

**MEMOIRE DE FIN DE FORMATION POUR L'OBTENTION DU DIPLOME D'ETUDES  
SUPERIEURES SPECIALISEES EN ECONOMIE DE LA SANTE**

**15<sup>ème</sup> promotion**



**ANALYSE DE LA RELATION ENTRE LES INSTITUTIONS  
D'ASSURANCE MALADIE ET LES PRESTATAIRES DE  
SOINS AU TOGO : Cas de l'INAM et du CHR KARA TOMDE**

*Présenté par :*  
**M. ISSA Aboubakar**

*Sous la direction de :*

**Dr THIAM Mamadou Moustapha**  
*Economiste Statisticien Démographe*  
*Enseignant associé au CESAG*

**Année Académique 2012-2013**

Table des matières

REMERCIEMENTS .....	vi
LISTE DES ACRONYMES ET ABREVIATIONS .....	viii
LISTE DES FIGURES .....	x
LISTE DES TABLEAUX .....	xi
RESUME.....	xii
INTRODUCTION GENERALE.....	1
CHAPITRE I: REVUE DE LA LITTERATURE.....	7
I. PRESENTATION DU CADRE CONCEPTUEL .....	7
1.1. DEFINITION DES INSTITUTIONS D'ASSURANCE MALADIE .....	7
1.1.1. Définition de l'assurance maladie .....	7
1.1.3. Assurance maladie sociale.....	8
1.1.4. Assurance maladie communautaire.....	8
1.2. LES PRESTATAIRES DE SOINS .....	8
II. PRESENTATION DU CADRE THEORIQUE DE LA QUALITE DES SOINS.....	9
III. PRESENTATION EMPIRIQUE DE L'ACCES AUX SOINS ET EVALUATION DE LEUR QUALITE .....	10
CHAPITRE II: CADRE DE L'ETUDE ET METHODOLOGIE.....	14
I. PRESENTATION DU CADRE D'ETUDE .....	14
1.1. PRÉSENTATION GÉNÉRALE DU PAYS .....	14
1.1.1. Situation géographique.....	14
1.1.2. Situation démographique.....	14
1.1.3. Situation politique et administrative .....	14
1.1.4. Situation économique et sociale .....	15
1.1.5. Situation sanitaire .....	15
1.2. L'INSTITUT NATIONAL D'ASSURANCE MALADIE (INAM) .....	17
1.2.1. Présentation de l'INAM .....	17
1.2.2. Mission et objectifs .....	18
1.2.3. Population cible.....	18
1.2.4. Les cotisations à l'INAM .....	19
1.2.5. Les prestations couvertes .....	19
1.2.6. La prise en charge .....	20
1.3. LE CENTRE HOSPITALIER REGIONAL KARA (CHR KARA TOMDE) .....	21
1.3.1. Présentation du CHR Kara Tomde.....	21
1.3.2. Historique du CHR Kara Tomde.....	21
1.3.3. Structure administrative et financière .....	21

1.3.4. Les différents services .....	21
II. METHODOLOGIE.....	22
2.1. TYPE D'ETUDE .....	22
2.2. MODELE CONCEPTUEL .....	22
2.3. JUSTIFICATION DU CHOIX DE L'INAM ET DU CHR KARA TOMDE .....	24
2.4. POPULATION ET ECHANTILLONNAGE .....	25
2.4.1. Population.....	25
2.4.2. Echantillonnage .....	25
2.4.3. Collecte des données .....	26
2.4.4. Traitement et analyse des données .....	27
2.4.5. Les limites de l'étude .....	28
CHAPITRE III : RESULTATS.....	29
I. EVOLUTION DU NIVEAU D'ACTIVITE.....	29
1.1. LES CONSULTATIONS PAR SERVICE .....	29
1.2. LES HOSPITALISATIONS ET JOURNEES D'HOSPITALISATION .....	30
1.3. LES ACTES DES SERVICES MEDICO-CHIRURGICAUX ET D'AIDE AU DIAGNOSTIC .....	30
II. EVOLUTION DU FINANCEMENT DES ACTIVITES DU CHR KARA TOMDE.....	32
III. ANALYSE DE LA RELATION.....	33
3.1. LA CONVENTION ENTRE INAM ET LES PRESTATAIRES DE SOINS .....	33
3.2. LES MODALITES D'ACCES AUX SOINS DANS LES FORMATIONS SANITAIRES.....	34
3.2.1. L'accès aux soins .....	34
3.2.2. Autorisation préalable .....	35
3.2.3. Les modalités de paiement.....	35
3.3. ANALYSE DES EFFETS PRODUITS PAR LA RELATION ENTRE LE CHR KARA TOMDE ET L'INAM .....	35
3.3.1. Accessibilité aux soins .....	35
3.3.2. Accessibilité financière .....	38
3.3.3. Efficience productive du CHR Kara Tomde.....	39
3.4. SATISFACTION DES PATIENTS .....	42
3.4.1. Profil des patients fréquentant le CHR Kara.....	42
3.4.2. Perception de la qualité des soins par les patients .....	44
CHAPITRE IV: DISCUSSIONS .....	49
I. EVOLUTION DES NIVEAUX D'ACTIVITE, DU FINANCEMENT ET EFFETS PRODUITS PAR LA RELATION .....	49
1.1. EVOLUTION DU NIVEAU D'ACTIVITE ET EFFETS PRODUITS PAR LA RELATION .....	49
1.2. EVOLUTION DU FINANCEMENT ET EFFETS PRODUITS PAR LA RELATION .....	50
II. LA SATISFACTION DES PATIENTS .....	53
RECOMMANDATIONS .....	55

CONCLUSION GENERALE .....	57
REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES .....	58
ANNEXE 1 : Tableaux .....	63
ANNEXE 2: Fiches d'enquête et grille d'entretien .....	xii

CESAG - BIBLIOTHEQUE

## **DEDICACE**

### **Je dédie ce travail :**

*A mon cher père ISSA Kassim et ma chère mère DEGBEMBIA Kpékpassi Sélima pour le soutien, les prières et les sacrifices consentis. Que Dieu, le Tout Puissant vous garde encore en vie afin que vous puissiez bénéficier des fruits de ce travail.*

*A ma très chère épouse Mariam DJIMBA, pour la patience observée durant toute la période de mon absence à tes côtés et surtout pour les soins apportés aux enfants.*

*A Fawzane et Firdaws pour votre joie de vivre et tous les efforts que vous consentirez dans l'avenir en vue de faire plus.*

## **REMERCIEMENTS**

A l'endroit du Docteur Mamadou Moustapha THIAM pour avoir accepté de guider nos pas dans la réalisation de ce travail. Votre capacité d'analyse alliée à votre goût pour le travail bien fait est de notoriété. Recevez cher maître nos sincères remerciements ;

Au Docteur Laurent Amani KOFFI, Directeur de l'Institut Supérieur de Management de la Santé (ISMS) pour tout l'encadrement et les sages conseils que vous nous avez prodigués durant vos enseignements ;

Au Docteur El hadji GUEYE, Chef du département Economie de la Santé. A travers vos enseignements, nous avons trouvé en vous un modèle pour l'ensemble des managers africains de la santé. Que Dieu vous accorde une bonne santé afin que les promotions futures puissent bénéficier de vos expériences ;

Au Docteur Chris ATIM, Directeur exécutif de l'Association Africaine d'Economie et de Politique de Santé (AfHEA) pour vos enseignements et surtout pour nous avoir permis de suivre la formation sur le Financement Basé sur la Performance ;

A Madame Fatoumata GUEYE, Assistante de programme à l'ISMS pour tout l'encadrement et les sacrifices faites. Vous avez guidé nos pas, l'un après l'autre depuis le premier jour au CESAG. Qu'il nous soit permis en ce moment de vous témoigner notre sincère gratitude.

A Madame Aïssatou Lo, Assistante administrative à l'ISMS pour votre contribution à l'encadrement de l'ensemble des managers.

A Monsieur Hervé LAFARGE, Maître de conférences à l'Université Paris Dauphine, enseignant associé au CESAG : vous avez contribué à faire de nous des managers sur qui nos pays peuvent compter valablement. Votre grosse expérience des systèmes de santé africains nous a permis de nous imprégner des grands défis que nous devons relever pour une meilleure évolution de la santé des populations. Recevez cher maître nos sincères remerciements ;

Au Docteur Issa WONE : je vous remercie pour vos enseignements et surtout pour m'avoir permis personnellement de prendre part au séminaire de formation internationale sur l'outil unifié de planification et de budgétisation (le One Health Tool) ;

Au Docteur Farba Lamine SALL, pour la marque de sympathie que vous nous avez témoignée durant toute la formation et surtout pour votre appui pour la formation sur l'outil One Health que vous avez fait bénéficier toute la promotion ;

Mes remerciements vont également à l'ensemble des autres enseignants qui ont contribué à la réussite de cette formation ;

A tous les stagiaires de la 15<sup>ème</sup> promotion du programme Economie de la Santé pour l'esprit de partage et d'entraide développé durant toute la période passée ensemble. A vous tous je souhaite une bonne carrière ;

A tous les stagiaires de la 23<sup>ème</sup> promotion du programme Gestion des Services de Santé pour les moments forts passés ensemble. Bonne carrière à tous ;

A Monsieur TCHANI Egbéléou et sa famille pour l'accueil chaleureux que vous m'avez réservé à Dakar ;

A Messieurs GNENI Aboubakar Sadikou, NIANGADO Omar, OURO – TAGBA Arizika, ATE Safiou, ALIOU Nourou et OURO DJERI A Manaf, pour le soutien apporté.

Au Projet d'Appui à la Gestion des Ressources Humaines en Santé et du Médicament (PAGRHSM) pour avoir financé cette formation.

A Monsieur le Directeur du Centre Hospitalier Régional Kara Tomde et l'ensemble de son personnel pour le soutien apporté et surtout pour m'avoir fourni les données pour analyse.

A Madame le Directeur Général de l'INAM pour avoir accepté de m'accueillir pour le stage. Recevez également mes remerciements pour la fourniture des données et surtout pour le soutien financier que vous m'avez accordé ;

## **LISTE DES ACRONYMES ET ABREVIATIONS**

<b>AfHEA</b>	: Association Africaine d'Economie et de Politique de Santé
<b>AMO</b>	: Assurance Maladie Obligatoire
<b>AMV</b>	: Assurance Maladie Volontaire
<b>APD</b>	: Aide Publique au développement
<b>CA</b>	: Conseil d'Administration
<b>CBHI</b>	: Mutuelle de santé communautaire
<b>CESAG</b>	: Centre Africain d'Etudes Supérieures en Gestion
<b>CHR</b>	: Centre Hospitalier Régional
<b>CHSH</b>	: Comité d'Hygiène et de Sécurité Hospitalières
<b>CHU</b>	: Centre Hospitalier Universitaire
<b>CMC</b>	: Commission Médicale Consultative
<b>CMS</b>	: Centre Médico-Social
<b>CMU</b>	: Couverture Maladie Universelle
<b>CNLS</b>	: Conseil National de Lutte contre le SIDA
<b>CNTS</b>	: Centre National de Transfusion Sanguine
<b>CPN</b>	: Consultation prénatale
<b>CS</b>	: Centre de santé
<b>CTP</b>	: Comité Technique Paritaire
<b>DGSCN</b>	: Direction Générale de la Statistique et de la Comptabilité Nationale
<b>DMHIS</b>	: Régime de Mutuelle de Santé de District
<b>DR</b>	: Délégation Régionale
<b>ECG</b>	: Electro-cardiogramme
<b>FAT</b>	: Forces Armées Togolaises
<b>FCFA</b>	: Franc de la Communauté française d'Afrique
<b>HMO</b>	: Health Maintenance Organisation
<b>INAM</b>	: Institut National d'Assurance Maladie
<b>INH</b>	: Institut National d'Hygiène
<b>IOM</b>	: Institut Of Médecine
<b>ISA</b>	: Indicateur Synthétique d'Activités
<b>ISF</b>	: Indice Synthétique de Fécondité
<b>ISMS</b>	: Institut Supérieur de Management de la Santé
<b>IST</b>	: Infections Sexuellement Transmissibles
<b>MSA</b>	: Compte d'Epargne Médical
<b>OHT</b>	: One Health Tool
<b>OMS</b>	: Organisation Mondiale de la Santé
<b>ORL</b>	: Oto-Rhino-Laryngologie
<b>PAGRHSM</b>	: Projet d'Appui à la Gestion des Ressources Humaines en Santé et du Médicament
<b>PIB</b>	: Produit Intérieur Brut
<b>PNDS</b>	: Plan National de Développement Sanitaire

<b>PNUD</b>	: Programme des Nations Unies pour le Développement
<b>PPTE</b>	: Pays Pauvres Très Endettés
<b>QUIBB</b>	: Questionnaire des Indicateurs de Base du Bien-être
<b>RGPH</b>	: Recensement Général de la Population et de l'Habitat
<b>SIDA</b>	: Syndrome de l'Immunodéficience Acquise
<b>SSP</b>	: Soins de santé Primaires
<b>UNICEF</b>	: Organisation des Nations Unies pour l'Enfance
<b>USD</b>	: United States Dollar
<b>VIH</b>	: Virus de l'Immunodéficience Humaine

CESAG - BIBLIOTHEQUE

## LISTE DES FIGURES

<b>Figure 1</b> : Schéma organisationnel de l'INAM.....	17
<b>Figure 2</b> : Evolution du nombre de consultation par service.....	29
<b>Figure 3</b> : Evolution des activités des unités du Laboratoire.....	31
<b>Figure 4</b> : Evolution du financement des activités du CHR Kara Tomde.....	32
<b>Figure 5</b> : Evolution des recettes propres en fonction des modalités de paiements.....	33
<b>Figure 6</b> : Evolution du taux de croissance des activités.....	36
<b>Figure 7</b> : Evolution des actes médico-chirurgicaux et de diagnostic.....	36
<b>Figure 8</b> : Evolution des hospitalisations.....	37
<b>Figure 9</b> : Evolution de la durée moyenne de séjour.....	38
<b>Figure 10</b> : Evolution des taux de croissance des tiers- paiements et du nombre de personnes ayant des difficultés pour payer leurs soins.....	39
<b>Figure 11</b> : Répartition des patients selon la provenance.....	42
<b>Figure 12</b> : Répartition des patients selon les tranches d'âge.....	42
<b>Figure 13</b> : Répartition des patients selon le niveau d'étude.....	43
<b>Figure 14</b> : Répartition des patients selon la catégorie socio-professionnelle.....	43
<b>Figure 15</b> : Répartition des patients selon les tranches de revenu.....	44
<b>Figure 16</b> : Répartition des patients en fonction de leur opinion sur le temps d'attente.....	45
<b>Figure 17</b> : Répartition des patients en fonction de leur opinion sur le choix du prestataire.....	48
<b>Figure 18</b> : Situation géographique de la zone d'étude (Togo).....	64

## **LISTE DES TABLEAUX**

<b>Tableau I</b>	Prestations couvertes et taux de prise en charge.....	20
<b>Tableau II</b>	Indicateurs des différents éléments de la qualité.....	24
<b>Tableau III</b>	Répartition du nombre de patients interrogés par service.....	26
<b>Tableau IV</b>	Répartition des actes de médico-chirurgicaux et de diagnostic.....	30
<b>Tableau V</b>	Répartition des activités du laboratoire.....	30
<b>Tableau VI</b>	Tableau récapitulatif des activités retenues par années.....	40
<b>Tableau VII</b>	Calcul du coefficient ISA de chaque activité.....	40
<b>Tableau VIII</b>	Résultat du calcul des points ISA par année et par activité.....	41
<b>Tableau IX</b>	Coût par point ISA produit par année.....	41
<b>Tableau X</b>	Répartition des patients selon le statut et l'opinion sur la promptitude.....	45
<b>Tableau XI</b>	Répartition des patients selon le statut et l'opinion sur le respect de la dignité humaine.....	46
<b>Tableau XII</b>	Répartition des patients selon le statut et l'opinion sur la communication avec le personnel.....	46
<b>Tableau XIII</b>	Répartition des patients en fonction de leur statut et de leur opinion sur leur autonomie.....	47
<b>Tableau XIV</b>	Répartition des patients en fonction de leur statut et de leur opinion sur le caractère confidentiel des informations.....	47
<b>Tableau XV</b>	Répartition des patients selon leur statut et leur opinion sur la qualité du cadre.....	48

## **RESUME**

Pour aller vers la CMU, le Togo a adopté la stratégie progressive en instaurant un régime obligatoire d'Assurance Maladie pour les agents publics de l'Etat et assimilés géré par l'Institut National d'Assurance Maladie (INAM). L'évolution vers la couverture maladie universelle étant sans doute imminente, l'objet de cette étude est de participer à la réflexion sur les aspects théoriques et pratiques à prendre en compte.

L'Objectif de l'étude est d'analyser l'efficacité de la relation entre l'INAM et le CHR Kara Tomde. En nous basant sur la méthode de Borgès, nous avons mené une analyse multi-dimensionnelle qui a pris en compte les éléments de la qualité des soins que nous avons identifiés.

Une revue documentaire et une enquête de terrain ont été réalisées: la revue a consisté à une analyse des rapports d'activités du CHR Kara Tomde sur une période allant de 2009 à 2013. Un entretien avec les responsables de l'INAM et une enquête de terrain auprès des patients ont également été effectués.

A travers les données jumelées de l'INAM et du CHR Kara Tomde, nous avons proposé une opérationnalisation des dimensions de la qualité que nous avons analysées. Ensuite une analyse bi-variée nous a permis de vérifier s'il existe un lien entre le statut d'assuré ou non du patient et le traitement qu'il reçoit à l'hôpital

Les résultats de l'étude ont validé l'hypothèse de l'amélioration de la qualité des soins perçue par les patients quel que soit leur statut d'assuré ou non. L'étude a également révélé une surconsommation des soins faisant suspecter un risque moral ou une sélection adverse. L'accessibilité financière s'est améliorée mais uniquement au niveau des assurés. L'effet de la relation reste encore très localisé faisant persister le risque financier au sein de la population générale.

Il est nécessaire de développer des modalités de paiement incitant les prestataires à la performance et de mettre en place d'autres mécanismes permettant l'extension vers la CMU.

Mots clés : INAM, Prestataires de soins, Couverture maladie universelle, Togo

## **INTRODUCTION GENERALE**

### **Contexte de l'étude**

En ce qu'il constitue une question de droit, l'accès aux soins est au cœur des préoccupations des sociétés de plus en plus traversées par des revendications légitimes d'équité. La contribution de la santé à la lutte contre les inégalités et la pauvreté ou de façon plus positive au développement économique fait que dans tous les documents de politique économique et sociale, une part de plus en plus importante est aujourd'hui accordée à la santé. Cet état de santé demeure préoccupant dans les pays en développement notamment ceux de l'Afrique au Sud du Sahara. Selon les statistiques de l'OMS, l'Afrique Subsaharienne, abrite 11% de la population mondiale, compte 53% de mortalité maternelle, 50% de mortalité des enfants de moins de 5 ans et 67% des cas de VIH / SIDA; Seules 5 à 10% des personnes sont couvertes par l'assurance en Afrique subsaharienne et en Asie du Sud, alors que dans les pays à revenu moyen, les proportions de couverture varient de 20 à 60% (OMS, 2010).

Les raisons de ce mauvais état de santé sont multifformes :

- Faiblesse des systèmes de santé : ces pays ont de sérieux problèmes de pénurie en personnel de santé, en médicaments et en technologies médicales. Les prestations de services sont inefficaces, les systèmes d'information sont insuffisants et le faible leadership dans la gouvernance sanitaire.
- Exclusion liée à des facteurs extérieurs au système de santé : Inégalités de revenu et d'éducation, exclusion sociale liée à des facteurs tels que le genre, le statut de migrant.
- Systèmes de financement de la santé non fonctionnels : la plupart de ces pays ont un système de financement discriminatoire entraînant l'exclusion d'une bonne partie de la population à l'accès aux soins de santé.

L'accessibilité aux soins de santé reste encore un défi majeur du secteur de la santé en raison de la faiblesse du pouvoir d'achat de larges couches de la population et de la faiblesse de la couverture de la protection sociale dans la santé.

Plusieurs initiatives pour faire face aux difficultés d'accès aux soins de santé ont été développées dans plusieurs pays. Des initiatives ciblées aux groupes vulnérables ont été mises en œuvre telles que l'initiative de la gratuité des accouchements et des césariennes, le traitement gratuit des enfants et les personnes âgées.

Ces différents programmes ont contribué d'une manière ou d'une autre à l'amélioration de la santé, mais ils ne concernent qu'une proportion relativement faible de la population et ne tiennent pas compte de la capacité de payer des différents segments de la population.

Pour résoudre de façon définitive ces problèmes d'inaccessibilité aux soins et contribuer ainsi à l'amélioration de l'état de santé des populations, la couverture maladie universelle a été considérée comme une piste (WHO, Africa Region, 2006 ; OMS, 2010 ; Déclaration de Tunis, 2012). Il s'agit de développer des systèmes de financement de la santé pour fournir à toute la population un accès aux services de santé de qualité dont elle a besoin sans être exposée à des risques financiers d'appauvrissement.

Au Togo, le paiement direct des ménages est estimé à 50,5% (CNS 2008) et la protection sociale est très limitée. Pour faire face à cette situation, le gouvernement togolais a décidé d'aller progressivement vers la couverture maladie universelle en mettant en place un régime d'assurance maladie obligatoire pour les agents publics et assimilé. Il s'agit de l'Institut National d'Assurance maladie (INAM)

L'évolution vers la couverture maladie universelle devait fortement s'inspirer de ce mécanisme déjà en place en tirant les leçons de ces premières années de fonctionnement.

