



**CENTRE AFRICAIN D'ETUDES SUPERIEURES EN GESTION  
INSTITUT SUPERIEUR DE MANAGEMENT DE LA SANTE**

**15<sup>e</sup> promotion – Année académique 2012 – 2013**



**THEME**

**Cadre d'analyse du financement public de la santé dans la perspective de la couverture sanitaire universelle au Togo**

**MÉMOIRE DE FIN D'ÉTUDES**

**POUR L'OBTENTION DU DIPLÔME D'ÉTUDES SUPÉRIEURES SPÉCIALISÉES EN ÉCONOMIE DE LA SANTÉ**

**Présenté et soutenu par :**

**Monsieur TASSI Dadja**

**Sous la Direction du :**

**Docteur DIAKITE O. Karim**

Enseignant Associé au CESAG

**Promotion 2012- 2013**

## Dédicaces

Je dédie ce travail

A toi mon **Dieu Tout Puissant**, pour ton amour, ta grâce et ton assistance sans fin. Je lève mes yeux vers toi et le secours me vient oh **Dieu** qui a fait les cieux et la terre. Seigneur tu es un bouclier pour moi, tu es ma gloire, celui qui relève ma tête.

A toi l'os de mes os ; cet amour, cette affection et cette persévérance que tu ne cesses de me témoigner m'ont encouragé durant toute cette année de dure séparation. **Elisabeth A. Afia**, Je t'aime.

A mes enfants **Winnaoc Pilizam, Rita Ménéderé, Ingrid Manziwè, Pascaline Dissa**, à chaque fois que le soleil se lève, il y a toujours un temps pour qu'il se couche. Après tout le temps que nous nous sommes séparés pour cette formation, voici venir le temps de savourer ce fruit mûr. C'est le seul exemple que je vous donne à suivre sans oublier de vous aimer et aimer le prochain. De la part de votre papa qui vous aime bien.

A mes parents **Clément PAZI** et **Yawa KIFATOU**, à **Mr Paya PAZI** et vous mes **frères et sœurs**, parce qu'il est impossible de trouver des qualificatifs et de mots à la hauteur de l'amour et du soutien que vous nous avez toujours témoigné.

Je dédie ce travail qui est le couronnement de tant de sacrifices et d'endurance.

**TASSI Dadja**

## Remerciement

Au seuil de ce travail, nous avons l'obligation morale d'exprimer nos sentiments de gratitude et de profonds remerciements à tous ceux qui nous ont apportés leur concours tout le long de notre formation et pendant la réalisation du présent travail, notamment :

- au **Docteur Karim O DIAKITE** pour son accompagnement tout au long de ce travail. En dépit de votre agenda très chargé, vous avez daigné m'accorder votre temps pour la réalisation de ce mémoire ;

Merci à Messieurs **Amani KOFFI** et **El Hadj GUEYE** respectivement Directeur de l'Institut Supérieur de Management de la santé (ISMS) et chef du département Economie de la Santé du CESAG pour les efforts consentis à la bonne marche de cet institut et vos exhortations au leadership dans nos systèmes de santé ;

- à l'ensemble des professeurs et enseignants associés du CESAG, merci d'avoir fait de nous des managers africains sur qui nos pays peuvent compter valablement ;

- à **Mme Fatoumata GUEYE**, Assistante de programme, merci de m'avoir accompagné pour mon arrivée au CESAG pour cette formation et pour le travail très louable que vous abattez tous les jours pour la bonne marche de nos études à l'ISMS ;

- à l'ensemble du personnel de la Direction des Affaires Communes au Ministère de la Santé(Togo), du Contrôle Financier et du Budget du Ministère de l'Economie et des Finances (Togo), du Service de la Statistique à la Direction Générale des Douanes et des services Etudes et de la statistique de la Direction Générale des Impôts (Togo), merci d'avoir accepté nos entretiens qui ont permis la réalisation de ce travail en fournissant les données de base pour nos analyses ;

- à tous les stagiaires de la 15<sup>ème</sup> promotion du programme Economie de la Santé, merci pour l'esprit de partage et pour le soutien mutuel développé durant toute la période passée ensemble, et aux membres du groupe OMS, merci pour toute l'expérience fructueuse engrangée et partagée tout au long des séances de travaux de groupe ;

- à tous ceux qui n'ont pas vu leurs noms cités et qui nous ont toujours comblés de leur animation, sentiments, amour et amitiés, qu'ils trouvent ici l'expression de notre profonde gratitude.

## SOMMAIRE

Dédicaces .....	i
Remerciement.....	ii
SOMMAIRE .....	iii
Liste des Acronymes et Abréviations.....	iv
LISTE DES FIGURES .....	vi
LISTE DES TABLEAUX .....	vii
RESUME.....	viii
Introduction Générale.....	1
Contexte et problématique.....	1
Objectifs de l'étude .....	5
Hypothèses de recherche.....	6
Intérêt de l'étude .....	6
Chapitre 1 : CADRE D'ETUDE ET MÉCANISMES INSTITUTIONNELS DE PRISE EN CHARGE DES DÉPENSES DE SANTÉ.....	7
I- Généralités sur le Togo .....	7
II. Système de santé du Togo .....	10
III. Mécanismes et institutions de prise en charge des dépenses de santé.....	15
Chapitre 2 : CADRE CONCEPTUEL .....	20
I Cadre théorique de référence.....	20
Chapitre 3 : CADRE MÉTHODOLOGIQUE, PRÉSENTATION, ANALYSE ET INTERPRÉTATION DES RÉSULTATS.....	33
I Approche méthodologique et technique de collecte de données .....	33
II Présentation des résultats, interprétations et discussion .....	34
2.1. 2 Sources internes de financement .....	35
Conclusion générale .....	51
REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES .....	53
ANNEXES.....	57
Table des matières .....	XXIII

## Liste des Acronymes et Abréviations

<b>AMO</b>	:	Assurance Maladie Obligatoire
<b>AMV</b>	:	Assurance Maladie volontaire
<b>ARV</b>	:	Anti-Retro- Viraux
<b>BM</b>	:	Banque Mondiale
<b>BTP</b>	:	Bâtiment et Travaux Publics
<b>CDMT</b>	:	Cadre de Dépenses à Moyen Terme
<b>CDVA</b>	:	Conseil et Dépistage Volontaire et Anonyme
<b>CHP</b>	:	Centre Hospitalier préfectoral
<b>CNS</b>	:	Comptes Nationaux de la Santé
<b>CNSS</b>	:	Caisse Nationale de Sécurité Sociale
<b>CRT</b>	:	Caisse de Retraite du Togo
<b>CSU</b>	:	Couverture Sanitaire Universelle
<b>CTA</b>	:	Combinaisons Thérapeutiques à base d'Artémisine
<b>DAC</b>	:	Direction des Affaires Communes
<b>DDS</b>	:	Direction du District Sanitaire
<b>DGS</b>	:	Direction Générale de la Santé
<b>DISER</b>	:	Division des Informations, Statistiques, Etudes et Recherches
<b>DPS</b>	:	Direction Préfectorale de Santé
<b>DRS</b>	:	Direction Régionale de la Santé
<b>DSRP</b>	:	Document de Stratégie de Réduction de Pauvreté
<b>ECD</b>	:	Equipe Cadre de District
<b>FBCF</b>	:	Formation Brute du Capital Fixe
<b>FCFA</b>	:	Franc de la Communauté Financière Africaine
<b>FMI</b>	:	Fonds Monétaire International
<b>GAVI</b>	:	Alliance Mondiale pour le Vaccin et l'Immunisation
<b>ICP</b>	:	Infirmier Chef de Poste
<b>IHP+</b>	:	International Health Partnership
<b>INAM</b>	:	Institut National d'Assurance Maladie
<b>IPM</b>	:	Institut de Prévoyance Maladie
<b>IPRES</b>	:	Institut de Prévoyance Retraite du Sénégal
<b>ISF</b>	:	Indice Synthétique de Fécondité

<b>JLI</b>	:	Initiative Conjointe pour l'Apprentissage
<b>MEF</b>	:	Ministère de l'Economie et des Finances
<b>MICS</b>	:	Enquête par Grappe à Indicateurs Multiples
<b>MMR/SONU</b>	:	Maternité à Moindre Risque/Soins Obstétricaux et Néonataux d'Urgence.
<b>OMD</b>	:	Objectif du Millénaire pour le Développement
<b>OMS</b>	:	Organisation Mondiale de la Santé
<b>ONU</b>	:	Organisation des Nations Unies
<b>OOAS</b>	:	Organisation Ouest Africaine de Santé
<b>PAO</b>	:	Plan d'Action Opérationnel
<b>PEV</b>	:	Programme Elargi de Vaccination
<b>PIB</b>	:	Produit Intérieur Brut
<b>PNDS</b>	:	Plans National de Développement Sanitaire
<b>PNIASA</b>	:	Programme National d'Investissement Agricole et de Sécurité Alimentaire
<b>PPTE</b>	:	Pays Pauvre et Très Endetté
<b>PNS</b>	:	Politique Nationale de Santé
<b>PNUD</b>	:	Programme des Nations Unies pour le Développement
<b>PTF</b>	:	Partenaires techniques et Financiers
<b>PTME</b>	:	Prévention de la Transmission de la Mère à l'Enfant
<b>PVVIH</b>	:	Personne Vivant avec le Virus de l'Immunodéficience Humaine
<b>QUIBB</b>	:	Questionnaire Unifié des Indicateurs de Base du Bien-être
<b>RGPH</b>	:	Recensement Général de la Population et de l'Habitat
<b>RHS</b>	:	Ressources Humaines en Santé
<b>SCAPE</b>	:	Stratégie de Croissance Accélérée et de la Promotion de l'emploi
<b>SSP</b>	:	Soins de Santé Primaires
<b>TMIJ</b>	:	Taux de Mortalité Infanto-Juvenile
<b>UEMOA</b>	:	Union Économique et Monétaire Ouest Africaine
<b>UNICEF</b>	:	Fonds des Nations Unies pour l'Enfance
<b>UNITAID</b>	:	Facilité internationale d'achat de médicaments
<b>USAID</b>	:	United States Agency for International Development
<b>USP</b>	:	Unité de Soins Périphérique
<b>VIH-SIDA</b>	:	Virus de l'Immunodéficience Humaine - Syndrome de l'Immunodéficience Acquise

## LISTE DES FIGURES

<b>Figure I:</b> Répartition des dépenses de santé par sources de financement en 2008 -----	34
<b>Figure II:</b> Evolution du budget de l'Etat alloué à la santé en rapport avec l'engagement d'Abuja -----	36
<b>Figure III:</b> Evolution des taux des grandes masses de dépenses de santé issues des financements internes de l'Etat-----	36
<b>Figure IV :</b> Répartition du financement des partenaires dans les dépenses de santé-----	37
<b>Figure V :</b> Evolution des taux du budget général de l'Etat et le budget de la santé, celui des partenaires affecté au secteur de la santé-----	38
<b>Figure VI :</b> Evolution des taux de croissance des ressources affectées à la santé-----	39
<b>Figure VII:</b> Répartition du financement extérieur entre les 10 bailleurs les plus importants-	39
<b>Figure XI :</b> Carte du Togo -----	IV
<b>Figure XII :</b> Organigramme actuel du Ministère de la Santé-----	V
<b>Figure XIII :</b> Proposition finale d'organigramme du Ministère de la Santé -----	V
<b>Figure XIV :</b> Organigramme de financement de la santé en 2008 -----	X
<b>Figure XV :</b> Graphiques avec la détermination des coefficients de projection -----	XIX

## LISTE DES TABLEAUX

<b>Tableau I</b> : Superficie et répartition de la population par groupes d'âge et par région.....	8
<b>Tableau II</b> : Répartition des formations sanitaires par type selon la région sanitaire .....	12
<b>Tableau III</b> : Estimation du besoin de financement pour une CSU au Togo.....	42
<b>Tableau IV</b> : Financement de la Couverture Universelle Sanitaire au Togo.....	44
<b>Tableau V</b> : Calcul de la marge sécuritaire pour le financement de la CSU.....	45
<b>Tableau VI</b> : Evolution des indicateurs clés de la santé.....	I
<b>Tableau VII</b> : Outil de collecte de données financières à la Direction Générale des Douanes et à la Direction Générale des Impôts.....	II
<b>Tableau VIII</b> : Outil d'analyse des différentes sources de financement de CSU.....	III
<b>Tableau IX</b> : Le paysage des partenaires de l'Aide Publique au Développement.....	VI
<b>Tableau X</b> : Effectif du personnel de la santé du secteur public par régions sanitaires.....	VII
<b>Tableau XI</b> : Evolution du budget de l'Etat de 2001 à 2012.....	VIII
<b>Tableau XII</b> : Données sur le budget de l'Etat alloué au MS.....	IX
<b>Tableau XIII</b> : Le taux de couverture de l'INAM part catégorie de prestation de soins.....	X
<b>Tableau XIV</b> : Projection de l'évolution de la population du Togo de 2010 à 2025.....	XII
<b>Tableau XV</b> : Les recettes des différentes taxes sur les produits pétroliers.....	XIII
<b>Tableau XVI</b> : Les recettes des différentes taxes sur le ciment.....	XIV
<b>Tableau XVII</b> : Les recettes des différentes taxes sur les véhicules et motos .....	XV
<b>Tableau XVIII</b> : Les recettes des différentes taxes sur les boissons.....	XVI
<b>Tableau XIX</b> : Les recettes des différentes taxes sur le tabac.....	XVII
<b>Tableau XX</b> : Analyse des différentes sources de financement de CSU.....	XVIII
<b>Tableau XXI</b> : Projection de la valeur en douane jusqu'en 2020 .....	XXII

## RESUME

L'accessibilité aux services et soins de santé de base pour l'ensemble de la population est restée, depuis l'indépendance du Togo, une priorité du pouvoir public. Le Togo dans sa politique d'aller vers la Couverture Sanitaire Universelle (CSU), a adopté la stratégie progressive en instaurant un régime obligatoire d'Assurance Maladie pour les agents publics de l'Etat et assimilés géré par l'Institut National d'Assurance Maladie (INAM). L'évolution vers la CSU sans doute imminente, l'objet de cette étude est de participer à la réflexion, de susciter et d'éveiller la conscience politique au sujet des sources de financement potentielles de ce projet.

Le thème de cette étude est intitulé « Cadre d'analyse du financement public de la santé dans la perspective de la couverture sanitaire universelle au Togo ».

Le cadre méthodologique de notre étude porte essentiellement sur le financement de la CSU.

Nous avons utilisé les données secondaires du Ministère de la Santé, du Ministère de l'Economie et de Finances du Togo, appuyées par une revue de la littérature spécialisée sur la typologie, le financement et la réforme des systèmes de santé.

L'analyse des données collectées nous a permis d'estimer les besoins de financement et d'identifier les sources potentielles de financement public pour la CSU.

Les résultats de notre étude sur cinq produits ont validé les hypothèses selon lesquelles le Togo dispose des sources potentielles de financement public pour le financement de CSU au Togo. Ceci épargnerait les ménages des dépenses inattendues, souvent urgentes et importantes, qui sont susceptibles d'aggraver leur vulnérabilité, voire les faire basculer dans l'extrême pauvreté.

Les autorités en sont conscientes et cette approche globale et innovante doit être soutenue par une coordination entre ministères, bailleurs de fonds, ONG et société civile, avec la définition des stratégies complémentaires en vue de mobiliser plus de ressources pour aller vers la CSU.

## Introduction Générale

### Contexte et problématique

Promouvoir et protéger la santé est essentiel pour le bien-être humain et le développement économique et social durable. L'accès aux soins de santé est un droit reconnu à tout être humain. Les pays africains, au lendemain de leur indépendance ont assuré l'accès aux soins de santé à leurs populations respectives à travers un financement public assurant un accès quasi gratuit aux soins de santé.

Malheureusement, le secteur de la santé était tributaire de l'aide extérieure et la crise économique mondiale des années 1970, relayée par la crise de la dette des pays africains, a conduit les Etats à adopter des restrictions budgétaires dans le cadre des programmes d'ajustement structurel imposés par les institutions de Bretton Woods.

La réduction des dépenses publiques a eu comme conséquence la remise en cause des systèmes étatiques de financement de soins de santé. Ainsi, dans le domaine de la santé, la diminution des ressources couplée avec la mauvaise gestion de celles-ci (utilisation inefficace) a eu pour conséquence une mauvaise prise en charge des malades, une chute drastique de la fréquentation des services de santé par les populations et finalement une dégradation de la situation sanitaire dans son ensemble.

A l'instar de la plupart des autres pays de l'Afrique subsaharienne, l'évolution du système de santé au Togo n'a pas favorisé l'équité dans l'accès aux soins de santé, l'équité dans le financement de la santé et surtout la protection financière des ménages face au risque maladie malgré les efforts réalisés en matière d'investissement public dans la santé et d'amélioration du fonctionnement des structures sanitaires publiques<sup>1</sup>.

L'évolution du système de santé du Togo a connu trois grandes périodes:

- la période avant 1970 ;
- la période de 1970 à 1989 ;
- et la période après 1989.

Au cours de la période coloniale et le début des années 60, le système de santé était centré sur le développement hospitalier orienté essentiellement vers les besoins de la population urbaine

---

<sup>1</sup> Politique Nationale de Santé, septembre 2011 Ministère de la santé : Togo

et la lutte contre les grandes endémies. L'Etat était le principal prestataire des soins de santé avec la gratuité comme principe de fonctionnement des structures publiques de santé.

Les années 70 et 80 ont été marquées par le remplacement de l'orientation curative par la santé de base plus préventive et le lancement en 1980 de la stratégie des Soins de Santé Primaires (SSP) avec pour objectif primordial, l'extension des services de santé de base et le développement des programmes spécifiques. Ces programmes reposaient sur le principe de la gratuité des soins.

Cette détermination du Togo à vouloir prendre en main son propre développement a été freinée par la crise d'endettement. Cela s'est révélé au cours des années 80 comme obstacle à la réalisation des objectifs de santé. C'est ainsi que, les services publics de santé étaient durement freinés dans leur fonctionnement entraînant une forte diminution de la qualité des soins et une aggravation des inégalités dans la couverture sanitaire. Ceci à cause de la réduction des dotations des structures sanitaires en ressources financières et de leur gestion inefficace.

A la fin des années 80, le Togo a entrepris une réforme de son système de santé avec l'appui des organismes bilatéraux et multilatéraux. Cette réforme a conduit à la déclaration de politique sectorielle de la santé de 1990 à la déclaration de la mise en œuvre d'une nouvelle politique sanitaire axée sur les soins de santé primaires avec l'implication des communautés de base à la gestion de leurs problèmes de santé connue sous le nom d'Initiative de Bamako (IB, lancée lors d'une conférence en 1987). Cette initiative en tant que politique de relance de la stratégie des soins de santé primaires définie à la conférence d'Alma Ata en 1978, est, en soi, une innovation pour les différents acteurs des systèmes de santé<sup>2</sup>.

C'est dans ce contexte que dès 1994, le Ministère de la Santé a développé la vision de fonder les actions sectorielles sur une approche participative qui tient compte des besoins de la population à la base. Cette procédure a conduit à l'élaboration en 1998 de la Politique Nationale de Santé (PNS) dont la mise en œuvre s'est effectuée depuis lors à travers divers plans nationaux et stratégies nationales spécifiques à certaines maladies. En mai 2009, le Ministère de la Santé (MS) s'est doté d'un code de la santé publique par la loi n°2009-007 du 15 mai 2009.

---

<sup>2</sup> VALÉRY RIDDE ; Octobre 2004 : L'Initiative de Bamako 15ans après, un agenda inachevé

D'autres documents de portée multisectorielle et macroéconomique ont été élaborés et servent de référence pour le secteur de la santé. Il s'agit du Document complet de Stratégie de Réduction de la Pauvreté (DSRP-C), des stratégies de développement axées sur les Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD) à travers le Cadre des Dépenses à Moyen Terme (CDMT) et les budgets programmes et aujourd'hui le document de Stratégie de Croissance Accéléré et de Promotion de l'Emploi (SCAPE 2013-2017).

Malgré tous ces efforts et politiques entrepris par le pouvoir public et ses partenaires, l'évolution du système de santé du pays n'a pas favorisé l'équité dans l'accès aux soins de santé et la protection financière des ménages face aux effets collatéraux du paiement direct.

Dans la recherche des mécanismes en vue de la couverture sanitaire universelle, le Togo a mis en place un système d'assurance maladie obligatoire qui jusque-là ne concerne que les agents de l'Etat et assimilés alors que la grande partie de la population (secteur informel, agricole, scolaire et universitaire, etc.) est restée pour compte.

A y voir de près, on se rend compte que le financement actuel de la santé ne permet pas la couverture du risque maladie pour toute la population togolaise. Il faut alors identifier de nouvelles sources de financement afin d'aller vers la CSU pour un développement socio-économique durable.

Le financement du secteur de la santé au Togo repose essentiellement sur trois sources : les ressources budgétaires de l'Etat, les ressources du secteur privé et les ressources financières provenant de l'aide internationale.

Selon les comptes nationaux de santé (CNS) 2008, le financement public représente 22,4%, le financement privé 60,3% et le financement extérieur 17,3%. La contribution des ménages occupe une place importante dans le financement privé et représente 50,5% des dépenses nationales de santé en 2008<sup>3</sup>.

Ces chiffres témoignent que, les ménages togolais sont de loin le premier financeur du système de santé. Ainsi, le Togo se positionne au premier rang parmi les pays de l'UEMOA en termes de part la plus importante de la santé financée par les ménages (OMS, Global Health Observatory, 2008). Cette participation des ménages repose sur le recouvrement des coûts dans les formations sanitaires (frais d'hospitalisation, le paiement des actes et l'achat des médicaments).

---

<sup>3</sup> CNS 2008 Togo

En effet, pour faire face aux dépenses de soins, les ménages seraient confrontés à des dépenses inattendues, souvent urgentes et importantes, qui sont susceptibles d'aggraver leur vulnérabilité, voire les faire basculer dans l'extrême pauvreté : recours aux usuriers, endettement lourd, vente des avoirs et du capital productif avec des conséquences souvent irréversibles. Les avantages que les ménages pourraient avoir du prépaiement et du partage du risque sont : la réduction ou l'élimination des risques financiers en cas de maladie, l'endettement excessif et le recours tardif aux soins ou l'abandon des traitements prescrits par le médecin par manque de moyen financier chez les patients.

Le paiement direct des ménages assez généralisé est identifié comme un facteur important de la faible accessibilité financière des populations aux soins et par conséquent de la sous-utilisation des services. Selon MICS3 de 2006, 73,8% de la population ne fréquentent pas régulièrement les formations sanitaires modernes pour des raisons d'accessibilité financière de soins. Les mécanismes de flexibilité prévus dans la stratégie de recouvrement des coûts sont peu appliqués. De même que les mécanismes de partage de risques sont pour le moment quasi inexistantes.

