



CENTRE AFRICAIN D'ETUDES SUPERIEURES EN GESTION

**INSTITUT SUPERIEUR DE MANAGEMENT DE LA SANTE
(ISMS)**

DEPARTEMENT ECONOMIE DE LA SANTE

**DIPLOME D'ETUDES SUPERIEURES SPECIALISEES
EN ECONOMIE DE LA SANTE (DESS ES)
(12^{eme} PROMOTION)**

THEME :

**ANALYSE DE LA CONTRIBUTION FINANCIERE DE L'ORGANISATION
MONDIALE DE LA SANTE AU FONCTIONNEMENT DU SYSTEME DE SANTE DU
TOGO DE 2004 à 2009**

Bibliothèque du CESAG



109758

Sous la direction de :

Présenté par :

Dr Farba Lamine SALL
*Economiste de la Santé, HEC
OMS/ Sénégal
Professeur associé au CESAG*

Dr Eustache Yantora DADJO-GUEWA
Service de Santé des Armées / TOGO

M0174DSES11

ANNEE ACADÉMIQUE 2009-2010

DEDICACES

Nous dédions ce mémoire à :

- Dieu Tout-Puissant, Pour ton amour, ton soutien et ta présence permanente dans ma vie. Achève en moi en beauté l'œuvre que tu as commencé et que ce travail soit le merveilleux fruit de ta volonté.
- Mes parents, feu Pierre Bohogma DADJO-GUEWA et à notre mère Thérèse Bitchoukounawé BODJONA ;
- Mes oncles, tantes, frères et sœurs, neveux et nièces ;
- Mon épouse Yaba Georgette GNANSA ;
- Mon enfant Lauryn-Aurore Détorgma ;
- Monsieur le Ministre Gilbert BAWARA et à sa famille ;
- Au Général de Brigade Aérienne Essofa AYEVA et à sa famille ;
- Monsieur Innocent Baromda DJIDJAO et à sa famille ;
- Monsieur PEKPE et à sa famille ;

REMERCIEMENTS

Nous voudrions adresser nos remerciements à Monsieur le Ministre de la Défense et des Anciens Combattants et à l'institution dont il a la charge, pour le financement de cette formation.

Nous remercions:

- ❖ Monsieur le Directeur Central du Service de Santé des Armées, le Médecin-Colonel Kodjovi SOSSOU pour la motivation et le soutien qu'il m'a apportés pour faire ce stage ;
- ❖ Notre Maître, le Dr Farba Lamine SALL à l'OMS-Sénégal, Economiste de la Santé et Professeur associé au CESAG et à sa famille pour toute l'attention et la disponibilité dont il a fait preuve pour me suivre jusqu'à la réalisation de ce document, que le Seigneur vous bénisse;
- ❖ Monsieur le Représentant de l'OMS au Togo, le Dr Pierre MPELE, pour m'avoir admis dans son institution pour effectuer mon stage de recherche ;
- ❖ Monsieur le Médecin-Capitaine Kévin TENGUE pour tout le soutien et la disponibilité qu'il m'accordés ;

Nous adressons nos sincères remerciements à :

- ❖ Notre Maître, le Dr Amani KOFFI, Directeur de l'Institut Supérieur de Management de la Santé (ISMS) du CESAG pour la qualité des enseignements que son institution nous a procurés;

- ❖ Notre Maître, le Dr El Hadji GUEYE, Chef du Département Economie de la Santé de l'ISMS pour la qualité de ses enseignements et la motivation qu'il nous a apportée;
- ❖ Mme Fatoumata GUEYE, Assistante des Programmes de l'ISMS pour son professionnalisme, sa disponibilité et sa gentillesse envers tous les stagiaires ;
- ❖ Le Dr Marcel PEKELE, chargé de la Politique et du Système de Santé à l'OMS-Togo pour m'avoir permis de faire mes recherches et guidé dans mes travaux ;
- ❖ Tous mes camarades stagiaires Economistes de la Santé de la 12ème promotion et particulièrement Vivien NYANGA, Pascal SEDGO, Ouattara KOUADIO, Oscar GOUDJANOU et les membres de mon groupe de travail Dr Ousmane GUEYE, Abdoulaye WADE, Néné Fatou NDEYE DIALLO, ousselynou SARR, Eric-Ives KOUASSI, El Malick CISSE ;
- ❖ Tout le personnel enseignant et administratif du CESAG ;

Mes amis et frères :

- ❖ Monsieur Jonas aklesso DAOU, Ingénieur en Génie Mécanique, Directeur de la Société de Distribution du Gaz (SODIGAZ S.A.) et du Cabinet d'Etudes de Projets KAPI Consult ;
- ❖ Monsieur Ludovic Bedembada BEDINADE, Directeur des Finances à la Société d'Administration de la Zone Franche ;

- ❖ Monsieur Hyacinthe BAMANA, Inspecteur des douanes, Directeur des Affaires Juridiques, de la Législation et du Contentieux à la Direction Générale des Douanes ;
- ❖ Dr Rachid Tinah ATCHA-OUBOU, Directeur Régional de la Santé, Région Centrale ;
- ❖ Monsieur Bonaventure BLAGODJE, Ingénieur Géologue ;
- ❖ Monsieur Marcel BARANDAO à Siou ;
- ❖ Monsieur Michel MAKOTE
- ❖ Monsieur Paul SOUKOUYA, agent transitaire à la Société de Transit maritime SAGA à Lomé ;
- ❖ Monsieur Henri Essonana DAOU, entrepreneur à Lomé ;
- ❖ Monsieur Alexis Batamnaoula, ingénieur à Togotélécom ;
- ❖ Monsieur MAKOTE Michel, responsable d'ONG à Niamtougou ;
- ❖ Monsieur Sabin ESSOKASSI, employé au Port Autonome de Lomé ;

Tous ceux qui ont eu une pensée pour moi au cours de cette formation.

SOMMAIRE

	Pages
DEDICACES	ii
REMERCIEMENTS	iii
TABLE DES MATIERES	vi
INTRODUCTION	1
(I) Problématique	3
(II) Objectifs de l'étude	5
(III) Hypothèses de recherche	6
(IV) Intérêt de l'étude	7
PREMIERE PARTIE : CADRE THEORIQUE	9
<u>Chapitre1</u> : CONTEXTE DE L'ETUDE	10
1.1. Cadre général de l'étude	10
1.1.1. Situation physique et démographique du Togo	10
1.1.2. Situation socio-économique	11
1.1.3. Système de santé et situation sanitaire	12
1.1.3.1. Cadre politique et stratégique	15
1.1.3.2. Organisation du système national de santé	16
1.1.3.2.1. <i>Couverture sanitaire en infrastructures</i>	17
1.1.3.2.2. <i>Couverture en soins de santé</i>	20
1.1.3.2.3. <i>Couverture en ressources humaines pour la santé</i>	22
1.1.3.2.4. <i>Couverture en médicaments</i>	23
1.1.3.2.5. <i>Système d'information sanitaire</i>	23
1.1.3.3. Le financement de la santé	24
1.1.3.4. Situation sanitaire (profil épidémiologique)	26

1.1.3.4.1. <i>Maladies transmissibles</i>	26
1.1.3.4.2. <i>Les maladies à éradiquer</i>	28
1.1.3.4.3. <i>Les maladies épidémiques</i>	29
1.1.3.4.4. <i>Les maladies non transmissibles</i>	30
1.1.3.4.5. <i>Santé de la mère, de l'enfant, des jeunes et des adolescents</i>	30
1.1.3.4.6. <i>Approvisionnement en eau potable, hygiène et assainissement</i>	31
1.2. Fondements de l'assistance de l'OMS au système de santé du Togo	32
1.2.1. Missions et stratégies de l'OMS au Togo	32
1.2.1.1. Missions de l'OMS	32
1.2.1.2. Stratégies de l'OMS au Togo	33
1.2.2. Les autres principaux partenaires et leurs domaines d'intervention dans le secteur de la santé	35
<u>Chapitre 2 : REVUE DE LA LITTERATURE</u>	37
2.1. Définition des concepts	37
2.1.1. Système de santé	37
2.1.2. Financement du système de santé par l'OMS	40
2.2. Quelques études sur le financement du système de santé par l'OMS	42
2.2.1. Orientations stratégiques et domaines de financement de l'OMS	43
2.2.2. Sources et évolution du financement de l'OMS en appui à la santé	45
<u>Chapitre 3 : METHODOLOGIE DE RECHERCHE</u>	48
3.1. Nature et population de l'étude	48
3.2. Collecte des données	49
3.3. Méthode d'analyse et traitement des données	51
3.4. Plan d'analyse	51
3.5. Limites de l'étude	52

DEUXIEME PARTIE : RESULTATS ET COMMENTAIRES	54
<u>Chapitre 4</u> : CARACTERISTIQUES DE L'APPUI FINANCIER DE L'OMS AU SYSTEME DE SANTE DU TOGO DE 2004 A 2009	56
4.1. Evolution des appuis financiers de l'OMS de 2004 à 2009	56
4.2. Evolution des appuis financiers par domaines d'activités	59
4.2.1. Les principaux domaines d'intervention	59
4.2.1.1. La lutte contre les maladies transmissibles	62
4.2.1.2. L'appui technique au développement d'ensemble des programmes de santé	64
4.2.1.3. La santé de la mère et de l'enfant	64
4.2.1.4. Le développement des systèmes et services de santé	65
4.2.1.5. La promotion de la santé	65
4.2.2. Evolution de la répartition des appuis financiers de l'OMS selon les domaines d'activités	66
<u>Chapitre 5</u> : IMPORTANCE DES APPUIS FINANCIERS DE L'OMS DANS LE DISPOSITIF DE FINANCEMENT DU SYSTEME DE SANTE DU TOGO DE 2004 A 2009	74
5.1. Importance des appuis financiers de l'OMS par rapport au budget du Ministère de la santé et au budget général	74
5.1.1. Evolution du Budget Exécuté du Ministère de la Santé (Ressources Internes + Ressources Externes)	74
5.1.2. Part du budget du Ministère de la Santé par rapport au budget général (Budget de l'Etat)	76
5.1.3. Importance des appuis de l'OMS par rapport au Budget du Ministère de la Santé	78
5.2. Importance des appuis financiers de l'OMS par rapport aux Autres	80

Partenaires au Développement du Secteur de la Santé (APDSS)	
5.2.1. Evolution de l'ensemble des Appuis des Partenaires Extérieurs (APE)	80
5.2.2. Importance des appuis des Partenaires extérieurs dans le financement de la santé	82
5.2.3. Evolution et importance de la contribution de l'OMS dans les Appuis dans les Appuis des Partenaires Extérieurs	83
5.3. Analyse de l'évolution de l'appui de chaque acteur du financement (OMS, Etat, Autres Partenaires au Développement du Secteur Sanitaire)	86
5.4. Recommandations	93
CONCLUSION	98
BIBLIOGRAPHIE	101
ANNEXES	105

LISTE DES TABLEAUX

	Pages
<u>Tableau 1</u> : Evolution de quelques indicateurs de santé	14
<u>Tableau 2</u> : Tableau récapitulatif des structures de santé du secteur public	19
<u>Tableau 3</u> : Tableau récapitulatif des structures de santé du secteur privé	20
<u>Tableau 4</u> : Budgets biennaux de l’OMS de 1998 à 2009	46
<u>Tableau 5</u> : Appuis financiers de l’OMS de 2004 à 2009	56
<u>Tableau 6</u> : Répartition des appuis financiers par grands domaines d’activités	61
<u>Tableau 7</u> : Evolution des appuis de l’OMS et des budgets exécutés du Ministère de la Santé et de l’Etat(en milliards de FCFA)	75
<u>Tableau 8</u> : Evolution des Appuis des Partenaires Extérieurs (APE)	81
<u>Tableau 9</u> : Evolution des contributions de l’OMS, des APDSS sans l’OMS et de l’Etat (Ministère de la Santé)	86

LISTE DES GRAPHIQUES

	Pages
<u>Graphique 1</u> : Evolution des appuis financiers de l'OMS (en USD)	57
<u>Graphique 2</u> : Evolution des appuis financiers de l'OMS par domaines d'activités (en milliers USD)	67
<u>Graphique 3</u> : Répartition des appuis de l'OMS par domaine d'activités (biennium 2004-2005)	68
<u>Graphique 4</u> : Répartition des appuis de l'OMS par domaine d'activités (biennium 2006-2007)	69
<u>Graphique 5</u> : Répartition des appuis de l'OMS par domaine d'activités (biennium 2008-2009)	69
<u>Graphique 6</u> : Evolution de la part du budget exécuté du Ministère de la Santé par rapport au budget général	77
<u>Graphique 7</u> : Part des Appuis des Partenaires Extérieurs (APE) dans le financement de la santé	82
<u>Graphique 8</u> : Evolution et part de l'OMS dans l'ensemble des Appuis des Partenaires Extérieurs (APE)	83
<u>Graphique 9</u> : Répartition de la contribution de chaque acteur au financement au cours de la période 2004-2009	87
<u>Graphique 10</u> : Evolution de la contribution de chaque acteur au financement	88