### **Problématique**

Depuis l'indépendance des pays africains, les systèmes de soins de santé dans la majorité des pays situés au sud du Sahara n'ont pas fourni un accès équitable aux soins de santé. La priorité était accordée aux soins hospitaliers et à la population urbaine. En effet les ressources disponibles ont été investies dans les hôpitaux et les centres de santé (CS) des zones urbaines. Avec l'introduction des Soins de Santé Primaires (SSP) en 1978, plusieurs pays africains se sont engagés pour améliorer le système de soins de santé avec l'assistance des bailleurs étrangers. L'objectif visé était « la santé pour tous en l'an 2000 ». Plusieurs centres de santé ruraux ont été créés et des efforts ont été déployés pour organiser leurs activités de façon efficace. Les prestations couvrant les maladies principales et prenant en compte les problèmes de santé importants ont été mises à la disposition d'une plus grande partie de la population urbaine et rurale. Au cours des années 90 et dans une seconde étape, des hôpitaux de référence ont été réhabilités et réorganisés pour garantir les soins secondaires.

L'introduction des politiques de Soins de Santé Primaire a coïncidé avec l'adoption par les gouvernements des Politiques d'Ajustement Structurel dans les années 80. La crise

économique et la mauvaise gestion ont amené les gouvernements africains à réduire les dépenses en matière de santé. Face à la rareté des ressources, les gouvernements n'étaient plus en mesure de financer le système de santé par le biais des impôts. Le financement initial des bailleurs internationaux pour améliorer les systèmes de santé n'a pas produit de résultats significatifs.

La réforme des soins de santé en particulier dans le domaine de financement et la décentralisation des soins fut proposée par les institutions internationales dont la Banque Mondiale et les agences des Nations Unies (OMS, UNICEF...). La participation des usagers au recouvrement des coûts était alors jugée opportune. C'est ainsi qu'en Juin 1987 sous la houlette des institutions internationales, les ministres de santé africains ont lancé l'Initiative de Bamako. Cette politique a permis l'introduction du système de recouvrement de coûts dans les structures sanitaires publiques, la gestion conjointe des ressources générées par le personnel de la santé et la communauté ainsi que la décentralisation du secteur de la santé.

Après une décennie, il a été constaté des progrès dans l'amélioration de l'accès aux soins de santé et l'utilisation des services de soins de santé dans les pays comme la Guinée et le Bénin qui ont été les premiers pays à appliquer cette réforme. Au Bénin l'utilisation des services de santé est passée de 0,30% à 0,34% en 1993 (Knippenberg et al, 1997)

Au-delà de quelques progrès réalisés, il a également été noté une généralisation de la tarification rendant l'accès aux soins difficile à plusieurs personnes dont les revenus étaient irréguliers et instables. Selon une étude réalisée en Guinée, l'un des pays pilote de l'Initiative de Bamako, 25 à 35 % de la population à revenus instables ont de sérieux problèmes pour rassembler la somme nécessaire dans certaines périodes de l'année. Les soins hospitaliers étaient même moins accessibles (Rocque, 1995)

Face à l'augmentation des inégalités en matière de soins de santé de qualité, les réactions n'ont pas tardé à surgir, invitant les pouvoirs publics à améliorer l'accès aux soins à travers la mise en place des mécanismes extensifs de couverture du risque maladie jusque-là très faibles. Dans le cadre des efforts pour atteindre les Objectifs du Millénaire pour le Développement, plusieurs initiatives ont été lancées depuis 2000 aux niveaux international et régional pour étendre la couverture du risque maladie à la majorité de la population. Au niveau international, la 58<sup>ème</sup> Assemblée Mondiale de la Santé a adopté en 2005 à l'unanimité une résolution qui demande aux pays membres de l'OMS de développer des systèmes de financement de la santé pour fournir à toute la population un accès aux services de santé de qualité dont elle a besoin sans être exposée à des risques financiers

d'appauvrissement (OMS, 2010). Au niveau régional les chefs d'Etat Africains se sont engagés à allouer 15% de leur budget national pour l'amélioration du secteur de la santé (WHO Africa Région, 2006). L'extension de la couverture du risque maladie a été identifiée comme un des axes importants pour atteindre cet objectif. Plusieurs pays étaient déjà dans le processus avec des différentes stratégies en vue de l'évolution rapide vers la CMU. Le Rwanda et le Ghana qui sont déjà avancés se sont respectivement basés sur les mutuelles communautaires (CBHI) et les mutuelles de districts (DMHIS) pour élargir la couverture à des populations du secteur informel et rural, secteurs qui sont restés jusque-là difficiles à organiser en matière d'assurance maladie. Beaucoup d'autres pays à l'instar du Togo sont peu avancés mais disposent cependant de quelques mécanismes de couverture surtout basés sur le secteur formel dont les fonctionnaires de l'Etat. La nécessité de passer à l'échelle supérieure devient un impératif pour les pays en retard et ceci depuis la Déclaration de Tunis du 05 Juillet 2012 :

« Accélérer la couverture sanitaire universelle pour chaque pays, en particulier par l'établissement de mécanismes qui garantissent un accès équitable aux services de santé essentiels et la mise en place des dispositifs d'assurance sociale efficaces pour protéger les populations vulnérables, les ménages et les communautés. » (Déclaration de Tunis, 2012).

La transition vers la couverture universelle est encore à ses débuts, la couverture est partielle et les groupes les plus pauvres sont souvent les moins bien protégés. Cette transition dont le but est de supprimer les paiements directs, est expérimentée à travers deux grands groupes de mécanismes : les régimes d'Assurance Maladie Obligatoires (AMO) et l'Assurance Maladie Volontaire (AMV) à base communautaire (mutuelles de santé et assimilés). En dehors de la Côte d'Ivoire qui a opté pour l'Assurance maladie obligatoire pour toute la population à travers une loi en 2001 (CES/ESPAD, 2004), beaucoup d'autres pays ont opté pour une mise en place progressive de l'AMO pour les travailleurs du secteur formel ou de l'Etat (Guinée, Mali, Rwanda). La progression à l'échelle nationale s'est faite de façon obligatoire : c'est le cas du Rwanda ( Assurance maladie obligatoire pour les agents de l'Etat en 2001 avec possibilité de prise en charge des employés du secteur privé en 2003 et l'adhésion obligatoire à des mutuelles de santé pour les autres en 2006) (Rwanda, Ministère de la santé, 2007, 2008, et de façon volontaire (Ghana, Sénégal ) à travers le développement des mutuelles de santé dont l'adhésion est volontaire. Le Togo est rentré tout récemment dans la phase transitoire avec la loi instaurant le régime obligatoire d'Assurance maladie pour les agents de l'Etat et assimilés en Février 2011. Dans l'optique, à court ou à moyen terme, d'une généralisation de

la couverture maladie universelle à toute la population, quels sont les aspects pratiques sur lesquels il convient de mettre l'accent pour que le régime à mettre en place soit efficace ?

Qu'il soit basé sur un régime obligatoire ou un régime volontaire, le processus de mise en place de l'assurance maladie universelle doit être l'occasion d'échanges et de concertation entre l'équipe de projet, le groupe cible, et les prestataires de soins. De plus l'analyse de ce processus montre que les textes législatifs n'ont pas de raison d'être produits d'emblée, en particulier tant que l'équipe de projet n'a pas bien avancé dans sa mission

technique (Gilles, 2006). Le degré d'acceptation du groupe cible vis-à-vis de l'assurance maladie peut être élevé si l'existence de régime actuel leur montre les avantages de l'assurance. En effet pour faire face aux dépenses de soins, les ménages ont souvent recours à des stratégies aggravant leur vulnérabilité et les faisant basculer dans l'extrême pauvreté : recours aux usuriers, endettement lourd, vente des avoirs et du capital productif avec des conséquences souvent irréversibles. Les avantages que le groupe cible pourrait avoir de ce régime sont : la réduction ou l'élimination des risques financiers en cas de maladie, il évite aux malades l'endettement excessif et le recours tardif aux soins ou l'abandon des traitements prescrits par le médecin par manque de moyen financier. Si les régimes actuels fonctionnent bien, l'extension vers la couverture universelle peut être rapide, car il suffit de mettre en place une nouvelle branche qui bénéficiera des moyens et des procédures déjà éprouvés. A l'inverse, si ces régimes fonctionnent mal, l'extension a peut-être intérêt à être bâtie sur de bases nouvelles.

Peut – on dire que la relation entre l'Institut National d'Assurance Maladie (INAM) et les prestataires de soins a-t-elle amélioré la qualité des soins ?

### **Objectif général**

Notre étude a pour objectif général d'analyser l'efficacité de la relation entre l'Institut National d'Assurance Maladie (INAM) et les prestataires de soins (CHR Kara Tomde).

### **Objectifs spécifiques**

Pour atteindre l'objectif général, les objectifs spécifiques suivants ont été retenus :

- décrire l'évolution des activités du CHR Kara Tomde et leur financement avant et après la convention avec l'INAM,
- décrire le comportement de l'INAM dans sa relation avec ses prestataires,
- analyser les effets produits par la relation entre l'INAM et le CHR Kara Tomde.

### **Hypothèse de recherches**

Pour bien mener notre étude, nous formulons les hypothèses suivantes :

- la mise en place du régime d'Assurance maladie a contribué à une augmentation plus rapide des activités<sup>1</sup> du CHR Kara Tomde.
- l'INAM, dans sa relation avec les prestataires de soins, constitue une incitation à la consommation plus accrue des soins.
- la mise en place du régime d'Assurance maladie a entraîné une amélioration de la qualité des soins perçue par les patients au CHR Kara Tomde.

### **Intérêt de l'étude**

L'intérêt de notre étude réside dans son apport à plusieurs niveaux :

- Les décideurs : les résultats de ce travail pourrait éclairer davantage leur politique dans l'évolution vers la couverture maladie universelle notamment les options d'ordre technique à prendre.
- Les Institutions d'assurance maladie : ce travail peut leur fournir des informations fiables concernant les avantages et les conséquences à court, moyen et long terme de leur stratégie adoptée.
- Aux prestataires de soins : ce travail leur permettra de mieux organiser leurs services en vue de mieux tirer parti de la relation existant entre eux et les Institutions d'Assurance Maladie, contribuant ainsi à l'évolution vers la couverture maladie universelle.
- Aux bénéficiaires : ce travail leur permettra de mieux comprendre l'intérêt de l'Assurance Maladie afin de leur permettre d'avoir des comportements qui garantissent la pérennité du régime.

---

<sup>1</sup> Les activités en questions ici sont les prestations médicales (consultations, actes, hospitalisations...)

## **CHAPITRE I: REVUE DE LA LITTERATURE**

Ce chapitre a pour but de faire une synthèse des études théoriques et empiriques réalisées dans la cadre de la relation entre les institutions d'assurance maladie et les prestataires de soins. Nous aborderons les questions relatives à la qualité des soins ainsi que son évaluation et les effets produits par la relation entre les institutions d'assurance maladie et les prestataires.

Mais avant d'aborder cette synthèse, nous allons clarifier le sens que nous donnerons à certains des concepts que nous aurons à utiliser.

### **I. PRESENTATION DU CADRE CONCEPTUEL**

#### **1.1. Définition des institutions d'Assurance maladie**

La définition d'une institution d'Assurance maladie passe nécessairement par celle d'une assurance maladie.

##### **1.1.1. Définition de l'assurance maladie**

Dough LACEY de la SWISS-RE of South Africa<sup>2</sup> définit l'assurance maladie comme suit : « une assurance conçue pour alléger la charge financière générée par une altération de la santé, qu'elle soit causée par une maladie ou un accident »

Dans son acception la plus large, l'assurance santé garantit non seulement toutes les formes d'accidents et d'incapacité, depuis l'indemnisation forfaitaire en cas d'incapacité de travail, de maladie mais aussi la couverture de la perte de revenu due à un accident ou une maladie.

La forme la plus usuelle est le contrat de « prestations en nature ». L'assureur rembourse uniquement les frais médicaux, pharmaceutiques, chirurgicaux, d'hospitalisation, actes de spécialité, de sanatorium ou de préventorium.

Par ailleurs, l'assuré peut souhaiter plutôt couvrir la perte de revenus liée à l'arrêt maladie, ou aux séquelles invalidantes de celle-ci par le biais d'une police d'assurance maladie « prestations en espèces » ou perte de revenus. L'assureur paiera à l'assuré selon les

---

<sup>2</sup> SWISS- RE South Africa est la succursale de la compagnie Suisse de réassurance en Afrique du Sud. Dough LACEY est souscripteur de risque au sein de cette entreprise.

termes du contrat, une indemnité journalière du fait de l'incapacité temporaire et/ou versera une rente fonction de « l'invalidité permanente » partielle ou totale.

En résumé, on retiendra que l'assurance maladie est un produit recouvrant des prestations à la fois en nature et en espèces.

L'assurance maladie peut être privée, sociale ou à base communautaire :

### **1.1.2. Assurance maladie privée**

L'assurance maladie privée est un système à travers lequel les employeurs, les associations, les individus et les familles versent directement des primes à des compagnies d'assurance qui font supporter collectivement les risques à l'ensemble de leurs sociétaires. Les polices d'assurance-maladie privée peuvent être vendues par des compagnies commerciales à but lucratif, par des compagnies à but non lucratif ou par des assureurs communautaires.

### **1.1.3. Assurance maladie sociale**

Il s'agit des régimes d'assurance obligatoires mis en place souvent par l'Etat. Dans ces régimes, les salariés, les travailleurs indépendants, les entreprises et l'Etat doivent obligatoirement verser des cotisations à un ou plusieurs fonds commun(s) qui servent, à acheter des soins auprès des prestataires publics ou privés conventionnés. Elle est fondée sur l'équité et la solidarité et vise à réduire l'exclusion des populations pauvres ou défavorisées à des soins de santé.

### **1.1.4. Assurance maladie communautaire**

L'assurance-maladie communautaire est une alternative permettant d'élargir la couverture du risque maladie à la population en appui aux autres mécanismes solides. Ce régime d'assurance se caractérise par une forte implication de la communauté à travers une forme de solidarité.

## **1.2. Les prestataires de soins**

Les prestataires de soins sont des organisations fournissant :

- des soins médicaux curatifs
- des prestations de prévention individuelle

- des services de prévention collective (promotion de la santé). Il s'agit notamment des structures sanitaires comme les hôpitaux, les centres de santé etc. Ils sont constitués également des organisations fournissant des biens médicaux (pharmacies et centre d'optique etc...)

## **II. PRESENTATION DU CADRE THEORIQUE DE LA QUALITE DES SOINS**

La notion de qualité de soins a fait l'objet de nombreux ouvrages et d'articles dans la littérature. Selon Donabedian, elle comprend :

- la structure (locaux, matériels, les équipes médicales) ;
- la procédure c'est-à-dire (mise en œuvre des structures) ;
- les résultats (biologique, fonctionnel, qualité de vie et satisfaction).

Il distingue sept piliers en matière de qualité à savoir : l'efficacité, l'effectivité, l'efficience, l'optimalité, l'acceptabilité, la légalité et l'équité (Donabedian, 1992). Cette catégorisation a été également abordée par Gordon Schiff et Donald Rucker (Schiff, 2000) et ceci semble également être le point de vue de Gerbaud lorsqu'il fait reposer l'évaluation de la qualité des soins sur l'évaluation des structures, des procédures et des résultats. (Gerbaud, 1996). Ce dernier assigne aux soins six objectifs globaux : l'Efficacité (conformité aux données de la science), l'Opportunité (le bon traitement pour le bon patient), la Sécurité pour le patient et le prestataire de soins, l'Acceptabilité (pour le patient au regard de l'éthique ou, parfois, du plus grand nombre), l'Utilisation optimale des moyens disponibles (rationalisation) et l'Accessibilité (pour le plus grand nombre de ceux susceptibles d'y recourir). Parlant justement de l'évaluation, plusieurs définitions ont été apportées.

Selon l'OMS : « l'évaluation de la qualité de soins doit permettre de garantir à chaque patient l'assortiment d'actes thérapeutiques lui assurant le meilleur résultat en terme de santé, conformément à l'état actuel de la science, au meilleur coût pour le même résultat, au moindre risque iatrogénique, pour sa plus grande satisfaction en termes de procédures, résultats et contacts humains ». De cette définition, il ressort comme éléments à prendre en compte dans l'évaluation, entre autres, l'équité, le respect des normes et protocoles, l'efficience productive et la satisfaction. L'Institut de Médecine des Etats-Unis (IOM) définit la qualité comme : « la capacité des services de santé destinés aux individus et aux populations d'augmenter la probabilité d'atteindre des résultats de santé souhaités, en conformité avec les connaissances professionnels du moment ». Les soins de qualité sont alors les soins conformes aux normes professionnels et peuvent avoir comme indicateurs la certification des intrants, le contrôle des

pratiques professionnelles (protocoles) et le contrôle des résultats. Robert Brook, parlant de la qualité des soins aux Etats- Unis a fait également ressortir la nécessité d'évaluer les soins à travers les normes et directives mais il ajoute la mesure de la compétence avec laquelle les services sont prescrits (Brook, 1991).

Pour une approche globale de l'évaluation de l'utilisation des services de santé, Borgès et al, en utilisant le cadre théorique de Startfield ont axé leurs travaux sur quatre dimensions : l'accessibilité, la continuité, l'étendue des services et la productivité. (Borgès, 2011). Ils ont ensuite proposé des opérationnalisations possibles de chacune d'elle à partir d'une banque de données jumelée de la Régie d'Assurance Maladie du Québec et du Collège des médecins.

### **III. PRESENTATION EMPIRIQUE DE L'ACCES AUX SOINS ET EVALUATION DE LEUR QUALITE**

L'accès aux soins a été diversement apprécié à travers la littérature. La mise en place d'une assurance maladie ou d'une mutuelle de santé a toujours été accompagnée d'une augmentation de l'accès aux soins par le biais de la suppression ou de la diminution du paiement direct. Au Sénégal, après l'initiative de subvention de la césarienne en 2006, Mbaye (2011), en étudiant , les raisons des taux de césariennes élevés dans certaines structures de santé au Sénégal ainsi que le rôle des politiques de gestion hospitalières sur les pratiques professionnelles des personnels des maternités, arrivent aux résultats suivants : Ces taux de césariennes élevés ne sont pas directement liés à la politique de subventions des césariennes instituées en 2006. Au niveau des personnels de santé, la perception des taux de césariennes sont plus liés à l'image que les acteurs de santé ont des taux populationnels que des taux institutionnels. Ces taux populationnels étant très bas, le personnel a tendance à effectuer davantage de césariennes. Au niveau du personnel de gestion, la rentabilité financière des taux de césariennes élevés (dans les trois niveaux d'exemption des paiements) constitue une motivation importante pour inviter les professionnels à pratiquer plus de césariennes. Malgré ces taux élevés, on assiste à un discours normatif des personnels de santé qui considèrent que leurs pratiques visent uniquement à sauver la mère ou l'enfant.

Au Ghana, après la mise en place de la gratuité des soins et de l'assurance maladie gratuite pour les femmes enceintes, (Dzakpasu et al, 2012) utilisent les séries temporelles pour évaluer l'impact de ces politiques. Ils estiment également l'impact sur les différences

intervenues sur le plan socioéconomiques. Aux termes de leurs études, ils trouvent que les taux de couverture sont passés respectivement à 2,3% et à 7,5% en 2005 et 2008. Selon cette même étude le taux de couverture de l'assurance a augmenté de 17,5% après cette politique et les taux plus élevés ont été observé dans les populations les plus pauvres réduisant ainsi les inégalités socio-économiques.

En Afrique du Sud, en analysant l'accessibilité financière, la disponibilité et l'acceptabilité à travers une étude sur un échantillon de 4668 ménages, Bromwyn et al.(2011) trouvent que le statut socio-économique, la race et le milieu de vie sont associés à l'accès aux soins de santé. Selon cette même étude, le fait de ne pas payer fait que plus de la moitié des personnes ont accès aux soins primaires.

Evaluant les effets des mutuelles de santé sur l'utilisation des services santé primaire dans les zones urbaine et rurale au Mali, Lynne et al. (2008) arrivent aux résultats suivants :

les affiliés des mutuelles avaient une probabilité 1,7 fois supérieure d'être traités pour une fièvre dans un établissement moderne, une probabilité 3 fois supérieure de présenter leur enfant atteint de diarrhée dans un centre de santé et/ou de le traiter par des sels de réhydratation orale à domicile et une probabilité 2 fois supérieure de bénéficier de quatre visites prénatales ou plus et de dormir sous une moustiquaire imprégnée d'insecticide s'ils avaient moins de cinq ans ou attendaient un enfant.

Au Burkina-Faso selon une étude rapportée par Ridde, l'expérimentation de l'exemption du paiement des soins pour les enfants a été favorable à l'équité. L'intervention a eu un effet immédiat et a profité à tous les groupes sociaux. Selon l'auteur, douze mois après la mise en œuvre de l'intervention, la fréquentation des centres de santé par les enfants s'est accru de 48% et l'effet s'est maintenu dans le temps. Par ailleurs, la probabilité d'utiliser les soins pour les enfants pauvres est passée de 26% avant l'intervention à 72% après l'intervention (Ridde, 2011). Les mêmes effets se sont observés dans le même pays quand il s'est agi de la subvention des coûts pour les femmes enceintes (Haddad, 2011 ; Ridde 2011). Au Rwanda l'apport considérable des mutuelles dans la progression vers la couverture maladie universelle a été souligné par Lu (2012). Une évaluation quantitative de l'impact sur un échantillon représentatif des mutuelles de santé à l'échelle national, entre 2000 et 2008 a été faite. Au niveau national et provincial, ils étudient l'évolution de la couverture des mutuelles de santé et son impact sur l'accès aux soins des enfants et des mères et sur les dépenses de santé des ménages. Au niveau individuel, ils utilisent un modèle de régression logistique pour analyser l'impact des mutuelles de santé sur l'utilisation des soins des membres de ces mutuelles de

santé. Selon les résultats de l'étude, durant les huit premières années de leur implémentation, les mutuelles de santé ont contribué à l'augmentation des taux d'utilisation et une diminution des risques de dépenses catastrophiques. Parmi les membres des mutuelles, ceux dont les dépenses de santé appartiennent au quintile inférieur ont un taux d'utilisation faible et un taux fort de dépense catastrophique. Un niveau élevé de pauvreté peut alors constituer un obstacle à l'accès aux soins de santé.