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

Le Togo, en s'inscrivant dans la logique de ces recommandations et engagements, est rentré tout récemment dans la phase transitoire avec la mise en place d'un régime obligatoire

d'assurance maladie pour les agents de l'Etat et assimilés en Février 2011<sup>4</sup>. Mais la nécessité de passer à l'échelle supérieure devient un impératif pour les pays en retard et ceci depuis la Déclaration de Tunis du 05 Juillet 2012 : « Accélérer la couverture sanitaire universelle pour chaque pays, en particulier par l'établissement de mécanismes qui garantissent un accès équitable aux services de santé essentiels et la mise en place des dispositifs d'assurance sociale efficaces pour protéger les populations vulnérables, les ménages et les communautés »

Aussi dans une vision de solidarité, lors de l'atelier régional de consensus sur la généralisation de la couverture universelle du risque maladie dans l'espace CEDEAO tenu à Accra du 6 au 9 février 2012, l'Organisation Ouest Africaine de la Santé (OOAS) a-t-elle élaboré un plan d'action régional autour de la vision suivante : « chaque citoyen de l'espace CEDEAO devrait à l'horizon 2020, accéder à des soins de santé de qualité sans barrières financières ».

Le système d'assurance maladie obligatoire mise en place au Togo ne prend en compte que les agents de l'Etat et assimilés alors que plus de 90% de la population reste exposée au risque de dépenses catastrophiques faute d'une couverture maladie adéquate. Dans ces conditions, la définition d'un mécanisme en vue de mobiliser les ressources complémentaires pour une couverture universelle du risque maladie au Togo devient indispensable.

La préoccupation fondamentale de notre étude consiste à répondre aux questions suivantes :  
Qu'est ce qui explique la faiblesse du financement public de la santé au Togo ?

Quelle sont les sources potentielles de financement efficace pour une couverture maladie au Togo ?

Quelle stratégie faudrait-il adopter au Togo afin d'assurer de façon durable une couverture maladie à l'échelle nationale ?

## **Objectifs de l'étude**

### **1. Objectif général**

L'objectif général de ce travail est d'explorer les différentes sources potentielles et efficaces pour le financement de la couverture sanitaire universelle au Togo.

---

<sup>4</sup> Article 10 de la loi n° 2011-003 du 18 Février 2011. L'INAM a été officiellement lancé le 1er septembre 2011, et ses prestations sur toute l'étendue du territoire ont démarré le 1er mars 2012.

## 2. Objectifs spécifiques

Spécifiquement il s'agira de :

- ✓ estimer le besoin de financement des dépenses publiques de la santé pour une couverture sanitaire universelle ;
- ✓ identifier les sources du financement public pour le financement de la santé au Togo ;
- ✓ évaluer les différentes sources de financement public pour une politique de couverture sanitaire universelle au Togo.

## Hypothèses de recherche

Pour atteindre ces objectifs, nous formulons les hypothèses d'analyse suivantes :

**H<sub>1</sub>**- Le besoin de financement des dépenses de santé pour la CSU est élevé,

**H<sub>2</sub>**- Le Togo dispose de nombreuses sources de financement pour la santé,

**H<sub>3</sub>** . Les différentes sources de financement public permettre le financement de la CSU au Togo.

## Intérêt de l'étude

Cette étude permet de susciter la réflexion et d'éveiller la conscience politique au sujet de nouvelles sources de financement stables, pérennes et abondantes pour une couverture sanitaire universelle au Togo.

Nous espérons que cette étude servira de base ou de référence pour celle ou celui qui voudrait bien approfondir la recherche.

## Chapitre 1: CADRE D'ETUDE ET MÉCANISMES INSTITUTIONNELS DE PRISE EN CHARGE DES DÉPENSES DE SANTÉ

La système de santé au Togo tout comme celui des autres pays de l'Afrique subsaharienne a connu des mutations assez remarquables depuis les années 1960 jusqu'à nos jours. Ces mutations qui avaient pour vocation de faire évoluer et de pérenniser la qualité des prestations des soins ont fait passer progressivement les pays de l'Etat providence où l'Etat pourvoyait tout à sa population en matière de santé au recouvrement des coûts (IB ,1987). Les populations en majorité pauvre éprouvent d'énormes difficultés à se prendre en charge en matière de santé. Cette situation a aussi occasionné le développement des dépenses catastrophiques qui enlèvent davantage les populations dans la pauvreté. Pour comprendre cette situation de précarité de la population togolaise en matière de santé, il nous sera important de parler des généralités sur le Togo puis décrire la situation sanitaire que vivent les populations tout en décrivant les mécanismes et les institutions de prise en charge des dépenses de santé qui existent.

### I- Généralités sur le Togo

Cette partie consistera à présenter les caractéristiques géographiques et démographiques du Togo d'une part et son organisation administrative d'autre part.

#### 1.1. Situation géographique, démographique et administrative du Togo

Pays situé sur la côte ouest-africaine avec une superficie de 56.600 km<sup>2</sup>, le Togo est limité au nord par le Burkina Faso, au sud par l'Océan Atlantique, à l'est par le Bénin et à l'ouest par le Ghana (confer annexe 3 Figure XI). Il jouit de trois écosystèmes distincts (sablonneux mais bien couvert, climat de type soudanien et assez boisé, savanes) à partir du sud vers le nord avec des précipitations moyennes de 1.000 mm d'eau par an. Plus de la moitié du pays a une altitude de moins de 200m. En allant du nord au sud, le pays présente successivement plusieurs petites montagnes toutes orientées du sud-ouest vers le nord-est et séparées par des plaines et des plateaux. Le Mont Agou est le point culminant du Togo avec 986m.

S'agissant de l'organisation administrative, le Togo compte cinq régions économiques (Savanes, Kara, Centrale, Plateaux et Maritime) réparties en 41 Préfectures plus la Commune

de Lomé qui est subdivisée en 5 Arrondissements. Malgré les actions entreprises, notamment l'élaboration et la mise en œuvre du Programme National de Consolidation de la Décentralisation (PNCD), la décentralisation n'est pas encore effective au Togo.

Sur le plan démographique, les résultats du quatrième RGPH (2010) montrent que le Togo compte 6,2 millions d'habitants dont 48,6% d'hommes et de 51,4% de femmes et présente une pyramide des âges en forme de cloche. A la forte densité de population prévalant dans les régions côtières (Lomé Commune et Maritime), s'oppose la faible densité humaine des régions des Plateaux, Centrale, de la Kara et des Savanes. L'espérance de vie est estimée à 60,4 ans pour les hommes et à 63,9<sup>5</sup> ans pour les femmes<sup>6</sup>.

**Tableau I : Superficie et répartition de la population par groupes d'âge et par région (2011)**

Régions	Population	Superficie (Km2)	Densité (Habitant /Km2)	Effectif estimé des FAP	Population 0-11mois	Population 1-4ans	Population 5-14ans	Population 15-64ans	Population 65ans et plus
Lomé Commune	861 220	90	9 569	215 305	25 837	103 346	232 529	465 059	34 449
Maritime	1 812 574	6010	302	453 143	54 377	217 509	489 395	978 790	72 503
Plateaux	1 414 220	16 975	83	353 555	42 427	169 706	381 839	763 679	56 569
Centrale	635 419	13 317	48	158 855	19 063	76 250	171 563	343 126	25 417
Kara	791 806	11 738	67	197 952	23 754	95 017	213 788	427 575	31 672
Savanes	851 745	8 470	101	212 936	25 552	102 209	229 971	459 943	34 070
Ensemble Pays	6 366 984	56 600	112	1 591 746	191 010	764 038	1 719 086	3 438 171	254 679

Source : DISER 2011/DGSCN, 4<sup>ème</sup> Recensement Général de la Population et de l'Habitat, 2010

Le contexte démographique est surtout caractérisé par:

- (i) une prépondérance de jeunes (60% des togolais ont moins de 25 ans) ;
- (ii) une croissance démographique élevée (2,8% par an) ;
- (iii) une forte densité de population dans les régions côtières (261 habitants au km2 pour la région maritime par exemple) ;
- (iv) une urbanisation rapide et peu contrôlée surtout à Lomé et
- (v) un niveau encore élevé de l'indice synthétique de fécondité (ISF à 4,1 enfants par femme), conséquence de la faiblesse de l'offre de services de planification familiale.

<sup>5</sup> Rapport mondial sur le développement humain

<sup>6</sup> Quatrième Recensement Général de la Population et de l'Habitat Togo 2010

Les projections de populations montrent une hausse de 25 % de la population du Togo d'ici à 2020.

Cette tendance de l'accroissement démographique entraînera :

- (i) une forte urbanisation avec augmentation de la demande des services sociaux de base y compris la santé ;
- (ii) une augmentation des naissances ayant pour corollaire un accroissement des besoins de santé et de protection de la population notamment de la mère et de l'enfant. Ceci se traduit par une demande conséquente en personnels de santé, en infrastructures sanitaires, en matériels de soins et en médicaments appropriés.

## **1.2. Situation économique et sociale**

Les troubles sociopolitiques survenues à partir de 1990 ont entraîné la détérioration de la situation économique, aggravée par la réduction de l'Aide Publique au Développement (APD) dont le volume par habitant a été divisé par cinq entre 1990 et 2005. Dès lors, des progrès en faveur de la décrispation de l'environnement socio politique ont été réalisés et des efforts en vue de la mise en œuvre de réformes constitutionnelles et institutionnelles se poursuivent.

Sur le plan socioéconomique, l'indice de développement humain est passé de 0,452 en 2010 à 0,459 en 2012 et le Togo occupe le 159ème rang mondial. L'accélération de la croissance économique observée depuis 2007, quoique influencée par des chocs exogènes de natures diverses, se poursuit après la phase des taux négatifs de croissance du PIB, notamment entre 2000 et 2002. Le taux de croissance du PIB était de 4% en 2010, 4,8% en 2011 et est estimé à 5,9% en 2012.

Dans le souci de promouvoir son développement, le Togo s'est engagé en 2001, dans l'élaboration de son premier Document de Stratégie de Réduction de la Pauvreté (DSRP). Malgré la volonté affichée, ce processus n'a abouti qu'en 2008, avec l'adoption du DSRP-Intérimaire révisé entre 2007 et 2008, à la faveur de la décrispation politique et de la reprise de la coopération avec les PTF.

A travers ce premier DSRP, le Togo a mis en œuvre des réformes économiques et financières lui permettant de remplir les prérequis pour renouer avec la croissance économique et dégager ainsi des ressources pour le financement des secteurs liés aux OMD. Ainsi, le point de décision de l'Initiative pour les Pays Pauvres Très Endettés (I-PPTE) a été atteint en novembre 2008. Grâce à la mise en œuvre satisfaisante du DSRP complet, le Togo a atteint le

point d'achèvement de l'Initiative PPTE, en décembre 2010, avec l'annulation de plus de 85% de sa dette multilatérale.

## **II. Système de santé du Togo**

### **2.1. Organisation administrative du système de santé**

Le système de santé du Togo est organisé en une pyramide sanitaire à trois niveaux : central, intermédiaire et périphérique. Le niveau central est représenté par le cabinet du ministère, la direction générale de la santé (DGS) et cinq directions centrales avec leurs divisions et services ainsi que les institutions de santé à portée nationale. Le niveau intermédiaire comprend 6 directions régionales de la santé (DRS). Le niveau périphérique est représenté par le district sanitaire qui constitue l'entité opérationnelle.

Au niveau central, la gestion administrative du système sanitaire est assurée, en dehors du Cabinet du Ministre, par une Direction Générale de la Santé qui dispose de cinq (5) directions techniques en charge de la mise en œuvre des différentes politiques sectorielles du département de la santé. La Direction des Soins de Santé Primaires, à travers ses quatre (4) divisions, est chargée de la coordination des programmes de santé dont les principaux sont le Programme Nutrition, le Programme National de Lutte contre le Paludisme (PNLP), Programme National de Lutte contre le Sida et les IST (PNLS/IST), le Programme National de Lutte contre l'Onchocercose (PNLO), le Programme National de Lutte contre la Tuberculose (PNLT), le Programme National de Lutte contre l'Ulcère de Brulis et la Lèpre (PNLUBL), le Programme National d'Éradication de la Dracunculose (PNED), le Programme National pour l'Élimination de la Filariose Lymphatique (PNEFL), Programme de Lutte contre les Schistosomiasés, le Programme Élargi de Vaccination (PEV), le Programme National de la Santé de la Reproduction (SR), etc.

Au niveau intermédiaire la gestion administrative est relayée par les six (6) directions régionales de la santé. Elles sont dirigées par un médecin de santé publique qui est le principal animateur de l'équipe cadre de région et assure la coordination des activités sanitaires.

Il existe au niveau des régions et des districts des points focaux qui assurent le suivi et l'évaluation de la mise en œuvre des activités sous l'autorité des directeurs régionaux et préfectoraux de la santé.

L'administration des districts sanitaires est assurée par trente-cinq (35) directions préfectorales de la santé (DPS) et 5 directions de district sanitaire (DDS) de la Commune de Lomé. Chaque niveau a ses attributs.

Le niveau périphérique qui est le district sanitaire (DS) comprend au minimum une polyclinique ou un centre hospitalier de district (CHP) et un réseau d'unités de soins périphériques (USP). Le district couvre une zone géographique de préfecture et un arrondissement pour la commune de Lomé. Il est placé sous la supervision et la coordination d'une équipe Cadre de District (ECD) et est dirigée par un médecin chef de district. Le Togo compte actuellement quarante (40) districts sanitaires.

Les unités de soins périphériques (USP) sont implantées dans les grandes agglomérations (cantons et villages), et sont gérés par des infirmiers chefs de postes (ICP). Les cases de santé sont sous la supervision des ICP. Les districts et les Unités de Soins Périphériques (USP) constituent le niveau opérationnel de mise en œuvre des différents programmes de santé.

Cependant, il convient de noter que l'audit organisationnel du ministère de la santé effectué en 2009 a révélé une organisation de l'administration sanitaire inadéquate au regard des défis à relever. Pour y remédier, un nouvel organigramme<sup>7</sup> validé avec une redéfinition des missions visant à renforcer le leadership et la gouvernance institutionnelle du ministère de la santé est en cours de mise en application.

Le Ministère de la Santé est soutenu dans ses activités par les différents partenaires tels que l'OMS, l'UNICEF, l'UNFPA, Plan Togo, la Coopération Française, la Croix Rouge, l'Union Européenne, PSI, HDI-Togo, Sightsavers, le Fonds Mondial, le PNUD, etc. (confer Annexe 7, Tableau X).

## **2.2. Organisation des structures de soins**

Calqué sur l'organisation administrative du système de santé et selon le système de référence contre référence, le système de prestations de soins est également organisé en trois niveaux: primaire, secondaire et tertiaire.

---

<sup>7</sup> Arrêté n°021/2013/MS/CAB/SG du 27 février 2013 portant organisation des services du ministère de la santé

- le niveau primaire est constitué des structures de soins de santé primaires autour du district sanitaire et comprend deux échelons: les structures de soins de base (USP, cabinet privé de soins et PMI) et les structures de soins de première référence, hôpitaux de district (HD) publiques ou privées avec ou sans Antenne chirurgicale;

- le niveau secondaire est représenté par les Centre Hospitalier Régional (CHR) et hôpitaux spécialisés de référence;

- le niveau tertiaire est constitué par les Centres Hospitaliers Universitaires (CHU) et les institutions spécialisées de santé de portée nationale.

Le tableau ci-après présente la répartition des formations sanitaires selon la région sanitaire au Togo en 2011.

**Tableau II : Répartition des formations sanitaires par type selon la région sanitaire en 2011**

Type de formation sanitaire	Savanes	Kara	Centrale	Plateaux	Maritime	Lomé-Commune	Total
CHU	0	1	0	0	0	2	3
CHR	1	1	1	1	1	1	6
Hôpital Spécialisé	0	0	0	1	1	0	2
Hôpital de District	4	5	4	8	7	4	32
Hôpital Privé Confessionnel	1	0	1	4	2	0	8
USP	71	126	84	201	127	37	655
CMS/Cabinet Médical Privé	4	19	11	32	22	101	189
Ensemble selon les normes	81	152	101	256	160	145	895
FS hors normes	4	4	5	23	132	202	370
Ensemble des FS	85	156	106	279	292	347	1265
Officines pharmaceutiques	2	5	2	6	1	136	152
Dépôts de pharmacie	6	14	7	20	14	3	64

Source : Principaux Indicateurs de Santé, Année 2011 DISER/MS

A l'ensemble de ces structures, s'ajoutent :

- ✓ le Centre National de Transfusion Sanguine (CNTS) ;
- ✓ l'Institut National d'Hygiène (INH) ;
- ✓ le Centre National d'Appareillage Orthopédique (CNAO) ;
- ✓ la Centrale d'Achat des Médicaments Essentiels et Génériques (CAMEG).

On remarque également un nombre important de formations sanitaires hors normes (370) dont 90% se retrouvent dans les régions Maritime et Lomé Commune.

Par rapport aux ressources humaines, le Togo dispose en 2012 d'un (01) médecin pour 14 410 habitants contre 1 médecin pour 10 000 habitants, d'un infirmier d'Etat pour 4 814 habitants et d'une sage-femme pour 8 197 habitants contre 1 IDE/SFE pour 4 000 habitants selon les normes internationales<sup>8</sup>

### 2.3 Situation des ressources humaines de soins

Selon le rapport de l'OMS sur la santé dans le monde de 2006, le Togo faisait partie des 54 pays dans le monde qui connaissent une pénurie des ressources humaines en santé (RHS) avec moins de 2 soignants pour 1 000 habitants (en ne prenant que les médecins, les infirmiers et assimilés, les sages-femmes et auxiliaires). Les efforts de recrutement effectués par le gouvernement en 2008 et 2009 ainsi que le relèvement de l'âge de départ à la retraite n'ont pas permis de réduire de façon significative ce déficit en personnels de santé.

Selon le plan de formation des ressources humaines en santé élaboré en 2012 par la Direction des Ressources Humaine du Ministère de la Santé (DRH/MS), l'effectif des principaux prestataires de soins (médecin, technicien supérieur de santé, infirmier diplômé d'Etat, infirmier auxiliaire d'Etat, sage-femme d'Etat, accoucheuse auxiliaire d'Etat) donne un ratio cumulé de 6,9 personnels de santé pour 10.000 habitants. Ce ratio cumulé reste largement inférieur à la norme de la JLI<sup>9</sup>-OMS (20,2 à 25,4 pour 10.000 habitants), seuil de densité en-dessous duquel il est très improbable que l'on puisse atteindre une couverture importante pour les interventions essentielles, notamment celles qui sont nécessaires à la réalisation des OMD dans le domaine de la santé<sup>10</sup>.

Ce déficit quantitatif et qualitatif de RHS est dû à la faible capacité de production des institutions de formation, à l'insuffisance et la non régularité des recrutements de personnel formé, à une forte migration des médecins, etc.

Plus encore, le pays souffre d'une inégale répartition des personnels de santé avec une concentration en zone urbaine (74 % des médecins exercent à Lomé et dans ses environnants alors que seul 7 % d'entre eux exercent dans les régions de la Kara et des Savanes ; (Voir

---

<sup>8</sup> Principaux indicateurs de santé au Togo ; Année 2012

<sup>9</sup> Initiative Conjointe pour l'apprentissage.

<sup>10</sup> Rapport d'analyse de la performance du secteur de la santé, page 45

Tableau XI)) au détriment des zones rurales et particulièrement dans les zones dites d'accès difficile.

Vu les défis énormes qui pointent à l'horizon, des efforts doivent être encore consentis pour doter les formations sanitaires en personnels de santé qualifiés.

## 2.4 Le profil épidémiologique

Dans l'ensemble, les indicateurs sanitaires clés indiquent, nonobstant quelques progrès significatifs obtenus ces dernières années, que les efforts consentis à ce jour n'ont pas permis d'atteindre les objectifs poursuivis (les Objectifs du Millénaire pour le Développement « OMD »). Les indicateurs de santé liés aux problèmes de santé ciblés par les OMD n'ont connu que peu d'évolution ou sont en quasi-stagnation entre 2006 et 2010 (Voir tableau III). La situation sanitaire du Togo est caractérisée par des niveaux encore élevés des taux de morbidité et de mortalité. Le profil de mortalité est marqué par les maladies infectieuses et les maladies non transmissibles.

Le taux de mortalité générale estimé à 8,19‰, s'explique essentiellement par les taux élevés des mortalités infantile (TMI), infanto-juvénile (TMIJ), maternelle et de la mortalité liée au SIDA. Ces cibles des OMD constituent plus de 65% de la mortalité de la population togolaise. Le taux de mortalité infanto-juvénile est estimé à 123‰ selon les résultats de MICS 2010, inchangé par rapport au MICS de 2006 alors qu'il avait connu une réduction annuelle de 2 % entre 1998 et 2006. La réalisation de l'OMD 4 aurait nécessité que le taux annuel de réduction soit d'environ 12 % à compter de 2010. Par ailleurs, selon le rapport de suivi des OMD (2010), le taux de mortalité infanto-juvénile devrait être autour de 60‰ en 2010 (au lieu de 123‰) pour espérer être au rendez-vous de 2015.

La mortalité maternelle est très élevée au Togo. Le ratio de décès maternel estimé à 350 pour 100.000 naissances vivants demeure largement au-dessus du ratio attendu de 160 pour 100.000 naissances en 2015. Ainsi, ce sont trois femmes qui meurent par jour suite à une complication liée à la grossesse, à l'accouchement ou aux suites de couches. Aussi, 75% des décès maternels sont dus à des causes directes qui sont par ordre de fréquence : les hémorragies, les infections, les accouchements difficiles, les éclampsies (hypertension artérielle) et les complications d'avortement. Les causes indirectes telles que : le paludisme,

l'anémie, le VIH/sida, les cardiopathies et le diabète représentent les 25% restants <sup>11</sup>(PNDS Togo 2012-2015).

### **III. Mécanismes et institutions de prise en charge des dépenses de santé**

Les institutions de prise en charge des dépenses de santé ne sont pas développées au Togo. Même si elles existent, elles manquent de mécanismes forts pour assurer la mise en commun des fonds afin de payer les prestations de soins. Ce service est laissé depuis longtemps à quelques sévices d'assurances privées et à des mutuelles de santé dont l'adhésion de la population est jusqu'alors volontaire. Dans le dynamisme de progression vers la CSU les autorités togolaises ont créé en 2012 l'Institut National d'Assurance Maladie qui constitue la base de la CSU au Togo en commençant d'abord par les agents du secteur public. Dans cette partie nous parlerons de l'état de fonctionnalité de l'INAM et d'autres institutions de prise en charge des dépenses de santé en occurrence les assurances et les mutuelles de santé.

#### **3.1. Organisation de la protection sociale et l'état de fonctionnement des institutions de prise en charge des dépenses de santé**

##### **3.1.1 L'Institut National d'Assurance Maladie (INAM)**

Dans l'esprit des autorités et des législateurs togolais, l'INAM constitue la « porte d'entrée » vers la mise en place d'une assurance maladie universelle. Aussi, partant du groupe des salariés de la fonction publique y compris les forces de sécurité, l'INAM devrait en principe s'étendre progressivement aux salariés du secteur privé, aux personnes relevant du secteur informel, enfin aux indigents. Il est placé sous la tutelle technique du Ministère en charge de la sécurité sociale et sous la tutelle financière du Ministère de l'Economie et des Finances.

