



CESAG SANTE
OPTION
ECONOMIE DE LA SANTE
16^{ème} Promotion



MEMOIRE

THEME

**UNE ETAPE VERS LA COUVERTURE SANITAIRE UNIVERSELLE :
EVALUATION DE LA PERFORMANCE DE L'ASSURANCE MALADIE
OBLIGATOIRE ET DE L'INSTITUT NATIONAL D'ASSURANCE
MALADIE AU TOGO**

Présenté par :

Ablawa Akpé ADZODO

Médecin Généraliste

Sous la Direction de :

Dr Seydou Ouaritio COULIBALY

Economiste de la santé,

Equipe d'appui Inter-Pays de l'Afrique de

l'Ouest OMS, Ouagadougou, Burkina-Faso.

Avril 2015

Dédicace

Je dédie ce mémoire :

- *A mon père Mawuli René ADZODO, tu as été un modèle pour moi, merci de toujours le demeurer, que Dieu te bénisse pour tout ;*
- *A ma mère Abléwa Ana ADZODO, pour ton affection et ton soutien exceptionnels et indéfectibles ;*
- *A Tufa Xavier NYASENU, pour ta présence et ton apport permanents ;*
- *A Eli, Elom, Nutifafa, Christophe-Philippe, Akpédzé, Vénunyé, Yao, Pascal, Parisette, Tata Lucie, Tata Irène, Dzidéfo, Agbéko, et Ewoè, pour le soutien que vous m'avez apporté ;*
- *A mes oncles et tantes, veuillez trouver ici les expressions de mon affection.*

Remerciements

Au Docteur Seydou COULIBALY,

Vous avez bien voulu encadrer ce travail de mains de maître en dépit de vos nombreuses occupations. Nous saluons votre simplicité, votre rigueur scientifique et votre culture de l'excellence. Soyez assurés de notre profonde gratitude.

A Monsieur Morris KOUAME, spécialiste système de santé, Consultant –Formateur Manager, fondateur Health Consulting International

Recevez notre sincère et profonde gratitude.

A Monsieur BATCHABI, Directeur des prestations de l'Institut National d'Assurance Maladie (INAM) du Togo,

Merci pour toute votre disponibilité malgré vos multiples occupations. Votre contribution à la documentation et à la réalisation de ce travail a été indispensable. Merci infiniment Monsieur.

A Monsieur Racine, Directeur du département pédagogique du CESAG,

Recevez notre reconnaissance.

A Mr Hervé LAFARGE, Maître de conférence à l'Université de Paris Dauphine et enseignant associé du CESAG,

Nous avons apprécié votre disponibilité et votre patience. Nous avons énormément appris à vos côtés. C'est une réelle fierté d'avoir été votre élève. Merci infiniment.

A tout le département et aux Professeurs enseignants de CESAG SANTÉ,

Nous vous remercions pour toute votre précieuse contribution à notre formation.

Au Docteur Irène Efua AMENYAH SARR, docteur en Psychologie de l'éducation, enseignant chercheuse associé au CSEAG,

Nous vous remercions infiniment pour vos immenses apports à la perfection de ce mémoire.

A Madame Myriam DOSSOU, Directrice Générale de l'INAM du TOGO,

Pour son appui et ses précieux conseils au moment de mon stage et de la collecte des données.

Aux Directeurs et personnels de chaque Direction de l'INAM TOGO, aux Docteurs BEWELI, AMOUSSOU-KOUEKETE, M'BA, KOMI-AMEDOME, et à tout le personnel des prestations et de la délégation Lomé-commune de l'INAM,

Votre appui lors de mon stage pour ce travail a été décisif. Je vous en suis très reconnaissante.

A toute la promotion de CESAG SANTÉ et particulièrement à l'Option Economie de la Santé 2013 – 2014,

Un clin d'œil amical ; merci pour tout ce que nous avons vécu et vivons.

Liste des figures

Figure 1 : Organisation de l'INAM.....	16
Figure 2 : Schéma du partenariat de l'INAM.....	17
Figure 3 : Schéma global des relations entre l'INAM et ses collaborateurs	19
Figure 4 : Mode de fonctionnement de l'INAM	22
Figure 5 : Courbes représentatives de l'évolution mensuelle des différents types de demandes au cours de l'année 2013	28
Figure 6 : Répartition de l'appréciation du panier de prestation par les enquêtés	51
Figure 7 : Répartition de l'appréciation du recours aux soins avant adhésion à l'INAM par les enquêtés.....	52
Figure 8 : Répartition de l'appréciation du recours aux soins après adhésion à l'INAM par les enquêtés	53
Figure 9 : Répartition de l'appréciation par les enquêtés de la communication avec l'INAM	54
Figure 10 : Répartition de l'appréciation par les enquêtés du délai de mise à disposition des outils de l'INAM	55
Figure 11 : Répartition de l'appréciation l'accueil dans les centres de santé conventionnés par l'INAM.....	56
Figure 12 : Répartition de l'appréciation l'accueil dans les pharmacies conventionnées par l'INAM.....	57
Figure 13 : Répartition de l'appréciation par les enquêtés du circuit du patient assuré.....	57
Figure 14 : Répartition de l'appréciation par les enquêtés des conditions de prise en charge dans les centres de soins conventionnés avec l'INAM	58
Figure 15 : Répartition de l'appréciation du respect des règles de convention par les responsables des structures.....	62
Figure 16 : Répartition de l'appréciation du délai de remboursement par les responsables des structures	63

Liste des tableaux

Tableau I : Répartition de la situation des bénéficiaires (Août 2014).....	19
Tableau II : Répartition des cotisations mensuelles par type d'agent	21
Tableau III : Nombre de centres conventionnés/type/années 2012-2013	24
Tableau IV : Principaux types d'assurance maladie	35
Tableau V : Indicateurs de performance de l'AMO.....	39
Tableau VI : Indicateurs de performance de l'INAM.....	40
Tableau VII : Résultats des indicateurs de performance de l'AMO au Togo de 2012 et 2013	46
Tableau VIII : Résultats des indicateurs de performance de l'INAM au Togo de 2012 et 2013	47
Tableau IX : Répartition de l'appréciation du taux de prélèvement par les enquêtés.....	49
Tableau X : Répartition des structures fréquentées avant et après adhésion à l'INAM.....	50
Tableau XI : Notion des enquêtés sur les taux de prise en charge de l'INAM	51
Tableau XII : Répartition de l'appréciation par les enquêtés de l'efficacité des soins dans les centres conventionnés avec l'INAM.....	59

Liste des annexes

Annexe 1 : Répartition des conventionnements par type de prestataires au Togo en 2013 ...	116
Annexe 2 : Répartition des coûts des prestations par nature.....	116
Annexe 3 : Répartition de la délivrance de médicaments	117
Annexe 4 : Prestations couvertes par l'INAM	118
Annexe 5 : Proportion des coûts des prestations par type de structures en 2013.....	119
Annexe 6 : Questionnaire de recherche.....	120

Liste des abréviations

AMO :	Assurance Maladie Obligatoire
ARV:	Antirétroviraux
BIT :	Bureau International du Travail
CHR L-C:	Centre Hospitalier Régional Lomé-Commune
CHU Campus:	Centre Hospitalier Universitaire du Campus
CHU-SO:	Centre Hospitalier Universitaire Sylvanus-Olympio
CIM:	Classification Internationale des Maladies
CIPRES :	Conférence Interafricaine de la Prévoyance Sociale
CMS:	Centre Médico-Social
CMU :	Couverture Maladie Universelle
CNAMGS :	Caisse Nationale d'Assurance Maladie et de Garantie Sociale
CNS:	Comptes Nationaux de la Santé
CNSS:	Caisse Nationale de Sécurité Sociale
COOPAMI :	Coopération Assurance Maladie Invalidité
CRT:	Caisse de Retraite du Togo
CSU:	Couverture Sanitaire Universelle
DDS:	Direction du District Sanitaire
DFC:	Direction Financière et Comptable
DGP:	Direction Gestion des Prestations
DGSCN:	Direction Générale de la Statistique et de la Comptabilité Nationale
DPS:	Direction Préfectorale de la Santé
DR :	Direction Régionale
EP :	Entente Préalable
FS:	Formation Sanitaire
HTA:	Hypertension Artérielle
INAM :	Institut National d'Assurance Maladie
ISBLSMN:	Institution Sans But Lucratif au Service des Ménages
MAS COMPTA :	Application de comptabilité
MAS GESTION :	Application de gestion
MASSN :	Ministère de l'Action Sociale et de la Solidarité Nationale
MEF :	Ministère de l'Economie et des Finances
MEG :	Médicaments Essentiels et Génériques

MFRA :	Ministre de la Fonction Publique et de la Réforme Administrative
MICS:	Enquête par grappes à Indicateurs Multiples (Multiple Indicators Cluster Survey)
MNT :	Maladies Non Transmissibles
MTESS :	Ministère du Travail de l'Emploi et de la Sécurité Sociale
ND :	Non Disponible
OMD:	Objectifs du Millénaire pour le Développement
OMS :	Organisation mondiale de la Santé
PEC:	Prise en Charge
PEV:	Programme Elargi de Vaccination
PMA :	Paquet minimum d'activités/ Pays Moins Avancés
PNDS :	Plan National de Développement Sanitaire
PSS:	Protection Sociale de la Santé
ROAM :	Redevance Obligatoire à l'Assurance Maladie
STEPS :	Stratégies et Techniques contre l'Exclusion Sociale et la Pauvreté
TPC:	Traitement Pathologie Chronique
USD ou US \$:	Dollar US
USP:	Unité de Soins Périphérique
VIH/SIDA:	Virus de l'Immunodéficience Humaine/ Syndrome de l'Immunodéficience Acquise

Sommaire

Dédicace	i
Remerciements	ii
Liste des figures	iv
Liste des tableaux	v
Liste des annexes.....	v
Liste des abréviations	vi
Sommaire	viii
INTRODUCTION GENERALE.....	1
PREMIERE PARTIE : CADRE THEORIQUE DE L'ETUDE	5
Chapitre 1 : CONTEXTE DE L'ETUDE, PROBLEMATIQUE, OBJECTIFS ET UTILITE	6
1.1. Contexte de l'étude.....	6
1.2. Problématique.....	7
1.3. Objectifs de l'étude	9
1.4. Hypothèses de l'étude	9
1.5. Utilité de l'étude.....	10
Chapitre 2 : REVUE DE LA LITTERATURE ET METHODOLOGIE	11
2.1. Revue de la littérature	11
2.2. Méthodologie de l'étude.....	13
DEUXIEME PARTIE : PRESENTATION DES RESULTATS, ANALYSE ET RECOMMANDATIONS	44
Chapitre 3 : PERSENTATION DES RESULTATS ET ANALYSE.....	45
3.1. Présentation des résultats	45
3.2. Analyse des résultats	65
Chapitre 4 : RECOMMANDATIONS	93
4.1. Recommandation sur l'AMO pour l'Etat et le Ministère de la Santé	93
4.2. Recommandations sur l'INAM	95
CONCLUSION GNERALE	97
REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES	101
TABLE DES MATIERES	111
ANNEXES	115

INTRODUCTION GÉNÉRALE

CESAG - BIBLIOTHEQUE

Dans le monde, les soins de santé sont encore inabordables pour des millions de personnes qui souffrent de difficultés financières profondes. Elles doivent payer pour les services de santé au moment où elles doivent en bénéficier. Environ 150 millions de personnes supportent par an des coûts de soins de santé catastrophiques dont 100 millions de personnes par an jetées dans la pauvreté (David B.E et alii, 2010). Au Burkina Faso les paiements directs constituent le principal dispositif de financement par lequel les populations ont obtenu les services de santé en 2011 et en 2012, soit respectivement 39,9% et 38,0% (Ministère de la santé du Burkina-Faso 2013). En 2013, une étude a montré qu'au Cameroun 51% de la population vit avec moins de deux dollars par jour, la propension moyenne de la consommation médicale totale des ménages est très élevée, avec 32% des ménages qui ont dépensé moins de la moitié de leur revenu à la santé tandis que 16 % ont dépensé plus de la moitié de leur revenu et 52 % plus de la totalité du revenu. Ce qui correspondait à un poids de 68% en dépenses de santé (Owoundi J. P., 2013).

Malgré les efforts des gouvernements et la contribution des partenaires qui tendent à réduire les dépenses de santé des ménages à travers des mesures de gratuité et de subvention de certains soins pour en favoriser l'accès aux populations les plus défavorisées, la situation demeure inquiétante. Ainsi un défi majeur est lancé aux pays surtout à revenu faible dont la responsabilité est de mettre en place un accès universel aux systèmes de santé en vertu de l'engagement juridique qu'ils ont pris vis-à-vis du droit à la santé pour tous (Bump J.B., 2010 ; Rockefeller foundation, Save the Children Fund et alii, 2013).

L'intérêt pour la Couverture Sanitaire Universelle (CSU) et la Protection Sociale en Santé (PSS) n'a jamais été aussi plus grand en Afrique, avec l'engagement des pays de la Communauté d'Afrique de l'Est autour de la Déclaration Ministérielle de Kigali de Septembre 2012 (Fall A. et alii, 2013). A l'instar de plusieurs pays d'Afrique subsaharienne, le Togo s'est engagé dans un processus de CSU qui tient une place très importante dans l'agenda politique post 2015 du pays. Les progrès pour atteindre la CSU sont considérés comme une contribution à la réduction des inégalités, en vue de parvenir à une croissance accélérée plus inclusive et équitable (Rockefeller foundation, Save the Children Fund et alii, 2013 ; Union Africaine 2014) et de mieux répondre aux attentes des togolais, en particulier ceux touchés par la pauvreté.

Le système de mutuelle de santé au Togo ne représente que 0,04% des dépenses de santé en 2008 alors que le paiement direct des soins hospitaliers par les ménages en 2010 s'élève à 50,5% (Coulombe H. et alii, 2013). En 2011, la part des dépenses de santé d'un Togolais

s'élevait à 3,9% de son revenu (PNDS-Togo 2012-2015, 2012). Globalement, la couverture en assurance santé ne touche que 6 % de la population du Togo, dont 4% en vertu du régime de l'Assurance Maladie Obligatoire (AMO) et le reste pour les assurances privés et les mutuelles de santé (Coulombe H. et alii, 2013). Le système de santé du Togo est bien pourvu en infrastructures de santé. Environ 88% de la population se situe à moins de 5 kilomètres (km) d'une structure de soins. Toutefois, le taux de fréquentation curative des formations sanitaires publiques reste faible. En 2012, ce taux était estimé de moins de 30% (PNDS-Togo 2012-2015, 2012), ce qui est en deçà des 80% attendus. L'accessibilité financière aux soins essentiels et surtout la qualité insuffisante des soins, la dégradation continue des infrastructures et des équipements, la pénurie et la démotivation du personnel expliquent le faible niveau d'utilisation des services publics de soins curatifs (PNDS-Togo 2009-2013, 2009 ; PNMNT Togo, 2012 ; OMS Togo et alii. 2010).

Pour améliorer la situation, l'Etat togolais avec ses partenaires sociaux a décidé de mettre en place un système de PSS dont la première étape est l'instauration d'un régime d'AMO pour les agents publics et assimilés, géré par l'Institut National d'Assurance Maladie (INAM). Les prestations de ce régime ont démarré le 1^{er} mars 2012 et visent à assurer la couverture des risques de maladies, d'accidents non professionnels et de la maternité aux assurés et à leurs ayants droit (Bakusa D., 2014). Toutefois, les limites en termes d'expertise et de ressources nationales restent l'un des obstacles majeurs pour le développement de l'AMO. Dans ces conditions, il s'avère nécessaire d'entreprendre une évaluation de l'AMO et de l'INAM, pour des mesures correctives.

Des auteurs ont utilisé différentes approches pour aborder la performance des institutions d'assurance maladie, mais aucune étude sur la performance de l'AMO n'est pas encore réalisée. Des mesures de performance utilisables à travers des indicateurs : efficacité, efficience, viabilité, pertinence, couverture, etc., nécessitent une attention particulière. Dans un tel environnement, on peut alors se poser la question de savoir : quel est le dispositif de gestion aujourd'hui ? Comment se présente-t-il ? Quel est le niveau de performance de l'AMO et de l'INAM pour atteindre la CSU? Quels sont les principaux obstacles ou entraves à surmonter et quelles sont les actions requises pour les circonscrire ? Quelle est la perspective d'extension à toute la population ?

Le présent mémoire va développer l'état d'avancement, puis la performance de l'AMO et de l'INAM dans la mobilisation des ressources, la mise en commun des ressources et l'achat des prestations pour atteindre la CSU. Ainsi, nous allons d'abord présenter le cadre théorique, puis exposer et analyser nos résultats, enfin faire des recommandations et des considérations générales en guise de conclusion.

CESAG - BIBLIOTHEQUE

PREMIÈRE PARTIE :
CADRE THÉORIQUE DE L'ÉTUDE

Chapitre 1 : CONTEXTE DE L'ÉTUDE, PROBLÉMATIQUE, OBJECTIFS ET UTILITÉ

Dans ce chapitre, nous allons présenter la situation socio-économique, démographique, sanitaire et de l'état des lieux des mécanismes de financement de la santé. Ensuite, nous allons évoquer la problématique liée au financement de la santé, enfin il sera formulé les objectifs, les hypothèses et nous allons mettre l'accent sur l'utilité de l'étude.

1.1. Contexte de l'étude

La volonté politique du pays est de progresser en matière de couverture sociale. Le volet de santé¹ semble une priorité pour les besoins de la population. Les soins en santé concernent notamment les soins curatifs, préventifs, palliatifs, de réadaptation. Parmi eux, les soins curatifs en obstétrique comme les césariennes ont donné lieu en 2011 à des subventions de 90% dans les centres publics, alors que d'autres bénéficient de la gratuité tels que les ARV depuis 2008 (Politique Nationale de Santé, 2011).

Après la mise en place de l'INAM, les résultats attendus pour atteindre l'universalité en santé pour le Togo ont été : d'avoir les capacités de développer l'assurance maladie ; de développer un contrôle médical productif et de mieux maîtriser les prévisions budgétaires (COOPAMI, 2014).

1.1.1. Situation sanitaire

Le système national de santé est de type pyramidal à trois niveaux à savoir : le niveau central, le niveau intermédiaire et le niveau périphérique (OMS Togo et alii, 2013). La situation sanitaire est caractérisée par des taux élevés de morbidité et de mortalité ; des endémo-épidémies et de l'émergence des maladies non transmissibles (OMS Togo et alii, 2013). L'espérance de vie à la naissance est estimée à 63,3 ans en 2010 (DGSCN Togo et alii, 2011). Le taux de mortalité des moins de 5ans est de 124 pour 1000 naissances vivantes et le taux de mortalité maternelle est estimé à 300 pour 100 000 naissances vivantes en 2010. Selon

¹ Initiative du Ministère du Travail, de l'Emploi et de la Sécurité Sociale

l'enquête STEPS², la prévalence de l'HTA a atteint 19% et celle du diabète 2,6% dans la tranche d'âge de 15 - 64 ans (IHP+, Ministère de la santé du Togo, 2011).

1.1.2. Système de financement : état des lieux des mécanismes de financement au Togo

Le budget global du secteur de la santé a représenté 6,15% du budget national en 2013, ce qui est loin des objectifs d'Abuja (PNDS-Togo 2012-2015, 2012 ; Politique Nationale de Santé du Togo, 2011). L'un des éléments de base pour atteindre la CSU, demeure l'existence de mécanismes de financement fiables, stables et pérennes. Les limites de l'appui budgétaire global et d'autres mécanismes sont ainsi explorés au niveau national pour accompagner les initiatives de l'AMO. En plus des subventions et de la gratuité de certains soins, l'Etat accorde aux hôpitaux des subventions substantiels pour la prise en charge des indigents (Comptes nationaux de la Santé du Togo, 2010). Pour l'accès aux soins, malgré l'existence d'un large réseau de prestations de soins (Politique Nationale de Santé du Togo, 2011), nous notons : une insuffisance de couverture des populations en soins essentiels de qualité et une faible utilisation des services de santé (PNS-Togo 2012-2015, 2012). Quant aux contraintes structurelles et organisationnelles, il est remarqué une absence de critères objectifs d'allocation des ressources, et un financement du secteur public de la santé dépendant de l'aide extérieure de moins de 18% (BM et Ministère de la santé du Togo, 2011). De même pour les programmes prioritaires³, il est noté une insuffisance dans la gestion financière et comptable, dans les outils de gestion harmonisés et du suivi-évaluation (PNDS-Togo 2012-2015, 2012).

1.2. Problématique

Le choix pour assurer la CSU dans le pays est en faveur de l'AMO, que gère l'INAM. Il est donc essentiel que nous insistons sur le développement de l'AMO, surtout que le Togo est un pays à faible revenu (Carrin G., et alii., 2006). Malgré toutes les conditions d'ordre financier, technique, administratif, politique pour une mise en place effective de l'AMO, des obstacles entravent sa progression pour atteindre la CSU (Carrin G., et alii., 2004 ; Carrin G., et alii., 2006).

² Enquête de l'OMS sur les facteurs de risque des Maladies Non Transmissibles

³ PEV, VIH/SIDA, la tuberculose et le paludisme

1.2.1. Problématique du financement de la santé au Togo

La prépondérance du financement par les ménages constitue un risque pour la pérennisation du financement du secteur de la santé car on assiste à une détérioration du pouvoir d'achat. Le financement de la santé représente : 60,3% pour les privés et 50,5% pour les ménages. Ce poids élevé du paiement direct par les ménages est identifié comme un facteur important conduisant à une faible accessibilité des populations aux soins et par conséquent à la sous-utilisation des services de santé. Le budget alloué au Ministère de la Santé est insuffisant et ne représente que 31,6% de ses dépenses prévisionnelles. Cependant, le nombre de personnes vulnérables s'élevait à 4,3 millions en 2007, soit environ 80% de la population totale. Le financement extérieur s'avère insuffisant au regard des défis énormes que le pays doit relever (PNDS-Togo 2012-2015, 2012).

1.2.2. Problématique d'ordre technique

Jusqu'à ce jour, l'allocation des ressources publiques reste problématique du fait que l'allocation budgétaire n'est pas basée sur le niveau effectif des activités des formations sanitaires. Il est noté un manque de ciblage des interventions à l'endroit de la population défavorisée. En exemple, 36,5% des dépenses de santé sont consacrés aux dépenses d'administration générale. De même, nous observons des déséquilibres dans la distribution géographique des ressources humaines du secteur de la santé avec 74% des médecins exerçant au niveau de la Capitale Lomé contre 7% dans les régions de Kara et Savane en 2010 (PNDS-Togo 2012-2015, 2012 ; Bakusa D., 2014).

1.2.3. Problématique d'ordre politique

L'engagement politique en faveur de la CSU est une réalité. Mais cet engagement s'accompagne d'une insuffisance dans le financement de la santé ; de problèmes d'efficacité et d'efficience des dépenses publiques⁴, et de la mise en commun des ressources non effective (Bakusa D., 2014). Malgré que l'adhésion aux mutuelles de santé et la souscription à une assurance privée restent volontaires, la méfiance des ménages vis-à-vis des mutuelles de santé et des compagnies privées d'assurances en plus de la méconnaissance des avantages liées à

⁴ 87% de dépenses de fonctionnement contre 13% de dépenses d'investissement

l'assurance maladie par une large frange de la population constituent un frein à la promotion de l'AMO (Nkoa F. C. et alii, 2012).

1.2.4. Principaux risques liés à l'AMO

Le caractère actuel de l'AMO, qui ne couvre que certaines catégories de travailleurs constitue l'une des raisons pour élargir la couverture. Après 2 années d'activités, l'INAM est un acteur principal dans le financement des dépenses et la prise en charge sanitaires. L'exacerbation des abus et fraudes, la surconsommation des prestations et la non performance de la gestion financière et administrative peuvent entraîner un dépassement des prévisions. Ceci pourra avoir pour conséquences, la réduction du panier de soins et l'impossible extension de l'AMO, voire la faillite de l'INAM. Les défis auxquels l'INAM est confronté sont la garantie de la qualité des soins offerts, l'appropriation de la PSS par les agents de l'INAM, ainsi qu'un contrôle permanent des indicateurs de performance. Plusieurs pays qui bénéficient actuellement d'un système de CSU ont mis des dizaines d'années à le mettre en œuvre. Ce faisant, pour une progression effective, l'AMO doit prendre en compte plusieurs facteurs pouvant ralentir sa démarche vers la CSU, notamment sa non-performance de l'AMO, ou celle de l'INAM (INAM-Togo, 2010).

1.3. Objectifs de l'étude

L'objectif général de ce travail est de contribuer à l'évaluation de la performance de l'AMO et de l'INAM au Togo. De façon spécifique ; il s'agit de :

- évaluer le niveau de protection contre le risque financier, le panier de soins, l'équité et le niveau de couverture de l'AMO ;
- évaluer l'efficacité, l'efficience, la pertinence et la viabilité de l'INAM ;
- identifier le niveau de satisfaction des bénéficiaires.

1.4. Hypothèses de l'étude

- les dépenses administratives et de fonctionnement influent sur les capacités financières de l'INAM ;
- les assurés bénéficient d'un panier de soins disponibles et de qualité ;
- les prestations des soins de santé sont accessibles ;
- les retards de paiement des prestataires influent sur le budget des structures de santé.

1.5. Utilité de l'étude

La réalisation de cette étude constitue un motif personnel. La situation sanitaire devient précaire de jour en jour et les prestations de soins ne cessent d'augmenter. Vu les diverses crises aux plans économique et structurel, il est nécessaire de mettre en place un dispositif performant et accessible pour limiter les dépenses de santé des ménages.

1.5.1. Raisons objectives

La création de l'AMO et de l'INAM fait face à la montée de la non maîtrise médicalisée des coûts, de la vulnérabilité du tissu social en matière de PSS. Ceci amène à rechercher les facteurs de performance d'AMO vers la CSU et par ricochet, les facteurs de performance de l'INAM. De plus, nous avons constaté que l'OMS et ses partenaires ont élaboré des axes d'évaluation de performance des structures de gestion en assurance santé. La présente étude se propose de s'inscrire dans les prémices d'une telle évaluation.

1.5.2. Raisons scientifiques

La présente étude a pour objectif de contribuer à la mesure des outils de diagnostic et d'analyse des performances d'une AMO et du dispositif de gestion.

Chapitre 2 : REVUE DE LA LITTÉRATURE ET MÉTHODOLOGIE

Dans ce chapitre, nous allons parler de la revue de la littérature et de la méthodologie en mettant d'abord l'accent sur les définitions opérationnelles des termes et des concepts qui va prendre en compte l'évaluation de la performance de l'assurance maladie. Ensuite, nous allons procéder aux choix méthodologiques et aux stratégies de recherche en isolant le cadre de l'étude

2.1. Revue de la littérature

La mise en œuvre d'un régime d'AMO exige une préparation solide et une attention soutenue (Normand C. et al, 1994 ; Ron A. et alii, 1993). Les problèmes liés à l'AMO dans le contexte spécifique de l'Afrique subsaharienne ont été analysés (Ron A., 2003 ; Mohammed S. et alii, 2014). L'évaluation est l'opération qui révèle les résultats atteints par le régime d'assurance en mesurant les extrants et les effets. Elle permet de vérifier que l'assurance maladie produit des effets escomptés, augmente l'accès aux soins de santé, couvre un plus grand nombre de services de santé. Elle précise également si l'assurance maladie n'assure que les personnes admissibles et qu'elle réduit aussi les dépenses personnelles (OMS, 2000).

Au Gabon, Inoua A. et Musango L. (2010) ont réalisé une étude sur leur AMO. Pour réaliser ce travail, ils ont utilisé deux méthodes de recherche à savoir l'analyse documentaire et la recherche qualitative. Les sources de financement de la caisse de l'AMO, provenaient des cotisations sociales ; de la Redevance obligatoire à l'Assurance Maladie (ROAM) ; de la subvention de l'Etat ; des dons ; des legs et autres recettes générées par les activités propres de la caisse. Les fonds collectés pour la Caisse Nationale d'Assurance Maladie et de Garantie Sociale (CNAMGS), structure de gestion de l'AMO, étaient estimés en 2009 à 24,975 milliards de FCFA, dont 16,20 milliards de FCFA provenant de la ROAM, 7,015 milliards de FCFA au titre de la dotation budgétaire des prestations familiales des Gabonais économiquement faibles et 2,760 milliards de FCFA pour le fonctionnement et l'investissement.

Les dépenses totales étaient passées en 2008 de 9,7 milliards de FCFA à 24,6 milliards de FCFA en 2009. Les dépenses consacrées aux prestations de soins n'ont pas changé (6 milliards de FCFA en 2008 et 2009), alors qu'il y a eu une augmentation considérable pour

les dépenses des prestations familiales des Gabonais économiquement faibles de 1,4 milliards de FCFA en 2008 à 7,01 milliards de FCFA en 2009. Les résultats évoqués ont montré que les dépenses de fonctionnement et d'investissement ont considérablement augmenté entre 2008 et 2009.

Les dépenses des prestations de soins par rapport aux dépenses totales sont passées de 62,5% en 2008 à 24,2% en 2009. Ils ont montré que la population non couverte est encore élevée 99,31% en 2008 et 79,07% en 2009. Pour l'achat des services couverts par la CNAMGS, toutes les catégories des populations ont accès aux mêmes paquets d'activités. Pour les coûts administratifs, le CNAMGS utilisait plus de 11 milliards de FCFA par an (soit à peu près 44% des recettes totales). Les limites de l'étude ont montré que les mécanismes de contrôle existent, mais cette étude n'a pas analysé son efficacité, ni l'existence du manuel de procédure, ni le respect de sa mise en œuvre. Plusieurs dimensions telles que la satisfaction de la clientèle, la qualité des services offerts, l'efficacité et l'efficience des processus, les coûts, le respect des lois, les dates, les lieux et les remboursements, n'ont pas été prises en compte (Inoua A. et alii, 2010).

Au Ghana, l'extension de la CSU fut expérimentée en 2003 et repris en 2005 à l'échelle de tous les districts. Avec cette extension, il est créé le "*National Health Insurance Fund*" (NHIF), instrument de gestion des financements publics de l'assurance maladie. Il est financé grâce à la TVA et le système de Sécurité Sociale. Avec l'introduction des deux sources de financement, les ménages contribuent pour une faible partie et le gouvernement verse moins d'argent directement.

En 2009, 62% de la population était enregistrée et 86,37% possédaient une carte valide. Cent quarante-cinq (145) "*District Mutual Health Insurances*" (DMHIs) et dix (10) bureaux régionaux étaient fonctionnels et plus de 5000 prestataires sont accrédités par le "*National Health Insurance Scheme*" NHIS. Ces résultats sont à comparer aux objectifs fixés par le Ministère de la Santé du Ghana : 30 à 40% de la couverture en 2010, 50 à 60% en 2015.

En 2008, les populations les mieux couvertes sont les personnes âgées de plus de 70 ans (75,9%), suivies des mineurs (60,3%) et des indigents. Le secteur le moins bien couvert est le secteur formel (24,6%). Les pauvres sont les premiers bénéficiaires. Les districts les plus pauvres (ceux du nord du pays) ont les taux de couverture les plus élevés. La part des dépenses directes des ménages a diminué depuis l'introduction du NHIS. Le Ghana consacre

presque 12% de son budget à la santé, soit 8.1% du PIB en 2009. Le pays dépense 54 \$US par habitant en santé, au-dessus des recommandations de l'OMS (Boidin B. et alii, 2012).

A la suite de cette revue de littérature, il est important d'évaluer les indicateurs de performance d'une AMO suivant les normes et de compléter l'analyse en incluant l'évaluation de la structure de gestion de l'AMO et le niveau de satisfaction de la clientèle pour l'atteinte de la CSU. Pour faire l'évaluation de l'AMO, suivie de celle de sa structure de gestion, nous allons nous appuyer sur les choix méthodologiques et les stratégies de recherche.

2.2. Méthodologie de l'étude

2.2.1. Cadre et type d'étude

Ce chapitre présente la structure de gestion de l'AMO dans son organisation et dans son mode de fonctionnement. Il expose la contribution des activités menées au sein de l'AMO pour améliorer l'accès aux soins de santé pour les assurés et va mettre l'accent sur la stratégie de recherche.

2.2.1.1. Présentation du cadre physique de la recherche (INAM)

Le Togo est un pays de l'Afrique de l'Ouest, situé au Sud du Sahara. Il est limité au Nord par le Burkina Faso, à l'Est par le Bénin, à l'Ouest par le Ghana et au Sud par le Golfe de Guinée. Il jouit d'un climat tropical en partie responsable du profil épidémiologique national (PNDS-Togo 2012-2015, 2012). Le Togo est un étroit pays qui s'étire comme une bandelette du Sud au Nord et il couvre une longueur d'environ 700 km pour 50 à 150 km de largeur. Sa superficie est de 56 785 km². Sur le plan administratif, le Togo est divisé en cinq régions économiques réparties en 35 Préfectures et 4 sous-préfectures. La Commune de Lomé est divisée en 5 Arrondissements.

Sur le plan démographique, la population est estimée à 6 191 155 habitants avec un taux d'accroissement annuel de 2,84% en 2012 (PNDS-Togo 2012-2015, 2012). La région Lomé-Commune compte en 1 348 619 habitants, soit 62,4% de la population urbaine (Auffret P., 2011). Sur le plan économique, le Togo a connu une croissance de plus en plus forte depuis 2009 en passant de 3,4% en 2009 à 4% en 2010 et à 4,9% en 2011. Malgré ces résultats, le Togo est classé parmi les pays les moins avancés (PMA) avec un revenu par tête d'habitants égal à 410 USD en 2008 contre 818 USD pour les pays de l'Afrique Sub-Saharienne.

L'incidence de la pauvreté est estimée à 58,7% de la population en 2011 et l'extrême pauvreté touche 30,4% de la population générale (PNDS-Togo 2012-2015, 2012).

2.2.1.1.1. Cadre légal instituant le régime obligatoire d'assurance maladie

La loi N°2011-003 du 18 février a institué le régime d'assurance maladie obligatoire pour les agents publics et assimilés. Le décret N°2011-032/PR fixe les modalités de paiement et les taux de cotisations par les personnes assujetties. Le décret N°2011-034/PR fixe les statuts de l'Institut National d'Assurance Maladie (INAM). L'INAM est un établissement public chargé de gérer le régime d'assurance maladie obligatoire. Le décret N°2011-035/PR du 09 mars fixe le régime du partenariat entre l'INAM et les formations sanitaires (INAM-Togo, 2010)).

2.2.1.1.2. Organisation

L'INAM est un établissement public jouissant de la personnalité juridique et de l'autonomie de gestion administrative et financière. Il est structuré autour de 02 organes, à savoir : le Conseil de surveillance, le Conseil d'Administration et les représentants de l'Etat.

➤ Le conseil de surveillance

Il veille à la mise en œuvre des orientations définies par le gouvernement dans le domaine de l'assurance maladie. Il est composé de 05 ministres : le Ministre chargé de la Sécurité Sociale, Président ; le Ministre chargé des Finances, Vice-président ; le Ministre chargé de la Santé, Membre ; le Ministre chargé de la Fonction Publique, Membre ; et le Ministre chargé de l'Action Sociale, Membre.