L'appartenance à une institution d'assurance maladie fait augmenter l'utilisation des services, mais cette théorie semble ne pas être toujours valable et peut changer selon les contextes. C'est ce qui ressort des travaux de Chankova et al. (2008) sur l'impact des mutuelles de santé en partant de l'expérience de trois pays de l'Afrique de l'Ouest. Aux termes de leurs études ils observent que les membres d'une mutuelle de santé sont enclins à utiliser les services de santé au Ghana et au Mali alors que ce résultat n'est pas confirmé au Sénégal. Selon eux, le statut de membre n'est pas corrélé à une forte probabilité d'hospitalisation, cependant ils sont protégés contre le risque de dépenses catastrophiques liées à l'hospitalisation. De plus ce statut n'a pas d'effet sur le paiement direct pour les soins curatifs. (Chankova, 2008). La mise en place de tels mécanismes qu'ils soient assuranciers ou non a pour but de permettre aux populations les plus démunies d'avoir accès aux soins de qualité en cas de besoin.

La qualité des soins et son évaluation a fait l'objet de beaucoup publications dans la littérature.

Dans une étude dont l'objectif est d'étudier la qualité des soins de santé primaires délivrés dans les centres de santé au Tchad (en comparant les structures de santé publiques et confessionnelles), et d'identifier les facteurs déterminants de la qualité mesurée en termes de résultats, Richard V. et al. ont conclu que la qualité n'est pas quelque chose de distinct de la couverture réalisée ni de l'accessibilité ou de l'utilisation des services. Selon eux ces attributs des services de santé sont, en réalité, des éléments essentiels de leur qualité. La disponibilité et la qualité des ressources humaines qui constituent la structure sont relativement faciles à mesurer, mais il est un peu plus difficile de mesurer les services rendus. Pour mieux évaluer ces services il ne faudrait pas s'arrêter au simple décompte des consultations, il faudrait aussi pouvoir évaluer le contenu de ces consultations. L'objectif de la démarche qualité est de faire en sorte que tous ceux qui sont concernés par les soins de santé concourent à leur qualité. (Richard V, 2003).

Les effets de la réduction du paiement sur la qualité des soins ont été diversement abordés dans la littérature. En effet, la qualité n'est pas systématiquement observable dans ces

conditions. En évaluant les effets attribuables au statut de membre d'une mutuelle de santé au Bénin, Haddad et al ont trouvé que les femmes enceintes membres d'une mutuelle de santé vont à l'hôpital beaucoup plus tôt et sont libérés plus vite que les non membres. La durée d'hospitalisation des femmes enceintes était, dans certains cas plus longue (41%). (Haddad, 2012).

Au Burkina-Faso, Atchessi et al ont observé que l'exemption des frais couplée à une formation suivie de supervision a entraîné une baisse des injections dans les infections respiratoires aiguës basses sans comorbidité, et une réduction des antibiothérapies en cas de paludisme sans comorbidité. (Atchessi, 2012). L'absence de qualité peut constituer un élément de faible adhésion aux institutions d'assurance maladie (Waelkens, 2004). Les conséquences sont beaucoup plus visibles dans le milieu rural, c'est ce que l'étude effectuée par Garcia-Lacalle et Martin en Andalousie (Espagne) fait ressortir. Selon les auteurs, les hôpitaux ruraux et urbains ont une performance similaire en matière d'efficience alors que les patients sont plus satisfaits, en termes de qualité perçue, dans les hôpitaux ruraux. (Garcia-Lacalle, 2010).

En Ethiopie, les données disponibles au niveau national suggèrent qu'étant donné la situation actuelle des centres de santé en termes de qualité et de quantité, une allocation de ressources supplémentaires destinées à améliorer la qualité des services se révélerait plus rentable que la multiplication du nombre de centres. (Collier, 2003). D'autres études montrent également que l'amélioration de la qualité des soins est également liée aux modalités de paiement du prestataire et à l'organisation institutionnelle. (Robyn, 2012 ; Mathauer, 2012)

## CHAPITRE II: CADRE DE L'ETUDE ET METHODOLOGIE

### I. PRESENTATION DU CADRE D'ETUDE

#### 1.1. Présentation générale du pays

##### 1.1.1. Situation géographique

Le Togo est un pays de l'Afrique de l'ouest situé sur la côte du golfe de Guinée et s'étale sur une superficie de 56 600 km<sup>2</sup>. Il s'étire sur une distance d'environ 600 km du nord au sud avec une largeur variant entre 50 et 150 km. Il est limité au Nord par le Burkina Faso, au Sud par l'Océan Atlantique, à l'Est par le Bénin et à l'Ouest par le Ghana. Le pays jouit d'un climat tropical subdivisé en deux grandes zones: une zone de type soudanien au sud avec de vastes terres productives et une zone de type sahélien recouvrant la moitié nord caractérisée par une pénurie de terres fertiles. Le climat chaud et humide du Togo est favorable à la prolifération de vecteurs de maladies et en partie responsable du profil épidémiologique national dominé par les maladies infectieuses et parasitaires. (voir Annexe)

##### 1.1.2. Situation démographique

Sur le plan démographique, selon les résultats du dernier Recensement Général de la Population et de l'Habitat (RGPH) réalisé en 2010, la population togolaise est évaluée à 6 191 155 habitants dont 3 009 095 hommes (48,6 %) et 3 182 060 femmes (51,4%). Les caractéristiques de cette population sont: une prépondérance des moins de 25 ans (environ 60 %) dont 18,6 % des jeunes de 15 à 24 ans, une croissance démographique de 2,84 % par an, une forte concentration dans la région Maritime (41,7 %) et un indice synthétique de fécondité (ISF) élevé (4,1 enfants/femme) (RGPH, 2010).

Les caractéristiques de la population togolaise posent d'énormes défis pour l'offre de services en matière de santé, de scolarisation, de création d'emplois, d'hygiène et d'assainissement.

##### 1.1.3. Situation politique et administrative

Le contexte politique a été marqué par des troubles sociopolitiques au début des années 1990 entraînant ainsi la suspension de la coopération internationale. Ceci a eu pour conséquence une réduction drastique de l'aide publique au développement (APD) dont le niveau est passé de 11,9% du PIB en 1990 à 2,5% en 2003. (APD, 2010). Mais d'importantes réformes

politiques ont été entreprises depuis 2006 et ont permis la normalisation des relations avec les principaux partenaires au développement.

Sur le plan administratif, le Togo compte cinq régions économiques (Savanes, Kara, Centrale, Plateaux et Maritime) réparties en 35 Préfectures plus la Commune de Lomé qui est subdivisée en 5 Arrondissements. 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 ni les régions, ni la commune de Lomé n'ont encore d'autonomie administrative ou financière.

#### **1.1.4. Situation économique et sociale**

La situation économique est marquée par une croissance économique de plus en plus forte (3,7% en 2010 et 4,1% en 2011) (PNUD, 2011), résultats des efforts que réalise le gouvernement en matière de réformes économiques et sociales depuis 2008. Ces réformes ont permis d'atteindre le point de décision de l'Initiative Pays Pauvre Très Endetté (PPTE) en novembre 2008 et le point d'achèvement de l'Initiative PPTE en décembre 2010, ce qui a pour conséquence l'annulation de la dette publique extérieure du Togo de 95%. Ces annulations ont amélioré la capacité d'endettement du pays ouvrant ainsi la voie à de nouvelles ressources multilatérales et bilatérales essentielles pour financer la stratégie de réduction de la pauvreté.

Le contexte social est marqué par un revenu par tête d'habitant bas (410 USD en 2008 contre 818 USD pour l'Afrique sub-saharienne) et une incidence élevée de la pauvreté. L'incidence de la pauvreté a été estimée à 61,7 % en 2006 sur le plan national avec d'importantes disparités. La pauvreté est essentiellement rurale (79,7% contre 36,4% en zone urbaine). Elle est beaucoup plus marquée dans les régions Centrale, Kara et Savanes. Elle touche 84,5 % de la population dans la région centrale, 81,8% de la population dans la région de la Kara et 94,3% des individus dans la région des Savanes, qui demeure la région où l'incidence est la plus élevée au Togo (QUIBB, 2006). Ce niveau élevé de la pauvreté constitue un handicap pour une meilleure accessibilité financière des services de santé de base.

#### **1.1.5. Situation sanitaire**

Le système de santé du Togo est organisé en une pyramide à trois niveaux à savoir : le niveau central ou le sommet de la pyramide, le niveau intermédiaire ou le milieu de la pyramide et le niveau périphérique ou la base de la pyramide. Ce niveau opérationnel correspond aux 40

districts sanitaires et leurs infrastructures (Hôpitaux de district, CMS et Centres de santé). Le niveau intermédiaire correspond aux 6 régions sanitaires comprenant chacune une direction régionale de la santé et ses services connexes, un centre hospitalier régional et des services privés de soins à portée régionale. Enfin le sommet de la pyramide qui est le niveau central ou national correspond au cabinet du ministère de la santé, le secrétariat général, les différentes directions, services et hôpitaux à vocation nationale (les 3 CHU, le CNTS, l'INH).

La situation sanitaire du Togo est caractérisée par des taux élevés de mortalité infantile (78 pour 1000) et infanto juvénile (124 pour 1000) imputables aux maladies infectieuses et parasitaires comme le paludisme, les maladies diarrhéiques, les infections respiratoires aiguës, la rougeole, la coqueluche, la diphtérie et les carences nutritionnelles (MICS, 2010).

A l'instar des autres pays de la sous-région, le sida se propage à une vitesse rapide au Togo et la prévalence au niveau national (3,2 %) figure parmi les plus élevées (ONUSIDA, 2007). Les jeunes, comme partout ailleurs, restent le groupe le plus vulnérable. La prévalence chez les jeunes femmes enceintes de 15-24 ans en 2006 était de 4,2 % (CNLS/IST/TOGO, 2008).

La couverture globale du pays en infrastructures est de 1 unité de soins pour 8774 habitants inférieur à la norme OMS (1 unité pour 5000 habitants). En ce qui concerne les ratios personnels de santé/population, ils sont de l'ordre de 0,49 médecin généraliste pour 10 000 habitants et 0,85 sage-femme pour 10 000 habitants (Ministère de la Santé, 2010). En dehors de l'insuffisance des effectifs, les ressources humaines en santé sont inégalement réparties dans le pays. La répartition par région montre une très forte concentration de personnel de santé dans la région de Lomé-commune au détriment des zones rurales et défavorisées. Lomé comptait 42% du total du personnel de santé avec près de 70% médecins, 41% d'infirmiers et 52% de sages-femmes (Ministère de la santé, 2010). L'accès aux services de santé est un problème important au Togo tout comme en Afrique Sub-saharienne. La couverture du risque maladie est faible au Togo, 51% du financement de la santé est effectué par les ménages (PNDS, 2012-2015). Face à cette croissance des dépenses de santé que subissent les ménages et dans le but d'améliorer l'accès aux soins de santé, le gouvernement togolais a mis l'accent sur l'accessibilité financière aux soins de santé de qualité. C'est ainsi qu'en Mars 2011, il met en place un régime obligatoire d'assurance maladie des agents publics et assimilés sous le couvert de la loi n° 2011- 003 du 18 Février 2011.

Notre étude a eu pour cadre, le Centre Hospitalier Régional Kara Tomde et l'Institut National d'Assurance maladie (INAM)

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

### 1.2.1. Présentation de l'INAM

Institué par la loi N° 2011-003 février 2011, l'Institut National d'Assurance Maladie (INAM) est un établissement public jouissant de la personnalité juridique et de l'autonomie administrative et financière. Il se définit comme un organisme de sécurité sociale gérant la branche maladie. Il est placé sous la tutelle technique du Ministère en charge de la sécurité sociale et sous la tutelle financière du Ministère de l'Economie et des Finances. Il comprend les organes suivants :

- Le conseil de surveillance
- Le conseil d'administration
- La direction générale
- Les délégations régionales.

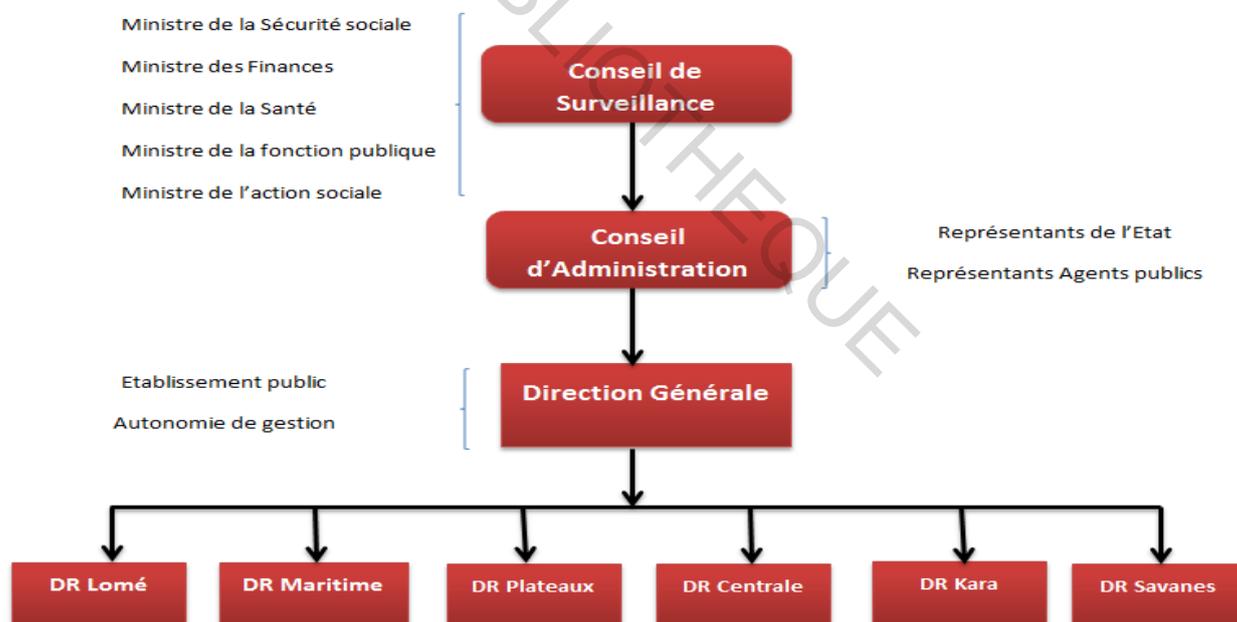


Figure 1 : Schéma organisationnel de l'INAM

Source : INAM

### **1.2.2. Mission et objectifs**

Conformément aux dispositions de l'article 10 de la loi N° 2011-003 février 2011, l'INAM a pour mission d'assurer la couverture des risques liés à la maladie, aux accidents et aux maladies non professionnels et à la maternité des agents publics et de leurs ayants droit.

A ce titre, l'INAM :

- assure la gestion du fonds d'assurance maladie des agents publics et assimilés en activité et à la retraite et de leurs ayants droit ;
- tient à jour les registres d'immatriculation des employeurs et des assurés et de leurs ayants droit ;
- définit et adapte un paquet de soins de nature à assurer l'équilibre financier de l'INAM; recouvre et enregistre les cotisations de l'assurance maladie ; passe, avec les prestataires de services de santé, des accords de partenariat aux fins d'assurer les prestations de santé continues et de qualité ;
- assure l'organisation et la coordination, notamment la collecte, la vérification et la sécurité des informations relatives aux bénéficiaires et aux prestations qui leur sont servies ;
- organise et dirige le contrôle médical en matière de soins et de prestations connexes, ainsi que l'application de la tarification des actes ;
- effectue, après vérification de la validité des factures et des droits aux prestations, les paiements aux prestataires de soins conventionnés, des services de soins effectués en faveur de ses bénéficiaires ;
- passe, s'il y a lieu, avec tout organisme de protection sociale, des conventions aux fins de participer à des programmes d'action sanitaire et sociale ;
- met en œuvre, en appui au ministère chargé de la santé, les actions de prévention, d'éducation et d'information de nature à améliorer l'état de santé des populations assurées ;
- crée, le cas échéant, des formations sanitaires, ses pharmacies et ses laboratoires d'analyses et d'imagerie médicale, des services d'intérêt commun, des antennes régionales et préfectorales.

### **1.2.3. Population cible**

Le principe de départ est de commencer par les agents du secteur publics et leurs ayants droit ainsi que les retraités de la fonction publique. En plus de l'agent en question, l'assurance

couvre son conjoint ainsi que ses enfants âgés de moins de 21 ans jusqu'à concurrence de quatre.

Pour s'affilier, l'agent doit remplir un formulaire d'immatriculation et fournir les pièces suivantes :

- Pour l'Agent
  - Une photocopie recto-verso de la Carte Nationale d'Identité ou tout autre document équivalent
- Pour le conjoint ou la conjointe
  - Une copie légalisée de l'extrait d'acte de naissance
  - Une photocopie légalisée de l'extrait d'acte de mariage
  - Un certificat de vie
- Pour les enfants âgés de 21 ans au plus
  - Une copie légalisée de l'extrait d'acte de naissance
  - Un certificat de vie
  - Une copie légalisée de l'acte d'adoption pour les enfants adoptés

Et enfin deux photos d'identité de chacune des personnes qui doivent être jointes au dossier.

#### **1.2.4. Les cotisations à l'INAM**

La cotisation est mensuelle et est fixée à 7% du salaire de base de l'agent en activité, répartie entre le travailleur (3,5%) et l'employeur(3,5). Pour les agents à la retraite, elle est fixée à 3,5% de la pension principale. Cette cotisation est prélevée à la source sur le salaire ou la pension.

#### **1.2.5. Les prestations couvertes**

Les prestations offertes au titre du régime d'assurance maladie obligatoire couvrent :

- les frais de consultations, d'hospitalisation, des actes médicaux, chirurgicaux, paramédicaux et de médicaments ;
- les frais des examens de laboratoire et de radiologie ;
- les frais de prestations de soins liés à l'état de grossesse et à l'accouchement.

Les prestations suivantes ne sont pas prises en compte :

- Soins dans les formations sanitaires non conventionnées par l'INAM
- Chirurgie esthétique, désintoxication liée à la drogue et à l'alcool
- Soins et produits pharmaceutiques de confort
- Pathologies prises en charge par les programmes nationaux tels que le VIH/SIDA, la tuberculose, etc.
- Les compléments alimentaires
- Les contraceptifs

La prise en charge des affections de longue durée ainsi que les prestations liées à ces affections est soumise à l'accord préalable du médecin conseil de l'INAM.

### 1.2.6. La prise en charge

La liste des prestations couvertes ainsi que les taux de prise en charge sont fixés comme suit :

Tableau I : Prestations couvertes et taux de prise en charge

<b>PRESTATIONS COUVERTES</b>	<b>TAUX DE PRISE EN CHARGE</b>
Consultation au centre de santé	80%
Consultation au centre de santé public des enfants de moins de 5 ans	100%
Consultation générale	80%
Consultation de spécialité	80%
Hospitalisation (frais de séjour)	90%
Examens de Laboratoire	80%
Intervention chirurgicale	90%
Petite chirurgie	80%
Soins infirmiers	80%
Accouchement simple (acte)	100%
Accouchement compliqué (acte)	100%
Césarienne (acte)	100%
Soins ophtalmologiques	80%
Soins dentaires	80%
Poche de sang	80%
Echographie	80%
Radiologie	80%
Médicaments	80%
Consultations prénatales	80%

Source : INAM

### **1.3. Le Centre Hospitalier Régional Kara (CHR Kara Tomde)**

#### **1.3.1. Présentation du CHR Kara Tomde**

Le Centre Hospitalier Régional Kara Tomde est situé dans la région de la Kara à environ 420 Km de la ville de Lomé. Elle est située à l'Est du Centre Hospitalier Universitaire de Kara (CHU Kara ) et à 1 Km à l'Ouest de la PMI du Village d'enfant SOS de Kara. C'est un établissement public à caractère administratif doté de la personnalité morale et de l'autonomie financière. Il est placé sous la tutelle du Ministère de la santé. C'est un centre d'accueil de malades, de formation et de recherche en sciences médicales. Les patients reçus au CHR Kara sont souvent des cas référés venant pour la plupart des sept préfectures de la région de la Kara à savoir : Assoli, Bassar, Binah, Dankpen, Doufelgou, Kéran et Kozah avec une population estimée à 801 612 habitants.

#### **1.3.2. Historique du CHR Kara Tomde**

Le CHR Kara Tomde est issu de la coopération sino-togolaise à partir d'un contrat de construction signé le 16 Août 1989 par les deux partis. Les travaux de construction ont commencé en Mai 1990 pour être achevés en Mai 1992.

Le CHR Kara Tomde a ouvert ses portes le 02 Novembre 1994 et a été érigé en Centre Hospitalier Régional par arrêté N° 0167/2001/MS du 28 Décembre 2001.

#### **1.3.3. Structure administrative et financière**

L'administration et la gestion du CHR Kara Tomde sont assurées par :

- un organe de délibération : le Conseil d'Administration (CA)
- trois organes consultatifs : la Commission Médicale Consultative (CMC) ; le Comité d'Hygiène et de Sécurité Hospitalières (CHSH) ; le Comité Technique Paritaire (CTP) ;
- un organe d'exécution : la Direction représentée par le Directeur ayant la qualité d'un administrateur des Hôpitaux qui est assisté de deux adjoints dans ses fonctions.

#### **1.3.4. Les différents services**

- Les services que comporte le CHR Kara Tomde sont constitués de services techniques et administratifs. Les services techniques sont de spécialité médicale et chirurgicale (Service d'Urgences/Porte, Médecine générale, Santé mentale et unité d'ECCG,

Psychologie, Chirurgie générale, Stomatologie, Ophtalmologie, Traumatologie, ORL, Pédiatrie, Gynéco-Obstétrique, Kinésithérapie, Acupuncture) et des services d'aide au diagnostic (Radiologie, Laboratoire)

Les services administratifs sont constitués par, la Direction, l'Agence comptable, les services économiques et financiers et les services généraux.