Créé par la loi n°2011-003 du 18 février 2011, l'INAM est à sa troisième année d'expérience. L'INAM est « un établissement public jouissant de la personnalité juridique et de l'autonomie de gestion administrative et financière. Il vise la couverture des risques liés à la maladie, aux accidents et aux maladies non professionnels, à la maternité des agents publics et de leurs ayants droit. Il est un organisme à but non lucratif ». L'INAM est constitué d'un conseil de surveillance, d'un conseil d'administration, et de délégations régionales. Il a pour mission de :

---

<sup>11</sup> PNDS TOGO 2012-2015

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

Le décret n° 2011-032/PR en date du 2 mars 2011 fixe le taux de cotisation à 7% du salaire de l'agent public partagé à parts égales entre « l'Etat employeur et ses démembrés » et le salarié. Il en va de même en ce qui concerne les retraités de l'Etat. La cotisation à l'INAM est mensuelle et est fixée à 7% du salaire de base de l'agent en activité, répartie entre le travailleur (3,5%) et l'employeur Etat (3,5). Pour les agents à la retraite, elle est fixée à 3,5% de la pension principale. Cette cotisation est prélevée à la source sur le salaire ou la pension.

L'INAM a été officiellement lancé le 1er septembre 2011, et ses prestations sur toute l'étendue du territoire ont démarré le 1er mars 2012. Il en ressort qu'après une année de prestations, environ 385 918<sup>12</sup> togolais se sont fait soignés « sans se ruiner ».

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

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

Il faut noter que toutes ces prestations sont prises en charge à 80% par l'INAM et l'assuré ou le bénéficiaire ne paie que 20% de ces charges. Pour les enfants de moins de 5 ans la prise en charge est à 100% sauf les médicaments. Le tableau XIII de l'annexe 11 présente le niveau de couverture de prise en charge de l'INAM et la part de l'assuré par catégorie de prestation de soins.

Les prestations suivantes ne sont pas prises en compte :

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

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

Visant à la mise en place d'une assurance maladie universelle, l'INAM est donc concerné par l'intégration des catégories professionnelles autres que les agents publics et assimilés. A ce jour, la CNSS n'intervient pas dans le secteur de la prise en charge des dépenses de santé.

---

<sup>12</sup> Selon le rapport de la une Conférence-Débats organisée par l'INAM à la salle CEDEAO du CASEF Placée sous le thème : « INAM, un an de prestations ». En route vers une assurance maladies pour tous », la conférence a connue la participation des différents acteurs (médecins, pharmaciens, assurés) et partenaires de l'INAM. Cette activité s'inscrit dans le cadre de la célébration marquant les festivités de son premier anniversaire.

Compte tenu de nombreux problèmes encore à régler, il est à craindre que la généralisation de ce système de prise en charge des dépenses de santé ne prenne plus de temps que ce qui était initialement envisagé.

### **3.1.2. Les Mutuelles de santé**

Au Togo, le financement collectif de la santé à travers des mécanismes de solidarité et d'entraide demeure très faible. Le système des mutuelles de santé pour sa part, est embryonnaire. Selon les comptes nationaux de 2008, les mutuelles de santé ne gèrent que 0,04% des dépenses totales de santé.

Si certaines mutuelles de santé connaissent des problèmes financiers du fait des difficultés à recouvrer les cotisations, les demandes d'assistance en vue de la création de nouvelles montrent que ces structures sont connues de certains groupes de la population et répondent à leurs attentes. Les mutuelles créées ces dernières années ont pour objectif la prise en charge des dépenses de santé, confirmant ainsi la préoccupation des ménages concernant cette catégorie de dépenses. Chaque mutuelle fixe sa propre stratégie en matière de montant de cotisation et de prestations à payer en fonction des revenus et des priorités de prise en charge des ménages constituant le groupe. Le sentiment d'appartenance à un groupe précis est déterminant lors de la constitution d'une mutuelle. Ainsi les producteurs de coton ne participeront probablement pas à une mutuelle créée par des producteurs de café. Si ce sentiment constitue un élément fort de cohésion, il constitue un handicap dès lors que la taille du groupe ne permet pas d'atteindre la « masse critique de cotisants » estimé à environ 3.000 bénéficiaires.

Il est important de souligner que ces regroupements sont similaires et concomitants avec ceux concernant le développement des coopératives agricoles et artisanales.

### **3.1.3. Les Assurances**

L'assurance maladie privée repose sur un contrat entre une compagnie d'assurance et son client, stipulant le montant de la prime et le niveau de couverture correspondant. Les sociétés d'assurance maladie ne gèrent que 2,3% des dépenses totales de santé de 2008.

Une dizaine de compagnies d'assurance et une vingtaine de courtiers sont actifs sur le marché togolais de l'assurance. Ces compagnies commercialisent deux catégories de produits « sociaux » : des contrats d'assurance santé et des contrats de retraite ou vie. Concernant

l'assurance santé, les produits proposés sont orientés essentiellement vers les groupes (en général de 20 personnes ou familles et plus) et proposent la prise en charge de prestations définies avec les responsables de ces groupes, prestations servies dans des établissements de soins privés. Les contrats sont également plafonnés à un certain montant de dépenses annuelles. Sans que cela ne soit la règle, sont exclues de ces contrats les personnes retraitées et celles souffrant d'affections de longue durée à la date de la signature des contrats, c'est-à-dire la pratique de l'écrémage. Quant aux relations avec les professionnels de santé, elles reposent sur des contrats triennaux fixant les tarifs à appliquer et les obligations respectives<sup>13</sup>.

CESAG - BIBLIOTHEQUE

---

<sup>13</sup> Cadre stratégique d'investissement pour la revitalisation du système de soins de santé primaires au togo, octobre 2011

## Chapitre 2 : CADRE CONCEPTUEL

Il ressort fréquemment dans les expressions du financement de la santé et le processus de la mise en place de la couverture sanitaire universelle un certain nombre de concepts dont la compréhension peut ne pas être la même pour tous les lecteurs. Il s'avère alors important de définir ces concepts pour mettre tous les lecteurs au même diapason et faire ensuite de la revue de la littérature afin de trouver des auteurs qui ont abordé le même sujet.

### I Cadre théorique de référence

#### 1.1 Définition des concepts

En vue d'avoir une même compréhension des concepts et terminologies utilisés, il est important d'en partager quelques définitions.

##### 1.1.1 La couverture sanitaire universelle<sup>14</sup>

La couverture sanitaire universelle est de plus en plus considérée comme indispensable pour assurer de meilleurs services de santé et comme un but fédérateur pour le développement des systèmes de santé. La couverture sanitaire universelle vise à ce que chacun obtienne les services de santé dont il a besoin sans risque de ruine financière.

Elle se compose de deux éléments interdépendants : la couverture par les services de santé indispensables (prévention, promotion, traitement, réadaptation et soins palliatifs) et la couverture contre le risque financier, pour tous. La couverture universelle par les services de santé indispensables comprend de nombreux éléments, dont l'accès universel aux médicaments et aux produits sanitaires essentiels, un personnel de santé motivé, en nombre suffisant, ayant la bonne combinaison de compétences et assurant des services de proximité, et des systèmes d'information qui fournissent en temps voulu des informations utiles pour prendre des décisions.

Pour progresser vers la couverture sanitaire universelle, il faut avancer sur plusieurs fronts : la gamme de services auxquels la population a accès (médicaments, produits médicaux, agents de santé, infrastructures et informations nécessaires pour garantir la qualité) ; la proportion du coût de ces services qui est couverte ; et la proportion de la population qui est couverte. Ces acquis doivent être préservés en cas de récession financière ou économique. La couverture

---

<sup>14</sup> Rapport sur la santé dans le monde, 2010. Le financement des systèmes de santé : le chemin vers une couverture universelle. Genève, Organisation mondiale de la santé, 2010

sanitaire universelle ne consiste pas à instaurer un ensemble minimum de services prédéterminés

La couverture par les services indispensables se traduit par l'amélioration ou le maintien de l'état de santé, elle permet aussi aux adultes de gagner leur vie et aux enfants d'apprendre, leur fournissant ainsi un moyen d'échapper à la pauvreté. Parallèlement, la protection contre le risque financier évite que les dépenses de santé directes ne réduisent les malades à la pauvreté. Elle contribue donc à résorber la pauvreté et elle est, par définition, une manifestation concrète des notions d'équité en santé et de droit à la santé.

### **1.1.2 Assurance maladie (AM)<sup>15</sup>**

C'est une assurance conçue pour alléger la charge financière générée par une altération de la santé, qu'elle soit causée par une maladie ou un accident. Le système d'assurance maladie met en commun les pertes associées aux risques liés à la santé moyennant une prime (ou une taxe). Les bénéficiaires pourront être protégés contre ces pertes car les risques de perte sont partagés entre plusieurs personnes.

L'assurance maladie permet de baisser les primes, de diversifier les risques et facilite la pérennité. D'une manière plus large, l'assurance maladie garantit non seulement toutes les formes d'accidents et d'incapacité, depuis l'indemnisation forfaitaire en cas d'incapacité de travail, de maladie mais aussi la couverture de la perte de revenu due à un accident ou une maladie.

### **1.1.3 Assurance maladie sociale<sup>16</sup>**

C'est le financement des soins de santé assuré par un système de sécurité sociale dans lequel les salariés, les travailleurs indépendants, les entreprises et l'Etat doivent obligatoirement payer des cotisations à un ou plusieurs fonds commun(s) qui, en général, passent des contrats avec des prestataires tant publics que privés chargés de fournir une série de prestations. Fondée sur l'équité et la solidarité, elle vise à réduire l'exclusion des populations pauvres ou défavorisées à des soins de santé.

---

<sup>15</sup> Dough LACEY de la SWISS-RE of South Africa. SWISS- RE South Africa est la succursale de la compagnie Suisse de réassurance en Afrique du Sud.

<sup>16</sup> OMS, Mécanismes de financement de la santé, 2012

### 1.1.4 Assurance-maladie privée<sup>17</sup>

L'assurance maladie est dite privée lorsque le financement des soins est assuré par un système d'assurance-maladie privée. Les employeurs, les associations, les individus et les familles versent directement des primes à des compagnies d'assurance qui font supporter collectivement les risques à l'ensemble de leurs sociétaires.

Les polices d'assurance-maladie privée peuvent être vendues par des compagnies commerciales à but lucratif, par des compagnies à but non lucratif ou par des assureurs communautaires. En général, la contribution à un système privé d'assurance est facultative alors que la cotisation à un régime de sécurité sociale est presque obligatoire.

Dans certains pays, cependant, l'affiliation à un régime privé d'assurance peut aussi être obligatoire pour certaines catégories de la population (employés du secteur formel, par exemple).

### 1.1.5 L'équité en santé

L'équité en santé se définit comme l'absence de différences systémiques et potentiellement remédiables dans un ou plusieurs aspects de la santé parmi la population ou des groupes de population qui sont définis socialement, économiquement, démographiquement ou géographiquement<sup>18</sup>.

L'équité d'un système de santé fait donc intervenir deux dimensions : l'équité contributive qui vise à faire participer chaque couche sociale en fonction de sa capacité contributive ; et l'équité d'accès aux soins qui consiste à faciliter l'accès de tous à un paquet de prestations de base, selon les besoins de chacun.

On parle aussi souvent de

1. l'équité Horizontale qui préconise des soins égaux à besoins égaux, et
2. l'équité verticale qui recommande plus de soins pour ceux dont les besoins sont plus grands. Un système de santé est donc équitable lorsqu'il y a dans ce système une équité contributive et l'équité d'accès aux soins pour toute la population sans aucune distinction ; ce qui conduit sans doute à une équité d'impact. Améliorer le degré d'équité revient à augmenter le taux de couverture parmi les groupes les plus défavorisés.

---

<sup>17</sup> Cours de mutualité du Professeur Chris ATIM, Enseignant associé au Centre Africain d'Etudes Supérieures et de Gestion

<sup>18</sup> La Société internationale pour l'équité en santé, 2000

### **1.1.6 Financements innovants<sup>19</sup>**

Evoqués pour la première fois à la conférence de Monterrey (Mexique) en 2002, les financements innovants désignent des mécanismes générant des ressources additionnelles à l'aide publique au développement et présentant une plus grande prévisibilité.

Il s'agit plus spécifiquement, d'un mécanisme destiné à lever des fonds pour le développement à travers des instruments caractérisés par leur complémentarité par rapport à l'aide publique au développement, par leur prévisibilité et leur stabilité. Comme financements innovants nous pouvons retenir à titre d'exemple pour notre pays la possibilité d'instituer la taxe sur les billets d'avion, la taxe sur la téléphonie et la taxe sur l'alcool.

Après cette clarification des concepts, nous faisons l'état des lieux du financement de la santé et de l'assurance maladie en Afrique subsaharienne.

## **1.2 Revue de la littérature**

Le financement de la santé dans le processus de la couverture sanitaire universelle est une notion d'actualité en Afrique et surtout en Afrique subsaharienne. Nombreux sont les pays africains qui se sont inscrits dans ce dynamisme. Mais en fonction du niveau économique, les caractéristiques démographiques et sociales de chaque pays, ce processus a pris des formes différentes dans notre parcours littéraire. Il est ainsi important dans cette partie de faire une analyse comparative des mécanismes de financement adoptés par certains pays et le niveau de financement atteint.

### **1.2.1 Financement de la santé et assurance maladie en Afrique subsaharienne**

Le processus de développement des systèmes de financement de la santé et de l'assurance maladie varie en Afrique subsaharienne d'un pays à un autre. Ces différences se remarquent de par leurs caractéristiques démographiques, sociales et économiques.

La plupart de ces pays ne semblent être qu'au début de la transition vers la couverture universelle. Puisque, la littérature relative au développement du financement des systèmes de santé et l'expérience des pays développés mettent en évidence une trajectoire de développement en quatre grandes phases: une première phase caractérisée par l'absence de

---

<sup>19</sup> Les Financements Innovants : La Taxe Sur Les Billets D'avion, 2006

protection financière contre le risque maladie et donc par la prépondérance des paiements directs; une seconde phase marquée par l'émergence des mécanismes assuranciers, une troisième phase caractérisée par l'élargissement des pools assuranciers et la dernière phase correspondant à la couverture universelle (Carrin 2002, 2005; Arhin-Tenkorang 2001).

### 1.2.1.1 Financement de la santé

Le niveau de financement de la santé connaît des écarts assez significatifs d'un pays à l'autre par rapport au seuil recommandé par la Commission Macroéconomie et Santé (CMH). Selon cette Commission une étude comparative menée dans la région de l'Afrique subsaharienne montre que la plupart des pays de cette région se situe en deçà du seuil de financement recommandé (34 US\$), nécessaire pour offrir les services et soins de santé essentiels à la population. L'intervalle dans lequel oscillent les différents niveaux de financement se situe entre 4 US\$(Burundi) et 51US\$ (Cameroun). Seuls le Cameroun, la Côte d'Ivoire, la République du Congo et le Sénégal avaient atteint ce seuil en 2006 (CMH, 2001).

Selon cette même étude, les paiements directs des usagers à l'utilisation des soins représentent plus de 90% des dépenses privées de santé dans trois quart des pays étudiés. Pour la moitié des pays de l'échantillon (Burundi, Cameroun, Centrafrique, Tchad, Côte d'Ivoire, Congo Démocratique, Guinée, Sénégal), ils dépassent même 60% des dépenses totales du secteur, reflétant la faible protection financière des individus contre le risque maladie, avec des conséquences potentiellement catastrophiques pour les plus pauvres. Ces chiffres témoignent également de la faible contribution de l'assurance au financement du secteur. Les dépenses d'assurance ne représenteraient guère plus de 4% des dépenses totales de santé sauf en Côte d'Ivoire et au Sénégal où leur contribution au financement semble un peu plus importante (entre 7% et 9%). Il faut néanmoins rester prudent quant à l'interprétation de ces données. Car les montants et les ratios de dépenses de santé ne sont pas toujours bien connus des autorités nationales. Aussi pour un nombre non négligeable de pays l'information n'est pas disponible.

La dépendance vis-à-vis de l'aide extérieure est importante pour de nombreux pays et celle-ci peut représenter jusqu'à 50% des dépenses totales du secteur de la santé (voire davantage en Afrique Sub-saharienne). Dans ce contexte, la volatilité de l'aide et l'insuffisante prévisibilité des décaissements de l'aide constituent un problème crucial pour de nombreux pays (Celasun et Walliser 2008).

Le développement de l'assurance maladie constitue une voie prometteuse de financement des soins de santé. Mais après une dizaine d'années de tentatives d'élargissement des dispositifs assuranciers, de manière obligatoire ou volontaire, l'assurance maladie ne semble toujours pas avoir un impact significatif sur le financement de la santé. Sa contribution actuelle au financement total reste extrêmement faible dans la plupart de l'Afrique subsaharienne.

### **1.2.1.2 Couverture et assurance maladie**

Les différents systèmes existants dans les pays d'Afrique subsaharienne en ce qui concerne la couverture maladie sont de formes et de contenus variés. Il existe en effet des systèmes de couverture obligatoire et des systèmes de couverture volontaire qui connaissent tous des degrés de fonctionnalité variables. Dans la plupart des pays, la couverture du risque maladie est effectuée à travers des régimes non contributifs et des régimes contributifs. Les taux de couverture intègrent deux dimensions : l'étendue de la couverture, d'une part, mesurée par le nombre de personnes bénéficiant d'une couverture maladie ou de personnes éligibles pour recevoir des bénéfices et la profondeur de la couverture, le type et le nombre de services couverts d'autre part, généralement mesurée par la valeur actuarielle du paquet de bénéfices par personne couverte.

### **1.2.1.3 Assurance Maladie Obligatoire**

De nombreux pays développés ont établi le principe de couverture universelle par l'assurance maladie obligatoire. La plupart des pays africains affichent la volonté de parvenir à la couverture universelle et de financer la santé par la mise en place ou l'élargissement de l'assurance maladie obligatoire. Ils en attendent une amélioration de la performance de leur système de santé à travers notamment un meilleur accès aux soins et une amélioration de la protection financière de la population. Mais, seuls quelques pays en Afrique subsaharienne ont entamé des réformes dans ce sens. Les principaux critères utilisés pour identifier les pays engagés dans la mise en place de l'AMO selon McIntyre 2003, 2007 ; Letourmy 2005 ; Carrin et James 2005 sont les suivants:

Premièrement, l'assurance est obligatoire par la loi ; l'affiliation est obligatoire. Elle s'applique généralement dans un premier temps à la population travaillant dans le secteur formel puis progressivement aux autres groupes de la population.

Deuxièmement, elle requiert des contributions également obligatoires. Salariés, travailleurs indépendants, entreprises et gouvernement 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 subvention à ceux qui ne pourraient payer, tels que les personnes sans emploi ou les salariés à bas salaires du secteur informel. Enfin, un paquet de soins minimum est défini. Les fonctions de gestion (les adhésions, la collecte des cotisations, les contrats et les remboursements des prestataires) peuvent être exécutées par des institutions paragouvernementales ou non gouvernementales, souvent connues sous le nom de Caisse Maladie.

Dans la plupart des pays, il existe des systèmes centralisés de sécurité sociale avec un ou deux organismes de sécurité sociale couvrant les risques famille, vieillesse, invalidité et professionnels mais peu d'entre eux couvrent le risque maladie. Certains pays font cependant exception à la règle. Le Sénégal par exemple dispose d'un système de sécurité sociale éclaté où la gestion du risque vieillesse et invalidité est confiée à l'IPRES, celle du risque maladie aux Institutions de Prévoyance Maladie (IPM) et celle des risques famille et professionnels à la Caisse de Sécurité Sociale. Certains pays ont intégré la branche maladie aux organismes de sécurité sociale déjà existants afin de couvrir certaines catégories de la population. Il s'agit par exemple de la Caisse Nationale de Sécurité Sociale en Guinée et de la Rwandaise d'Assurance Maladie (RAMA) au Rwanda. En Côte d'Ivoire également où la couverture obligatoire dans le secteur formel a été promue, les entreprises et les salariés souscrivent des polices d'assurance auprès des compagnies d'assurance privée.

En dehors de l'assurance maladie obligatoire, il y a l'assurance maladie volontaire.

#### **1.2.1.4 Assurance maladie volontaire**

Les régimes d'assurance volontaire se sont développés la plupart du temps pour pallier les insuffisances des régimes obligatoires. Deux principales configurations de ces régimes se développent en Afrique: les mutuelles de santé fédérées et les régimes privés volontaires. A côté de ces régimes, on retrouve évidemment des compagnies d'assurance privée mais elles concernent généralement moins d'un pourcent de la population totale. Le secteur privé non lucratif est donc en général plus développé que le secteur des assurances commerciales.

Les mutuelles de santé semblent connaître un essor significatif ces dernières années en Afrique.

Les inventaires de la Concertation réalisés en 1998, 2000, 2003 et 2007 ont permis de recenser les systèmes de micro-assurance dans 11 pays d'Afrique. Le nombre de systèmes d'assurance maladie a progressé de 76 en 1998 à 366 en 2004, avec une population bénéficiaire estimée entre 886 000 et 1,7 million de personnes (Concertation 2004). Depuis le premier inventaire en 1998, le mouvement semble avoir particulièrement progressé dans certains pays comme le Burkina-Faso, le Mali et le Sénégal. Dans d'autres au contraire, le développement de ces systèmes d'assurance est relativement lent (Cameroun, Mauritanie, Niger, Tchad).

Une étude réalisée par Waelkens et Criel (2004) a permis de recenser 349 systèmes financiers de mutualisation des risques maladie dans 21 pays d'Afrique (dont 303 dans 13 pays d'Afrique francophone) et d'établir leurs caractéristiques à partir de la construction d'une typologie. Les résultats de leur étude montrent que le plus grand nombre d'organisations est de type «communautaire», c'est-à-dire qu'il s'agit de mutuelles de santé qui couvrent une région géographique (un village, un quartier, une ville) et qui sont gérées par les membres. Ensuite viennent les mutuelles de type « corporatiste » des travailleurs salariés, le plus souvent des agents du secteur public (Ex : Mutuelle des enseignants au Mali). Le troisième type de système est celui initié et géré par le prestataire. Le plus souvent, il s'agit d'un système d'assurance organisé par les gestionnaires d'un hôpital de district. Mais de plus en plus, un autre modèle se répand : les systèmes organisés au niveau du district par le Ministère de la Santé qui reste souvent, le principal prestataire de soins.

Les mutuelles de santé reçoivent actuellement beaucoup d'attention de la part de la communauté internationale. Il semble que la majorité des initiatives voit le jour grâce à un appui externe important. La part d'initiative locale ne doit cependant pas être sous-estimée.

#### **1.2.1.5 Le paiement direct et ses conséquences sur le plan économique et sanitaire**

Les pays qui financent largement la santé à travers le paiement direct ont une proportion plus importante de ménages et individus faisant des dépenses catastrophiques que les pays qui financent la santé principalement à travers des mécanismes de prépaiement et d'impôts généraux. Les pays avec des mécanismes élargis de partage de risques tels que les assurances nationales de santé ou la couverture maladie universelle ont enregistré des niveaux bas de dépenses catastrophiques et appauvrissant au contraire des pays avec une petite ou pas de couvertures. Spécifiquement, les formes du secteur de la santé ont un impact substantiel quant à la réduction des dépenses des ménages faisant l'expérience des dépenses catastrophiques et appauvrissantes (Wagstaff et Yu, 2007).