➤ Le conseil d'administration

Il assure l'exécution des missions assignées à l'INAM. Il est composé de 12 membres suivant la règle de la représentation paritaire entre les représentants de l'Etat, ses démembrés et ceux des agents publics.

• Représentants de l'Etat

Ce sont : un représentant du Ministère chargé de la Sécurité Sociale ; un représentant du Ministère chargé des Finances ; un représentant du Ministre chargé de la Fonction Publique ; un représentant du Ministre chargé des Forces de Sécurité et de Défense ; un

représentant du Ministre chargé des Collectivités locales ; un représentant du Ministre chargé de la Santé.

- **Représentants des agents publics**

Il comprend quatre représentants des syndicats les plus représentatifs des agents publics en activité ; un représentant des militaires de carrière ; un représentant des associations des agents publics retraités.

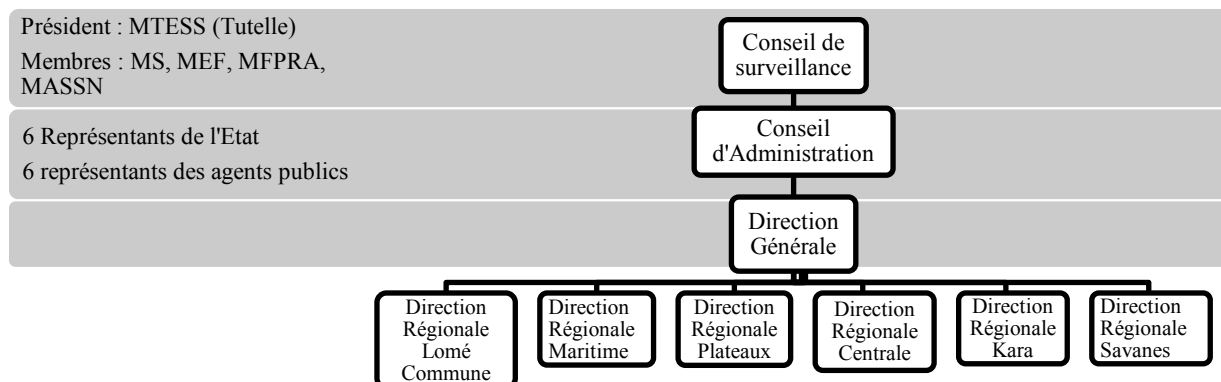
- **Les personnes assujetties**

- les agents publics : ce sont en général les fonctionnaires, les magistrats, les militaires de carrière, les paramilitaires (police, douanes, sapeurs-pompiers, surveillants de prison, agents eaux et forêts) et les gardiens de préfecture ;
- Les assimilés ;
- Les agents des collectivités territoriales et établissements publics à caractère administratif ;
- Les agents contractuels ;
- Les membres des institutions de la République ;
- Les agents publics à la retraite.

2.2.1.1.2.1 Organisation et fonctions administratives

Le département administratif et financier réalise la gestion administrative, comptable et financière. Il gère les approvisionnements et forme le personnel des délégations régionales aux procédures administratives, financières et comptables. La gestion des ressources humaines est rattachée à la Direction Générale (gestion des salariés) ainsi que la gestion des logistiques et de la communication. La cellule de gestion administrative est également rattachée à la Direction Générale selon la figure 1 ci-dessous.

Figure 1 : Organisation de l'INAM



Sources : Institut National d'Assurance Maladie

2.2.1.1.2.2 Organisation et fonctions financières

Le chef de département administratif et financier y joue le rôle primordial. Il assure avec ses collaborateurs la gestion de trésorerie et des fournisseurs ordinaires (achat des ordinateurs, paiement des factures : eau, électricité, gardiennage, ménage, ...). L'assistant comptable saisie et traite les données comptables. L'assistant métier assure le traitement des factures prestataires provenant des Directions Gestion des Prestations (DGP), le virement, la gestion des documents de cotisation sur le plan comptable, et appui des traitements des pièces des délégations régionales, liés à la Direction Gestion des Bénéficiaires (DGB).

Le logiciel compta est utilisé pour le traitement et le stockage des données comptables et il a une efficacité limitée. Il n'est pas encore au point pour répondre à toutes les attentes qu'exigent les activités de la gestion financière et comptable. La Direction Financière et Comptable (DFC) fonctionne avec des comptes bancaires et un compte au trésor général du Togo pour remplir ses fonctions au sein de l'INAM et envers ses assurés (paiement prestataires, salaires, dépenses de fonctionnement, et d'investissement entres autres).

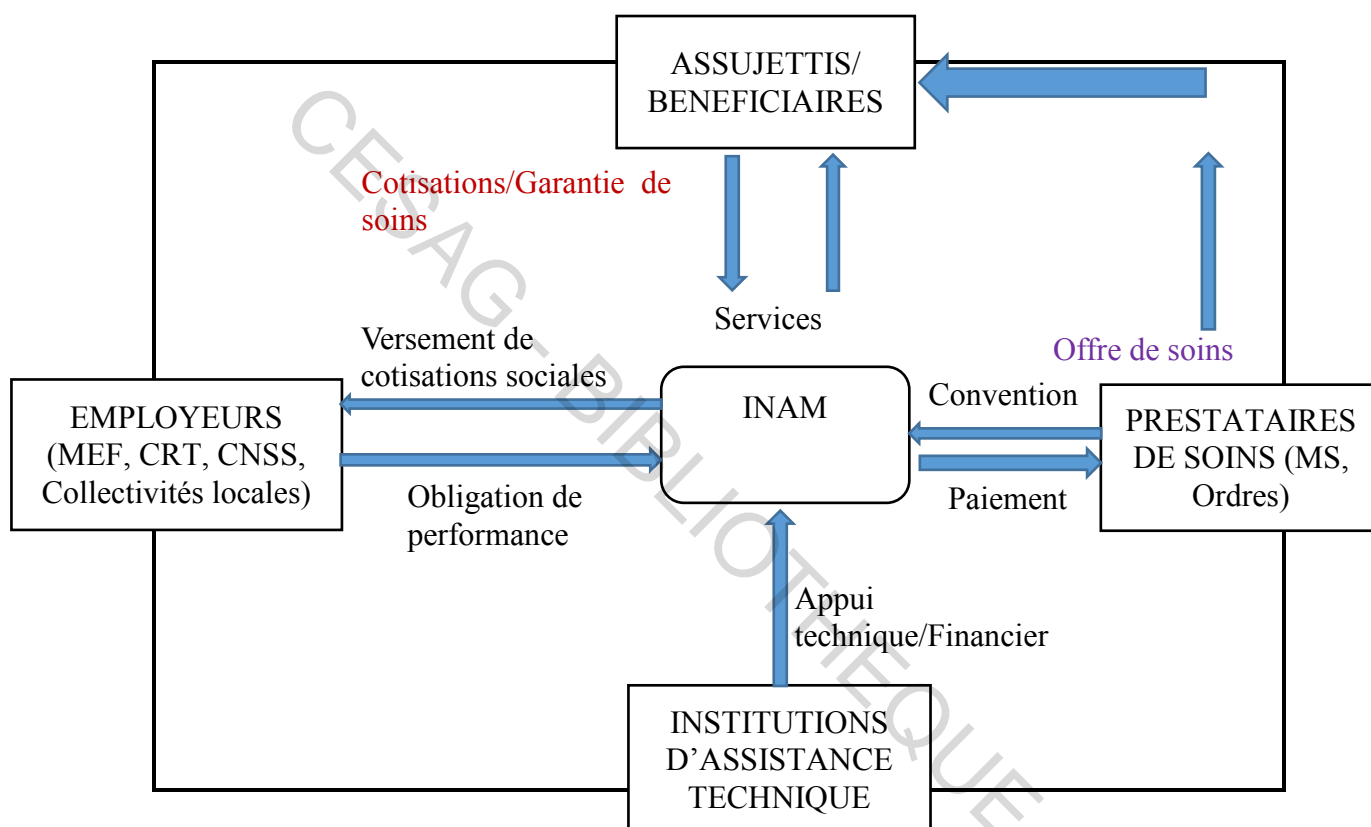
Notons qu'il y a une fluidité dans l'exécution du rôle de chaque service pour le bon déroulement des activités (Gestion des dépenses de prestations, d'investissement et de fonctionnement). Il existe une caisse de fonctionnement au niveau de la direction générale. Les délégations régionales : ont une caisse sur le site de l'INAM et un compte dans une des

banques régionales qui leur permettent d'exécuter leurs opérations. Les comptes sont alimentés après traitement et enregistrement des pièces justificatives par la direction générale.

2.2.1.1.3. Ancrage institutionnel de l'INAM

Il est placé sous la tutelle du Ministre en charge de la sécurité sociale. La figure 2 suivant montre l'ancrage institutionnel de l'INAM

Figure 2 : Schéma du partenariat de l'INAM



Sources : Institut National d'Assurance Maladie

Les partenaires extérieurs sont presque inexistants, vu la présence du BIT qui a donné son appui pour la mise en œuvre technique de l'INAM, et de la COOPAMI qui soutient quelques séminaires à l'intérieur du pays qu'organise l'INAM.

2.2.1.1.4. Caractéristiques de l'INAM

Ils reposent sur les points suivants :

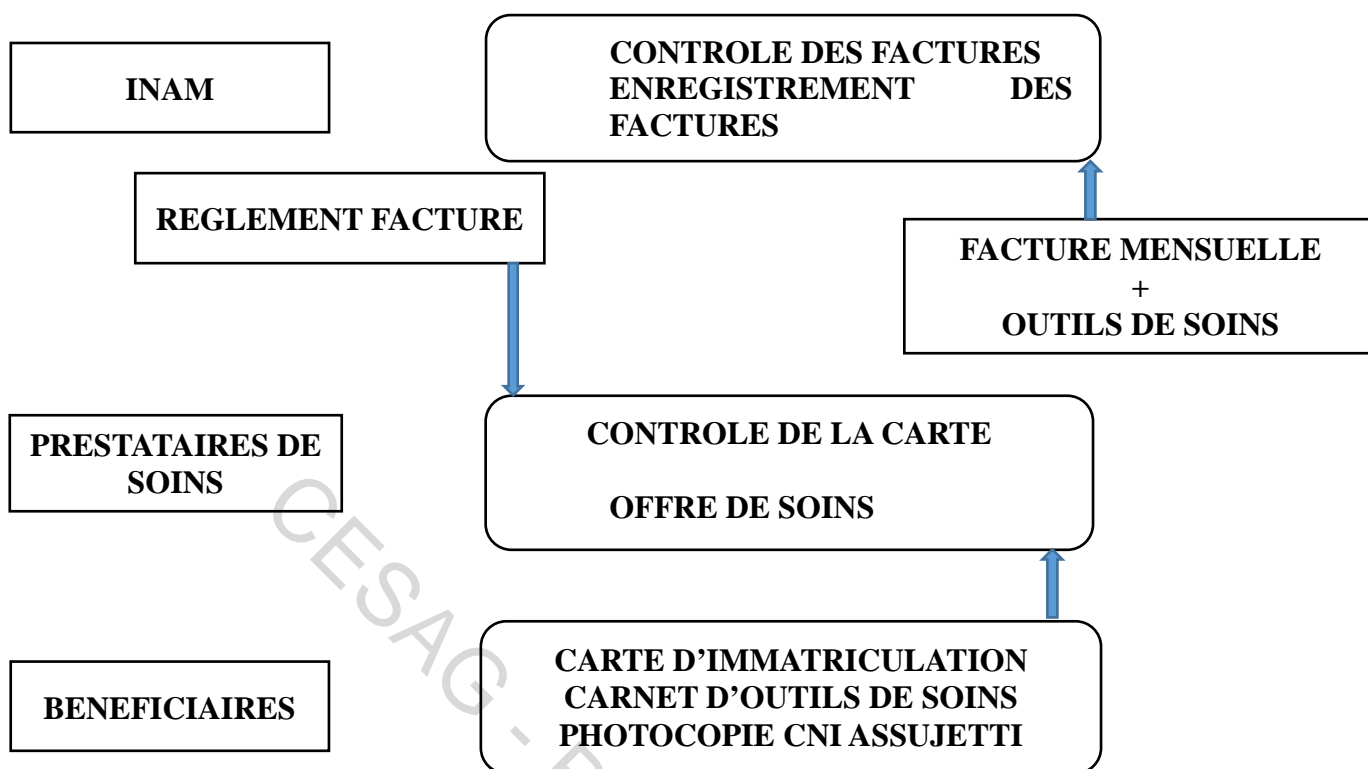
- équité contributive : chaque affilié paie une cotisation qui est fonction de son niveau de revenu ;
- équité d'accès : chaque affilié accède aux soins selon ses besoins de santé ;
- gestion participative: Conseil d'administration composé des représentants des travailleurs et de l'Etat ;
- efficacité : offrir une meilleure couverture sanitaire aux bénéficiaires tout en maîtrisant les coûts du système d'assurance maladie ;
- gestion professionnalisée : la gestion technique est effectuée par une structure spécialisée dotée d'un personnel qualifié (INAM Togo, 2010).

2.2.1.1.5. Relations entre l'INAM et les formations sanitaires

2.2.1.1.5.1 Principes de base du partenariat

Les règles générales sont définies par le décret N°2011 – 035/PR du 09 mars. Sur la base de ce décret, la convention de partenariat a été signée entre l'INAM et le Ministère de la Santé qui engage l'ensemble des formations sanitaires publiques. Une convention spécifique a été également signée avec les établissements sanitaires privés. Des conventions spécifiques ont été signées avec l'Ordre des pharmaciens, l'Ordre national des médecins, l'Association nationale des cliniques privées et l'Ordre national des chirurgiens-dentistes. Une autre convention spécifique a été également signée avec l'armée qui a engagé toutes les structures de soins des garnisons opérant en son sein pour une couverture effective de ses sujets (INAM Togo, 2010 ; Richardson J. et alii, 2003). La figure 3 suivant montre les relations entre l'INAM et ses collaborateurs.

Figure 3 : Schéma global des relations entre l'INAM et ses collaborateurs



Sources : Institut National d'Assurance Maladie

2.2.1.1.5.2 Les bénéficiaires

Les agents publics et assimilés en activité ou à la retraite ainsi que leurs ayants droit:

- Un (01) conjoint ou une (01) conjointe ;
- Au plus quatre (04) enfants nés dans ou hors mariage et légalement reconnus ou adoptés, âgés de 21 ans au plus.

Le nombre maximum de personnes couvertes par ménage est fixé à six (06). Le tableau I suivant montre le nombre de bénéficiaires par région à Août 2014 à l'INAM.

Tableau I : Répartition de la situation des bénéficiaires (Août 2014)

Régions	Fonctionnaires / autres	Agents des collectivités	Retraités	Total	Pourcentage (%)
Lomé-commune	75 815	8 614	18 664	103 093	39,75
Maritime	22 938	2 295	2 934	28 167	10,85

Régions	Fonctionnaires / autres	Agents des collectivités	Retraités	Total	Pourcentage (%)
Plateaux	35 176	2 984	5 120	43 280	16,67
Centrale	20 459	1 626	3 300	25 385	9,78
Kara	30 338	2 518	6 105	38 961	15,01
Savanes	17 533	1 718	1 360	20 611	7,94
TOTAL	202 259	19 755	37 483	259 497	100

Sources : Institut National d'Assurance Maladie

Il ressort du tableau I que près de 40% des bénéficiaires sont concentrés dans la région Lomé-commune.

2.2.1.1.6. Les prestations de l'INAM

❖ Les prestations couvertes

Ce sont les frais de consultations, les frais d'hospitalisation, les médicaments, les actes médicaux, chirurgicaux et paramédicaux, les actes d'analyse de biologie et d'imagerie médicale, les frais des prestations de soins liées à l'état de grossesse et à l'accouchement, les vaccins obligatoires et les appareillages (INAM Togo 2010).

❖ Les prestations exclues

Ce sont les soins dans les structures sanitaires non conventionnées, les soins à l'étranger, la chirurgie esthétique, la désintoxication, la tentative de suicide, les soins de confort, les produits pharmaceutiques de confort, la contraception, les compléments alimentaires, les pathologies prises en charge directement par des programmes nationaux à l'exception des prestations non couvertes par lesdits programmes (INAM Togo 2010).

❖ Les outils de l'INAM

Ce sont les conventions, les cartes d'immatriculation (Assurés, bénéficiaires, traitements des pathologies chroniques (TPC)), le formulaire d'identification des prescripteurs, la nomenclature des actes, la liste des médicaments remboursables, la classification Internationale des Maladies (CIM 10), la feuille de soins INAM, la fiche de demande d'entente préalable, la fiche d'entente préalable, les ordonnances, les feuilles de biologie

médicale, les feuilles d'imagerie médicale, la feuille d'hospitalisation, la facture mensuelle des soins, la facture INAM (INAM Togo 2010).

2.2.1.1.7. Mode de financement

L'assurance maladie est financée essentiellement par les cotisations mensuelles des assujettis. Le financement du régime d'assurance maladie est fait sur la base de l'étude de faisabilité réalisée et des choix effectués en termes de prestations à couvrir. Il repose sur une contribution fixée à 7% du salaire des agents en activité (répartie équitablement entre le travailleur et l'employeur) et 3,5% de la pension pour les agents à la retraite (INAM Togo 2010), comme le montre le tableau II suivant.

Tableau II : Répartition des cotisations mensuelles par type d'agent

Types d'agents et de cotisations	Pourcentage (%)
AGENTS EN ACTIVITE	
Pourcentage du salaire de base dont :	7%
- Part du travailleur	3,5%
- Part de l'employeur	3,5%
AGENTS A LA RETRAITE	
- Pourcentage de la pension	3,5%

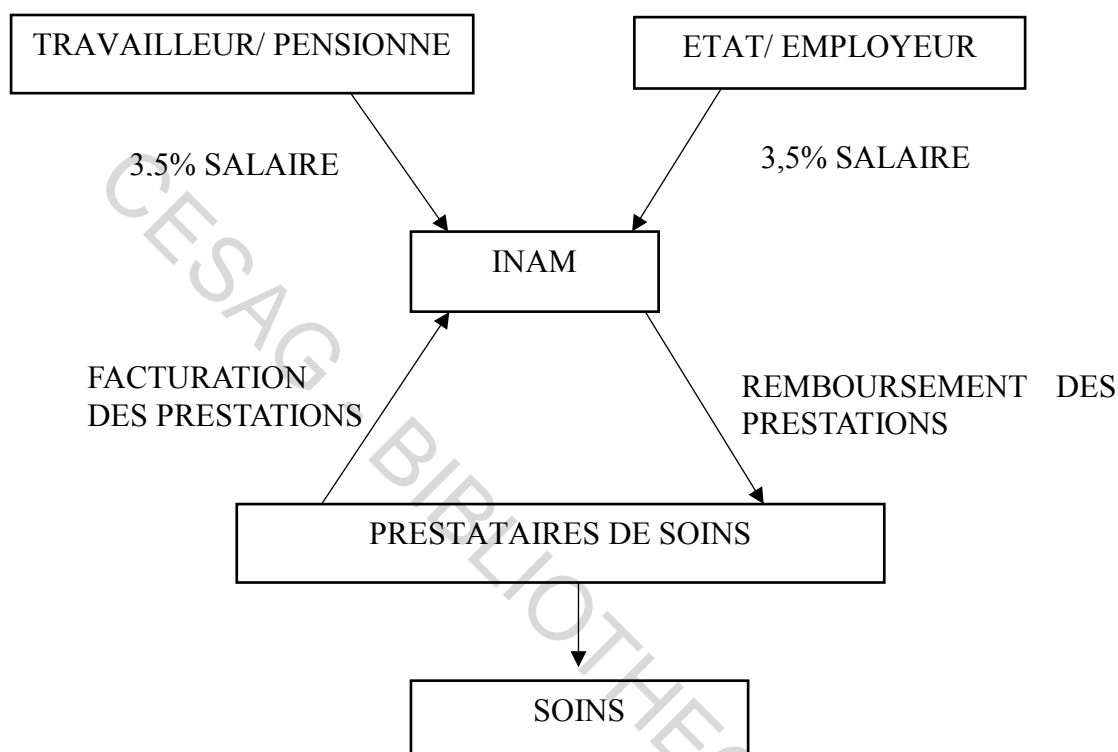
Sources : Institut National d'Assurance Maladie

La part des agents en activité et à la retraite est prélevée à la source sur le salaire de base ou la pension principale (INAM-Togo, 2010). La Caisse Nationale de Sécurité Sociale (CNSS) gère les pensions des travailleurs salariés et des indépendants à la retraite, la Caisse des Retraités du Togo (CRT) et les pensions des agents de l'Etat à la retraite. A ce titre, elles sont chargées du versement des cotisations de leurs agents à l'INAM. Les montants sont ensuite mis à disposition par chèque. L'Etat est l'employeur des fonctionnaires, et à ce titre, il est chargé du versement de leur cotisation à l'INAM à travers le Trésor Public par le principe de l'unicité des caisses. Un montant annuel représentant la quote-part de l'Etat employeur, est inscrit dans le budget général de l'Etat en début de chaque exercice. Il est prélevé 3,5% du salaire de chaque agent de l'Etat.

Les montants sont mis à la disposition de l'INAM sur la base d'appels de fonds adressés au Ministère de l'Economie et des Finances. Pour les agents des collectivités locales, les

montants sont mis à la disposition de l'INAM à travers des mandats adressés aux Recettes Perceptions qui gère les budgets de ces institutions. Pour les établissements publics ayant le caractère administratif, les montants sont transmis par chèque établi par les Agents Comptables de ces institutions. La figure 4 suivant montre le mode de financement de l'INAM.

Figure 4 : Mode de fonctionnement de l'INAM



Sources : Institut National d'Assurance Maladie

2.2.1.1.8. Suivi et concertation

Une commission permanente de suivi et de concertation est instituée et est composée de deux (2) représentants de l'INAM, un représentant du Ministère de la Santé, un représentant du Ministère du Travail et de la Sécurité Sociale, deux (2) représentants des ordres des professionnels de la santé. Elle a pour objet d'examiner les litiges susceptibles de naître de l'application des conventions de partenariat entre l'INAM et les formations sanitaires. Tout litige entre l'INAM et une formation sanitaire est réglé à l'amiable au sein de la commission dans un premier temps. Le recours aux autorités judiciaires compétentes en la matière ne peut être qu'en dernier recours (INAM Togo 2010 ; CIPRES, 2000).

2.2.1.2. Contribution de l'AMO au financement de la santé et à l'accès aux soins au Togo

Depuis le démarrage des prestations INAM en Mars 2012, les médecins-conseils ont été au centre des activités. Ils sont impliqués dans tous les aspects de l'octroi de soins à savoir : l'évaluation des structures à conventionner, la formation et le suivi des prestataires, la détermination du panier de soins, la définition du circuit patient, l'accompagnement des prestataires et des bénéficiaires ainsi que le contrôle des prestations.

La pression sociopolitique forte, la non-maîtrise des procédures, la réticence des prestataires au nouveau produit d'assurance-maladie, l'insuffisance des outils de gestion des prestations (MAS GESTION) constituent entre-autres quelques difficultés rencontrées. La situation s'est améliorée progressivement en fin 2012 par la mise en place de plusieurs outils, à savoir : la satisfaction des prestataires et des bénéficiaires avec une confiance politique. De ce fait, l'exercice 2013 (janvier à décembre) est considéré comme la période de maturité. Ainsi, l'analyse des activités de cette période permet de juger de l'aptitude de l'AMO en vue d'une meilleure préparation de la phase d'extension de cette dernière vers la CSU.

2.2.1.2.1. Activités menées et résultats

❖ Activités principales

• Etablissement des conventions

Elle consiste à évaluer les formations sanitaires (FS), à négocier les tarifs des prestations et à participer à la rédaction des conventions. Des visites ont été effectuées dans les FS à conventionner en vue d'en apprécier la qualité des infrastructures, le niveau du plateau technique, la gamme de prestations ainsi que la disponibilité en personnel qualifié. Après chaque visite, un rapport avec avis motivé est élaboré par le médecin-conseil chargé de la visite avec proposition du niveau de soins et de la tarification à retenir. Le tableau III ci-dessous présente l'évolution des FS publiques et privées conventionnées en 2013 dans Lomé-Commune/Golfe.

Tableau III : Nombre de centres conventionnés/type/années 2012-2013

Type de Formation sanitaire (FS)	Total conventionné au 31 Décembre 2012	Total conventionné au 31 Décembre 2013	Progression obtenue en 2013
FS Publiques	32	53	21(65%)
FS Privées	74	109	35 (47%)
Total FS	106	162	56 (52%)

Sources : Institut National d'Assurance Maladie

Les résultats montrent une augmentation notable du nombre des FS conventionnées en 2013 tant pour les FS publiques que privées avec une progression de plus de 50% obtenue en 2013.

- **Descriptions des règles de convention**

Afin de permettre la fourniture des prestations de santé, l'INAM signe des conventions avec des prestataires de soins et de services de santé publics et privés agréés par le Ministère de la santé. La loi portant sur le décret N° 2011-035/PR a fixé le partenariat entre l'INAM et les formations sanitaires en précisant les règles de prestations des soins, la facturation, les modalités d'exercice et de la qualité des soins, le suivi et la concertation. Suivant les dispositions de l'article 41 de la même loi, les prestations offertes couvrent :

- les frais de consultation, d'hospitalisation, de produits pharmaceutiques, des actes médicaux et paramédicaux ;
- les frais des examens de laboratoire et de radiologie ;
- les frais de vaccins obligatoires et des appareillages ;
- les frais de transport de malades d'une formation sanitaire à une autre ;
- les frais de prestations de soins liés à l'état de grossesse et à l'accouchement.

L'INAM a signé des conventions de partenariats sur toute l'étendue du territoire avec des FS. En 2014, le nombre des structures conventionnées concerne 739 pour le public et 102 pour le privé, 107 pharmacies et 20 lunetteries. Les règles de conventions sont émises en fonction des types de prestataires. Elles sont signées soit avec le responsable ou le représentant de l'ordre des prestataires concernés. Le contenu des conventions qui suit, comporte des articles obligeant les deux parties au respect légal des normes établies. Voici un exemple d'accord de partenariat entre l'INAM et les formations sanitaires.

Article 1. Le présent accord de partenariat est établi conformément aux stipulations de la convention nationale de partenariat entre l'Institut National d'Assurance Maladie (INAM) et l'Ordre National des Pharmaciens, médecins, ou chirurgiens-dentistes.

Article 2. Il a pour objet de marquer l'engagement de l'Institut National d'Assurance Maladie (INAM) et de la pharmacie, de l'établissement de santé ou de la lunetterie à respecter toutes les clauses de la convention nationale dans le cadre du partenariat.

Article 3.- Il confère à la pharmacie, l'établissement de santé ou de la lunetterie le statut de pharmacie, l'établissement de santé ou de la lunetterie conventionnée par l'INAM.

Article 4.- Le paiement des prestations par l'INAM s'effectue par virement bancaire sur le compte N°

Article 5.- En cas de changement de personnes morales ou physique exploitant la pharmacie, l'établissement de santé ou de la lunetterie, les deux parties disposent d'un délai d'un mois à compter des publications légales de ce changement pour conclure un nouvel accord. Pendant ce délai, le présent accord reste d'application.

Article 6.- Le présent accord est conclu pour une durée déterminée d'un (01) an renouvelable par tacite reconduction. Cependant elle peut être dénoncée par l'une ou l'autre des parties, par lettre recommandée avec accusé de réception, deux (02) mois au moins avant la date d'échéance.

Article 7.- Les parties conviennent formellement de résoudre tout différend survenant dans l'interprétation ou l'exécution des clauses de leur partenariat à l'amiable dans le cadre de la commission permanente de suivi et d'arbitrage. Toutefois, si les parties ne peuvent trouver une solution à l'amiable, le litige pourra être porté devant le Tribunal de Première Instance du lieu de signature de l'accord.

Article 8.- Le présent accord de partenariat prend effet à compter de la date de signature.

- **Suivi de la mise en œuvre des conventions**

Il consiste à former les prestataires des FS conventionnées sur les modalités de prise en charge des bénéficiaires de l'INAM et suivre l'utilisation des outils de prestation par les agents des FS. Pour la mise en œuvre effective du partenariat avec les FS, les médecins conseils et le coordinateur de Délégation Lomé-Commune, animent en continu, des séances de formation des prestataires des centres conventionnés (1 séance/semaine) sur l'utilisation des outils et des

règles de prestation. Le nombre de prestataires formés/ recyclés au cours de l'année 2013 était 337. Le ratio par rapport aux FS est de 6,01 prestataires formés/FS nouvellement conventionnées en 2013 et 2,08 prestataires recyclés/FS pour toutes les FS conventionnées au 31 Décembre 2013.

❖ **Veiller au respect des dispositions conventionnelles en matière de tarification et de qualité des soins**

Dans le suivi de la mise en œuvre des conventions, des échanges fréquents par téléphone avec les prestataires s'effectuent. Ces échanges concernent le rappel des dispositions conventionnelles en matière de gestion des outils de prestation, de tarification et de qualité des soins. Ils sont effectués à chaque fois qu'une anomalie est décelée. Actuellement la charge du travail fait que le rythme des formations continues des prestataires n'est plus respecté.

❖ **Suivre le remboursement des prestations aux FS**

En ce qui concerne le suivi des remboursements des prestations aux formations sanitaires, des interventions sont faites sur sollicitation des prestataires pour non remboursement d'indus ou retard de remboursement par le service des prestations. Les différentes inquiétudes sont mises à jour ensemble avec la DGP (Direction Gestion des Prestations), les médecins-conseils, et les prestataires afin de trouver des solutions.

❖ **Lutte contre les risques liés à l'assurance maladie**

• **Gestion des Ententes préalables et des Ordonnances à valider**

C'est l'activité principale des médecins-conseils de la délégation Lomé-Commune/Golfe, à cause de l'environnement caractérisé par la prédominance des centres de référence. Le traitement des Ententes Préalables (EP) a connu un saut qualitatif au cours de l'année 2013 grâce à la gestion informatisée permettant le traitement à distance des demandes depuis les grands centres. Par ailleurs, la validation obligatoire des ordonnances de plus de 20 000 FCFA a permis de rationaliser les prescriptions selon les médecins-conseils de la délégation Lomé-Commune/ Golfe. Des accords verbaux étaient donnés par téléphone les jours et les heures non ouvrables ainsi que dans les cas d'urgence par les médecins-conseils. En 2013, la charge du travail liée à la gestion des EP traitées par les médecin-conseils était de 8 855 EP soit 36,89 EP/médecin-conseil/jour en moyenne. Par ailleurs, on note une croissance continue du

nombre des EP traitées par mois tout le long de l'année 2013. Ce qui signifie que les assurés utilisent le panier de soins qui répond bien à leurs besoins.

- **Gestion des demandes Traitements de Pathologies Chroniques**

La deuxième activité par ordre de grandeur après la gestion des EP, est la gestion des demandes de traitement de pathologie chronique (TPC). La justification du diagnostic, de sa conformité avec le traitement et de la quantité/coût des médicaments prescrits selon les règles arrêtées par le conseil médical est décidée après saisie des TPC dans la base de données INAM. Le même processus est repris pour les rectifications de traitement ou ajouts de médicaments ainsi que les renouvellements d'attestation. L'archivage physique des demandes TPC est utilisé actuellement pour conserver les données.

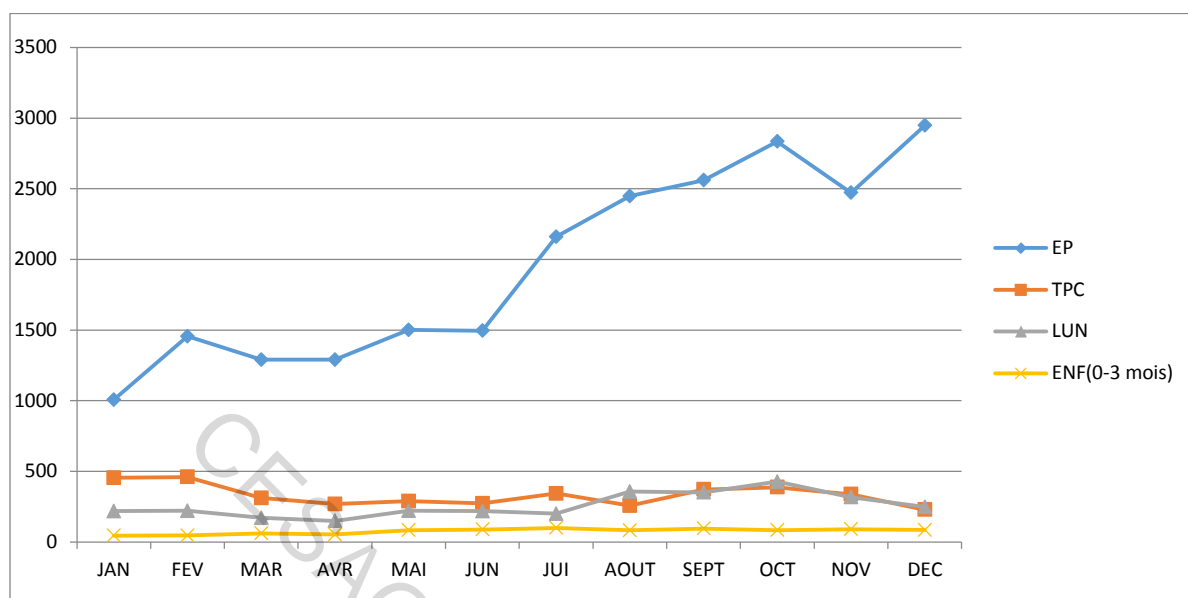
Le nombre de dossiers TPC-nouveaux cas traités au cours de l'année 2013 était de 3 985. Le nombre de dossiers TPC traités par rapport aux EP ne reflète pas la charge de travail liée au traitement des dossiers TPC précédents puisqu'il ne prend pas en compte les cas de rectification ou de renouvellement de dossiers TPC qui sont 5 fois supérieur.

- **Gestion des attestations 0-3 mois**

Toutes les attestations pour les enfants de moins de 4 mois (attestations EM4) établies sur demande des parents par le service administratif de la coordination ont été contrôlées et signées. Cette activité est restée faible au vu du nombre réduit d'attestation à traiter au cours de l'année 2013 soit 919 dossiers. Le nombre réduit d'attestation s'explique par le fait que les demandes d'Attestation sont souvent faites par les parents seulement en cas de maladie des enfants.

La figure 5 ci-dessous montre un récapitulatif de l'évolution mensuelle des différents types de demandes au cours de l'année 2013.

Figure 5 : Courbes représentatives de l'évolution mensuelle des différents types de demandes au cours de l'année 2013



Sources : Institut National d'Assurance Maladie

Sur la figure 5, on observe une croissance mensuelle continue des demandes d'EP pour médicaments, dispositifs médicaux et actes surtout à partir du mois de Juin 2013 tandis que les autres demandes (lunetterie, TPC nouveaux cas et Attestation EM4) sont restées assez stables tout au long de l'année 2013.

- **Gestion des demandes de prise en charge spéciales (chirurgie, investigations spéciales...)**

Pour les demandes de prise en charge concernant des prestations spéciales ou non clairement précisées dans les nomenclatures, les avis et la codification de l'acte sont souvent adressés aux médecins-conseils. D'autres fois, pour un souci de facturation dans le privé, des factures Pro forma sont soumises à leur appréciation en vue de déterminer la part revenant au bénéficiaire.