## **II. METHODOLOGIE**

### **2.1.Type d'étude**

Pour analyser la relation entre l'INAM et le CHR Kara Tomde nous avons adopté une double approche : une revue documentaire et une enquête de terrain. Dans un premier temps nous nous sommes préoccupés des données secondaires récupérées auprès des deux structures que nous avons analysées. Nous avons ensuite procédé à une étude sur la satisfaction des patients afin de confronter les résultats pour une meilleure analyse des effets produits par la mise en place du régime d'assurance maladie.

### **2.2. Modèle conceptuel**

Dans le cadre de notre étude, qui concerne la relation entre les Institutions d'Assurance maladie et les prestataires de soins, pour la mesure de la qualité, la démarche adoptée par Borgès et al. (2011) a retenu notre attention.

#### **Présentation du modèle**

En s'appuyant sur le cadre théorique de Starfield, il a présenté des concepts associés à l'analyse de l'utilisation des services de santé et leur mesure, à partir des banques de données. Selon lui, le fait d'utiliser des indicateurs qui vont au-delà du volume et qui permettent de qualifier l'utilisation des services, comme un processus de façon multidimensionnelle et dynamique, permet d'obtenir un portrait global de l'utilisation des services qui tient compte des composantes essentielles énoncées par Starfield en 1998. Le fait d'ajouter la productivité qui, est un indicateur de volume mettant en relation input et output de l'utilisation des services de santé, permet d'enrichir l'évaluation de l'utilisation des services vue sous l'angle de la prestation des services, à l'aide de bases de données. Ceci permet de dépasser l'analyse statique de l'utilisation des services en termes de volume, et de tenir compte de ces aspects multidimensionnels inhérents à l'utilisation des services. En effet, les indicateurs sont en continuelles interactions et évoluent de façon simultanée, en s'influençant mutuellement. Ils sont donc interdépendants et dynamiques.

A travers donc les données jumelées de l'Institut National d'Assurance Maladie et du CHR Kara Tomde, nous avons proposé une opérationnalisation possible des dimensions de la qualité que nous avons retenues. Ces dimensions ont été évaluées à travers le processus et les résultats, cadre que nous avons emprunté à Donabedian (Donabedian, 1992).

Les dimensions de la qualité retenues ainsi que leurs définitions sont les suivantes :

- ❖ L'accessibilité : elle comprend plusieurs niveaux à savoir la disponibilité des soins et l'accessibilité financière. Comme indicateurs de mesure, nous avons utilisé le taux de croissance des activités du CHR Kara Tomde, la part des tiers-paiements ainsi, le pourcentage des patients qui signalent leur incapacité à bénéficier des soins à cause des obstacles financiers et enfin le taux de refus d'autorisation préalable qui peut être un indicateur pouvant renseigner sur une bonne compréhension de la part des prestataires de soins du paquet de bénéfices couverts par l'assurance.
- ❖ L'efficacité productive : elle a permis de savoir si le centre utilise ses ressources de façon efficiente. L'indicateur qui a été utilisé est le coût unitaire du produit. Le produit a été assimilé à une ou plusieurs activités de la structure selon la disponibilité des informations. Etant donné que les prestations ne sont pas toutes identiques, nous les avons pondérées par l'utilité qu'elles procurent aux bénéficiaires pour en faire un Indicateur Synthétique d' Activités (ISA). La pondération a été faite par le tarif de la prestation dans le domaine public. En ce qui concerne le coût de production des activités, il est égal à la somme des financements nécessaires pour les activités concernées du centre.
- ❖ Satisfaction : elle correspond à la qualité des soins perçue par les patients fréquentant le CHR Kara.

Tableau II : Indicateurs des différents éléments de la qualité

Eléments de la qualité	Processus	Résultat/ Effet
Accessibilité (Disponibilité)	Evolution des activités (Taux de croissance des activités)	Nombre de journées d'hospitalisations évitées
Accessibilité financière	Evolution du financement des activités	Pourcentage des patients qui signalent leur incapacité à bénéficier des soins à cause des obstacles financiers et Evolution du montant des tiers-paiements
Efficiences productive	Evolution des activités (Taux de croissance des activités) Evolution du financement des activités	Gain ou perte d'efficiences productive
Comportement de l'INAM	Autorisation préalable Paiement des prestataires	Taux de refus d'autorisation préalable, Durée moyenne de rémunération des prestataires
Satisfaction des patients	Relation patient prestataire de soins	Qualité des soins perçue par les patients

### **2.3. Justification du choix de l'INAM et du CHR Kara Tomde**

Pour analyser les relations entre les Institutions d'Assurance Maladie et les prestataires de soins au Togo, nous avons pris l'exemple de l'INAM et du CHR Kara Tomde.

Le choix de l'INAM est motivé par le fait que c'est un mécanisme de couverture maladie nationale et qu'il constitue une étape de l'évolution vers la couverture maladie universelle qui reste l'objectif ultime de tous les pays en vue de l'amélioration de l'accès aux soins de qualité.

L'INAM a signé la convention avec toutes les structures sanitaires du secteur public et avec quelques une du secteur privé. Pour faire notre analyse, nous avons choisi le CHR Kara

Tomde en nous référant à son statut d'hôpital de référence du niveau intermédiaire de la pyramide sanitaire. Ce niveau de la pyramide nous permet d'être un peu plus prêt de toutes les catégories de patients ce qui nous permet d'avoir une représentativité des patients. D'autres parts, Kara est une région qui se situe entre les deux régions où l'incidence de la pauvreté monétaire est la plus élevée : région centrale et région des savanes (Ministère de la santé, PNDS Togo 2012-2015). Ce choix est également motivé par le fait que c'est un centre que nous connaissons très bien pour y avoir exercé pendant cinq années ce qui nous a permis d'avoir plus facilement les données pour analyse.

## **2.4. Population et échantillonnage**

Cette partie concerne l'enquête de terrain auprès des patients utilisant les services du CHR Kara Tomde. Elle permet d'analyser les effets de la relation entre l'assurance maladie et les prestataires (la réactivité aux attentes des patients).

### **2.4.1. Population**

Elle est composée des patients qui ont fréquenté le CHR Kara Tomde durant la période de l'étude.

### **2.4.2. Echantillonnage**

Notre étude a porté sur un échantillon de 105 patients. Pour déterminer la taille de l'échantillon nous avons utilisé la relation issue de l'intervalle de confiance d'une proportion.

$$n = z^2_{(1-\alpha/2)} p (1-p) / e^2$$

n = taille de l'échantillon

$z^2_{(1-\alpha/2)}$  =  $(1 - \alpha/2)$  – quantile de la loi normale centrée réduite

p = La proportion des personnes utilisant les services du CHR Kara Tomde

$\alpha$  = le risque

e = la marge d'erreur ou la précision du résultat obtenu étant donnée le risque que l'on est prêt à accepter.

Dans notre étude la marge d'erreur a été fixée à 10 % et le risque à 5%. La proportion des personnes, utilisant les services du CHR Kara Tomde n'étant pas retrouvée dans la littérature, nous avons considéré un taux d'utilisation de 50%. En remplaçant toutes ces valeurs dans la formule nous avons obtenu  $n = 96$  individus. Nous avons estimé le taux de non réponse à 10 % soit 9 individus à ajouter. Enfin nous avons obtenu 105 individus.

### **2.4.3. Collecte des données**

#### **2.4.3.1. Plan de collecte**

Le nombre de patients interrogés par service a été déterminé en se référant à la proportion des patients reçus par chaque service au cours de l'année 2012. Pour cela nous n'avons considéré que les services ayant une proportion de patients élevée (Urgences – porte, Pédiatrie, Ophtalmologie, Gynécologie, Stomatologie et Kinésithérapie). La répartition du nombre de patients interrogés par service est indiquée dans le tableau ci-dessous.

**Tableau III : Répartition du nombre de patients interrogés par service**

<b>SERVICES</b>	<b>EFFECTIF</b>	<b>PROPORTION</b>	<b>NOMBRE</b>
Urgences - porte	4058	31%	32
Pédiatrie	2561	20%	20
Gynécologie	1552	12%	12
Ophtalmologie	2552	19%	20
Kinésithérapie	1040	8%	10
Stomatologie	1356	10%	11
Total	13119	100%	105

Source : Calcul à partir des données du rapport d'activités 2012 du CHR Kara Tomde.

#### **2.4.3.2. Outils de collecte**

Les données ont été collectées au moyen d'un questionnaire qui a été établie et testé auprès d'un groupe témoin. Ce questionnaire comprend plusieurs parties :

- les données socio-démographiques ;
- les données sur la réactivité du centre

#### **2.4.3.3. Technique de collecte**

Le questionnaire a été administré aux patients après une explication de l'objectif de la recherche par des enquêteurs recrutés et formés à cet effet. Les langues locales ont été

utilisées pour expliquer le contenu du questionnaire à ceux qui ne comprennent pas la langue française.

#### 2.4.4. Traitement et analyse des données

Les données ont été saisies et analysées au moyen des logiciels Sphinx version 5.1.0.2 et EXCEL. L'analyse a porté sur les paramètres socio-démographiques des patients ainsi que les opinions qu'ils ont émises quant à leur satisfaction sur les éléments de la réactivité. Nous avons fait le test de Khi-deux pour vérifier les liens entre le statut d'assuré ou non et les éléments de la satisfaction.

##### Test d'indépendance

**But du test :** Le test d'indépendance du chi-carré vise à déterminer si deux variables observées sur un échantillon sont indépendantes ou non. Les variables étudiées sont des variables qualitatives catégorielles.

Ce test s'applique lorsqu'on souhaite démontrer l'indépendance ou la dépendance de deux critères dans une expérience.

Ce test s'effectue sur la base d'une table de contingence : plusieurs échantillons pouvant être classés selon un certain nombre de colonnes (critère 1) et de lignes (critère 2).

**Objectif:** Les observations de deux variables qualitatives faites sur un échantillon permettent de juger l'indépendance de ces variables.

**Méthode :** La méthode consiste à comparer les effectifs réels des croisements des modalités des deux variables qualitatives avec les effectifs théoriques qu'on devrait obtenir dans le cas d'indépendance de ces deux variables.

On construit un indice  $d$  mesurant l'écart constaté entre les effectifs réels et les effectifs théoriques.

$$d = \sum_{i,j} \frac{(n_{ij} - np_{ij})^2}{np_{ij}}$$

où  $n_{ij}$  = effectif observé des individus possédant la modalité  $i$  de la première variable et la modalité  $j$  de la deuxième variable  $n$  = effectif total observé ;  $p_{ij}$  = probabilité

d'obtenir une observation possédant la modalité  $i$  de la 1<sup>ère</sup> variable et la modalité  $j$  de la 2<sup>ème</sup> variable lorsqu'elles sont indépendantes.

$np_{ij}$  = effectif théorique des individus possédant la modalité  $i$  de la 1<sup>ère</sup> variable et la modalité  $j$  de la 2<sup>ème</sup> variable.

$$D = \sum_{i,j} \frac{(N_{ij} - np_{ij})^2}{np_{ij}}$$

**Statistique de test** : on utilise la statistique

$$D \longrightarrow \chi^2_{(l-1)(c-1)}$$

où  $l$  est le nombre de modalités de la première variable (nombre de lignes du tableau de contingence) et  $c$  est le nombre de modalités de la deuxième variable (nombre de colonnes du tableau de contingence).

Deux hypothèses ont été retenues :

H1 : il existe un lien significatif entre le statut du patient et son opinion

H2 : il n'existe pas de lien significatif entre le statut du patient et son opinion

les résultats de ce test ont été comparés au khi-deux seuil pour un intervalle de confiance IC = 95% à 1 degré de liberté (ddl) (3,84). La probabilité obtenue a été comparée au risque acceptable d'erreur alpha qui est de 0.05 (IC = 95%) selon la règle de décision suivante :

Si  $1-p < 0,95$  alors il n'existe pas de lien significatif au seuil de 0,05

Si  $1-p > 0,95$  alors il existe un lien significatif au seuil de 0,05

#### **2.4.5. Les limites de l'étude**

La principale limite de l'étude concerne la qualité des données. En effet les données de 2013 collectées constituent des estimations par extrapolation à partir des données des neuf premiers mois de cette année. De plus la taille de l'échantillon calculée en prenant 10% comme précision pour des raisons de moyens, pourrait avoir quelque peu biaisé les résultats sur la satisfaction des patients.

## CHAPITRE III : RESULTATS

### I. EVOLUTION DU NIVEAU D'ACTIVITE

#### 1.1. Les consultations par service

L'évolution des activités de consultation des différents services du CHR Kara Tomde est représentée par la figure ci-dessous.

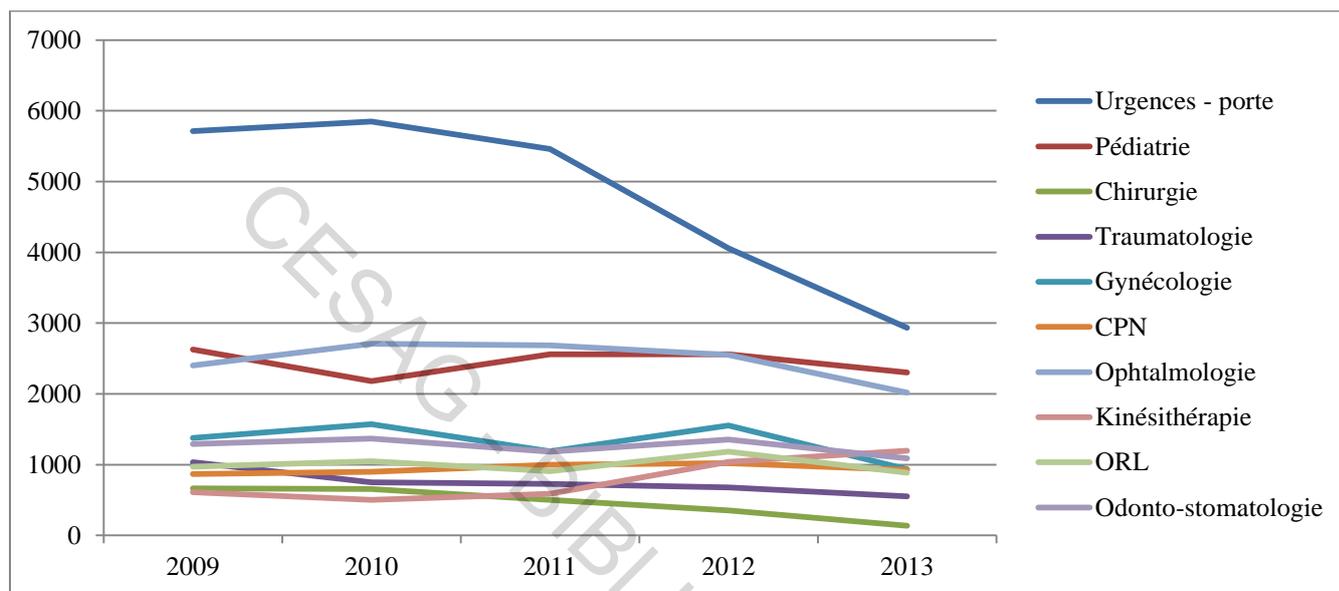


Figure 2 : Evolution du nombre de consultations par service

Source : nous-même à partir des données du CHR Kara Tomde

La convention avec l'INAM a eu de façon générale un impact négatif sur les demandes de soins exprimées au CHR Kara Tomde par les populations. Les consultations enregistrées en ont baissé entre 2009 et 2013. Cette baisse du nombre de consultations a été progressive d'année en année avec une baisse plus forte après la convention avec l'INAM soit une variation de (- 4%) entre 2009 et 2011 et de (- 23%) entre 2011 et 2013. En règle générale, tous les services ont connu une baisse plus forte de fréquentation après la convention avec l'INAM sauf la kinésithérapie qui a plutôt connu une hausse de 103% entre 2011 et 2013.(Tableau A en annexe)

## 1.2. Les hospitalisations et journées d'hospitalisation

Le tableau ci-dessous indique les hospitalisations et les journées d'hospitalisations enregistrées au CHR Kara Tomde

Tableau IV : Répartition des hospitalisations et journées d'hospitalisation

Activités	2009	2010	2011	2012	2013	Variation (2009-2011)	Variation (2011-2013)
Hospitalisations	3450	3501	3597	3866	3526	4%	-2%
Journées d'hospitalisation	32402	32658	33184	33489	34788	2%	5%
Durée moyenne de séjour	9,39	9,32	9,22	8,66	9,87	-2%	7%

Source : Calcul à partir des rapports d'activité 2009 à 2013 du CHR Kara Tomde.

Les hospitalisations ont subi une évolution de 2009 à 2012 avant de connaître une baisse entre 2012 et 2013 (-2%). Le nombre de journées d'hospitalisation a par contre connu une augmentation beaucoup plus rapide après la convention avec INAM (2% entre 2009 et 2011 et 5% entre 2011 et 2013) ce qui se traduit par une augmentation de la durée moyenne de séjour. (7% entre 2011 et 2013)

## 1.3. Les actes des services médico-chirurgicaux et d'aide au diagnostic

En dehors des consultations et des hospitalisations, les services du CHR Kara Tomde font des actes médico-chirurgicaux et de diagnostic. Le tableau ci-dessous indique l'évolution de ses actes.

Tableau V : Répartition des actes de médico-chirurgicaux et de diagnostic

ACTES / ANNEES	2009	2010	2011	2012	2013	Variation (2009-2011)	Variation (2011-2013)
Accouchement normal	645	664	676	805	740	5%	9%
Césarienne	142	222	236	310	400	66%	69%
Radiographie	2 912	3 185	2 951	3 497	3450	1%	17%
Echographie	978	1 068	817	936	868	-16%	6%
Laboratoire	28 840	31 460	32 408	41 455	42234	12%	30%
Chirurgie	1 202	1 330	1 888	NR	NR	57%	-

Source : Calcul à partir des rapports d'activité 2009 à 2013 du CHR Kara Tomde.

Dans l'ensemble, on observe une augmentation des actes que ce soit en Gynéco-obstétrique, en Chirurgie, au Laboratoire ou encore en Imagerie médicale. Les accouchements normaux se sont accrus de 5% entre 2009 et 2011 et de 9% entre 2011 et 2013 tandis que le nombre de césarienne qui, avait déjà une évolution rapide entre 2009 et 2011 (66%), a connu une augmentation plus rapide entre 2011 et 2013 (69%).

En ce qui concerne les activités des services d'aide au diagnostic, l'imagerie médicale a plus connu de changement : on note une augmentation plus rapide du nombre d'actes de radiographie et d'échographie. Le service de laboratoire a également vu ses activités s'améliorer. La figure ci-dessous présente l'évolution des activités des différents départements du Laboratoire.

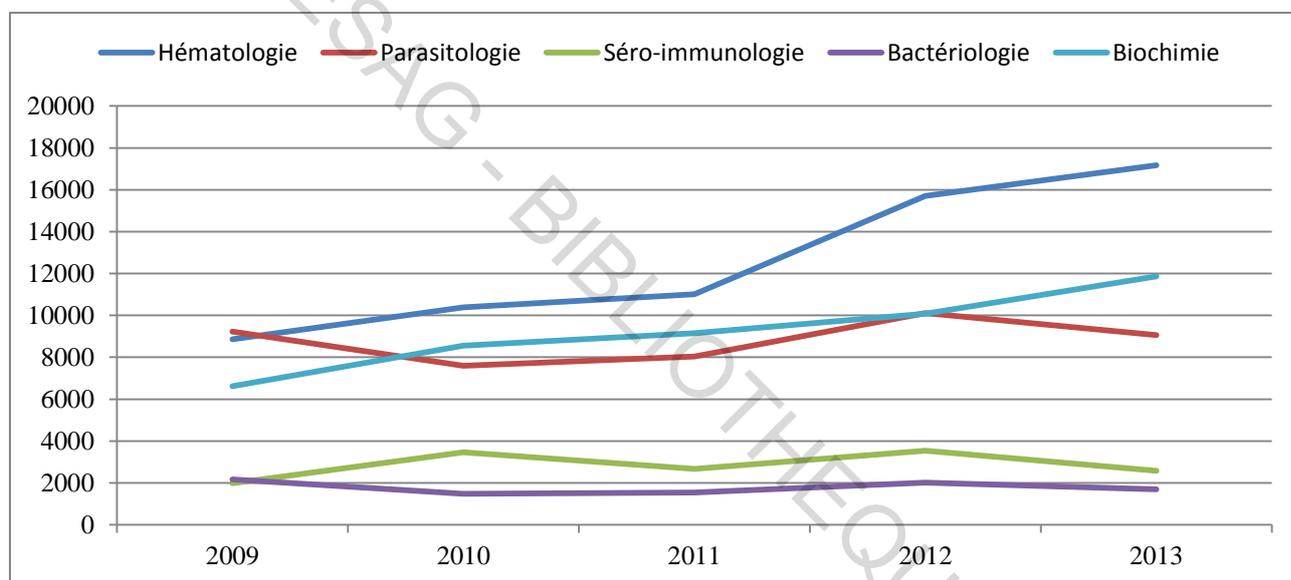


Figure 3 : Evolution des activités des unités du laboratoire

Source : nous-même

Au niveau du laboratoire, en règle générale, toutes les unités ont connu une augmentation de leurs activités sauf la séro-immunologie et la parasitologie. Les unités dont les activités sont les plus élevées sont l'Hématologie et la Biochimie.

## II. EVOLUTION DU FINANCEMENT DES ACTIVITES DU CHR KARA TOMDE

Les activités du CHR Kara Tomde sont financées par les recettes propres et les subventions de l'Etat

La figure ci –dessous montre l'évolution du financement des activités du CHR Kara Tomde.