Le rapport UNICEF/WHO 2006 data base (UNICEF/WHO, 2006) évaluait à environ 44 millions le nombre de ménages, soit 150 millions de personnes faisant face aux dépenses catastrophiques de santé. Dans ce même rapport, les auteurs estimaient à environ 25 millions de ménages soit environ 100 millions le nombre de personnes sombrant dans la pauvreté par le fait du paiement direct pour les soins de santé.

Il existe une relation directe entre paiement direct et le niveau de pauvreté des ménages et des individus. Chaque année, environ 17 et 8 millions de personnes sont respectivement exposées au paiement catastrophique et la pauvreté suite au paiement direct ; et beaucoup d'autres décident de ne pas utiliser les services de santé parce qu'ils ne peuvent pas se les offrir par paiement direct ou par tiers payeur (Xu et al, 2005). Le paiement direct, bien que générant des ressources pour les structures de santé et améliorant leur capacité dans l'offre de services de santé, dissuade certaines couches de la population dans l'usage des structures de santé et retarde le recours aux soins.

La part considérable du paiement direct des ménages à bas revenus entrainerait vraisemblablement une réduction des consommations pour d'autres besoins de base comme la nourriture, les habits, le logement, l'éducation. Le paiement direct représente l'un des mécanismes de financement le plus régressif et le plus appauvrissant affirmaient WAGSTAFF et al (1999), WAGSTAFF, (2002), MCINTYRE et al (2006) ; et l'un des plus exposant aux risques financier catastrophiques pour les ménages selon PREKER et al (2004), Rapport de l'OMS 2005, ATAGUBA, (2011).

En dépit de la réduction de la population mondiale exposée aux dépenses de santé catastrophiques le siècle dernier par l'augmentation des dépenses de santé de 3 à 8% du PIB mondial (PREKER et al, 2004), à travers une combinaison de l'augmentation des dépenses publiques pour la santé et des assurances privées et sociales de santé, XU et al (2005) ont rapporté que le paiement direct constitue toujours une barrière à l'accès aux soins pour environ 1,3 milliard de personnes à travers le monde chaque année. Or le paiement direct reste la source dominante de financement des services de santé dans les pays en voie de développement particulièrement en Afrique subsaharienne.

#### **1.2.1.6 Impact des politiques de prépaiement pour la santé**

La modélisation de la demande de soins développée dans les années 1970 repose sur une vision instrumentale de ce bien : l'individu consomme des soins pour atteindre l'état de santé

qu'il a choisi et arbitre rationnellement entre cette consommation et les autres. Plus récemment, l'attention est de plus en plus focalisée sur les effets des systèmes d'assurance maladie sur la demande de soins autant au niveau des pays développés que des pays en développement. Certains auteurs analysent l'effet de l'assurance sur la demande de soins et mettent simultanément en exergue les deux phénomènes liés à l'asymétrie d'information que sont l'aléa moral et l'anti-sélection. Ils prédisent une corrélation positive entre assurance et dépenses de santé des ménages (Franc et Perronnin, 2007 ; Geoffard, 2000 et Arrow, 1963). Ainsi, Caussat et Glaude (1993) avaient estimé que bénéficier d'une couverture complémentaire augmente la probabilité de consommer de 12 % et le montant moyen des dépenses de 16 %. Compte tenu de l'aléa moral et de la sélection-adverse, la consommation moyenne des mutualistes serait supérieure de 30 % à celle des non-mutualistes en France.

En 1999, le Ministère de la Santé du Rwanda a institué des tests pilotes de mutuelles de santé dans trois districts. Il ressort de ces tests que les membres des mutuelles se sont avérés jusqu'à 4 fois plus susceptibles de recourir au système de santé moderne en cas de maladie que les non-membres. Les taux de consultation pour les nouveaux cas concernant des membres étaient compris dans un intervalle allant de 1,2 à 1,6 consultations par an et par tête, par rapport à des taux de 0,2 à 0,3 pour les non-membres et pour la population des districts choisis (étude citée dans Waelkens et Criel, 2004).

De même une enquête faite dans la région de Thiès au Sénégal révèle que les membres des mutuelles bénéficient deux fois plus de soins hospitaliers que les non-membres. Les interviews suggèrent néanmoins qu'il n'y ait pas d'aléa moral (Jütting et Tine, 2000).

L'étude de Chee et al. (2002) dans le district de Hanang en Tanzanie, révèle que 5 % des ménages membres de la mutuelle CHF représentent 53 % de l'utilisation des soins.

Schneider et Diop (2001 et 2001a) avaient observé une situation similaire au Rwanda: les membres malades utilisent 5 fois plus les soins modernes que les non-membres qui ont plus recours à l'automédication.

Selon Dubois (2002), les adhérents à la mutuelle de santé accordent davantage d'importance à la santé que les non membres. En outre, les résultats d'une autre recherche au Burkina Faso indiquent que les adhérents à une mutuelle ont une perception plus négative des soins traditionnels que les non adhérents, les jugeant souvent médiocres ou inefficaces (De Allegri et al., 2006b)

Ainsi, les individus qui disposent d'une assurance mutuelle, comparativement à ceux qui n'en disposent pas, ont tendance à consulter davantage ces différents fournisseurs de soins de santé modernes.

## 1.2.2 Mécanismes innovants existants au niveau mondial

### 1.2.2.1 Les principaux mécanismes innovants pour la CSU

Pour aboutir à la couverture universelle, l'identification des domaines d'amélioration pour optimiser l'utilisation et l'affectation des ressources en matière de santé est indispensable et nécessaire. Cette optimisation peut être obtenue par l'adoption ou l'élargissement d'une ou de plusieurs méthodes de mobilisation des ressources qui, en fin de compte, permettront, notamment de mettre en place des services de soins de santé universels financés par les recettes fiscales générales, d'améliorer la couverture effective des régimes d'assurance sociale existants, encourager les régimes de micro-assurance et de rendre l'assurance maladie privée obligatoire.

Les principaux systèmes de financement développés jusqu'à présent ont été orientés vers la santé, dans les domaines suivants :

- ✓ Systèmes de financement commun et innovant fondés sur le marché tels que :
  - la Facilité internationale de financement pour la vaccination (IFFIm) et le mécanisme de garantie de marché à l'initiative de GAVI ;
  - debt2 Health (dette contre santé), l'indice Dow Jones et le « Product Red » du FMLSTP ;
  - nouveaux systèmes de crédits développés par la Fondation Bill et Melinda Gates, ou encore la Pledge Guarantee for Health (PGH, garantie d'engagement pour la santé) ;
  - la taxe de solidarité sur les billets d'avion créée par l'UNITAID.

Ces systèmes reposent soit sur le marché financier et de la dette soit sur des prélèvements fiscaux. De plus, les nouvelles taxes instaurées se distinguent par leur caractère « **hybride** » majeur, dans la mesure où elles ne sont que partiellement liées aux revenus supplémentaires générés par les pays riches à l'image du modèle de l'UNITAID dont les fonds supplémentaires sont levés à travers les taxes de solidarité sur les billets d'avion appliquées aussi bien dans les pays riches (par ex. en France) que dans les pays pauvres (par ex. au Niger).

- ✓ Nouveaux systèmes de financement nationaux innovants mis en place dans le but de consolider les budgets sanitaires nationaux. Le Rapport sur la santé dans le monde présente de nombreux exemples en la matière, à savoir :
  - des taxes spéciales sur les bénéfices dégagés par les sociétés rentables ;
  - les obligations de la diaspora ;
  - les contributions volontaires de solidarité sur les téléphones portables ;
  - les taxes sur les produits numériques, sur les produits pétroliers ;
  - les taxes sur le tabac et les produits alimentaires malsains et
  - les taxes sur les bateaux au port.

Tous ces systèmes ont en commun le fait qu'ils ne génèrent pas des montants aussi mirobolants que ceux collectés grâce aux systèmes communs présentés ci-dessus et les sommes supplémentaires perçues ne sont pas systématiquement consacrées aux budgets nationaux de la santé.

Cependant, certains pays font appel à d'autres modes de financement nationaux innovants afin de consolider leur budget de santé. Ainsi :

- ✓ la Thaïlande est parvenue à financer la Thai Health Promotion Foundation, créée en 2001, en prélevant 2 % du total des recettes fiscales nationales de l'alcool et du tabac. Cette fondation apporte un soutien majeur aux questions de santé publique.
- ✓ En juillet 2010, l'Égypte a décidé de relever de façon substantielle ses taxes sur le tabac et de consacrer au moins un tiers des recettes supplémentaires générées à l'accroissement de la couverture d'assurance maladie dans le pays.

### **1.2.2.2 Evolution de la réflexion sur des mécanismes de financement de la CSU**

La réflexion sur une fiscalité internationale a pris de l'ampleur avec la détermination des OMD.

Les principales autres options examinées comprennent entre autres :

- ✓ la taxation des transactions financières (plus connue sous le nom de la taxe Tobin, mais très controversée au niveau de la communauté internationale) ;
- ✓ un prélèvement sur les ventes d'armes conventionnelles lourdes définies par l'ONU ;
- ✓ deux hypothèses de financement innovant basé sur le volontariat ont été avancées, à savoir :
  - un prélèvement à chaque utilisation de moyens de paiement ;

- un versement par les banques d'un pourcentage des sommes perçues lors de l'utilisation par leurs clients des moyens de paiement qu'elles proposent.

L'idée d'une véritable fiscalité internationale ne recueille pas l'assentiment de tous les États. Elle se heurte aux revendications de souveraineté nationale et aux craintes de désengagement des pays donateurs concernant l'aide publique<sup>20</sup>. Mais elle présente l'avantage de pouvoir être mise en place au niveau national et coordonnée au niveau international, transcendant les clivages Nord/Sud.

CESAG - BIBLIOTHEQUE

---

<sup>20</sup> En 2010 l'APD représentait 366.493.081,94 USD au Togo dont 14% a été alloué au secteur santé

## Chapitre 3 : CADRE MÉTHODOLOGIQUE, PRÉSENTATION, ANALYSE ET INTERPRÉTATION DES RÉSULTATS

**Réné Descartes** dans le discours de la méthode, a fait savoir qu'il n'y a aucun doute de parler d'une méthodologie en sciences sociales. La recherche sans méthode est une négation de l'objectivité puisque c'est la méthode qui guide et oriente le chercheur vers la vérité. « Une recherche effectuée sans méthodologie préalable se condamnerait à errer sur les chemins sinueux de l'herméneutique et de l'extrapolation aléatoire » **Mathieu G., (2004)**. Ainsi pour parvenir à un résultat objectif, des méthodes et outils de recherche s'imposent. En nous inspirant de cette citation nous décrirons dans cette partie la méthode que nous avons utilisée pour obtenir les résultats que nous vous présenterons par la suite.

### I Approche méthodologique et technique de collecte de données

#### 1.1. Approche méthodologique

##### 1.1.1 Cadre méthodologique

Le cadre méthodologique de notre étude porte essentiellement sur le financement de la Couverture Sanitaire Universelle (CSU). Le financement de la CSU provient du financement de l'Etat, de la contribution des ménages et du financement extérieur. Nous avons utilisé les données secondaires, c'est-à-dire des données issues des rapports d'activités, les plans stratégiques et les rapports d'évaluation du secteur de la santé, les revues du Ministère de la Santé, les rapports d'analyse et d'audits. La Politique Nationale de Santé (PNS), le code de la santé publique et le Plan National de Développement Sanitaire (PNDS) 2012-2015 sont également des sources de données essentielles. Nous avons exploité les informations, statistiques et rapports d'autres institutions étatiques telles que le Ministère de l'Economie et des Finances, les rapports et statistiques de l'OMS, du PNUD, de l'USAID, de l'OOAS, de l'UEMOA et de la littérature spécialisée sur la typologie, le financement et la réforme des systèmes de santé en général et sur ceux des pays en développement en particulier. Les expériences d'autres pays nous ont été également utiles. Notre expérience pratique de près de dix ans au Ministère de la Santé du Togo nous permettra de faire de recommandations judicieuses.

## 1.1.2 Techniques de collecte des informations

Etant donné que nous avons utilisé essentiellement des données secondaires, la collecte des informations a été effectuée à travers la consultation des différents documents énumérés ci-dessus. Nous avons utilisé également un fichier de collecte de données<sup>21</sup> qui nous a permis de recueillir les informations financières nécessaires en vue d'une analyse fiable.

## II Présentation des résultats, interprétations et discussion

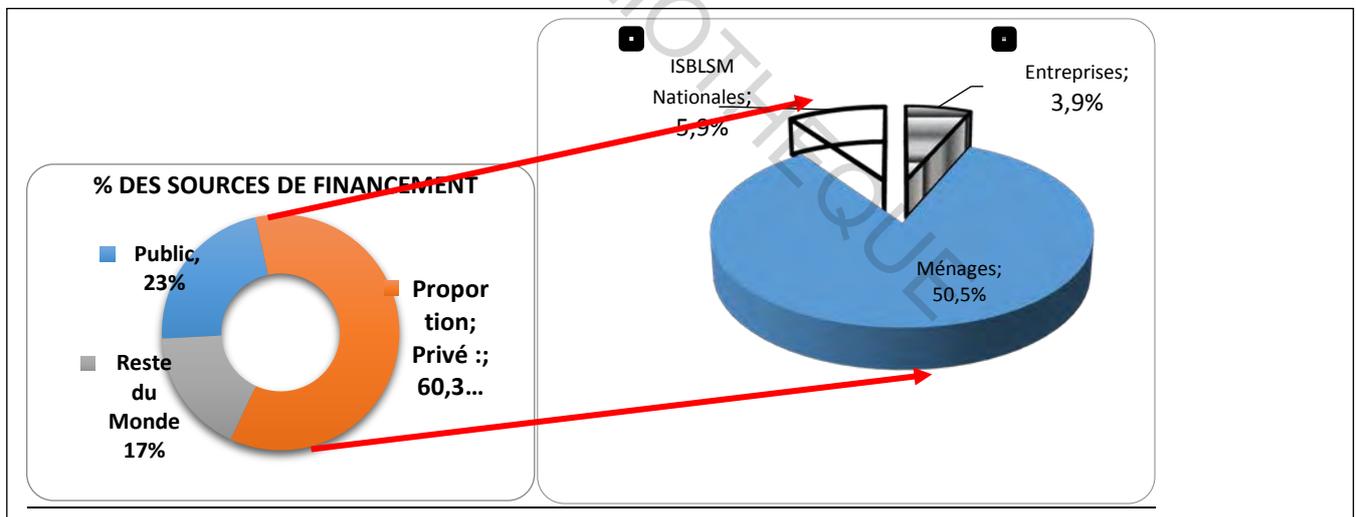
### 2.1 Présentation des résultats et discussion

#### 2.1.1 Résultats statistiques de l'étude

Les données collectées reposent sur les trois types de financement, à savoir : les ressources budgétaires de l'Etat; les ressources du secteur privé; les ressources financières provenant de l'aide internationale.

Le financement public représente 22,4%, le financement privé 60,3% et le financement extérieur 17,3%. La contribution des ménages occupe une place importante dans le financement privé et représente 50,5% des dépenses nationales de santé en 2008.

La répartition par source de financement se présente suivant la figure ci-après :



**Figure I : Répartition des dépenses de santé par sources de financement en 2008**

(ISBLSM : Institution Sans But Lucratif au Service des Ménages)

*Source : Rapport d'analyse de la performance du secteur de la santé, page 78*

21 Annexe 1 : Outil de collecte de données financières à la Direction Générale des Douanes et à la Direction Générale des Impôts

Nous distinguons respectivement les sources internes (les ressources budgétaires de l'Etat; les ressources du secteur privé) et les sources externes (l'aide internationale).

### **2.1.2 Sources internes de financement**

Comme on peut le noter, les ménages togolais sont de loin le premier financeur du système de santé : le financement privé, largement constitué du financement des ménages, représente plus de 60% des dépenses de santé en 2008. Le Togo se positionne au premier rang parmi les pays de l'UEMOA en termes de part la plus importante de la santé financée par les ménages (OMS, Global Health Observatory, 2008). L'incidence de cette contribution excessive des ménages sur le taux d'utilisation est manifeste. Cependant, Selon MICS3 de 2006, 73,8% de la population ne fréquentent pas régulièrement les formations sanitaires modernes pour des raisons d'accessibilité financière de soins.

### **2.1.3 Le paiement direct par les usagers**

Les ménages participent au financement de la santé à travers le recouvrement des coûts dans les formations sanitaires (frais d'hospitalisation, le paiement des actes et l'achat des médicaments). En 2008, le paiement direct représentait 91,1% des dépenses privées de santé; le paiement direct des ménages était de 50,5% des dépenses de santé. Ce mode de paiement assez généralisé est identifié comme un facteur important de faible accessibilité financière des populations aux soins et par conséquent de la sous-utilisation des services. Les mécanismes de flexibilité prévus dans la stratégie de recouvrement des coûts sont peu appliqués. De même, les mécanismes de partage de risques sont pour le moment quasi inexistants au Togo.

### **2.1.4 Assurance-santé volontaire**

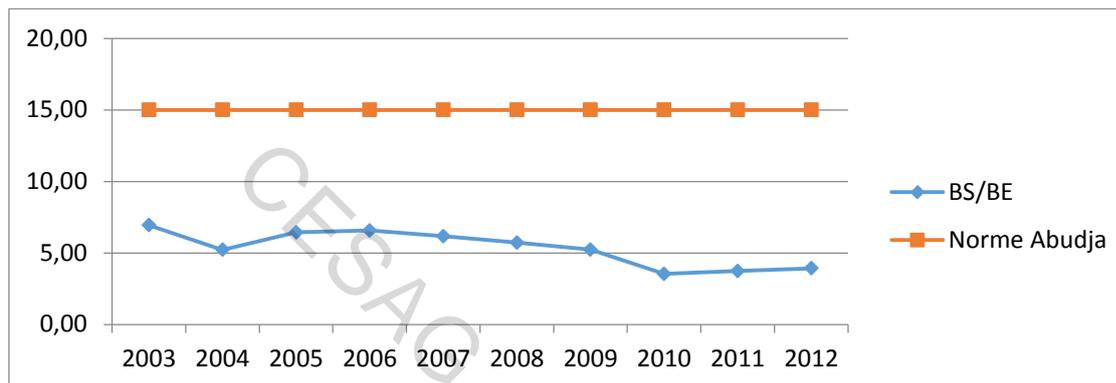
Le reste du financement privé, constitué par les mutuelles de santé et les assurances privées, est presque marginal au Togo. En 2008, le financement de la santé à travers les assurances maladie privées et les mutuelles de santé ne représentait que 2,4% dont 0,04% pour les mutuelles de santé. Des efforts se font actuellement sur le terrain pour promouvoir la création de mutuelles de santé au sein des groupements de production, des groupes organisés et d'un plus grand nombre d'entreprises, mais ces efforts sont peu appuyés à l'heure actuelle.

### **2.1.5 Financement public**

Selon les données des CNS 2008, l'Etat finance près de 23% des dépenses de santé. Les dépenses publiques de la santé comprennent les allocations budgétaires de l'Etat au ministère

de la santé et les dépenses de santé des autres ministères notamment les ministères de l'Action Sociale et de la Solidarité Nationale, ceux de l'Environnement, de l'eau, de l'assainissement et de l'hydraulique villageoise, les services de santé des forces armées. En l'absence de données sur les dépenses publiques de ces secteurs, l'analyse va être focalisée sur les allocations budgétaires de l'Etat au ministère de la santé.

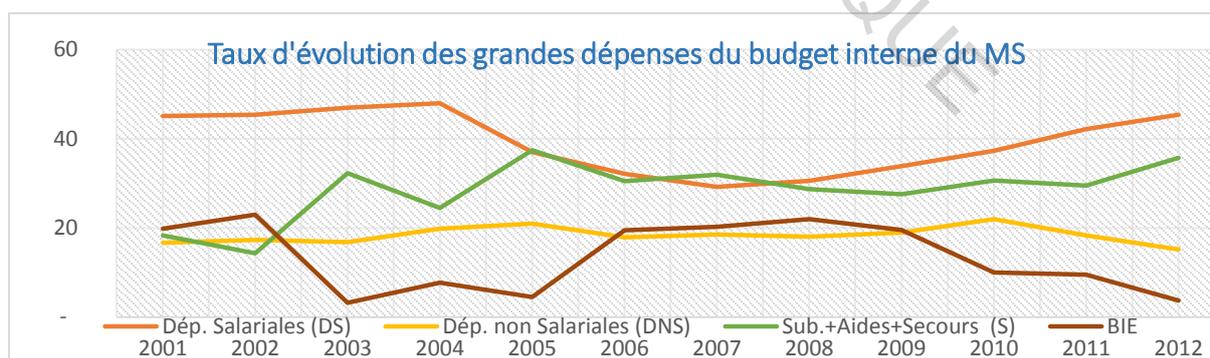
La figure II ci-après, donne l'évolution du budget de l'Etat et des allocations budgétaires au ministère de la santé sur la période 2003 à 2012.



**Figure II:** Evolution du budget de l'Etat alloué à la santé en rapport avec l'engagement d'Abuja.

Source : Analyse des données de nos collectes (Annexe 9 et 10 Tableau XII et XIII)

On observe une augmentation de 8% par an en moyenne de budget total de l'Etat. Cependant, la part allouée à la santé reste faible (moins de 10% sur cette période) et enregistre même une diminution de 10% du budget de l'Etat en 2009. Il est à noter que la volonté affirmée du gouvernement d'accroître les ressources en faveur de ce secteur reste toujours à concrétiser.



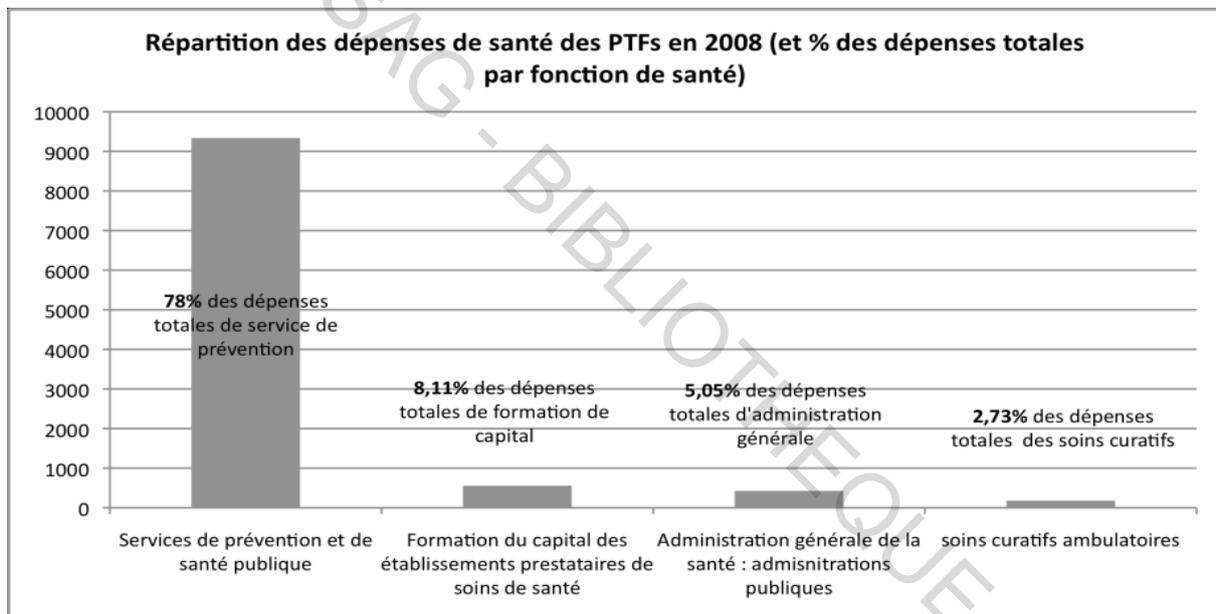
**Figure III :** Evolution des taux des grandes masses de dépenses de santé issues des financements internes de l'Etat.