- **Gestion du contrôle des hospitalisations et des soins en cours**

Des déplacements dans les FS pour visiter les patients hospitalisés en cas de plaintes des bénéficiaires, de long séjour d'hospitalisation ou de soins en cours trop onéreux sont effectués. Plusieurs cas de vérification d'effectivité (contrôle identitaire) ou de conformité

(types de salle) sont effectués par les agents de liaison lors du traitement des demandes d'hospitalisation.

- **Gestion du contrôle des factures**

C'est une activité peu fréquente parce que non systématisée. Elle se limite à des avis donnés par les médecins-conseils sur sollicitation du service des prestations dans certains cas d'anomalies constatées sur les feuilles de prestation facturées.

- **Gestion du contrôle-contentieux (fraudes)**

En collaboration avec le service du contentieux, les médecins-conseils ont investigué quelques cas de fraude ou de tentatives de fraudes. Ainsi, 13 cas ont été documentés à ce jour, ayant fait l'objet de saisie de la part du service du contrôle-contentieux de la DGP. Les constats sont les suivants : la majorité des anomalies ont été décelées lors du traitement des factures (7 sur 13). Il s'agit dans six (6) cas de substitutions de bénéficiaire et dans 7 cas de fautes de prescriptions (sur prescriptions, auto-prescriptions). Huit (8) cas de fraudes et 6 cas de manquements aux règles conventionnelles ont été ainsi recensés. Les agents de santé étaient impliqués dans neuf (9) cas sur 13. Sept (7) avertissements ont été donnés et cinq (5) suspensions prononcées, dont quatre (4) de 9 mois et un de 6 mois du droit aux prestations. Par ailleurs, avec le début des renouvellements d'outils de prestations (carnets de prestations). Le service du contrôle-contentieux a présenté au service médical des outils à renouveler. L'analyse des outils a permis de déceler 42 cas d'ordonnances avec anomalies dont plus de la moitié étaient des sur-prescriptions émanant des prestataires des centres périphériques et surtout des paramédicaux⁵. Ces cas de dérogations ont été convoqués et ont tous fait l'objet d'avertissements verbaux après conseils donnés.

- ❖ **Suivi et contrôle de l'évolution du produit d'assurance-maladie**

- **Suivi de l'évolution du produit d'assurance-maladie**

Le principal objectif est de contribuer à l'analyse mensuelle des fréquences d'utilisation des services et des coûts moyens des actes. Une analyse conjointe des prestations du Conseil-médical de Lomé-Commune et de la DGP en fin décembre 2012 a permis de juger des

⁵ Infirmiers auxiliaires ou Infirmiers d'Etat, Assistants médicaux, kinésithérapeutes et autres.

tendances de consommations par type de produit et de cibler l'occurrence de certains risques liés aux prestations de soins de santé. Ceci a permis d'introduire en Janvier 2013 de nouvelles règles de gestion des prestations de soins de santé largement diffusées pour renforcer la lutte contre la fraude et les abus.

- **Contrôle de l'évolution du produit d'assurance-maladie**

Le principal objectif est de contribuer à l'élargissement ou la réduction des prestations couvertes et à la mise en place de nouveaux produits d'assurance santé. En Juin 2013, une grande révision des nomenclatures a été faite par le Conseil médical pour l'amélioration des prix, (socle de remboursement) et l'introduction de nouveaux produits suite aux plaintes incessantes des bénéficiaires. Le conseil s'est également inspiré des observations retenues lors de l'analyse faite en décembre 2012 avec la DGP.

2.2.2. Stratégie de recherche

Pour réaliser ce travail d'évaluation, nous avons utilisé deux méthodes de recherche à savoir l'analyse documentaire et l'analyse quantitative et qualitative.

Pour l'analyse documentaire, nous avons exploité tous les documents de mise en place de l'INAM ainsi que les rapports d'activités mis à disposition (lois, décrets, ordonnances, rapports). Ces documents ont été synthétisés et structurés dans le sens d'obtenir les informations sur l'assurance maladie en respectant les trois fonctions principales d'une assurance maladie universelle qui ont guidé à la rédaction du document : la collecte des fonds, la mise en commun des ressources et l'achat des services.

L'analyse qualitative a permis d'identifier les points forts et les points faibles du système. Nous avons collecté les données par interview suivant les catégories de population : les bénéficiaires des cartes de l'INAM qui sont en même temps les ayants droits de soins, des prestataires de soins au niveau des structures de santé qui sont à la fois assurés, des pharmacies qui ont signé la convention avec l'INAM.

2.2.2.1. Population d'étude, Echantillonnage

Pour réaliser cette enquête sur la satisfaction de la clientèle, nous avons inclus dans l'échantillon tous les assurés, les prestataires assurés, ainsi que les responsables des structures

de santé et pharmacies conventionnées avec l'INAM, et se trouvant dans la région Lomé-commune.

Les interviewés ont été choisis au hasard dans la capitale, Lomé-Commune où est concentré le plus grand nombre de bénéficiaires et de partenaires.

2.2.2.2. Taille de l'échantillon

Une étude de satisfaction sur toute l'étendue du territoire togolais a été faite au préalable en Février 2014 par l'INAM et a noté 42% de satisfaction assez bonne des assurés. Près de 40% des assurés résident dans La région Lomé-Commune (Annexe 1). Sur cette base, nous avons appliqué la formule statistique suivante : $n_1 = (Z (1-\alpha/2) /E)^2 P (1-P)$ avec n_1 = la taille de l'échantillon des bénéficiaires, P = le pourcentage de satisfaction préalable (42%), E = la marge d'erreur (5%), α = le risque (5%), Z = le quantile, avec Z de $(1-\alpha/2)$ égale à 1,96 (Saegerman C. 2006). Ceci a permis d'obtenir 374 assurés à enquêter. Néanmoins, nous avons pu enquêter 394 assurés. Pour mener cette enquête, nous avons notamment ciblé les centres de santé ayant des bureaux secondaires INAM en contact avec les assurés à savoir le CHU-Sylvanus Olympio, CHU-Campus, CHR-Lomé-Commune, Hôpital de Bè.

Concernant l'enquête au niveau des responsables des structures de soins conventionnées avec l'INAM, aucune étude similaire n'avait été faite. Nous avons donc utilisé la formule statistique suivante : $n_2 = (1/4) (Z (1-\alpha/2) /E)^2$ (Saegerman C. 2006) ; sachant que Lomé-commune compte environ 159 structures sanitaires conventionnées ; avec n_2 = la taille de l'échantillon des responsables des structures de santé et pharmacies conventionnées avec l'INAM ; Z = le quantile ; et Z de $(1-\alpha/2)$ est à 1,96 ; α = le risque 5% ; E = la marge d'erreur à 12%. Nous avons enquêtés 64 structures de soins de santé conventionnées avec l'INAM dont 51 pharmacies et 13 centres de santé (Annexe 2). Toutes les pharmacies conventionnées ainsi que les grandes structures de soins de santé ayant des points INAM recevant la plupart des assurés ont été inclus.

2.2.3. Définition opérationnelle des termes, concepts, variables et leurs mesures

2.2.3.1. Concept de la couverture sanitaire universelle et ses différents piliers

La CSU est la situation où toutes les personnes utilisent les services de santé dont elles ont besoin sans difficultés financières au moment de les payer (International HIV/AIDS Alliance,

2013). La CSU vise avant tout à fournir un accès aux services de santé en fonction des besoins et non pas en fonction des moyens financiers ou socio-culturels. Elle suggère un accès effectif, qui va au-delà du droit à une couverture efficace établi par la loi (Rockefeller foundation, Save the Children Fund, 2013). Elle doit donc englober tous les services de santé essentiels de qualité, y compris la promotion, la prévention, le traitement, la réadaptation et les soins palliatifs sans oublier les interventions contre les causes de morbidité et de mortalité (OMS, 2014).

La CSU est instaurée lorsque les gens obtiennent effectivement les services de santé dont ils ont besoin et bénéficient d'une protection contre le risque financier. L'accès, d'autre part, est la possibilité ou la capacité de remplir ces deux conditions. Pour cela, la CSU n'est pas possible sans un accès universel, mais les deux choses ne sont pas synonymes. Trois dimensions sont à considérer dans la progression vers la CSU :

- **Largeur de la couverture** : quelle est la proportion de **la population** qui est couverte et quels sont les types de population ? Qui a actuellement accès aux services et qui n'y a pas accès, et connaître l'ampleur des difficultés financières causées par les coûts directs. Lorsque la couverture est véritablement universelle, tout le monde a accès aux services, mais la couverture partielle peut bénéficier davantage à certaines catégories qu'à d'autres. Donc, atteindre une augmentation dans cette direction ou étendre aux populations non couvertes serait un choix en fonction des réalités socio-économiques et politiques de chaque pays.
- **Profondeur de la couverture** : quels sont **les services de santé** couverts? Faut-il inclure d'autres services de santé ? Les services de santé comprennent ceux essentiellement liés à la prévention, la promotion, le traitement, la rééducation et les soins palliatifs. Ces services doivent en outre être suffisants pour répondre aux besoins en soins de santé, tant sur le plan quantitatif que qualitatif. Ils doivent également être prêts en cas d'imprévu : catastrophes environnementales, accidents chimiques ou nucléaires, pandémies, etc. Tous les pays doivent par conséquent déterminer les services qui sont nécessaires et comment faire en sorte qu'ils soient universellement disponibles, accessibles, efficaces et de qualité.
- **Hauteur de la couverture** : quelle est la proportion **du coût** qui est couverte ou qu'est-ce que les gens ont à payer de leur poche de façon à réduire progressivement la participation aux frais des populations. Le besoin de protection contre le risque financier est déterminé

par la proportion des coûts que les individus doivent supporter eux-mêmes en procédant à des paiements directs et immédiats. Dans le cadre de la CSU, il ne devrait pas y avoir de paiements directs qui dépassent un certain plafond d'accessibilité économique, généralement fixé à zéro pour les plus pauvres et les plus défavorisés. L'objectif de la CSU est que chaque personne obtienne les services de santé dont elle a besoin à un coût qui soit abordable pour elle et pour le pays dans son ensemble.

Si l'on veut atteindre la CSU, les services de santé doivent être accessibles physiquement, financièrement, et acceptables pour les patients (David B Evans et alii, 2013 ; OMS, 2013).

➤ **Solidité des systèmes de santé, pilier de la couverture sanitaire universelle**

Le renforcement des systèmes de santé est indispensable pour avancer vers la CSU. Il faut mobiliser des fonds suffisants, réduire⁶ au minimum les paiements directs et utiliser les fonds disponibles (voire les dons) de manière efficiente et équitable. Ils doivent disposer de personnels de santé qualifiés et compétents, être économiquement accessibles, efficaces, répondant aux besoins de santé prioritaires centré sur le patient et offrant des services de qualité.

La performance est essentiel dans la gouvernance, l'achat et la distribution de médicaments, les technologies de santé, ainsi que le système d'information sanitaire. Ceci permettra aux systèmes de santé de se focaliser sur les besoins des patients, afin de les orienter. Ainsi, les patients vont bénéficier d'un continuum de services englobés par la CSU à différents niveaux du système de santé, tout au long de leur existence, avec des gains d'efficacité et d'efficience à moyen et long terme (OMS, 2014). La gestion de l'assurance maladie implique la traçabilité des spécialistes⁷, à différents niveaux surtout dans les pays les plus pauvres. La vision de faire de l'assurance maladie une étape vers la CSU doit donc commencer par répondre au premier défi qui est de disposer des personnels qualifiés et compétents nécessaires (Dussault G. et alii, 2007).

⁶ Au moyen du prépaiement et de la mutualisation

⁷ Notamment Gestionnaires, économistes, informaticiens, prestataires, juristes, financiers...

2.2.3.2. Concept d'assurance maladie

L'assurance maladie est un mécanisme solidaire de couverture des conséquences financières du risque maladie (Nkoa F. C. et alii, 2012). Elle repose sur les principes suivants:

- le paiement préalable (avant la survenue du risque) d'une cotisation ou d'une prime ;
- le partage ou la mutualisation des risques ;
- la notion de garantie : les assurés, en contrepartie du versement de leurs cotisations, obtiennent de l'assureur la garantie d'une prise en charge en cas de survenue du risque.

2.2.3.3. Caractéristiques d'une assurance maladie

L'assurance maladie, implique une adhésion obligatoire ou volontaire de toute ou une partie de la population. L'assurance maladie est la branche qui couvre le risque maladie, l'invalidité, le décès et la maternité (CFTC, 2010). Les systèmes d'assurance maladie mettent en commun les pertes associées aux risques liés à la santé. Ainsi, moyennant une prime (ou une taxe), les bénéficiaires sont protégés contre des pertes si le risque maladie se produit.

Quelques caractéristiques :

- les risques de perte sont répartis et partagés entre plusieurs personnes ;
- elle permet de baisser les primes, de diversifier les risques et de faciliter la pérennité ;
- elle est meilleure lorsque : le groupe de personnes est grand, les risques sont indépendants et lorsque l'assurance maladie est universelle, obligatoire ou sociale (Cumenge G. et alii, 2004).

Pour évaluer la performance du dispositif, les axes à apprécier sont : la protection contre le risque financier, l'équité, la couverture de la population, le panier des soins de santé.

L'AMO, implique une adhésion obligatoire de toute la population notamment les salariés, les travailleurs indépendants, les entreprises et le gouvernement, qui paient une contribution à une caisse d'AMO. La base de contribution des salariés et des entreprises est normalement le salaire. La contribution des travailleurs indépendants est soit forfaitaire, soit basée sur un revenu prévisionnel. Le gouvernement peut apporter une aide à ceux qui, autrement, ne

pourraient payer⁸, L'assurance maladie doit s'assurer que les individus sont traités avec suffisamment de respect et qu'elle est suffisamment orientée vers le client, sans distinction entre les différentes catégories de la population. L'AMO a son propre réseau de prestataires. Elle peut travailler avec des prestataires accrédités publics et privés ou alors combiner les deux (Carrin G. et alii, 2006).

2.2.3.4. Typologie des assurances

Il existe plusieurs types d'assurance en santé. Nous allons les classer d'abord suivant les rapports de force d'une assurance pour son propre équilibre et ensuite suivant son fonctionnement.

2.2.3.4.1. Typologie statique

La typologie la plus fréquente distingue les quatre grands types d'assurances maladies existants. L'assurance maladie nationale découle du système de Beveridge⁹, tandis que l'assurance maladie sociale s'inspire du système bismarckien¹⁰. Ces deux modèles sont dominants dans les pays riches. En Afrique, ils coexistent avec les assurances privées qui complètent en général les couvertures nationales et légales des fonctionnaires et des salariés du secteur privé. Enfin les assurances communautaires, adoptées de plus en plus par les pays pauvres, tendent à se fonder sur les associations ou les réseaux locaux et décentralisés et cherchent à compenser l'absence de la couverture des populations rurales ou urbaines vulnérables comme le montre le tableau IV suivant (Wang H. et alii, 2010).

Tableau IV : Principaux types d'assurance maladie

Types d'assurance	Source de financement	Gestion	Pays
Assurance maladie nationale	Régime d'imposition général	Secteur public	Canada, Costa-Rica, Grande-Bretagne, Ghana.
Assurance maladie sociale	Cotisations sociales payées par les employeurs et les salariés	Caisse de sécurité sociale ou caisse(s) d'assurance maladie	Colombie, Allemagne, Japon, Corée du Sud, Etats-Unis (Medicare),

⁸ Notamment les sans emploi ou les salariés à bas salaires du secteur informel

⁹ Système universel financé par l'impôt et géré par l'Etat

¹⁰ Système professionnel financé par des cotisations sociales et patronales et géré par les partenaires sociaux

Types d'assurance	Source de financement	Gestion	Pays
			Gabon.
Assurance privée facultative – système commercial	Primes payées individuellement ou par les employeurs et les salariés	Compagnie d'assurance commerciale à but lucratif ou non lucratif	Afrique de Sud, Etats-Unis, Namibie.
Assurance maladie communautaire	Primes payées individuellement ou par les communautés	La communauté ou une association	Chine, Inde, Philippines, Rwanda.

Sources : Wang H. et alii 2010

La prime correspond au montant à payer en fonction de la couverture d'assurance offerte. La prime dépend des prestations couvertes par l'assurance, du coût de ces prestations et de l'estimation de la probabilité qu'une personne ou un groupe assuré ait recours à ces prestations.

La mise en commun des risques correspond aux fonds perçus auprès des membres d'un groupe pour financer le coût d'un événement donné (en exemple : incendie, maladie, accident de voiture). Elle permet que les risques financiers découlant de coûts imprévisibles soient supportés par tous les membres du groupe et non pas par une seule personne. Par là même, elle protège chaque membre du groupe contre les dépenses catastrophiques. Plus grand et plus diversifié est le groupe¹¹, plus l'assurance maladie pourra répartir les risques de manière efficace (Wang H. et alii, 2010 ; Boidin B. et alii, 2012).

1.1.1.1.1. Typologie dynamique

Elle est liée aux systèmes de protection sociale des pays en développement. Elle classe ces systèmes selon le stade de l'expansion de l'assurance maladie, entamée dans certains pays. On recense trois types de système d'assurance maladie dans les pays en développement :

Le type 1 regroupe les pays dont le mouvement d'extension de la protection sociale est continu, c'est-à-dire qui évolue vers des systèmes combinant une assurance professionnelle avec la solidarité nationale pour les plus vulnérables. On y observe un essor des assurances

¹¹ C'est-à-dire qu'il comprend à la fois des personnes pauvres et riches, des hommes et des femmes, des personnes jeunes et âgées, des personnes malades et en bonne santé, etc.

privées, un système mutualiste peu développé, la primauté de l'Etat et un système de soins assez efficace. C'est le cas de la Tunisie et du Gabon.

Le type 2 caractérise un système d'assurance assez inégalitaire, encore embryonnaire et dont l'extension est bloquée ou lente, avec un modèle à base professionnelle. Les services d'assurance habituelle (publique ou professionnelle) sont de piètre qualité, et souvent accompagnés d'un développement plus ou moins dynamique de la micro-assurance. Le noyau assuré se limite encore largement aux salariés du secteur formel. C'est le cas du Togo.

Le type 3 désigne les pays dualistes, possédant un système traditionnellement étatique mais ayant évolué vers le développement rapide de l'assurance privée. Ce système incite à l'auto-assurance à cause de la dégradation des services publics, et l'assurance résiduelle conduit à de grandes inégalités. C'est le cas de l'Afrique du Sud (Wang H. et alii, 2010).

2.2.3.5. Lien entre l'assurance maladie et la CSU

L'assurance maladie est un système de financement parmi d'autres pour arriver à la CSU. Elle repose sur la perception d'une cotisation qui reste le plus souvent hors de portée des fractions les plus pauvres de la population (Dussault G. et alii, 2007). Le lien entre ces deux entités, unit le risque maladie qui affecte l'épanouissement individuel et la prospérité économique. Cette option renforce le socle de la solidarité nationale tout en permettant à l'Etat de disposer d'un nouvel outil pour garantir l'égalité du droit des citoyens à la santé. En effet, le marché libre de l'assurance maladie volontaire, ne peut pas assurer l'équité et l'efficience de la dépense, requises pour la prospérité économique (Carrin G. et alii, 2004). Elle exige beaucoup de temps pour prendre de l'ampleur et empêche l'atteinte de résultats. Ceci témoigne de l'importance de l'obligation d'adhérer à une assurance maladie afin de ne pas traiter les bons risques à part, et ne pas pouvoir minimiser le coût de l'assurance des mauvais risques (Dussault G. et alii, 2007).

Une assurance maladie obligatoire ou volontaire, même solidaire fait face à des cotisations appuyées sur les salaires dans des pays où la majeure partie du salariat appartient au secteur informel. Ce secteur sur lequel les autorités n'ont aucune donnée administrative. Il ressort alors que la multiplicité des objectifs du système de santé nécessite une pluralité de modalités de financement, dont l'assurance maladie n'est qu'un élément. Cette dernière est une source alternative de financement du système de soins, propre à rendre l'offre de biens et services de

santé moins sensible à des budgets souvent instables. Le financement partiel de l'offre de soins par un système d'assurance maladie, est une forme de protection contre des dépenses de soins élevés. Quel que soit le système de gouvernance adopté, il sera d'autant plus difficile de remettre en cause les financements de la santé, car la population aura le sentiment d'y participer directement par des cotisations sociales qui y sont directement affectées (Dussault G. et alii, 2007). Il convient de s'interroger sur la place respective de ces différents modes de financement, en premier lieu l'Etat, l'assurance maladie mais aussi les mutuelles.

Par conséquent, le centre d'intérêt vise la fonction de financement de santé de l'AMO. L'analyse en distinguera trois sous-fonctions inter-reliées : recouvrement des cotisations, mise en commun des risques et l'achat. Le recouvrement des cotisations peut être défini comme étant le procédé par lequel le système de santé reçoit l'argent des ménages, des entreprises, du gouvernement et d'autres organisations et des bailleurs de fonds (OMS, 2000). La mise en commun des risques est l'accumulation et la gestion de ces revenus afin d'étaler les risques de paiement des soins de santé des membres. Ainsi les personnes ne supportent plus seul le risque (OMS, 2000). L'achat est le procédé par lequel les contributions sont utilisées pour payer les prestataires afin de livrer un ensemble d'interventions de santé spécifiques ou non spécifiques. L'achat peut être soit passif soit stratégique. L'achat passif est réalisé selon des budgets prédéterminés ou par le paiement des factures lorsqu'elles se présentent. L'achat stratégique est préférable car il implique une recherche continue de meilleurs services de santé, comment les acheter et auprès de qui (OMS, 2000).

2.2.3.6. Evaluation de la performance d'une assurance maladie

Elle s'inscrit dans le cadre de la performance globale des systèmes de santé (OMS, Banque Mondiale, 2013). En 2013, l'OMS et la Banque Mondiale ont élaboré un cadre de suivi des progrès accomplis vers la CSU. Le cadre a été assorti de trois indicateurs généraux : couverture des services de santé (pourcentage de la population couverte par l'AMO) ; protection contre le risque financier (part des dépenses de santé directes par ménage) ; et équité de la couverture pour l'ensemble de la population (OMS 2014 ; OMS, Banque Mondiale, 2013). Il est possible d'évaluer la performance d'une structure de gestion d'assurance maladie en mesurant les changements qu'elle induit à travers des indicateurs de l'efficacité de la prestation de services et de la qualité des soins (taux de couverture des dépenses), l'efficience (ratio coûts de fonctionnement /recettes), la viabilité (ratio des dépenses

administratives), sans oublier la satisfaction des assurés. Si les résultats de l'évaluation sont satisfaisants, l'adhésion des politiques au régime d'assurance en est renforcée au fur et à mesure de son élargissement et les demandes de souscription sont augmentées (Wang H. et alii, 2010). L'évaluation de ces indicateurs a comme finalité l'instauration progressive de la CSU dans tous les pays et l'atteinte de ses objectifs (OMS 2014).

2.2.3.7. Indicateurs d'évaluation de la performance

Nous avons énuméré dans les tableaux V et VI ci-dessous des indicateurs usuellement utilisés pouvant nous permettre d'apprécier notre évaluation, aussi bien de l'AMO que de l'INAM.

1.1.1.1.2. Indicateurs de mesure de la performance du dispositif (AMO)

Les axes d'évaluation de performance du dispositif comme le montre le tableau V suivant sont :

- protection contre le risque financier ;
- équité ;
- couverture de la population ;
- panier des soins (offre et qualité).

Tableau V : Indicateurs de performance de l'AMO

Axes d'évaluation	Nom de l'indicateur	Définition	Normes
Protection contre le risque financier	Part des dépenses de santé directes par ménage ; Total des dépenses par an et par habitant	Assure des services abordables pour que chacun ait accès aux services de santé de qualité dont il a besoin sans s'exposer à des difficultés financières.	$\leq 40\%$ du revenu non indispensable à la subsistance du ménage
Equité	L'équité d'accès : <ul style="list-style-type: none"> • Les caractéristiques des adhérents de l'AMO • L'apport de l'AMO à la protection des plus démunis. • L'existence éventuelle de barrières à l'adhésion fixées par l'AMO. L'équité financière	L'équité en matière d'accès à la santé stipule que tout individu a le droit d'accéder aux soins indépendamment de sa situation économique, sociale, culturelle, de son état de santé, de son sexe et de son âge. Toute personne qui en a la possibilité contribue, en fonction de ses moyens, à sa propre protection sociale et, le cas échéant, à l'effort collectif que cette	Impact positif sur les bénéficiaires (notamment les groupes défavorisés) Un panier des soins identique pour tous

Axes d'évaluation	Nom de l'indicateur	Définition	Normes
		dernière met en jeu.	
Couverture de la population	Pourcentage de la population couverte par l'AMO ; Disponibilité des ressources de façon permanente ; Couverture par groupe de population	Pourcentage de la population totale de la zone d'intervention auquel l'assurance fournit des services	Pourcentages élevés associés à une meilleure performance. Si ressources suffisantes et pérenne, l'indicateur est performant. Plus large est la représentation, meilleure est la performance.
Panier des soins (offre et qualité)	Proportion de personnes (ventilation) recevant les services de santé nécessaires ;	Inclut les soins de santé sexuelle et reproductive, la planification familiale, les immunisations systématiques et le traitement des maladies non transmissibles (MNT), des maladies tropicales négligées (MTN) et des maladies transmissibles comme le VIH, la TB et le paludisme	

Sources : OMS/ BM 2014

1.1.1.1.3. Indicateurs de mesures de la performance de l'INAM

Les axes d'évaluation de la performance de l'INAM comme le montre le tableau VI suivant portent sur :

- l'efficacité ;
- l'efficience ;
- la pertinence ;
- la Viabilité.

Tableau VI: Indicateurs de performance de l'INAM

Axes d'évaluation	Nom de l'indicateur	Définition	Normes
Efficacité	Quel est le niveau de satisfaction de l'assuré ?	Enquête sur le terrain	Assurés satisfaits de l'INAM
	Ratio des charges administratives par rapport aux cotisations	Charges administratives/cotisations et majorations de retards encaissées	≤ 15%
	Ratio des dépenses administratives sur les produits techniques réalisées	Dépenses administratives/Produits techniques	< 15%
Efficience	Taux de couverture	Taux de couverture $n = \text{Nombre d'assurés actifs} / \text{Population cible}$	Plus le pourcentage est élevé, plus il est performant
	Ratio des charges de	Charges de fonctionnement/charges	≤ 15%

Axes d'évaluation	Nom de l'indicateur	Définition	Normes
	fonctionnement par rapport aux charges totales Ratio des ressources de cotisations allouées aux prestataires	totales Charges techniques/produits techniques	 ≥ 65%
Pertinence	Ratio de taux de couverture des cotisations Restes à traiter en fin de période	Cotisations recouvrées/cotisations mise en recouvrement et arrivées à échéance Volume de dossier à traiter en fin de période/ Ensemble des dossiers reçus au cours de la période	≥ 90% < 15%
Viabilité	Ratio des charges de fonctionnement par rapport aux charges totales Ratio des charges administratives par rapport aux cotisations Ratio des dépenses du personnel Taux des cotisations non recouvrées en fin de période Ratio de trésorerie à l'échéance	Charges de fonctionnement/charges totales Charges administratives/cotisations et majorations de retards encaissées Frais de personnel / Total des charges Frais de personnel / Charges de fonctionnement Frais de personnel / Charges techniques Frais de personnel / Cotisations Montant des cotisations restantes à recouvrer/Montant des cotisations mises en recouvrement Valeurs réalisable et disponible/dettes à court terme	≤ 15% ≤ 15% < 15% < 85% < 25% < 15% ≤ 3% ≥ 1

Sources: CIPRES 2000, BIT/ CIDR 2001, Projet Health Systems 20/20/ USAID 2010, Garand D.et Wipf J. /ADA 2012.

2.2.4. Collecte des données

2.2.4.1.Outils

La collecte des données a été réalisée à l'aide d'un questionnaire qui s'articule autour des points suivants : niveau de satisfaction globale ; accueil à l'INAM, accueil dans les centres de santé conventionnés et dans les pharmacies conventionnées ; disponibilité des informations sur la prise en charge ; utilisation des carnets et autres documents ; délai d'attente avant d'obtenir les cartes et les carnets ; délai de traitement de demande d'entente préalable ; délai de traitement de demande de TPC ; délai de traitement de demande de renouvellement de carnets ; circuit du patient dans les centres de soins ; montant payé par l'assuré pour les actes médicaux et paramédicaux ; problèmes rencontrés et suggestions.

2.2.4.2.Date, Pré-test, Procédures et Collecte des données

L'enquête s'est déroulée du 05 au 21 Septembre 2014 dans Lomé-Commune dans les formations sanitaires, les établissements et les entreprises publics servant ou employant des assurés INAM.

Avant l'administration du questionnaire, un pré-test a été effectué auprès de 20 assurés venant au siège de l'INAM afin de corriger, reformuler et intégrer certaines questions.

Après le pré-test, le questionnaire corrigé a été administré suivant un mode indirect sur les sites de consultations agréés aux assurés dans les salles de l'INAM (renouvellement des vignettes, entente préalable, TPC, carte) et dans les centres de soins conventionnés regroupés par catégorie suivants : formations sanitaires publiques et privées ; établissements de Lunetteries. Nous avons aussi enquêté certains assurés au niveau des ministères et entreprises de l'Etat. Nous avons enquêté sur la satisfaction des responsables des pharmacies conventionnées et ceux de la comptabilité des centres de soins conventionnés les plus fréquentés par les assurés de l'INAM, sur le respect des règles de convention signées et le délai de remboursement.

Les informations reçues à ces niveaux ont été complétées par une revue documentaire relative d'une part à l'état des connaissances actuelles sur le sujet et d'autre part sur les données démographiques, statistiques, économiques et épidémiologiques

2.2.4.3.Difficultés rencontrées

Les difficultés rencontrées au cours de la collecte des données ont été entre-autres :

- La faible fréquentation des assurés dans les cliniques et établissements de lunetteries ;
- Le refus de certains prestataires et assurés de participer à l'enquête ;
- La réticence et rétention d'informations sur les états financiers et administratifs de l'INAM limitant les calculs d'autres indicateurs de performance ;
- La non disponibilité de documents officiels au niveau du Ministère de la Santé.

2.2.4.4.Saisie et traitement des données

La saisie et le traitement des données, ont été réalisés à partir du logiciel sphinx et du tableur Excel. Les données collectées ont été regroupées et analysées, pour permettre de dégager les

relations et aussi les recommandations. Certaines données de la partie qualitative ont permis de compléter l'évaluation de la performance de l'AMO et de l'INAM

CESAG - BIBLIOTHEQUE

DEUXIÈME PARTIE :
PRÉSENTATION DES RÉSULTATS, ANALYSE
ET RECOMMANDATIONS

Chapitre 3 : PRÉSENTATION DES RÉSULTATS ET ANALYSE

Dans ce chapitre, nous avons présenté les résultats sur les indicateurs de performance de l'AMO et de l'INAM, puis les résultats sur l'enquête sur la satisfaction des assurés et des responsables des structures conventionnées. Ces différents résultats ont été analysés suivant les trois fonctions principales d'une assurance maladie universelle : le recouvrement des cotisations, la mise en commun des fonds et l'achat des prestations. Enfin, nous allons analyser les indicateurs de performance de la structure de gestion l'INAM.

La présente étude connaît certaines limites en rapport avec l'indisponibilité des données sur certains indicateurs de l'année 2012 et 2013, notamment : la part des dépenses de santé directes par ménage ; le total des dépenses par an et par habitant ; le pourcentage de la population cible couverte par l'AMO ; la proportion des personnes recevant les services de santé nécessaires ; le ratio des prestations indues en 2013.

3.1. Présentation des résultats

Les résultats proviennent non seulement de l'analyse documentaire, mais aussi de l'analyse qualitative en relation avec l'enquête sur la satisfaction des assurés. Dans un premier temps, nous allons présenter les indicateurs de performance de l'AMO puis de l'INAM. Ensuite, nous allons faire le récapitulatif de l'enquête sur la satisfaction des assurés et des responsables des structures de santé conventionnées de l'INAM.

3.1.1. Présentation des résultats des indicateurs de performance de l'AMO et de l'INAM

Les tableaux VII et VIII ci-dessous, nous ont montré les résultats des différents indicateurs disponibles au Togo. La majorité des indicateurs utilisés ont pu être renseignés pour les années 2012 et 2013. Ceci nous a permis de faire une analyse de la performance de l'AMO en fonction des normes des grands axes définis par l'OMS, la BM, les réalités sanitaires, politiques, administratives et financières de l'INAM ainsi que du pays.

Tableau VII : Résultats des indicateurs de performance de l'AMO au Togo de 2012 et 2013

Axes d'évaluation	Nom de l'indicateur	Normes	2013	2012
Protection contre le risque financier	Part des dépenses de santé directes par ménage	$\leq 40\%$ du revenu non indispensable à la subsistance du ménage	ND	
	Total des dépenses par an et par habitant	> 40 \$/ Habitant / an	ND	41\$
Equité	L'équité d'accès : les caractéristiques des adhérents de l'AMO ; l'apport de l'AMO à la protection des plus démunis ; l'existence éventuelle de barrières à l'adhésion fixées par l'AMO	Impact positif sur les bénéficiaires (notamment les groupes défavorisés)/ Un panier des soins identique pour tous	NON	
			Agents en activité et aux agents à la retraite du public et assimilés	
			NON	
	L'équité financière	Equilibre de l'équité; Même taux de prélèvement	NON	
Couverture de la population	Pourcentage de la population	Pourcentages élevés associés à une meilleure performance.	46,5 % (2014)	
	Disponibilité des ressources de façon permanente	Si ressources suffisantes et pérenne, l'indicateur est performant.	OUI	ND
	Couverture par groupe de population	Plus large est la représentation, meilleure est la performance.	NON	
Panier des soins (offre et qualité)	Couverture médicale	Capacité opérationnelle générale des formations sanitaires	60%	
	Couverture population	Proportion de personnes (ventilation) recevant les services de santé nécessaires ;	46,5 % (2014)	

Sources: CIPRES 2000, BIT/ CIDR 2001, Projet Health Systems 20/20/ USAID 2010, Garand D.et Wipf J. /ADA 2012, INAM 2014, OMS/BM 2014.

Le tableau VII renseigne tous les indicateurs pertinents liés à l'évaluation. Ce faisant, ceux que nous avons obtenus, ont permis d'analyser la performance de l'AMO de façon exhaustive. La suite des indicateurs sont référés dans le tableau VIII suivant.