ABREVIATIONS

AAF	:	Autres Agents de Financement
ABF	:	Autres Bailleurs de Fonds
ACT	:	Combinaisons Thérapeutiques à base d'Artémisinine
APDSS	:	Appui des Partenaires au Développement au Secteur de la Santé
APE	:	Appui des Partenaires Extérieurs
ARV	:	Antirétroviraux
AS-SR	:	Analyse de la Situation en Santé de la Reproduction
BCG	:	Bacille de Calmette et Guérin
CAMEG	:	Centrale d'Achats de Médicaments Essentiels et Génériques
CEDEAO	:	Communauté Economique des Etats de l'Afrique de l'Ouest
CESAG	:	Centre Africain d'Etudes Supérieures en Gestion
CHP	:	Centre Hospitalier Préfectoral
CHR	:	Centre Hospitalier Régional
CHU	:	Centre Hospitalier Universitaire
CNTS	:	Centre National de Transfusion Sanguine
CPN	:	Consultations Périnatales
CSR	:	Centre de Santé Rurale
CSU	:	Centre de Santé Urbain
DFID	:	Département Britannique pour le Développement International
DGS	:	Direction Générale de la Santé
DGSCN	:	Direction Générale de la Statistique et de la Comptabilité Nationale
DOTS	:	Traitement de brève durée sous surveillance directe
DS	:	District Sanitaire
DSRP	:	Document de Stratégie de Réduction de la Pauvreté
DTC/ VPO	:	Vaccin contre la Diphtérie, le Tétanos, la Coqueluche et le Vaccin Polio Oral
EDST	:	Enquête Démographique et de Santé du Togo
ENAM	:	Ecole Nationale des Auxiliaires Médicaux
FMSTP	:	Fonds Mondial de lutte contre le Sida, la Tuberculose et le Paludisme

FNUAP	:	Fonds des Nations Unies pour la Population
GAVI	:	Alliance Mondiale pour les Vaccins et la Vaccination
IDE	:	Infirmiers Diplômés d'Etat
INH	:	Institut National d'Hygiène
MEG	:	Médicaments Essentiels et Génériques
MICS	:	Enquête Nationale à Indicateurs Multiples
MII	:	Moustiquaire Imprégnée d'Insecticide
MNT	:	Maladies Non Transmissibles
MS	:	Ministère de la Santé
OMD	:	Objectifs du Millénaire pour le Développement
OMS	:	Organisation Mondiale de la Santé
ONG	:	Organisations Non Gouvernementales
ONUSIDA	:	Programme conjoint des Nations Unies sur le VIH/Sida
PCIMNE	:	Prise en Charge Intégrée des Maladies du Nouveau-né et de l'Enfant
PCIME	:	Prise en Charge Intégrée des Maladies de l'Enfant
PEV	:	Programme Elargi de Vaccination
PIB	:	Produit Intérieur Brut
PNDS	:	Plan National de Développement Sanitaire
PNLP	:	Programme National de Lutte contre le Paludisme
PNLS	:	Programme National de Lutte contre le Sida
PNLT	:	Programme National de Lutte contre la Tuberculose
PTME	:	Prévention de la Transmission Mère-Enfant
PNUD	:	Programme des Nations Unies pour le Développement
QUIBB	:	Questionnaire Unique des Indicateurs de Base du Bien-être
RSI	:	Règlement Sanitaire International
SNIS	:	Système National d'Information Sanitaire
TIDC	:	Traitement à l'Ivermectine sous Directive Communautaire
TPM+	:	Tuberculose Pulmonaire à Microscopie Positive
UEMOA	:	Union Economique et Monétaire Ouest Africaine
UNDAF	:	Plan Cadre des Nations Unies pour le Développement
UNICEF	:	Fonds des Nations Unies pour l'Enfance
USP	:	Unité de Soins Périphérique
VIH	:	Virus de l'Immunodéficience Humaine

INTRODUCTION

En 1946, l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) a défini la santé comme étant « un état de complet bien-être physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité ». Définie de la sorte, la santé renvoie aux conditions d'existence des individus, à l'environnement dans lequel ils évoluent et non seulement à leur état de santé physique.

La santé est un facteur essentiel de développement humain. Il est indispensable d'améliorer la santé pour réduire la pauvreté, à la fois cause et conséquence de maladie. Ceci a été réaffirmé lors du sommet du millénaire de septembre 2000 organisé par l'Organisation des Nations Unies au cours duquel les dirigeants de ce monde ont adopté les Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD) comme agenda international de suivi du Développement. Ils ont affirmé leur volonté de s'engager pour l'amélioration des conditions de vie et en particulier en faveur des conditions de santé d'ici 2015, car dans les pays en développement les pauvres n'ont pas accès aux services de santé pour des raisons essentiellement financières.

Selon le rapport de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) du 20 décembre 2000¹, « *améliorer la santé publique constitue un levier majeur pour le développement économique* ».

Lors du sommet de Johannesburg en août 2002 en Afrique du Sud, la santé acquiert le statut de « domaine prioritaire » de la coopération internationale pour atteindre les objectifs du développement durable.

Dans le souci d'améliorer les conditions d'accès aux services de santé, et

¹ Macroéconomie et Santé : investir dans la santé pour un développement économique, OMS Genève, 2000
Mémoire du DESS Economie de la Santé, présenté par Dr Eustache Y. DADJO-GUEWA,
ISMS/ CESAG, juin 2011
Sous la direction de Dr Farba Lamine SALL

compte tenu des contraintes budgétaires qu'il connaît depuis les années 1980, l'Etat togolais s'est donc engagé à renforcer et à diversifier sa coopération avec les Partenaires extérieurs aussi bien sur le plan bilatéral que multilatéral.

En plus de l'Etat et des ménages qui contribuent au financement de la dépense de santé, ces partenaires jouent de plus en plus un rôle stratégique majeur dans les orientations et le financement de la dépense de santé dans la plupart des pays en développement.

L'accord de base entre le gouvernement de la République du Togo et l'OMS a été conclu le 18 février 1961 et établi le cadre légal de coopération². Par cet accord, le Togo s'engage à œuvrer de concert avec les autres nations du monde dans la surveillance, la prévention et la lutte contre la maladie, dans la promotion de la santé, la riposte aux situations d'urgence, à assurer un mieux être aux populations, la santé de la mère et de l'enfant, au développement des services et au renforcement du système de santé, à l'amélioration du cadre de vie.

La stratégie de coopération de l'OMS avec le Togo, déclinée en plans biennaux pour sa mise en œuvre se traduit par un appui technique et financier.

En se référant au rapport de l'Enquête démographique et de santé au Togo (EDST) et de la Direction Générale de la Statistique et de la Comptabilité Nationale (DGSCN), la mortalité reste élevée. La mortalité néonatale a augmenté, passant de 40‰ en 1998 à 42‰ en 2006 tandis que les mortalités infantile et infanto-juvénile ont baissé respectivement de 80‰ à 77‰ et de 146‰ à 123‰. L'espérance de vie à la naissance a nettement progressé. Elle

² Stratégie de coopération de l'OMS avec les pays, TOGO, 2004-2007

est passée de 43 ans en 1960 à 54,7ans 1980 et à 59,8 en 2007³. Elle pourrait atteindre 63ans en 2010 selon le dernier rapport de l'Union Economique et Monétaire Ouest Africaine.

Malgré que le Produit Intérieur Brut (PIB) par habitant a progressé de 2000 à 2008 passant de 921 milliards de francs CFA à 1253 milliards de francs CFA d'après les sources de l'Agence Monétaire de l'Afrique de l'Ouest , avec un taux de croissance significatif de 26,5%, l'Indice du Développement Humain (IDH) a baissé à 0,495 selon les estimations du Rapport mondial⁴ alors qu'il était à 0,51 au début des années 90. En 2005, l'accessibilité géographique à moins de 5 km était de 88% et le nombre de consultants par habitant et par an était de 0,27.

En 2006, le financement de la santé est assuré par l'Etat à 7,6% du budget général et les comptes nationaux de la santé montrent des dépenses de santé supportées à 83% par les ménages, 8% par l'Etat et 3% par les partenaires⁵. Le système de prévoyance maladie est encore embryonnaire et mal organisé.

(I) Problématique

Economiquement, le Togo dépend en partie de l'aide extérieure et en dépit des efforts consentis par l'Etat et les Partenaires au Développement notamment l'OMS en faveur de la santé, les conditions sanitaires des populations sont toujours inquiétantes⁶. Au Togo et dans la plupart des pays en développement, le système de santé qui éprouve déjà d'énormes difficultés à satisfaire la demande croissante de la population, n'en est plus que sollicité. Le taux d'accroissement naturel de la population totale reste élevé à 2,4% l'an et est en constante progression. C'est l'un des taux démographiques les plus

³ Enquêtes démographiques et de santé du Togo(EDST), DGSCN, janvier 2008

⁴ Banque Mondiale 2009 et Togo

⁵ Comptes Nationaux de la Santé, Ministère de la Santé, TOGO

⁶ Diagnostic du système de santé et de l'état de santé de la population, Ministère de la Santé, 28 octobre 2006

élevés d'Afrique subsaharienne pour une population estimée à 5 337 000 habitants. La population togolaise atteindra suivant les projections de la DGSCN 6 452 000 habitants en 2013⁷.

Dans le même temps, la pauvreté, facteur de dégradation des conditions de vie, gagne du terrain⁸. Le pourcentage de ménages touchés par la pauvreté a augmenté de 43,7% en 1995 à 48,3% en 2002. Les populations les plus touchées sont celles vivant en zone rurale.

Le système de santé est toujours confronté à la persistance de certaines maladies notamment le paludisme et la tuberculose mais aussi, à la résurgence d'autres maladies comme l'ulcère de burili et la poliomyélite. Le VIH/SIDA reste endémique même s'il semble avoir marqué le pas selon le dernier rapport de l'ONUSIDA⁹.

La baisse constante des ressources financières du secteur sanitaire ces dernières années a entraîné une situation d'extrême fragilité du système de santé et a engendré la dégradation des infrastructures, une insuffisance des équipements et de matériels dans les formations sanitaires. Les conditions de travail du personnel se sont elles aussi dégradées, entraînant une démotivation du personnel et une baisse de la qualité des soins¹⁰.

Le rythme de construction des infrastructures sanitaires pour renforcer le système de services de santé en rapport avec l'accroissement de la demande de soins des populations a été freiné. Les ressources sont fortement limitées alors que la demande de soins des populations devient de plus en plus importante. Celles-ci éprouvent des difficultés de plus en plus croissantes à

⁷ Enquête démographiques et de santé (EDST) 1998 DGSCN, janvier 2008,

⁸ UNFPA, état de la population mondiale, 2006

⁹ Rapport ONUSIDA, 2009

¹⁰ Pineault R., Duvaluy C. ; La Planification d la Santé, Montréal, 1995,

*Mémoire du DESS Economie de la Santé, présenté par Dr Eustache Y. DADJO-GUEWA,
ISMS/ CESAG, juin 2011*

Sous la direction de Dr Farba Lamine SALL

supporter leurs dépenses de santé. Cette situation s'est aggravée depuis les années 90 avec la détérioration du climat sociopolitique.

Face à cette forte limitation des ressources, alors que la demande en soins des populations augmente, le Togo, comme la plupart des pays à faible revenu, fait recours à l'appui des Partenaires au Développement notamment l'OMS afin d'augmenter les ressources allouées à la santé¹¹.

En effet, l'OMS constitue depuis cinq décennies un partenaire stratégique et permanent dans le processus de développement sanitaire national à travers son appui au renforcement de l'ensemble du système de santé. Sa stratégie de coopération avec le Togo met l'accent sur l'appui technique soutenu par un appui financier.

Comment l'OMS a-t-elle soutenu le système de santé togolais dans un environnement économique contraignant ? Comment l'ensemble de ses appuis financiers a-t-il évolué et vers quels domaines d'activité ont-ils été orientés ? Quelle est l'importance de sa part de contribution dans le dispositif de financement du système de santé du Togo par rapport à l'Etat et aux Appuis des Partenaires au Développement du Secteur de la Santé (APDSS) ?

L'étude que nous entreprenons vise à élucider toutes ces caractéristiques de l'appui financier de l'OMS au système de santé du Togo.