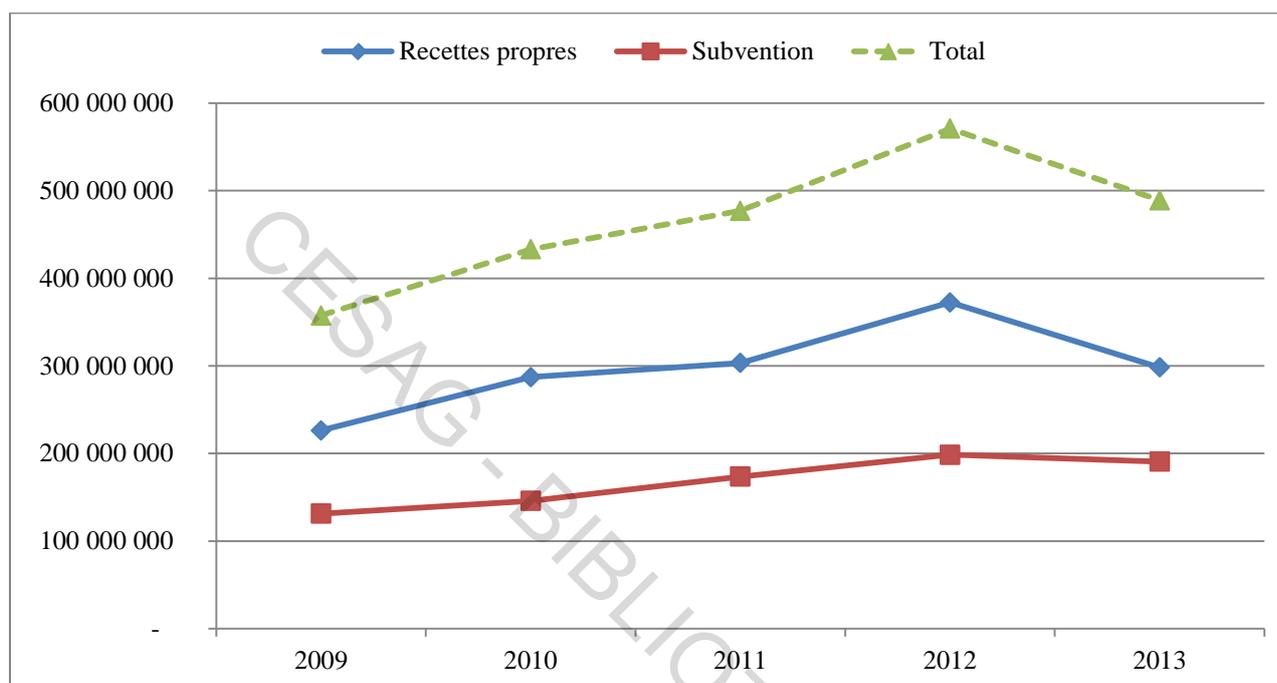


Figure 4 : Evolution du financement des activités du CHR Kara Tomde

Source : nous même

Depuis 2009, les recettes propres ont subi une augmentation avec un pic en 2012. Les subventions également ont connu une augmentation mais de façon moindre par rapport aux recettes avant de rechuter en 2013.

Les recettes propres sont composées des paiements directs effectués par les patients, et des paiements effectués par les assureurs (tiers-paiements). L'évolution de ces deux types de recettes est indiquée par la figure ci-après.

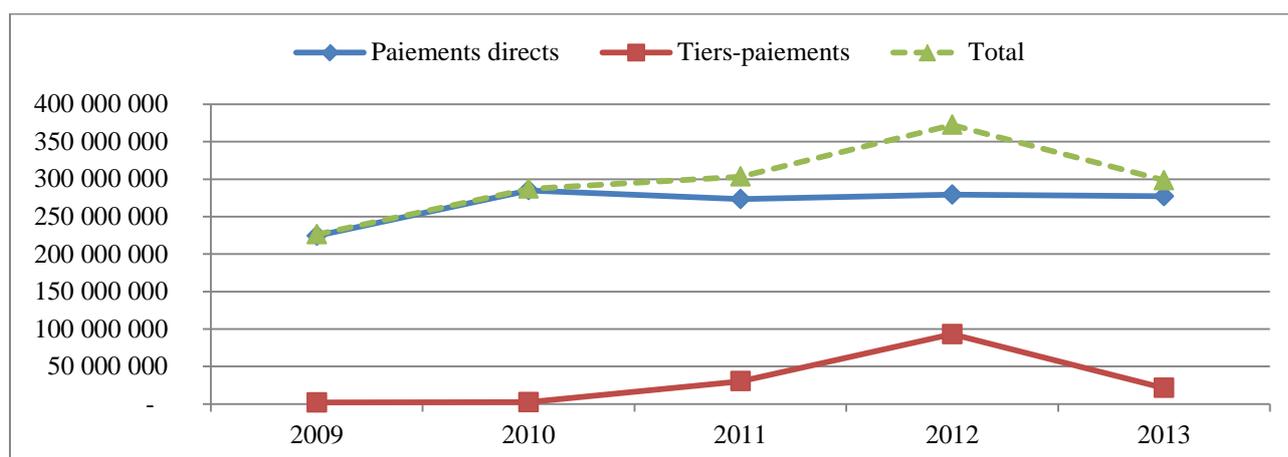


Figure 5 : Evolution des recettes propres en fonction des modalités de paiements

Source : nous même à partir des données du CHR Kara Tomde

On note une augmentation du montant payé par les assureurs depuis 2010 avec également un pic en 2012. Les paiements directs quant à eux, ont eu une évolution quasi constante depuis 2010.

### III. ANALYSE DE LA RELATION

#### 3.1. La convention entre INAM et les prestataires de soins

Avant que les bénéficiaires puissent se rendre dans une formation sanitaire, ils doivent vérifier si cette dernière a une convention de partenariat avec l'INAM. La convention de partenariat a été signée entre l'INAM et les formations sanitaires privées d'une part et les formations sanitaires publiques d'autres parts. Au nom de toutes les formations sanitaires publiques le Directeur général de la santé a signé cette convention avec l'INAM, représenté par son président du Conseil d'Administration. Cette convention qui revêt un caractère national s'applique à l'ensemble des formations sanitaires publiques, à l'ensemble des prestations couvertes et à l'ensemble des bénéficiaires de l'INAM. Beaucoup d'éléments ont été pris en compte dans cette convention à savoir : le paquet de soins (prestations couvertes), les obligations générales des formations sanitaires. En ce qui concerne les obligations, les formations sanitaires pour avoir un numéro d'identification de l'INAM doivent remplir certaines conditions dont la plus essentielle est l'accréditation. En effet toutes ces formations doivent :

- être enregistrées auprès du Ministère de la Santé ;

- disposer d'un personnel soignant reconnu et enregistré auprès du Ministère de la Santé, et autres autorités compétentes ;
- avoir fourni la liste détaillée du personnel soignant, du personnel prescripteur et / ou du personnel autorisé à délivrer les produits pharmaceutiques ;
- disposer des infrastructures de soins conformes aux normes du Ministère de la Santé et pour lesquelles la formation sanitaire se positionne comme dispensatrice de soins en faveur des patients couverts par l'INAM ;
- garantir, à son niveau, la disponibilité des intrants médicaux nécessaires aux actes de soins prestés en faveur des patients bénéficiaires de l'INAM ;
- s'engager à accueillir les patients de l'INAM avec toute la qualité qu'il convient ;
- s'engager à ne pas conditionner les soins aux patients bénéficiaires de l'INAM contre l'apport préalable d'intrants médicaux nécessaires aux prestations à dispenser en leur faveur ;

Les autres éléments pris en compte dans la convention sont : la délivrance des soins et la qualité qui y est définie, l'utilisation des supports de prestations, les taux de prise en charge et leur assiette, la transmission des factures, leurs règlements et les délais y afférant ; le respect du principe de la qualité des soins et le contrôle médical, le règlement des litiges et la formation continue.

### **3.2. Les modalités d'accès aux soins dans les formations sanitaires**

#### **3.2.1. L'accès aux soins**

En cas de maladie, l'assuré se rend dans une formation sanitaire conventionnée par l'INAM, muni de sa carte d'assurance santé, de sa carte nationale d'identité et de son kit de prestations (composé des feuilles de soins, de biologie médicale, d'imagerie médicale et de l'ordonnancier). Le service accueil ou d'admission de la formation sanitaire vérifie l'identité du patient, sa qualité de bénéficiaire sur la base de la carte d'immatriculation et de tout document exigé par l'INAM. Le service accueil accomplit alors les formalités nécessaires et l'oriente vers le personnel soignant. Conformément à la législation et à la réglementation en vigueur, au code de déontologie médicale et à la nomenclature générale des actes, le personnel soignant délivre aux bénéficiaires de l'INAM des soins éclairés, attentifs et prudents, conformes aux données actuelles de la science, tout en observant une économie

compatible avec la qualité, la sécurité et l'efficacité des soins. En dehors de toutes ces démarches certains soins sont soumis à l'accord préalable du conseil médical de l'INAM.

### **3.2.2. Autorisation préalable**

Pour avoir accès à un certain nombre de prestations (soins particulièrement coûteux), l'assuré doit au préalable obtenir l'accord du conseil médical de l'INAM. Une demande d'entente préalable signée par le médecin traitant, accompagnée des pièces justificatives est adressée à l'attention du conseil médical de l'INAM. Une attestation de prise en charge est établie et remise au bénéficiaire qui la fait valoir auprès du prestataire de soins. Cette demande d'autorisation préalable peut faire l'objet d'un refus par le conseil médical. Le nombre de demandes d'entente préalable adressées par le CHR Kara Tomde est de 1443. Le nombre d'autorisations non accordées est de 41 ce qui correspond à un taux de refus de 2,8 %. La principale raison de non accord est liée à la qualité du demandeur (nécessité de recourir à l'avis d'un spécialiste qui paraît plus indiqué).

### **3.2.3. Les modalités de paiement**

Les modalités de paiement adoptées sont la tarification à l'acte et la journée d'hospitalisation. Elle est faite conformément à la tarification nationale de référence des actes fixée par arrêté du Ministre de la santé et applicable dans toutes les formations sanitaires. Les formations sanitaires adressent à l'INAM les factures des soins des bénéficiaires et l'INAM, après vérification paie en fonction des taux de prise en charge définis dans la liste des actes et des médicaments couverts. Les factures des prestations fournies aux bénéficiaires devaient être transmises par les formations sanitaires à l'INAM au plus tard le 10 du mois suivant. Conformément aux dispositions de la convention, le règlement de la facture est fait dans un délai n'excédant pas 30 jours à compter de la date de réception. Le délai de paiement des factures par INAM a été très élevé avec une moyenne de 71 jours et un maximum au-delà de 100 jours.

## **3.3. Analyse des effets produits par la relation entre le CHR Kara Tomde et l'INAM**

### **3.3.1. Accessibilité aux soins**

L'analyse de l'évolution des activités de consultation montre que leur taux de croissance est négatif et est plus rapide en 2012. Cette situation montre qu'il y a effectivement une baisse du nombre de patients fréquentant le CHR Kara Tomde. La figure ci-dessous qui retrace

l'évolution du taux de croissance des activités pour certains services nous permet de mieux observer cette tendance.

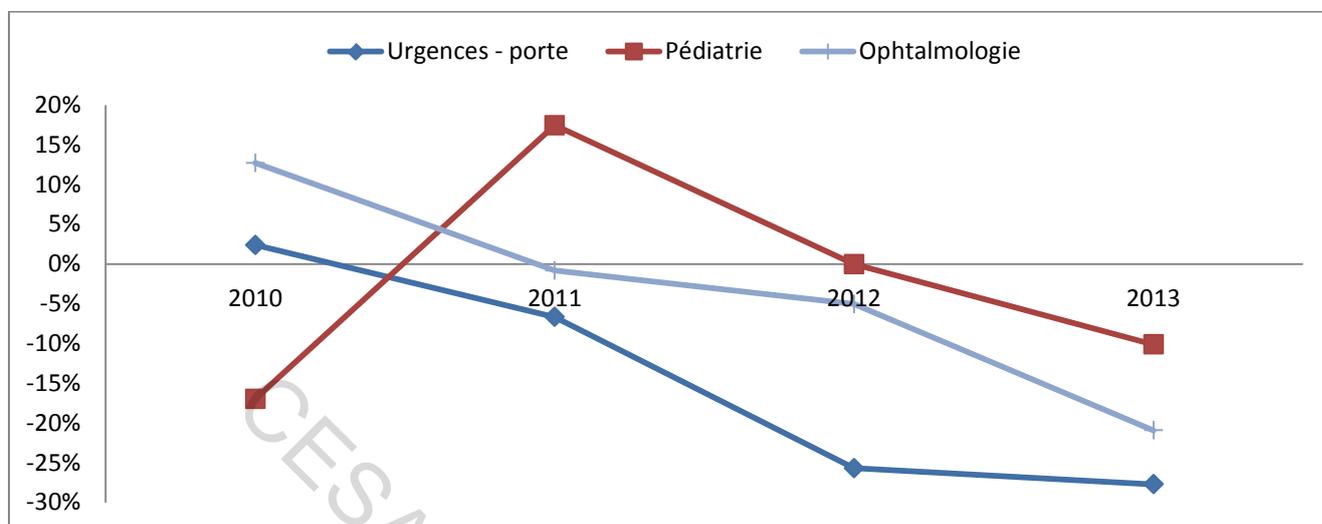


Figure 6 : Evolution du taux de croissance des activités

Source : nous même à partir des données du CHR Kara Tomde

Depuis 2010, le taux de croissance des activités est négatif, avec une pente plus forte à partir de 2012 pour l'Ophtalmologie. La pédiatrie quant à elle a enregistré un taux de croissance positif de ses activités en 2011 puis une décroissance à parti de 2012.

L'évolution des actes au niveau du CHR Kara Tomde est représentée par la figure suivante.

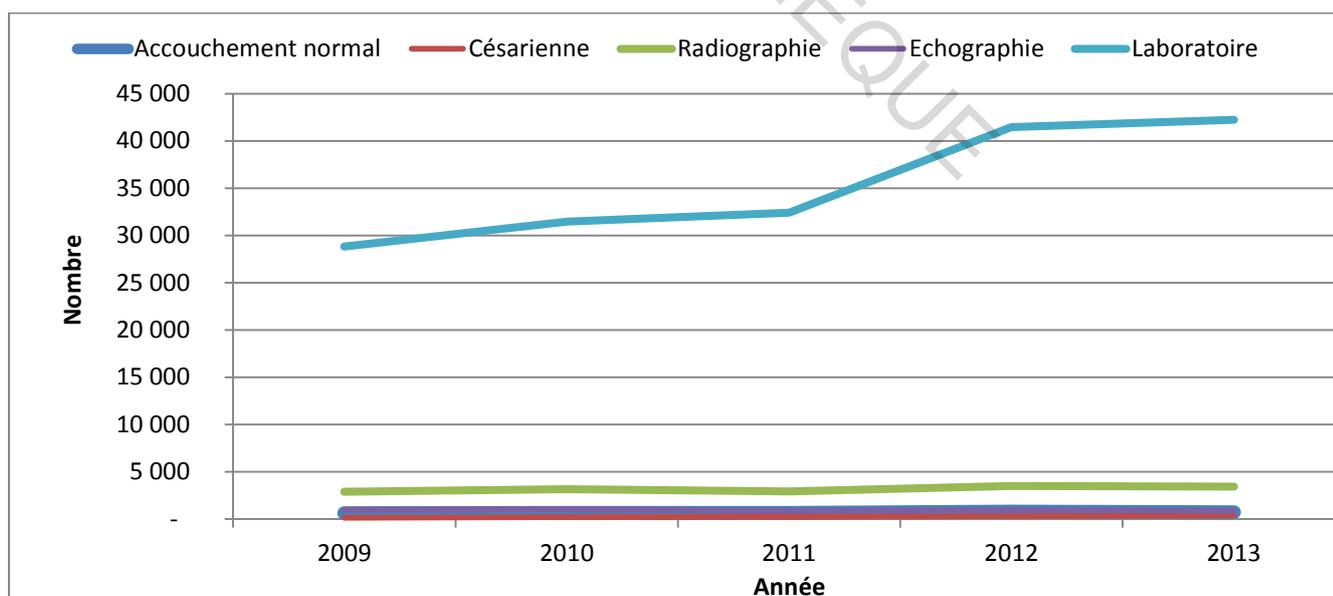


Figure 7 : Evolution des actes médico-chirurgicaux et de diagnostic.

Source : nous même à partir des données du CHR Kara Tomde

En ce qui concerne les actes, seuls les services de Laboratoire et de Radiologie ont connu une augmentation considérable, les autres services ayant gardé une évolution quasi constante de leurs activités.

La figure ci-dessous décrit l'évolution des hospitalisations et des journées d'hospitalisation

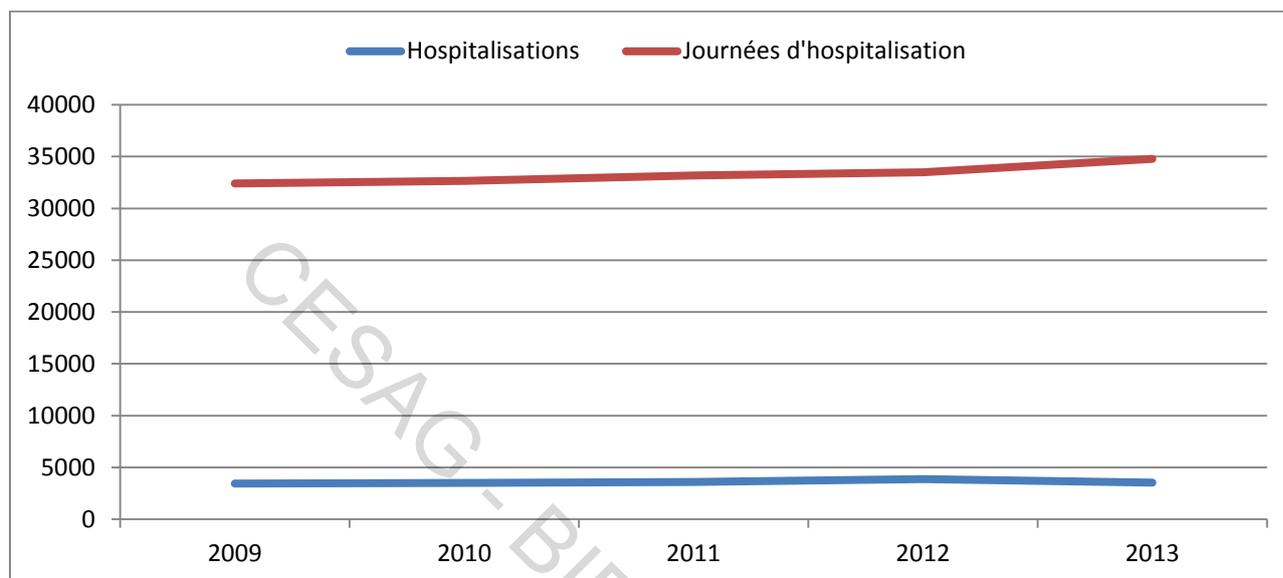


Figure 8 : Evolution des hospitalisations et journées d'hospitalisation

Source : nous même à partir des données du CHR Kara Tomde

La tendance observée avec les consultations et les actes s'observent également avec les hospitalisations et le nombre de journées d'hospitalisation. En effet, à partir de 2012, les hospitalisations baissent et le nombre de journées d'hospitalisation augmente ce qui fait augmenter la durée moyenne de séjour. Cette situation fait ressortir une augmentation de l'utilisation des services de la part des patients assurés à l'INAM. Les services les plus utilisés sont : la consommation des médicaments, les actes de biologie et d'imagerie médicale, les hospitalisations. La figure ci-après permet d'illustrer l'évolution de la durée moyenne de séjour.

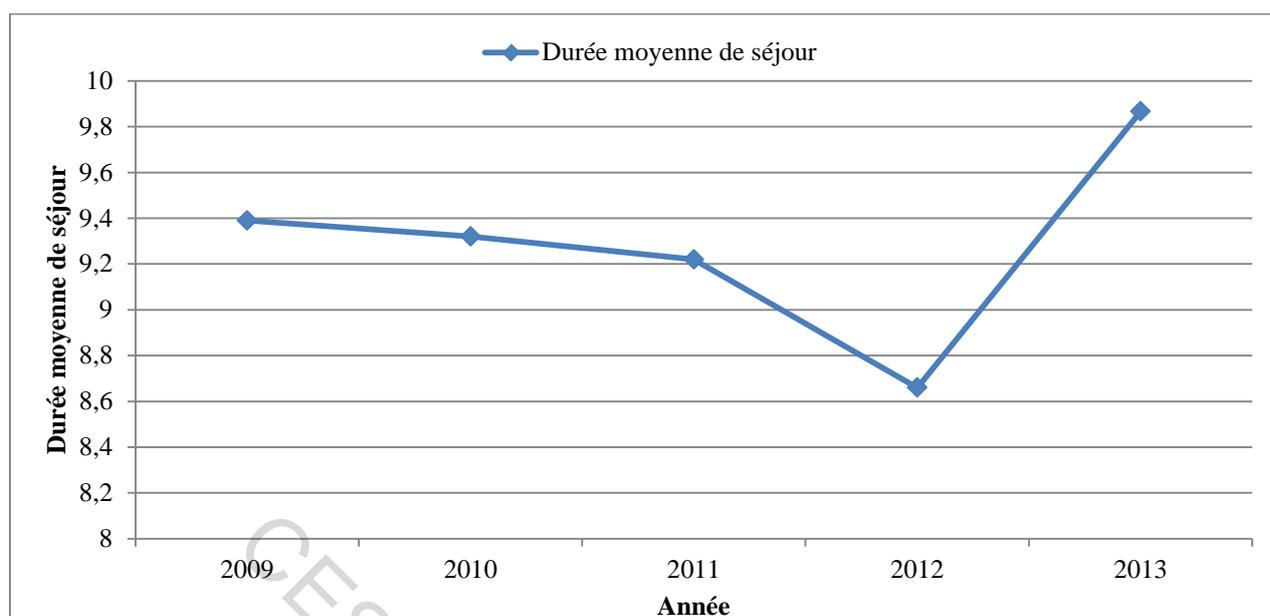


Figure 9 : Evolution de la durée moyenne de séjour

Source : nous même à partir des données du CHR Kara Tomde

La durée moyenne de séjour au CHR Kara Tomde qui, était en baisse depuis 2009, a connu une augmentation à partir de 2012.