Tableau VIII : Résultats des indicateurs de performance de l'INAM de 2012 et 2013

Axes d'évaluation	Nom de l'indicateur	Normes	2013	2012	
Efficacité	Quel est le niveau de satisfaction de l'assuré ?	Assurés satisfaits de l'INAM	42% (2014)		
	Ratio des charges administratives par rapport aux cotisations	≤ 15%	19,44%	27,41%	
	Ratio des dépenses administratives sur les produits techniques réalisées	< 15%	19,44%	27,10%	
Efficience	Taux de couverture	Plus le pourcentage est élevé, plus il est performant	ND	ND	
	Ratio des charges de fonctionnement par rapport aux charges totales	≤ 15%	21,93%	45,22%	
	Ratio des ressources de cotisations allouées aux prestataires	≥ 65%	69,17%	32,76%	
Pertinence	Ratio de taux de couverture des cotisations	≥ 90%	91,54%	98,87%	
	Restes à traiter en fin de période.	< 15%	0,01%	0,01%	
Viabilité	Ratio des charges de fonctionnement par rapport aux charges totales	≤ 15%	21,93%	45,22%	
	Ratio des charges administratives par rapport aux cotisations	≤ 15%	19,44%	27,41%	
	Ratio des dépenses du personnel	Frais de personnel / Total des charges	< 15%	9,62%	14,39%
		Frais de personnel / Charges de fonctionnement	< 85%	43,87%	36,50%
		Frais de personnel / Charges techniques	< 25%	12,33%	26,32%
		Frais de personnel / Cotisations	< 15%	8,53%	8,62%
Taux des cotisations non recouvrées en fin	≤ 3%	8,46%	1,13%		

Axes d'évaluation	Nom de l'indicateur	Normes	2013	2012
	de période			
	Ratio de trésorerie à l'échéance	≥ 1	2,42	2,8

Sources: CIPRES 2000, BIT/ CIDR 2001, Projet Health Systems 20/20/ USAID 2010, Garand D. et Wipf J. /ADA 2012, INAM 2014, OMS/BM 2014.

Le tableau VIII présente les résultats liés aux indicateurs de façon exhaustive. Toutefois, certaines données ne sont disponibles auprès de l'INAM. Ceci a permis de faire l'analyse en tenant compte des réalités de l'environnement de l'INAM et de ses assurés.

3.1.2. Présentation et commentaire des résultats de l'enquête sur la satisfaction des assurés et des responsables des structures de santé conventionnées

3.1.2.1. Description de l'échantillon

La collecte a porté sur deux types d'échantillon. Le premier a comporté 394 individus dont 20% de prescripteurs et le second a inclus 64 responsables dont 79,69% de pharmaciens. Ce choix a permis de valider la pertinence des réponses collectées. Vu la taille de l'échantillon, la période prévue pour la collecte des données et les moyens financiers disponibles ont concouru à valider les différents choix et l'atteinte des objectifs que nous nous sommes fixés. Nous retenons aussi que les responsables des FS enquêtés sont mieux outillés et ont fourni les explications nécessaires sur les difficultés existantes qu'ils rencontrent dans le partenariat avec l'INAM.

La tranche d'âge de [25-35[ans est la plus représentée avec 37,8% des cas, suivi de [35-50[ans dans 37,3% et de [50-60[ans dans 11,9%. Les hommes sont majoritaires et représentent 77,5% (305). Le sexe ratio (Homme /Femme) est de 4,42, c'est-à-dire une femme pour 4 hommes. En effet au Togo, la situation des femmes laisse apparaître une représentation sociale en sa défaveur quel que soit le domaine considéré. Le droit des femmes à s'insérer dans une profession devant leur permettre d'obtenir des revenus est subordonné par le code des personnes et de la famille et au bon vouloir du mari (GF2D et alii, 2007). La différence entre les hommes et les femmes sur le marché du travail est significative. Les femmes sont généralement employées dans l'agriculture de subsistance, l'informel, l'emploi non protégé et souvent sous représentées dans le travail formel du secteur privé et du secteur public (BIT 2010). Il en ressort que les échantillons ont inclus plus d'hommes que de femmes assurées.

Sur les 394 assurés ayant répondu, 94,4% avaient moins de 10 personnes à charge, suivis de 5,6% qui ont entre 10 et 20 personnes à charge. Les données ont montré un minimum de 0 et un maximum de 17 personnes, et une moyenne de 5 personnes en charge par ménage suivant un écart-type de 5. Ce résultat relativement en conformité avec les études de préféabilité et de faisabilité de Décembre 2009 à Février 2010 lors de la mise en place de l'INAM, qui estimait le nombre moyen de personnes à prendre en charge par ménage à six (6) (INAM-Togo, 2010).

3.1.2.2. Niveau de satisfaction avant et après adhésion à l'INAM

3.1.2.2.1. Appréciation du niveau de cotisation par rapport au revenu

Au cours de l'enquête, 64,5% des assurés ont jugé que le niveau de prélèvement des cotisations par rapport à leur revenu est adéquat. Un enquêté sur trois estime que le taux de prélèvement est élevé par rapport à leurs revenus. Parmi eux, plus de 52,23% sont des prestataires, comme le montre le tableau IX ci-dessous. Ceci pourrait expliquer une absence de motivation suite aux prestations fournies aux assurés, et aussi mettre l'accent sur les diverses revendications du corps médical par rapport à leur indice salarial. L'insuffisance du paquet incitatif a pour conséquence une véritable démotivation, un mécontentement et un risque important lié à la qualité des soins, par conséquent, un problème potentiel de pérennité de l'offre aux assurés (Jansen C. et alii, 2014).

Tableau IX : Répartition de l'appréciation du taux de prélèvement par les enquêtés

Appréciation du taux de prélèvement	Fréquence Absolue	Pourcentage %
Faible	4	1,0
Elevé	136	34,5
Adéquat	254	64,5
Total	394	100

Sources : Enquêtes

3.1.2.2.2. Structures de soins de santé fréquentées avant et après l'adhésion à l'INAM

Au cours de l'enquête, avant l'adhésion à l'INAM, 30% des assurés (118) fréquentaient les centres médico-sociaux (CMS), suivis de 24,6% pour les CHU et de 12,7% les cliniques

privées. Après l'adhésion à l'INAM, 55,8% des assurés (219) fréquentent majoritairement les CHU suivis de 16,3% pour les CMS et de 11,7% pour les Hôpitaux de district, comme le montre le tableau X suivant.

Tableau X : Répartition des structures fréquentées avant et après adhésion à l'INAM

Structures de soins	Avant l'adhésion à l'INAM		Après l'adhésion à l'INAM	
	Fréquence Absolue	%	Fréquence Absolue	%
Pharmacies (automédication)	37	9,4	0	0
USP	27	6,8	2	0,5
Autres (CHAL, CAMP FIR)	1	0,2	4	1
CHR	31	7,9	28	7,1
Clinique/ Cabinet privé	50	12,7	30	7,6
Hôpital de district	33	8,4	46	11,7
CMS	118	30	64	16,3
CHU	97	24,6	220	55,8
Total	394	100	394	100

Sources : Enquêtes

La réduction par l'AMO du paiement direct a entraîné une augmentation de la fréquentation des CHU par rapport aux CMS. Ceci est dû à une augmentation du transfert des malades des CMS vers les CHU par les prestataires, vu que le plateau technique n'est pas exhaustif ainsi que la disponibilité de certains soins, donc une limitation thérapeutique. Aussi, cela peut être dû au fait que les assurés sont à la quête de prestations spécialisées avec la disponibilité d'un plateau technique de proximité. Les assurés optent implicitement pour des coûts élevés de prise en charge (PEC) de maladies qui devraient coûter moins à l'AMO. Cette tendance du non-respect du système de référence contre-référence, peut avoir un effet sur les coûts des prestations engendrés par l'AMO et donc une implication sur la viabilité de l'INAM. Car, selon les rapports de l'INAM, l'on constate une croissance mensuelle des adhérents et de la consommation des prestations en 2013.

3.1.2.2.3. Connaissance sur les taux de prise en charge de l'INAM

Parmi les enquêtés, 279 assurés soit près de 71% ont une bonne connaissance des taux de PEC dont ils bénéficient à travers l'INAM comme le montre le tableau XI suivant. Le résultat est encourageant car il a permis de connaître le degré de pertinence des réponses données par les enquêtés sur l'appréciation des prestations fournies à travers l'INAM.

Tableau XI : Notion des enquêtés sur les taux de prise en charge de l'INAM

Taux de prise en charge (%)	Fréquence Absolue	Pourcentage %
moins de 60	101	25,7
de 60 à moins de 80	14	3,5
de 80 à 100	279	70,8
Total	394	100

Sources : Enquêtes

Le résultat permet de mettre en exergue le fait que les assurés sont informés sur le contenu du contrat de PEC de l'INAM. Ceci peut toutefois améliorer la compréhension des non assurés et constituer un facteur positif pour l'élargissement de la CSU.

3.1.2.2.4. Appréciation des enquêtés sur le panier de prestation de l'INAM

Sur les 394 enquêtés, 57,9% ont indiqué que le panier de prestation est moyen ; suivi de 22,6% qui l'estiment insuffisant, et 8,9% le considèrent très insuffisant comme le montre la figure 6 ci-dessous. Ceci permet d'identifier que pour la majorité (57,9%), le panier de prestation répond moyennement aux besoins des soins de santé des assurés.

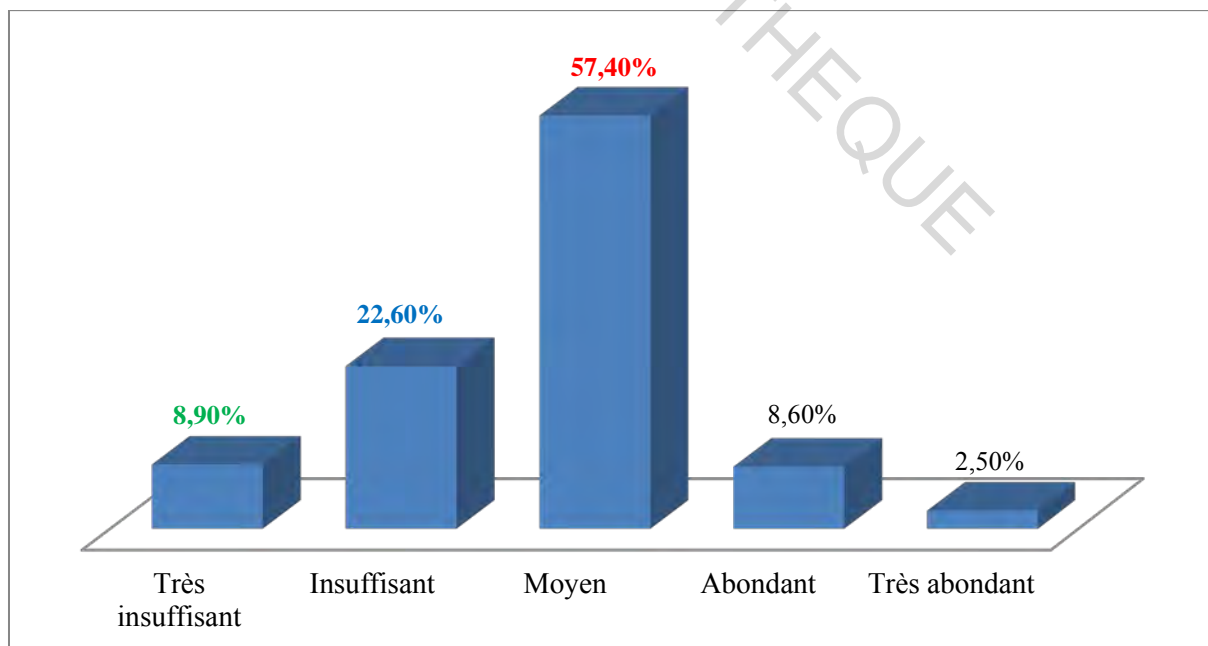


Figure 6 : Répartition de l'appréciation du panier de prestation par les enquêtés

Sources : Enquêtes

3.1.2.2.5. Appréciation du recours aux soins par les enquêtés avant l'adhésion à l'INAM

Parmi les enquêtés, avant l'adhésion à l'INAM, 34,3% des assurés ont recours aux soins « à temps », 25,9% estiment être « moins tardif », 19% indiquent être « plus tardif » comme le montre la figure 7 ci-dessous. Ceci est préoccupant vu les taux élevés des assurés qui tardent à se prendre en charge. Les résultats s'expliquent par la lourdeur du paiement direct qui entraîne une inquiétude face à la maladie et la nécessité d'avoir recours aux soins. Les résultats montrent la réalité des centres de soins qui accueillent des patients à un stade avancé de la maladie. Il ressort alors que les indicateurs de santé comme le taux de mortalité, la prévalence et la morbidité des maladies évitables peinent à être réduits.

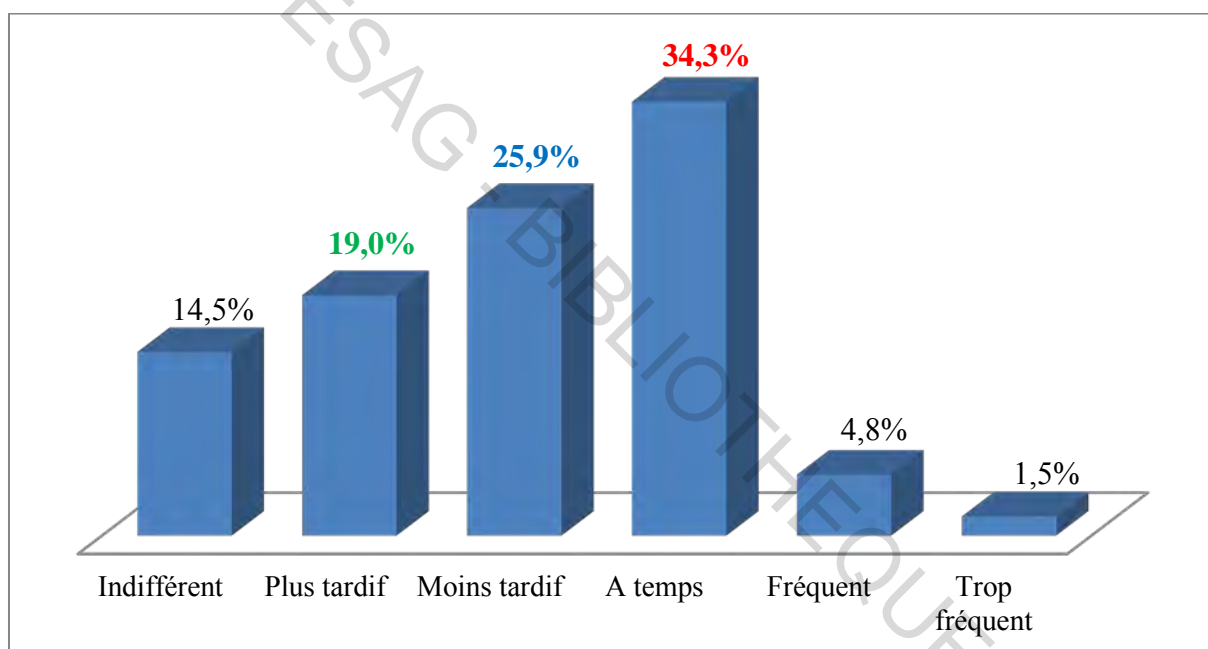


Figure 7 : Répartition de l'appréciation du recours aux soins avant adhésion à l'INAM par les enquêtés

Sources : Enquêtes

3.1.2.2.6. Appréciation du recours aux soins par les enquêtés après l'adhésion à l'INAM

Parmi les enquêtés, après l'adhésion à l'INAM, 56,6% des assurés avaient recours aux soins « à temps », 28,2% soulignent être « moins tardif », 1,8% estiment être « plus tardif » comme le montre la figure 8 ci-dessous.

En comparaison avec la figure 3, le recours aux soins à temps a augmenté de 1,65 fois. Ceci s'explique par la diminution du paiement direct par les assurés. Ce qui signifie qu'il n'y a plus d'hésitation pour les assurés à avoir recours aux soins de santé en cas de maladie. Il constitue un aspect positif quant à l'apport de l'AMO pour la protection contre le risque financier.

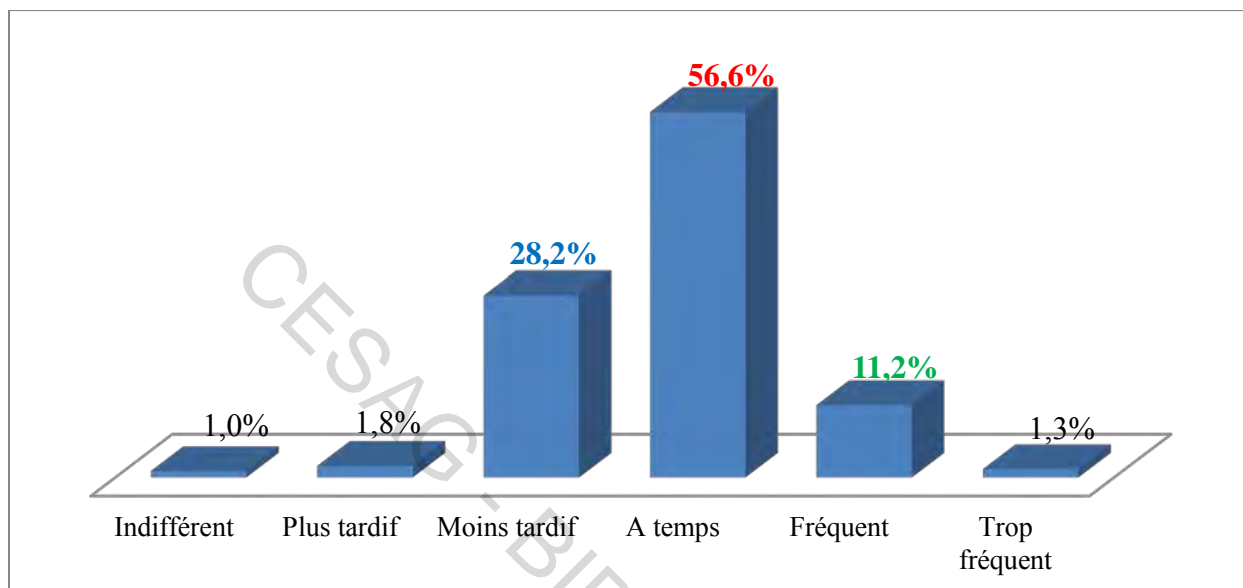


Figure 8 : Répartition de l'appréciation du recours aux soins après adhésion à l'INAM par les enquêtés

Sources : Enquêtes

3.1.2.2.7. Appréciation de la communication entre les enquêtés et l'INAM

Parmi les enquêtés, 44,3% des assurés ont affirmé être « plutôt pas satisfaits » de la communication avec l'INAM en tant que bénéficiaires ; suivi de 26,7% qui affirment être « plutôt satisfaits » et 22,9%, « pas du tout satisfaits ». Seulement 6,1% des assurés indiquent être « tout à fait satisfaits » de la communication avec l'INAM comme le montre la figure 9 ci-après. Les résultats obtenus peuvent s'expliquer par le fait que, d'une part la collecte s'est déroulée au cours de la période de rupture des vignettes et d'autre part, par le manque d'informations sur la situation réelle. La vignette, collée sur la carte INAM de l'assuré, lui permet de bénéficier de la couverture en santé pendant 6 mois. L'assuré est tenu de se rendre à la direction INAM de sa région pour le renouvellement de la vignette en cas d'expiration faute de quoi toutes ses demandes auprès des centres de soins seront rejetées.

La commande des vignettes a été tardive, et les assurés ne s'en rendaient compte que lorsqu'ils se présentent dans les bureaux INAM pour le renouvellement. La situation avait embarrassé plus d'un, vu la rareté des sites INAM et la distance qu'ils parcouraient sans savoir la date exacte de disponibilité des vignettes et le fait qu'ils n'ont pas été pris en charge dans les centres de santé faute de validité de la carte. Certains assurés ont évoqué l'absence d'un numéro vert permettant de joindre les agents de l'INAM à tout moment pour s'informer et le nombre limité des sites ou des bureaux de l'INAM dans les centres en périphérie, vu qu'ils sont obligés de se rendre dans les centres ayant des sites INAM pour le traitement de leurs demandes.

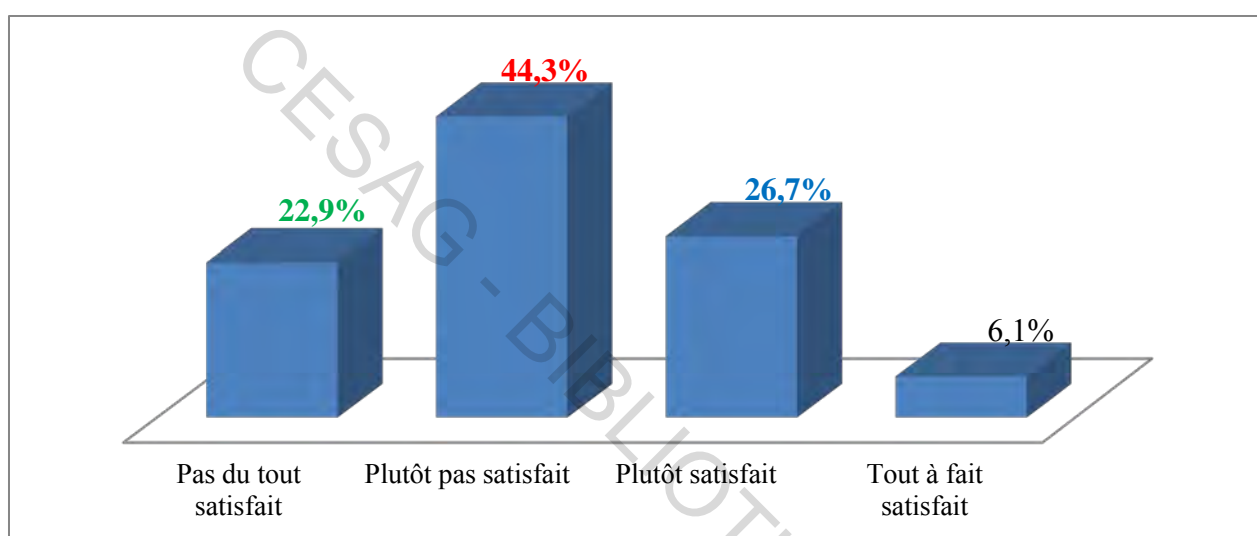


Figure 9 : Répartition de l'appréciation par les enquêtés de la communication avec l'INAM

Sources : Enquêtes

3.1.2.2.8. Appréciation par les enquêtés du délai de mise à disposition de l'ensemble des outils de l'INAM

Selon l'échantillon, 41% des enquêtés ont affirmé que le délai est « acceptable », 31,8% indiquent qu'il est « long », et 15,9% estiment qu'il était « très long ». Le résultat dénote la promptitude des agents de l'INAM acceptable dans l'ensemble, comme le montre la figure 10 ci-dessous. Ceci s'explique par la non informatisation du système qui oblige les agents de l'INAM à travailler manuellement. Il est clair que des efforts restent à fournir. La question d'insuffisance de personnel de l'INAM peut aussi se poser dans le but de la satisfaction de leurs clients ou les assurés.

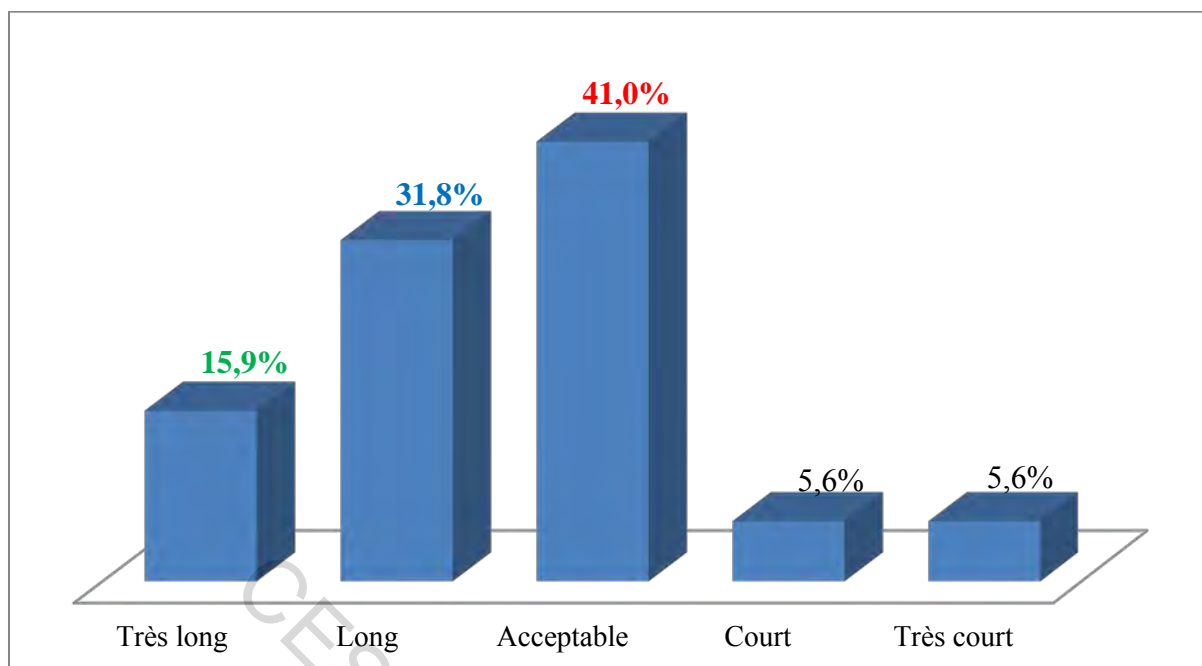


Figure 10: Répartition de l'appréciation par les enquêtés du délai de mise à disposition des outils de l'INAM

Sources : Enquêtes

3.1.2.2.9. Appréciation par les enquêtés de l'accueil dans les centres de santé conventionnés avec l'INAM

D'après l'échantillon, 35% des assurés ont estimé que l'accueil dans les structures de santé est « plutôt satisfait » ; suivi de 32,1% qui le jugent « plutôt pas satisfait », et 23,7%, « pas du tout satisfait ». Seulement, 9,2% indique qu'il est « tout à fait satisfait » comme le montre la figure 11 ci-après. Nous remarquons que les résultats obtenus sont rapprochés, c'est-à-dire que l'écart entre les différentes modalités d'appréciation de l'accueil ne s'éloigne pas. Ceci montre que l'accueil dans les centres de santé est diversement apprécié par les assurés et il fait souvent sujet d'actualité des patients. Des études précises n'y sont pas encore réalisées mais les résultats obtenus permettent de constater que certaines réalités sont en défaveur de certains patients du fait qu'ils sont accueillis en consultation lorsque les prestataires sont épuisés par le poids de la journée. Nous pouvons noter également les conditions précaires dans lesquelles travaillent les prestataires, la non motivation et la lourdeur des outils INAM à remplir. Il ressort également que le nombre de prestataires que l'État absorbe chaque année en qualité de fonctionnaires sous le statut général est inférieur au nombre de diplômés promus par les différents établissements de formation, ce qui amène certaines prestataires à s'orienter vers d'autres activités (Enquête SARA Togo, 2012).

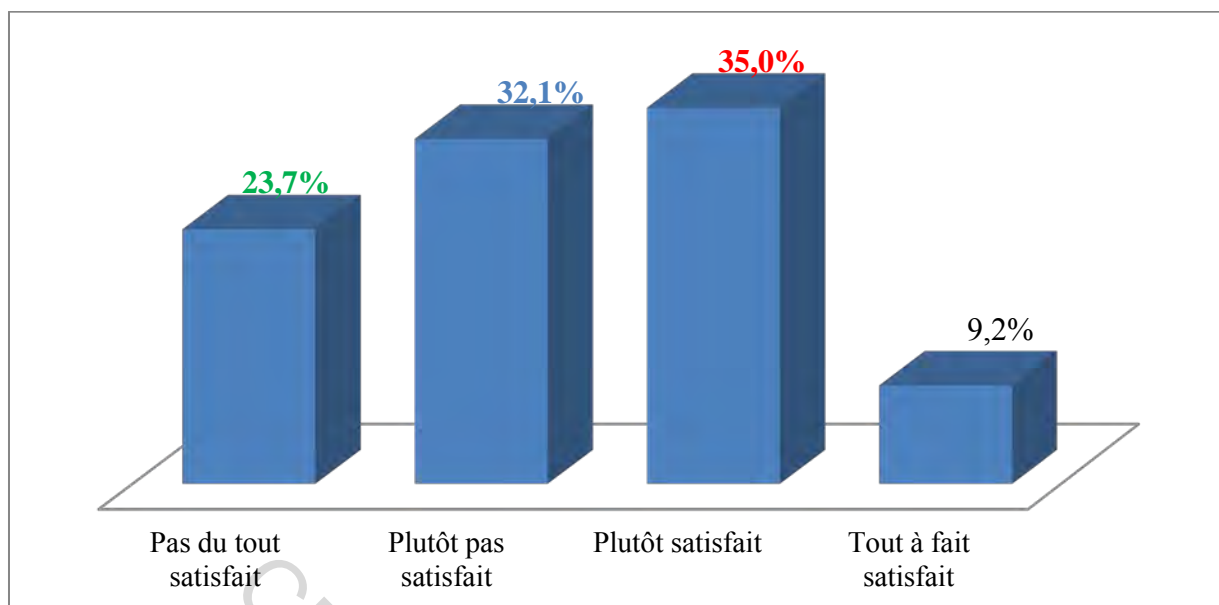


Figure 11: Répartition de l'appréciation l'accueil dans les centres de santé conventionnés par l'INAM

Sources : Enquêtes

3.1.2.2.10. Appréciation par les enquêtés de l'accueil dans les pharmacies conventionnées avec l'INAM

Selon l'échantillon, 34,9% des enquêtés ont affirmé que l'accueil dans les pharmacies est « plutôt pas satisfait », suivi de 33,7% qui le jugent « plutôt satisfait », 23,7% « pas du tout satisfait » et de 7,7% pour qui, il est « tout à fait satisfait » comme le montre la figure 12 ci-après. Les raisons à évoquer devant ces résultats constituent le fait que les pharmacies ont un résultat financier à atteindre à la fin du mois. Elles ont tendance à servir non par ordre d'arrivée, mais d'abord les non assurés avant les assurés INAM. Les outils INAM, la vérification des médicaments dans la base de données, et le calcul des pourcentages sont entre autres des circuits, des conditions, à suivre pour servir un assuré INAM, ce qui leur prend le plus de temps, ont-ils déclaré.

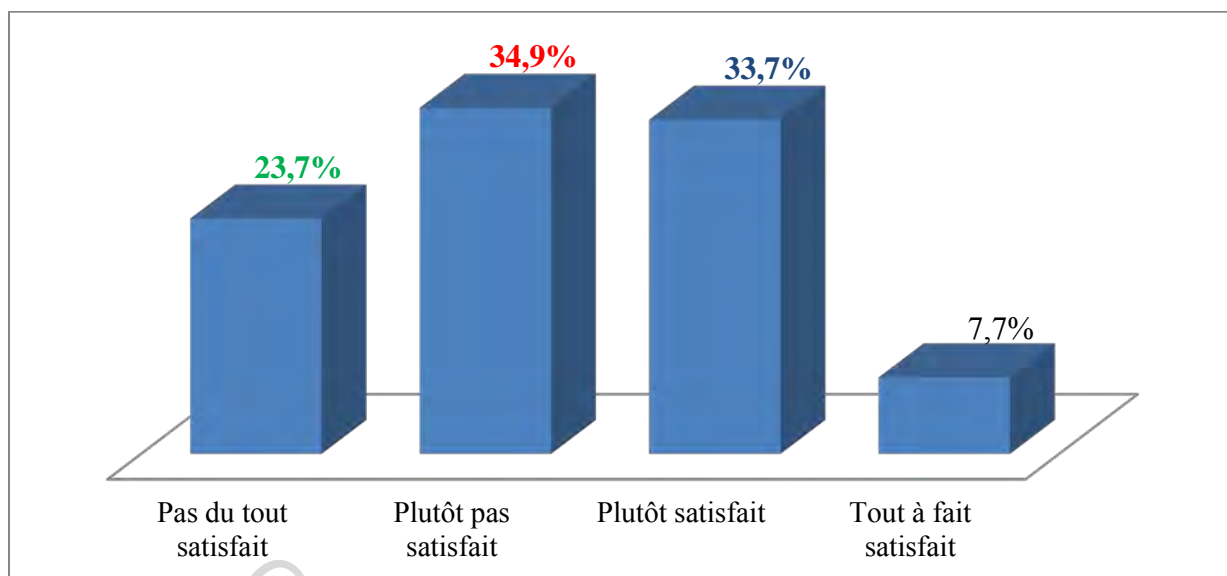


Figure 12: Répartition de l'appréciation l'accueil dans les pharmacies conventionnées par l'INAM

Sources : Enquêtes

3.1.2.2.11. Appréciation par les enquêtés du circuit du patient assuré

D'après l'échantillon, 52% des enquêtés ont affirmé que le circuit des patients bénéficiaires des soins dans les structures est « compliqué », suivi de 27,2% qui le jugent « très compliqué ». Par contre 19,8% indiquent qu'il est « facile » et seulement 1% le considère de « très facile » comme le montre la figure 13 ci-après. Les résultats s'expliquent par la non systématisation des outils obligeant les prestataires à faire une vérification rigoureuse pour éviter de ne pas servir le « faux » assuré, allongeant ainsi le temps de la consultation et obligeant les assurés à passer d'agents en agents pour faire valider leur demande d'obtention de prestations médicales.

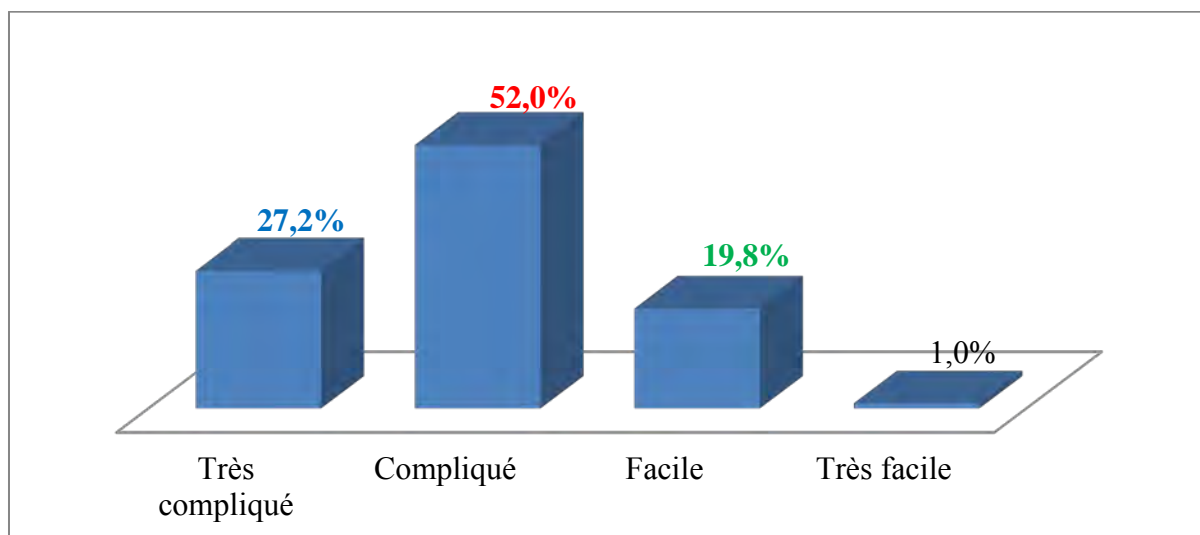


Figure 13: Répartition de l'appréciation par les enquêtés du circuit du patient assuré

Sources : Enquêtes

3.1.2.3. Niveau de satisfaction des assurés dans les structures de soins de santé

3.1.2.3.1. Appréciation par les enquêtés des conditions de prise en charge dans les structures de soins conventionnées avec l'INAM

Pour les conditions de prise en charge des bénéficiaires dans les structures de soins conventionnés de l'INAM, 38,7% des enquêtés ont affirmé qu'elle est « plutôt satisfait », 36,9% l'estiment « plutôt pas satisfait » mais pour 18,4%, elle est « pas du tout satisfait », comme le montre la figure 14 ci-après. Les résultats s'expliquent par des travaux de rénovations dans les centres de santé, le recrutement des agents de santé malgré l'inégale répartition des prestataires et la vétusté des équipements de santé (Ministère de la Fonction Publique - Togo, 2011).