(II) Objectifs de l'étude

Notre travail s'inscrit dans le cadre de l'analyse de la contribution financière de l'Organisation Mondiale de la Santé au fonctionnement du système de santé Togo de 2005 à 2009.

¹¹ Paul Shaw R. et Griffin C. Charles, *Le financement des soins de santé en Afrique subsaharienne par la Tarification des services et l'assurance*, Banque Mondiale, le Développement en marche

Objectif général

L'objectif général de cette étude est de faire une analyse de la contribution financière de l'OMS au fonctionnement du système de santé du Togo au cours de la période 2004 à 2009. L'atteinte de cet objectif se fera à travers les objectifs spécifiques suivants :

Objectifs spécifiques

Les objectifs spécifiques visés par cette étude sont :

- ❖ Evaluer la contribution financière de l'OMS et analyser son évolution au cours de la période 2004 à 2009 ;
- ❖ Analyser la répartition de l'appui financier de l'OMS selon les domaines d'activités au cours de la période 2004 à 2009 ;
- ❖ Analyser l'importance de cet appui financier dans le budget de la santé.
- ❖ Analyser la part de l'appui financier de l'OMS dans l'ensemble des appuis des partenaires au développement dans le secteur de la santé.

(III) Hypothèses de recherche

Les hypothèses de base qui sous-tendent la problématique sont les suivantes :

- H1** • L'appui financier de l'OMS au système de santé du Togo au cours de la période 2004-2009 est fluctuant.
- H2** • De par ses domaines d'intervention, l'appui financier de l'OMS est principalement orienté dans la lutte contre les maladies transmissibles et au développement d'ensemble des programmes de santé et se situe donc plus au niveau opérationnel de la pyramide sanitaire.
- H3** • La part de l'OMS dans les appuis extérieurs au financement du secteur de la santé est relativement élevée au cours de la période de crise sociopolitique.

(IV). Intérêt de l'étude

L'intérêt de cette étude réside dans l'usage que divers acteurs peuvent en faire :

- ❖ Pour les gouvernants, les résultats de cette étude pourraient contribuer à l'orientation des futures relations entre le Togo et l'OMS.
- ❖ Pour l'OMS, ce travail peut servir de sources complémentaires d'informations sur les efforts fournis dans son appui en faveur du système sanitaire du Togo.
- ❖ Pour le CESAG, notre étude ouvre la porte à d'autres recherches pour enrichir la base de données.
- ❖ Pour nous même, cette étude permettra d'approfondir les connaissances théoriques et pratiques, et marque le début d'une nouvelle carrière professionnelle dans la santé.

Dans cette étude que nous proposons de faire, nous distinguerons deux parties :

- ❖ **Une première partie** : elle sera consacrée au cadre théorique de notre analyse et comprendra trois chapitres :
 - le premier chapitre consacré au contexte de l'étude, abordera le cadre général de l'étude en décrivant les situations physique, démographique, socio-économique et sanitaire prévalant au Togo. Puis, il mettra en exergue les fondements de l'assistance de l'OMS au système de santé du Togo ;
 - le deuxième chapitre intitulé revue de la littérature portera sur l'état des connaissances traitant du financement du système de santé par l'OMS ;

- le troisième chapitre portera sur la méthodologie adoptée dans notre recherche.

❖ **Une deuxième partie** : elle sera consacrée à la présentation des résultats et aux commentaires et comprendra deux chapitres (les chapitres 4 et 5).

- **le quatrième** chapitre abordera les caractéristiques de l'appui financier de l'OMS à travers une analyse statistique, notamment son évolution et les domaines d'intervention auxquels il a été orienté,

- **le cinquième** chapitre, présentera l'importance de cet appui financier dans le dispositif de financement du système de santé du Togo, en rapport avec l'ensemble des acteurs (l'Etat et les Partenaires au Développement), puis suivrons nos recommandations.

Enfin, nous terminerons par une conclusion.

PREMIERE PARTIE
CADRE THEORIQUE

Chapitre1 : CONTEXTE DE L'ETUDE

Au Togo, le système de santé est confronté à la limitation des ressources liée à une situation budgétaire difficile aggravée par la crise sociopolitique que vient de traverser le pays. L'accès aux soins de santé constitue une préoccupation majeure pour les populations. Le Togo, comme la plupart des pays d'Afrique sub-saharienne, dépend économiquement de l'aide extérieure pour le financement de son secteur sanitaire.

1.1. Cadre général de l'étude

1.1.1. Situation physique et démographique du Togo

Le Togo est situé en Afrique de l'Ouest entre le Bénin à l'Est, le Ghana à l'Ouest, le Burkina au Nord et l'Océan Atlantique au Sud et mesure une superficie de 56000 km². Selon les récentes estimations du Recensement Général de la Population et de l'Habitat (RGPH)¹² réalisé en 2010 par l'Etat togolais en partenariat avec le Fonds des Nations Unies pour la Population (FNUAP) et le Programme des Nations Unies pour le Développement (PNUD), la population togolaise est évaluée à 6 500 000 habitants. Elle se compose de 51,3% de femmes et de 48,7% d'hommes. Le taux d'accroissement naturel est de 2,4% l'an. Le taux brut de natalité est estimé à 37‰ et le taux brut de mortalité à 13‰. Selon ses projections, la DGSCN prévoit que la population togolaise atteindra 7 432 000 en 2015.

Le pays est composé de six régions administratives que sont les régions de Lomé-commune, des Plateaux, Centrale, de la Kara et des Savanes. Ces régions administratives correspondent aux régions sanitaires.

¹²

1.1.2. Situation socio-économique

Depuis le début des années 90, le pays a connu une longue crise sociopolitique qui a fortement freiné son développement. Le Togo dépend de l'assistance étrangère pour le financement d'une bonne partie de son programme d'investissement public. Traditionnellement, 80% de l'investissement public est financé par des ressources extérieures constituées de dons et prêts consentis à des termes concessionnels. Avec la crise sociopolitique, l'aide publique au développement a connu une réduction de 62% entre 1990 et 2005 entraînant une chute du niveau d'investissement public qui est passé de 13,8% à 3,3% du PIB durant la même période. L'indicateur du développement humain, qui était de 0,51 au début des années 90, est tombé à 0,495 en 2007¹³ selon les données de la DGSCN et de l'Union Economique et Monétaire Ouest Africaine, ce qui place le Togo au 159ème rang mondial. Ce marasme économique a nui à la situation sociale et aggravé la pauvreté¹⁴. En effet, 61,7% des Togolais vivent en dessous du seuil de pauvreté¹⁵. Elle touche davantage les populations rurales (74,3% contre 36,8% pour les populations urbaines). Les zones géographiques les plus touchées sont les régions septentrionales (Savanes, Centrale, de la Kara) et la région maritime où les taux de pauvreté se situent respectivement à 90,5%, 77,7%, 75,0 et 69,4%¹⁶.

Les secteurs sociaux, en particulier celui de la santé, ont subi fortement le contrecoup de cette diminution de l'aide extérieure. Cette situation de marasme économique est en passe de changer compte tenu du climat

¹³ Sources : EDST 1998, MICS 2002, MICS 2006, MS (PNLP, PNLT, PNLS)

¹⁴ Profil de la pauvreté et de la vulnérabilité au Togo, DGSCN, Lomé, janvier 2007

¹⁵ Rapport sur le Questionnaire des indicateurs du Bien-être (QUIBB 2006), DGSCN, Lomé, janvier 2007

¹⁶ Document intérimaire de stratégie de réduction de la pauvreté, République togolaise, mars 2008

d'apaisement sociopolitique consécutif à l'engagement des parties prenantes à mettre en œuvre de façon objective l'accord politique global signé le 26 août 2006 à Ouagadougou.

Ainsi, la coopération a repris avec l'UE et les institutions financières internationales. Sous l'égide du gouvernement togolais et de la commission européenne, une conférence des partenaires a été organisée en septembre 2008 à Bruxelles en vue de promouvoir une reprise pleine et entière de la coopération avec le pays. Le Togo se trouve actuellement en meilleure situation pour bénéficier d'avantage de financements de ses partenaires extérieurs. Cependant, il doit se préparer à relever son principal handicap c'est-à-dire la faible performance pour la gestion des programmes et l'absorption des ressources.

1.1.3. Système de santé et situation sanitaire

L'état de santé des populations togolaises reste très précaire, en raison notamment des conséquences de la crise sociopolitique sur l'ensemble de l'économie et les secteurs sociaux.

En dépit des progrès significatifs réalisés ces dernières années dans certains domaines, notamment celui relatif à la lutte contre les maladies évitables par la vaccination, la contreperformance économique du pays au cours des dernières années n'a pas permis d'améliorer les indicateurs socio-sanitaires. La compression des ressources financières du secteur sanitaire liée à la crise économique a engendré la dégradation des infrastructures et une insuffisance des équipements et des matériels dans les formations sanitaires. Les conditions de travail du personnel se sont dégradées entraînant une démotivation et une

baisse de la qualité des soins¹⁷. Le rythme de construction des infrastructures pour renforcer le réseau des services de santé en rapport avec l'accroissement de la population a été freiné.

L'évolution des principaux indicateurs de santé est résumée dans le tableau ci-après.

CESAG - BIBLIOTHEQUE

¹⁷ Diagnostic du système de santé et de l'état de santé de la population, Ministère de la Santé, 28 octobre 2006

Tableau 1 : Evolution de quelques indicateurs de santé

Indicateurs de santé	1998/2002	2006/2007
Taux de mortalité infantile (pour mille)	80	77
Taux de mortalité infanto-juvénile (pour mille)	143	123
Taux de mortalité maternelle (pour 100 mille naissances vivantes)	478	non défini
Prévalence du VIH dans la population générale (%)	5,9	3,2
Taux de couverture en contrôle et promotion de la croissance (CPC) (%)	17,1	30,1
% d'enfants de moins de 5 ans atteints de paludisme simple correctement pris en charge	33,3	72,8
% d'enfants de moins de 5 ans atteints de paludisme grave correctement pris en charge	54	76,67
% d'enfants de moins de 5 ans dormant sous moustiquaires imprégnées	13	38,4
% de femmes enceintes dormant sous moustiquaire imprégnées	16,5	57,8
Taux de couverture en consultation prénatale CPN 1 (%)	74	83,3
Taux de couvertue en accouchements assistés %	49	62
Taux de détection des TPM+ (%)	30	39
Taux de guérison des TPM+ (%)	73	60
Taux de malades tuberculeux perdus de vue (%)	11	12
Couverture vaccinale DTC3 (%)	59	65
Couverture vaccinale VAR (%)	48	63
% de districts avec couverture vaccinale en DTC3 >= 80%	43	83
Insuffisance pondérale chez les enfants de moins de 5 ans (%)	25	26
Part du budget de la santé dans le budget général	5,7	7,6

Sources : EDST 1998, MICS 2002, MICS 2006, MS (PNLP, PNLT, PNLS)

Il apparaît globalement que la plupart des affections et problèmes de santé relèvent de causes infectieuses et parasitaires qui sont évitables pour la plupart et que la pauvreté et la compression des ressources financières allouées au secteur de la santé constituent les causes ou le catalyseur ; Il apparaît aussi qu'un certain nombre de problèmes suscités, notamment les complications liées à l'accouchement, mettent directement en cause le système de santé¹⁸.

1.1.3.1. Cadre politique et stratégique

Le système de santé togolais s'est inspiré des principes généraux et des stratégies internationales tels la Santé pour Tous, les Soins de Santé Primaires, l'Initiative de Bamako, le concept de district opérationnel, la politique de médicaments génériques et plus récemment, les Objectifs du Millénaire pour le Développement.

La politique nationale de santé, élaborée en 1966 et mise à jour en septembre 1998, vise « l'amélioration de l'état de santé des populations dans le cadre du développement socioéconomique général et de la lutte contre la pauvreté ». Elle s'articule autour de trois axes d'intervention¹⁹ :

- réduire la mortalité et la morbidité et améliorer le bien-être à travers des soins préventifs, curatifs, promotionnels et ré-adaptatifs,
- étendre la couverture sanitaire à l'ensemble de la population, notamment aux plus démunis, en assurant des services de qualité et la disponibilité des médicaments génériques essentiels(MEG),

¹⁸ Note sectorielle santé, République Togolaise et Banque Mondiale, décembre 2007

¹⁹ Politique nationale de santé, Ministère de la Santé, juin 1998

- agir sur les déterminants de la santé et rendre le système viable et performant.

S'inspirant des orientations du Document de Stratégie de Réduction de la Pauvreté (DSRP), le ministère de la santé a élaboré un nouveau plan couvrant la période 2009-2013²⁰.