### 3.3.2. Accessibilité financière

L'accessibilité financière est analysée à travers l'évolution du montant des tiers-paiements et l'évolution du nombre de personnes signalant leur incapacité à bénéficier des soins à cause des obstacles financiers.

Les paiements effectués par les assureurs pour le compte de leurs assurés ont connu une très forte augmentation à partir de 2012 avant de rechuter. Avec l'INAM, visiblement la consommation des soins médicaux s'est accrue. Mais cette augmentation s'est produite sans pour autant qu'il y'ait une réduction du risque financier dans la population prise globalement. Seules les personnes couvertes par INAM ont vu leurs risques financiers diminuer. De plus certaines personnes couvertes par INAM étaient déjà couvertes par d'autres mécanismes de lutte contre le risque financier qu'elles ont probablement dû abandonner. Il s'agit notamment des Forces Armées Togolaises (FAT), du personnel des Universités et d'autres encore. Beaucoup de personnes non couvertes ont des difficultés pour payer leurs soins (sans compter ceux qui ne viennent pas à l'hôpital).

L'évolution des taux de croissance des tiers- paiements et celle du nombre de personnes ayant des difficultés pour payer leurs soins est indiqué par le graphique ci-dessous :

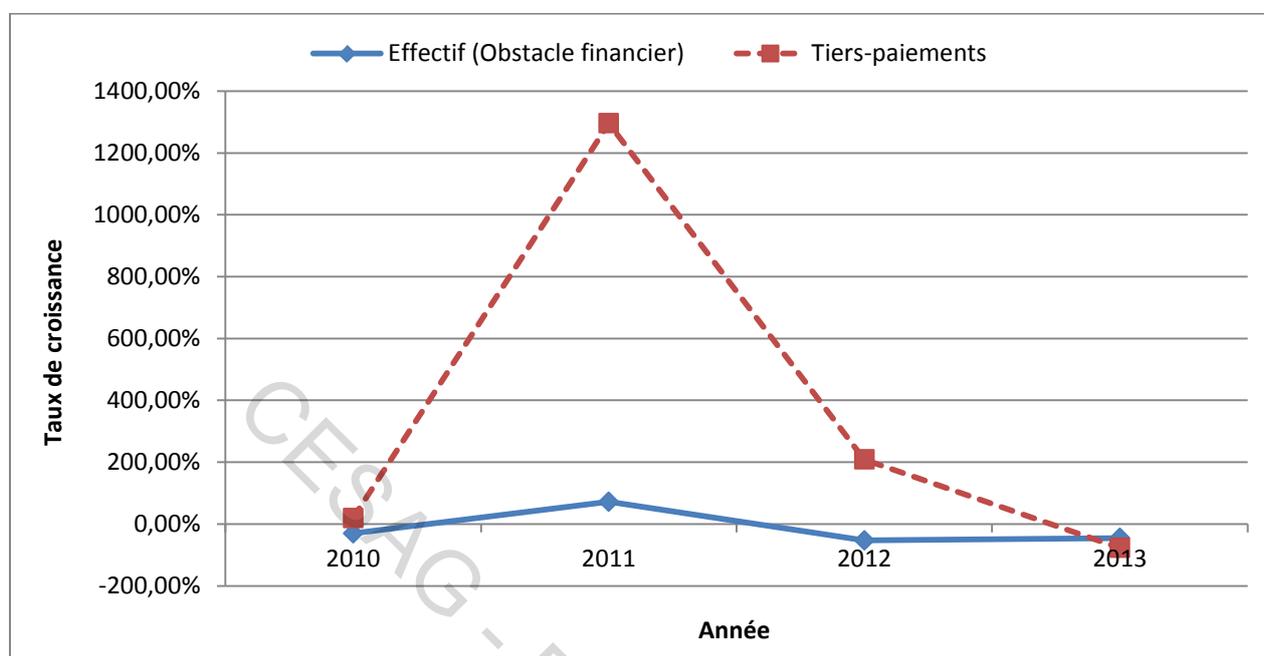


Figure 10 : Evolution des taux de croissance des tiers- paiements et du nombre de personnes ayant des difficultés à payer leurs soins.

Source : nous même à partir des données du CHR Kara Tomde

L'analyse de l'évolution du nombre de personnes signalant leur incapacité à financer leurs soins de santé montre que ce nombre a baissé depuis 2009. Mais l'évolution du taux de croissance de ce nombre montre que la baisse devient plus faible à partir de 2012 c'est-à-dire moins proportionnelle par rapport aux années précédentes. Durant cette même période, le taux de croissance du montant des tiers- paiements est en baisse avec une pente plus forte. Ces deux situations montrent que le risque financier a moins baissé et que les tiers-paiements ont plus que baissé. Cette baisse des tiers-paiements signifie que les paiements directs sont encore importants dans la population.

### 3.3.3. Efficience productive du CHR Kara Tomde

Pour analyser l'efficience productive, nous n'avons tenu compte que de certaines activités pour des raisons de disponibilités des informations. Il s'agit notamment des activités regroupées dans le tableau ci-dessous :

Tableau VI : Tableau récapitulatif des activités retenues par années

<b>Activités</b>	<b>2009</b>	<b>2010</b>	<b>2011</b>	<b>2012</b>	<b>2013</b>
Consultation générale	5712	5849	5460	4058	2934
Consultation spécialisée	11842	11675	11339	12298	10442
Accouchement simple	503	442	440	495	340
Césarienne	142	222	236	310	400
Echographie pelvienne	399	476	301	384	298
Echographie prostatique	28	24	24	33	32
Echographie abdominale	166	185	170	210	170
Echographie obstétricale	375	383	322	384	368
Electrocardiogramme	240	225	233	402	302
Journée d'hospitalisation	32402	32658	33184	33489	34788

Source : Adapté des rapports d'activité 2009-2013 du CHR Kara Tomde

### 3.3.3.1. Indicateurs Synthétiques d'Activités (ISA)

L'Indicateur Synthétique d'Activité (ISA) est obtenu à la suite de la pondération des activités par leur valeur. C'est un indicateur qui nous a permis de considérer chacune des activités en prenant en compte son poids dans l'ensemble des activités. La pondération a été faite par le tarif des activités dans le domaine public. En attribuant un coefficient de 100 à un accouchement simple, nous obtenons le tableau suivant qui nous donne les coefficients (poids) ISA des autres activités.

Tableau VII : Calcul des coefficients ISA de chaque activité

<b>Activités</b>	<b>Tarif unitaire</b>	<b>Coefficient ISA</b>
Consultation générale	1500	37
Consultation spécialisée	2000	49
Accouchement simple	4080	100
Césarienne	10200	250
Echographie pelvienne	5440	133
Echographie prostatique	4080	100
Echographie abdominale	8160	200
Echographie obstétricale	4080	100
Electrocardiogramme	4080	100
Journée d'hospitalisation	2000	49

Source : Calcul à partir des données du Ministère de la santé sur la tarification

Le calcul des points ISA est fait en multipliant le nombre de chaque activité par le coefficient ISA. Nous obtenons ainsi le tableau qui nous donne le nombre de points ISA par activité et par année :

Tableau VIII : Résultat du calcul des points ISA par année et par activité

Activités	Coût unitaire	Coefficient ISA	2009	2010	2011	2012	2013
Consultation générale	1500	37	211344	216413	202020	150146	108558
Consultation spécialisée	2000	49	580258	572075	555611	602602	511658
Accouchement simple	4080	100	50300	44200	44000	49500	34000
Césarienne	10200	250	35500	55500	59000	77500	100000
Echographie pelvienne	5440	133	53067	63308	40033	51072	39634
Echographie prostatique	4080	100	2800	2400	2400	3300	3200
Echographie abdominale	8160	200	33200	37000	34000	42000	34000
Echographie obstétricale	4080	100	37500	38300	32200	38400	36800
Electrocardiogramme	4080	100	24000	22500	23300	40200	30200
Journée d'hospitalisation	2000	49	1587698	1600242	1626016	1640961	1704612
<b>Total</b>	-	-	<b>2615667</b>	<b>2651938</b>	<b>2618580</b>	<b>2695681</b>	<b>2602662</b>

Source : Notre calcul à partir des données des rapports d'activité du CHR Kara Tomde 2009-2013.

On note une évolution en « dents de scie » du nombre total de points ISA produits par le CHR Kara Tomde durant la période 2009-2013.

### 3.3.3.2. Evolution de l'efficience productive

L'efficience productive est appréciée à travers l'évolution du coût par point ISA produit par année.

Tableau IX : Coût par point ISA produit par année

Année	2 009	2 010	2 011	2 012	2 013
Production	2 615 667	2 651 938	2 618 580	2 695 681	2 602 662
Budget global	413 167 563	462 203 760	477 061 724	609 627 165	468 688 754
<b>Coût par point ISA</b>	<b>158</b>	<b>174</b>	<b>182</b>	<b>226</b>	<b>180</b>

Source : Notre calcul

L'évolution du coût par point ISA montre que le CHR Kara a enregistré une perte d'efficience de façon progressive.

En 2012, il a plus dépensé pour produire la même quantité, contrairement aux autres années. Plus le budget augmente plus le CHR Kara Tomde devient inefficent.

### 3.4. Satisfaction des patients

#### 3.4.1. Profil des patients fréquentant le CHR Kara

##### 3.4.1.1. Caractéristiques socio démographiques

La répartition des patients selon leur provenance est indiquée dans le graphique ci-dessous :

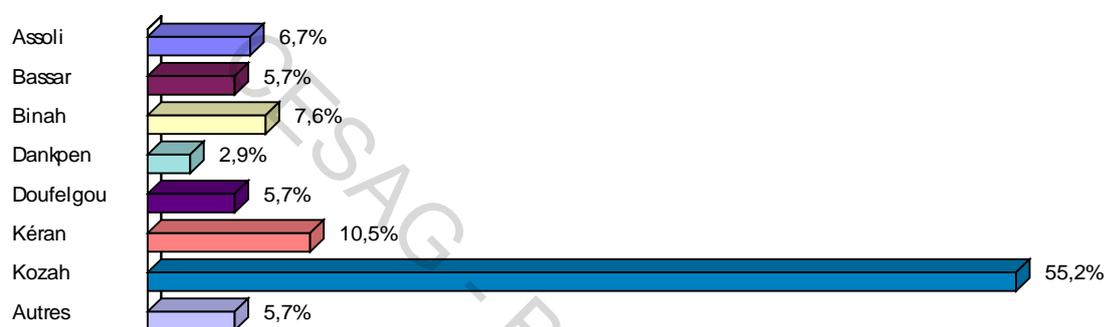


Figure 11 : Répartition des patients selon la provenance

Source : nous même à partir des données de l'enquête.

Le CHR Kara Tomde reste avant tout un hôpital de proximité étant donné que les patients proviennent pour la grande majorité de la région de la Kara (94%). Environ 6% des patients proviennent des autres régions du Togo. La préfecture de la Kozah avec 55,2 % des patients constitue véritablement le lieu de provenance des patients.

Au moment de l'enquête, 51,4% des personnes interrogées sont de sexe féminin et 48,6% de sexe masculin. Les consultants représentent 78% et les hospitalisés 22%. La répartition de ces patients en fonction de leur tranche d'âges est représentée par la figure ci-dessous :

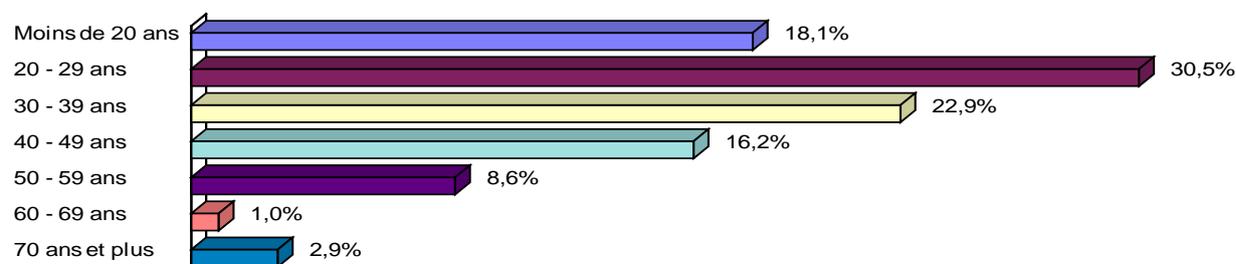


Figure 12 : Répartition des patients selon les tranches d'âge

Source : nous même à partir des données de l'enquête

Leur âge dans une proportion de 70% est compris entre 20 et 60 ans. Les patients âgés de 20 ans au plus représentent 18% et les personnes âgées 12%.

La figure ci-dessous montre le niveau d'étude des patients interrogés

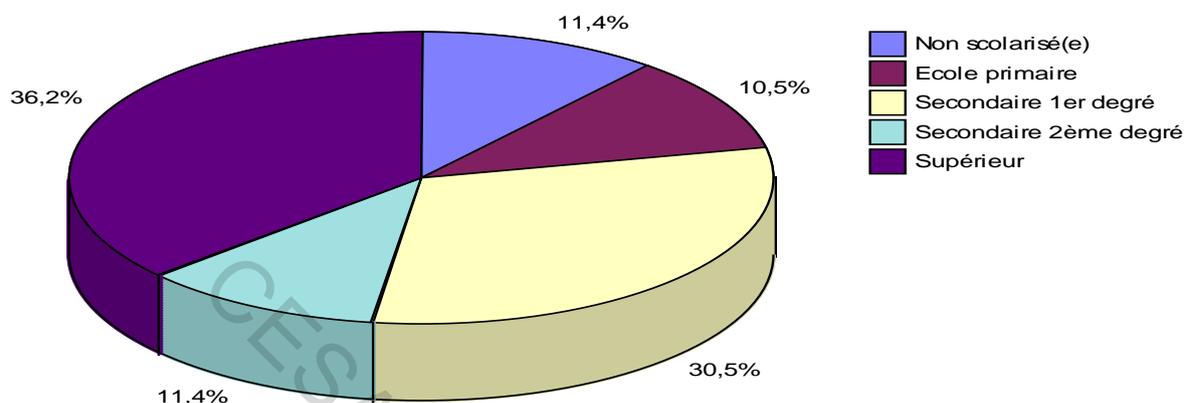


Figure 13 : Répartition des patients selon le niveau d'étude

Source : nous même à partir des données de l'enquête

Ils ont soit atteint le premier degré du cycle secondaire (30,5%) ou le deuxième degré du cycle secondaire (11,4%) ou supérieur (36,2%). Les patients non scolarisés représentent 11,4% de notre échantillon.

Les catégories socio-professionnelles qui fréquentent le CHR Kara Tomde sont assez diversifiées et sont indiquées dans la figure ci-dessous :

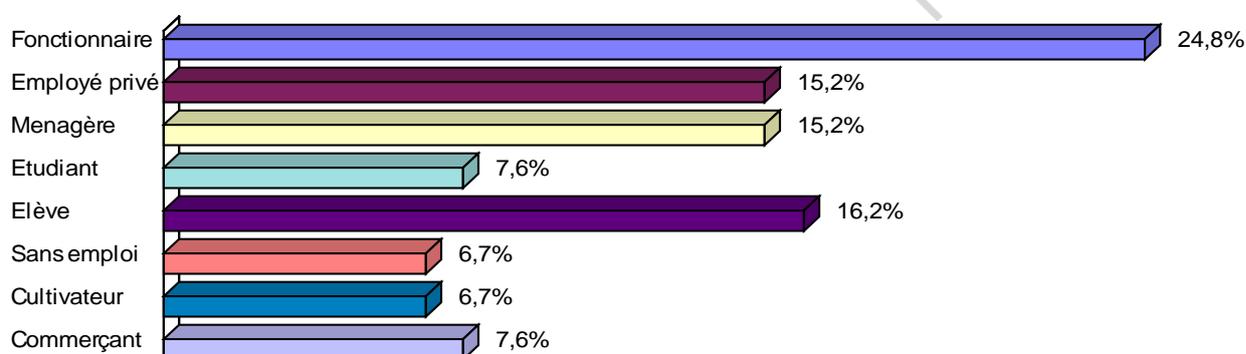


Figure 14 : Répartition des patients selon la catégorie socio-professionnelle

Source : nous même à partir des données de l'enquête

Les fonctionnaires de l'Etat sont majoritaires (24,8%). Le CHR Kara Tomde reçoit également les employés du secteur privé, les ménagères et les commerçants (respectivement 15,2% ; 15,2% ; 7,6%) mais aussi les élèves et étudiants (16,2% et 7,6%).

Le niveau de revenu des patients est représenté par la figure ci-dessous :

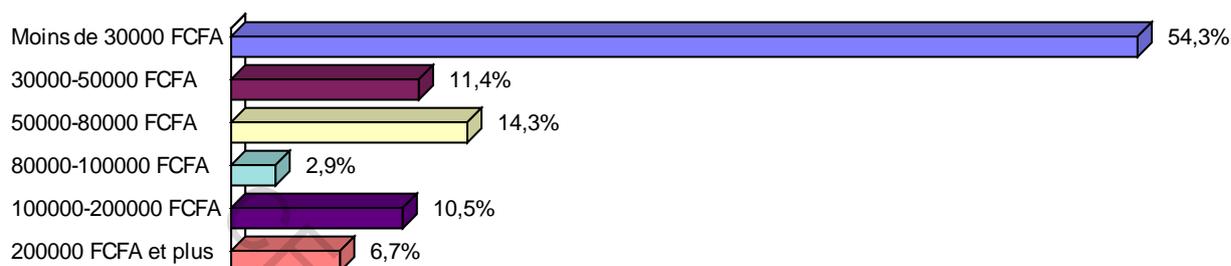


Figure 15 : Répartition des patients selon les tranches de revenu

Source : nous même à partir des données de l'enquête

Ces patients ne sont pas particulièrement aisés puisque 54,3% ont déclaré que leur revenu mensuel ne dépasse pas 30000 FCFA. Ceux qui gagnent entre 100 000 et 200 000 FCFA représentent 10,5% et moins de 7% gagnent plus de 200 000 FCFA.

#### 3.4.1.2. Itinéraire des patients

Environ 9% des patients ont consulté les tradipraticiens avant de se rendre au CHR Kara Tomde, 10,5% ont pris les médicaments de la rue et 30% sont passés par d'autres structures sanitaires avant d'être référés au CHR Kara Tomde.

#### 3.4.1.3. Mode de prise en charge des patients

Le CHR Kara Tomde reçoit les patients qui sont des particuliers à leurs frais ainsi que les patients couverts par l'INAM. La proportion des patients couverts par INAM dans notre échantillon est de 46,7%.

### 3.4.2. Perception de la qualité des soins par les patients

#### 3.4.2.1. La promptitude dans la prise en charge

Sur le plan de la promptitude, les personnes interrogées ont eu des appréciations diverses. La figure ci-dessous indique les différentes opinions émises sur le temps d'attente

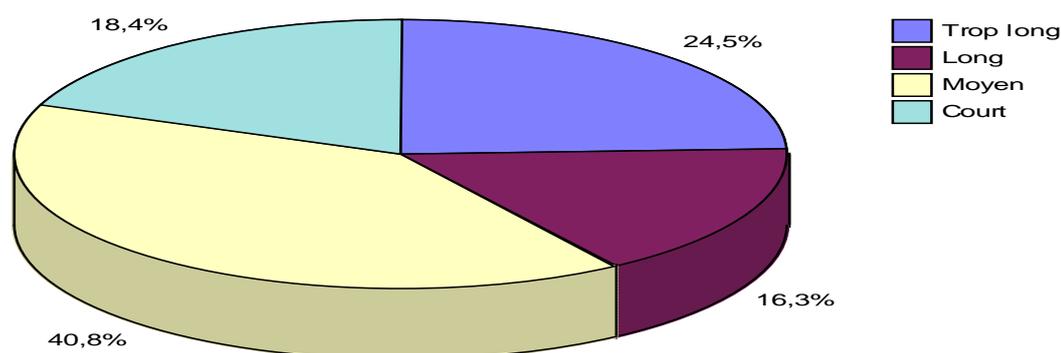


Figure 16 : Répartition des patients en fonction de leur opinion sur le temps d'attente.

Source : nous même à partir des données de l'enquête

Pour 24,5% des patients, le temps d'attente est trop long, 40,8% des patients le trouve moyen et 18,4% le trouve court.