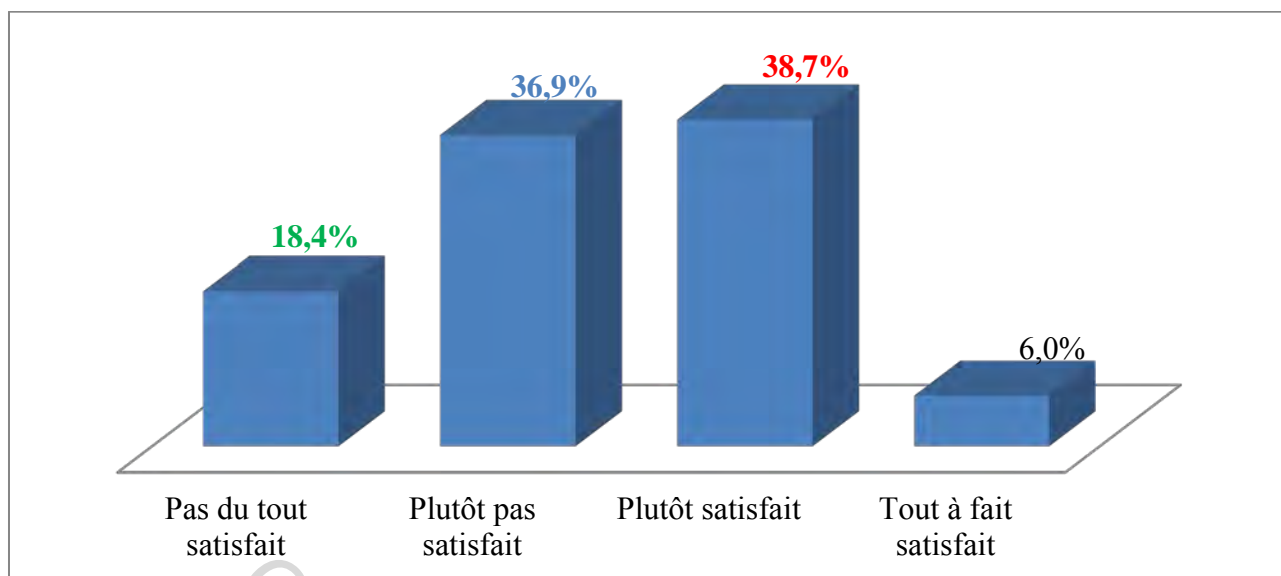


Figure 14: Répartition de l'appréciation par les enquêtés des conditions de prise en charge dans les centres de soins conventionnés avec l'INAM

Sources : Enquêtes

3.1.2.3.2. Appréciation par les enquêtés de l'efficacité des soins dans les structures de soins conventionnées

A propos de l'efficacité des soins reçus dans les structures de soins de santé conventionnées, 34% des enquêtés ont affirmé que l'efficacité est « passable » ; 29% la jugent « moyenne » alors que pour 27,4%, elle est « bonne » comme le montre le tableau XII ci-après. Les résultats traduisent implicitement la qualité des soins offerts puisque la majorité des assurés ne recouvre pas un état de santé amélioré. Toutefois, 27,4% ont trouvé qu'ils sont plutôt guéris de la maladie qui les aurait conduits dans les structures de soins.

Tableau XII : Répartition de l'appréciation de l'efficacité des soins dans les centres conventionnés de l'INAM

Appréciation de l'efficacité des soins	Fréquence Absolue	Pourcentage %
Excellent	15	3,8
Mauvais	23	5,8
Bon	108	27,4
Moyen	114	29
Passable	134	34
Total	394	100

Sources : Enquêtes

3.1.2.3.3. Appréciation par les enquêtés du rôle protecteur de l'INAM

D'après l'échantillon, 79,4% des enquêtés ont affirmé que l'INAM joue un rôle protecteur contre le risque maladie et les dépenses catastrophiques au moment où ils ont besoin de soins. Les résultats sont en droite ligne et conformes à l'appréciation concernant le taux de PEC. Ceci permet de constater que les assurés ont affirmé être déchargés du poids du paiement direct.

3.1.2.4. Perspectives d'avenir de l'INAM

3.1.2.4.1. Problèmes rencontrés par les enquêtés en utilisant les services de l'INAM

Concernant les données valides à propos de la question relative aux problèmes rencontrés dans l'utilisation des services de l'INAM, 92,6%, soit 365 enquêtés ont répondu. Parmi eux, 14,5% ont le plus mis l'accent sur le mauvais accueil des prestataires dans les centres de soins, dans les pharmacies dès qu'ils se présentent à eux ainsi qu'aux agents de l'INAM. D'entre eux, 11,8% ont signalé le poids contraignant des outils INAM et qui sont pénibles à remplir. La lenteur dans le traitement de l'EP a été également signalée dans 11,5% des cas. La non disponibilité des services de l'INAM en PEC en urgence lors des jours fériés et des week-ends, la faible communication, la validité courte des outils, la faible réactivité des prestataires, le circuit compliqué qu'emprunte le bénéficiaire, la rupture des vignettes, le panier limite des prestations, et d'autres situations, constituent entre autres les principaux problèmes évoqués par les assurés enquêtés.

D'autres problèmes ont été signalés. Il s'agit notamment de : l'absence de numéro de téléphone sur les cartes perdues ; le code prescripteur ne couvrant pas tout le pays ; l'obligation parfois des dépenses sur fonds propres ; l'exigence de pourboire par certains prestataires avant le remplissage des outils ; le faible taux de prise en charge dans les cliniques ; l'insuffisance des guichets de caisse et de prestataires ; le taux insuffisant de prise en charge des lunettes ; le prix élevé du renouvellement des outils ; les pharmacies conventionnées non proches des centres à la garde. Ces problèmes soulevés nécessitent une attention particulière et méritent des solutions.

3.1.2.4.2. Facteurs pouvant influencer la satisfaction des assurés

A propos des facteurs influençant le niveau, satisfaction des assurés, les données valides représentent 53,0%, soit 209 enquêtés qui ont répondu contre 47,% pour non réponse. Cette absence de réponse est significative vu les modalités négatives des variables précédentes analysées. Parmi les données obtenues, 24,4% ont plus évoqué le « bon accueil », suivi de 19,1% qui ont mis l'accent sur le « taux de prise en charge » qui leur fait éviter le poids élevé des dépenses de santé. 15,4% ont souligné la réactivité des prestataires ; 13,4% ont insisté sur le fait de simplifier les outils du patient ; 11,5% ont évoqué le fait de simplifier le circuit du patient, et 7,7% ont accentué le fait de faciliter la communication entre assurés, INAM et prestataires.

D'autres facteurs ont été aussi évoqués, notamment la prise de mesures d'urgence pour les assurés (3,8%) ; la vérification des prescriptions par agents INAM pour éviter les fraudes (2,5%), la décentralisation des bureaux de l'INAM (1,2%), élargir les conventions avec d'autres centres de soins (1%).

3.1.2.4.3. Suggestions des assurés pour améliorer leur satisfaction

Relatives aux suggestions pour l'amélioration des prestations, 335 enquêtés ont répondu, soit 85% de données valides. Parmi eux, 15,5% ont plus évoqué d'« utiliser une seule carte avec une fiche d'assurance » ; suivi de 14,9% qui ont souligné « la réactivité et l'accueil des prestataires (structures de soins, pharmacies, agents INAM » ; 9,5% ont requis de « simplifier le circuit du patient » ; 7% ont aussi requis de « simplifier les outils du patient » ; 6,6% ont insisté sur le fait d'« allonger la durée de validité des cartes ».

D'autres suggestions ont été également évoquées, il s'agit notamment : d'élargir la signature des conventions avec toutes les structures et d'informatiser le système de l'INAM ; d'établir une communication efficace et adaptée à tous les niveaux (assurés, prestataires et INAM) ; d'élargir le panier de prestations de soins et de décentraliser les bureaux de l'INAM. Ensuite, il s'agit aussi d'augmenter l'âge des enfants assurés ; d'élargir la couverture à tous et de créer une procédure en urgence les week-ends et les jours fériés ; d'augmenter les bénéficiaires par ménage ; d'assurer les urgences dès la présentation des cartes INAM sans procédures préalables et de créer un numéro vert pour les assurés ; d'exclure les médicaments d'urgence dans l'entente préalable et gérer les cotisations pour équiper les structures de santé. Enfin, il s'agit

d'inscrire sur les cartes INAM le numéro de téléphone de l'assuré ; prévoir des sanctions contre les prestataires malhonnêtes et assurer des formations continues des prestataires des centres de soins et de l'INAM.

3.1.2.4.4. Opinion des assurés sur la capacité d'extension de la couverture sanitaire par l'INAM

Parmi les enquêtés, 76,3% ont souligné que l'INAM peut étendre sa couverture à toutes les autres catégories socio-professionnelles. Les résultats traduisent le souhait des assurés pour que l'INAM poursuive sa mission, afin de faire bénéficier de façon pérenne les familles ainsi que leurs membres qui paient encore lourdement les soins de santé. Comme les données le traduisent, près de 94% de la population togolaise ne bénéficient pas d'une couverture en santé à ce jour, et c'est seulement le secteur formel public qui en est privilégié, ce qui est inéquitable et inapproprié.

3.1.2.5. Niveau de satisfaction des responsables des structures de santé par rapport aux conventions

3.1.2.5.1. Appréciation du respect des règles de la convention

D'après l'échantillon des structures de soins qui ont signé des conventions avec l'INAM, 45,2% sont « plutôt satisfait » et « plutôt pas satisfait » respectivement, du respect des règles signées, comme le montre la figure 15 ci-après. Le pourcentage des structures de santé qui jugent la situation « satisfait » peut s'expliquer par le fait qu'elles sont en contact permanent avec les agents de l'INAM et qu'elles ont intégré les conditions de PEC des assurés. Chacune des institutions rappelle à l'ordre l'autre après des explications en continu sur les difficultés rencontrées. D'un autre côté, d'autres structures n'ont pas encore compris les règles de fonctionnement de l'INAM et ils font face à des difficultés pour servir les mêmes médicaments sans une bonne vérification des ordonnances d'un assuré les ayant déjà bénéficiées dans une première pharmacie.

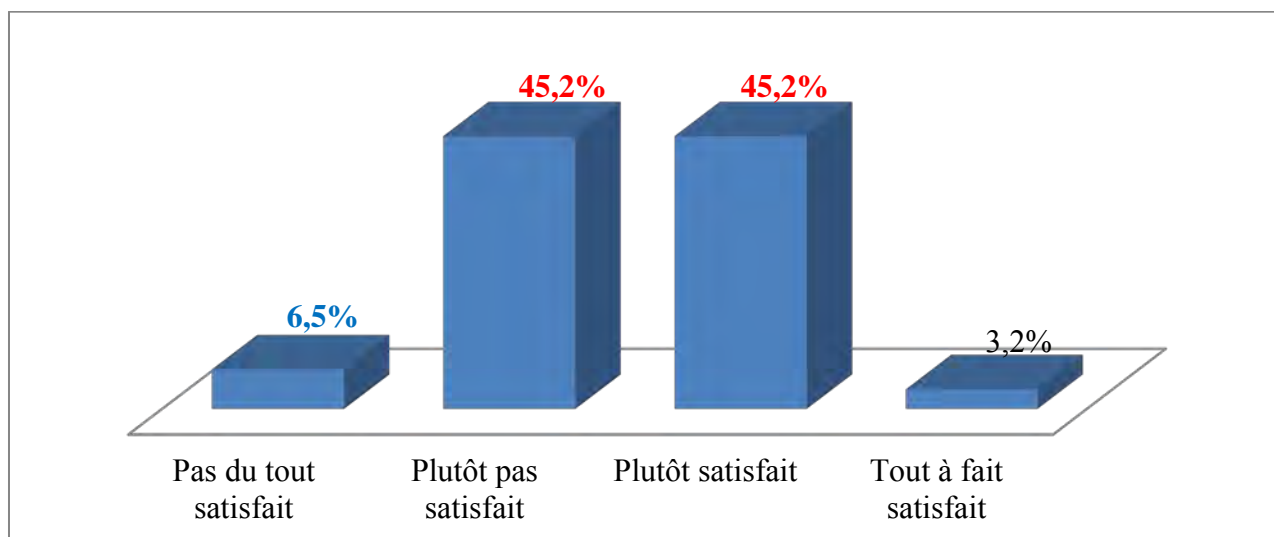


Figure 15: Répartition de l'appréciation du respect des règles de convention par les responsables des structures

Sources : Enquêtes

3.1.2.5.2. Appréciation du délai de remboursement de l'INAM

Pour les structures ayant signé les conventions, 61,2% ont affirmé que le délai de remboursement est « long », suivi de 19,4% qui respectivement ont souligné que le délai est « très long » ou « acceptable » comme le montre la figure 16 ci-après. Les résultats s'expliquent par le fait que les pharmacies ont des délais de remboursement périodiques de deux semaines envers leurs grossistes. Par contre, le délai de remboursement de l'INAM allant de 30 à 45 jours voire au-delà, limite leur pouvoir de réapprovisionnement auprès des grossistes et entraîne la perte de confiance des clients cherchant des médicaments non disponibles. Le fait est qu'il arrive parfois que l'INAM respecte son délai de remboursement d'un mois et ordonne le virement auprès de la banque. Mais la banque peut être confrontée à un compte bancaire personnel utilisé à la place du compte bancaire physique ou institutionnel de la structure de soins. Ce qui empêche le virement.

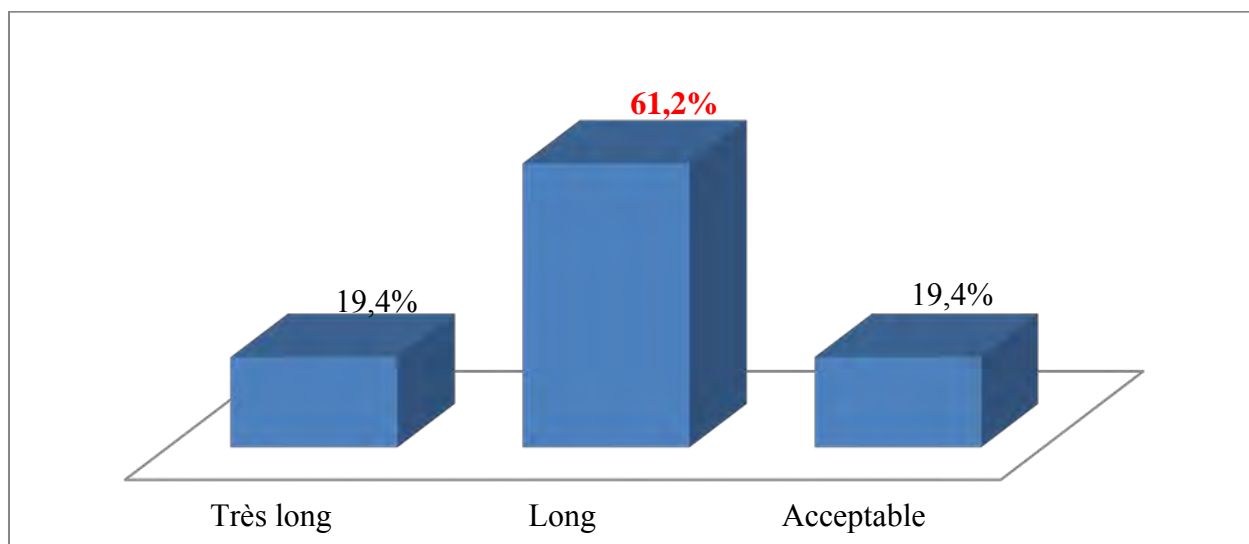


Figure 16: Répartition de l'appréciation du délai de remboursement par les responsables des structures

Sources : Enquêtes

3.1.2.5.3. Les risques liés aux structures conventionnées en cas de problème de respect des conventions

Les risques liés aux structures de santé en cas de non-respect des conventions signés, ont fait naître des inquiétudes liées au bon déroulement des activités de routine au sein des structures. Parmi les 64 responsables enquêtés, 36,0% ont le plus évoqué le retard de paiement des grossistes ; suivi de 23,4% qui ont indiqué la rupture d'approvisionnement en médicaments et 14% ont souligné des cas de la faillite. Ensuite, 9,4% des responsables ont affirmé la diminution du chiffre d'affaires ; 7,8% la non satisfaction des clients ou des assurés ; 6,3% sont évoqué le manque de confiance des clients et des grossistes. Enfin, 3,1% des responsables ont noté le risque de l'augmentation des dettes auprès des banques.

3.1.2.5.4. Les solutions proposées par les responsables des structures conventionnées

Les mêmes responsables des structures de santé qui ont fait ressortir les risques liés au non-respect des conventions signées, ont aussi fait des propositions de solutions pouvant permettre de limiter la survenue de ces risques. Parmi les responsables interrogés, 17,2% ont le plus évoqué le paiement des factures 15 jours après dépôt ; 12,5%, la réduction du délai de remboursement car non respecté ; 11% ont souligné la motivation des prestataires. Par ailleurs,

3,1% des responsables ont proposé la mise à jour des données des prestations de l'INAM à temps ; 4,7% ont mentionné la nécessité d'informer sur les factures non remboursées et d'augmenter les ressources humaines pour le traitement des factures à rembourser. 6,2% des responsables ont suggéré de payer les factures un mois après leur dépôt et de payer par chèque. Dans cette même optique, 7,8% ont émis l'idée de négocier un partenariat avec une banque intermédiaire pour des fonds à la disposition des prestataires et de promouvoir le dialogue entre INAM et les prestataires. D'autres responsables ont parlé dans 9,4% des cas d'informatiser le système des données et des services de l'INAM pour la traçabilité ; dans 2,5% des cas respectivement de décentraliser les offres de service de l'INAM et de clarifier les factures non rembourser à temps. Enfin, dans 2% des cas de former continuellement les agents INAM et les prestataires ; et 1,2% ont proposé de mettre des indicateurs de suivi, de les mesurer et de simplifier les procédures de l'INAM.

3.2. Analyse des résultats

3.2.1. Analyse des résultats de la performance de l'AMO

L'analyse retenue est fondée sur l'étude portant sur les résultats des indicateurs liés aux variables de protection contre le risque financier, de couverture des soins de la population, du panier des soins (offre et qualité) et d'équité comme l'a montré dans le tableau VII précédent. Il s'agit d'observer les effets de l'AMO sur la population cible et son apport dans le système de financement de la santé au Togo. Nous allons utiliser aussi les résultats de l'enquête de satisfaction pour compléter les commentaires.

3.2.1.1. Recouvrement des cotisations ou collecte des revenus

Au Togo le secteur public, les retraités et les salariés privés cotisent 3,5% de leur revenu et l'employeur 3,5% soit, un total de 7% par assuré. L'Etat pour sa part vote un budget annuel et le verse au trésor public. Par an, la somme n'atteint pas la part versée par les assurés et la mise à disposition des fonds à l'endroit de l'INAM devient un parcours de combat.

Au Gabon, le dispositif inclut la même la stratégie mais une autre pour recevoir les cotisations. Les cotisations des agents du secteur public sont constituées de 6,6% du salaire imposable, dont 2,5% payé par l'employé et 4,1% par l'employeur. Les retraités cotisent à hauteur de 1,5%. Ceci s'explique par le fait que le CNAMGS dispose d'autres sources de prélèvement abondantes et pérennes. Les fonds sont complétés par les taxes et impôts et ainsi

les ressources font que l'assiette permet de garantir la survie de l'organe de gestion et des prestations de soins en cas de non disponibilité des fonds. Ce faisant, l'adhésion est obligatoire pour tous les agents du secteur public et ils doivent cotiser au moins pendant 2 mois avant de bénéficier des prestations (Inoua A. et alii, 2010). Par contre au Togo, bien que l'adhésion soit obligatoire, les agents cotisent au moins 3 mois avant de commencer à bénéficier des prestations de l'INAM.

Au Gabon, l'assurance bénéficie aussi des revenus des placements et lorsque l'employeur n'a pas versé les cotisations dues dans les délais requis, il lui est appliqué une majoration de deux pour cent (2%) et une fraction de nombre de mois de retard. Cette majoration est payable en même temps que les cotisations et s'il y a un recours introduit dans les tribunaux, cela n'interrompt pas le cours de ces majorations (Boidin B. et alii, 2012). Inoua A. et Musango L. (2010) ont décrit un système mixte plus avancé qui combine l'utilisation des fonds prélevés sur les taxes et impôts au système contributif obligatoire où les ressources financières proviennent des salariés, des travailleurs indépendants, des employeurs et de l'État. Le ticket modérateur va de 0 à 20%. De même, les ménages paient encore directement une partie des services dont ils bénéficient dans les structures publiques et privées ayant un contrat avec la CNAMGS. Mais ces coûts représentent une faible proportion des dépenses de santé totales.

Par ailleurs, le taux des cotisations non recouvrées en fin de période doit être inférieur ou égale à 3%. Au cours de l'exercice de 2012, le taux a été conforme aux normes (1,13%), par contre il a augmenté au cours de l'exercice de 2013 pour atteindre un pourcentage de 8,46. Le ratio n'a pas été performant en 2013. Ceci peut s'expliquer par les problèmes liés au déblocage des fonds par le Trésor Public pouvant prendre trois (3) voire six (6) mois. Le ratio de taux de couverture des cotisations a été conforme aux normes au cours des deux dernières années (98,87% en 2012 et 91,54% en 2013 $N \geq 90\%$). Ce qui démontre une performance. En considérant les sources de financement de l'INAM, il est encore très tôt d'évaluer si la réforme a généré des ressources suffisantes et de façon pérenne pour les structures de santé. Mais il est évident que si le système fonctionne bien, et que les fonds sont mis à disposition à temps, l'indicateur sera performant.

3.2.1.1.1. Couverture de la population

La mise en œuvre de l'AMO avait comme cible une population d'environ 558 090¹² personnes, pour les travailleurs du secteur public, les retraités et leur ayants droit (Ministère de la Fonction Publique, 2011 ; CIPRES, 2010). Actuellement, la couverture s'est étendue à 259 497 personnes. Le taux de couverture de la population cible serait de 46,5% environ ; soit 4,2% de la population totale. Ces taux ne sont pas performants. Mais l'on pourrait toutefois considérer l'état embryonnaire de l'AMO et la méconnaissance de la population cible d'une adhésion complète.

Selon un rapport de l'INAM, la dynamique d'adhésion en 2013 serait de 50% en Mars 2012 et de 76,9% en Mars 2013. Néanmoins, nous avons noté une non efficacité de l'AMO à atteindre le public cible. Des efforts restent à faire pour la couverture du public, afin de penser à l'extension vers d'autres secteurs de la population en général.

Vu que le prélèvement des cotisations se fait à la source, l'on note une disponibilité des ressources de façon permanente. Si l'on veut spécifier par groupe de population, seul le secteur formel public est couvert. Les autres secteurs ne sont pas encore couverts. La situation peut s'expliquer par le fait que le secteur public ait été le secteur le plus facile administrativement à couvrir que d'autres, afin de ne pas être confronté à des problèmes tels que : le pourcentage des bénéficiaires excédant celui des cotisants. Il est important de se rappeler que l'initiative n'est qu'à ses débuts (AMO est dans sa troisième année d'existence) et que des réflexions sur son extension aux autres secteurs sont en cours d'étude pour limiter les difficultés dès son lancement.

Ceci n'empêche pas de soulever que près de 58,5% de la population vivent sous le seuil de la pauvreté et paient lourdement leurs accès aux soins de santé et ne peuvent pas être encore éligibles. Toutefois, la réflexion progresse dans le sens de l'extension vers le secteur formel privé. Pour l'heure l'adhésion du secteur privé dans l'AMO est en expérimentation et aucune décision n'a pas encore été prise. Par contre au Gabon, l'adhésion est obligatoire pour tous les agents du secteur privé et parapublic. Le membre est traité au même titre qu'un agent du secteur public et les mêmes règles à leurs employeurs. Seuls les retraités cotisent à un taux de

¹² Selon les données à notre disposition : est égal à [50 400x6] fonctionnaires du secteur public et assimilés en 2011 + [42 615x6] retraités et assimilés en 2009

1,5% de leur revenu. Les cotisations des travailleurs indépendants sont forfaitaires et fixés selon les capacités à payer de cette catégorie. Les Gabonais économiquement faibles, élèves et étudiants non couverts et les réfugiés bénéficient d'un financement par impôt indirect (payé par les opérateurs de téléphonie mobile et tout transfert d'argent à l'étranger) dénommé Redevance Obligatoire à l'Assurance Maladie (ROAM). D'autres sources de financement de la CNAMGS sont alimentées par les recettes issues des activités propres de la caisse. Ce sont les intérêts de placements, des dons et legs. De son côté, l'INAM fait également des placements mais nous n'avons obtenu aucune information sur ce sujet.

La question importante qu'il faut clarifier à ce niveau est celle de savoir si le taux de prélèvement du salaire suffit à lui seul à l'AMO pour couvrir toutes les dépenses de prestations qui augmentent ? Bien que le ratio de ressources de cotisations allouées aux prestations soit conformes aux normes en 2013 (32,76% en 2012 et 69,17% en 2013 $N \geq 65\%$) ; le ratio des charges de fonctionnement par rapport aux charges totales n'a pas été performant au cours des deux années d'activités (45,22% en 2012 et 21,93% en 2013 $N \leq 15\%$), de même que le ratio des charges administratives par rapport aux cotisations (27,41% en 2012 et 19,44% en 2013 $N \leq 15\%$).

Notons que peu de partenaires externes¹³ se sont pour l'heure impliqués dans le soutien au fonctionnement de l'INAM. L'importance de la couverture de la population totale est menacée par le manque d'un cadre financier durable de sécurité sociale des autres catégories socioprofessionnels et des populations vulnérables. Les études actuarielles démontrent que la CRT et la CNSS font face à des difficultés financières et à des défis structurels qui menaceront éventuellement leur survie. La CRT fait actuellement face à un déficit et à des problèmes financiers. S'ils ne sont pas réglés, ils pourraient faire gonfler le déficit annuel à 70 milliards de francs CFA (constants 2009) d'ici à 2050, soit à 1,5% du PIB. Quant à la CNSS, le déficit à 2050 sera de 50 milliards francs CFA. En tant que nouvelle institution, l'INAM est encore dans une position de stabilité financière et nécessite une attention particulière afin de présager de son évolution financière (Atake E.H., 2014).

L'AMO couvre à peine la moitié de la population cible, ce qui n'est pas performant. Les mesures en vigueur génèrent des ressources de façon pérenne, ce qui est performant, mais

¹³ BIT ; COOPAMI

reste à savoir si elles seront suffisantes dans le long terme. Le but du cadre logique de la CSU fixant la couverture de santé à 100% d'ici à 2025 est pour l'instant compromis, car il reste une dizaine (10) d'années pour mener les activités nécessaires en vue de l'atteinte des objectifs

3.2.1.1.2. Protection contre le risque financier des ménages

La CSU implique que tout le monde ait la même protection financière et accède au même ensemble de services de santé et de qualité, quelles que soient sa situation professionnelle et ses capacités à payer. Le soutien d'une évolution de l'AMO, ne garantit en rien une meilleure protection financière face aux chocs sanitaires ni une amélioration de l'accès aux soins de santé (Acharya A. et alii, 2012). Les données les plus fiables sur le financement de la santé, sont celles issues des Comptes Nationaux de la Santé (CNS). Au Togo, le troisième exercice des CNS est en cours (CNS 2010 ou 2010 à 2012 avec possibilité d'élaborer un sous compte) après ceux de 2005 et 2008. On s'attend à un changement radical dans la structure des dépenses totales de santé, et à un impact significatif dans la réduction des dépenses catastrophiques chez les assurés, et non à une protection financière limitée ou à un accès plus faible.

La mobilisation des ressources du système de santé reste encore très marquée par les dépenses directes des ménages. Ceux-ci sont de loin le premier financeur du système. En effet, le financement privé représente 60,3% dont 50,5% sont assurés par les ménages. Le financement de la santé reste de la responsabilité des ménages, mais aussi leur principale source de préoccupation (PNDS-Togo 2012-2015, 2012). Ils précisent que cette dépense des ménages va à 78% aux produits pharmaceutiques et autres biens médicaux non durables, 12% aux soins curatifs ambulatoires et 10% aux soins curatifs en milieu hospitalier (OMS Togo, Ministère de la Santé-Togo et alii, 2013). Le budget de santé par habitant est passé respectivement de 11 209 FCFA à 3 072 entre 2009 et 2010 (Ministère de la Santé du Togo, 2010 ; Atake E. H., 2014). Ces chiffres sont très insuffisants au regard du coût moyen estimé du Paquet Minimum d'Activités (PMA). En effet, selon la Banque Mondiale, le coût d'un PMA adapté à l'épidémiologie subsaharienne est estimé entre 7 000 et 9 000 FCFA par an et par habitant. De plus, l'examen des engagements financiers révèle que l'essentiel des ressources du Ministère de la Santé est consacré aux dépenses de personnel, et ce, au détriment des dépenses d'entretien, de matériel et de médicament (Atake E. H., 2014 ; Ministère de la Santé du Togo, 2011). Globalement l'AMO assure des services abordables pour que chacun ait accès aux

services de santé avec des taux de PEC de 80 à 100% selon le type de prestation dont il a besoin sans s'exposer à des difficultés financières. Il est difficile de faire actuellement une appréciation de la protection contre le risque financier avec l'AMO au Togo vu que les données sur les dépenses en santé des ménages assurés ne sont pas disponibles. Globalement, les risques financiers liés aux problèmes de santé sont répartis entre tous les assurés. Mais on peut avoir une appréciation du système de financement des dépenses de santé du Togo qui est trop faible pour protéger les ménages des dépenses catastrophiques. Car malgré tous les efforts, le Togo est classé parmi les pays les moins avancés, avec un revenu par tête d'habitants égal à 410 USD en 2008 contre 818 USD pour les pays de l'Afrique Sub – Saharienne (Ministère de la Santé-Togo 2012-2015, 2012).

Dans notre enquête, 79,4% des enquêtés ont pensé que l'INAM joue un rôle protecteur contre le risque maladie et les dépenses catastrophiques au moment où ils ont besoin de soins et 19,1% ont pensé que le taux de PEC de l'INAM est un facteur de satisfaction des assurés. Pour le recours aux soins par les enquêtés avant l'adhésion à l'INAM 34,3% avaient recours aux soins à temps, 25,9% moins tardivement, 19% plus tardivement. Après l'adhésion à l'INAM, 56,6% avaient recours aux soins à temps, 28,2% moins tardivement, 1,8% plus tardivement. Nous pouvons sur cette base estimer que la régression du paiement direct des ménages bénéficiant des prestations de l'INAM est effective, ce qui a suscité une augmentation du recours aux soins de santé à temps des assurés.

Au cours d'une enquête en 2007 au Rwanda, Diop et al. ont trouvé que les non-assurés ont dépensé 4 à 12 fois plus par consultation que les assurés. Les assurés les plus défavorisés ont dépensé 10 fois moins par problème médical que les non-assurés les plus défavorisés. Les assurés ont consommé moins de médicaments par consultation que les non-assurés. Les non-assurés ont dépensé 5 fois plus en soins à domicile et en soins traditionnels. Les assurés à faible revenu et ceux à revenu élevé sollicitent les services de santé à la même fréquence. Les assurés à faible revenu ont dépensé 20 % du revenu de leur ménage sur les soins de santé contre 5 % pour les non-assurés ; les assurés à revenu élevé ont dépensé 9 % contre 6 % pour les non-assurés ; les consultations annuelles par tête sont à 1,1 à 1,6 consultations par les non-assurés contre 1 à 3 consultations par les assurés (Diop F. et alii, 2007).

L'Etat accorde aux hôpitaux une subvention au Togo pour la prise en charge des indigents et appuie certains hôpitaux privés, mais aucun contrôle n'est fait quant à son utilisation effective

et si elle bénéficie réellement aux vrais indigents, car chacun a sa définition d'indigents en fonction de ses objectifs de travail (PNDS-Togo 2012-2015, 2012 ; Alioune k. 2008). Les cotisations basées sur les salaires représentent une source de financement relativement pérenne, puisqu'elles constituent un montant fixe du revenu des salariés. Ainsi, ce type de cotisations est moins sujet aux discussions budgétaires annuelles que si les fonds provenaient des contributions fiscales. Les fonds générés fluctueront en fonction de l'état de l'économie du pays, avec moins de revenus en temps de crise économique lorsque les salariés sont licenciés ou voient leur revenu baissés. Pour le Togo qui a choisi l'AMO afin d'arriver à la CSU, le niveau de population couvert par le régime AMO est important afin de permettre une plus grande accessibilité financière à ceux couverts par l'AMO ainsi que pour générer plus de revenus pour la santé. Il faut que les mécanismes de paiement utilisés pour les soins de santé puissent générer des revenus suffisants et pérennes afin que le régime AMO fonctionne convenablement.

Cependant, financer l'AMO seulement par des cotisations pourrait ne pas toujours assurer des ressources suffisantes et stables. N'oublions pas que nous parlons d'extension vers les couches les plus vulnérables dans un pays à revenu faible. C'est pourquoi les cotisations peuvent être complétées par des subventions de l'Etat à travers la taxation générale et aussi par les appuis des PTF (moyen terme), aides extérieures, ou taxes spéciales. Ces dernières sont des taxes sur la consommation de produits (tabac, l'alcool) et d'activités nocifs pouvant aider à altérer les comportements des consommateurs et couvrir certains coûts de santé occasionnés par ces produits ou activités. Les appuis des PTF peuvent s'avérer utiles pour financer certaines tâches spécifiques isolées, comme la mise en place d'un changement d'organisation de l'AMO, ou le co-financement temporaire de la couverture de ceux qui ne peuvent pas payer. Au Togo, le BIT a assuré un appui technique lors de la mise en place de l'INAM et la COOPAMI aide dans le financement des formations. Ceci afin d'assurer l'accessibilité financière des soins de santé à un plus grand nombre de personnes et contribuer à améliorer l'équité dans la détermination des cotisations. Les subventions de l'Etat réduisent l'indépendance du financement l'AMO par rapport au budget du gouvernement.

Le Togo a tout intérêt à élargir la CSU par l'AMO pour assurer la protection contre le risque financier. Ce genre de protection est tout à fait souhaitable lorsque la population est peu disposée à prendre des risques. De plus, le gouvernement pourrait introduire cette protection universelle par souci d'équité sociale (Alioune K. 2008). Dans notre étude, nous avons noté

que le développement de la CSU est très lié au rôle protecteur de l'AMO. Notre hypothèse selon laquelle, les assurés font face à des dépenses catastrophiques n'est pas vérifiée d'après l'analyse qualitative sur ce que pense les assurés quant au rôle protecteur que joue l'AMO.