Le nouveau PNDS s'est fixé comme objectifs d'une part de privilégier les actions à gain rapide de par leur impact sur l'état de santé des populations et d'autre part, de consolider le système national de santé en renforçant le cadre institutionnel, l'approche sectorielle, l'approche contractuelle et le dispositif la réactivité du secteur. Cinq axes stratégiques sont retenus dans le PNDS 2009-2013 :

- Renforcement de l'organisation et de la gestion du système de santé,
- Lutte contre les maladies transmissibles et non transmissibles,
- Amélioration de la santé de la mère, de l'enfant et de l'adolescent,
- Renforcement de la coordination, du partenariat et de la participation communautaire
- Renforcement de la collaboration intersectorielle pour un environnement favorable à la santé.

1.1.3.2. Organisation du système national de santé

Le système national de santé est organisé sur le modèle classique pyramidal avec trois niveaux : périphérique, intermédiaire et central.

Le niveau périphérique ou opérationnel correspond aux 35 districts sanitaires. Le district sanitaire correspond au département administratif ou préfecture sauf dans le cas de la ville de Lomé qui en compte cinq. Dans l'offre

²⁰ Plan national de développement sanitaire du togo 2009-2013, Ministère de la Santé, janvier 2009

de soins, le niveau périphérique constitue le niveau primaire des soins et regroupe les activités de soins de base fournies par les Centres de Santé Urbains (CSU) et Centres de Santé Ruraux (CSR). Il est le premier niveau de contact des populations avec le système. Il constitue le maillon essentiel dans la mise en œuvre des Soins de Santé Primaires. Le personnel prestataire est composé d'infirmiers, de sages femmes, des aides soignants.

Le niveau intermédiaire ou régional correspond aux 6 régions sanitaires. C'est le niveau secondaire dans l'offre de soins et donc le premier niveau de référence dans le système de référence recours. Il recouvre les activités des Centres Hospitaliers Préfectoraux (CHP) et des Centres Hospitaliers Régionaux (CHR). Le personnel prestataire est composé de médecins généralistes et spécialistes, d'infirmiers, des sages femmes et des aides soignants. Le niveau central correspond administrativement au Ministère de la Santé et à ses directions et constitue le niveau tertiaire dans l'offre de soins. Il représente ainsi le deuxième niveau de référence recours à travers les Centres Hospitaliers Universitaires, les Instituts Spécialisés et de Recherche. Les prestataires sont les professeurs de médecine, les médecins spécialistes et généralistes, les infirmiers et sages femmes et les aides soignants.

Le principal défi est de faire en sorte que chaque niveau joue pleinement et efficacement son rôle.

1.1.3.2.1. Couverture sanitaire en infrastructures

- **Le secteur public de soins** (confère Tableau 2) compte 535 structures sanitaires toutes catégories confondues, inégalement réparties sur l'étendue du territoire. La plupart des infrastructures et équipements sont dégradés ou désuets.

L'administration générale couvre les trois niveaux du système de santé

*Mémoire du DESS Economie de la Santé, présenté par Dr Eustache Y. DADJO-GUEWA,
ISMS/ CESAG, juin 2011*

Sous la direction de Dr Farba Lamine SALL

avec 5 Directions centrales, 6 Directions régionales, 35 Directions préfectorales, 45 hôpitaux dont 26 hôpitaux de districts, 504 centres de santé ou Unités Périphériques de Soins(USP) et 124 cases de santé.

CESAG - BIBLIOTHEQUE

Tableau 2 : Tableau récapitulatif des structures de santé du secteur public

Type de formation sanitaire	Savanes	Kara	Centrale	Plateaux	Maritimes	Lomé-Commune	Total
CHU		1				2	3
CHR	1	1	1	1	1	1	6
Hôpital spécialisé					1		1
Hôpital de district	3	6	4	7	4	1	25
USP	55	101	59	140	111	19	485
PMI		5		9	1		15
Ensemble de formations sanitaires	59	114	64	157	118	23	535
Lits d'hospitalisation	406	1 010	714	1 266	1 118	645	5 159
Dépôts de pharmacie publiques	3	12	6	16	13	3	53
Centres de dépistage VIH	2	2	2	1	3	32	41

Source : Cartographie de l'offre de service de santé, MS/DISER, octobre 2006

• **Le secteur privé de soins de santé :**

A la faveur de la crise et devant l'incapacité du ministère de la Santé à jouer efficacement son rôle de contrôle et de et de régulation, le secteur privé est devenu très florissant. On note au total 187 officines pharmaceutiques comme l'indique le tableau suivant :

Tableau 3 : Tableau récapitulatif des structures de santé du secteur privé

Type de formation sanitaire	Savanes	Kara	Centrale	Plateaux	Maritime	Lomé-Commune	Total
Hôpital privé confessionnel	1		1	4	2		8
CMS/Dispensaire privé	10	9	13	23	4	5	64
Cliniques/Cabinets privés	1	4			32	247	284
Ensemble secteur privé	11	13	14	27	38	252	284
Officines pharmaceutiques	2	4	2	5	46	128	187

Sources : Cartographie de l'offre de services de santé, MS/DISER, octobre 2006

On note une très forte concentration des formations sanitaires du secteur privé soit 81,14% dans les régions de Lomé-Commune et Maritimes de même que les officines pharmaceutiques soit 93,04% au détriment des régions sanitaires plus ou moins éloignées de la capitale.

Le niveau de collaboration entre les secteurs public et privés de santé demeure faible.

1.1.3.2.2. Couverture en soins de santé

La couverture en Soins de Santé Primaires définie par un accès à une unité périphérique de soins à une distance inférieure à 5 km est passée de 60% en 1998 à 88% en 2003 (Analyse de la Situation en Santé de la Reproduction ou

Mémoire du DESS Economie de la Santé, présenté par Dr Eustache Y. DADJO-GUEWA, ISMS/ CESAG, juin 2011

Sous la direction de Dr Farba Lamine SALL

AS-SR) et le nombre de consultants par habitant et par an est de 0,27 selon l'Enquête Nationale à Indicateurs Multiples de 2005(MICS). Le pourcentage de populations situées à 2,5 km (soit 30 minutes de marche) d'une formation sanitaire est de 72% (MICS 2006).

La cartographie de l'offre de la demande de santé réalisée dans la région des Plateaux en 2005 et celle de l'offre de santé réalisée à l'échelle nationale en 2007 avec l'appui de l'OMS ont confirmé cette bonne couverture en infrastructures sanitaires. Suivant cette cartographie et à l'échelle nationale, la disponibilité des services se présente comme suit : CPN : 88,6% ; Vaccination : 86,1% ; Paludisme : 85,1% ; PF : 61,4%, PCIMA : 58,7% ; PCIME : 43,6% ; DOTS : 41,3% ; VIH/SIDA : 25,5%(dépistage) ; PTME : 11,8% ; ARV : 14%.

Pour atteindre les objectifs du Millénaire pour le Développement à l'horizon 2015, des efforts complémentaires sont à fournir compte tenu du niveau encore élevé de certains indicateurs majeurs notamment les mortalités néonatale, infantile, infanto-juvénile, maternelle, les prévalences VIH/SIDA(3,2%), tuberculose(150 cas TPM+), paludisme (< à 5 ans 31,29%), et les couvertures DOTS (41,3%), MII (40,2% des ménages et 38,4% des enfants < à 5 ans), VAR (63,1%), DTC3 (65%)²¹.

Le principal défi dans ce domaine est l'amélioration de la qualité de l'offre et sa meilleure adéquation à la demande. En effet, la mise en œuvre des soins de santé essentielle n'est parfois pas effective dans les USP du fait du manque de personnel et/ou d'équipement. Un autre défi concerne une meilleure organisation et intégration des formations sanitaires privées dans le système national.

²¹ Stratégie nationale de développement à long terme axée sur les OMD, République Togolaise et le PNUD, mai 2007

Mémoire du DESS Economie de la Santé, présenté par Dr Eustache Y. DADJO-GUEWA, ISMS/ CESAG, juin 2011

Sous la direction de Dr Farba Lamine SALL

1.1.3.2.3. Couverture en ressources humaines pour la santé

Le système de santé du Togo fait face à une pénurie grave de ressources humaines, celle-ci rendue plus grave encore par la forte diminution du financement de la formation en personnel de santé qualifié et de la fuite de "cerveaux" qui découlent du marasme économique qu'a connu le pays du fait des troubles sociopolitiques de ces quinze dernières années.

Sur le plan des ressources humaines²², la densité du personnel de santé pour 1000 habitants est de 1,27 dont 41,1% en zone urbaine et 58,9% en zone rurale. On note également 67% des prestataires de soins pour 33% de personnel administratif et d'appui. La disponibilité du personnel dans l'ensemble des formations sanitaires en 2006 se chiffre à 14,5% de médecins, 46,6% d'IDE, 7,8% de sages femmes d'Etat, et 43,1% d'infirmiers chefs de poste. En 2007, l'effectif du personnel était de 7765 agents pour une population estimée à 5 446 000 habitants. Les principaux ratios (rapport population/personnel de santé) se présentent comme suit, en comparaison avec les normes recommandées par l'OMS [2] :

- 1 médecin pour 11 171 habitants contre 1 pour 10 000,
- 1 infirmier d'Etat pour 6 135 habitants contre 1 pour 4 000,
- 1 sage-femme pour 13 171 habitants contre 1 pour 4 000.

Par ailleurs le pays compte 165 pharmaciens et 33 chirurgiens dentistes.

Cette crise de ressources humaines ne se pose pas seulement en termes de nombre, mais également en termes de qualité et de répartition. Près de 80% du personnel reste concentré dans les centres urbains, principalement à Lomé et dans la région Maritime.

²² Plan de développement et de gestion des ressources humaines, Ministère de la santé, août 2008

Le déficit de ressources humaines pour la santé que connaît le Togo est lié également au faible taux de recrutement et au non remplacement des départs dus à la retraite et aux décès. Il trouve son fondement dans un certain nombre de facteurs, notamment :

- les déficiences liées à la planification et à la gestion du personnel, y compris celui du secteur privé,
- l'inadéquation des moyens budgétaires et les plafonds imposés en matière de recrutement qui entravent la production (en terme de formation) et ou le recrutement de des personnels de santé à une plus grande échelle, tout comme la mise en œuvre de mesures appropriées pour la motivation et la rétention du personnel.

En vue de réduire ce déficit, l'Etat a en janvier 2008, pris des mesures pour prolonger à 60 ans la durée de l'âge de la retraite et procéder au recrutement de nouveaux agents médicaux et paramédicaux.

1.1.3.2.4. Couverture en médicaments

Il existe une centrale nationale d'approvisionnement en médicaments essentiels et génériques (CAMEG) chargée d'assurer l'approvisionnement des formations sanitaires en médicaments essentiels. Mise en place en 1996 avec l'appui des partenaires, la CAMEG dispose de filiales régionales relativement fonctionnelles, ce qui facilite la distribution et la disponibilité en médicaments essentiels et génériques. La liste des médicaments essentiels est régulièrement mise à jour avec l'appui de l'OMS et la dernière révision de cette liste date de 2006.

1.1.3.2.5. Système d'information sanitaire

Le système d'information sanitaire ne fournit pas les informations nécessaires en temps réel. La promptitude de l'information fait cruellement

défaut au système. Pour pallier à cette carence, le ministère de la Santé a mis en place un programme de réforme du SNIS avec l'appui de l'OMS [2]. Cette réforme consiste essentiellement à la mise en place des registres autocopiants au niveau opérationnel et le développement d'un programme informatique de traitement et d'analyse de données avec des possibilités de mise en réseau. Une expérience pilote testée dans le district de Kloto (région des Plateaux) s'est avérée concluante. Fort de ce résultat le ministère de la Santé envisage de mettre la réforme à l'échelle nationale avec l'appui du Fonds mondial de lutte contre le Sida, la tuberculose et le paludisme.

1.1.3.3. Le financement de la santé

Les principales sources de financement de la santé sont l'Etat, les ménages (la communauté), les collectivités locales et les partenaires au développement.

- **Le financement de l'Etat** : après une période de progression passant de 9,4 milliards de franc CFA soit 6,3% du budget de l'Etat à 13,6 milliards soit 8,8% du budget entre 1995 et 1999, le budget de l'Etat alloué au secteur de la santé a connu d'abord une stagnation puis ensuite une baisse passant de 5,7% en 2002 à 4,1% en 2004 avant de remonter à 7,6% en 2006. Cette situation est aggravée par de véritables problèmes de décaissements et de mobilisation de ressources par le Ministère de la Santé.

- **Le financement par le privé** : Le Togo enregistre un faible taux de couverture du risque maladie. En effet, en ce qui concerne les agents de financement, il faut noter que les systèmes de protection sociale restent très limités et ne concernent qu'une très faible proportion de la population soit environ 8%. Il n'existe pas encore un système d'Assurance Maladie Universelle.