Qu'ils soient couverts par INAM ou non, ils ont les mêmes appréciations sur la promptitude dans la prise en charge. (Il n'existe pas de lien significatif entre le statut d'assuré ou non et l'opinion sur la promptitude (Khi – deux égal 3,95 avec 1-p égal à 0,59)

Tableau X : Répartition des patients selon le statut et l'opinion sur la promptitude

Statass/Prompt	Mauvais	Passable	Moyen	Bon	Excellent	TOTAL
<b>Oui</b>	5	16	14	14	0	49
<b>Non</b>	8	18	9	17	2	54
<b>TOTAL</b>	13	34	23	31	2	103

Source : Notre calcul

### 3.4.2.2. Respect de la dignité humaine

Pour ce qui est de la dignité humaine, 75% des personnes interrogées ont déclaré n'avoir pas été victime du non-respect. Il en est de même pour le respect de l'intimité des patients. Ils ont également les mêmes points de vue quel que soit leur statut (Khi-deux égal 4,65 et 1-p égal à 0,67)

Tableau XI : Répartition des patients selon le statut et l'opinion sur le respect de la dignité humaine

Statass/RespDign	Mauvais	Passable	Moyen	Bon	Excellent	TOTAL
<b>Oui</b>	1	6	15	27	0	49
<b>Non</b>	2	11	15	24	3	55
<b>TOTAL</b>	3	17	30	51	3	104

Source : Notre calcul à partir des données de l'enquête

### 3.4.2.3. La communication entre le personnel et les patients

La grande majorité des patients ont déclaré que le personnel est attentif à leur écoute (95%) et leur donne d'amples explications sur leurs problèmes de santé ainsi que le traitement (87,6%). Ce comportement adopté par le personnel ne diffère pas selon que le patient soit assuré ou non. (Khi-deux égal à 5,31 et 1-p égal à 0,74)

Tableau XII : Répartition des patients selon le statut et l'opinion sur la communication avec le personnel

Statass/Communi	Mauvais	Passable	Moyen	Bon	Excellent	TOTAL
<b>Oui</b>	0	5	16	26	2	49
<b>Non</b>	3	7	10	33	3	56
<b>TOTAL</b>	3	12	26	59	5	105

Source : Notre calcul à partir des données de l'enquête

### 3.4.2.4. L'autonomie des patients

Plus de la moitié des personnes interrogées pensent ne pas participer autant qu'ils le souhaitent à la décision concernant les soins et le traitement (54,3%) mais, dans une proportion de 85,7%, ils affirment que l'autorisation leur est demandée avant tout acte sur eux. Cette situation est particulièrement vécue par les patients qui ne sont couverts par INAM. La participation à la décision est significativement liée au statut d'assuré ou non (Khi-deux égal à 11,67 et 1-p égal à 0,98)

Tableau XIII : Répartition des patients en fonction de leur statut et de leur opinion sur leur autonomie

Statass/JugeParti	Mauvais	Passable	Moyen	Bon	Excellent	TOTAL
<b>Oui</b>	3	8	20	17	1	49
<b>Non</b>	1	21	9	22	2	55
<b>TOTAL</b>	4	29	29	39	3	104

Source : Notre calcul à partir des données de l'enquête

#### 3.4.2.5. La confidentialité des informations

Dans une proportion d'au moins 80%, les patients ont déclaré que les entretiens entre eux et le personnel de santé se déroulent dans la discrétion totale et que les informations sur leur état de santé restent confidentielles. Le personnel de santé ne fait pas de distinction entre les patients couverts par INAM et les non couverts pour ce qui est du respect de la confidentialité des informations. Il n'existe pas de lien significatif entre le statut des patients et leur opinion sur le caractère confidentiel des informations. (Khi-deux égal à 6,11) et 1-p égal à 0,80)

Tableau XIV : Répartition des patients en fonction de leur statut et de leur opinion sur le caractère confidentiel des informations.

Statass/Confiden	Mauvais	Passable	Moyen	Bon	Excellent	TOTAL
<b>Oui</b>	0	7	15	22	4	48
<b>Non</b>	3	9	8	29	4	53
<b>TOTAL</b>	3	16	23	51	8	101

Source : Notre calcul à partir des données de l'enquête

### 3.4.2.6. Le choix du prestataire

Pour ce qui est de la possibilité de trouver parmi le personnel soignant, exerçant dans le centre, un prestataire qui leur donne satisfaction, les patients ont à 64% déclaré qu'ils n'ont pas de difficultés. Cependant, ils apprécient différemment cette possibilité :

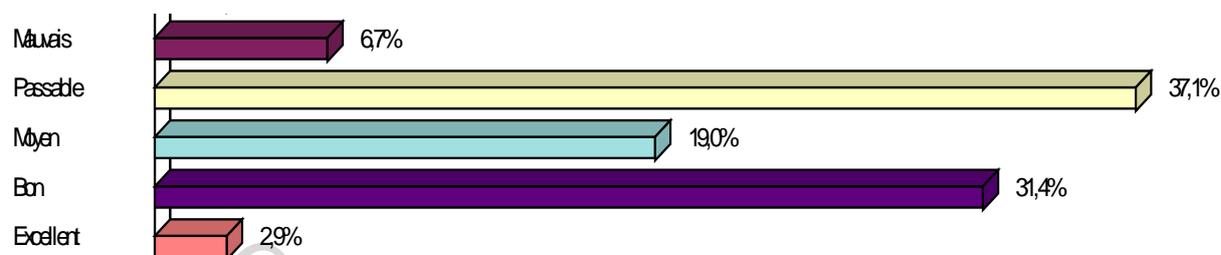


Figure 17 : Répartition des patients en fonction de leur opinion sur le choix du prestataire

Source : nous même à partir des données de l'enquête

Seulement 6,7% la trouvent mauvaise, 37,1% la trouvent passable et 31,4% la trouvent bonne

### 3.4.2.7. La qualité du cadre ou de l'environnement

La qualité de l'environnement de l'hôpital a été bien appréciée par les patients, seulement moins de 4% la trouve mauvaise. L'aménagement des espaces, la ventilation et la propreté des lieux n'ont souffert de critique majeure. Les patients qu'ils soient assurés ou non ont eu la même appréciation. (Khi-deux égal à 6,01 et 1-p égal 0,80)

Tableau XV : Répartition des patients selon leur statut et leur opinion sur la qualité du cadre

Statut/QualiCadre	Passable	Moyen	Bon	Excellent	TOTAL
Oui	12	13	22	0	47
Non	9	9	35	2	55
<b>TOTAL</b>	21	22	57	2	102

Source : Notre calcul à partir des données de l'enquête

## CHAPITRE IV: DISCUSSIONS

### I. EVOLUTION DES NIVEAUX D'ACTIVITE, DU FINANCEMENT ET EFFETS PRODUITS PAR LA RELATION

#### 1.1. Evolution du niveau d'activité et effets produits par la relation

L'évolution du niveau des activités est marquée par une baisse généralisée des consultations (porte d'entrée du système de soins). Elle a été progressive d'année en année mais plus exacerbée après la convention avec l'INAM. Cette diminution généralisée de la fréquentation pourrait être expliquée par l'augmentation des frais de consultations intervenue à la suite de la convention avec l'INAM<sup>3</sup>. Beaucoup de patients se sont vus exclus par cette hausse puisque l'INAM ne couvre que les fonctionnaires de l'Etat qui avaient déjà dans une large mesure recours aux soins.

Contre toute attente, les actes des services médico-chirurgicaux et d'aide au diagnostic ont connu une augmentation en dépit de la baisse des consultations. Cette situation peut prêter à plusieurs interprétations :

- une diminution des consultations associée à une augmentation des actes peut faire penser à une surprescription de la part des prestataires. Une diminution du nombre de consultations devait s'accompagner d'une baisse des actes. Cette même tendance s'est observée avec les hospitalisations : on constate une baisse des hospitalisations mais qui s'accompagne plutôt d'une augmentation des journées d'hospitalisation.
- une augmentation des actes qui accompagne une baisse de consultation peut refléter une situation de risque moral ou surconsommation de la part des patients assurés de l'INAM. Un même patient peut revenir plusieurs fois signaler des malaises après la première consultation et se faire prescrire des actes ou médicaments sans pour autant passer par une nouvelle consultation.
- D'autres parts, la possibilité donnée aux assurés de pouvoir choisir leurs ayants-droits<sup>4</sup> parmi leurs enfants peut entraîner une sélection adverse de leur part pouvant être à l'origine du recours plus accru aux soins que prévu.

---

<sup>3</sup> Les frais de consultations générales sont passés de 900 F CFA à 1500 F CFA et ceux des consultations spécialisées de 1200 F CFA à 2000 F CFA

<sup>4</sup> Chaque assuré ne peut déclarer que quatre enfants au maximum

Ces deux dernières situations constituent des risques parmi tant d'autre auxquels une institution d'assurance maladie est confrontée. La réduction ou l'exemption du paiement aux soins a le plus souvent un effet immédiat sur le recours aux soins. Ridde dans ses travaux sur l'effet de l'exemption du paiement des soins au Bénin a trouvé que douze mois après l'intervention, la fréquentation des centres de santé par les enfants à plus de 10 Km s'est accrue de 48% et l'effet s'est maintenu dans le temps. Selon lui, la probabilité d'utiliser les soins pour les enfants est passée de 26% à 72%. (Ridde, 2011). Haddad aussi est arrivé à ses mêmes conclusions dans son étude au Burkina-Faso où il trouve que plus les coûts sont subventionnés plus les femmes accouchent dans les centres de santé. En Afrique du Sud, Bromwyn, dans ses études sur l'inéquité d'accès aux soins de santé conclut que le fait de ne pas payer fait que plus de la moitié des personnes a accès aux soins primaires.

### **1.2. Evolution du financement et effets produits par la relation**

Le financement du CHR Kara Tomde dont les sources sont : les recettes propres et les subventions, a connu une augmentation progressive due à l'amélioration des recettes d'une part et de la subvention d'autres parts.

Au titre des recettes propres, les paiements directs sont les plus importants. Cependant, l'analyse de l'évolution des tiers – paiements a montré une augmentation progressive avec un pic en 2012. La prédominance des paiements directs constitue la situation problématique que l'ensemble des acteurs impliqués dans l'amélioration des systèmes de santé veulent supprimer au moyen des mécanismes de couverture de risque maladie. (WHO, Africa Region, 2006 ; OMS, 2010 ; Déclaration de Tunis, 2012).

Une amélioration de la situation a été observée après l'instauration de l'INAM. Les assurés ont plus accès aux soins sans être exposés aux risques de dépenses catastrophiques. Dans ses études sur l'évaluation des effets des mutuelles de santé au Bénin, Haddad (2012) conclut que les femmes membres de la mutuelle paient trois fois moins pour les soins que les non-membres. Au Mali, Lynne Miller Franco (2008), en étudiant les effets des mutuelles sur le recours aux soins de santé prioritaire, arrive aux résultats suivants :

Les affiliés des mutuelles à jour de leurs primes avaient une probabilité plus supérieure d'être traités pour une fièvre dans un établissement moderne, de bien traiter leur enfant atteint de diarrhée et de bénéficier de quatre visites prénatales ou plus.

L'augmentation du montant des tiers-paiements n'a eu d'effet que sur l'accessibilité financière des patients assurés. L'évolution du nombre de personne signalant leur incapacité à bénéficier des soins pour des raisons financières montre que le risque financier persiste au sein de la population générale. L'augmentation des prix des consultations qui est intervenue après la convention avec l'INAM a été un facteur d'exclusion (barrière à l'entrée au système de soins). Les populations les plus pauvres n'ont pas été concernées par cette couverture, ce qui fait que l'effet reste encore très localisé. Les effets des politiques d'exemptions ou de couverture du risque maladie sont plus visibles au sein des populations les plus pauvres. C'est ce qui est ressorti également des travaux de Dzakpasu (2012) au Ghana. Plusieurs autres études réalisées dans d'autres contextes ont eu des résultats similaires (Haddad 2011, 2012 ; Ridde, 2011). Aucune autre barrière à l'entrée n'a été rapportée par ses auteurs contrairement à ce qui s'est passé après l'instauration de l'INAM : une levée de barrière pour les fonctionnaires et assimilés (qui sont minoritaires) et un renforcement de la barrière à l'entrée pour les autres (augmentation du tarif des consultations). Dans les travaux de Ridde (2011), la distance n'a pas pu constituer un obstacle à l'accès aux soins après l'exemption du paiement des soins, ce qui renforce l'importance de la barrière à l'entrée dans le système de soins.

L'allègement du fardeau financier de la maladie (pour les assurés) a alors induit les prestataires à prescrire beaucoup plus que d'habitude, ou les patients à une surconsommation des soins et actes médicaux (risque moral). Le même phénomène s'est produit au Sénégal dans le cadre de la subvention de la césarienne (Mbaye, 2012) et au Bénin où la durée d'hospitalisation est devenue plus longue chez les femmes enceintes (Haddad, 2012). Pour faire face à ce risque de surprescription ou de surconsommation qui menace la viabilité financière des assurances, plusieurs mécanismes sont souvent mis en place à savoir :

- les soins coordonnés (Utilisation des normes et protocoles) plus développés aux Etats-Unis avec les HMO ;
- les comptes d'épargne médical ou MSA (Medical Saving Account) utilisés par les Medical Aid Societies en Afrique du Sud ;
- les fonds de péréquation et de compensation, techniques plus avancées utilisées avec des groupements de plusieurs assureurs à la fois ;
- la réassurance.

D'autres techniques plus simples ont permis dans certains contextes de réduire le risque de surprescription ou de surconsommation. Au Burkina-Faso, l'exemption des frais couplée à des formations des prestataires et supervisions a entraîné une baisse des injections dans les infections respiratoires aiguës sans comorbidité et une réduction des antibiotiques en cas de paludisme sans comorbidité (Atchessi, 2012). Plus encore, d'autres auteurs trouvent qu'il faut associer les prestataires de soins dans la gestion des risques. (Bocognanon, 1998).

Un autre facteur probable qui pouvait expliquer cette augmentation est la modalité de paiement choisie. La tarification à l'acte qui est la modalité choisie ici incite les prestataires à la surprescription ou à induire la demande de soins. C'est l'une des raisons de l'augmentation des actes de césarienne citées par Mbaye dans son étude sur la subvention de la césarienne au Sénégal (Mbaye, 2012). En raison de la nature de la relation entre le prestataire et son patient (relation d'agence) caractérisée par une asymétrie d'information, le prestataire de soins peut influencer la demande de soins et par là son niveau d'activité et son revenu. Il fournit alors plus de soins que nécessaire et contribue à accélérer la hausse des coûts de la santé. Avec la rémunération à l'acte, un tarif indique le prix de chaque service et le revenu du prestataire varie en fonction du volume et du type de prestation fournie. Les médecins rémunérés à l'acte sont incités à voir beaucoup de patients et à fournir à chacun un volume important de prestation, d'où un risque de surconsommation (Simoens, 2004). Le prestataire a tendance à faire beaucoup d'actes pour que la facture soit conséquente transférant ainsi le risque d'escalade de coût à l'assureur. Cette situation peut entraîner une réduction de la qualité des soins de la part des prestataires qui pourraient être préoccupés que par le nombre d'actes à facturer. Le facteur causal de l'augmentation de la consommation pourrait également être recherché du côté de la demande. Dans les régions où les médecins sont nombreux, la facilité de l'accès aux soins pourrait expliquer une partie au moins de la surconsommation.

Si le système de référence obligatoire (gatekeeper) peut réduire de façon considérable le risque moral de la part des patients, d'autres modalités de paiement pourraient également réduire la surprescription ou le nombre d'actes inutiles. Les modalités de paiement comme la tarification à la pathologie, le budget global ou encore la capitation sont des moyens qui permettent de réduire ce risque et constituent des éléments sur lesquels un régime peut se baser pour augmenter la protection financière au cours de l'extension vers la couverture maladie universelle (McIntyre, 2013). Ceci semble être l'objet de la réforme de l'Assurance maladie de 2004 en France qui demandait aux assurés de déclarer un médecin traitant

(Dourgnon et al, 2007). Ces méthodes doivent cependant être accompagnées d'un contrôle rigoureux de la qualité des soins ou la possibilité pour le patient de changer de prestataire lorsqu'il s'agit de la capitation. Le patient assuré avant de bénéficier des soins participe au paiement en payant un ticket modérateur. Ce co-paiement en théorie est un mécanisme dont le but est de réduire les coûts des dépenses de santé associées au risque moral. Sinnott et al, dans leurs études, ont montré que l'augmentation du co-paiement peut constituer un élément de non-observance des prescriptions de médicaments ce qui pourrait produire des effets cliniques négatifs (Sinnott et al, 2013). Selon les travaux de Robyn, les régimes d'assurance maladie dans les pays en développement utilisent une variété de modalités de paiement et que les évidences actuelles montrent que la modalité de paiement est très déterminante dans la performance et la pérennité du régime. Selon ses évidences, la modalité de paiement peut affecter la participation, la satisfaction et la rétention du prestataire dans le régime. Il peut également affecter la quantité et la qualité des soins faits aux patients assurés du régime, la demande de soins des patients, leur enrôlement dans le régime et la viabilité financière du régime. (Robyn, 2012).

## **II. LA SATISFACTION DES PATIENTS**

La place du patient dans l'organisation du système de santé est de plus en plus importante. Une démarche qualité repose non seulement sur l'évaluation des pratiques professionnelles mais aussi sur la satisfaction des patients. Dans la présente étude, l'analyse de la satisfaction des patients a pour but de vérifier si les patients assurés de l'INAM sont traités de la même façon que les autres patients. Le questionnaire utilisé est adapté de celui de la mesure de la réactivité des structures sanitaires élaboré par l'OMS et prend en compte les différents éléments abordés dans ce dernier. Ce questionnaire prend également en compte les éléments de l'Echelle de Qualité des Soins (EQS) validée en France (Gasquet et al, 2001 Lopez, 2007). En dehors de toutes ses dimensions, la prise en compte du contexte culturel dans l'élaboration du questionnaire pourrait également améliorer la mesure de la satisfaction des patients (Aldana et al, 2001). L'entretien avec les patients est fait sur place et non à domicile du patient, ce qui pourrait être à l'origine d'un biais car la mesure de la satisfaction est ainsi plus distante et critique de la part du patient que sur le lieu même de la prise en charge (Canouï-Poitrine, 2008).

Les résultats de notre travail montrent qu'indépendamment de leur statut d'assuré INAM ou non, les patients qui fréquentent le CHR Kara Tomde sont traités de la même façon. Le niveau élevé de satisfaction des patients est un argument en faveur d'une bonne organisation des services au CHR Kara Tomde. D'après les résultats de l'étude réalisée par Aldana et al, le meilleur facteur prédictif du degré de satisfaction des patients quant aux soins assurés par le secteur public était le comportement des soignants, notamment le respect et la politesse ; cet aspect revêt aux yeux des malades beaucoup plus d'importance que la compétence technique (Aldana et al, 2001). La plupart des patients de notre échantillon ont déclaré être satisfaits du comportement adopté par le personnel soignant (95% pour la communication entre le prestataire et le patient, 88% pour les explications claires sur l'état de santé et 75% pour le respect de la dignité humaine.). Cohen et al dans leurs études ont trouvés les mêmes résultats mais concernant la possibilité pour le patient de poser des questions sur son état de santé et d'être écouté, ils ont enregistré beaucoup d'insatisfaction. Dans notre étude plus de la moitié (54,3%) n'ont pas eu l'occasion de poser des questions sur leur état de santé. La satisfaction des patients dépend fortement du prestataire dans ses humeurs et dans sa capacité organisationnelle.

La relation entre l'assureur et le prestataire peut cependant avoir des effets sur la satisfaction des patients. Ainsi le retard de paiement des factures adressées par le prestataire peut avoir des effets sur le réapprovisionnement des intrants (rupture de stock à la pharmacie) ou sur la rémunération du facteur travail (salaire, prime et motivation). Dans notre étude, nous avons observé un délai de paiement des factures qui paraît long, avec une moyenne de 71 jours (le maximum allant jusqu'au-delà de 100 jours après le dépôt). Cette situation a des effets sur la performance du prestataire comme l'ont montré Chirwa et al. (2013) dans une étude faite au Malawi. Selon les résultats de leur étude, la prise en charge gratuite des personnes vulnérables à travers un partenariat public-privé a des effets positifs sur la couverture maladie universelle mais la performance des services de santé est affectée par plusieurs facteurs dont le retard de paiement des factures. Un fort taux de rejet des factures peut avoir les mêmes effets sur les prestataires

## RECOMMANDATIONS

A la suite de notre étude dont le but est d'analyser les relations entre l'INAM et le CHR Kara Tomde et à la lumière des résultats obtenus, nous formulons les recommandations suivantes :

### ❖ A l'endroit des autorités administratives compétentes

- Elargir la couverture à tous les membres de la famille des assurés sans distinction d'âge, quitte à développer des mécanismes pour une cotisation additionnelle. Ceci permettra d'évoluer vite vers la couverture maladie universelle d'une part, et de supprimer la sélection adverse, d'autres parts.
- Mettre en place d'autres mécanismes de couverture du risque maladie étendus à toute la population comme les mutuelles ou une assurance sociale globale ;
- Renforcer les capacités d'offre de formations sanitaires pour faire face à la demande grandissante des soins de santé, consécutive à l'amélioration de l'accès aux soins.

### ❖ A l'endroit de la Direction Générale de l'INAM

- Mettre en place d'autres modalités de paiement qui vont plus inciter les prestataires à l'efficacité à savoir le Budget global, la tarification par groupe homogène de maladie, la capitation ;
- Organiser des formations à l'intention des prestataires de soins, histoire de les faire participer à la gestion des risques ;
- Procéder au paiement des factures dans les délais requis et faire un feed-back sur les raisons de rejet des factures, afin de permettre aux prestataires d'éviter les mêmes erreurs.
- Evoluer vers l'élaboration des normes et protocoles de traitements des pathologies afin d'éviter les conflits qui pourraient naître du refus d'autorisation préalable du conseil médical.

### ❖ A l'endroit du CHR Kara Tomde

- Assurer la qualité de la prise en charge des patients dans le strict respect du minimum requis afin de réduire les risques d'escalade des coûts au niveau de l'assurance

- Mettre en place un système d'analyse des coûts des prestations qui permettra de déceler les activités qui consomment plus de ressources pour une maîtrise des coûts
- Renforcer la capacité d'accueil des services techniques afin de réduire le temps d'attente des patients.

❖ **A l'endroit des assurés INAM**

- Eviter le recours excessif aux soins de santé : faire des demandes de soins utiles
- Lutter contre l'apparition des maladies en adoptant des comportements de prévention et de promotion de la santé.

CESAG - BIBLIOTHEQUE

## **CONCLUSION GENERALE**

La présente étude a consisté à l'analyse de la relation entre les Institutions d'Assurance maladie et les prestataires de soins en prenant le cas de l'INAM et du CHR Kara Tomde. L'objectif de l'étude était de mesurer l'efficacité de la relation en vérifiant si la relation entre l'INAM et le CHR Kara Tomde a amélioré la qualité des soins.