3.2.1.2. Mise en commun des risques

Le concept capital d'une politique de financement qui vise la CSU est la mise en commun du risque, par laquelle tous les individus et les ménages partagent le financement de la totalité des coûts de santé. Plus le degré de la mise en commun du risque est grand dans un système de santé, moins la population supporte les conséquences financières de son propre risque de santé et plus elle a de chance d'accéder aux soins disponibles dont elle a besoin (Alioune K. 2008).

Avec l'AMO, les contributions qui émanent des agents publics et assimilés en activité ou à la retraite, et de l'État sont obligatoires. Les cotisations sont mises en commun et seuls ceux qui en ont besoin bénéficient des prestations, moyennant la présentation de la carte INAM et une contribution de leur part allant de 0 à 20% selon le type de prestation. L'existence d'une mise en commun multiple des risques avec des mécanismes de compensation est une garantie de performance pour la mise en commun du risque maladie. Dans ce sens, le Gabon a réussi à mobiliser différentes sources de financement pour les différentes catégories de sa population.

A ce jour, l'AMO dispose d'une caisse, de onze (11) comptes bancaires et d'un compte bancaire pour chaque structure décentralisée. Dans les normes, le nombre de comptes courants bancaires doit être au maximum 5 pour le siège (INAM) et 2 pour chaque structure déconcentrée (les régions). Nous notons une performance des indicateurs. Le ratio de trésorerie à échéance qui est un rapport des valeurs réalisables et disponibles sur les dettes à court terme, doit être égal ou supérieur à 1. Il suppose que toutes les comptabilités auxiliaires (cotisants, prestataires, fournisseurs et autres) sont maîtrisées. Ce ratio est de 2,42% en 2013 et 2,80% en 2012, ce qui est performant.

Les agents peuvent avoir une demande excédentaire de soins de santé lorsqu'ils sont confrontés à un prix subventionné au moment où ils en ont besoin. Une fois qu'ils sont malades, ils pourront vouloir obtenir le plus de soins possibles. Ceci a été mentionné par la délégation Lomé-Commune dans ses activités où 13 cas de fraudes ont été sanctionnés. Ces fraudes sont plus liées aux prestataires de soins (paramédicaux) qu'aux assurés. L'obligation,

pour tout assuré ayant dépassé un certain âge, d'avoir sa propre carte d'adhérent peut limiter les fraudes au niveau des assurés. Cela aidera à combattre la fraude. Aussi, lorsqu'il n'existe pas de barrières financières à la demande de soins de santé aux divers niveaux du système de santé, les ménages pourront être tentés d'éviter les échelons inférieurs et demanderont à être soignés dans des installations plus spécialisées. Au cours de l'enquête, après l'adhésion à l'INAM, le taux de fréquentation des assurés est passé à 55,8% dans les CHU, alors qu'il était de 24,6% avant l'adhésion. De plus, il peut y avoir une utilisation non appropriée du système, en exemple, des produits pharmaceutiques prescrits aux assurés et vendus avec du surcoût. Certains prestataires peuvent également, lors de l'administration des soins, référer si nécessaire certains malades vers les niveaux supérieurs du système pour des soins complémentaires. Pour maintenir la solidarité financière, il faudra aussi penser à la maîtrise du salaire sur lequel sont basées les cotisations. De cette façon, l'on réduira les différences entre les niveaux de cotisations des différents groupes de salariés.

Dans le cas d'une caisse unique de mise en commun des risques comme celui du Togo, toutes les opérations financières y sont traitées, tandis que pour les assurances à caisse multiple, chaque mise en commun du risque a son propre fond de réserves financières. Les caisses, ayant un niveau élevé d'assurés à faible risque, vont accumuler aisément des surplus financiers. Mais, ces derniers sont répartis sur les autres caisses pour compenser les autres risques. L'adhésion obligatoire permet d'empêcher la possibilité d'abandon de certains assurés et devra donc être préférée si le principe universel de l'AMO est maintenu. Mais au préalable, une étude devra être faite sur les niveaux de risque maladie sur l'ensemble de la population togolaise.

3.2.1.2.1. Equité

Sur le plan de l'équité, deux aspects sont à considérer : l'accès et l'aspect contributif. Du côté de l'accès, les caractéristiques des assurés ont montré que ce sont les agents en activité et ceux à la retraite du secteur public et les assimilés. A cet effet, l'apport de l'AMO à la protection des plus démunis est non effectif et l'adhésion est limitée au secteur public seulement. Les autres catégories socioprofessionnelles et les plus vulnérables ne sont pas encore autorisés à faire leur adhésion car les réflexions sont en cours.

Au Togo, le système de financement de la santé est inéquitable puisque les dépenses de santé pèsent essentiellement sur les ménages (50,5%) et l'AMO ne couvre qu'environ 4,2% de la

population (Bakusa D., 2014). Selon, l'aspect contributif qui exige que chaque affilié paie une cotisation qui est fonction de son niveau de revenu, le pays a identifié à travers des études préliminaires l'application d'un régime AMO au secteur public et évalué le taux de prélèvement nécessaire de chaque affilié. Tous les fonctionnaires en activité et les retraités paient le même taux par rapport à leur revenu, or ces derniers ne sont pas tous logés à la même enseigne. Sur cette base, les fonctionnaires à revenu élevé doivent payer plus que ceux disposant d'un revenu faible.

L'accès présente une autre caractéristique qui autorise chaque affilié à accéder aux soins selon ses besoins de santé. Ce principe laisse entrevoir qu'un assuré pourra utiliser en quantité et en qualité le système de soins si tel est son choix à condition qu'il prenne à sa charge le financement du surplus. Cela montre certes des inégalités mais elles se justifient puisque les prestations de l'INAM doivent plutôt contribuer à favoriser un équilibre, d'autant plus que les personnes malades sont couvertes par les personnes en bonne santé (Lachaud C. et al, 1995) et une seule personne ne peut pas utiliser plus qu'elle n'en a droit. L'AMO est conçu de façon que tous reçoivent le même paquet de services car ce dernier est le même pour toutes les différentes catégories quelques soient les structures conventionnées. L'entrave peut se trouver au niveau du ticket modérateur pour les gros risques chez les patients qui ont des moyens financiers limités, et pour les patients à revenu faible qui se rendent dans les structures privées où le taux de PEC est calculé sur la base des tarifs des structures publiques de soins. Pour l'utilité de l'équité, les ménages défavorisés sont pris en charge par les aisés. Le principe est respecté par l'AMO. Les enfants à charge de l'assuré jusqu'à l'âge de 21 ans révolus (enfant légitime, naturel ou adopté qui sont sous la charge effective et permanente), bénéficient des avantages de dépendants.

Mais si le pays progressions davantage vers l'atteinte de la CSU, l'objectif pour lequel l'AMO est mise en place, l'on peut se demander, pourquoi avoir commencé par le secteur formel qui exclut la majorité de la population. Ce choix ne saurait être justifié, car il creuse encore l'écart entre les différents secteurs sociaux et professionnels d'une part et les plus vulnérables d'autre part, vu que le secteur formel déjà privilégié, représente un groupe ayant des avantages (OXFAM, 2013).

En Afrique Subsaharienne, selon la Banque mondiale (2007), la couverture des dépenses de santé est instituée souvent pour le seul secteur formel alors qu'il ne représente que 10% des travailleurs (International HIV/AIDS Alliance, 2013). L'abord de la CSU par le Togo en

commençant par le secteur formel a été considéré comme judicieux, mais elle augmente plutôt les inégalités. La quasi-totalité des pays à bas revenus et à revenus intermédiaires qui ont mis en place des régimes d'AMO en commençant par le secteur formel se sont retrouvés incapables d'étendre la CSU sur une base contributive. Cela crée souvent un système de santé à deux niveaux, avec un programme pour les employés du secteur formel et un autre programme affilié au ministère de la santé, moins avantageux pour tous les autres (Missoni E., 2010).

Le Ghana et le Rwanda ont réussi en une dizaine d'années à faire passer la population couverte par une assurance maladie de moins de 1% à plus de 50% pour le premier et à plus de 80% pour le second. D'autres pays tels le Cameroun, s'améliorent avec un rythme plus lent mais prometteur. Au Ghana, l'approche adoptée pour la CSU a été l'inverse au Togo. Le système est basé sur la micro-assurance santé, grâce à des arrangements institutionnels entre l'administration décentralisée et les politiques centrales, afin d'étendre la couverture à l'ensemble du pays, en se concentrant sur les plus vulnérables. Toutes les institutions publiques de santé conventionnées avec le Ministère de la santé fonctionnent ainsi, avec un budget autonome, en vue de les responsabiliser. Cette offre comprend non pas trois niveaux comme dans la plupart des pays, mais cinq niveaux : national, régional, district, sous-district, communautaire. La santé communautaire est donc valorisée dans la stratégie. Les populations les mieux couvertes en 2008 sont les personnes de plus de 70 ans (75,9%), suivies des mineurs (60,3%) et des indigents.

Le secteur le moins bien couvert est le secteur formel (24,6%). Les pauvres sont les premiers bénéficiaires. Les districts les plus pauvres (ceux du nord du pays) ont les taux de couverture les plus élevés. La part des dépenses directes des ménages a diminué depuis l'opérationnalisation de la couverture en santé. En 2009, le Ghana avait déjà couvert 62% de sa population. Ces résultats sont à comparer aux objectifs de départ : 30 à 40% de couverture en 2010, 50 à 60% en 2015 du Ministère de la santé du Ghana (International HIV/AIDS Alliance, 2013).

Pour la Thaïlande, le système de santé dépend des contributions salariales pour seulement 12% de la population. Le programme de couverture universelle, est financé par les recettes publiques générales. En 10 ans, le nombre de personnes sans couverture maladie est passé de 30% à moins de 4% de la population. Cela a surtout bénéficié aux personnes vivant dans la pauvreté. Le Brésil, aurait mis une vingtaine d'années après la création du Système unique de

santé (SUS) financé par les impôts, pour couvrir près de 70 % de sa population (Hubbard S. et alii, 2009).

Les seuls pays à bas revenus qui sont parvenus à établir une couverture universelle et équitable en matière de santé, sont ceux qui financent le système grâce aux impôts (Hubbard S. et alii, 2009). Toutes ces restrictions commentées plus haut, réduisent la contribution de l'AMO à l'équité si l'on tient compte de la population togolaise et de l'AMO qui est une étape vers la CSU.

3.2.1.3. Achat des prestations

Les cotisations mises en commun de l'AMO, sont utilisées afin d'acheter un ensemble d'interventions médicales dans le but de fournir à tous les assurés et assimilés un panier de prestations de soins de santé. Ce dernier est conforme à celui défini dans le contrat liant l'AMO et les structures de soins de tous les niveaux du système de santé. En cas d'absence d'informations sur le panier de soins accessibles, les prestataires ont le devoir de faire suivre les autres informations à l'endroit des assurés afin qu'ils s'en tiennent aux prestations définies ou à les prendre en charge à leurs frais lorsque celles-ci ne sont pas incluses dans les PEC A cette fin, des mécanismes de demandes de révisions sont à encourager de manière à ce que les patients ne se plaignent pas lorsqu'ils ont l'impression de ne pas avoir reçu des soins adéquats.

Le ratio de ressources de cotisations allouées aux prestataires doit être au minimum 65%. Il a été performant au cours de l'année 2013 avec un ratio de 69,17% et non performant en 2012, avec 32,76%. Ce dernier résultat peut s'expliquer par le fait qu'en 2012 l'INAM était à ses débuts et disposait d'un faible taux de couverture de la population cible et aussi les assurés n'avaient pas assez utilisé le panier de prestations offert. L'intégration des assurés à l'AMO a été progressive notamment pour se familiariser avec les outils INAM et bénéficier des prestations d'après les témoignages recueillis lors de l'enquête. L'utilisation des recettes en 2012 pour les infrastructures et équipement, sur accord du Gouvernement et compte tenu de l'insuffisance des dotations de l'Etat, pour financer les investissements nécessaires au démarrage des activités peuvent aussi expliquer la non-performance de l'indicateur, en 2012.

L'accès aux médicaments dans les structures de santé du niveau tertiaire et secondaire est un véritable problème surtout lors des urgences, les nuits et les jours fériés, où les pharmacies

conventionnées de l'INAM ne sont pas à proximité des structures de soins. Selon un rapport de l'INAM effectué par les médecins conseils en 2013, la répartition des coûts des prestations achetées par nature s'élevait à 70% pour les produits pharmaceutiques, 10% pour les actes de biologie, et 8% pour les actes et consultations (annexe 2). De ces résultats, 91% des remboursements pour la consommation des médicaments des assurés sont versés aux pharmaciens du privé et seulement 9% à ceux du public (annexe 3). Il y a donc un véritable problème de gestion des pharmacies dans les structures publiques. Une étude serait judicieuse pour apprécier la qualité des prescriptions.

3.2.1.3.1. Mécanismes de paiement des prestataires de soins

L'INAM a opté pour le type de paiement par acte, qui consiste à rembourser les actes diagnostiques et thérapeutiques de façon séparé. Il existe deux modalités de paiement : le paiement du ticket modérateur payé directement par l'assuré au prestataire et le paiement par l'INAM de 80 %, 90% ou 100 % du montant total de la facture. Notons que parmi l'échantillon des structures ayant signé des conventions avec l'INAM, 45,2% sont respectivement plutôt satisfaites et plutôt pas satisfaites du respect des règles signées ; 61,3% ont pensé que le délai de remboursement était long, suivi de 19,4% qui respectivement ont pensé que le délai était acceptable et très long. Parmi les 64 responsables enquêtés, 36% ont plus cité le retard de paiement des grossistes ; suivi de 23,4% rupture d'approvisionnement en médicament ; et 14% la faillite comme risque liés aux problèmes de remboursement et 17,2% ont proposé le plus de « payer les factures 15 jours après dépôt surtout pour les pharmacies ; 12,5% réduire le délai de remboursement et 11% motiver les prestataires.

Le long délai de remboursement peut s'expliquer par la vérification manuelle des factures, le manque de personnel de l'INAM, la non informatisation du système, les problèmes de connexion entre autres. Certaines structures n'ont pas de comptes bancaires professionnels ce qui complique le virement donc le retard dans la disponibilité des fonds aux structures concernées. Ce qui peut être considéré comme dette, ce sont les factures rejetées pour diverses raisons : feuilles de soins mal remplies, feuilles de soins non transmises, fourniture des prestations exclues de la prise en charge, non-respect des procédures, etc.

Il existe aussi des contestations sur la tarification. En effet, la tarification des actes tient compte de la pyramide sanitaire et du niveau de qualification du personnel. Ce qui fait que par exemple une consultation coûte différemment selon qu'elle est effectuée au CHU SO, dans

une clinique privée, ou dans un CMS, selon qu'elle est faite par un médecin généraliste, un médecin spécialiste ou une sage-femme par exemple. Mais le taux de PEC pour les prestations est appliqué sur la base des tarifs des structures publiques que l'on soit dans une structure privée ou publique. Ceci pourrait être à la base du recours aux soins dans le public que dans le privé après adhésion à l'INAM par les prestataires.

L'interview que nous avons eue avec certains prestataires, témoigne que la charge du travail a augmenté suite à la rupture de la barrière financière que la population avait comme limite. Depuis la mise en œuvre de l'INAM, aucune motivation n'est accordée aux prestataires, ce qui les démotive, faisant naître des intentions malhonnêtes de pourboires mentionnées par certains assurés au cours de notre enquête. Le problème posé est que quand l'INAM paie globalement une structure pour ses prestations d'un mois, la redistribution par service et par prestataire ayant servi les assurés n'est plus suivie.

Cependant, au Gabon, avant la mise en place de la CNAMGS les médecins et leurs assistants recevaient une motivation de 25% des recettes des consultations, mais cette motivation n'est plus versée aux ayants droits. Ceci risque de démotiver le personnel médical qui était habitué à cette motivation si cet argent n'est pas payé. Notons qu'il existe des formes de rémunération basée sur la performance : également désignée sous le terme de « paiement à la performance » ou de « financement basé sur les résultats » (Inoua A. et al, 2010). Cette méthode crée un lien explicite entre la rémunération et la réalisation d'un objectif ou d'un résultat prédéfini. Elle offre une récompense financière aux prestataires de santé qui obtiennent des résultats mesurables. Dans de nombreux pays en développement, cette méthode a été interprétée comme une offre de paiements supplémentaires aux prestataires (en plus des salaires et du financement basé sur les intrants) pour fournir des services prioritaires. Elle donne également lieu à des récompenses pour la réalisation d'objectifs de performance ou d'amélioration de la qualité (Inoua A. et al, 2010).

Ce mécanisme encourage les prestataires à offrir des soins de santé de qualité. Etant donné que les prestataires sont payés pour chaque acte effectué, ceci peut susciter des demandes induites de ces derniers. Il existe aussi une tendance à réduire le temps passé par activité et ou à déléguer à des personnes moins qualifiées des tâches, de telle sorte que le prestataire maximise son revenu. Ces pratiques augmentent implicitement la charge de travail des agents de l'INAM pour le contrôle. Or actuellement, des outils manquent pour que le contrôle soit

efficace et effectif à tous les niveaux, ce qui justifie les retards dans la promptitude des réponses aux inquiétudes des prestataires. Notons que certaines recettes (part des salariés) de l'INAM sont perçues par chèque ce qui permet d'alimenter les comptes bancaires. En raison du principe de l'unicité des caisses en matière de finances publiques, d'autres fonds (Etat) sont reversés au compte de l'INAM placé au Trésor Public. A cause des lourdeurs du circuit, il arrive que les recettes du mois ne soient reversées que deux (2) voire six (6) mois plus tard au lieu de la date prévue. Il pourrait s'agir de problèmes liés à la structure elle-même, soit avec son compte bancaire, soit avec les factures de prestations fournies. Une table ronde impliquant tous les acteurs permet la résolution des problèmes signalés.

La concurrence entre les prestataires peut atténuer certains aspects négatifs, étant donné que la mauvaise qualité des soins amènera les patients à choisir d'autres prestataires, bien que la capacité des patients à déterminer un bon et un mauvais service de santé soit limitée. Des mesures de contrôle, tels que les comités d'appréciation des actes médicaux, peuvent aussi limiter les tendances inappropriées et le temps insuffisant passé avec les patients (OMS, 2000).

Lorsque l'AMO a été mis en place, le taux d'utilisation des soins de santé a augmenté, en raison du risque moral qui se manifeste et de la diminution du coût des soins de santé pour la population. L'apparition du risque moral est inévitable face à un service, qui est d'habitude coûteux et pour lequel existe une demande latente, qui devient financièrement abordable. Il est très difficile de prévoir l'ampleur du risque moral de l'AMO au Togo. Au cours de notre enquête, nous n'avons pas pu avoir l'évolution des coûts de prestations, mais nous avons été informé qu'elle est croissante globalement. Ainsi est-il essentiel de contrôler les dépenses dès le début de l'AMO, et de conserver la possibilité de rectifier au besoin, les prestations offertes et les modalités de paiement des prestataires (OMS, 2000). Il sera probablement nécessaire de procéder à certaines rectifications pour respecter le budget établi.

3.2.1.3.2. Panier des soins (offre et qualité)

La CSU comprend deux volets : la couverture médicale (soins médicaux adéquats) et la couverture de la population (soins médicaux pour tous) (Ministère de la Fonction Publique, 2011). Selon l'enquête SARA du Togo effectuée par l'OMS en 2012, le score de la capacité opérationnelle générale des services de santé pour 2012 était de 60%. Des insuffisances dans le système de soins ont été notées au cours de l'enquête. Aucun établissement ne disposait de

l'ensemble des quatorze (14) médicaments essentiels¹⁴, le jour de l'enquête. Au Togo, les formations sanitaires publiques ont l'autorisation d'utiliser les recettes provenant des prestations de soins pour le réapprovisionnement en MEG et la couverture des dépenses de fonctionnement¹⁵ (PNDS-Togo 2012-2015, 2012). Malgré cela, pour les médicaments essentiels disponibles, le score de capacité opérationnelle était de 39%. Pour la capacité de diagnostic, les établissements du Togo ont un score de capacité opérationnelle de 40%. Seulement 49% des établissements disposaient d'aménagements et éléments de confort indispensables¹⁶ (Enquête SARA Togo, 2012). Dans les formations sanitaires, des efforts sont faits (87% de capacité d'équipements essentiels, 85% de capacité de précautions standards), mais la qualité de soins, notamment dans les structures publiques reste à être améliorée. L'accès aux médicaments essentiels et génériques de qualité et peu chers est insuffisant (OMS Togo Ministère de la Santé du Togo, 2012). L'accessibilité géographique est assez bonne en général quand bien même, des difficultés existent en milieu rural qu'urbain. Par contre l'accessibilité financière reste faible (indice de pauvreté 61,7%). L'accès aux subventions publiques en matière de santé, est défavorable aux pauvres. En effet, les 50% les plus pauvres de la population togolaise ne bénéficient que de 20% des subventions publiques aux CHU et de 30% des subventions aux hôpitaux et centres de santé. Dans le milieu rural qui concentre près de 80% des pauvres, l'accès aux soins se fait par l'intermédiaire des dispensaires ou des cases de santé qui bénéficient de très peu de subventions publiques. Les formations sanitaires sont mal équipées et inadaptées, le taux de satisfaction des patients pour les prestations des services sanitaires reste faible (FMI, 2010).

Selon l'enquête, pour le niveau de satisfaction dans les structures de soins de santé, 34% des enquêtés ont évalué que l'efficacité des soins reçus dans les structures conventionnés avec l'INAM, est « passable », 29% ont estimé qu'elle est « moyenne », 27,4% ont affirmé qu'elle est bonne. Pour les conditions de PEC des agents de santé dans les structures de soins conventionnés avec l'INAM (disponibilité), 38,7% des enquêtés ont jugé être « plutôt satisfait », 36,9% ont estimé être « plutôt pas satisfaits », 18,4% ont affirmé être « pas du tout satisfait ». Pour le circuit du patient, 52% des enquêtés ont considéré qu'il est « compliqué », suivi de 27,2% ont indiqué qu'il est « très compliqué ». Ceci peut s'expliquer par la charge du

¹⁴ Notamment : paracétamol, amoxicilline, ciprofloxacine, oméprazole, captopril...

¹⁵ Utilisation directe des ressources suivie de compte rendu

¹⁶ Installations sanitaires améliorées, Source d'eau améliorée, Transport d'urgence, Source d'énergie, Téléphone...

travail, le non-respect de la pyramide sanitaire et la pauvreté du plateau technique au niveau opérationnel.

Pour l'accueil dans les structures, 35,1% ont souligné qu'il est « plutôt satisfaisant » suivi de 32,1% qui ont affirmé qu'il est « plutôt pas satisfait » et de 23,7% pour lesquels il est « pas du tout satisfait ». Par contre l'accueil dans les pharmacies était « plutôt pas satisfaisant » chez 34,9% des enquêtés, suivi de 33,7% « plutôt satisfait », 23,7% « pas du tout satisfait ». Ceci s'explique par le fait que dans les pharmacies les assurés de l'INAM sont servis en dernière position quelle que soit l'heure d'arrivée (la vérification de la conformité de l'identité du malade, la validité de l'ordonnance et le code du soignant qui a prescrit cette ordonnance qui nécessiteraient un temps considérable). Globalement, on note une non performance du panier de soins du point de vu qualité, pouvant influencer les indicateurs de santé. Ceci remet en cause la capacité du système de santé à faire face à la demande lors de l'extension de l'AMO (PNDS-Togo 2012-2015, 2012), car pour l'heure, le nombre des prestataires par habitants est en dessous des normes de l'OMS quel que soit le type de prestataire. En exemple le nombre de médecins pour 1000 habitants est de 0,06 en 2013 (Statistiques Mondiales en santé, perspectives usherbrooke 2014).

Les prestations couvertes par l'AMO et le taux de PEC sont assez bien fournis, car couvre l'ensemble des prestations de soins de base dans le système de santé (annexe 4). Ces critères de besoins d'utilité et d'efficience sont définis de façon concertée entre les pouvoirs publics, les professionnels de santé, les assureurs et les usagers. Une bonne performance de la couverture de soins se définit par l'efficience et l'équité du paquet de services offerts aux assurés. Tous les bénéficiaires de l'INAM ont droit aux mêmes types de prestations. Au cours de notre enquête, 73,6% des enquêtés ont estimé que le panier de prestations offertes est suffisant. On note une performance de l'INAM pour cet indicateur.

Les résultats concernant le niveau de fréquentation des centres de santé conventionnés avec l'INAM avant et après l'adhésion des assurés, montrent que le niveau de soins dont bénéficient les assurés a non seulement augmenté avec possibilité de risque moral, mais également il y a eu une orientation vers les structures publiques. Cela permet une maîtrise de la réduction du paiement direct, car les coûts dans le public sont moins élevés que dans le privé en matière de dépenses en santé. Selon le rapport de la délégation Lomé-Commune, la proportion des coûts des prestations par type de structures en 2013 sont réparties comme suit :

pharmacies 65%, suivis des centres du niveau national 12% et des cliniques ou cabinets privés 9% (annexe 5). Ces résultats montrent qu'il faut mettre un accent particulier sur le contrôle des pharmacies vu la part majoritaire qu'elles occupent dans le coût des prestations. Rappelons ici que lors des formations des prestataires des centres de santé conventionnés avec l'INAM, les formateurs prennent le soin de préciser la limite de prescription pour chacun des trois niveaux du système de santé du Togo, mais des écarts sont toujours relevés. Notre inquiétude se situe au niveau de la disponibilité et de la qualité de l'offre de soins. Vu que le développement de la CSU porte essentiellement sur les services publics, ceci doit être étroitement lié à l'amélioration de la qualité et de la disponibilité de ces derniers sur l'ensemble du territoire.

L'hypothèse selon laquelle les assurés bénéficient d'un panier de soins disponible et de qualité n'est pas vérifiée. Des efforts restent donc à faire pour que l'AMO puisse agir sur les indicateurs de santé. Ne convient-il pas de souhaiter l'élargissement du concept vers un panier de santé qui devrait inclure en particulier la prise en charge des biens et services de prévention, d'éducation pour la santé, et d'éducation du patient ?

3.2.2. Analyse des résultats de performance de l'INAM

L'analyse retenue est fondée sur une étude portant sur deux (2) ans des indicateurs des diverses variables d'efficacité, d'efficience, de pérennité et de viabilité comme nous l'avons montré dans le tableau VIII. Il s'agit d'observer l'évolution temporelle de ratios financiers ou de postes d'états financiers exprimés en pourcentage, en les complétant par les résultats sur l'enquête de satisfaction des assurés.

3.2.2.1. Efficacité

La gestion des assurances maladies nécessite sans doute des dépenses consacrées aux coûts administratifs. Cependant, ces dépenses ne devraient pas être très élevées au détriment des coûts de prestations des services de santé. La norme exige que les coûts administratifs par rapport aux cotisations et majoration de retards encaissés soient inférieurs ou égale à 15%. En 2012 ce ratio a été de 27,41% puis de 19,44% en 2013 donc non performant. Les coûts administratifs sont le résultat de la planification, de la gestion, de la régulation, du recouvrement des fonds et du traitement des réclamations portant sur les dispositifs d'administration. De plus, une certaine quantité de fonds devrait être conservée comme

réserves. Il est à noter que l'INAM conserve trois (3) mois de cotisations de ses assurés afin de se protéger contre des coûts inattendus et des fluctuations dans les dépenses. Ces attributions financières ne devraient pas être trop élevées, de telle manière que le plus de fonds soit dirigé vers des soins de santé accessibles à un nombre élevé de personnes, en cas d'extension vers la CSU. Par ailleurs, il faut souligner qu'au démarrage du projet d'assurance, ce dernier a besoin des coûts relativement élevés pour faire face aux problèmes de démarrage dans la mise en œuvre. Le ratio des dépenses administratives sur les produits techniques réalisées, ayant la même norme que le ratio précédent, a été aussi non performant au cours des deux années consécutives, avec des ratios de 19,44% en 2013, et 27,10% en 2012. Au Gabon, le CNAMGS a utilisé lors de sa mise en place des coûts administratifs estimés à plus de 11 Milliards de FCFA par an (soit à peu près 44% des recettes totales). Il est prévu une réduction des coûts administratifs (Inoua A. et al, 2010). Une baisse des coûts administratifs devrait être envisagée au fur et à mesure que l'AMO se développe. L'hypothèse selon laquelle les dépenses administratives et de fonctionnement sont maîtrisées par l'INAM n'est pas vérifiée. Néanmoins il arrive à répondre aux attentes des assurés malgré que la satisfaction reste à améliorer.

3.2.2.2.Efficience

L'efficience de l'INAM peut être considérée comme la relation qu'il établit entre les moyens qu'il utilise et les résultats qu'il obtient. Autrement dit, l'efficience traduit, principalement, l'aptitude à rendre les meilleurs services aux moindres coûts. La mesure de l'efficience est donc, en première approximation, celle du rapport entre résultats et moyens. Voici quelques indicateurs qui nous ont permis de mesurer l'efficience.

Le ratio des charges de fonctionnement par rapport aux charges totales doit être inférieur ou égale à 15%. Il s'obtient par le rapport entre les charges de fonctionnement/charges totales. En 2013 ce ratio était égal à 21,93% et en 2012, 45,22% donc au-dessus de la norme, ce qui ne va pas dans le sens de la performance. Les frais de fonctionnement sont des charges dont la finalité est de permettre d'assurer les services de qualité aux bénéficiaires. Plus ces charges sont élevées en pourcentage des charges totales, plus le coût des prestations est important. Cela signifie que les prestations ont demandé des moyens importants pour être obtenus ce qui va dans le sens d'une moindre efficience.

Le ratio des ressources de cotisations allouées aux prestataires doit être maintenu au-delà de 65%. Il s'obtient par le rapport entre les charges techniques/produits techniques. En 2013 ce ratio était de 69,17%, ce qui est satisfaisant. Par contre au cours de 2012, il était de 32,76%, ce qui n'est pas performant. La structure de gestion de l'AMO est plus efficiente, s'il utilise une part élevée des cotisations pour leur objet principal à savoir le paiement de prestations. Plus le ratio est de l'ordre de 75%, plus il témoigne d'une bonne efficience du système de ce point de vue. La contreperformance en 2012 serait due au démarrage des travaux où les prestations n'auraient pas été consommées par les prestataires. L'hypothèse selon laquelle les prestations de soins de santé sont obtenues à moindre coût n'est pas vérifiée.

3.2.2.3. Viabilité

Elle concerne l'évolution de la couverture des dépenses par les recettes (excédents d'exploitation). La viabilité financière est, pour une assurance, ce que la fondation est pour une maison (Wonou C. et alii, 2002). La viabilité financière fait référence à l'adéquation entre la croissance des dépenses et celle des ressources au sein d'une société. De 2012 à 2013, le ratio des charges de fonctionnement par rapport aux charges totales ainsi que le ratio des charges administratives par rapport aux cotisations ont été non performants ; par contre le ratio des dépenses du personnel a été globalement performant. Le taux des cotisations non recouvrées en fin de période a été non performant en 2013. Le ratio de trésorerie à l'échéance a été performant au cours de l'exercice des deux années consécutives. Il doit être supérieur à 1 et s'obtient par le rapport des valeurs réalisables et disponibles/dettes à court terme. Il a été de 2,42 en 2013 et de 2,80 en 2012. La non-performance de ces deux indicateurs, associée à celui du taux des cotisations non recouvrées en fin de période, laisse craindre un problème de viabilité de l'INAM.

L'extrême pauvreté et l'importance du secteur informel, risquent de compromettre encore plus la viabilité du système après extension de l'AMO, à cause l'irrégularité et la non prédictibilité des revenus et l'incapacité des assurés à honorer les primes d'adhésion et les cotisations annuelles sur la base des revenus si et seulement si l'extension de la CSU s'appuie également sur les mutuelles de santé (Nkoa F. C. et alii, 2012). Il importe de faire remarquer que la viabilité de l'INAM est compromise si la professionnalisation de la gestion n'est pas assurée. En effet, la gestion est assurée par des agents compétents, mais insuffisants, ayant des capacités limitées et ne disposant pas d'outils appropriés. Ces insuffisances et la situation

sanitaire du pays ont pour conséquences le faible taux de la couverture de la population environ 4,2%; et la non performance de certains indicateurs.

Cependant, deux risques majeurs menacent généralement en permanence la viabilité de l'Assurance Maladie Obligatoire : d'une part, le déséquilibre budgétaire et d'autre part, l'inefficacité du système de gouvernance marqué par les intérêts conflictuels des différents acteurs du paysage de la couverture médicale (prestataires de soins, gestionnaires, régulateur, assurés, assureurs privés entres autres (ANAM, 2013).

3.2.2.4.Pertinence

Le ratio de taux de couverture normalement supérieur ou égale 90%. Au cours de l'exercice de l'année 2012 et 2013 le ratio de Taux de couverture était au-dessus des normes respectivement 98,87% et 91,54%. Mais on remarque une régression entre les deux années d'environ 7%. Il est noté une performance de ce ratio.

Le taux de couverture peut être considéré comme un indicateur clé de l'efficacité de la commercialisation. L'efficacité de la commercialisation et de la distribution est l'une des exigences les plus importantes pour la pérennité d'un programme d'assurance. En l'absence de ces composantes, il y a peu de chances que la masse de clientèle nécessaire à sa viabilité soit atteinte. L'efficacité de la commercialisation dépend fortement, à son tour, de la satisfaction des clients vis-à-vis des services et de la valeur des produits (Wipf J. et alii, 2012). Un taux de couverture élevé signifie que le programme est acceptable pour la majorité des assurés qui mettent facilement en commun leurs quelques ressources afin de se protéger contre les risques auxquels ils font face. Donc l'AMO peut contribuer à elle seule à réduire le sentiment d'insécurité des autres secteurs non inclus en appréciant les effets sur les assurés du secteur public, ceci sera une étape vers la CSU.

La délégation Lomé-Commune dans son rapport de 2013 a d'ailleurs précisé une augmentation notable du nombre des FS conventionnées en 2013 tant pour les FS publiques que privées avec une progression de plus de 50%. Elle effectue des séances de formation des prestataires des centres conventionnés en continu (01 séance par semaine) sur l'utilisation des outils et les règles de prestation. Des séances de renforcement des compétences sur demande de certaines structures et sur site ont été également organisées. En moyenne 36,89 EP/médecin-conseil sont traitées par jour. Par ailleurs, on note une croissance continue du

nombre des EP traitées par mois et des attestations des enfants de 0 à 3 mois établies tout le long de l'année 2013. Il est noté une performance du ratio concernant les restes à traiter en fin de période. La norme doit être inférieure à 15%. Elle s'obtient par le rapport du volume de dossier à traiter en fin de période/ ensemble des dossiers reçus au cours de la période. Ce ratio a été de 0,01 au cours des deux ans d'exercice 2012 et 2013. Globalement l'INAM est pertinent, car il fournit une réponse appropriée aux besoins pour lesquels il a été créé. En effet, il a un impact positif sur la satisfaction des besoins des assurés lors de notre enquête, 79,4% des enquêtés ont pensé que l'INAM joue un rôle protecteur contre le risque maladie et les dépenses catastrophiques au moment où ils ont besoin de soins, aussi nous avons noté une régression de l'automédication de 9,4% à 0% après l'adhésion à l'INAM. Ceci s'explique par le fait que les assurés sont obligés d'avoir la prescription auprès d'un professionnel de la santé avant d'acquérir tout médicament en cas de maladie. Au cours de notre étude, 76,3% des enquêtés, ont pensé que l'INAM pourra étendre sa couverture à toutes les autres catégories socio-professionnelles.