La base de la protection sociale est constituée de régimes contributifs obligatoires dont bénéficient exclusivement les travailleurs salariés dans les secteurs publics et privés :

- la Caisse des Retraites du Togo (CRT) assure la couverture des prestations en soins de santé, retraites et prestations familiales des salariés du secteur public,
- la Caisse Nationale de Sécurité sociale (CNSS) couvre les prestations des soins des salariés du secteur privé,
- les assurances privées s'adressent à une catégorie précise de la population en raison de leurs coûts prohibitifs par rapport au revenu moyen de la population.
- les mutuelles privées de santé sont à l'état embryonnaire tant dans leur organisation que dans leur portée. Les principaux obstacles au développement de la mutualité sont : l'insuffisance d'information du public sur les avantages des mutuelles de santé en matière de couverture du risque maladie, la faible capacité organisationnelle et managériale des promoteurs et la faiblesse de la capacité monétaire des adhérents potentiels.

Les principaux actes couverts sont les soins médicaux y compris les hospitalisations, les évacuations sanitaires. En dehors de la CNSS qui dispose ses propres structures de santé, les assurances achètent les services auprès des structures publiques et privées.

- **Le financement par la communauté** : les ménages participent au financement de la santé à travers le recouvrement des coûts dans les formations sanitaires (Initiative de Bamako). La contribution des ménages est constituée par le paiement à l'acte et l'achat des médicaments par les patients. Selon les données disponibles pour l'année 2006, les ressources générées par le recouvrement des coûts au niveau des formations sanitaires du secteur public s'élevait à 6,837 milliards de francs CFA, soit une part de 41% du budget de la santé.

- **Le financement des collectivités** : certaines collectivités (préfectures et mairies) participent au financement des services de santé par le paiement des salaires de certaines catégories de personnels appelés agents de santé de préfecture. Relativement marginale à l'heure actuelle, cette source de financement est appelée à se renforcer avec la mise en œuvre de la loi de décentralisation.
- **Le financement des partenaires au développement** : l'appui financier des partenaires extérieurs intervient à travers des programmes de coopération avec le gouvernement ou des financements directs aux communautés de base par le biais des organisations non gouvernementales et des associations. L'aide au secteur de la santé est passée de 10,966 millions de dollars US en 1996 à 4,3 millions de dollars US en 2000 soit une diminution de 60,6%. A partir de l'année 2004, grâce au financement de l'Alliance mondiale pour les vaccins et la vaccination (GAVI) et du Fonds mondial de lutte contre le Sida, la tuberculose et le paludisme (FMSTP), le montant de l'aide au secteur de la santé notamment dans les domaines de lutte contre le VIH/SIDA, la tuberculose, le paludisme et les maladies évitables par la vaccination a substantiellement augmenté. Le montant de l'aide a atteint une enveloppe d'environ 20 à 26 millions de dollars US par an.

1.1.3.4. Situation sanitaire (profil épidémiologique)

1.1.3.4.1. Maladies transmissibles

Le paludisme reste au premier rang des pathologies individualisées²³. Il en constitue en moyenne 40% des consultations et 2-% des hospitalisations avec

²³ Plan stratégique national de lutte contre le paludisme 2006-2010, Ministère de la Santé, mai 2006

Mémoire du DESS Economie de la Santé, présenté par Dr Eustache Y. DADJO-GUEWA, ISMS/ CESAG, juin 2011

Sous la direction de Dr Farba Lamine SALL

une létalité de 8%. Les enfants de 0-5 ans sont les plus touchés et représentent 35% de tous les cas enregistrés dans les formations sanitaires. En 2005, le Togo a changé sa stratégie de prise en charge du paludisme en adoptant les Combinaisons Thérapeutiques à base d'Artémisinine (ACT) pour le traitement du paludisme non compliqué et le Traitement Préventif Intermittent (TPI) chez les femmes enceintes. Grâce à la campagne nationale de distribution de moustiquaires imprégnées d'insecticide (MII) effectuée en décembre 2004, le Togo a réalisé des avancées significatives dans le domaine de la lutte contre le paludisme : les pourcentages de ménages disposant d'au moins une MII est passé de 5,1% en 2001 à 77% en juin 2006 ; le pourcentage de femmes enceintes dormant sous MII est passé de 3,5% en 2001 à 40% en 2006. Pour conforter ces résultats, le pays se prépare en décembre 2008 une nouvelle campagne nationale de distribution des MII à tous les enfants de 0 à 59 mois.

La prévalence du VIH au Togo est estimée à 3,2% en 2007 pour les 15 à 49 ans (ONUSIDA/OMS), ce qui conduit à environ 110 000 adultes vivant avec le VIH²⁴. Cette prévalence se situe à 44,5% chez les travailleuses de sexe à Lomé et à 9,7% parmi les militaires. En fin 2007, le nombre, le nombre cumulé de cas de Sida avoisinait les 21 740. Celui des enfants et adolescents orphelins du sida est estimé à 88 000. Le nombre de malades sous ARV est passé de 6 579 à 7 980 de 2006 à 2007 avec un taux de couverture qui est passé de 24 à 30,4%. La transmission mère-enfant est passée de 1,8% en 2002 à 6,8% en 2007. La fréquence de l'infection à VIH chez les enfants à 18 mois est passée de 16,1% en 2006 et à 13,2% en 2007. Une enquête réalisée en 2007 a montré que l'homosexualité masculine se développe dans le pays, notamment à Lomé et dans d'autres localités urbaines.

²⁴ Plan stratégique national de lutte contre le VIH/SIDA et les IST, République Togolaise, mai 2007

La tuberculose : le traitement de brève durée sous surveillance directe (stratégie DOTS) dont la mise en œuvre a démarré en 1996 est actuellement étendu à tous les districts. Le taux de détection de la tuberculose s'est amélioré, passant de 30,66 en 2004 à 39% en 2006²⁵. Cette évolution positive n'a cependant pas débouché sur une amélioration de l'état de santé des patients. En effet pendant la même période, le taux de guérison a chuté de 66,60% à 60%. Le taux de perdus de vue s'est élevé de 13,51% à 15% et le taux de décès est passé de 10,13 à 11% ; Une enquête nationale sur la co-infection VIH/Tuberculose réalisée en 2005 sur 300 nouveaux malades TPM+ a montré un taux de séroprévalence de 23%. Un plan de collaboration a été élaboré avec le soutien technique et financier de l'OMS, mais sa mise en œuvre n'est pas encore effective en raison des contraintes budgétaires que connaît le programme avec la suspension du financement du troisième round du Fonds mondial. On ne dispose pas de données récentes au plan national sur les cas de tuberculose à bacilles multi résistants. Cependant, les résultats d'une enquête réalisée à Lomé en 2004 sur 268 souches, montrent un taux de MDR-TB de 0,5%.

1.1.3.4.2. Les maladies à éradiquer

Le Togo a réalisé des progrès significatifs dans le domaine de l'élimination et de l'éradication de maladies grâce à l'amélioration de la vaccination de routine et l'organisation de campagnes de vaccination supplémentaires. La couverture de la mise en œuvre de l'approche Atteindre Chaque District (ACD) est de 100%. Le pourcentage de districts avec une couverture vaccinale en DTC3 supérieure ou égale à 80% est de 83%. Les niveaux de couverture vaccinale se situent à 92% pour le DTC3 et à 80% pour le VAR. Grâce au soutien du GAVI, le

²⁵ Plan stratégique national de lutte contre la Tuberculose 2008-2012, Ministère de la santé, mai 2008

Togo vient d'introduire dans le PEV systématique, la vaccination contre l'hépatite B et les infections qui en découlent.

Le Togo a été certifié comme ayant éradiqué la polio en 2006 et s'étant affranchi du tétanos maternel et néonatal en 2007. IL a réduit de 93% la morbidité due à la rougeole et de 100% la mortalité qui lui est associée. En 2007, suite à une épidémie déclarée de fièvre jaune, le pays a organisé une campagne nationale de vaccination qui a touché l'ensemble de la population.

S'agissant des autres maladies, le Togo a atteint le seuil d'élimination de la lèpre en 1996 et le niveau de pré-certification pour la lutte contre le ver de Guinée en 2007. Les paramètres entomo-épidémiologiques et les taux de couverture du TIDC sont satisfaisants dans la plupart des zones d'endémies d'onchocercose.

L'élimination des autres maladies ciblées en est encore au stade des préliminaires. Il s'agit notamment de l'ulcère de Buruli, de la filariose lymphatique, de la trypanosomiase humaine africaine. Afin de renforcer ces initiatives, le ministère de la santé vient d'élaborer un plan stratégique national pour la lutte contre les maladies tropicales négligées.

1.1.3.4.3. Les maladies épidémiques

Des épidémies annuelles récurrentes de cholera et de méningite cérébrospinale sont encore fréquentes. Les flambées de méningite sont généralement limitées à la partie septentrionale du pays, tandis que celles de choléra concernent généralement les régions de Lomé-Commune et Maritime. Trois foyers de grippe aviaire ont été déclarés en 2007, appelant au renforcement des mesures de surveillance et de prévention, y compris à travers la mise en œuvre des dispositions du Règlement sanitaire international (RSI) révisé en 2005.

1.1.3.4.4. Les maladies non transmissibles

La situation sanitaire se traduit également par la charge des Maladies Non Transmissibles (MNT) dont la plupart sont liées aux modes de vie et aux comportements. Il s'agit tout particulièrement des maladies cardio-vasculaires, des maladies mentales, du diabète, des accidents domestiques et des violences dans les foyers.

Selon une enquête nationale, le tabagisme prend de l'ampleur en milieu scolaire avec une prévalence de 32%. Le principal besoin du pays concerne l'analyse de la situation des MNT courantes et de leurs facteurs, en vue de l'organisation d'une lutte efficace. Deux cadres du ministère de la santé ont été formés à l'outil « approche STEPWISE » élaborée par l'OMS pour aider les pays à mener leurs enquêtes. Un service des maladies chroniques non transmissibles a été créé et placé au sein de la Division de l'épidémiologie, mais celui-ci ne bénéficie pas des ressources humaines et financières, logistiques nécessaires pour l'organisation de la lutte

1.1.3.4.5. Santé de la mère, de l'enfant, des jeunes et des adolescents

La mortalité maternelle demeure préoccupante malgré l'amélioration apparente de certains indicateurs. En effet, entre 1998 et 2006, la proportion d'accouchement assisté par un personnel qualifié est passée de 49% à 62%, le taux de couverture en consultations prénatales a évolué de 74% à 86% ; la prévalence de la contraception moderne a augmenté de 8% à 16,7%, le taux de césarienne est passé de 0,94% en 2003 à 2,62% en 2005. Mais le taux de mortalité maternelle est resté stationnaire depuis 1998 et est à 478 pour 100 000 naissances vivantes. La mortalité infantile par contre a baissé passant de 80‰ à 77‰ et la mortalité infanto-juvénile de 146‰ à 123‰ entre 1998 et 2006 (EDST-II et MICS 3).

Toutefois la mortalité néonatale ne s'est pas améliorée. Elle est passée de 40‰ en 2000 à 32‰ en 2006. Sur le plan nutritionnel, la prévalence de l'insuffisance pondérale est de 26% chez les enfants de moins de 5 ans dont 7% sous forme sévère (enquête MICS 3-2006).

1.1.3.4.6. Approvisionnement en eau potable, hygiène et assainissement

La proportion de population ayant accès à une source d'eau potable est passée de 53% en 2000 (MICS 2), à 61% en 2006 (MICS 3) et celle de la population ayant accès en permanence à un service de la qualité de l'eau et des aliments reste aléatoire à cause de l'insuffisance des ressources humaines et financières.

Les dispositifs d'évacuation des eaux usées sont très peu répandus (3,1% des ménages en 2001). L'évacuation des eaux domestiques usées domestiques se fait généralement dans la rue, dans la nature ou les caniveaux. Seule la ville de Lomé dispose d'un embryon de réseau de collecte des eaux usées qui dessert à peine plus de 300 abonnés. Le rejet s'effectue directement en mer, sans traitement préalable.

Malgré les initiatives privées d'évacuation hygiénique des déchets solides dans les principales villes du pays, ces déchets sont le plus souvent évacués dans des dépotoirs sauvages ou servent de remblais dans les rues non bitumées, avec les risques sanitaires y afférents. Un effort appréciable a été fait dans le domaine de la gestion des déchets biomédicaux avec la construction de 170 incinérateurs à la faveur des campagnes de vaccination.