Une revue documentaire et une enquête de terrain qui ont pris en compte différentes dimensions de la qualité des soins que nous avons identifiées, nous ont permis de faire notre analyse. Cette revue a consisté à l'analyse des rapports d'activités du CHR Kara Tomde sur une période de 5 ans allant de 2009 à 2013 et un entretien avec les responsables de l'INAM. Les différentes dimensions de la qualité des soins retenues sont : l'accessibilité ou la disponibilité des soins, l'accessibilité financière, l'efficience productive et la satisfaction des patients

L'étude a révélé une baisse généralisée des consultations et des hospitalisations au CHR Kara Tomde mais suivie d'une augmentation des actes de diagnostic et des journées d'hospitalisation faisant évoquer un risque moral et une sélection adverse. L'analyse du financement du CHR Kara Tomde a montré que le risque financier persiste au sein de la population générale et que l'efficience productive du CHR Kara Tomde a baissé.

Enfin, le taux de satisfaction des patients est élevé et ceci sans distinction de leur statut assuré ou non. Cette situation dénote d'une bonne organisation des services du CHR Kara Tomde en ce qui concerne l'accueil et le traitement réservé aux patients.

Le délai de remboursement des factures adressées par le CHR Kara Tomde à l'INAM reste encore long et pourrait affecter la qualité des soins.

## **REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES**

### **Rapports /Périodiques/Revues**

**Atchessi N, Ridde V, Haddad S, (2012)**, Combining user fees exemption with training and supervision helps to maintain the quality of drug prescriptions in Burkina Faso. *Health Policy and Planning* 1–10 doi:10.1093 / heapol /czs100

**CES/ESPAD** (Collège des Economistes de la Santé/Economie de la Santé dans les Pays en Développement), **(2004)**, Rapports pays de la conférence « L'amélioration de l'accès aux services de santé en Afrique francophone : le rôle de l'assurance », Paris, 28-29 Avril 2004.  
[http://www.ces-asso.org/PagesGB/default\\_gb.htm](http://www.ces-asso.org/PagesGB/default_gb.htm).

**Déclaration de Tunis (2012)**, L'optimisation des ressources, la soutenabilité et la redevabilité dans le secteur de la santé Déclaration conjointe des ministres des Finances et de la Santé d'Afrique, 5 juillet 2012.

**DGSCN, (2010)**, «Quatrième recensement général de la population et de l'habitat – Novembre 2010 : Résultats définitifs» Lomé, Direction Générale de la Statistique et de la Comptabilité Nationale, pp29.

**Dourgnon P, Guillaume S, Naiditch M, Ordonneau C, (2007)**, Les assurés et le médecin traitant : premier bilan après la réforme. *Questions d'économie de la santé : Bulletin d'information en économie de la santé* n° 124 Juillet 2007

**Lopez A, Remy P-L, (2007)**, Mesure de la satisfaction des usagers des établissements de santé. Rapport n° RM2007-045P Mars 2007

**Ministère de la santé, Togo (2012)**, Plan national de Développement Sanitaire (PNDS 2012-2015) pp 86.

**Ministère de la santé, Togo. (2010)**, Plan de formation des ressources humaines en santé. Lomé. pp72

**OMS, (2010)**, Rapport sur la Santé dans le monde 2010. Genève

**Ridde V, Kouanda S, Bado A, Bado N, Haddad S, (2011)**, Les plus pauvres bénéficient aussi de la réduction des coûts des accouchements au Burkina-Faso Programme « Abolition du paiement ». Note d'information n° 4 Mai 2011

**Rocque M., Galland B. (1995)**, Le problème de l'équité et de l'accès à la santé pour tous: Etude sur l'identification et la prise en charge des situations de grande précarité en Guinée (Préfecture de Kissidougou). Autriche: Centre International de Développement et de la Recherche (CIDR), Unpublished report.

**Rwanda, Ministère de la Santé, (2007)**, *MOH Annual Report 2007*. <http://www.moh.gov.rw>.

**Rwanda, Ministère de la Santé, (2008)**, *MOH Annual Report 2008*. <http://www.moh.gov.rw>.

**WHO Africa Region, (2006)**, Health Financing: A strategy for the Africa Region: Regional committee for Africa: Addis - Abeba: June

#### **Articles**

**Aldana J M, Piechulek H, Al-Sabir A, (2001)**, Satisfaction des patients et qualité des soins dans des zones rurales du Bangladesh. Bulletin of the World Health Organization, 2001, 79 (6) : 512-517.

**Bocognanon A, Couffinal A, Grignon M, Mahieu R, Polton D, (1999)**, Concurrence entre assureurs, entre prestataires et monopole naturel : Une revue des expériences étrangères en matière de santé. Economie et Statistique N° 328, 8 pp. 21-36

**Borgès Da Silva, R Contandriopoulos AP, Pineault R, Tousignant P, (2011)**, Pour une approche globale de l'évaluation de l'utilisation des services de santé : concepts et mesures. Prat. Organ. Soins. 42 (1): 11-18

**Bromwyn H et al, (2011)**, Inequities in access to health care in South Africa. Journal of Public Health Policy, Vol. 32, S1, S102–S123 S105

**Brook R.H, (1991)**, La qualité des soins, nous en préoccupons-nous? Annals of Internal medicine, volume 115, Number 6: 484-490

**Canoui -Poitrine F et al, (2008)**, « Évaluation de la satisfaction des professionnels et des patients d'une unité multidisciplinaire de chirurgie ambulatoire », *Pratiques et Organisation des Soins*, 2008/4 Vol. 39, p. 323-330. DOI : 10.3917/pos.394.0323

**Chankova S, Sulzbach S, & Diop F. (2008)**. Impact of mutual health organizations: evidence from West Africa. *Health Policy and Planning*. 23, 264–276. <http://dx.doi.org/10.1093/heapol/czn011>

**Chirwa et al, (2013)**, Promoting universal financial protection: contracting faith-based health facilities to expand access - lessons learned from Malawi. *Health Research Policy and Systems*. 11:27

**Cohen G, Forbes J, Garraway M, (1996)**, Can different patient satisfaction survey methods yield consistent results? Comparison of three surveys. *BMJ* 1996; 313: 841-4

**Collier P, Dergon S, Mackinnon J, (2003)**, Using Household Data to Make Budgetary Choices in Ethiopia - Densité et qualité de l'offre de soins de santé : utilisation des données concernant les ménages pour l'établissement des choix budgétaires en Ethiopie, *The World Bank Economic Review*, vol 16 N° 3, pp. 425-448, cote KB 154456

**Donabedian A. (1992)**, Quality assurance in health care: consumers role. In *Quality in health care*, pp-247-281

**Dzakpasu S, Soremekun S, Manu A, ten Asbroek G, Tawiah C, et al. (2012)**, Impact of Free Delivery Care on Health Facility Delivery and Insurance Coverage in Ghana's Brong Ahafo Region. *PLoS ONE* 7(11): e49430. doi:10.1371/journal.pone.0049430

**Garcia-Lacalle J, Emilio Martin, (2010)**, Rural vs urban hospital performance in a "competitive" public health service. *Social Science & Medicine* 71: 1131e1140

**Gasquet I, Falissard B, Ravaud P, (2001)**, Impact of reminders and method of questionnaire distribution on patient response to mail-back satisfaction survey. *J Clin. Epidemiol*, 2001, 54: 1174-80

**Gerbaud L, (1996)** Evaluation de la qualité des soins, *le concours médical* 14-12, 118-42

**Haddad S, Ridde V, Bekele Y, Queuille L. (2011)**, Plus les coûts sont subventionnés, plus les femmes du Burkina Faso accouchent dans les centres de santé. [www.help-ev.de](http://www.help-ev.de)

**Haddad S, Ridde V, Yacoubou I, Mak G, Gbetie M (2012)**, An Evaluation of the Outcomes of Mutual Health Organizations in Benin. PLoS ONE 7(10): e47136 doi:10.1371/journal.pone.0047136

**Knippenberg R, Alihonou E. et al. (1997)**, Eight Years of Bamako Initiative Implementation. Children in the Tropics, No. 229/230 pp.1-96.

**Lynne Miller Franco, François Pathé Diop, Clara R Burgert, Allison Gamble Kelley, Marty Makinena & Cheick Hamed Tidiane Simpara, (2008)**, Effects of mutual health organizations on use of priority health-care services in urban and rural Mali: a case-control study Bulletin of the World Health Organization, 86 (11)

**Lu C, Chin B, Lewandowski JL, Basinga P, Hirschhorn LR, et al. (2012)**, Towards Universal Health Coverage: An Evaluation of Rwanda Mutuelles in Its First Eight Years. PLoS ONE 7(6): e39282. doi:10.1371/journal.pone.0039282

**Mathauer I, Carrin G, (2011)** The role of institutional design and organizational practice for health financing performance and universal coverage. Health Policy 99 : 183–192

**Mbaye Elhadji Mamadou et al, (2011)**, « En faire plus, pour gagner plus » : la pratique de la césarienne dans trois contextes d'exemption des paiements au Sénégal. Santé publique, n°3 Vol.23 P. 207-219

**McIntyre D. et al. (2013)**, Promoting universal financial protection: evidence from seven low- and middle-income countries on factors facilitating or hindering progress Health Research Policy and Systems 11:36

**Richard V, Morel B, Banguio, M, (2003)**, Les déterminants de la qualité des soins dans les centres de santé du Logone occidental (Tchad) 7 p., cote KB 155870

**Ridde V, Heinmüller R, Haddad S, (2011)**, L'exemption du paiement des soins pour les enfants expérimentée au Burkina Faso est favorable à l'équité. [www.help-ev.de](http://www.help-ev.de)

**Robyn P.J, Sauerborn R, Barnighausen T, (2012),** Provider payment in community-based health insurance schemes in developing countries: a systematic review *Health Policy and Planning* 1–12 doi:10.1093/heapol/czs034

**Schiff G.D, Rucker T.D, (2001),** Beyond Structure - Process – Outcome: Donabedian's seven pillars and eleven buttresses of quality, *Journal*, 27(3): 169-174

**Simoens S, Giuffrida A, (2004),** The impact of Physician Payment Methods on Raising the Efficiency of the Healthcare System. An International comparison, *Applied Health Economics and Health policy*. 3 (1) 39-46.

**Sinnott S-J, Buckley C , O'Riordan D , Bradley C, Whelton H (2013),** The Effect of Copayments for Prescriptions on Adherence to Prescription Medicines in Publicly Insured Populations; A Systematic Review and Meta-Analysis. *PLoS ONE* 8(5): e64914. doi:10.1371/journal.pone.0064914

**Starfield BH.** Primary care: Balancing health needs, services and technology. 2nd ed. New York: Oxford university press; 1998.

### **Ouvrages**

**Gilles Dussault, Pierre Fournier, Alain Letourmy, (2006),** L'Assurance maladie en Afrique francophone – Améliorer l'accès aux soins et lutter contre la pauvreté, La Banque Mondiale,

**Waelkens Maria-Pia, Criel Bart, (2004),** Les Mutuelles de Santé en Afrique Sub-Saharienne État des Lieux et Réflexions sur un Agenda de Recherche. World Bank. PP: 93

**ANNEXE 1 : Tableaux**

Tableau A : Répartitions des activités des unités du Laboratoire

<b>Activités</b>	<b>2009</b>	<b>2010</b>	<b>2011</b>	<b>2012</b>	<b>2013</b>	<b>Variation (2009-2011)</b>	<b>Variation (2011-2013)</b>
Hématologie	8852	10378	11016	15704	17164	24%	56%
Parasitologie	9222	7589	8035	10114	9054	-13%	13%
Séro-immunologie	1983	3466	2668	3535	2570	35%	-4%
Bactériologie	2162	1475	1547	2016	1700	-28%	10%
Biochimie	6621	8552	9142	10086	11856	38%	30%
Total	28840	31460	32408	41455	42344	12%	31%

Source : Calcul à partir des rapports d'activité 2009 à 2013 du CHR Kara Tomde.

Tableau B : Répartition des consultations par service de 2009 à 2013

<b>SERVICES / ANNEES</b>	<b>2009</b>	<b>2010</b>	<b>2011</b>	<b>2012</b>	<b>2013</b>	<b>Variation (2009-2011)</b>	<b>Variation (2011-2013)</b>
Urgences - porte	5712	5849	5460	4058	2934	-4%	-46%
Pédiatrie	2625	2180	2561	2561	2302	-2%	-10%
Chirurgie	664	653	502	354	138	-24%	-73%
Traumatologie	1033	750	727	677	550	-30%	-24%
Gynécologie	1377	1572	1187	1552	934	-14%	-21%
CPN	865	897	997	1021	928	15%	-7%
Ophthalmologie	2403	2709	2687	2552	2018	12%	-25%
Kinésithérapie	612	500	589	1040	1198	-4%	103%
ORL	972	1047	906	1185	886	-7%	-2%
Odonto- stomatologie	1291	1367	1183	1356	1088	-8%	-8%
Total	17554	17524	16799	16356	12976	-4%	-23%

Source : Calcul de l'auteur à partir des rapports d'activité 2009 à 2013 du CHR Kara Tomde

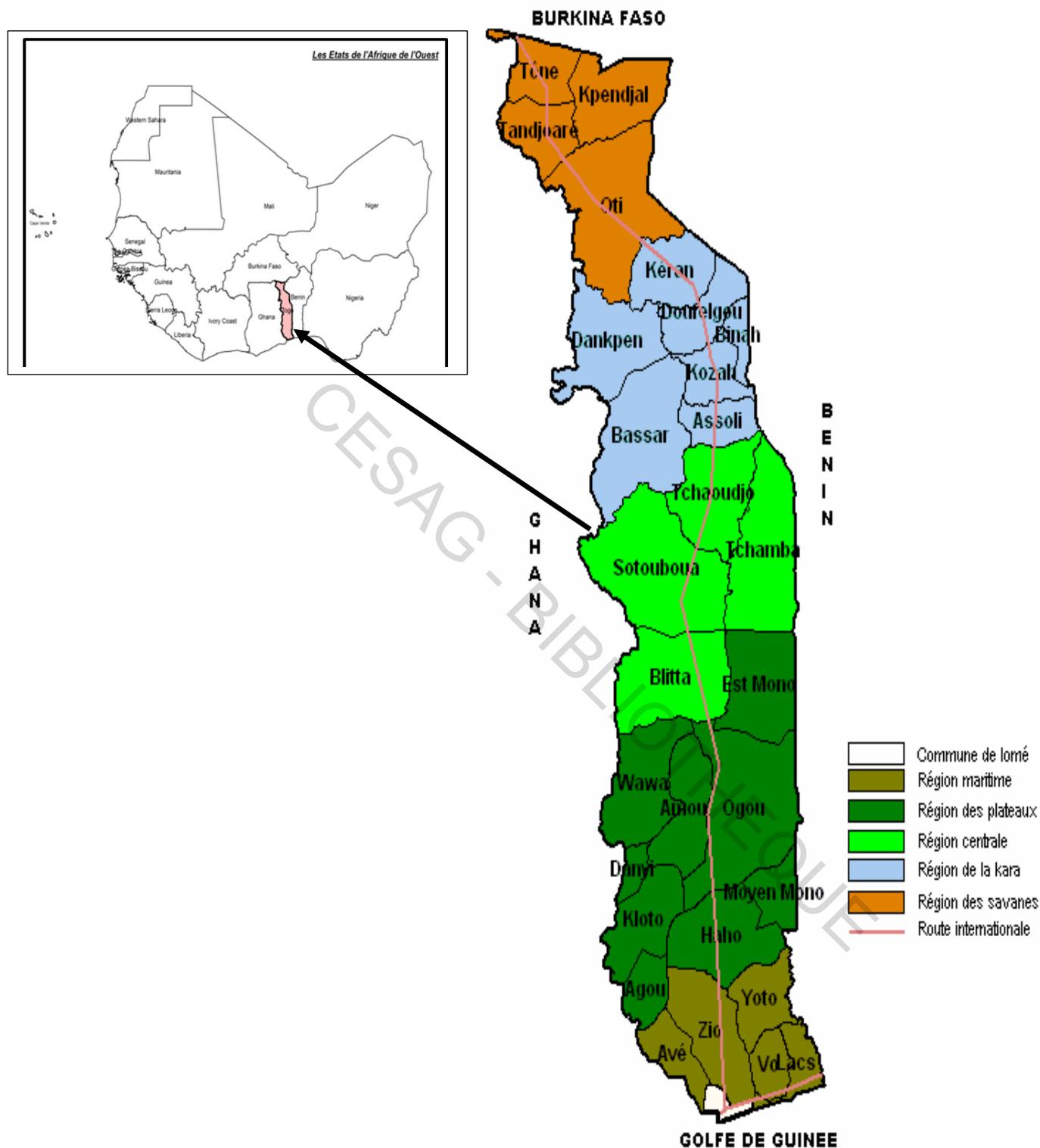


Figure 18 : Situation géographique de la zone d'étude (Togo)

Source : DGSCN (2010)

**ANNEXE 2:** Fiches d'enquête et grille d'entretien

**ANALYSE DE LA RELATION ENTRE UNE INSTITUTION D'ASSURANCE MALADIE ET LES PRESTATAIRES DE SOINS : Cas de l'INAM du CHR Kara Tomde**

**Centre Africain d'Etudes Supérieures en Gestion**

**(CESAG)**

**Institut Supérieur de Management de la Santé**

**(ISMS)**

**DESS Economie de la Santé**

**Fiche de collecte de données relatives au prestataire de soins (CHR Kara Tomde)**

**I. PRESENTATION**

1.1. **Nom de la Structure :**

1.2. **Statut de la structure :**

Hôpital national,

Hôpital régional

Hôpital de district

Centre de santé

**1.3. Services disponibles :**

<b>NUMERO</b>	<b>SERVICES</b>	<b>NUMERO</b>	<b>SERVICES</b>
1		9	
2		10	
3		11	
4		12	
5		13	
6		14	
7		15	
8		16	

## II. EVOLUTION DU PERSONNEL

### 2.1. Personnel affecté par l'Etat (Budget Général)

PERSONNELS	2009	2010	2011	2012	2013
MEDECINS					
ASSISTANTS MEDICAUX					
INFIRMIERS*					
SAGE-FEMMES					
ACCOUCHEUSES AUXILIAIRES					
AIDE-SOIGNANTS					
ADMINISTRATIFS**					
AUTRES***					
TOTAL					

(\* ) Y compris Kinésithérapeutes ; (\*\* ) Gestionnaires, comptables, Secrétaire ; (\*\*\*) Chauffeurs, Menuisiers, plombiers, Electriciens

**2.2. Personnel contractuel (Budget autonome)**

<b>PERSONNELS</b>	<b>2009</b>	<b>2010</b>	<b>2011</b>	<b>2012</b>	<b>2013</b>
<b>MEDECINS</b>					
<b>ASSISTANTS MEDICAUX</b>					
<b>INFIRMIERS*</b>					
<b>SAGE-FEMMES</b>					
<b>ACCOUCHEUSES AUXILIARES</b>					
<b>AIDE-SOIGNANTS</b>					
<b>ADMINISTRATIFS**</b>					
<b>AUTRES***</b>					
<b>TOTAL</b>					

(\*) Y compris Kinésithérapeutes ; (\*\*) Gestionnaires, comptables, Secrétaire ; (\*\*\*) Chauffeurs, Menuisiers, plombiers, Electriciens

### III. MODE DE FINANCEMENT ET EVOLUTION DES MONTANTS

FINANCEMENT	2009	2010	2011	2012	2013
RECETTES PROPRES					
SUBVENTIONS DE L'ETAT					
DONS PARTENAIRES					
DIASPORA					
TOTAL					

### IV. CATEGORISATION DES RECETTES PROPRES

RECETTES PROPRES	2011	2012	2013
PAIEMENTS DIRECTS			
TIERS-PAIEMENTS			
TOTAL			

**V. CATEGORIE DE TIERS –PAYANTS**

TIERS-PAYANTS	2009	2010	2011	2012	2013
INAM					
AUTRES					

**VI. RELATION AVEC INAM**

6.1. Existe –il des litiges entre vous et l'INAM ? OUI  NON

6.2. Quelles sont différentes causes de ces litiges ?

Numéro	CAUSES DES LITIGES	Numéro	CAUSES DES LITIGES
1		4	
2		5	
3		6	

6.3. Quels sont les modes de règlement de ces litiges ?

Règlement à l'amiable  Autorités administratives  Justice

**VII. CONSULTATIONS GENERALES**

<b>SERVICES</b>	<b>2009</b>	<b>2010</b>	<b>2011</b>	<b>2012</b>	<b>2013</b>
<b>Urgences - Porte</b>					
<b>Service de Médecine</b>					
<b>TOTAL</b>					

**VIII. CONSULTATIONS SPECIALISEES**

SERVICES	2009	2010	2011	2012	2013
PEDIATRIE					
CHIRURGIE					
TRAUMATOLOGIE					
GYNECO-OBSTETRIQUE					
CPN*					
OPHTALMOLOGIE					
KINESITHERAPIE					
ORL**					
ODONTO-STOMATOLOGIE					
TOTAL					

(\*) Consultation prénatale

(\*\*) Oto-Rhino-Laryngologie

**IX. ACTES MEDICO - CHIRURGICAUX ET DE DIAGNOSTIC**

<b>ACTES</b>	<b>2009</b>	<b>2010</b>	<b>2011</b>	<b>2012</b>	<b>2013</b>
<b>ACCOUCHEMENT NORMAL</b>					
<b>CESARIENNE</b>					
<b>RADIOGRAPHIE</b>					
<b>ECHOGRAPHIE</b>					
<b>LABORATOIRE</b>					
<b>CHIRURGIE*</b>					
<b>ORL</b>					
<b>TOTAL</b>					

(\*) Autres que la césarienne