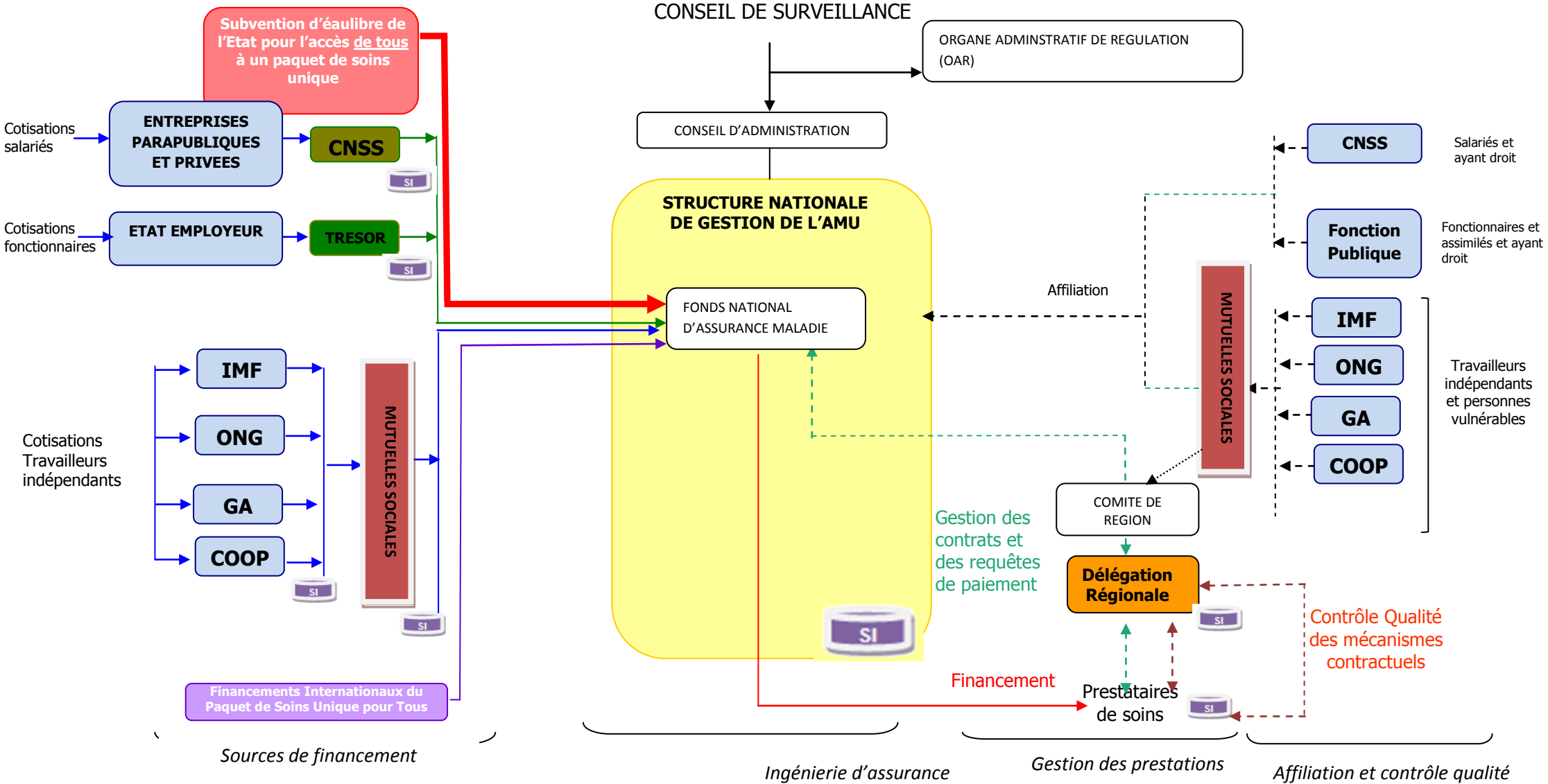
L'organe national d'assurance maladie est autonome de même que les organes régionaux.

La gouvernance du système est démocratique et basée sur une représentation de l'Etat et des assurés à travers les partenaires sociaux et les organisations d'affiliation de l'économie informelle.

Les Délégations régionales constituent le premier niveau de représentation.

L'ensemble des choix de ce schéma possible d'organisation et de fonctionnement de l'assurance maladie universelle conditionne un ensemble de solutions techniques ainsi que de flux financiers et d'informations à organiser et qui ne sont que partiellement illustrés ici.