En 2008, Yip W. et al. ont fait l'évaluation de l'assurance maladie mutuelle en Chine rurale et ont démontré une croissance des soins sans hospitalisation. Ils ont montré aussi une amélioration de l'état de santé déclaré, une diminution des problèmes de mobilité, des douleurs, de l'anxiété et des dépressions consécutives à la mise en place du régime d'assurance, ainsi qu'une réduction, dans l'ensemble, des dépenses de santé exorbitantes et de l'appauvrissement. L'automédication évaluée dans les 2 dernières semaines a régressé de 69,64 % chez les assurés, l'hospitalisation les 12 derniers mois a régressé de 33,33% chez les assurés des mutuelles, l'anxiété et la dépression ont régressé de 54,25%. Concernant l'appauvrissement, le pourcentage de l'échantillon de l'étude en-dessous de 1 Dollar (\$) /jour a régressé de 11,44% (Yip W. et alii, 2008).

La pertinence de l'INAM peut être remise en cause lorsque nous considérons la satisfaction des prestataires. Il n'y a pas un mode de rémunération spécifique pour les prestataires, ce qui compromet la qualité des soins offerts et la satisfaction à long terme des assurés lorsqu'on ira vers l'extension. Le mode de rémunération sauf exceptions, ne contient pas d'incitations à la performance basée sur les résultats, ce qui pourrait accroître le niveau de nombreux indicateurs de santé (Aucoin L., 2007). En plus si nous considérons les avis des responsables des structures de soins sur le respect des règles de convention et le délai de remboursement, il n'y a pas de satisfaction dans 45,2% pour le premier et 61,3% pour le second. Ils ont précisé

être exposé à des risques de retard de paiement des grossistes dans 36%, rupture d'approvisionnement de médicaments dans 23,4% et la faillite dans 14%. Sur ce plan, l'INAM peut être jugé non pertinent car il ne prend pas en charge les besoins pour lesquels il est censé fonctionner. Notre hypothèse selon laquelle les retards de paiement des prestataires pourraient susciter une frustration est vérifiée. Néanmoins l'INAM a été loué et encouragé lors des interviews pour les efforts qu'il entreprend pour la satisfaction de ses partenaires.

Voici les témoignages de deux prestataires.

« L'INAM est la première assurance maladie au Togo à nous régler la totalité de nos factures sans y prélever un pourcentage. Il a redonné de la valeur aux pharmacies et structures certifiées par l'Etat. L'achat des médicaments de façon illicite pourra diminuer avec l'extension ». « Malgré tout ce que nous dirons comme insuffisance, nous encourageons vivement l'INAM à exceller dans ses prestations pour étendre la couverture aux autres catégories socio-professionnelles dès que possible ».

3.2.3. Mécanismes de contrôle

3.2.3.1. Contrôle externe

Pour l'heure, les bureaux de l'INAM n'existent que dans les structures de soins de niveau tertiaire et secondaire (quatre dans la région Lomé-commune). Ceux-ci aident les assurés dans le remplissage des outils de l'INAM avant la consultation et procèdent à des vérifications sur la validité des codes, cartes, identités. Ils traitent également des demandeurs de traitement de pathologies chroniques, et d'entente préalable. Ces bureaux ne sont pas permanents, ce qui est un handicap pour les urgences qui nécessitent l'entente préalable et pour les assurés qui sortent tardivement de certaines consultations où ils auront besoin de payer dans l'immédiat les médicaments prescrits.

Cependant en 2010, Inoua A. et Musango L. au Gabon ont décrit que la CNAMGS a engagé des agents de guichets permanents pour les structures de santé. Ces derniers s'occupent de l'accueil, de la vérification de la validité des cartes des membres avant l'accès aux soins de santé et suivent de façon permanente les soins de santé dont les membres bénéficient. Ces agents des guichets sont aussi là pour contrôler l'éventuelle complicité entre les assurés et les non assurés dans les systèmes d'assurance maladie. Nous estimons que le Gabon n'est pas à l'abri de ce risque surtout que c'est un pays qui héberge beaucoup d'étrangers. Cette

complicité consiste en ce que les non assurés s'arrangent pour bénéficier des soins en utilisant soit les cartes des assurés, de façon frauduleuse ou en complicité avec le prestataire (Inoua A. et al, 2010). Quoiqu'il en soit il faut reconnaître que le prestataire qui entre en complicité ne perd rien du moment où il émettra sa facture au nom de l'assuré.

L'accès aux médicaments lors de la présentation d'une ordonnance des médicaments par un bénéficiaire auprès d'une pharmacie conventionnée est un peu compliqué. Il appartient au pharmacien de vérifier la conformité de l'identité du malade, la validité de l'ordonnance et le code du soignant qui a prescrit cette ordonnance.

3.2.4. Analyse et mesures pour éviter les risques liés à l'AMO

L'assurance maladie entraîne une augmentation de l'utilisation des services de santé en réduisant la barrière financière qui en limite généralement l'accès surtout pour les plus pauvres. Ceci ne devra cependant pas masquer certains risques pour l'assurance liés à la demande de soins :

- Le **risque de surconsommation de soins ou risque moral** : nous l'avons évoqué plus haut. L'objectif c'est d'insister sur le fait que certains prestataires de soins (infirmiers, assistants médicaux surtout) qui sont eux-mêmes assurés, constituent les sources principales de fraudes rencontrées par le service contentieux de l'INAM.
- Le **risque de fraudes et d'abus** qui peut être généré par la stratégie de diffusion progressive de l'AMO et la complicité entre assurés et non assurés pour que ces derniers profitent de la couverture de leurs dépenses de soins par l'assurance. Ce risque inclut l'utilisation abusive de l'assurance pour des soins inutiles.
- Le **respect du schéma de référence et de contre référence au sein de la pyramide sanitaire** : le système de santé tel que décrit au Togo, montre qu'il est pyramidal à trois niveaux. Il se caractérise par une couverture géographique relativement bonne. Le fait que les assurés aient la possibilité de choisir à n'importe quel niveau de la pyramide sanitaire leur structure de soins, avec la levée de la barrière financière, entraîne qu'ils accèdent à des prestations plus chères pour des pathologies simples. Aussi certains prestataires tendent à prolonger leur séjour à l'hôpital en accord avec les assurés. Notons aussi le risque de promptitude à référer à temps qui n'est pas respecté par les prestataires qui veulent à tout prix fidéliser leurs patients et ainsi maximiser leurs recettes. Ceci entraînera un

dysfonctionnement dans le système pyramidal du pays. Le risque de non-respect de la pyramide sanitaire est ainsi double, d'une part l'engouement des services spécialisés qui s'occupent des pathologies simples au lieu de se focaliser sur les maladies compliquées et d'autre part les dépenses non optimales encourues par l'AMO.

- **Un usage accru de l'information dans tout le système** : un système de santé en réseau permet généralement de suivre les flux d'informations entre assurés, assurance et prestataires de soins constituant une mesure indispensable afin d'évaluer et contrôler l'utilisation des services de santé. Ceci n'est pas le cas au Togo. Au cours de notre enquête, 44,3% des enquêtés ont pensé ne pas être satisfaits de la communication entre l'INAM. Des prestataires de soins ont signalé comme problème la non mise à jour à temps des bases de données de l'INAM qui devraient être à leur disposition, aussi certains enquêtés ont cité comme problèmes rencontrés la non maîtrise des outils INAM non seulement par les assurés mais aussi les prestataires qui les servent. On pourrait expliquer ces défauts par le manque de logistiques, les logiciels MAS GESTION et COMPTA non encore efficaces pour exécuter toutes les commandes qu'on leur demande, ce qui est un handicap pour que les acteurs de l'INAM soit en réseau à tout moment. Au cours de notre enquête des suggestions ont été faites par les enquêtés notamment : la poursuite du dialogue entre INAM et prestataires, informatiser le système pour la traçabilité, décentraliser les bureaux de l'INAM, assurer une bonne communication à tous les niveaux et à temps, faciliter la communication entre assurés, prestataires et INAM en créant un numéro vert.
- **La couverture des Médicaments Essentiels et Génériques (MEG) par l'INAM** : la politique pharmaceutique nationale au Togo préconise l'utilisation des produits pharmaceutiques conformes aux normes et critères nationaux et internationaux en utilisant les MEG efficaces, de bonne qualité et accessibles à la majorité de la population. Le non-respect de l'utilisation des MEG incite les prestataires à prescrire les molécules spécialisées qui ont des effets identiques aux médicaments génériques et qui sont par ailleurs plus coûteuses. Pour l'instant le contrôle de ces prescriptions qui ne figurent pas sur les demandes d'EP ou des demandes de TPC n'est pas efficace. Bon nombre échappent au contrôle, mais nous n'avons pas pu les évaluer. Il faut noter que la plupart des médicaments qui n'ont pas des génériques ne sont pas pris en compte et sont mis sur la liste en commun accord entre les assureurs et les prestataires (Wang H. et alii, 2010).

3.2.5 Forces, faiblesses, opportunités et menaces

3.2.5.1 Forces, faiblesses, opportunités et menaces de l'AMO

3.2.5.1.1 Forces

- Paquet de soins de santé assez adapté au contexte et disponible avec une satisfaction des bénéficiaires de l'INAM ;
- Niveau de couverture de risque acceptable (80 à 100%) ;
- Source pérenne et stable augmentant en fonction de l'augmentation des revenus ;
- Equité verticale : même proportion appliquée sur les revenus.

3.2.5.1.2 Faiblesses

- Priorité théorique de la santé au Togo (budget santé autour de 6% depuis plusieurs années) ;
- Couverture partielle (champs des membres) : agents de l'administration publique uniquement ;
- Couverture partielle (taille de la famille) pour les ménages de plus de 6 ayant-droits (même si les deux parents cotisent) alors que la sécurité sociale couvre 6 enfants (incohérence de choix de couverture sur la même cible ;
- Absence de logiciels de gestion financière, comptable et médicale dans les structures publiques de santé ;
- Faible niveau de connaissance de la population sur le respect de la hiérarchie des structures de soins (accentuée par l'insuffisance de l'offre publique dans certaines zones sanitaires) ;
- Faible prescription de médicaments génériques par les prestataires (notamment en milieu hospitalier), occasionnant des dépenses additionnelles totalement inutiles, suffisamment orientés vers le client ;
- Niveau de couverture faible de certaines prestations : lunetterie par exemple ;
- Indisponibilité de la stratégie de mise en œuvre (cadre logique) du projet de CSU.

3.2.5.1.3 Opportunités

- Volonté politique d'extension de la CSU ;

- Acceptation progressive du système d'assurance maladie ;
- L'Office Togolais des Recettes vise à améliorer l'assiette de la fiscalité et à renforcer les capacités des services de recouvrement.

3.2.5.1.4 Menaces

- Résistance à la fréquentation des centres de santé ;
- Pauvreté de la population ;
- Pesanteurs socioculturels.

3.2.5.2 Forces, faiblesses, opportunités et menaces de l'INAM

3.2.5.2.1 Forces

- Prise en charge effective des assurés ;
- Couverture de 6 personnes par famille (conjoint, les enfants de 21 ans au plus dans une limite de 4 enfants par assujetti) ;
- Couverture d'enfants nés hors mariage et légalement reconnus ou adoptés.

3.2.5.2.2 Faiblesses

- Insuffisance de la maîtrise des dépenses administratives de fonctionnement ;
- Défaut de recyclage des prestataires ;
- Existence de pratiques parallèles des personnels de santé visant à augmenter leurs revenus en marge de leurs salaires et primes ;
- Faible Interconnexion entre l'INAM et les prestataires de soins ;
- Insuffisance d'information pour les bénéficiaires ;
- Procédures assez complexes : supports assez lourds aussi bien pour le prestataire que pour l'adhérent, prises d'accords préalables parfois ;
- Faible couverture des structures conventionnées notamment à la périphérie, les pharmacies surtout à proximité des structures de soins ;
- Absence de mesures pour les urgences, les jours fériés et les week-ends ;
- Procédures encore limitées pour le contrôle des abus et fraudes.

3.2.5.2.3 Opportunités

- Implication des autres secteurs dans la protection sociale en santé ;
- Appui des PTF.

3.2.5.2.4 Menaces

- Difficulté de financement à long terme du dispositif menaçant l'existence de la structure ;
- Conjoncture économique augmentant les risques de maladies ne pouvant pas être remboursés par l'institution ;
- Un écart entre les attentes des populations en matière d'offre de soin et la proposition du paquet de soin de l'INAM.

Chapitre 4 : RECOMMANDATIONS

4.1. Recommandation sur l'AMO pour l'Etat et le Ministère de la Santé

4.1.1. Comment étendre la couverture aux groupes non couverts

- Rendre obligatoire par la loi l'assurance maladie vers la CSU pour l'ensemble de la population ;
- Poursuivre le dialogue politique et élaborer le plan de communication de l'AMO vers la CSU ;
- Reconsidérer la relation entre l'AMO, les mutuelles de santé et l'assurance maladie privée dans le cadre d'une perspective de décentralisation des services de l'AMO et de leur rôle complémentaire au-delà du secteur public ;
- Faire un calendrier pour la couverture systématique de la population et/ou de groupes spécifiques de population ;
- Encourager les autres corps de métiers non regroupés à se constituer au niveau du secteur informel ;
- Susciter la collaboration intersectorielle : partenariat et coordination entre les ministères (Fonction Publique, Artisanat, Agriculture, commerce, culture etc...).

4.1.2. Comment assurer une meilleure mise en commun des ressources et un mécanisme efficace et efficient d'achat stratégique

- Créer une caisse d'AMO ne dépendant pas du trésor public ;
- Définir les cotisants et les bénéficiaires, les sources de financement des cotisations effectuées au régime AMO, l'attribution des revenus et le cadre organisationnel et administratif ;
- Assurer un système de financement de la santé pour lequel les revenus et les impôts sont la source principale de financement des services de santé ;
- Faire un effort de forte croissance économique, augmentant les revenus et facilitant par là-même les subventions gouvernementales à l'AMO ;
- Promouvoir des conditions de travail décentes pour tous les travailleurs et renforcer l'employabilité, l'accès aux emplois et aux revenus des groupes souvent exclus du marché du travail en lien avec les politiques nationales de travail et d'emploi ;

- Améliorer l'assiette de la fiscalité par une étude sur les ressources additionnelles à octroyer à la santé et le taux de cotisation définitif, l'efficacité des contrôles fiscaux, et le renforcement des capacités des services de recouvrement ;
- Apporter un appui technique et financier des partenaires décisif (alignement des PTF) pour permettre de lever les divers obstacles qui freinent l'augmentation des recettes fiscales ;
- Mettre à jour périodiquement des tarifs appliqués dans les structures de santé sur la base d'une enquête sur la capacité contributive de ménages ;
- Evaluer la capacité des établissements de soins à assimiler des instruments de paiement à la performance (PBF - Banque mondiale).

4.1.3. Comment améliorer le panier des soins tout en garantissant une bonne qualité des prestations

- Améliorer la disponibilité de l'offre de soins en renforçant les capacités des centres de santé (construction, équipement, rééquipement, déploiement du personnel, protocole, médicaments) ;
- Renforcer de la sensibilisation de la population et des prestataires sur le respect de la pyramide sanitaire (système de référence-contre référence) ;
- Accélérer la réforme du système de santé en renforçant son cadre institutionnel et sa gestion ;
- Faire des études pour élargir le panier de soins à retenir ;
- Améliorer la couverture des soins pour les femmes enceintes, et les enfants de moins de 5ans malgré la gratuité en cours pour ainsi agir sur les indicateurs de santé des OMD;
- Encourager les incitatifs sur le revenu des prestataires ;
- Vulgariser l'information pour éviter les rumeurs sur la qualité des soins.

4.1.4. Comment assurer l'équité du fonctionnement du dispositif

- Faire de l'équité et de l'universalité des priorités explicites dès le départ, et ne pas céder à la tentation de commencer par les populations les plus faciles à atteindre, dans le secteur formel. Les personnes vivant dans la pauvreté doivent au moins bénéficier des mêmes prestations que les personnes les plus aisées, à chaque étape du processus ;

- Financer des manières plus efficaces et plus équitables les dépenses de santé par le biais d'une réforme fiscale, plutôt que de concentrer les efforts sur un système avec des primes d'assurance pour les employés du secteur informel ;
- Tendre vers une mutualisation de toutes les recettes publiques pour la santé (avec les impôts sur les salaires du secteur formel, lorsque de telles dispositions sont en place), afin d'optimiser la redistribution ;
- Faire une étude pour identifier les taux réels des différentes couches socio-économiques notamment les plus démunis afin de promouvoir une contribution équitable.

4.2. Recommandations sur l'INAM

4.2.1. Recommandations pour la Direction générale de l'INAM

- Renforcer les coopérations bilatérales et recourir à une combinaison de mécanismes de financement de la santé pour équilibrer l'efficacité, l'efficience, la viabilité et la pérennité ;
- Conceptualiser le lien entre l'AMO et le FBR ;
- Imposer des limites budgétaires sur les ressources administratives ;
- Améliorer le cadre partenarial entre les différents acteurs et redéfinir les rôles quant à la gestion de l'INAM, loin des incompatibilités ;
- Optimiser les applications de gestion pour le contrôle financier, médical et définir les indicateurs de performance de l'INAM en assurant la disponibilité des informations sur ces indicateurs ;
- Organiser sur les médias des séances d'information du grand public sur les modalités d'accès aux soins, les procédures, le rôle des acteurs de l'INAM en misant sur le marketing, et tenir à jour le site web de l'INAM;
- Affilier progressivement les populations déjà assurées à travers les mécanismes existants (agriculteurs, menuisiers, pêcheurs etc...) ;
- Promouvoir la gestion décentralisée : technique, financière, affiliation et autres pour simplifier le circuit des patients ;
- Mettre à la disposition des agents de l'INAM les logistiques (un système) pour assurer l'interconnexion permanente entre eux-mêmes, les prestataires et les assurés.

4.2.2. Recommandations pour les médecins-conseils

- Réduire le nombre des médicaments/actes soumis à Entente Préalable et prévoir des permanences pour les urgences des week-ends et jours fériés ;
- Continuer à recycler les prestataires sur les règles de prise en charge des bénéficiaires INAM, la qualité des soins (constatés), de la politique nationale de santé (objectifs, normes, procédures), et de la maîtrise médicalisée des coûts.

4.2.3. Recommandations à l'endroit des prestataires

- Améliorer l'accueil dans les structures de soins ;
- Chercher à maîtriser des règles de prescriptions INAM et à suivre les protocoles de soins nationaux établis ;
- Faire des prescriptions en adéquation avec le niveau de soins ;
- Avoir le souci de la maîtrise médicalisée des coûts et aider l'INAM à lutter contre la fraude.

4.2.4. Recommandations à l'endroit des assurés

- Faire preuve de patience envers les prestataires qui suivent les procédures établies de contrôle des prestations ;
- Eviter de rechercher des bénéfices indus (substitution de bénéficiaires, demande de prescriptions de confort, surconsommation) ;
- Demander des comptes à l'État par le biais d'un dialogue politique, en surveillant les dépenses de santé et la prestation des soins, et en révélant les cas de corruption ;
- Les syndicats du secteur formel doivent se montrer solidaires des travailleurs de l'économie informelle et plaider pour un régime de santé universel et équitable.

CONCLUSION GÉNÉRALE

La CSU par le biais de l'INAM au Togo est une nouvelle expérience innovante que l'on doit promouvoir. Si les fonctions des institutions d'assurance maladie sont connues de longue date, certaines d'entre elles restent négligées dans la plupart des pays africains à faibles revenus notamment l'équité, la protection contre le risque financier, et la viabilité. Ce mémoire nous a permis d'apprécier les progrès effectués par l'AMO et l'INAM, après deux années d'activités selon une vision dynamique de la planification et du management pour diminuer les dépenses de santé encore élevées, améliorer l'offre des produits et services de santé de qualité pour la réduction de la pauvreté des assurés. Ceci est en droite ligne avec la stratégie des soins de santé primaires et des principes directeurs de l'initiative de Bamako, celui des OMD et de la CSU en particulier.

L'étude nous a montré que la performance de la protection contre le risque financier de l'AMO peut avoir un effet de levier important sur le système de santé. Les variables évaluées ont permis de savoir que l'AMO n'est pas équitable, elle a une couverture faible de la population générale, et la qualité de l'offre de soins est non performante. La structure de gestion de l'INAM n'est pas efficace pour les coûts administratifs, ni efficiente, mais elle est pérenne, et viable. Si l'efficacité de la gestion est importante, l'efficience, la viabilité et la pertinence sont essentiels pour améliorer l'accès aux soins dans un système de santé intégré. Une chute sur le côté de l'offre de l'AMO pourrait conduire à un effet négatif direct ou indirect sur le côté de la demande des assurés. La rémunération des prestataires nécessite une révision pour se conformer aux circonstances économiques et faciliter l'environnement de prise en charge des assurés. Les indicateurs de performance, les caractéristiques des prestataires et les expériences liées à l'utilisation des ressources peuvent aider les décideurs politiques à suivre et évaluer la performance de l'AMO. Les systèmes d'AMO sont des mécanismes qui peuvent favoriser l'offre et la qualité de services de soins, contribuer durablement au financement des services de santé prioritaires, et mieux intégrer les soins. Ceci permettra de gagner en efficacité et en résultat.

Des préceptes sont en place pour mener le processus d'élaboration d'une CSU au cours de l'année 2014, mais la situation est embrouillée au niveau sectoriel (niveau de financement public du Ministère de la Santé, ...). L'extension de la CSU doit d'abord relever les nombreux défis de la fragilité du système de santé avec une capacité d'absorption faible, une insuffisance des outils sur le plan de la gestion, de la qualité des soins, des MEG et des

ressources humaines. C'est donc l'intérêt pour les PTF de retrouver l'effet de levier de la coordination.

L'Etat a confirmé la vision politique de l'extension de la couverture du risque maladie à l'ensemble de la population et l'option technique prévue est l'appui sur l'INAM. L'extension au secteur informel est imaginée pour le moyen terme. Les dimensions de la mobilisation des ressources financières publiques, la disponibilité et la qualité de l'offre de soins sont effectivement incluses dans le champ d'investigation prévu. Pour les ressources financières, une partie des besoins sans doute est mobilisable auprès de la population dont l'économie n'est pas organisée. Cependant la couverture du risque maladie de l'ensemble de la population nécessiterait toujours une participation publique très importante, de l'ordre de 60% à 70% du panier de soins selon l'expérience internationale.

La CSU permettra d'éviter l'accroissement des écarts dans la société, elle est un bénéfice comme une contrepartie positive pour les populations notamment rurales et/ou du secteur agricole dans le processus d'intégration à la société (civique). La question de formalisation du secteur informel, objet d'échanges en cours doit donc être encouragée. Cinq Ministères en plus de celle de la Santé sont impliqués sur le sujet : Commerce, Finances, Plan, Emploi, et Prospective et évaluation des politiques. La dynamique actuelle c'est de faire une étude de préféabilité sur les autres secteurs (secteur informel, monde rural, secteur privé), renforcer les capacités, et faire une analyse fiscale.

Tous ces projets nécessitent à penser à comment introduire des transferts de compétences et prévoir une prospection sérieuse sur l'espace fiscal. L'administration générale a donc à définir une stratégie claire et cohérente de l'AMO vers la CSU, qui doit viser les principales caractéristiques de l'extension. La stratégie doit ensuite être accompagnée d'un projet loi sur la CSU. Ce dernier doit contenir les principes généraux de la CSU par l'AMO. Le calendrier menant à l'établissement de l'extension de la CSU devrait être précisé, spécifiant quand la loi sera votée et le moment de sa mise en œuvre. Ce qui demandera une administration générale continue de la part du gouvernement. Il faudra s'assurer, entre autres, que les capacités administratives sont en place, que les soins de santé inclus dans le forfait sont fournis et que le développement du régime est contrôlé et évalué par des indicateurs définis.

Il n'est pas possible de réaliser une évaluation complète d'un régime d'assurance en un temps court, car certains de ses effets, comme l'évolution de l'état de santé, ne se révèlent que sur le

long terme. L'étude laisse appréhender que le Togo soit encore à une étape embryonnaire de la CSU. Elle nous a permis d'entrevoir l'évolution de l'AMO au Togo, la capacité de gestion de l'INAM avec les efforts qui restent à faire, non seulement pour asseoir la performance financière, mais aussi remplir sa mission de performance sociale vis-à-vis de ses clients. A l'heure où nous sommes, ces performances sont assez remplies pour le côté satisfaction des assurés, mais sur le plan de l'extension vers la CSU notamment la couverture et l'équité il y a encore du chemin à faire. Ceci laisse ainsi la réflexion sur d'autres sources de financement de cette AMO pour l'extension de la CSU aux autres couches socio-professionnelles qui le réclament.

L'augmentation des recettes publiques, ne suffira pas pour tendre vers la CSU. L'Etat a aussi à prouver son engagement politique en renforçant et en protégeant l'enveloppe budgétaire destinée au secteur de la santé et en prenant rapidement des mesures pour lutter contre les inégalités, améliorer la qualité de soins et garantir une prise en charge efficace, responsable et sûre des patients. Le Ministère de la Santé doit privilégier un paquet de soins de santé primaires complet, comprenant les soins préventifs qui sont efficaces, et jouer un rôle actif afin d'améliorer l'efficacité et la redevabilité. La volonté politique de mettre en œuvre ces changements a été déterminante dans tous les exemples de réussite de la CSU.

Investir dans la performance de l'AMO et de l'INAM au Togo, est une action à effet rapide sur la santé et à faible coût. Avancer vers la CSU, c'est prendre des mesures en faveur de l'équité, des priorités de développement, de l'insertion et de la cohésion sociales.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

A. Les ouvrages

- Carrin G., James C., (2004) : Atteindre la couverture universelle par l'assurance maladie obligatoire: Problématiques conceptuelles-clé durant la période de transition. *WORLD HEALTH ORGANIZATION GENEVA*. Discussion paper number 2, p 1-59. www.who.int/health_financing/documents/dp_f_04_2-couverture_universelle.pdf.
- Carrin G., James C., (2006) : Assurance Maladie Obligatoire, transition vers la couverture universelle et évaluation de la performance, Chapitre 16. *LAM* 453-500, p 1-45, http://www.who.int/health_financing/mechanisms/l'assurance%20maladie%20obligatoire.pdf
- Carrin G., James C., (2006) : Partie 4, Perspectives : L'assurance maladie obligatoire : Transition vers la couverture universelle et évaluation de la performance Chapitre 16 ; Fournier P., Tourigny C. - Offre de soins et assurance : Les enjeux en Afrique francophone Chapitre 17; Brouillet P. - Assurance maladie : facteurs de lutte contre l'inégalité et la vulnérabilité et relation positive vis-à-vis de la croissance Chapitre 18. *LAM* p 1- 48, http://www.who.int/health_financing/issues/453-500_LAM_ch16.pdf.
- CFTC HP, (2010) : Guide de l'assurance maladie. *CFTC HP*, p 1-22. cftchp.free.fr/Fichiers/Vos_Droits/guide_assurance_maladie_2010.pdf
- Champagne F., Contandriopoulos A.-P., Picot-Touché J., Béland F., Nguyen H., (2005) : Un cadre d'évaluation globale de la performance des systèmes de services de santé: Le modèle EGIPSS, Rapport de recherche. *Ed. Conseil de la santé et du bien-être. Bibliothèque nationale du Québec et du Canada*. ISBN 2-550-45870-2 (version PDF). <http://www.csbe.gouv.qc.ca/>
- Dussault G., Fournier P., Letourmy A., (2007) : La place des assurances sociales dans la couverture maladie universelle In L'Assurance maladie en Afrique francophone – Améliorer l'accès aux soins et lutter contre la pauvreté. *GIP/SPSI La Banque Mondiale*. www.gipspsi.org/.../Assurance%20maladie%20en%20Afrique%20franco.
- GF2D Friedrich Ebert Stiftung Service Allemand de Développement (2007) : Femmes togolaises aujourd'hui et demain. Deuxième édition. 2007 *GF2D COPEF BENIN* P 1-246. library.fes.de/pdf-files/bueros/benin/05205.pdf
- Normand C., Weber A., (1994): Social health insurance: a guidebook for planning. *Document WHO-SHS/NHP/94.3. Geneva, International Labour Office and World Health Organization*.

- OXFAM, 2013: Couverture Santé Universelle: Pourquoi les personnes en situation de pauvreté sont les laissés-pour-compte des régimes d'assurance maladie. *Document d'information OXFAM* 176, p 1-42, pdf. www.oxfam.org.
- Ron A., 2003: Social health insurance, Applicability to Sub-Saharan Africa. Unpublished paper In Carrin G., James C., (2004) : Atteindre la couverture universelle par l'assurance maladie obligatoire: Problématiques conceptuelles-clé durant la période de transition. *WORLD HEALTH ORGANIZATION GENEVA*, Discussion paper number 2, p 1-59. www.who.int/health_financing/documents/dp_f_04_2-couverture_universelle.pdf.
- Ron A., WHO, (1993): Planning and implementing health insurance in developing countries: guidelines and case studies. Macroeconomics, Health and Development Series, No 7. *World Health Organization, Geneva*. P 1-149, apps.who.int/iris/bitstream/10665/58512/WHO_ICO_MESD_2.7;pdf?ua=1.
- Wang H., Switlick K., Ortiz C., (2010) : Manuel sur l'assurance maladie : comment l'opérationnaliser. *Edition française, Bethesda, Maryland: Abt Associates Inc., Projet Health Systems 20/20*. 141 p. http://www.ces-asso.org/sites/default/files/Boidin_0.pdf. www.healthsystems2020.org.
- Wipf J., Garand D., (2012) : Indicateurs de performance en micro-assurance Manuel à l'usage des praticiens de la micro-assurance 2ème Édition. *ADA ASBL Coopération luxembourgeoise au développement, BRS et du Microinsurance Network*, p1-88, pdf.

B. Les articles

- Acharya A., Vellakkal S., Taylor F., Masset E., Satija A., Burke M., Ebrahim S., (2012): Impact of national health insurance for the poor and the informal sector in low and middle-income countries: a systematic review. *EPPI-Centre, Social Science Research Unit, Institute of Education, University of London*. P 1-110. r4d.dfid.gov.uk/.../SystematicReviews/Health-insuran.
- Atake E.-H., (2014) : Financement Public des dépenses de santé et survie infantile au Togo. *University of Lomé (Togo)*. *MPRA Paper No. 59516* posted 28. pdf, p 1-19. <http://mpra.ub.uni-muenchen.de/59516/>

- Boidin B., Alenda J., (2012) : « Extension de l'assurance maladie et rôle des mutuelles de santé en Afrique: les leçons de l'expérience sénégalaise ». *Économie publique*, n° 28-29, p. 47-70, pdf. www.ces-asso.org/sites/default/files/Boidin_0.pdf
- Diop F, Leighton C, Butera D., (2007): Health financing task force discussion paper: policy crossroads for mutuelles and health financing in Rwanda. *Global Health Financing Initiative Washington, DC: Health Financing Task Force*; In Ranu S. and al., 2012: The impact of reducing financial barriers on utilisation of a primary health care facility in Rwanda. *Glob Public Health*. 7(1): 71–86. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3227794/>
- Inoua A., Musango L., (2010): Assurance Maladie Obligatoire au Gabon: un atout pour le bien-être de la population. *World Health Report Background Paper*, 16, *World Health Organization, HEALTH SYSTEMS FINANCING, The path to universal coverage*. 2010, p 1-47. www.who.int/healthsystems/topics/financing/.../GabonNo16FINAL.pdf.
- Lachaud C., Rochaix L., (1995): Équité dans le financement et la prestation de soins de santé en Europe. *Revue d'économie financière*. N°34. *Le financement de la santé*. pp. 367-393. http://www.persee.fr/web/revues/home/prescript/article/ecofi_0987-3368_1995_num_34_3_2208
- Mohammed S., Souares A., Bermejo J. L., Sauerbor R., Dong H., (2014): Performance evaluation of a health insurance in Nigeria using optimal resource use: health care providers perspectives. *BMC BioMed Central Health Services Research*, 14:127, <http://www.biomedcentral.com/1472-6963/14/127>.
- Nkoa F. C., Ongolo-Zogo P., (2012) : Promouvoir l'Adhésion Universelle aux Mécanismes d'Assurance Maladie au Cameroun. *Note d'information Stratégique (NIS) fondée sur des bases factuelles*. p 1-22, pdf.
- Owoundi J. P., (2013) : Poids des Dépenses de Santé sur le Revenu des Ménages au Cameroun. *XXVII Congrès International de la Population (UIESP), Busan Koréa*, p1-27, pdf. <http://busan2013.iussp.org/busanheaderforletter.jpg>
- Richardson J., Wildman J., Robertson I.K., (2003): A critique of the World Health Organisation's evaluation of health system performance. *Health Economics*. Vol.12: pgs.355-366.

- Yip W., Wang. H., Gao J., Zhang L., Wang. L., Hsiao W., (2008): Research to Strengthen Health System and Inform Policy Action: A Social Experiment in Rural China. *Document de travail*. www.healthsystems2020.org/files/2696_file_FR_A4_Health_Insurance_H...

C. Rapports et mémoires

- Alioune k. (2008) : Etude sur la protection sociale & la gestion médicale de l'indigence au TOGO. *ADSS, Ministère de la santé, UE. TO / 7003 / 001 N° 7 ACP TO 082*. p 1-53, http://www.afd-ld.org/~musa/pdf/6_doc_1.pdf.
- ANAM, (2013): Feuille de route 2014-2018. *Ministère de la santé du Maroc*. www.assurancemaladie.ma
- Aucoin L., (2007): Le choix des priorités du « panier de services », la pertinence/efficacité/efficience des soins: des enjeux de financement. *Rapport sur le financement du système de santé*. *Infoveillesanté.com*. p 1- 53, pdf. <http://www.groupe.finances.gouv.qc.ca/>
- Auffret P., (2011) : La protection sociale au Togo Situation présente, besoins des populations et propositions pour l'avenir. *PNUD/Ministère de l'économie et du développement du Togo*, p 1-77, pdf.
- Bakusa D., (2014) : Etat des lieux des mécanismes de financement de la santé en cours au Togo en 2013. *Ministère de la santé, Direction des Etablissements de santé*, p.1-66.
- BIT-CIF Turin Université d'été sur l'économie du travail pour le développement (2010) : Note pays sur la situation du marché du travail : Cas du Togo.2010. *BIT* P 1-5. http://www.ituc-africa.org/IMG/pdf/22-Situation_du_marche_du_travail_Togo.pdf
- Bump J.B., (2010): The long road to universal health coverage: a century of lessons for development strategy. *Seattle, USA/PATH*, p 1-73 www.rockefellerfoundation.org/.../23e4426f-cc44-4d.
- CIPRES, (2000) : Indicateurs de gestion, ratios prudentiels et de performance. *Inspection Régionale de la Prévoyance Sociale, contrôle - assistance - formation – harmonisation*. p 1-10. www.lacipres.org/IMG/pdf/INDICATEURSGESTION.pdf.
- CIPRES, (2000) : Le Plan Comptable CIPRES des organismes de sécurité sociale, projet sur l'harmonisation des méthodes comptables. *CIPRES* P 1-272, www.lacipres.org/IMG/pdf/PlanComptableCIPRESdesOSS.pdf.