Source : Analyse des données de nos collectes (Confer Annexe 7)

A la lecture du graphique, on observe que les salaires des agents du Ministère de la Santé absorbent une grande part du financement interne de l'Etat pour la santé sauf en 2007 où le taux des subventions, aides et secours a été supérieur. Nous remarquons aussi que l'évolution du taux des dépenses d'investissement est le plus faible pour la plus part des cas ; d'où la définition d'une nouvelle politique de financement de la santé.

### 2.1.6 Sources externes de financement de la santé

Les ressources externes sont constituées des financements obtenus auprès des partenaires au développement. Ces ressources couvrent essentiellement les activités des projets et programmes inscrits pour le compte du département. Outre ces financements, divers services du Ministère de la Santé dont les Hôpitaux reçoivent des partenaires des dons en nature. La figure suivante montre la répartition du financement extérieur par fonction de santé en 2008.



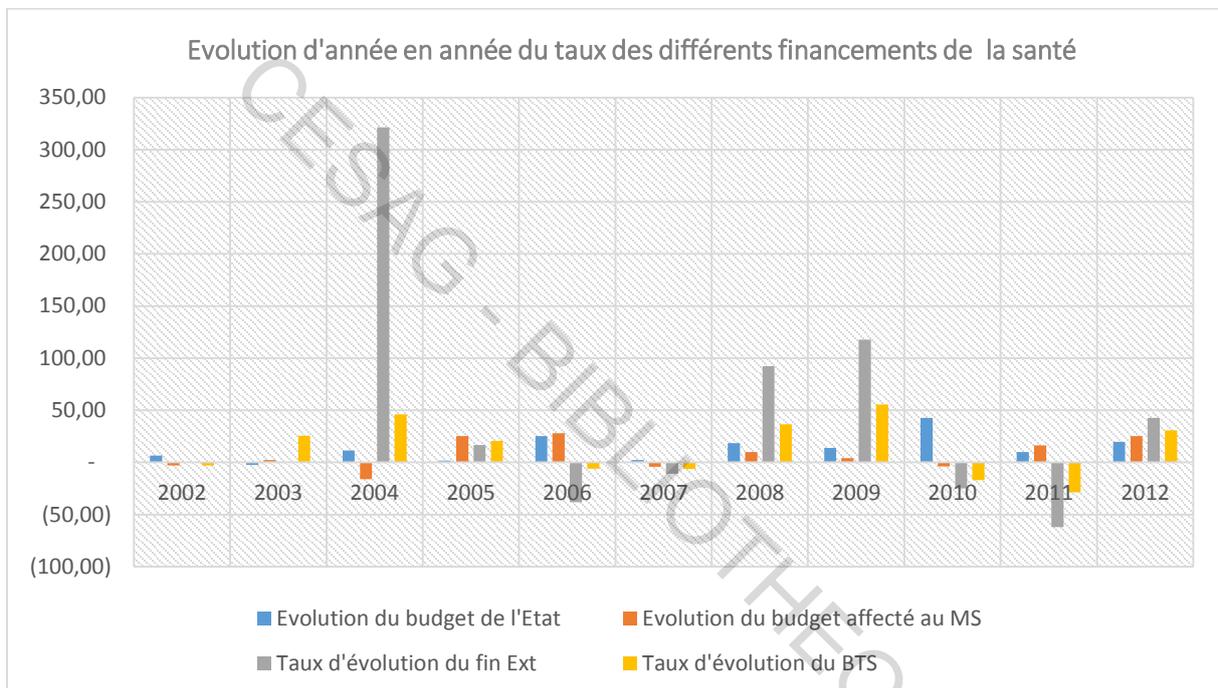
**Figure IV** : Répartition du financement des partenaires dans les dépenses de santé.

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

Selon les données de l'OMS (Global Health Observatory, 2008), entre 2003 et 2008, la part des dépenses de santé financée par l'extérieur était en moyenne de 13% des dépenses totales de santé au Togo et montrait une très forte volatilité. En 2008, on observe à nouveau une hausse des dépenses issues des partenaires techniques et financiers (PTF): elles représentent 17,8% des dépenses totales de santé.

Depuis 2008, les dépenses de santé financées sur ressources externes connaissent une véritable hausse. Elles ont plus que doublé entre 2008 et 2009

De la figure suivante (Figure V), nous constatons une instabilité du taux d'évolution des ressources des partenaires affectées à la santé. Ainsi, en 2004 les partenaires ont financé la santé de plus de 300% par rapport au financement de 2003. Par contre, leur financement a diminué de plus de 60% de 2010 à 2011. L'aide publique est alors imprévisible et instable. Le Togo doit rechercher des sources de financement stables, abondantes et pérennes pour le financement de la CSU.

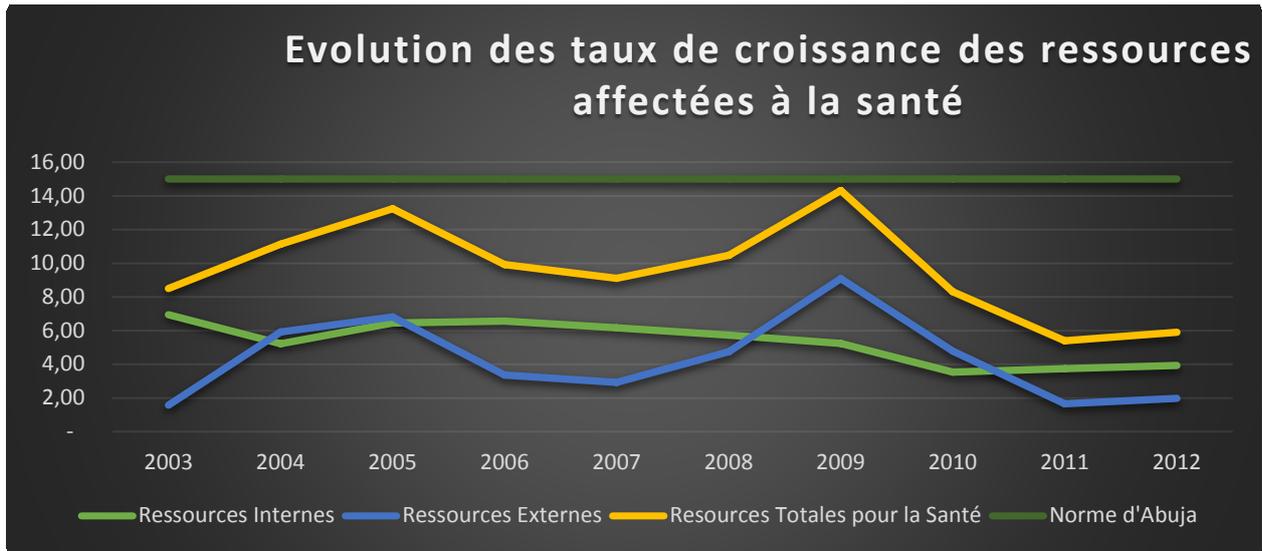


**Figure V** : Evolution des taux du budget général de l'Etat et le budget de la santé, celui des partenaires affecté au secteur de la santé.

Source : Analyse des données de nos collectes (Annexe 7)

### 2.1.7 Evolution des différentes sources de financement de la santé

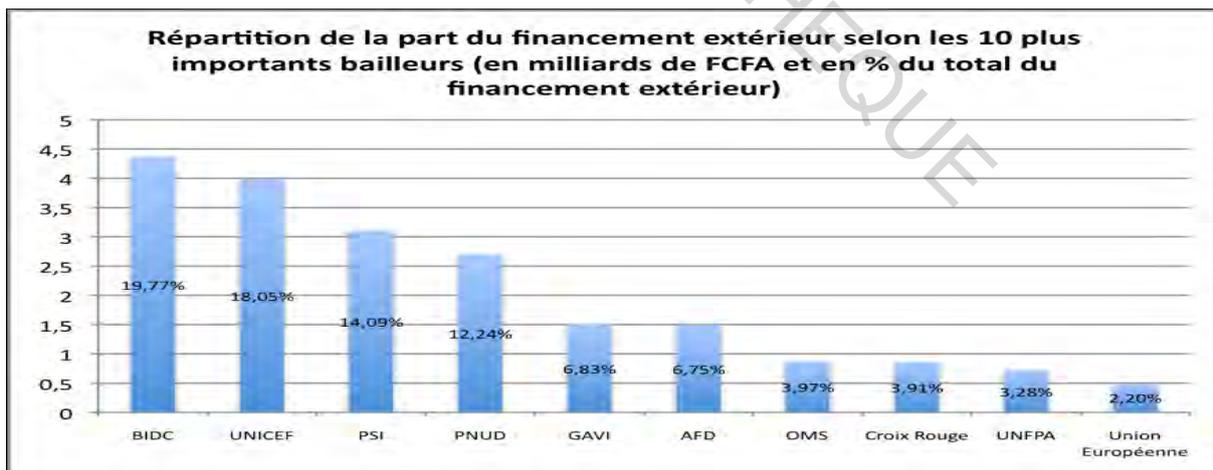
Les sources internes et externes pour le financement de la santé au Togo n'ont pas connu d'évolution régulière au fil des années. Mais comme le montre le graphique ci-après, le financement de la santé au Togo est dominé par les ressources extérieures.



**Figure VI :** Evolution des taux de croissance des ressources affectées à la santé

Source : Analyse des données de nos collectes (Confer Annexe 7)

Cet accroissement significatif du financement extérieur doit être mis au crédit de la reprise de la coopération avec les bailleurs amorcé depuis 2007 suite à la décrispation politique et à l'adoption du Document Stratégique de Réduction de Pauvreté (DSRP) intérimaire qui a permis une mobilisation plus accrue de ressources. En 2009, 32 milliards de FCFA provenaient des PTF avec un taux d'exécution de 97%. Pour la même année, 90% du financement extérieur sont assurés par un groupe de 10 bailleurs internationaux<sup>22</sup> comme présenté à la figure VII.



**Figure VII:** Répartition du financement extérieur entre les 10 bailleurs les plus importants

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

<sup>22</sup> Rapport d'activité de la DAC/MS – février 2010

## 2.2 Estimation du besoin de financement pour une couverture sanitaire universelle au Togo

Dans cette partie, il s'agira d'abord d'estimer le besoin de financement pour la couverture sanitaire universelle au Togo, ensuite de définir des moyens pour le financement de ce besoin. Pour faire les projections, nous utiliserons les connaissances acquises lors de notre formation aux cours de planification sanitaire, du dispositif de financement de la santé et de analyse des différentes formes d'expression des besoins de santé et de la demande de santé dispensés respectivement par le Docteur **ISSA WONE**, le Docteur **Hervé LAFARGE** et le Docteur **FARBA Lamine SALL** tous enseignants associés au Centre Africain d'Etudes Supérieures en Gestion (CESAG). A partir des taux de croissance et d'une revue documentaire nous ferons des projections de l'évolution de la population. Cette projection de la population nous permettra d'estimer le besoin de financement pour la CSU.

### 2.2.1 Revue documentaire

Les données les plus fiables sur le financement de santé sont celles issues des Comptes Nationaux de la Santé (CNS) qui sont la seule source qui permette une comparaison internationale raisonnable. Au Togo, le troisième exercice d'élaboration des CNS est en cours (CNS 2010 à 2012 avec une possibilité d'élaborer un sous compte) après ceux de 2005 et 2008. Les résultats des CNS 2008 montrent entre autres que la dépense globale de santé au Togo a atteint plus de 73 milliards de FCFA, soit une dépense par habitant de 13 178 FCFA (environ 26 dollars USD) en 2008 et environ 6,9% du PIB<sup>23</sup>. 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 (Confer Annexe 11).

La commission Macroéconomie et Santé (OMS, 2001) a évalué le montant des dépenses de santé qui serait nécessaire pour « passer à l'échelle supérieure » afin d'éliminer une grande partie de la mortalité évitable dans les Pays à Faible Revenu (PFR). L'analyse repose sur une gamme d'interventions et des taux de couverture cibles pour la majorité de la population à l'échéance de 2007 et de 2015.

Les estimations prennent en compte le coût économique complet des interventions sanitaires incluant aussi le coût des services de santé et des médicaments, les immobilisations de capitaux, le coût de formation du personnel recruté et l'appui gestionnaire et institutionnel

---

<sup>23</sup>CNS 2008 Togo

nécessaire. Il en ressort que, pour atteindre les taux de couverture fixés, il faudrait environ 38 dollars en moyenne « per capita » et par an d'ici 2015, alors que le niveau de dépenses était de 21 dollars par personne en 2002.

Cette estimation des coûts par habitant pour fournir des services essentiels se rapproche des travaux d'Evans et al. (2001) montrant que l'efficacité des systèmes de santé progresse en fonction du niveau de dépenses par habitant jusqu'au seuil de 80 dollars « per capita » et par an. Ce seuil apparaît comme « un niveau minimum en-dessous duquel le système ne peut simplement pas fonctionner correctement »

Afin d'estimer ce qu'il en coûterait pour atteindre les OMD en 2015, une série d'études a été lancée dans le cadre du projet pour le Millénaire des Nations Unies. En matière de santé, les « investissements » nécessaires au sens du projet s'élèveraient par exemple, pour 2015, à 30 USD courants par habitant au Bangladesh, 32 USD au Cambodge, 34 USD au Ghana, 48 USD en Tanzanie, et 44 USD en Ouganda (Un Millenium Project, 2005). Une autre étude donne 39 USD pour parvenir à une couverture universelle des soins de santé primaire au Tadjikistan.

Le groupe de travail de haut niveau sur le financement novateur des systèmes de santé a indiqué qu'en moyenne, un pays aurait besoin en 2009 de 44 \$ US au minimum par habitant pour garantir à chacun l'accès à un ensemble de services de santé essentiel axés pour une grande part sur le VIH, la Tuberculose, la santé de la mère et de l'enfant et comprenant certaines activités préventives contre les maladies non transmissibles. Ce chiffre intègre les montants nécessaires aux systèmes de santé nationaux pour étendre simultanément toutes les interventions requises<sup>24</sup>.

Nous essayerons et dans le cadre spécifique de cette étude de déterminer un montant qui servirait de base à la définition de la politique de financement de la CSU au Togo.

### **2.2.2 Le calcul du besoin de financement**

Au vu de la littérature et de tout ce qui précède, l'étude a retenu une dépense de 45 USD par personne comme financement pour la santé dans une perspective d'une CSU au Togo. Ainsi

---

<sup>24</sup>OMS : Statistiques sanitaires mondiales de 2012 Financement de la Santé+® et Couverture Universelle

donc, avec un taux de croissance démographique de 2,8%<sup>25</sup>, toutes choses égales par ailleurs, nous avons estimé l'évolution de la population togolaise au niveau de l'annexe 12. Nous considérons comme hypothèse que 1 USD égale 500 F CFA. Nous avons dans le tableau suivant les estimations sur une période de 6 ans les ressources financières nécessaires à mobiliser pour aller vers la couverture sanitaire universelle.

**Tableau III:** Estimation du besoin de financement pour une CSU au Togo

Années	Population	Financ en \$ par pers	Estimation d'un \$ USD en F CFA	Estimation du besoin de financement de Santé pour une CSU (en milliards de FCFA)
2015	7 107 834	45	500	159, 926
2016	7 306 853	45	500	164, 404
2017	7 511 445	45	500	169, 007
2018	7 721 765	45	500	173, 740
2019	7 937 975	45	500	178, 604
2020	8 160 238	45	500	183, 605

Source : Estimation de l'auteur

Pour assurer la couverture universelle en santé au Togo, les dépenses passeront de 159,9 milliards de FCFA en 2015 à environ 183,6 milliards en 2020 soit une croissance de 17,0%. Dans ces estimations sont incluses les dépenses de fonctionnement et les dépenses d'investissement. Le besoin de financement des dépenses publiques de santé pour la CSU est élevé. Ce qui vérifie notre première hypothèse.

Comment alors financer ces dépenses en vue de permettre à chaque togolais d'être en bonne santé ?

Pour assurer le financement des dépenses pour la CSU plusieurs mécanismes sont possibles. Mais au regard de la revue de la littérature, de la situation socioéconomique du pays et des perspectives de l'économie togolaise, nous avons retenu le financement par l'impôt de la CSU au Togo.

<sup>25</sup>Quatrième recensement général de la population et de l'habitat – novembre 2010

### 2.2.3 Politique de financement du besoin pour la CSU au Togo

En vue de financer la couverture maladie au Togo, le pays dispose de plusieurs potentialités que nous essayerons d'énumérer dans le point suivant. Mais l'étude retient cinq (5) produits qui peuvent valablement contribuer à ce financement sur quatorze (14) produits analysés en annexe 14 dans le tableau XIX qui sont tous jugés globalement favorables (Stables, abondants, pérennes, équitables et neutres) pour le financement de la CSU au Togo. Ce qui confirme notre deuxième hypothèse.

Nous retenons alors les boissons, les véhicules et motos, les produits pétroliers, le tabac et le ciment pour la suite de notre étude. L'étude est partie des réalisations sur ces produits en termes de volume et de recette au cours de la période 2010 à 2013<sup>26</sup> soit une période de quatre (4) ans. Nous avons utilisé les déclarations en valeur de douane sur les cinq (5) produits. A partir des réalisations de chaque produit, il a été déterminé un coefficient qui a servi à faire des projections jusqu'à 2020<sup>27</sup>. Ensuite nous avons appliqué un taux de 3,5% (comme taux d'impôt pour la CSU) sur la valeur en douane de chaque produit. Le tableau suivant illustre le montant de contribution de ces produits dans le financement de la couverture maladie au Togo.

---

<sup>26</sup> Annexe 13 Données de la Direction Générale des Douanes /Service Statistiques

<sup>27</sup> Annexe 15 Tableau avec projection de la valeur en douane jusqu'en 2020

**Tableau IV** : Financement de la Couverture Universelle Sanitaire au Togo (en milliards de FCFA)

<i>Année</i>	<i>Produits Pétroliers</i>	<i>Ciment</i>	<i>Véhicules et motos</i>	<i>Boissons</i>	<i>Tabac</i>	<i>TOTAL VD</i>	<i>CUS</i>
<b>2010</b>	67,61	29,54	33,78	1170,20	5,42	1306,55	45,73
<b>2011</b>	92,65	44,07	50,02	1928,98	6,33	2122,04	74,27
<b>2012</b>	123,52	48,67	46,98	3142,08	7,29	3368,54	117,90
<b>2013</b>	160,93	53,01	43,72	4069,27	7,95	4334,88	151,72
<b>2014</b>	190,93	60,01	46,72	4319,27	8,85	4625,78	161,90
<b>2015</b>	220,93	67,01	49,72	4569,27	9,75	4916,68	172,08
<b>2016</b>	250,93	74,01	52,72	4819,27	10,65	5207,58	182,27
<b>2017</b>	280,93	81,01	55,72	5069,27	11,55	5498,48	192,45
<b>2018</b>	310,93	88,01	58,72	5319,27	12,45	5789,38	202,63
<b>2019</b>	340,93	95,01	61,72	5569,27	13,35	6080,28	212,81
<b>2020</b>	370,93	102,01	64,72	5819,27	14,25	6371,18	222,99

Source : Auteur à partir des données de la Direction des Douanes et de la DGI (Annexe 13)

A partir de ce tableau, nous notons qu'il se dégage un montant considérable qui servirait au financement des dépenses de fonctionnement et d'investissement du système sanitaire dans la perspective de la couverture en maladie. Ces ressources passent de 172,08 milliards de FCFA à 222,99 milliards de FCFA au cours de la période 2015 à 2020 soit sur les 6 prochaines années. Les recettes pour la couverture en santé connaîtront alors une hausse d'environ 79,49%.

L'évolution comparée des recettes et des dépenses pour la couverture en santé nous permet de dégager le solde. Si le solde est positif, cela signifie qu'un prélèvement de 3,5% de la valeur en douane sur ces cinq (05) produits peut aider à la couverture universelle en santé au Togo. Mais si le solde est négatif, cela veut dire qu'il faut des ressources additionnelles pour atteindre la CSU.

Un taux de prélèvement de 3,5% sur la valeur en douane de ces cinq produits identifiés est une opportunité à saisir vu l'importance de la CSU pour le Togo d'une part et ce taux paraît faible comparativement à celui de la valeur ajoutée (TVA) qui est de 18% d'autre part. Aussi

faut-il le rappeler qu'aujourd'hui avec la création de l'Office Togolaise des Recettes (OTR), la hausse des recettes dans le domaine de la fiscalité est probable. Le tableau suivant présente le solde du financement de la CSU au Togo au cours de la période 2015 à 2020 soit sur les six (6) années à venir.

**Tableau V** : Calcul de la marge sécuritaire pour le financement de la CSU  
(en milliard de FCA)

Années	Recettes prévues	Dépenses prévisionnelles	Soldes
2015	172,08	156,93	15,16
2016	182,27	164,40	17,86
2017	192,45	169,01	23,44
2018	202,63	173,74	28,89
2019	212,81	178,60	34,21
2020	222,99	183,61	39,39

Source : Notre analyse à partir de nos projections

A l'analyse des soldes du tableau, on note qu'ils sont tous positifs et en augmentation d'une année à l'autre. Ce qui montre que le Togo peut miser sur ces 5 produits pour le financement de la couverture sanitaire universelle (hypothèse 3).

Afin d'assurer véritablement la couverture universelle en santé d'autres mesures sont prises en compte dans le cadre de cette étude. Il s'agit de la définition d'une véritable politique de mobilisation des ressources internes et externes.

## 2.3 Politique de mobilisation des ressources internes

Il s'agit des ressources nouvelles provenant de la société civile togolaise et celles traditionnelles provenant de l'Etat.

### 2.3.1 Stratégie innovante de mobilisation des ressources de la société civile

La piste à explorer est la sensibilisation et la mobilisation de la société civile togolaise résidant sur le territoire national et de la diaspora togolaise autour de la couverture universelle en santé à l'horizon 2020 ou à un horizon acceptable. Il s'agira de créer un fonds dénommé « *Fonds National de Soutien à la Couverture Universelle de Santé* » (FNCSU) autour duquel la solidarité nationale doit être de mise.

### 2.3.2 But et mission du FNCSU

Faire prendre conscience à la communauté nationale des effets néfastes des maladies sur l'état de santé et la productivité des populations. Car le mauvais état sanitaire de la population constitue un obstacle sérieux au développement économique et social de notre pays. La mission du FNCSU est de mobiliser les ressources nouvelles internes à travers la mise en place d'un grand partenariat national par le mécénat, le parrainage, les dons ponctuels, la création d'activités et d'événements et faire concevoir des produits partagés par les entreprises nationales dont les produits de ventes serviront à alimenter le FNCSU.