1.2. Fondements de l'assistance de l'OMS au système de santé du Togo

1.2.1. Missions et stratégies de l'OMS au Togo

1.2.1.1. Missions de l'OMS

L'OMS est née le 7 avril 1948, sa constitution ayant été approuvée en juillet 1946 à New York à la Conférence internationale de la Santé (Nations Unies) qui avait rassemblé les représentants de 61 pays. Depuis lors, l'OMS, institution spécialisée des Nations-Unies, dirige l'alliance mondiale en faveur de la santé pour tous. Elle compte aujourd'hui 192 Etats membres.

L'OMS développe une coopération technique dans le domaine de la santé et assiste ses Etats membres dans l'élaboration et l'exécution des programmes visant à combattre et à éradiquer la maladie tout en s'efforçant à promouvoir l'amélioration de la qualité de vie. Elle focalise son action au niveau des pays sur la définition des politiques, des stratégies, des normes et des directives techniques adaptées au contexte national et local. Son action est guidée en particulier par les objectifs nationaux de santé, les priorités régionales et mondiales de l'Organisation, les Objectifs du Millénaire pour le Développement, dans le respect des valeurs de base que sont le droit, la justice et l'équité.

C'est essentiellement en apportant un appui technique à la formulation des politiques sanitaires nationaux d'une part, au renforcement des capacités gestionnaires nationales d'autre part, qu'elle influe sur le développement sanitaire national. Elle a 4 grandes missions :

- donner au monde entier des conseils dans le domaine de la santé,
- fixer des normes mondiales en matière de santé,
- coopérer avec les gouvernements au renforcement des politiques et programmes de santé,

*Mémoire du DESS Economie de la Santé, présenté par Dr Eustache Y. DADJO-GUEWA,
ISMS/ CESAG, juin 2011*

Sous la direction de Dr Farba Lamine SALL

- améliorer la production et la diffusion de l'information technique et scientifique de qualité au bénéfice des pays membres, faciliter les échanges d'informations et de connaissances et stimuler la recherche et l'innovation.

Dans ses efforts de réorganisation, l'action de l'OMS vise une gestion plus intégrée des programmes, une utilisation plus rationnelle des ressources humaines et financières disponibles, une plus grande harmonisation des actions des différents partenaires de la santé, en vue d'un soutien plus cohérent et plus adapté aux besoins des pays.

1.2.1.2. Stratégies de l'OMS au Togo

La Stratégie de Coopération avec les Pays (SCP) de l'OMS cristallise l'essentiel des réformes adoptées par l'Organisation Mondiale de la Santé en vue de renforcer son action au sein des pays.

La coopération entre le Togo et l'OMS s'inscrit dans le cadre des orientations générales et des priorités mondiales de l'OMS en matière de santé. Elle découle des principes fondamentaux qui guident le travail de l'OMS, principes basés sur la recherche de la performance du système de santé avec plus de pertinence, d'efficacité et d'efficience dans les actions.

Dans son appui à la mise en œuvre de la politique nationale de santé dont le but déclaré est d' « assurer à la population un état de santé permettant à tous les citoyens de mener une vie socialement et économiquement productive », la stratégie de coopération de l'OMS avec le Togo s'inspire continuellement de l'expérience acquise et des progrès enregistrés dans la mise en œuvre des précédentes stratégies de coopération. Elle se fonde principalement sur les objectifs et les orientations sanitaires du pays, tels que définies dans les documents de la Politique Nationale de Santé, du Plan

National de Développement Sanitaire (PNDS) et de la Stratégie de Réduction de la Pauvreté (SRP). Elle prend aussi en compte les orientations programmatiques de l'OMS et s'inspire des documents des principaux partenaires au développement.

La définition des priorités d'action au niveau du pays tient donc compte d'une part, de l'analyse de la situation faite à travers les orientations de la Politique Nationale de Santé et les objectifs du Plan National de Développement Sanitaire et d'autre part, des interventions des partenaires dans le domaine de la santé, notamment le Plan Cadre d'Assistance des Nations Unies au Togo (UNDAF) des Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD).

Partant des défis majeurs identifiés pour la santé, la stratégie de coopération de l'OMS avec le Togo avait développé pour la période 2004-2007 son agenda stratégique autour de quatre principaux axes :

- renforcement du « pilotage » du secteur de la santé,
- amélioration de la performance du système de santé,
- réduction du fardeau des maladies transmissibles et non transmissibles,
- santé de la mère, de l'enfant et de l'adolescent.

Pour la période 2009-2013, l'action de l'OMS en appui au développement sanitaire du Togo (agenda stratégique pour la coopération) concernera principalement les quatre axes stratégiques suivants :

- renforcement des capacités humaines et institutionnelles du secteur de la santé,
- lutte contre les maladies transmissibles et non transmissibles,
- amélioration de la santé de la mère, de l'enfant et de l'adolescent,
- renforcement du partenariat, de la coordination et de la mobilisation des

ressources.

La mise en œuvre de la stratégie sur la base de plans d'actions biennaux mobilise l'engagement des énergies à tous les niveaux de l'Organisation, Bureau de pays, Equipe Inter-pays, Bureau régional et le Siège(Genève).

1.2.2. Les autres principaux partenaires et leurs domaines d'intervention dans le secteur de la santé

- Au plan bilatéral, les agents de coopération, principaux bailleurs de fonds sont, la France, l'Allemagne, les Etats-Unis d'Amérique (PSI et USAID), le Canada, la Chine et le Japon.
- Au plan multilatéral, on note d'une part, les agences du système des Nations Unies notamment l'OMS, l'UNICEF, l'UNFPA, le PNUD, la Banque Mondiale et d'autre part les agences multilatérales présentes dans le secteur de la santé telles que le Fonds mondial de lutte contre le SIDA, la tuberculose et le paludisme (FMSTP), le Fonds GAVI, l'Union Européenne, la Banque Africaine de Développement, la Banque Islamique de Développement, etc.

Par ailleurs, il faut mentionner la présence de près de 200 ONG et associations internationales ou locales travaillant dans le domaine de la santé et parmi lesquelles on peut citer : Population Service International, plan Togo, la Croix-Rouge togolaise, la Croix-Rouge suisse, Borne Fonden, le Corps de la paix, l'Association allemande de lutte contre la lèpre et la tuberculose (DAHW), Sight Savers International (SSI). Les associations nationales représentent 88% des ONG enregistrées dans le domaine de la santé et 61% sont concentrées dans les régions de Lomé-Commune, Maritime et Plateaux. Les principaux domaines d'intervention des partenaires couvrent essentiellement

- la santé de la mère et de l'enfant,

- le VIH/SIDA, la tuberculose et le paludisme,
- le renforcement du système de santé.

Les maladies non transmissibles, l'eau et l'assainissement ainsi la réhabilitation des infrastructures sanitaires ne bénéficient pas de l'appui requis.

La coordination dans le secteur s'effectue au niveau national à travers trois niveaux :

- la coordination des partenaires de la santé au sein du groupe thématique santé dont le leadership est assuré par l'OMS,
- des sous-comités mis en place pour les besoins de suivi de certains programmes nationaux notamment le Conseil National de Lutte contre le Sida (CNLS), l'organe de coordination nationale des projets financés par le Fonds mondial (CCM), le Comité de coordination inter-agences (CCIA) pour la coordination du programme élargi de vaccination (PEV), le Comité national de lutte contre le paludisme, le Comité national de lutte contre la tuberculose et le groupe thématique ONUSIDA. Au niveau décentralisé, la coordination locale se fait à travers les organes de gestion mis en place à cet effet. Il s'agit des équipes cadres de districts (ECD), des conseils d'administration (CA) pour les établissements publics autonomes de santé.

L'OMS s'attelle à jouer un rôle de premier plan dans l'appui du ministère de la Santé pour le renforcement de la coordination et de la capitalisation des expériences aux fins d'une plus grande synergie et complémentarité des interventions de développement sanitaire.

Chapitre 2 : REVUE DE LA LITTERATURE

L'état des connaissances sur la contribution de l'OMS au financement des systèmes de santé en général et particulièrement en Afrique sub-saharienne, comme dans le cas du Togo dans notre étude est relativement bien fourni. Il émane pour la plupart des documents et rapports issus des représentations de l'institution au niveau régional et au niveau des pays, et de certaines études effectuées sur la politique de financement de la santé de l'OMS. Par le terme contribution financière de l'OMS, nous voulons évoquer dans notre étude le concept de financement de la santé par l'OMS. Avant d'aborder les approches des différentes études, il convient de définir les concepts de système de santé et de financement de la santé, termes de la problématique qui méritent d'être définis.

2.1. Définition des concepts

2.1.1. Système de santé

Le système de santé selon l'OMS²⁶ est défini par toutes les organisations, institutions et ressources destinées à produire des actions de santé. Celles-ci sont définies selon MOUNIER et al.²⁷ (2003) comme tout effort, qu'il soit de prestation individuelle de soins, de services de santé publique ou d'initiatives intersectorielles dont l'objectif primaire est d'améliorer la santé. Un système de santé décrit les moyens organisationnels et stratégiques mis en place par pays, par zones géographiques ou entités communautaires, afin d'assurer une continuité et une qualité des prestations de santé. Il réunit toutes les organisations, institutions et ressources qui interviennent en matière de santé et qui fournissent des soins formels (médecins, cliniques, hôpitaux et

²⁶ Rapport 2003 de la santé dans le monde, OMS, Genève

²⁷ MOUNIER F., PINCAULT R. STUPFEL M., Santé publique, Santé de la Communauté ; Villeurbanne, 2003

*Mémoire du DESS Economie de la Santé, présenté par Dr Eustache Y. DADJO-GUEWA,
ISMS/ CESAG, juin 2011*

Sous la direction de Dr Farba Lamine SALL

pharmacies), des soins informels (guérisseurs traditionnels, travailleurs communautaires) ainsi que d'autres services, comme la recherche. Le système de santé comporte aussi d'autres éléments comme tout ce qui contribue à promouvoir ou à protéger la santé.

➤ **L'objectif du système de santé (but et finalité)**

Dans leur étude sur le financement de la santé en Afrique, LETOURMY A., et all.²⁸ (1998) expliquent que l'objectif du système de santé est d'améliorer la santé. Ils estiment que la santé a été définie de manière « large » par un « état de complet bien-être » par l'OMS que cette définition intègre la finalité de tout secteur économique, mais ne permet pas de préciser la spécificité du secteur sanitaire. Si l'on s'en tient à la définition de l'OMS, toute activité humaine peut être incluse dans le système de santé. Pour définir la spécificité du système de santé, il faut revenir à ses produits spécifiques (les soins médicaux) et à leur utilité. Or l'utilité des soins médicaux est d'améliorer le bien-être en réduisant l'impact que les maladies peuvent avoir sur lui. Le but et la finalité du système de santé peuvent donc être définis de la façon suivante :

- Le but du système de santé est de permettre à la population de bénéficier d'une consommation de soins optimale (une consommation qui couvre de manière optimale les besoins de soins). Cette consommation contribuera à améliorer le bien-être en réduisant l'impact des maladies sur le bien-être.
- La finalité du système de santé est de réduire l'impact des maladies sur le bien-être.

²⁸ LETOURMY A. et MATHONNAT J., (CERDI) Université d'Auvergne ; Financement de la santé dans les pays d'Afrique, version juin 2004

➤ **Typologie des systèmes de santé**

Malgré les diversités des systèmes de santé, on peut observer trois configurations typiques selon FARGEON V. (1994) dans son article sur l'«introduction à l'économie de la santé», les systèmes de santé libéraux, bismarkien et beweridgien :

- Le système de santé libéral repose sur le principe du respect des initiatives privées. L'Etat n'intervient que pour pallier les défaillances de cette logique libérale. Le système de santé des USA en représente un bon exemple.
- Le système de santé beweridgien repose sur l'idée que l'Etat, pour répondre à sa mission qui est d'assurer pour tous les citoyens un accès équitable à des soins de qualité, doit gérer lui même la totalité du système de santé. Paradoxalement, le cas de la Grande-Bretagne, pays dans le quel la philosophie libérale régie depuis longtemps les activités économiques, illustre bien cette situation.
- Le système de santé bismarkien repose sur l'idée que l'Etat doit rendre obligatoire l'affiliation des salariés à une assurance maladie, cofinancée par l'employeur et l'employé. A l'origine de ce système, l'objectif de l'Etat est autant le maintien de la paix sociale que l'accessibilité des soins. Les systèmes français et allemand illustrent bien ce cas.