**Annexe 3 : Schéma de référence proposé pour l'assurance maladie universelle au Togo, avec modalité de mise en œuvre faisant des mutuelles de santé des acteurs intermédiaires pour l'affiliation et le recouvrement des cotisations des travailleurs indépendants**



## Annexe 4 : COUVERTURE EN INFRASTRUCTURES SANITAIRES

Tableau A4. : Répartition des formations sanitaires par type selon la région sanitaire en 2013

Type de formation sanitaire	CENTRALE	KARA	LOME COMMUNE	MARITIME	PLATEAUX	SAVANES	Total
CHU		1	2				3
CHR	1	1	1	1	1	1	6
HOPITAL SPECIALISE	1	1		3	6	1	12
HP Type1	2	5	4	4	6	4	25
HP Type2	2	2	1	2	6	1	14
USP Type1	73	93	6	113	154	60	499
USP Type2	17	21	36	32	24	10	140
CLINIQUE	2	2	56	13	3	1	77
CABINET	4	4	129	13	14	1	165
INFIRMERIE	3	1	7		1	2	14
PMI	1	2			8		11
POSTE DE SECOURS		4	30	3	1		38
Cases de Santé				2	12	1	15
<b>Total</b>	<b>106</b>	<b>137</b>	<b>272</b>	<b>186</b>	<b>236</b>	<b>82</b>	<b>1019</b>

Source : DISER/MS

Tableau A4. : Ratios population / formation sanitaire et lit selon la région sanitaire en 2013

REGIONS	Population totale	Nombre de FS	Jours d'hospitalisation	Nombre de lits	Taux d'occupation de lits (%)	Pop/FS	Pop/lit
Lomé- Commune	900 149	272	92 559	1 201	33,4	3 309	749
Maritime	1 888 643	186	194 161	821	40,2	10 154	2 300
Plateaux	1 473 630	236	151 244	1 042	65,1	6 244	1 414
Centrale	654 074	106	67 413	468	43,5	6 171	1 396
Kara	807 298	137	83 502	605	32,6	5 893	1 334
Savanes	890 403	82	91 322	361	56,4	10 859	2 466
<b>Total Togo</b>	<b>6614197</b>	<b>1019</b>	<b>680 201</b>	<b>4 499</b>	<b>45,2</b>		<b>1 470</b>

Source : DISER/MS

## Annexe 5 : Dépenses de santé

Tableau A5 : Montant alloués aux ministères au titre des interventions de santé

Ministères	Programmes	Ressources annuelles
Ministère de la santé	Subventions aux hôpitaux	
	Fonds des indigents	825 000 000
	« Gratuité » césarienne	900 000 000
	Gratuité des ARV	1 200 000 000
	Gratuité CTA	ND
Ministère de la Défense	(DCSSA)*	380 800 000
MTESS	Promotion de la sécurité santé sur les lieux de travail	10 260 000
Ministère de l'Education	Fonctionnement des infirmeries scolaires	ND
Ministère de l'Environnement	Contrôle des impacts sociaux et environnementaux.	ND
Ministère de l'Economie et des Finances	Risques professionnels	450 000 000

Source Budget de l'Etat, exercice 2014, .

Tableau A5. Evolution des dépenses de santé par agents de financement en millions (Projections 2009 à 2012 OMS)

Agents de financement	2008	en % des DTS	2009	en % des DTS	2010	en % des DTS	2011	en % des DTS	2012	en % des DTS
Dépenses publiques de santé (Ministères)	34 190	37,3	48 961	45,6	53 622	45,9	68 096	52,2	71 157	51,4
Dépenses privées de santé	57 477	62,7	58 464	54,4	63 139	54,1	62 261	47,8	67 221	48,6
<i>Assurance privées</i>	2 427	2,6	2 468	2,3	2 666	2,3	2 628	2,0	2 838	2,1
<i>Paiement direct par les ménages</i>	48 608	53,0	49 440	46,0	53 396	45,7	52 648	40,4	56 852	41,1
<i>ISBLSM (e.g. NGOs)</i>	6 336	6,9	6 445	6,0	6 960	6,0	6 863	5,3	7 411	5,4
<i>Autres</i>	106	0,1	112	0,1	117	0,1	122	0,1	120	0,1
Dépenses totales de santé (DTS)	91 667	100,0	107 425	100,0	116 761	100,0	130 357	100,0	138 378	100,0

Tableau A5. Evolution des dépenses de santé par prestataires de soins (en millions)(CNS)

Types de prestataires	2008		2010		2011		2012	
	Montant	(%)	Montant (	(%)	Montant	(%)	Montant	(%)
Prestataires de soins ambulatoires	7 989	10,9						
Hôpitaux	10 124	13,8						
Détaillants et distributeurs	29 390	40,1						
Fournitures et gestion de programmes de santé publique	12 136	16,6						
Administration générale de santé	9 112	12,4						
Autres prestataires de services de santé	4 063	5,5						
Institution fournissant des services de santé connexes	100	0,1						
Reste du monde	403	0,5						
Prestataires non spécifiés par type	1,6	0,0						
<b>Total DTS</b>	<b>73 318</b>	<b>100,0</b>						