### 2.3.3 Sa forme juridique et organisationnelle

Le FNCSU aura la forme d'une association qui trouve ses fondements dans la loi de 1901. Il disposera d'instances suivantes : une assemblée générale, une coordination nationale dirigée par une équipe restreinte et un conseil d'administration. Tous les membres doivent s'engager à exercer leur fonction bénévolement.

Le FNCSU sera piloté par des personnalités de notoriété nationale voire internationale, de probité morale irréprochable, imbues de l'intérêt général, intègres, disposées à se donner pour une cause humanitaire.

Il s'agira de coopter des personnalités de la société civile nationale et de la diaspora. Eviter dans la mesure du possible des personnalités politiques ou prenant des positions politiques, pour ainsi lever toute équivoque et gagner la confiance de tous.

Le profil des personnalités peut se présenter comme suit :

- ✓ des joueurs et athlètes ;
- ✓ des artistes de la chanson ;
- ✓ des dirigeants de grandes confessions religieuses (Catholique, Protestant, Musulman, Assemblée de Dieu, Méthodiste, Baptiste) et d'autres dirigeants de mouvements religieux d'envergure nationale, etc. ;
- ✓ des représentants d'entreprises nationales publiques et privées ;
- ✓ des représentants des us et coutumes dont l'exposition politique est moins visible ;
- ✓ des experts nationaux dans le domaine des différentes maladies ;
- ✓ des personnalités des ONG travaillant dans le domaine des différentes maladies ;
- ✓ des experts nationaux dont les compétences sont avérées en organisation sur les aspects juridiques et autres compétences etc. ;

- ✓ des personnalités des médias publics et privés.

Le respect de l'égalité du genre est indispensable dans la cooptation des personnalités.

### **2.3.4 Moyens de mobilisation des ressources**

Les ressources financières peuvent être mobilisés au niveau des activités suivantes : le mécénat et le parrainage, les produits partagés, les dons et legs, l'organisation d'opérations événementielles, etc.

#### **➤ Le mécénat et le parrainage**

Le mécénat est un soutien matériel apporté à une œuvre ou à une personne pour l'exercice d'activités présentant un intérêt général. Il peut être de trois types : soutien financier, don en nature et mécénat de compétence.

Le parrainage consiste à promouvoir l'image de marque de l'entreprise au travers d'une alliance avec une association. Les dépenses de parrainage sont des prestations de publicité qui peuvent être incluses dans les charges de l'entreprise.

A ce titre, les entreprises nationales seront sollicitées à s'engager : les sociétés de télécommunications (Togotélécom, Togocel, Moov), les établissements de crédit, d'assurance et de réassurance, les compagnies pétrolières, la Compagnie d'Energie Electrique du Togo (CEET), le Port Autonome de Lomé (PAL), la Société des Postes du Togo (SPT), les sociétés de production de ciment<sup>28</sup>, la Société des Phosphates du Togo, les sociétés commerciales de distribution, de vente de matériaux de construction, la société de gestion des péages et la Société Autonome de Financement de l'Entretien Routier (SAFER), les concessionnaires de véhicules, les grossistes répartiteurs du secteur pharmaceutique, les usines privées de fabrication et de conditionnement de médicaments, bref tous les grands opérateurs économiques du Togo seront sollicités.

L'Etat accompagnera ses sociétés par des mesures incitatives de déduction d'impôt sur le revenu ou sur les sociétés d'un pourcentage dans une certaine limite.

#### **➤ Les dons et legs**

---

<sup>28</sup> Selon le rapport final de l'étude sur l'état de la concurrence dans le secteur du ciment menée par l'UEMOA et Conseil – Information – Formation (CIF) Afrique (Villa 47, Cite SOSABEG en face Stade Léopold Sedar Senghor Porte 19, BP. 16 341 Dakar-Fann) de juillet 2011, une nouvelle société (ScanTogo) s'installera très prochainement au Togo avec une capacité de production de 1 500 000 tonnes de ciment alors que la production totale actuelle des trois sociétés est de 1 500 000 tonnes par an.

Les mesures suivantes sont préconisées : tous les salariés du secteur public et privé s'engageront à faire un don mensuel forfaitaire d'un montant minimum de 300 FCFA par prélèvement sur salaire, tous les hommes politiques (membres du gouvernement, parlementaires, toutes les institutions de la République) s'engageront aussi à donner un montant forfaitaire mensuel d'un montant minimum de 30 000 FCFA, les confessions religieuses (Catholique, Protestant, Méthodiste, Musulman, Assemblée de Dieu, Baptiste, et les autres mouvements religieux d'envergure nationale, etc.) institueront en leur sein, des quêtes spéciales deux fois par an.

Pour la diaspora togolaise, l'association disposera d'un site internet, pour les inciter à faire des dons au moyen de chèque, virement ou carte bancaire.

#### ➤ **Les produits partagés**

Un produit partagé est un produit ou un service conçu par une entreprise dont une partie du prix de vente est reversée au profit d'une association. Cela permettra à l'entreprise de bénéficier d'une valeur ajoutée en termes d'image et ainsi augmenter les ventes tout en soutenant l'association.

Nous proposons un jeu de loterie dénommé « *Loto CSU* » qu'organiserait la Loterie Nationale Togolaise (LONATO). Ce tirage serait organisé chaque deux semaines.

#### **2.3.5 Destination des fonds collectés**

Les ressources de l'association serviront à financer les gaps des dépenses de fonctionnement et des dépenses d'investissement en santé. D'autres domaines d'interventions peuvent être étudiés selon les nécessités.

#### **2.3.6 Gestion des ressources**

L'association mettra en place une gouvernance transparente et une gestion rigoureuse. A cet effet, des procédures de gestion administratives, comptables et financières doivent être élaborées.

Chaque année, les comptes de l'association et ceux des bénéficiaires seront vérifiés et certifiés par un cabinet indépendant d'audit qui sera commis par la Cour des Comptes du Togo. Les résultats seront publiés. L'association rendra public ses rapports d'activités et financiers.

### 2.3.7 Recommandations

Pour la mise en place et la pérennisation des mécanismes de financement de la santé au Togo, dans le cadre de la couverture universelle, nous formulons des recommandations à l'endroit du Ministère de la Santé, du Ministère de l'Economie et des Finances, des représentants de la Société Civile et ONG, du parlement et du Pouvoir Public, des organisations sous régionales (UEMOA, OOAS...) et des Partenaires en Développement.

#### **Ministère de la Santé :**

- institutionnaliser l'élaboration des CNS afin d'avoir une maîtrise des dépenses nationales de santé chaque année ;
- améliorer la connaissance des dépenses publiques et privées de santé dont les zones d'ombre font obstacle à une plus large mobilisation des ressources et à un pilotage cohérent des politiques de santé ;
- améliorer les taux d'exécution budgétaire, accroître l'efficacité des dépenses publiques et privées de santé, celle des dépenses publiques globales est la première priorité en matière d'élargissement de l'espace budgétaire pour la santé ;
- instaurer un dialogue technique avec le Ministère de l'Economie et des Finances et réorienter les arguments de plaidoyer en faveur d'une augmentation des dépenses de santé pour un élargissement de l'espace budgétaire en faveur de la santé.

#### **Ministère de l'Economie et des Finances :**

- accélérer la réforme générale des finances publiques pour favoriser l'élargissement de l'espace budgétaire pour la santé ;
- s'efforcer de rentabiliser les dépenses de santé.

#### **Représentants de la Société Civile et ONG**

- Accompagner le pouvoir public dans une grande campagne d'information et de sensibilisation des communautés de base, des comités villageois et des populations pour une meilleure adhésion à la politique de la CSU au Togo ;
- accompagner le pouvoir public et les institutions impliquées dans la mobilisation des ressources pour la CSU.

#### **Gouvernement**

- montrer sa volonté politique de développer le système de financement de la santé et de maintenir la couverture universelle ou de s'en approcher et faire participer à ce processus toutes les parties intéressées y compris la population;
  - allouer suffisamment de fonds à la santé ou du moins honorer ses engagements de 15% d'Abuja ;
  - recourir à une combinaison de mécanismes de financement de la santé pour accélérer la réalisation de la couverture universelle et équilibrer l'équité, l'efficacité et la qualité des soins ;
  - mettre en place un cadre administratif de coordination des mécanismes de prise en charge de la couverture universelle en Santé ;
  - initier un cadre national de discussion et de politique de financement axé sur les résultats (FBR), approche reconnue pour son potentiel à améliorer la performance des systèmes de santé : la qualité des soins, la productivité, la redevabilité et la gouvernance;
  - développer les stratégies nationales de développement des ressources humaines en santé avec l'augmentation des effectifs pour atteindre le seuil minimal de densité de 2,3 personnels de santé pour 1 000 habitants avec des stratégies de fidélisation des professionnels de santé ;
  - réorganiser tous les acteurs du secteur informel, rural et agricole en groupements, associations et syndicats pour une meilleure réussite de la politique de CSU.
- ✚ **Organisations sous régionales (UEMOA, OOAS...) et des Partenaires en Développement :**
- accompagner le Togo dans le processus de mise en place de la CSU ;
  - accompagner le Togo, dans sa politique de modernisation de l'administration fiscale surtout dans la définition et l'identification des sources de financement stables, pérennes, équitables et abondantes pour le financement de la CSU.

## Conclusion générale

Au Togo, l'amélioration de la qualité et l'utilisation des services de santé nécessitent la réalisation de plusieurs objectifs contenus dans le Plan National de Développement Sanitaire. L'un de ces objectifs est le renforcement de la mobilisation des ressources financières en faveur du secteur de la santé, surtout dans le contexte où le système de santé est confronté à de véritables problèmes de ressources humaines, infrastructures, matérielles et financières.

Cette étude a eu le mérite de revisiter le débat sur le financement du secteur de la santé en particulier celui de la Couverture Sanitaire Universelle, ceci dans le contexte de l'atteinte des OMD notamment ceux liés à la santé.

L'un des éléments de base pour la mise en place d'une couverture universelle aux soins et services de santé demeure l'existence de mécanismes de financement fiables, stables et pérennes. Aussi, avec les limites de l'appui budgétaire global, d'autres mécanismes dits innovants sont-ils explorés au niveau national comme sous régional ou international.

C'est dans cet objectif que s'inscrit ce mémoire intitulé « Cadre d'analyse du financement public de la santé pour une couverture sanitaire universelle au Togo » dont l'objectif général est d'explorer les différentes sources potentielles afin d'identifier celles qui sont efficaces pour le financement de la couverture sanitaire universelle au Togo.

La méthodologie utilisée a consisté en une revue documentaire, couplée d'entretiens avec des acteurs clés du ministère de la santé, du ministère de l'économie et des finances, des acteurs de la société civile et ONG.

Il ressort de nos analyses que les mécanismes existants à savoir le financement par l'impôt, l'assurance maladie sociale dont les mutuelles de santé, l'assurance maladie privée, l'assurance maladie obligatoire avec l'Institut National d'Assurance Maladie, les mécanismes publics d'assurance et de protection sociale (CNSS et CRT<sup>29</sup>), ainsi que les sous-systèmes de

---

<sup>29</sup> Caisse Nationale de Sécurité Sociale et Caisse de Retraite du Togo

financement (Gouvernance, financement, offre et demande de soins) restent très insuffisants pour aller vers la couverture sanitaire universelle au Togo.

La faible contribution de l'Etat au financement de la santé se révèle être en contradiction avec sa politique qui considère le secteur de la santé comme l'un des secteurs prioritaires. L'atteinte des OMD liés à la santé et la Couverture Maladie Universelle restent donc problématique s'il faut s'appuyer sur le budget de l'Etat.

Dans la multitude des possibilités qui existent pour le financement de la couverture universelle en santé, l'étude a révélé certaines pistes que le gouvernement et les autres acteurs peuvent exploiter. Il s'agit principalement de l'impôt sur certains produits à travers un prélèvement d'un taux de 3,5% sur leur valeur en douane. Le Togo peut financer la CSU avec la politique de l'impôt sur les cinq activités qui sont : le commerce des boissons, des véhicules et motos, des produits pétroliers, du tabac et du ciment. En dehors du gouvernement, d'autres acteurs à l'instar des athlètes, des artistes, des confessions religieuses, de la diaspora sont également interpellés pour contribuer aux financements additionnels de la CSU.

Cette synergie d'engagement permettra d'améliorer les résultats sanitaires au Togo. Plusieurs personnes pourront accéder aux services de prévention, de traitement et de prise en charge des principaux problèmes de santé. Ceci permettra au Togo d'amorcer sa croissance économique considérablement et se hisser au rang des pays émergents.

L'obtention de ces résultats demande de soutenir de façon coordonnée les programmes sanitaires en renforçant l'utilisation des systèmes nationaux et en favorisant une transparence partagée. Les Partenaires au développement doivent chercher également à aligner et à harmoniser leurs procédures d'intervention sur la politique nationale de la santé du Togo et ce conformément aux dispositions de la Déclaration de Paris.

En plus des interventions majeures à mettre en œuvre à moyen terme pour assurer la couverture sanitaire universelle, la principale recommandation consiste à mettre en place un organe de coordination des financements innovants pour la CSU au Togo d'une part et à assurer la qualité et l'équité dans l'accessibilité des services sanitaires d'autre part.

## REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- 1- **Denise A.; Moussa Y.**: (Août 2004) : Analyse critique de la viabilité du projet couverture maladie au Gabon ; Mémoire de fin d'étude DESS/ Economie de la santé ; Aout 2004
- 2- **Arjona R., Ladaique M. et M. Pearson. (2002).** « Protection sociale et croissance ». Revue économique de l'OCDE 35(2) :PP 7-47
- 3- **Audibert Martine, Jacky Mathonnat et Eric de Roodenbeke,** (septembre 2003) « *Le financement de la santé dans les pays d'Afrique et d'Asie à faible revenu* » éditions Karthala.
- 4- **Carrin 2002, 2005; Arhin-Tenkorang 2001,** Financement de la santé et assurance maladie en Afrique subsaharienne
- 5- **Cling J. P., De Vreyer P., Razafindrakoto M., et Roubaud F. (2003).** « La croissance ne suffit pas pour réduire la pauvreté : le rôle des inégalités ». Revue française d'économie XVIII(3) :PP 137-188.
- 6- **CNUCED.** (2002). « Développement Economique en Afrique. De l'ajustement à la réduction de la pauvreté : qu'y a-t-il de nouveau ». New York : Conférence des Nations Unies sur le Commerce et le Développement.
- 7- **Commission Macroéconomique et Santé.** (2000). Investir dans la santé. Genève : World Health Organization
- 8- **Dourgnon P., Grignon M., et Jusot F. (2001).** « L'assurance maladie réduit-elle les inégalités sociales de santé [question mark here ?] : Une revue de la littérature ». Questions d'économie de la santé 43. Paris : CREDES.
- 9- **Dror D, Jacquier C** - Micro-assurance : élargissement de l'assurance maladie aux exclus. Revue internationale de sécurité sociale 1999; 52 :PP 87-119
- 10- **Euzeby, A. (2000).** « Le financement de la protection sociale à l'épreuve de la mondialisation de l'économie », dans R. Sigg et C. Behrendt (éditeurs), La sécurité dans le village global. Berne : Lang.
- 11- **Dessault G., Fournier P., Letourmy A. ;** L'Assurance maladie en Afrique Francophone : améliorer l'accès aux soins et lutter contre la pauvreté (La Banque Internationale pour la Reconstruction et le Développement/La Banque mondiale Washington, DC 2006 :PP 489-596)

- 12- **Gwatkin, Davidson** (2000). Health inequalities and the health of the poor: What do we know? What can we do? *Bulletin de l'Organisation mondiale de la Santé* 78 (1): PP 3-18.
- 13- **Ichoku, Hyacinth Eme, William M. Fonta, and John E. Ataguba.** (2012). "political economy and history: making sense of Political Economy and history: Making sense of health financing in sub-Saharan Africa." *Journal of International Développement*: PP 13.
- 14- **Jowtt, M., Contoyannis P., et Vinh N. D. (2003).** « The impact of public voluntary health insurance on private health expenditure in Vietnam ». *Social Science and Medicine* 56(2): PP 333–42.
- 15- **Kelley, Kelley A. G., E., Simpara C., Sidibé O. et Makinen M.** (2001) « Initiative pour l'équité au Mali ». Bethesda, Maryland: Projet PHRplus.
- 16- **Knaul, Felicia Marie et al. (2006).** "Evidence is good for your health system: policy reform to remedy catastrophic and impoverishing health spending in Mexico." *Lancet* 368(9549): PP 1828-41
- 17- **Leighton C. (1995).** « Overview: Health financing reforms in Africa ». *Health Policy and Planning* 10(3): 213–22.
- 18- **Lori S. Ashford, Davidson R. Gwatkin, et Abdo S. Yazbeck** (2007) : Comment créer des programmes démographiques et de santé susceptibles d'atteindre les plus démunis. *Population Référence Bureau Banque Mondiale* p12.
- 19- **Ntioranya M. A. D., Daff B.** (Janvier 2008) : Approche prospective sanitaire pour une couverture universelle des SSP : système de mutualisation des risques maladies au BURUNDI ; Mémoire de fin d'étude DESS/ Economie de la santé ;
- 20- **Maria-Pia Waelkens et Bart Criel** : les mutuelles de santé en Afrique Subsaharienne ; État des Lieux et Réflexions sur un Agenda de Recherche
- 21- **Marniesse, S., et Peccoud R. (2004).** « Pauvreté, inégalité et croissance : Quels enjeux pour l'aide publique au développement ». Notes et documents N°10. Paris: Agence Française de Développement.
- 22- **Makinen M, Waters H., Rauch M., Almagambetova N., Bitran R., and Gilson L., McIntyre D, Pannarunothai S, Prieto AL, Ubilla G, Ram S (2000)** Inequalities in Health Care Use and Expenditure: Empirical Data from Eight Developing Countries

- and Countries in Transition *Bulletin of the World Health Organization* 78 (1):pp 55-65
- 23- **Mcintyre, Di et al. 2011.** "Removing user fees in the health sector: a review of policy processes in six sub-Saharan African countries." *Health policy and planning* 26 Suppl 2: ii16-29
- 24- **OMS :** macroéconomie et santé ; Mars 2002 : Investir dans la santé pour le développement économique (Réseau Voltaire)
- 25- **OMS (2010).** Rapport sur la santé dans le monde 2010. Le financement des systèmes de santé : le chemin vers une couverture universelle. Genève: Organisation mondiale de la Santé.
- 26- **OMS (2005).** Résolution WHA58.33 de l'Assemblée mondiale de la Santé : « Financement durable de la santé, couverture universelle et systèmes de sécurité sociale ». Genève: Organisation mondiale de la Santé.
- 27- **Organisation mondiale de la santé (2000),-** Rapport sur la santé dans le monde 2000. OMS ed, Genève, pp 109-130.
- 28- **Dourgnon P. ; Grignon M.; Jusot F. (2011);** L'assurance maladie réduit-elle les inégalités sociales de santé ? *Revue de littérature : Bulletin d'information en économie de la santé* N° 43.
- 29- **Ridde, Valéry, and Florence Morestin. (2011).** "A scoping review of the literature on the abolition of user fees in health care services in Africa." *Health policy and planning* 26(1): 1-11
- 30- **Ridde, Valéry. (2004) :**"L'initiative de Bamako 15 ans après - Un agenda inachevé." 54
- 31- **Tonia Marek, Catherine O'Farrell, Chiaki Yamamoto, Ilyse Zable.** Tendances et Perspectives des Partenariats entre les Secteurs Public et Non-Etatique pour Améliorer les Services de Santé en Afrique *Secteur du Développement Humain Région Afrique La Banque Mondiale Série Documents de Travail* No. 106.
- 32- **Tonia Marek, Rena Eichler, Philip Schnabl.** Allocation des ressources et acquisition de services de santé en Afrique : Qu'est ce qui est efficace pour améliorer la santé des

- pauvres ? *Secteur du Développement Humain Région Afrique La Banque Mondiale Série Documents de Travail* No. 105.2006. p7, p48
- 33- **Union Africaine. (2006)** Financement de la santé en Afrique. Thème : *Une Afrique Unie pour l'Accès universel aux services de lutte contre le VIH/SIDA, la Tuberculose et le paludisme d'ici à 2010* Sommet extraordinaire sur le VIH/Sida, la tuberculose et le paludisme. 2-4 Mai 2006 Abuja (Nigeria) Sp/PRC/ATM/5(I). p4- 5
- 34- **Wagstaff A. & Doorslaer E. V. (1993)** *Equity in the finance and delivery of health care: Concepts and definitions.*
- 35- **World Health Organization. (2000).** Rapport sur la santé dans le monde. Genève. World Health Organization.
- 36- **Wyszewianski, L. (1986).** « Families with catastrophic health care expenditures ». *Health Services Research* 21(5): 617–34.
- 37- **Xu K., Evans D. B., Kawabata K., Zeramdini R., Klavus J. et Murray C. J. (2003).** «Household catastrophic health expenditure: A multicountry analysis ». *The Lancet* 362: pp 111–117.