- CIPRES, (2010) : Etude du niveau d'instauration de l'Assurance Maladie dans les Etats membres de la CIPRES. *CIPRES*, p 1-20, pdf. www.lacipres.org/old/doc/etude_sur_assurance_maladie.pdf
- COOPAMI, (2014) : Termes de référence de la mission COOPAMI au Togo. *COOPAMI* p1-7 pdf.
- Coulombe H., Male C., Gentry A., Amouzouvi K., (2013) : Togo profil de pauvreté 2006-2011. PNUD. *Edition Beyond Productions*, p 1-117, <http://www.stat-togo.org/index.php>.
- Cumenge G., Rivière C., Carrer J., (2004) : Quelle réforme pour l'assurance maladie? Dossier, p 1-67. www.eleves.ens.fr/pollens/.../assurance_maladie/assurance_maladie.doc
- David B. E., Justine H. Ties B. (2013) : couverture sanitaire universelle et accès universel. Bulletin de l'Organisation mondiale de la Santé Genève 27, Suisse 2013;91:546-546A. doi: <http://dx.doi.org/10.2471/BLT.13.125450> [PDF] www.who.int/bulletin/volumes/91/8/13-125450/fr/
- Fall A., Sene M., Brusset B., (2013) : Stratégie Nationale d'Extension de la Couverture du Risque Maladie des Sénégalais. *Ministère de la santé et de la prévention, USAID, cellule d'appui au financement de la santé et au partenariat*. www.coopami.org/fr/countries/.../senegal/social.../strategienationale.pdf, p 1- 49.
- Fonds Monétaire International, (2010): Togo: Document complet de Stratégie de Réduction de la Pauvreté 2009-2011. *Rapport du FMI* No. 10/33, p 1-149, pdf. <http://www.imf.org>
- Hubbard S., Ashizawa K., (2009): G8 Hokkaido Toyako Summit Follow-Up: Global Action for Health System Strengthening, Policy Recommendations to the G8. *Japan Center for International Exchange*. P 1-34. www.bf.emb-japan.go.jp/hp1/actualite250509.pdf
- IHP+, Ministère de la santé, (2011) : Analyse de la situation du secteur de la santé au Togo. *Ministère de la santé, CHIP (Country Health Intelligency portal)*, p 1-131. www.snu.tg/.../Analyse%20de%20la%20Situation%20du%20Secteur%20...pdf.
- INAM-Togo, (2010) : Genèses, défis, perspectives, pdf. www.inam.tg.
- International HIV/AIDS Alliance together to end AIDS, (2013) : Document de réflexion sur la santé en vue du cadre de développement pour l'après 2015 Objectifs, cibles, indicateurs et principes clés: la voie à suivre, p 1-5, pdf. icad-cisd.com/pdf/...2015/Alliance-Discussion-paper-Health-goal-targets-...

- Jansen C., Bakusa D, Codjia L., (2014) : Ressources humaines en santé maternelle et néonatale au Togo de 2014-2027. *Ministère de la Santé, OMS, UNICEF, UNFPA, Global Health Workforce Alliance*. www.kit.nl/health/wp.../Togo-rapport-techniqueVF-20-fevrier-2014.pdf
- Ministère de la santé du Burkina-Faso (2013) : Comptes de la Santé, Comptes Globaux Dépenses de santé du Paludisme, du VIH/Sida, de la Tuberculose et de la Santé de la Reproduction Années 2011 et 2012. *OMS, MS*. p 1-99, pdf.
- Ministère de la santé du Togo, (2009) : PNDS-Togo 2009-2013. *Ministère de la santé*, p1-70. Pdf.
- Ministère de la santé PNMNT, (2012) : Togo Programme National de lutte contre les maladies non transmissibles ; Plan stratégique intégré de lutte contre les maladies non transmissibles 2012-2015. *Ministère de la santé*, p 1-54, http://www.who.int/fctc/reporting/party_reports/togo_annex2_ncd_strategy_2012_2015.pdf.
- Ministère de la santé, (2010) : Comptes nationaux de la Santé du Togo (CNS 2008), pdf.
- Ministère de la santé, (2011) : Politique Nationale de Santé (PNS), Loi d'Orientation Décennale. *Ministère de la santé*. pdf, p 1-25 <http://apps.who.int/medicinedocs/documents/s21004fr/Js21004fr.pdf>.
- Ministère de la santé, (2012) : PNDS-Togo 2012-2015, p1-86, www.internationalhealthpartnership.net/.../Togo/PNDS_TOGO.PDF
- Ministère de la Santé, 2012 : Indice de disponibilité et de capacité opérationnelle des services (Enquête SARA Togo), p 1-2, pdf.
- Ministère de la Santé, DGSCN, UNFPA, (2011) : Principaux Indicateurs de la Santé du Togo année 2010. *Ministère de la Santé, Togo*, p 1-52. www.sante.gouv.tg/index.php?option=com_docman&task...6...
- Ministère de la santé, OMS, (2012): Stratégie de coopération: un aperçu. p 1-2, pdf, <http://www.who.int/countries/en/>
- Missoni E., (2010), « Attaining Universal Health Coverage: A research initiative to support evidence-based advocacy and policy-making ». *Bellagio Statement. Global Health Group, Bocconi University Milan*. P 1-9. <http://www.pacifichealthsummit.org/downloads/UHC/Attaining/pdf>.

- OMS (2010) : Rapport sur la santé dans le monde, le financement des systèmes de santé : le chemin vers une couverture universelle. *Genève, Organisation Mondiale de la Santé*, p 1- 22. Pdf.
- OMS, (2000) : Rapport sur la santé dans le monde 2000 (WHR) : pour un système de santé plus performant. *Organisation Mondiale de la Santé, Genève*, p 1-248. www.who.int/whr/2000/en/whr00_fr.pdf.
- OMS, (2013) : Rapport sur la santé dans le monde 2013 : la recherche pour la couverture sanitaire universelle. *Organisation Mondiale de la Santé, Genève*, P 1-105. www.who.int
- OMS, (2014) : Couverture sanitaire universelle, *Aide-mémoire N° 395*, p 1-6. <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs395/fr/>.
- OMS, Banque Mondiale, (2013): Monitoring Progress towards Universal Health Coverage at Country and Global levels: A framework. *Synthèse du Papier de discussion conjoint OMS/ Banque Mondiale. GIP/ Santé Protection Sociale International Ref: 2014-11*, p 1-4, pdf.
- OMS, OOAS, MNT-Togo, (2010) : Rapport final de l'enquête STEPS Togo. *OMS*, p 1- 188, www.who.int/chp/steps/2010STEPS_Report_Togo_FR.pdf.
- OMS, UNICEF, IRSS, AMDD, (2013) : Evaluation des besoins en soins obstétricaux et néonataux d'urgence (SONU) et cartographie de l'offre des services de SONU au Togo rapport final. *Ministère de la santé*, pdf, p 1-365.
- OMS, UNICEF, Rockefeller foundation, Save the Children Fund, (2013) : la couverture universelle en matière de santé : un engagement à combler les écarts de santé. *Save the Children Fund. Londres, Royaume-Uni* p 1-90, pdf. www.savethechildren.org.uk.
- Saegerman C. (2006) : Chapitre 4 les techniques d'échantillonnage. Université de Liège. www.dmipfmv.ulg.ac.be/epidemiovet/Teaching/2DOC/chapitre%204.pdf
- UNICEF, DGSCN, Ministère auprès du président de la république, du développement et de l'aménagement du territoire, (2011) : Quatrième RGPH : résultats définitifs au Togo. *DGSCN TOGO*. pdf, p 1-29.
- Union Africaine, (2014) : Position commune africaine sur le programme de développement pour l'après-2015, 22^{ième} session ordinaire de la Conférence de l'Union. *African Union Addis-Abeba, Éthiopie*. P 1-24, pdf. www.africa-union.org

- Wonou C., CIDR, (2002): Eléments de calcul et d'appréciation de la viabilité financière d'une IMF, ppt, p 1- 18. info.worldbank.org/.../francophonemicro2002/.../wonou_viabfin2305.p.

D. Sites

- apps.who.int/iris/bistream/10665/58512/WHO_ICO_MESD_2.7;pdf?ua=1.
- cftchp.free.fr/Fichiers/Vos_Droits/guide_assurance_maladie_2010.pdf
- [http:// www.who.int/countries/en/](http://www.who.int/countries/en/)
- <http://apps.who.int/medicinedocs/documents/s21004fr/Js21004fr.pdf>.
- <http://busan2013.iussp.org/busanheaderforletter.jpg>
- <http://dx.doi.org/10.2471/BLT.13.125450> [PDF] www.who.int/bulletin/volumes/91/8/13-125450/fr/
- <http://mpira.ub.uni-muenchen.de/59516/>
- <http://perspective.usherbrooke.ca/bilan/tend/TGO/fr/SH.MED.PHYS.ZS.html>.
- http://www.afd-ld.org/~musa/pdf/6_doc_1.pdf
- <http://www.biomedcentral.com/1472-6963/14/127>.
- http://www.ces-asso.org/sites/default/files/Boidin_0.pdf. www.healthsystems2020.org.
- <http://www.csbe.gouv.qc.ca/>
- <http://www.groupe.finances.gouv.qc.ca/>
- <http://www.imf.org>
- http://www.ituc-africa.org/IMG/pdf/22-Situation_du_marche_du_travail_Togo.pdf
- <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3227794/>
- <http://www.pacifichealthsummit.org/downloads/UHC/Attaining/pdf>.
- <http://www.statistiques-mondiales.com/togo.htm>
- <http://www.stat-togo.org/index.php>.
- http://www.who.int/fctc/reporting/party_reports/togo_annex2_ncd_strategy_2012_2015.pdf.
- http://www.who.int/health_financing/issues/453-500_LAM_ch16.pdf.
- http://www.who.int/health_financing/mechanisms/l'assurance%20maladie%20obligatoire.pdf
- <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs395/fr/>.
- icad-cisd.com/pdf/...2015/Alliance-Discussion-paper-Health-goal-targets-...
- info.worldbank.org/.../francophonemicro2002/.../wonou_viabfin2305.p.
- library.fes.de/pdf-files/bueros/benin/05205.pdf

- Ministère de la Fonction Publique, (2011): Le nombre exact de fonctionnaires d'Etat au Togo, <http://www.republicoftogo.com/Toutes-les-rubriques/Politique/50.400-fonctionnaires-au-Togo>.
- r4d.dfid.gov.uk/.../SystematicReviews/Health-insuran
- www.africa-union.org
- www.assurancemaladie.ma
- www.bf.emb-japan.go.jp/hp1/actualite250509.pdf
- www.ces-asso.org/sites/default/files/Boidin_0.pdf
- www.coopami.org/fr/countries/.../senegal/social.../strategienationale.pdf,
- www.dmpifmv.ulg.ac.be/epidemiovet/Teaching/2DOC/chapitre%204.pdf
- www.elevens.fr/pollens/.../assurance_maladie/assurance_maladie.doc
- www.gipspsi.org/.../Assurance%20maladie%20en%20Afrique%20franco.
- www.healthsystems2020.org/files/2696_file_FR_A4_Health_Insurance_H...
- www.internationalhealthpartnership.net/.../Togo/PNDS_TOGO.PDF
- www.kit.nl/health/wp.../Togo-rapport-techniqueVF-20-fevrier-2014.pdf
- www.lacipres.org/IMG/pdf/INDICATEURSGESTION.pdf.
- www.lacipres.org/IMG/pdf/PlanComptableCIPRESdesOSS.pdf.
- www.lacipres.org/old/doc/etude_sur_assurance_maladie.pdf
- www.oxfam.org.
- www.rockefellerfoundation.org/.../23e4426f-cc44-4d.
- www.savethechildren.org.uk.
- www.snu.tg/.../Analyse%20de%20la%20Situation%20du%20Secteur%20...pdf.
- www.who.int/chp/steps/2010STEPS_Report_Togo_FR.pdf.
- www.who.int/health_financing/documents/dp_f_04_2-couverture_universelle.pdf.
- www.who.int/health_financing/documents/dp_f_04_2-couverture_universelle.pdf.
- www.who.int/healthsystems/topics/financing/.../GabonNo16FINAL.pdf
- www.who.int/whr/2000/en/whr00_fr.pdf

TABLE DES MATIÈRES

Dédicace	i
Remerciements	ii
Liste des figures	iv
Liste des tableaux	v
Liste des annexes.....	v
Liste des abréviations	vi
Sommaire	viii
INTRODUCTION GÉNÉRALE.....	1
PREMIÈRE PARTIE : CADRE THÉORIQUE DE L'ÉTUDE	5
Chapitre 1 : CONTEXTE DE L'ÉTUDE, PROBLÉMATIQUE, OBJECTIFS ET UTILITÉ	6
1.1. Contexte de l'étude.....	6
1.1.1. Situation socio-économique et démographique du Togo.....	6
1.1.2. Situation sanitaire.....	6
1.1.3. Système de financement : état des lieux des mécanismes de financement au Togo	7
1.2. Problématique.....	7
1.2.1. Problématique du financement de la santé au Togo.....	7
1.2.2. Problématique d'ordre technique	8
1.2.3. Problématique d'ordre politique.....	8
1.2.4. Principaux risques liés à l'AMO	9
1.3. Objectifs de l'étude	9
1.4. Hypothèses de l'étude	9
1.5. Utilité de l'étude.....	10
1.5.1. Raisons objectives	10
1.5.2. Raisons scientifiques	10
Chapitre 2 : REVUE DE LA LITTÉRATURE ET MÉTHODOLOGIE	11
2.1. Revue de la littérature	11
2.2. Méthodologie de l'étude.....	13
2.2.1. Cadre et type d'étude.....	13
2.2.1.1. Présentation du cadre physique de la recherche (INAM).....	13

2.2.1.2.	Contribution de l'AMO au financement de la santé et à l'accès aux soins au Togo	23
2.2.2.	Stratégie de la recherche	30
2.2.2.1.	Population d'étude et Echantillonnage.....	30
2.2.2.2.	Taille de l'échantillon.....	31
2.2.3.	Définition opérationnelle des termes, concepts, variables et leurs mesures	31
2.2.3.1.	Concept de la couverture sanitaire universelle et ses différents piliers....	31
2.2.3.2.	Concept d'assurance maladie	34
2.2.3.3.	Caractéristiques d'une assurance maladie.....	34
2.2.3.4.	Typologie des assurances	35
2.2.3.5.	Lien entre l'assurance maladie et la CSU	37
2.2.3.6.	Evaluation de la performance d'une assurance maladie	38
2.2.3.7.	Indicateurs d'évaluation de la performance	39
2.2.4.	Collecte des données	41
2.2.4.1.	Outils	41
2.2.4.2.	Date, Pré-test, Procédures et Collecte des données.....	41
2.2.4.3.	Difficultés rencontrées	42
2.2.4.4.	Saisie et traitement des données.....	42
DEUXIÈME PARTIE : PRÉSENTATION DES RÉSULTATS, ANALYSE ET RECOMMANDATIONS.....		44
Chapitre 3 : PRÉSENTATION DES RÉSULTATS ET ANALYSE.....		45
3.1.	Présentation des résultats	45
3.1.1.	Présentation des résultats des indicateurs de performance de l'AMO et de l'INAM	45
3.1.2.	Présentation et commentaire des résultats de l'enquête sur la satisfaction des assurés et des responsables des structures de santé conventionnées	48
3.1.2.1.	Description de l'échantillon	48
3.1.2.2.	Niveau de satisfaction avant et après adhésion à l'INAM	49
3.1.2.3.	Niveau de satisfaction des assurés dans les structures de soins de santé .	58
3.1.2.4.	Perspectives d'avenir de l'INAM.....	60
3.1.2.5.	Niveau de satisfaction des responsables des structures de santé par rapport aux conventions.....	62
3.2.	Analyse des résultats	65

3.2.1.	Analyse des résultats de la performance de l'AMO.....	65
3.2.1.1.	Recouvrement des cotisations ou collecte des revenus.....	65
3.2.1.2.	Mise en commun des risques	72
3.2.1.3.	Achat des prestations.....	76
3.2.2.	Analyse des résultats de performance de l'INAM	82
3.2.2.1.	Efficacité	82
3.2.2.2.	Efficience	83
3.2.2.3.	Viabilité.....	84
3.2.2.4.	Pertinence	85
3.2.3.	Mécanismes de contrôle	87
3.2.3.1.	Contrôle externe	87
3.2.4.	Analyse et mesures pour éviter les risques liés à l'AMO.....	88
3.2.5.	Forces, faiblesses, opportunités et menaces	90
3.2.5.1.	Forces, faiblesses, opportunités et menaces de l'AMO	90
3.2.5.1.1.	Forces	90
3.2.5.1.2.	Faiblesses	90
3.2.5.1.3.	Opportunités	90
3.2.5.1.4.	Menaces.....	91
3.2.5.2.	Forces, faiblesses, opportunités et menaces de l'INAM	91
3.2.5.2.1.	Forces	91
3.2.5.2.2.	Faiblesses	91
3.2.5.2.3.	Opportunités	92
3.2.5.2.4.	Menaces.....	92
Chapitre 4 : RECOMMANDATIONS		93
4.1.	Recommandation sur l'AMO pour l'Etat et le Ministère de la Santé	93
4.1.1.	Comment étendre la couverture aux groupes non couverts	93
4.1.2.	Comment assurer une meilleure mise en commun des ressources et un mécanisme efficace et efficient d'achat stratégique.....	93
4.1.3.	Comment améliorer le panier des soins tout en garantissant une bonne qualité des prestations	94
4.1.4.	Comment assurer l'équité du fonctionnement du dispositif.....	94
4.2.	Recommandations sur l'INAM	95
4.2.1.	Recommandations pour la Direction générale de l'INAM	95

4.2.2.	Recommandations pour les médecins-conseils	96
4.2.3.	Recommandations à l'endroit des prestataires	96
4.2.4.	Recommandations à l'endroit des assurés.....	96
CONCLUSION GÉNÉRALE		97
RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES		101
TABLE DES MATIÈRES		111
ANNEXES		115
RÉSUMÉ.....		124

CESAG - BIBLIOTHEQUE

ANNEXES

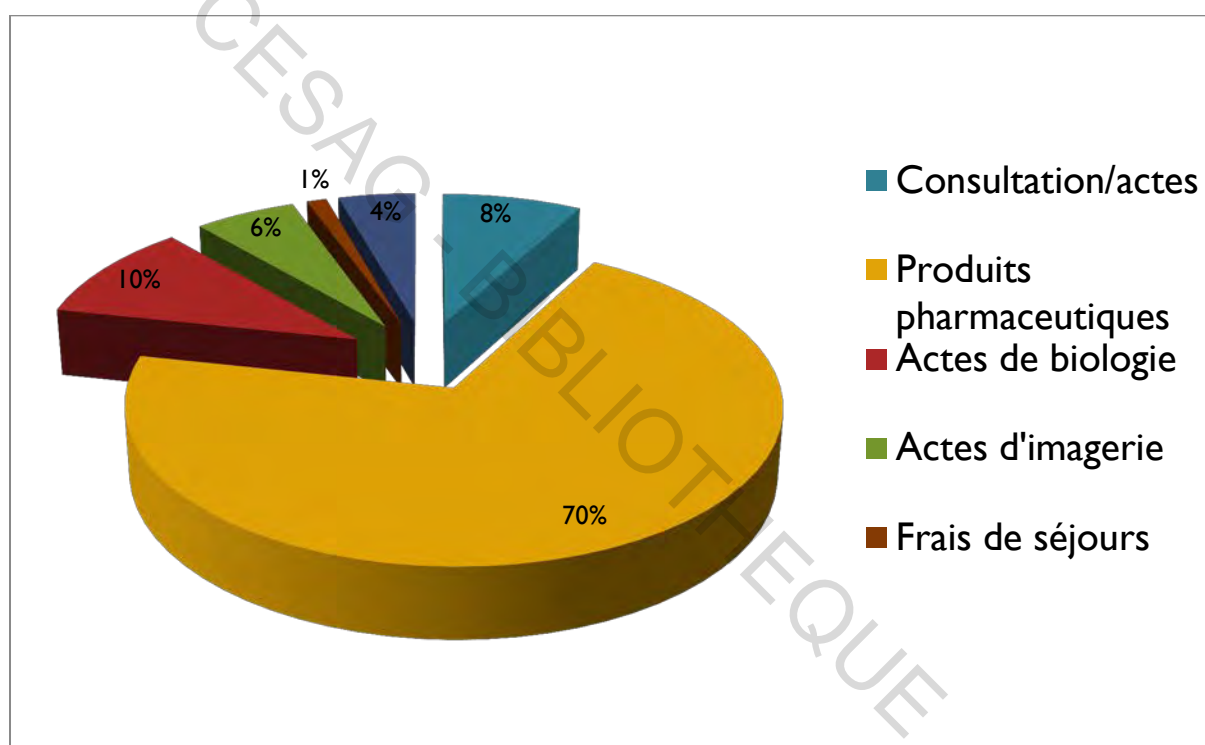
CESAG - BIBLIOTHEQUE

Annexe 1 : Répartition des conventionnements par type de prestataires au Togo en 2013

Type prestataire	Nombre
Formation sanitaire publique (USP, CMS, CHP, CHR, CHU)	37
Formation sanitaire privée (cabinet/clinique)	107
Pharmacie privée et Dépôt	91
Etablissement de lunetterie	21
TOTAL	256

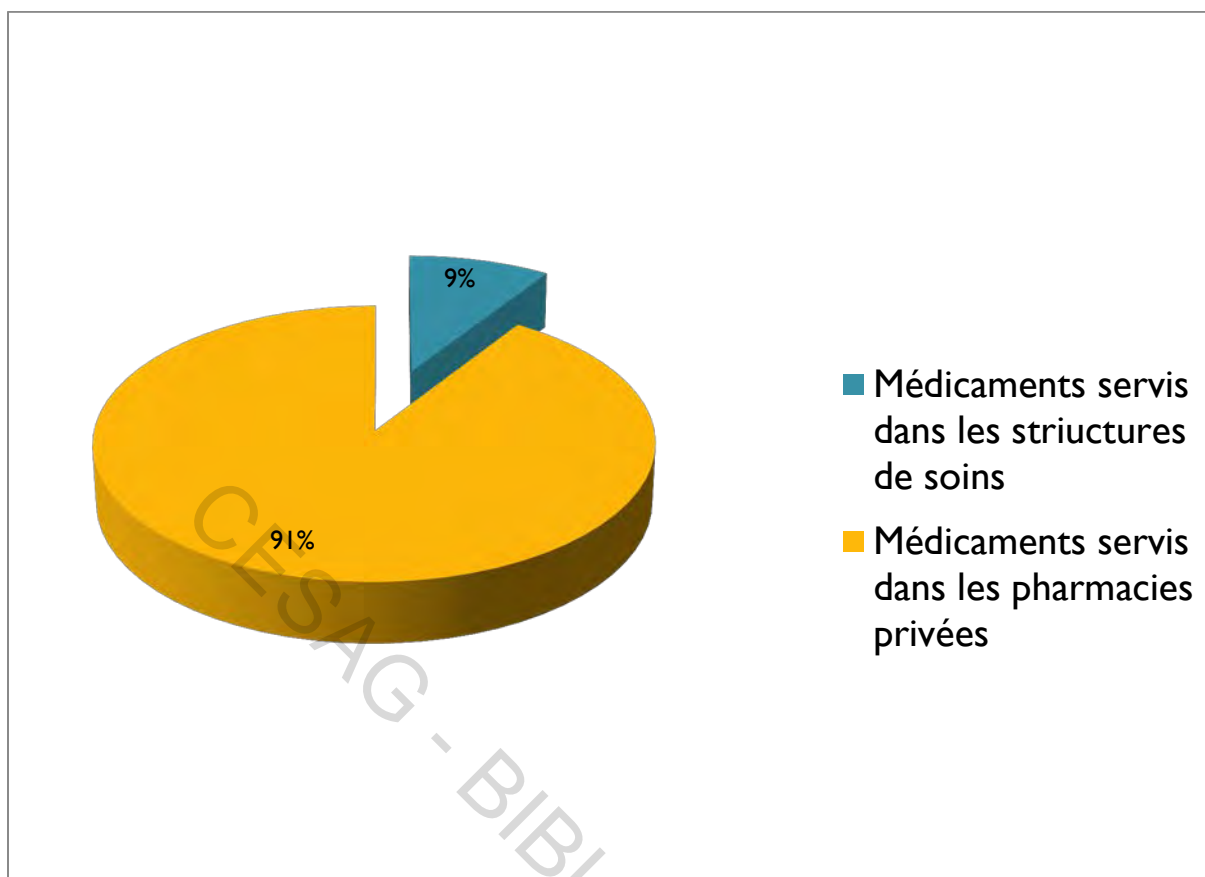
Sources : Institut National d'Assurance Maladie

Annexe 2 : Répartition des coûts des prestations par nature



Sources : Institut National d'Assurance Maladie

Annexe 3 : Répartition de la délivrance de médicaments



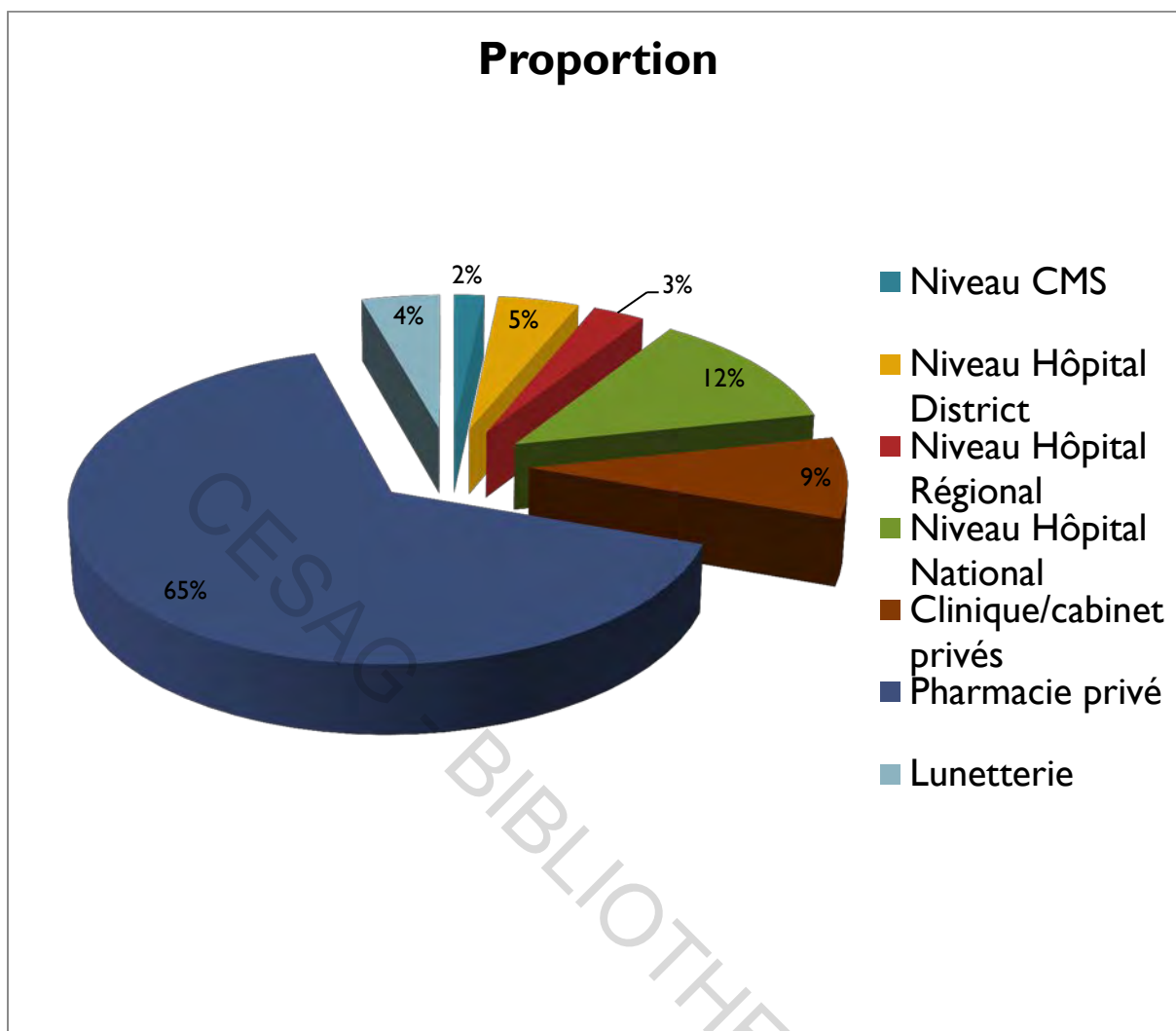
Sources : Institut National d'Assurance Maladie

Annexe 4 : Prestations couvertes par l'INAM

Prestations	Taux de prise en charge
Consultation de médecine générale	80 %
Consultation de spécialisée	80 %
Consultation prénatale	80 %
Examens de laboratoire	80 %
Petite chirurgie	80 %
Soins infirmiers	80 %
Soins ophtalmologie	80 %
Soins dentaires	80 %
Poche de sang	80 %
Echographie	80 %
Radiologie	80 %
Consultation prénatale	80 %
Transport malade	80 %
Hospitalisation (frais de séjour)	90 %
Intervention chirurgicale	90 %
Accouchement simple (acte)	100 %
Accouchement compliqué (acte)	100 %
Césarienne subventionnée	100 %
Produits pharmaceutiques	80 % à 90%

Sources : Institut National d'Assurance Maladie

Annexe 5 : Proportion des coûts des prestations par type de structures en 2013



Sources : Institut National d'Assurance Maladie

Annexe 6 : Questionnaire de recherche

CESAG - BIBLIOTHEQUE

CESAG - BIBLIOTHEQUE

CESAG - BIBLIOTHEQUE

CESAG - BIBLIOTHEQUE

RÉSUMÉ

TITRE : Une étape vers la Couverture Sanitaire Universelle : évaluation de l'Assurance Maladie Obligatoire et de l'Institut National d'Assurance Maladie au Togo

OBJECTIFS: L'objectif général est de contribuer à l'évaluation de la performance de l'AMO et de l'INAM au Togo. De façon spécifique ; il s'agit de : Evaluer le niveau de protection contre le risque financier, le panier de soins, l'équité et le niveau de couverture de l'AMO ; Evaluer l'efficacité, l'efficience, la pertinence et la viabilité de l'INAM ; Identifier le niveau de satisfaction des bénéficiaires.

MÉTHODOLOGIE : Pour l'analyse documentaire, les données ont été synthétisées et structurées pour obtenir les informations sur l'AMO. Pour le niveau de performance, nous avons considéré certains indicateurs recommandés, par les études des experts l'OMS sur la CSU et la structure de gestion d'une assurance, qui ont été adaptés au cas précis du Togo. L'analyse qualitative a consisté en la collecte de données par interview. Elles ont été regroupées et analysées par le logiciel sphinx et le tableur Excel.

RESULTATS : l'AMO assure la protection sociale des assurés, car 79,4% des enquêtés ont pensé qu'il joue un rôle protecteur contre le risque maladie. La source soit stable. L'AMO est non équitable, car il ne tient compte que du secteur public, et n'a aucun apport pour les plus démunis. Elle ne couvre que 46,5% de la population cible, et 4,2% de la population totale, ce qui est faible. La qualité des soins n'est pas effective donc non performant. L'INAM n'a pas été efficace en pour les coûts administratifs élevés, ni efficiente avec le ratio des charges de fonctionnement par rapport aux charges totales à 21,93% en 2013 et en 2012, 45,22%. La viabilité financière doit être surveillée de près. Il est pertinent car il est approprié, et parvient à remplir ses fonctions. Quant à la satisfaction des assurés : 44,3% des enquêtés ont pensé ne pas être satisfait de la communication avec l'INAM ; 52% des enquêtés ont pensé que le circuit des patients dans les centres de soins était compliqué. Avant l'adhésion à l'INAM, 24,6% fréquentaient les CHU; mais après l'adhésion, 55,8% des assurés ont majoritairement fréquenté les CHU ; 73,6% des enquêtés ont pensé que le panier de prestations est suffisant, 76,3% ont favorables pour l'extension vers les autres catégories socio-professionnelles.

CONCLUSION : La CSU est un accès sécurisé à des soins de santé adéquats pour tous à un prix accessible, et est l'objectif ultime d'un régime AMO. Certains indicateurs obtenus ont été performants, surtout ceux en rapport avec la pertinence et la viabilité. Il y a lieu d'améliorer la performance des autres indicateurs de l'efficacité, efficience, couverture de la population, qualité du panier de soins, et de poursuivre les réflexions sur les effets de l'AMO et la performance du système de santé au Togo à faire face à la CSU.

Mots clés: Togo, AMO, INAM, performance, extension, CSU.

SUMMARY

TITLE: A step towards the UHC: Evaluation of the performance the Compulsory Health Insurance (CHI) and the National Institute for Health Insurance in Togo.

OBJECTIVES: The overall objective is to contribute to the evaluation of the performance of CHI and National Institute for Health Insurance (NIHI) in Togo. Specifically; it is: To assess the level of protection against financial risk, the basket of care, equity and the CHI level of coverage; To evaluate the effectiveness, efficiency, relevance and sustainability of NIHI; Identify the level of satisfaction of the beneficiaries.

METHODOLOGY: For the literature review, data were synthesized and structured to obtain information on CHI. For performance; we considered some indicators recommended by the WHO expert studies on the CSU and the management of insurance structure, which have been adapted to the specific case of Togo. The qualitative analysis included data collection by interview. They have been grouped and analyzed by the Sphinx software and Excel spreadsheet.

RESULTS: CHI ensures social protection of policyholders, as 79.4% of respondents thought that it is protective against the risk disease. The source is stable. CHI is unfair because it takes into account only the public sector, and has no provision for the poor. It covers only 46.5% of the target population and 4.2% of the total population, which is low. The quality of care is therefore not effective non-performance. NIHI has not been effective for high administrative costs, nor efficient with the ratio of operating expenses to total expenses at 21.93% in 2013 and in 2012, 45.22%. Financial sustainability should be monitored closely. It is relevant because it is appropriate, and manages to fulfill its functions. As for satisfaction ensured 44.3% of respondents thought not to be satisfied with the communication with the NIHI; 52% of respondents thought that the circuit of patients in health centers was complicated. Before joining the NIHI, 24.6% attended university hospitals; but after accession, 55.8% of policyholders have mostly attended CHU; 73.6% of respondents thought that the benefit package is sufficient, 76.3% were favorable for the extension to other socio-professional categories.

CONCLUSION: The UHC is secure access to adequate health care for all at an affordable price and is the ultimate goal of SHI. Some indicators obtained were efficient, especially those related to the relevance and viability. There is a need to improve the performance of other indicators of effectiveness, efficiency, population coverage, quality of care cart and continue discussions on the effects of CHI and performance of the health system Togo cope with the UHC.

Keywords: Togo, Compulsory Health Insurance, National Institute for Health Insurance, performance, extension, UHC.