Le cas des systèmes de soins d'Afrique subsaharienne

Les sociétés africaines voient le secteur économique privé formel se développer, mais il ne concerne encore qu'une minorité de personnes. Elles voient des Etats bureaucratiques se développer, mais leur légitimité est encore fragile. Les solidarités traditionnelles sont encore très présentes mais l'urbanisation et l'éducation scolaire les affaiblissent (FARGEON V., 1994 ;

NAUDET J.D.²⁹, 1999 cité par SINDZINGRE A.³⁰, 2000). Les systèmes de soins africains reflètent cette complexité socio-économique. Ils combinent ainsi les trois types de systèmes de soins. CHAMBARETEAU S. et HARTMANN L., 1996) partagent les mêmes observations et précisent que le développement de l'économie capitaliste jette les bases d'un système de santé libéral, fondé sur le paiement direct d'une offre de soins libérale, et renforcé par la couverture maladie volontaire des salariés. Mais l'Etat intervient, non seulement dans une logique bismarckienne, pour favoriser un accès équitable à des soins de qualité par le développement d'un secteur public de santé important, mais aussi dans une logique bismarckienne, en rendant obligatoire un cofinancement employeur/employés de l'assurance maladie sociale. Le secteur confessionnel et les solidarités traditionnelles restent présents.

Les comptes de la santé permettent de représenter le poids économique de ces composantes dans le cas du système de santé togolais.

2.1.2. Financement du système de santé par l'OMS

Selon l'OMS dans son Rapport sur la santé dans le monde 2008³¹, par financement de la santé on entend la façon dont les ressources financières sont générées, affectées et utilisées dans les systèmes de santé. Parmi les exemples de questions relatives au financement de la santé, on peut citer:

- comment et auprès de quelles sources lever suffisamment de fonds en faveur de la santé,
- comment surmonter les obstacles financiers qui excluent de nombreux pauvres de l'accès aux services de santé, ou

29

³⁰ SINDZINGRE A., La dépendance vis-à-vis de l'aide en Afrique sub-saharienne : éléments d'économie politique

³¹ Le financement des systèmes de santé, le chemin vers une couverture universelle

Mémoire du DESS Economie de la Santé, présenté par Dr Eustache Y. DADJO-GUEWA, ISMS/ CESAG, juin 2011

Sous la direction de Dr Farba Lamine SALL

- comment proposer un éventail de services de santé équitable et efficace.

Tous les systèmes de financement de la santé, quel que soit leur mode d'organisation, ont en commun trois fonctions principales:

- **La collecte des contributions**

C'est le moyen mis en œuvre au sein d'un système de santé pour collecter les ressources en provenance de différentes sources.

- **Ressources domestiques ou propres**

Dans de nombreux pays développés, les financements réunis par la collecte des contributions et les impôts permettent de financer la majorité des services de santé. Ces ressources domestiques sont complétées par les dépenses privées de santé des ménages et des entreprises.

- **Ressources externes**

Dans les pays en développement, RICHARD V.³² (2004) explique que la collecte de contributions destinées à la santé en provenance des ressources domestiques est souvent insuffisante pour permettre un accès aux soins de santé primaires et atteindre une couverture universelle. Les ressources externes, y compris l'aide publique au développement pour la santé ainsi que des prêts et des subventions permettent de compléter les ressources nationales de ces pays et représentent souvent une part importante du total des dépenses de santé comme l'ont montré en Afrique subsaharienne AUDIBERT et all.³³ (2001) et BRUN J.F. et CARRIERE C.³⁴ (2004) dans leurs travaux sur le financement de la santé en Afrique sub-saharienne. La gestion et

³² RICHARD V., Le financement de la santé en Afrique sub-saharienne : le recouvrement des coûts

³³ AUDIBERT M. et MATHONNAT J. (CNRS-CERDI), CASTEL D., Le financement des systèmes de santé dans les Régions Afrique et Europe de l'OMS, Université d'Auvergne, Clermont- Ferrand, France, 2001

³⁴ BRUN J.F. et CARRIERE C., CERDI, Le financement de la santé dans les pays en développement, un programme de réforme, Université d'Auvergne, Clermont- Ferrand, France, 2004

l'utilisation efficace de ces ressources est un défi majeur pour les pays ayant des capacités limitées.

Dans leur article sur la dépendance des pays de l'Afrique sub-saharienne du financement de la santé par les donateurs intitulé « Les pays de l'OMS Région Afrique peuvent se sevrer du financement que les donateurs accordent au secteur de la santé » paru en 2009, KIRIGIA J. M. et DIARRA-NAMA. A. J.,³⁵ ont souligné les mêmes observations. Ils ont relevés qu'entre 2004 et 2007, 18 pays ont reçu moins de 11% de leur dépense totale en faveur de sources extérieures, 9 pays ont reçu 11 à 20%, 7 pays ont reçu 21 à 30%, 6 pays ont reçu 31 à 40% et les 6 pays restant ont reçu 41 à 60% de dépenses en faveur de la santé de sources extérieures.

- **La mise en commun des risques**

Cette approche consiste à réunir les contributions de manière à ce que le risque de paiement des soins de santé soit réparti entre tous les membres du groupe et non pas assumé par chacun des cotisants.

- **L'achat de prestations**

C'est l'utilisation des ressources pour financer les prestations des services de santé.

2.2. Quelques études sur le financement du système de santé par l'OMS

Il se dégage une série d'observations relatives essentiellement aux orientations stratégiques prioritaires et aux domaines d'intervention auxquels le financement de l'OMS en appui au système de santé a été consenti selon la zone d'intervention (Région Afrique et Région Europe de l'OMS) et les sources de financement des interventions sanitaires de l'OMS au cours des trois dernières décennies. Le volume des montants consentis et leur évolution sur le

³⁵ Division des Systèmes de Santé et du Développement des Services, Bureau Régional pour l'Afrique, Congo
Mémoire du DESS Economie de la Santé, présenté par Dr Eustache Y. DADJO-GUEWA,
ISMS/ CESAG, juin 2011
Sous la direction de Dr Farba Lamine SALL

plan mondial dans ces études, contrairement à ceux des plans biennaux exécutés dans les pays membres ne sont que peu explicités.

2.2.1. Orientations stratégiques et domaines de financement de l'OMS

L'orientation des appuis financiers de l'OMS dans les pays d'Afrique subsaharienne suit des axes stratégiques prioritaires qu'elle a définis en accord avec les objectifs et orientations sanitaires de chaque pays tels que définis dans leurs documents de politique nationale de santé, de plan national de développement sanitaire. Dans leur étude sur le financement de la santé par l'OMS en Afrique et en Europe, AUDIBERT M. et MATHONNAT J. (2001) ont relevé que ces axes stratégiques ne varient pas fondamentalement selon le pays en Afrique subsaharienne et les domaines prioritairement soutenus sont de quatre ordres : la lutte contre les maladies transmissibles et non transmissibles, le renforcement du système national de santé, la santé de la mère, de l'enfant et de l'adolescent et le partenariat, la coordination et la mobilisation des ressources.

L'appui financier de l'OMS présente de grandes variantes suivant le niveau de développement socioéconomique des pays. Les priorités sanitaires dans les pays en développement où les systèmes de santé sont peu ou mal organisés sont éloignées de celles des pays développés où il existe déjà un système de santé bien organisé. AUDIBERT M. et MATHONNAT J. (2001) ont enrichi cette analyse en rappelant que dans la grande majorité des pays d'Afrique subsaharienne, l'OMS oriente prioritairement ses interventions sur les Soins de Santé Primaires à travers un ensemble d'interventions sanitaires «essentielles» concernant la tuberculose, le paludisme et le VIH, les vaccinations BCG/DTC/VPO, la rougeole, les soins maternels d'une part et qui permettent de réduire significativement le taux de mortalité surtout infantile, et d'autre part

sur le développement des programmes sectoriels, le développement et le renforcement des systèmes de santé. Les auteurs du rapport 2005 «Macroéconomie et santé» de l'OMS ont montré que pour augmenter que pour augmenter significativement le taux de couverture de ses interventions sanitaires «essentiels» à l'horizon 2015 dans les pays en développement, il en coûterait 14 dollars US de plus par personne et par an dans les pays à faibles revenus et 22 dollars US dans les pays les moins avancés.

L'OMS dans la publication de son rapport 2005 sur «La Politique-cadre de la Santé pour tous dans la Région européenne de l'OMS», fait observer que dans les pays de la Région Europe de l'OMS, non seulement les problèmes propres aux différents pays ne sont pas les mêmes, mais chaque pays a déjà mis en place un mode de financement de la santé qui a évolué pendant un certain temps³⁶. WAGSTAFF A. et all. (1999) avaient expliqué ainsi que dans certains pays de cette région ayant un niveau de développement économique élevé, les caractéristiques fondamentales du système national de financement de la santé sont en place depuis des décennies (dans certains cas depuis plus de 50 ans ou même 100 ans) et font partie de l'identité culturelle nationale (par exemple le système national de santé du Royaume-Uni ou le régime d'assurance-maladie de l'Allemagne). AUDIBERT M. et MATHONNAT J. (2001) partagent le même avis et considèrent que les systèmes de santé de ces pays sont confrontés plus aux problèmes de vieillissement, à l'augmentation des attentes relatives à de nouvelles thérapies et techniques de soins qui se traduisent par une demande accrue et en conséquence une augmentation des coûts du système. Les orientations stratégiques de l'OMS reposent de ce fait plus sur l'appui à la recherche médicale (immunisation, cancer, maladies

³⁶ OMS : La Politique-cadre de la santé pour tous dans la Région Europe de l'OMS : version actualisée de 2005, Copenhague, Bureau Régional de l'OMS pour l'Europe, 2005 (Série européenne de la Santé pour tous n°7)

*Mémoire du DESS Economie de la Santé, présenté par Dr Eustache Y. DADJO-GUEWA,
ISMS/ CESAG, juin 2011*

Sous la direction de Dr Farba Lamine SALL

métaboliques et génétiques, etc.) et aux réformes du système de santé qui sont du reste mineures plutôt qu'une refonte organisationnelle contrairement aux pays de la Région africaine de l'OMS.

Cependant, dans d'autres pays de la région, en particulier ceux qui connaissent une transition qui a commencé en 1990, il est possible de considérer les systèmes de financement de la santé de façon plus étroite comme un ensemble de modalités techniques qui ne sont pas imprégnées de fortes traditions culturelles ou historiques. L'OMS appuie des réformes plus fondamentales du financement de la santé qui sont mises en places ou envisagées (WAGSTAFF A. et all., 1997 ; AUDIBERT M. et MATHONNAT J., 2001).

2.2.2. Sources et évolution du financement de l'OMS en appui à la santé

L'OMS est financée par des contributions des États membres et d'autres donateurs. Ces dernières années, l'OMS a multiplié les collaborations avec des organisations non étatiques et est actuellement en partenariat avec près de 80 groupes (ONG, industrie pharmaceutique et fondations caritatives telles que la Fondation Bill et Melinda Gates et la Fondation Rockefeller) selon le rapport 2003 «Macroéconomie et santé» de l'OMS. Dans l'édition 2009 du «Rapport sur la santé dans le monde» de l'OMS, on note que les contributions à l'OMS provenant des gouvernements nationaux (Etats-Unis, Royaume-Uni, France, Allemagne, Japon), des fondations, Organisations Non Gouvernementales, d'autres organisations de l'ONU et du secteur privé excèdent celles des contributions évaluées (dues) provenant des 193 États membres.

Dans ses nombreuses publications «Stratégie de Coopération avec les Pays»³⁷(SPC), il est mis en évidence que le volume des ressources consenties à ces pays est tributaire de la capacité de mobilisation des ressources extrabudgétaires au niveau de la représentation OMS de chaque pays auprès des Partenaires au développement. SINDZINGRE A. (2000) mentionne que cette observation est évidente dans les pays en voie de développement, particulièrement ceux de l'Afrique sub-saharienne, de l'Amérique Centrale et du Sud et du Sud-est asiatique dont la dépendance vis-à-vis de l'aide extérieure ne cesse d'augmenter. Le tableau 4 présente les différents budgets biennaux de l'OMS de 1998 à 2009.

Tableau 4 : Budgets biennaux de l'OMS de 1998 à 2009

(en milliards de dollars US)

Années	Montants Budget OMS
1998-1999	4,4
2000-2001	4,3
2002-2003	4,6
2004-2005	4,6
2006-2007	3,3
2008-2009	3,7

Source : Stratégie de Coopération avec les Pays, OMS (1998 à 2009)

³⁷ Bien établie comme outil de planification à moyen terme de l'OMS au niveau des pays, la SCP vise plus de pertinence et de focalisation dans l'établissement des priorités, plus d'efficacité dans la réalisation des objectifs et une plus grande efficacité dans l'utilisation des ressources affectées à l'action de l'OMS dans les pays. Les documents de SCP en harmonie avec le 11^{ème} Programme général de Travail de l'OMS et le Cadre stratégique à moyen terme, prennent en compte les priorités sanitaires des pays définies dans les plans nationaux de développement sanitaire et les plans sectoriels de lutte contre la pauvreté. Ils sont synchrones avec le Plan Cadre des Nations Unies pour l'Aide au Développement (UNDAF) en vue d'atteindre les OMD.

six biennums allant de 1998 à 2009, il est en moyenne de 4,1 milliards de dollars US.