# ANNEXES

**Tableau VI** : Evolution des indicateurs clés de la santé

Indicateurs épidémiologiques	1988	1998	2006	2010
Espérance de vie à la naissance (années)	55,0	49,0	59,8 (2000)	63,3
Taux brut de mortalité (pour 1.000 habitants)	15,0	13,0	9,6 (2000)	8,1
Mortalité néonatale (pour 1.000 naissances vivantes)	50,4	42,0	ND	ND
Mortalité infantile (pour 1.000 naissances vivantes)	80,5	78,7	77,0	78,0
Mortalité infanto-juvénile (pour 1.000 naissances vivantes)	158,0	146,0	123,0	123,0
Mortalité maternelle (pour 100.000 naissances vivantes)	640,0	478,0	510 (2005)	350 (2008)
Indice synthétique de fécondité	6,6	5,4	5,1 (2000)	4,1
Prévalence de retards de croissance (%)	37,0	30,0	23,7	29,5
Prévalence de l'insuffisance pondérale	27,0	25,0	26,0	16,6
Prévalence de la malnutrition aigue	ND	ND	14,3	4,8
Prévalence de diarrhée chez les enfants de moins de 5 ans	29,0	31,0	15,0	20,6
Prévalence des IRA chez les enfants de moins de 5 ans	ND	ND	6,0%	5,0%
Prévalence du VIH (% population de 15-49)	1,0 (1987)	5,9	3,3 (2005)	3,2
Prévalence de l'HTA	ND	ND	ND	19%
Prévalence du diabète	ND	ND	ND	2,6%
Prévalence du tabagisme	ND	ND	ND	6,8%

Sources : MICS 3 et 4, <http://donnees.banquemondiale.org/indicateur>; rapport ONUSIDA, 2010. SMART, 2010 ; Enquête Step-Wise 2010

**Annexe2** **Tableau VII** : Outil de collecte de données financières à Direction Générale des Douanes et à la Direction Générale des Impôts

N°	RUBRIQUES	2009				2010				2011				2012			
		Volume des activités	Montant de base	Taux d'imposition	Montant Collecté	Volume des activités	Montant de base	Taux d'imposition	Montant Collecté	Volume des activités	Montant de base	Taux d'imposition	Montant Collecté	Volume des activités	Montant de base	Taux d'imposition/Taxe	Montant Collecté
1	Taxe sur les produits des sociétés de cimenterie																
2	Taxe sur les produits des sociétés de boissons																
3	Taxe spéciale affectée aux boissons alcoolisées importées																
4	Taxe spéciale sur les produits cosmétiques																
5	Taxe Spécial affectée au tabac																
6	Taxe sur la téléphonie cellulaire																
7	Taxe sur les produits de togotélécom																
8	Taxe spéciale affectée au pétrole																
9	Taxe spéciale sur tout véhicule vendu au port et dans les maisons de commerce																
10	Taxe spéciale sur toute moto vendue (importées)																
11	TVA Collectée (recouvrée)																
12	Taxe sur les opérations de change																
13	Taxe spéciale sur les billets d'avion																
14	Taxe d'importation																
15	Impôt sur le revenu PP																
16	Taxe complémentaire sur salaire (TCS)																

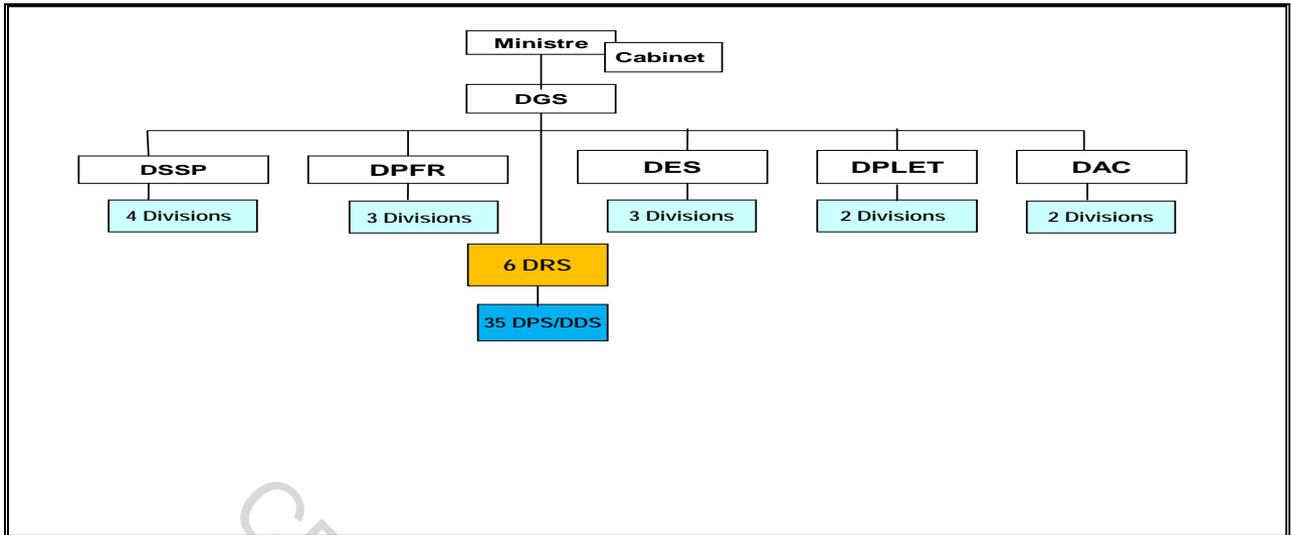
**Annexe 3**    **Tableau VIII** : Outil d'analyse des différentes sources de financement de CSU

N°		Fiabilité							Score	Equité	Neutralité	Score	Total des scores
		Assiette				Agent-source							
		Identification	Abondant	Stabilité	Evolution	Faisabilité	Pérenne	Priorité					
1													
2													
3													
4													
5													
6													
7													
8													
9													
10													
11													
12													
13													
14													
15													
16													

Source : Dr Hervé LAFARGE : Maître de Conférence, Enseignant associé au CESAG.



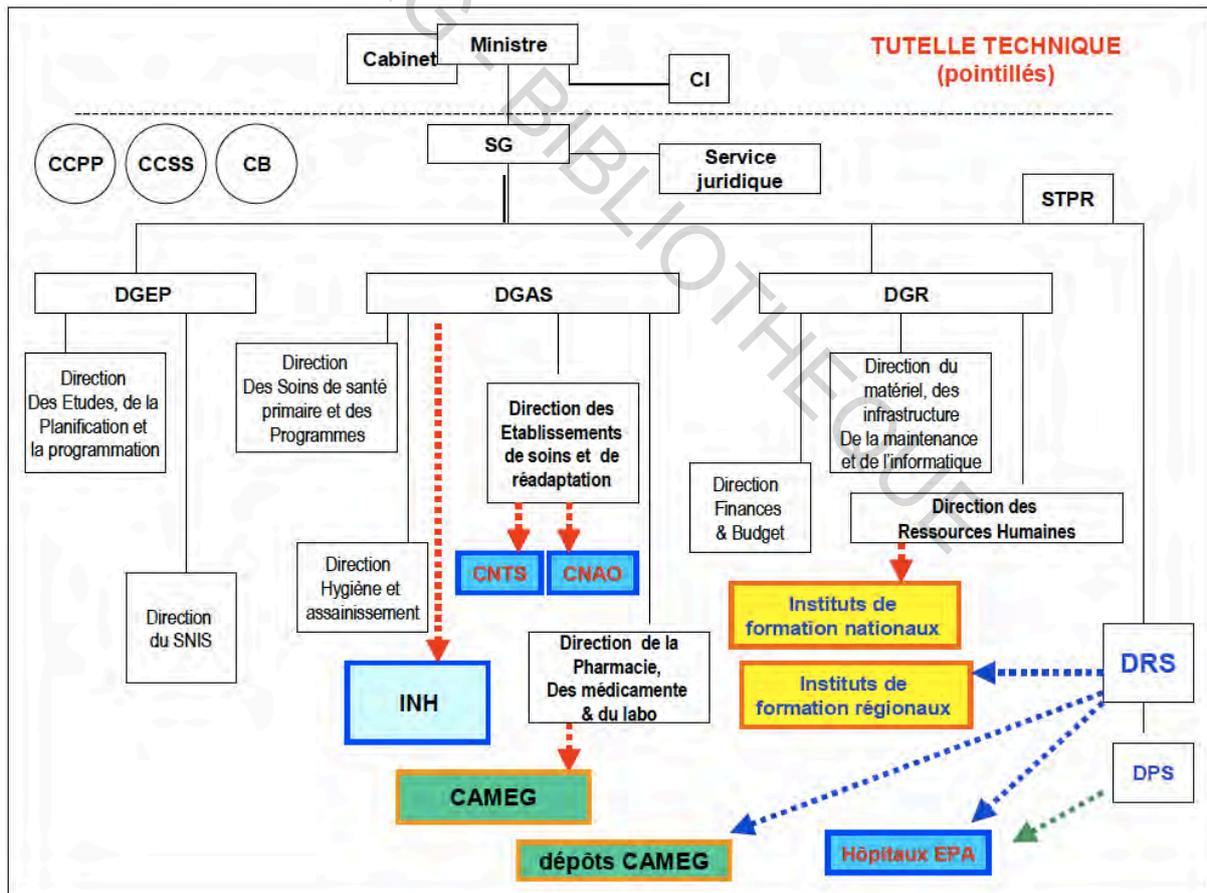
**Annexes 5**



**Figure IX** : Organigramme actuel du Ministère de la Santé

Source : Analyse Sectorielle IHP+ (Mars 2011)

**Annexe 6.**



**Figure X** : Proposition finale d'organigramme du Ministère de la Santé

Source : Audit organisationnel finalisé du ministère de la santé 2009

## Annexe 7 Tableau IX : Le paysage des partenaires de l'Aide Publique au Développement

Renforcement de la Gouvernance	Bases d'une croissance forte et durable	Développement du capital humain (santé y compris)	Réduction des déséquilibres régionaux
<b>HCDH</b> <b>PNUD</b> <b>HCR</b> France OIF UE USA UNREC BAD BM FMI	BAD - BADEA - BID BIDC – BOAD - FSD <b>PNUD</b> Chine – <b>FAO</b> – UE FIDA - FEM - FKD Allemagne Japon – UEMOA BAD - BM – <b>BIT</b>	BID – BIDC - BOAD <b>Fonds Mondial</b> <b>FNUAP–OMS–ONUSIDA</b> <b>PNUD</b> <b>UNESCO</b> <b>UNICEF</b> France Chine BAD – <b>BIT</b> - FSD Japon – PAM – UEMOA	<b>PNUD</b> France UE BM
	Partenaires présents en 2006 avec un programme actif de coopération		
	Partenaires présents en 2006 avec un programme réduit de coopération		
	Partenaires sans programme de coopération en 2006		

Source : UNDAF révisé, Octobre 2010

## Annexe 8 Tableau X : Effectif du personnel de la santé du secteur public, par régions sanitaires en 2011<sup>2</sup>

Catégories professionnelles	Niveau central	CHU Tokoin	CHU Campus	CHU KARA	Lomé-Commune	Maritime	Plateaux	Centrale	Kara	Savanes	Total par catégorie
Chirurgien-dentiste	2	2	3	1	4	2	2	1	1	0	18
Médecins généralistes	13	44	21	5	24	15	22	14	16	10	184
Médecins de Santé Publique	18	0	0	1	3	1	3	1	1	2	30
Médecins spécialistes	22	85	24	6	15	13	7	5	3	2	183
Total des Médecins	55	131	48	13	46	31	34	21	21	14	415
Médecins Internes	0	113	47	0	1	0	0	0	0	0	161
Pharmaciens	7	2	0	0	0	0	1	2	2	0	14
Techniciens Supérieurs de Santé	32	15	9	18	94	69	60	47	57	22	423
Infirmiers Diplômés d'Etat	32	159	59	29	101	136	158	84	101	70	928
Sages-femmes d'Etat	18	63	9	11	118	87	61	27	30	19	443
Infirmiers Auxiliaires d'Etat	5	39	16	18	36	70	93	104	113	60	554
Accoucheuses Auxiliaires d'Etat	0	8	2	8	73	68	82	71	84	34	430
Autre personnel paramédical*	160	431	141	130	233	437	503	339	350	239	963
Personnel technique**	23	11	10	4	20	21	23	19	14	10	155
Aides-soignants	5	37	3	16	38	92	84	81	118	119	593
Personnel d'appui	215	314	139	86	320	411	430	398	356	305	2974
Total personnel Administratif	159	100	4	22	112	81	68	44	52	30	711
Total général	711	1423	525	355	1192	1503	1597	1237	1298	922	10 764

Source : Division de l'Administration et des Ressources Humaines/DAC du MS

\*Technicien supérieur de génie sanitaire, ophtalmologie, radiologie, odontostomatologie, Assistant d'hygiène, technicien orthopédiste, kinésithérapeute, etc.

\*\*Matrone, infirmier permanent, Accoucheuse permanente, aide laborantin, garde malade, etc.

## Annexe 9

Tableau XI: Evolution du budget de l'Etat de 2001 à 2012 (en Milliers de F CFA)

Années	ETAT												
	Bud de l'Etat (BE)	Budget Santé (BS)		Evolution du budget de l'Etat	Evolution du budget affecté au MS	Dép. Salariales (DS)		Dép. non Salariales (DNS)		Sub.+Aides+Secours (S)		BIE	
			BS/BE					DS/BS		DNS/BS		S/BS	
	Montants	Montants	%	%	%	Montants	%	Montants	%	Montants	%	Montants	%
2001	171 897 768	12 511 602	7,2			5644355	45,11	2 086 757	16,67	2 295 000	18,34	2 485 490	19,86
2002	183 201 877	12 149 940	6,63	6,58	- 2,89	5517790	45,41	2 101 150	17,29	1 740 000	14,32	2 791 000	22,97
2003	179 181 413	12 430 215	6,94	- 2,19	2,31	5926315	47,68	2 092 900	16,84	4 010 000	32,26	401000	3,23
2004	199 742 937	10 424 351	5,22	11,48	- 16,14	4998351	47,95	2 068 000	19,84	2 555 000	24,51	803 000	7,7
2005	202 873 032	13 064 162	6,44	1,57	25,32	4 836 102	37,02	2 741 060	20,98	4 895 000	37,47	592 000	4,53
2006	254 101 424	16 712 292	6,57	25,25	27,92	5 372 385	32,14	2 989 907	17,89	5 100 000	30,52	3 250 000	19,45
2007	259 627 485	16 020 411	6,17	2,17	- 4,14	4 682 433	29,22	2 972 978	18,55	5 115 000	31,92	3 250 000	20,28
2008	307 616 062	17 622 598	5,72	18,48	10,00	5 384 512	30,55	3 181 086	18,05	5 065 000	28,74	3 992 000	22,65
2009	350 147 857	18 335 218	5,24	13,83	4,04	6 210 418	33,87	3 480 800	18,98	5 059 000	27,59	3 585 000	19,55
2010	499 725 520	17 653 245	3,53	42,72	- 3,72	6 591 745	37,34	3 876 500	21,96	5 415 000	30,67	1 770 000	10,03
2011	548 747 594	20 538 241	3,74	9,81	16,34	8 773 240	42,2	3 757 930	18,3	6 056 500	29,49	1 950 571	9,5
2012	656 204 138	25 744 228	3,92	19,58	25,35	11 697 143	45,44	3 900 585	15,15	9 197 500	35,73	949 000	3,69

Source : DAC/MS

**Annexe 10****Tableau XII : Données sur le budget de l'Etat alloué au MS (en milliers de FCFA)**

ANNEE	Budget total de l'Etat (BE)	Budget alloué au MS										Total dépenses engagées au cours de la période			Taux d'engagement		
		Fonctionnement	Budget d'Investissement Etat (BIE)			Total1 (BS)	Total2 (BS)	BS1/BE (%)	REx/BE (%)	RInt/BE (%)	ABUJA	Fonctionnement	Investissement	Total	Fonctionnement	Investissement	Total
			Res. Internes	Res. Externes	Total BIE												
2006	254 101 424	13 462 292	3 250 000	8 508 060	11 758 060	25 220 352	16 712 292	9,93	3,35	6,58	15,00			0	0	0	0
2007	259 627 485	12 770 411	3 250 000	7 586 000	10 836 000	23 606 411	16 020 411	9,09	2,92	6,17	15,00			0	0	0	0
2008	307 616 062	13 630 598	3 992 000	14 599 000	18 591 000	32 221 598	17 622 598	10,47	4,75	5,73	15,00			0	0	0	0
2009	350 147 857	14 750 218	3 585 000	31 772 000	35 357 000	50 107 218	18 335 218	14,31	9,07	5,24	15,00			0	0	0	0
2010	499 725 520	15 883 245	1 790 000	23 844 000	25 634 000	41 517 245	17 673 245	8,31	4,77	3,54	15,00			0	0	0	0
2011	548 747 594	18 587 670	1 950 571	9 050 000	11 000 571	29 588 241	20 538 241	5,39	1,65	3,74	15,00			0	0	0	0
2012	656 204 138	24 795 228	949 000	12 900 000	13 849 000	38 644 228	25 744 228	5,89	1,97	3,92	15,00			0	0	0	0
<b>Total</b>	<b>2 876 170 080</b>	<b>113 879 662</b>	<b>18 766 571</b>	<b>108 259 060</b>	<b>127 025 631</b>	<b>240 905 293</b>	<b>132 646 233</b>					<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>

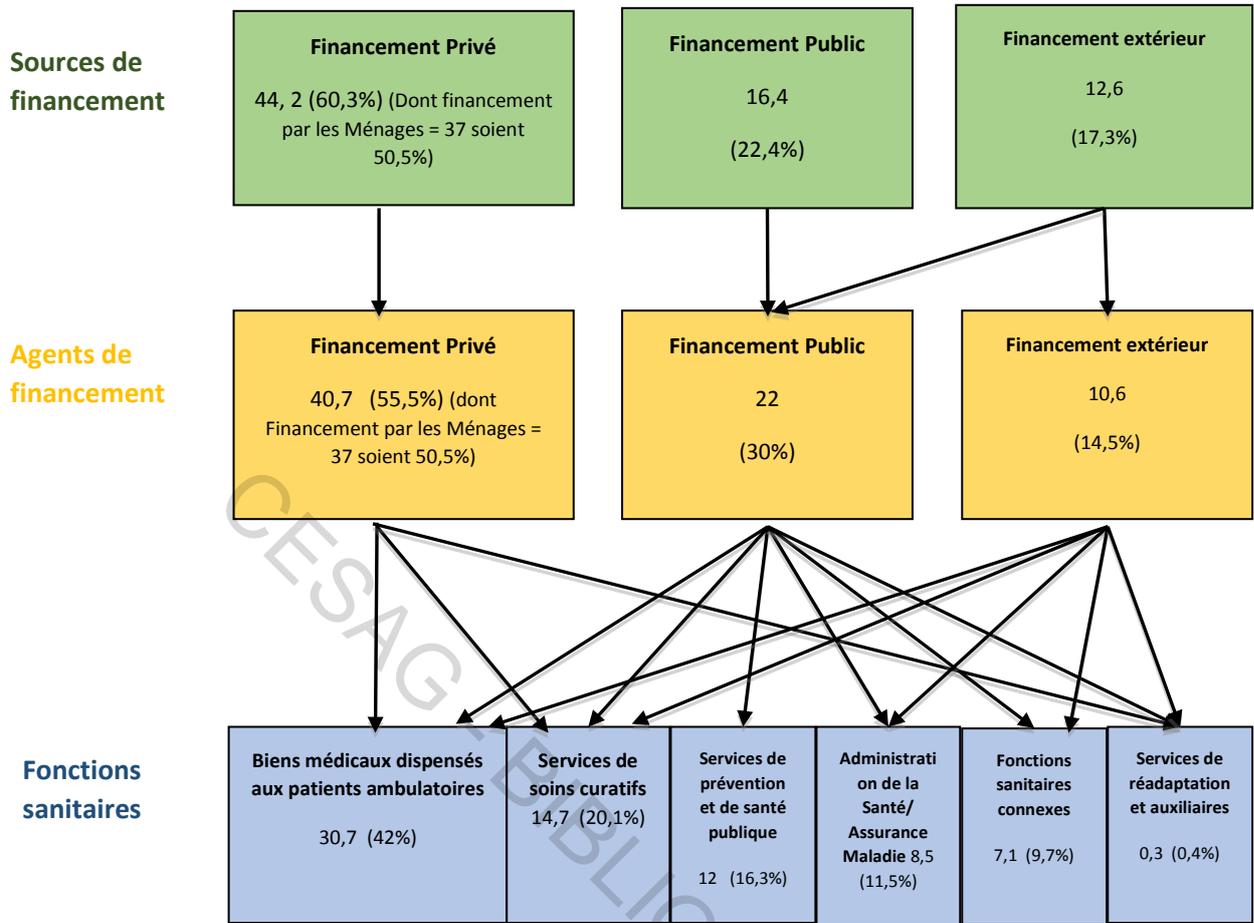
Source :DAC/MS.

## Annexe 11

**Tableau XIII** : Le taux de couverture de l'INAM part catégorie de prestation de soins

Prestations	Taux de couverture par INAM	Taux de prise en charge par l'assuré
Consultation générale	80%	20%
Consultation au centre de santé public pour les enfants de moins de 5 ans	100%	0%
Consultation de spécialité	80%	20%
Hospitalisation (frais de séjour)	90%	10%
Examens de laboratoire	80%	20%
Intervention chirurgicale	90%	10%
Petite chirurgie	80%	20%
Soins infirmiers	80%	20%
Accouchement simple (acte)	100%	0%
Accouchement compliqué (acte)	100%	0%
Césarienne (acte)	100%	0%
Soins ophtalmologie	80%	20%
Soins dentaires	80%	20%
Poche de sang	80%	20%
Echographie	80%	20%
Radiologie	80%	20%
Médicaments	80%	20%
Consultation prénatale	80%	20%

**Annexe 12**



**Figure XI** : Organigramme de financement de la santé en 2008

Source : Analyse de la situation du secteur de la santé au Togo, avril 2011

**Annexe 13 :****Tableau XIV :** Projection de l'évolution de la population du Togo de 2010 à 2025 (Taux de croissance annuel de la population : 2,8%)

<b>Années</b>	<b>Population par année</b>
<b>2010</b>	6 191 155
<b>2011</b>	6 364 507
<b>2012</b>	6 542 714
<b>2013</b>	6 725 910
<b>2014</b>	6 914 235
<b>2015</b>	7 107 834
<b>2016</b>	7 306 853
<b>2017</b>	7 511 445
<b>2018</b>	7 721 765
<b>2019</b>	7 937 975
<b>2020</b>	8 160 238
<b>2021</b>	8 388 725
<b>2022</b>	8 623 609
<b>2023</b>	8 865 070
<b>2024</b>	9 113 292
<b>2025</b>	9 368 464

Source : Auteur

## Annexe 14

**Tableau XV** : Les recettes des différentes taxes sur les produits pétroliers

	2010	2011	2012	2013
Poids	325 927 575	219 364 325	261 100 454	330 616 016
VD	67 613 099 854	92 646 937 947	123 519 867 939	160 927 395 657
Droits et taxes	19 333 880 575	27 655 161 762	37 598 917 471	48 429 159 605
RS	58 535 183	116 210 420	182 728 873	177 470 116
PCS	27 880 128	50 787 880	84 052 298	62 494 364
PC	549 591 420	803 566 228	1 166 727 341	1 465 622 732
TD	243 734	368 941	306 244	199 429
TPI	20 474 000	23 602 000	38 838 000	25 022 000
PEA	0	200	0	0
BIC	267 392 799	77 433 958	0	0
TSR	0	0	0	0
DD	5 712 860 129	8 285 224 718	11 270 877 330	14 729 956 464
DC	0	164 090	0	0
TVA	12 696 903 182	18 297 803 327	24 855 387 385	31 968 394 500
SPP	5 122 181 288	20 130 074 878	32 440 321 110	39 121 763 618

Sources : Données de la DGD /Service Statistiques

**Tableau XVI** : Les recettes des différentes taxes sur le ciment

	2010	2011	2012	2013
Poids	714 192 911	1 162 425 393	1 201 006 985	1 325 787 065
VD	29 544 882 510	44 066 453 545	48 666 283 664	53 005 873 150
Droits et taxes	7 963 306 770	11 956 293 573	13 091 845 731	14 093 846 601
RS	292 690 759	432 740 343	483 372 473	509 210 615
PCS	292 739 294	434 581 017	486 120 552	524 559 507
PC	292 739 294	434 581 017	486 120 552	524 559 507
TD	82 424	183 022	145 177	8 144
TPI	114 567 200	188 692 200	208 818 800	226 085 800
PEA	31 538 800	42 548 200	30 862 600	38 191 000
BIC	12 184 643	10 218 906	0	0
TSR	0	0	0	0
DD	2 933 013 813	4 327 266 734	4 826 835 682	5 198 890 031
DC	0	0	0	0
TVA	3 993 750 543	6 085 482 134	6 569 569 895	7 072 341 997
SPP	0	0	0	0

Sources : Données de la DGD /Service Statistiques

**Tableau XVII** : Les recettes des différentes taxes sur les véhicules et motos

	2010	2011	2012	2013
Poids	29 763 547	48 514 169	42 234 254	36 147 337
VD	33 775 732 682	50 022 709 508	46 980 943 953	43 720 914 206
Droits et taxes	12 230 388 428	18 301 489 128	15 789 121 874	14 248 470 667
RS	294 869 698	445 309 155	377 661 600	341 206 203
PCS	301 391 635	466 761 910	411 771 487	375 791 019
PC	301 391 635	466 761 910	411 771 487	375 791 019
TD	3 382 067	2 743 878	2 714 912	1 940 577
TPI	67 823 000	110 049 000	96 296 000	80 896 000
PEA	88 000	83 200	47 600	54 800
BIC	807 671 379	147 173 425	0	0
TSR	0	0	0	0
DD	4 478 859 520	7 065 739 576	6 195 049 916	5 455 709 132
DC	0	4 386 362	0	0
TVA	5 974 911 494	9 592 480 712	8 293 808 872	7 617 081 917
SPP	0	0	0	0

Sources : Données de la DGD /Service Statistiques

**Tableau XVIII** : Les recettes des différentes taxes sur les boissons

	2010	2011	2012	2013
Poids	4 624 726 846	6 137 861 325	10 405 046 144	13 456 184 401
VD	1 170 202 440 746	1 928 975 376 106	3 142 080 323 023	4 069 274 251 511
Droits et taxes	120 443 669 224	171 802 873 346	181 130 601 813	198 496 494 917
RS	4 007 181 760	6 091 062 077	7 760 978 632	8 184 899 773
PCS	3 063 024 225	4 477 380 680	4 524 838 903	5 005 634 835
PC	3 499 475 639	5 205 777 954	5 581 136 205	6 346 981 818
TD	111 066 298	140 649 906	252 714 710	286 302 135
TPI	1 517 244 000	2 367 413 000	2 598 101 000	2 808 503 000
PEA	64 807 600	94 101 600	701 834 400	668 872 800
BIC	4 206 260 416	662 746 482	0	0
TSR	0	0	249 352 436	671 707 618
DD	39 444 760 129	60 150 341 575	62 433 306 227	67 169 482 717
DC	3 362 477 040	303 812 837	0	0
TVA	61 167 372 117	92 309 587 235	95 087 151 391	105 468 367 209
SPP	5 168 598 818	20 188 710 407	32 440 321 110	39 121 763 618

Sources : Données de la DGD /Service Statistiques

**Tableau XIX** : Les recettes des différentes taxes sur le tabac

	2010	2011	2012	2013
Poids	1 471 321	2 025 523	2 474 053	3 090 299
VD	5 417 143 478	6 326 454 524	7 289 208 575	7 949 100 165
Droits et taxes	4 197 877 015	2 372 031 984	2 583 138 210	2 731 728 046
RS	26 384 879	35 203 067	43 039 275	47 646 245
PCS	26 429 879	38 581 067	2 474 053	47 646 245
PC	26 429 879	38 581 067	46 734 444	47 646 245
TD	36 720	30 560	32 320	37 520
TPI	3 366 000	4 500 000	5 394 000	6 548 000
PEA	0	0	0	0
BIC	18 796 958	2 161 588	0	0
TSR	0	0	0	0
DD	528 380 009	769 321 782	934 688 854	952 924 915
DC	2 104 215 121	156 579 522	0	0
TVA	1 463 837 570	1 327 073 331	1 506 514 873	1 629 278 876
SPP	0	0	0	0

Sources : Données de la DGD /Service Statistiques

**VD** = Valeur en Douane ; **RS** = Redevance statistique ; **PCS** = Prélèvement Communautaire de Solidarité ; **PC** = Prélèvement Communautaire ; **TD** = Timbre de Douane ; **TPI** = Taxe de Protection des Infrastructures ; **PEA** = Péage ; **BIC** = Bénéfice Industrielle et Commerciale ; **TSR** = Taxe Spéciale de Réexportation ; **DD** = Droit de Douane ; **DC** = Droit de Consommation ou d'Assise ; **TVA** = Taxe sur la Valeur Ajoutée ; **SPP** = Soutien à la Politique Pétrolière

## Annexe 15

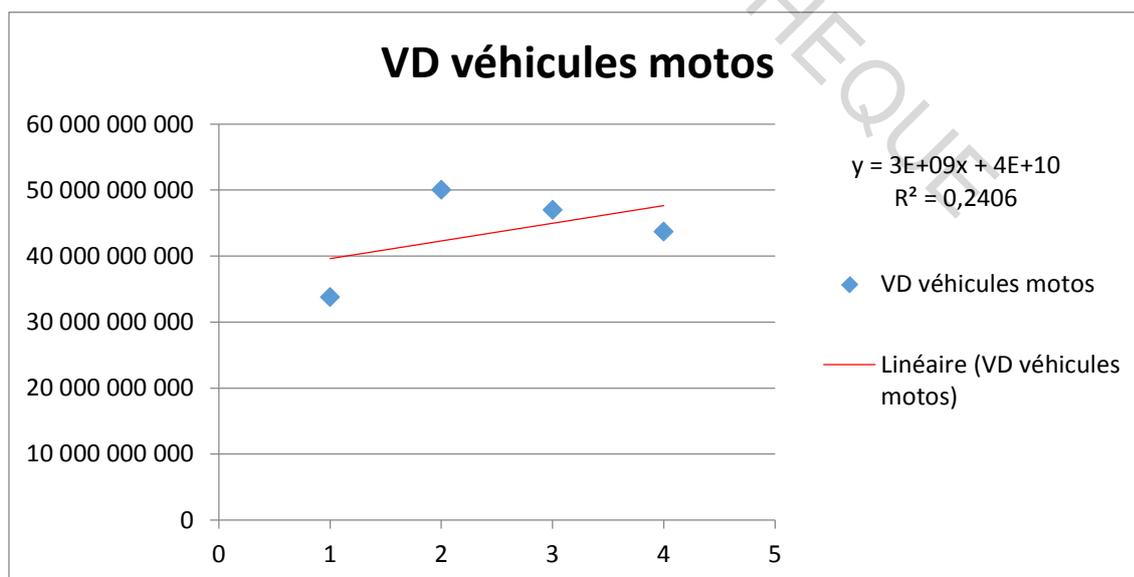
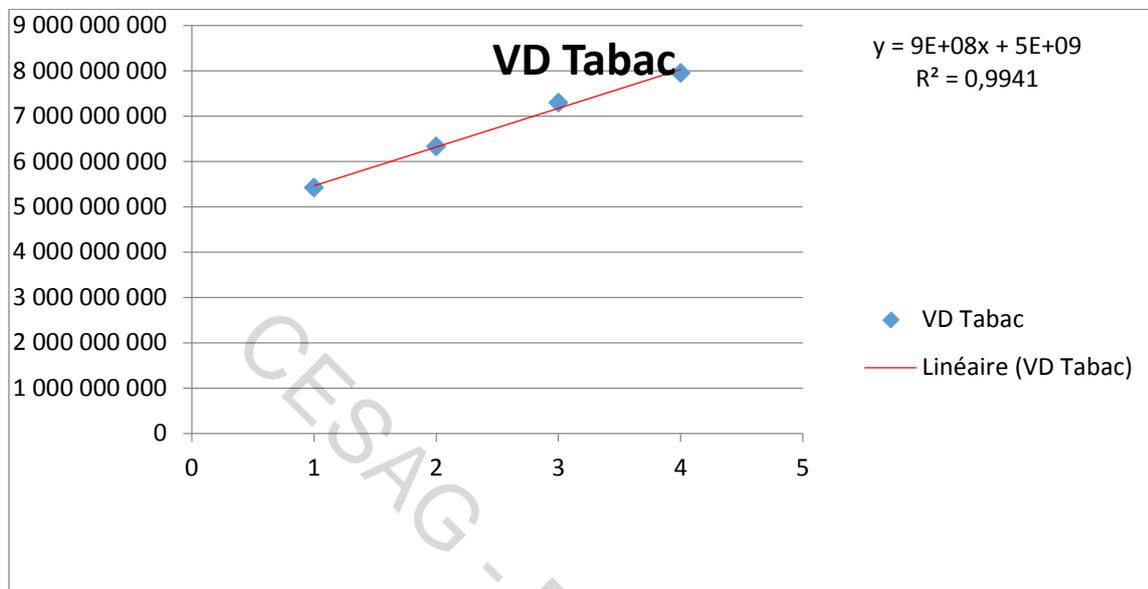
Tableau XX : Analyse des différentes sources de financement de CSU

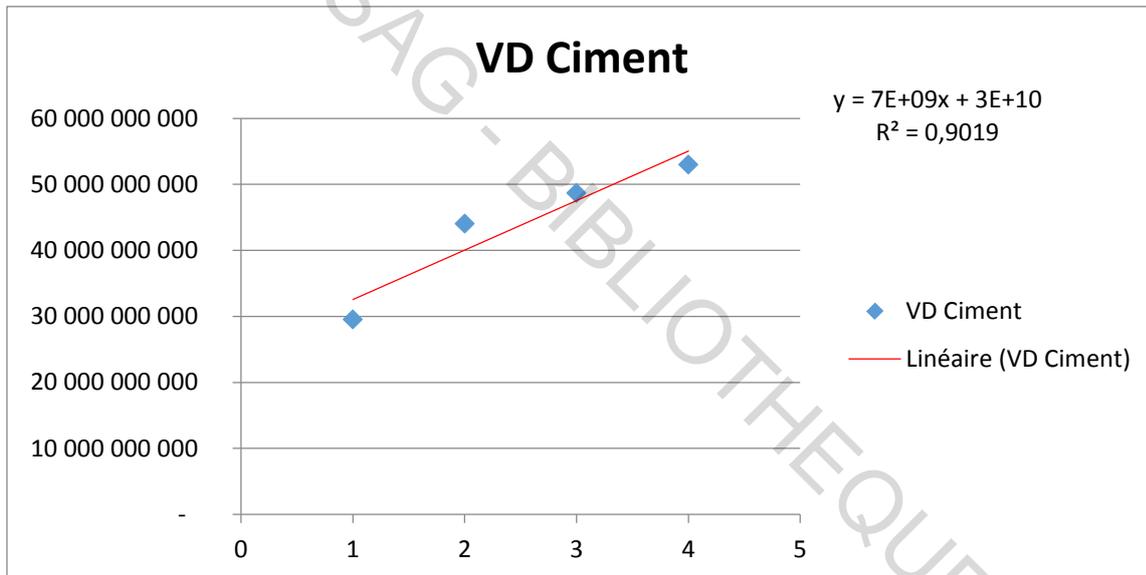
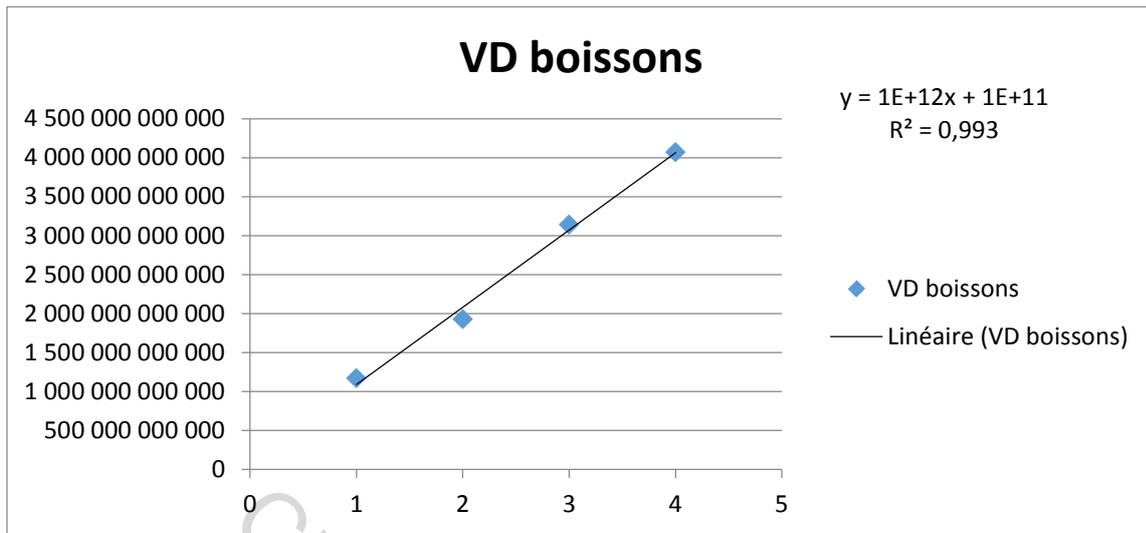
N°	Les différentes taxes proposées pour le financement de la CSU	Fiabilité							Score	Equité	Neutralité	Score	Score total
		Assiette				Agent-source							
		Identification	Abondant	Stabilité	Evolution	Faisabilité	Pérenne	Priorité					
1	Taxe sur les produits des sociétés de cimenterie	La production du ciment	4	5	5	4	4	4	26	5	5	10	36
2	Taxe sur les produits des sociétés de boissons	La production des boissons	5	5	5	5	5	5	30	5	4	9	39
3	Taxe spéciale affectée aux boissons alcoolisées importées	Valeur en douane	5	5	5	5	5	5	30	5	4	9	39
4	Taxe spéciale sur les produits cosmétiques	Valeur en douane	4	4	4	5	4	5	26	4	4	8	34
5	Taxe Spécial affectée au tabac	Valeur en douane	5	5	4	5	4	5	28	4	4	8	36
6	Taxe sur la téléphonie cellulaire	Par impulsion	5	5	5	5	5	5	30	5	5	10	40
7	Taxe sur les produits de togotélécom	Par impulsion	5	5	5	5	5	5	30	5	5	10	40
8	Taxe spéciale affectée au pétrole	Valeur en douane	5	5	5	5	5	5	29	4	4	8	37
9	Taxe spéciale sur tout véhicule vendu au port et dans les maisons de commerce	Valeur en douane	5	5	5	5	5	5	30	5	5	10	40
10	Taxe spéciale sur toute moto vendue (importées)	Valeur en douane	5	5	5	5	5	5	30	5	5	10	40
11	TVA Collectée (recouvrée)	Montant collecté	3	4	4	3	5	2	21	4	3	7	28
12	Taxe sur les opérations de change	Montant des opérations	2	2	3	4	4	4	19	3	4	7	26
13	Taxe spéciale sur les billets d'avion	Montant des billets	4	5	5	4	4	4	26	4	4	8	34
14	Taxe d'importation	Montants des importations	5	5	5	4	5	4	28	3	5	8	36
15	Impôt sur le revenu PP	Salaires de base	2	4	4	3	4	4	21	2	4	6	27
16	Taxe complémentaire sur salaire (TCS)	Salaires de base	2	4	4	3	4	4	21	2	4	6	27

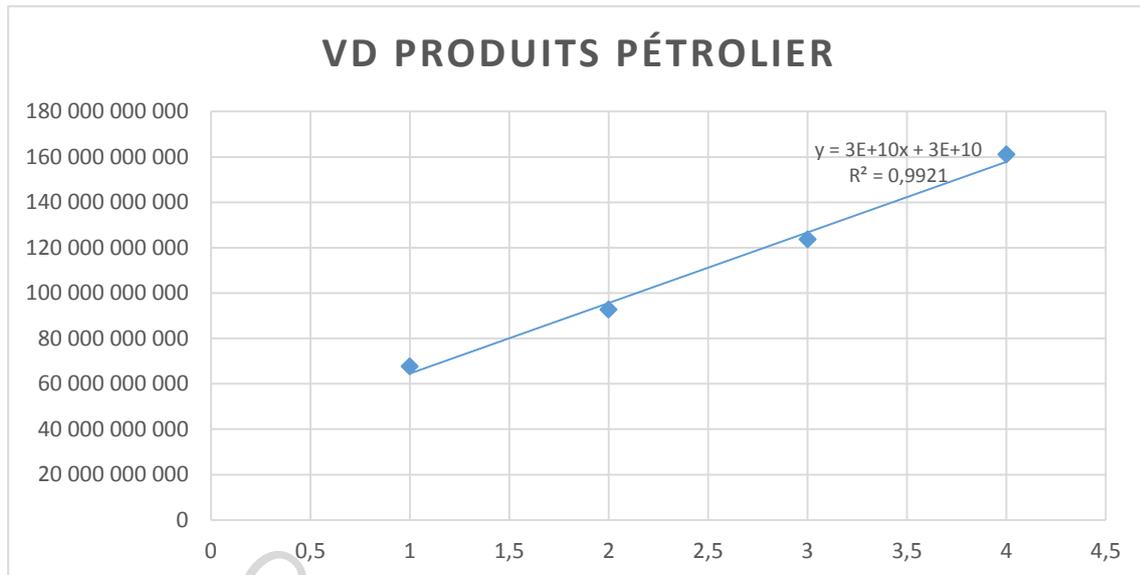
Source : Notre analyse de données

### Annexe 16

**Figure XII** : Graphiques avec la détermination des coefficients de projection (VD=Valeur en Douane du tabac, véhicules et moto, boissons, du ciment et produits pétroliers)







**Annexe 17** Tableau XXI : Projection de la valeur en douane jusqu'en 2020

Année	Produits Pétroliers	Ciment	Véhicules et motos	Boissons	Tabac	TOTAL VD	CUS
2010	67 613 099 854	29 544 882 510	33 775 732 682	1 170 202 440 746	5 417 143 478	1 306 553 299 270	45 729 365 474
2011	92 646 937 947	44 066 453 545	50 022 709 508	1 928 975 376 106	6 326 454 524	2 122 037 931 630	74 271 327 607
2012	123 519 867 939	48 666 283 664	46 980 943 953	3 142 080 323 023	7 289 208 575	3 368 536 627 154	117 898 781 950
2013	160 927 395 657	53 005 873 150	43 720 914 206	4 069 274 251 511	7 949 100 165	4 334 877 534 689	151 720 713 714
2014	190 927 395 657	60 005 873 150	46 720 914 206	4 319 274 251 511	8 849 100 165	4 625 777 534 689	161 902 213 714
2015	220 927 395 657	67 005 873 150	49 720 914 206	4 569 274 251 511	9 749 100 165	4 916 677 534 689	172 083 713 714
2016	250 927 395 657	74 005 873 150	52 720 914 206	4 819 274 251 511	10 649 100 165	5 207 577 534 689	182 265 213 714
2017	280 927 395 657	81 005 873 150	55 720 914 206	5 069 274 251 511	11 549 100 165	5 498 477 534 689	192 446 713 714
2018	310 927 395 657	88 005 873 150	58 720 914 206	5 319 274 251 511	12 449 100 165	5 789 377 534 689	202 628 213 714
2019	340 927 395 657	95 005 873 150	61 720 914 206	5 569 274 251 511	13 349 100 165	6 080 277 534 689	212 809 713 714
2020	370 927 395 657	102 005 873 150	64 720 914 206	5 819 274 251 511	14 249 100 165	6 371 177 534 689	222 991 213 714

Source : Notre analyse avec la projection à l'aide du logiciel Excel

## Table des matières

Dédicaces .....	i
Remerciement.....	ii
SOMMAIRE .....	iii
Liste des Acronymes et Abréviations.....	iv
LISTE DES FIGURES .....	vi
LISTE DES TABLEAUX.....	vii
RESUME.....	viii
Introduction Générale.....	1
Contexte et problématique.....	1
Objectifs de l'étude .....	5
1. Objectif général .....	5
2. Objectifs spécifiques.....	6
Hypothèses de recherche.....	6
Intérêt de l'étude .....	6
Chapitre 1 : CADRE D'ETUDE ET MÉCANISMES INSTITUTIONNELS DE PRISE EN CHARGE DES DÉPENSES DE SANTÉ.....	7
I- Généralités sur le Togo .....	7
1.1. Situation géographiques, démographique et administrative du Togo .....	7
1.2. Situation économique et sociale .....	9
II. Système de santé du Togo .....	10
2.1. Organisation administrative du système de santé.....	10
2.2. Organisation des structures de soins .....	11
2.3 Situation des ressources humaines de soins .....	13
2.4 Le profil épidémiologique.....	14
III. Mécanismes et institutions de prise en charge des dépenses de santé.....	15
3.1. Organisation de la protection sociale et l'état de fonctionnement des institutions de prise en charge des dépenses de santé .....	15
3.1.1 L'Institut National d'Assurance Maladie (INAM).....	15
3.1.2. Les Mutuelles de santé.....	18

3.1.3. Les Assurances.....	18
Chapitre 2 : CADRE CONCEPTUEL .....	20
I Cadre théorique de référence.....	20
1.1 Définition des concepts.....	20
1.1.1 La couverture sanitaire universelle .....	20
1.1.2 Assurance maladie (AM) .....	21
1.1.3 Assurance maladie sociale.....	21
1.1.4 Assurance-maladie privée .....	22
1.1.5 L'équité en santé .....	22
1.1.6 Financements innovants .....	23
1.2 Revue de la littérature.....	23
1.2.1 Financement de la santé et assurance maladie en Afrique subsaharienne.....	23
1.2.1.1 Financement de la santé .....	24
1.2.1.2 Couverture et assurance maladie.....	25
1.2.1.3 Assurance Maladie Obligatoire .....	25
1.2.1.4 Assurance maladie volontaire .....	26
1.2.1.5 Le paiement direct et ses conséquences sur le plan économique et sanitaire.....	27
1.2.1.6 Impact des politiques de prépaiement pour la santé .....	28
1.2.2 Mécanismes innovants existants au niveau mondial.....	30
1.2.2.1 Les principaux mécanismes innovants pour la CSU .....	30
1.2.2.2 Evolution de la réflexion sur des mécanismes de financement de la CSU.....	31
Chapitre 3 : CADRE MÉTHODOLOGIQUE, PRÉSENTATION, ANALYSE ET INTERPRÉTATION DES RÉSULTATS.....	33
I Approche méthodologique et technique de collecte de données .....	33
1.1. Approche méthodologique .....	33
1.1.1 Cadre méthodologique.....	33
1.1.2 Techniques de collecte des informations.....	34
II Présentation des résultats, interprétations et discussion .....	34
2.1 Présentation des résultats et discussion .....	34
2.1.1 Résultats statistiques de l'étude .....	34

2.1. 2 Sources internes de financement .....	35
2.1.3 Le paiement direct par les usagers.....	35
2.1.4 Assurance-santé volontaire.....	35
2.1.5 Financement public.....	35
2.1.6 Sources externes de financement de la santé.....	37
2.1.7 Evolution des différentes sources de financement de la santé .....	38
2.2 Estimation du besoin de financement pour une couverture sanitaire universelle au Togo	40
2.2.1 Revue documentaire .....	40
2.2.2 Le calcul du besoin de financement.....	41
2.2.3 Politique de financement du besoin pour la CSU au Togo.....	43
2.3 Politique de mobilisation des ressources internes.....	45
2.3. 1 Stratégie innovante de mobilisation des ressources de la société civile .....	45
2.3.2 But et mission du FNCSU .....	46
2.3.3 Sa forme juridique et organisationnelle.....	46
2.3.4 Moyens de mobilisation des ressources .....	47
2.3.5 Destination des fonds collectés.....	48
2.3.6 Gestion des ressources.....	48
2.3.7 Recommandations.....	49
Conclusion générale .....	51
REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES .....	53
ANNEXES	57
Table des matières .....	XXIII