Au Togo, de 1984 à 2003, l'évolution des budgets biennaux successifs de l'OMS sur les dix périodes biennales correspondantes est aussi fluctuante³⁸ car ces allocations budgétaires sont fortement dépendantes des ressources extrabudgétaires mobilisées par la représentation de l'OMS au niveau du pays. Sur cette période, le budget biennal moyen a été de 4,9 millions de dollars US et représentait 8,7% du budget de la santé.

En Côte d'Ivoire sur la période allant de 1995 à 2003, OUATTARA F. S. (2005) a fait les mêmes observations sur les caractères fluctuant et dépendant des appuis financiers de l'OMS. Mais, il note que le budget biennal moyen s'établit environ 2 millions de dollars US soit 1,8% du budget de la santé.

Au Bénin, au Burundi, au Congo-Brazzaville, au Cameroun et au Tchad, la contribution financière de l'OMS a atteint 7% du budget de la santé au cours de la période allant de 2000 à 2005, c'est ce que relève le rapport 2006 de l'OMS sur les «orientations stratégiques de l'action de l'OMS dans la région africaine, 2000-2005». Elle a atteint 5,5% du budget de la santé (Congo-Brazzaville, Gabon, Ghana, Kenya, Mali) pendant la même période alors qu'elle était inférieure à 1% en Afrique du Sud. En Centrafrique, à Madagascar et en Mozambique, elle représentait jusqu'à 9% du budget de la santé au cours de cette période.

³⁸ Publications «Stratégies de Coopération de l'OMS avec les Pays», Togo (1984-1987 ; 1988-1991 ; 1992-1995 ; 1996-1999 ; 2000-2003)

*Mémoire du DESS Economie de la Santé, présenté par Dr Eustache Y. DADJO-GUEWA,
12^{ème} promotion ISMS / CESAG, juin 2011
Sous la direction de Dr Farba Lamine SALL*

Chapitre 3 : METHODOLOGIE DE RECHERCHE

L'étude porte sur le financement du système de santé en particulier sur la contribution financière de l'OMS au fonctionnement du système de santé du Togo. Ce chapitre a pour but d'exposer la méthodologie utilisée dans cette étude. Celle-ci repose essentiellement sur l'exploitation des documents et rapports statistiques disponibles dans les structures ciblées et complétées par les données issues des entretiens auprès des responsables de ces structures. Elle va décrire la nature et la population de l'étude, les sources de collecte de données, la méthode et le plan d'analyse des données collectées.

3.1. Nature et population de l'étude

Ce travail est une étude descriptive, rétrospective, et comparative qui porte sur les données recueillies de 2004 à 2009.

Pour la réalisation de cette étude, nous choisissons comme sous populations, les agents de financement suivants :

- **L'Organisation Mondiale de la Santé au Togo**

Pour le financement de la santé, nous ne prenons en compte que les fonds réellement engagés aussi sur le plan des ressources propres aussi bien que des ressources extrabudgétaires. Cette étude est faite sur la base de l'évolution générale des appuis financiers de l'OMS sur la période 2004 à 2009 et de sa répartition selon les principaux domaines d'activités.

- **Le Ministère de la Santé**

Pour ce qui est du financement par le Ministère de la Santé, nous ne prenons en compte que le budget exécuté (ressources internes et externes). Les ressources du Ministère de la Santé proviennent du budget de l'Etat. Cette étude nous permet de voir l'évolution des appuis financiers de l'OMS par

rapport aux évolutions du budget du Ministère de la Santé et du budget général.

▪ **Les Autres Agents de Financement (AAF)**

Ils sont essentiellement représentés par les agences de développement du secteur sanitaire comme celles des Nations Unies (PNUD, UNICEF, FNUAP), les partenaires au développement dans le cadre de la coopération bilatérale et multilatérale (confère annexe 2). Pour leur contribution, nous prenons en compte les fonds réellement reçus par le Ministère de la Santé. Ceci nous permettra de voir l'évolution de leur appui financier au cours de notre période d'étude et de déterminer la part de l'appui de l'OMS par rapport à ces autres bailleurs de fonds.

3.2. Collecte des données

La collecte des données a été réalisée du 26 octobre 2010 au 22 janvier 2011. Les sources de collecte de données retenues pour cette étude sont les suivantes :

- OMS, Représentation au Togo,
- Ministère de la Santé Publique : Direction Générale de la Santé, Direction de la Planification, Direction des Affaires Financières au service des appuis extérieurs, Direction des Affaires Communes, Direction des Soins de Santé Primaires, Direction de la Santé Familiale, directions des Etablissements de Soins, Direction de l'Epidémiologie, Plan National de Développement Sanitaire, Directions régionales de la Santé.
- Ministère de l'Economie et des Finances : Direction Générale des Finances, la Direction du Budget.
- Rapports des Enquêtes Démographiques et de Santé du Togo (EDST)

réalisées sous la responsabilité de la Direction Générale de la Statistique et de la Comptabilité Nationale (DGSCN) et publiées en janvier 2008.

- Rapports des agences de développement présentes dans le secteur de la santé notamment celles du système des Nations Unies (PNUD, FNUAP, UNICEF), d'autres agences multilatérales (Fonds Mondial de lutte contre le Sida, la Tuberculose et le Paludisme, Fonds GAVI), des institutions de Brettons Wood, de l'Union Européenne, de la Banque Africaine de Développement, de l'Union Economique et Monétaire Ouest Africaine, de la Banque Islamique de Développement.

La méthode d'échantillonnage adoptée a été non probabiliste. Les techniques d'échantillonnage ont été respectivement le choix raisonné pour les différentes sources de collecte de données retenues et le choix par commodité en ce qui concerne les responsables susceptibles de faciliter la collecte des données au niveau des différentes structures ciblées.

En ce qui concerne la collecte des données, deux techniques de collecte ont été utilisées :

- l'entretien avec les responsables des structures ciblées
- l'exploitation de documents officiels, des publications scientifiques et de supports informatiques.

Pour mettre en œuvre ces techniques, les outils de collecte suivant sont respectivement utilisés :

- le guide d'entretien en vue du recueil de données : il a été adressé à un responsable de chacune des structures ciblées. Il nous a permis de sensibiliser les responsables par rapport à nos objectifs de collecte et de mieux appréhender l'organisation interne des structures concernées. Ce guide d'entretien adressé aux responsables des structures ciblées comprend

principalement les informations suivantes : montants des appuis financiers de la structure au cours de la période d'étude, différents domaines d'activités, répartition des appuis financiers selon le domaine d'activités, le niveau de la pyramide sanitaire, par région sanitaire et par district sanitaire.

- Fiche de dépouillement en rapport avec les données recherchées.

3.3. Méthode d'analyse et traitement des données

Nous avons fait recours à deux méthodes d'analyse : qualitative et quantitative. L'analyse qualitative nous a servi à analyser les données issues des entretiens et de l'exploitation des documents obtenus auprès des structures ciblées. L'analyse quantitative quant à elle, a consisté essentiellement en une analyse descriptive des données financières collectées. Celles-ci sont compilées sous forme de tableaux ou traduites en graphiques de courbes, de barres et d'histogrammes à l'aide du logiciel Excel 2007. La saisie des données a été réalisée à l'aide du logiciel Word 2007.

3.3. Plan d'analyse

A partir des données financières collectées, la démarche dans cette étude analytique va consister:

- d'une part à dégager le flux financier consenti par l'OMS en appui au système de santé du Togo, à identifier l'évolution de cet appui financier au cours de la période 2004 à 2009 et à déterminer ensuite sa répartition selon les différents domaines d'activités auxquels il a été alloué,
- et d'autre part, à évaluer la part que représente cet appui dans le dispositif de financement du système de santé afin de déterminer son importance dans le fonctionnement du système de santé du Togo, ceci par rapport aux

contributions financières de l'Etat (Ministère de la Santé) et des Autres Agents de Financement.

Les montants relatifs aux sources de financement sont des crédits exécutés et non des dotations votées.

Dans sa Stratégie de Coopération avec les Pays, l'OMS exécute ses activités suivant des plans biennaux. Les données sur l'appui financier de l'OMS couvrent donc des périodes biennales alors que celles recueillies auprès du Ministère de la Santé et des Autres Agents de Financement sont annuelles. Par conséquent, la comparaison de l'évolution et de la part des appuis financiers de l'OMS avec les budgets de l'Etat et des autres partenaires au développement se fera sur des périodes biennales.

3.5. Limites de l'étude

Une première limite qu'il nous faut signaler est que notre étude s'intéresse uniquement aux agents de financement suivants : l'OMS, le Ministère de la Santé et les autres Partenaires au Développement. Il arrive que l'OMS finance des ONG ou autres groupements directement sans passer par les structures de l'Etat, mais ceci reste résiduel. Dans ce cas, nous ne tenons pas compte de ces données. En plus, les montants des budgets de l'OMS utilisés dans notre étude ne prennent pas en compte les dépenses pour fournir au pays l'assistance technique prise en charge par le Bureau régional de l'OMS et le siège Genève.

Nous n'avons pas pu aussi obtenir auprès de la Représentation de l'OMS les données précises sur la répartition de leur appui financier par région sanitaire et par rapport à chaque niveau de la pyramide sanitaire.

Les difficultés qui ont rendu pénible la collecte des données sont imputables à la lourdeur administrative et surtout au non disponibilité de

l'information sanitaire notamment au niveau du Ministère de la Santé. Il y a aussi le refus de quelques agences de développement de communiquer leurs données. Il faut également relever que le pays ne dispose pas régulièrement de comptes nationaux de la santé. A cela s'ajoutent les écarts existants entre les données recueillies dans différentes documentations (sources Ministère de la Santé, OMS, Ministère des Finances, DGSCN).

Une autre limite de notre étude réside dans le fait que l'exécution des différents budgets de l'OMS se fait sur des périodes biennales. En ce qui concerne donc certains agrégats macroéconomiques comme le PIB, les budgets de l'Etat et du Ministère de la Santé, nous avons été obligés parfois de les agréger par période biennale dans le but de permettre une analyse comparative des données avec les mêmes ordres de grandeur.

DEUXIEME PARTIE
RESULTATS ET COMMENTAIRES

Dans cette deuxième partie, la présentation des résultats et leurs commentaires se feront au fur et à mesure de leur présentation afin de les rendre plus compréhensibles. Notre système d'analyse consiste d'abord à présenter les caractéristiques générales de l'appui financier de l'OMS au système de santé du Togo dans le chapitre 4, ensuite à déterminer l'importance de cette contribution par rapport aux autres acteurs du financement du système de santé dans le chapitre 5. Nous proposerons des recommandations à l'issue.

CESAG - BIBLIOTHEQUE

Chapitre 4 : CARACTERISTIQUES DE L'APPUI FINANCIER DE L'OMS AU SYSTEME DE SANTE DU TOGO DE 2004 A 2009

Dans le chapitre 4, les caractéristiques suivantes seront déterminées : l'évolution des différents appuis financiers au cours de cette période, la répartition des dépenses de santé suivant les grands domaines d'intervention auxquels ces appuis ont été consentis et dans le chapitre, nous analyserons la part de l'appui de l'OMS dans le dispositif de financement du système de santé.

4.1. Evolution des appuis financiers de l'OMS de 2004 à 2009

La mise en œuvre de la stratégie de coopération de l'OMS avec l'Etat togolais est déclinée à travers des plans biennaux. Ainsi donc, les périodes budgétaires sont biennales. Cette analyse porte sur les ressources financières (ressources ordinaires ou propres et ressources volontaires ou extrabudgétaires) affectées par l'OMS au Ministère de la Santé.

Le tableau 5 ci-après présente les montants des différents appuis de l'OMS en faveur du système de santé du Togo au cours de chaque période biennale.

Tableau 5 : Appuis financiers de l'OMS de 2004 à 2009 (Montants en USD)³⁹

Périodes budgétaires (biennales)	Montants	Taux de croissance
2004-2005	5 873 000	
2006-2007	4 354 000	-25,9%
2008-2009	2 543 323	-41,6%

Source : OMS Bureau pays

³⁹ Ces montants sont non exhaustifs et ne prennent pas en compte les dépenses pour fournir au pays l'assistance technique prise en charge par le Bureau régional de l'OMS et le Siège Genève.

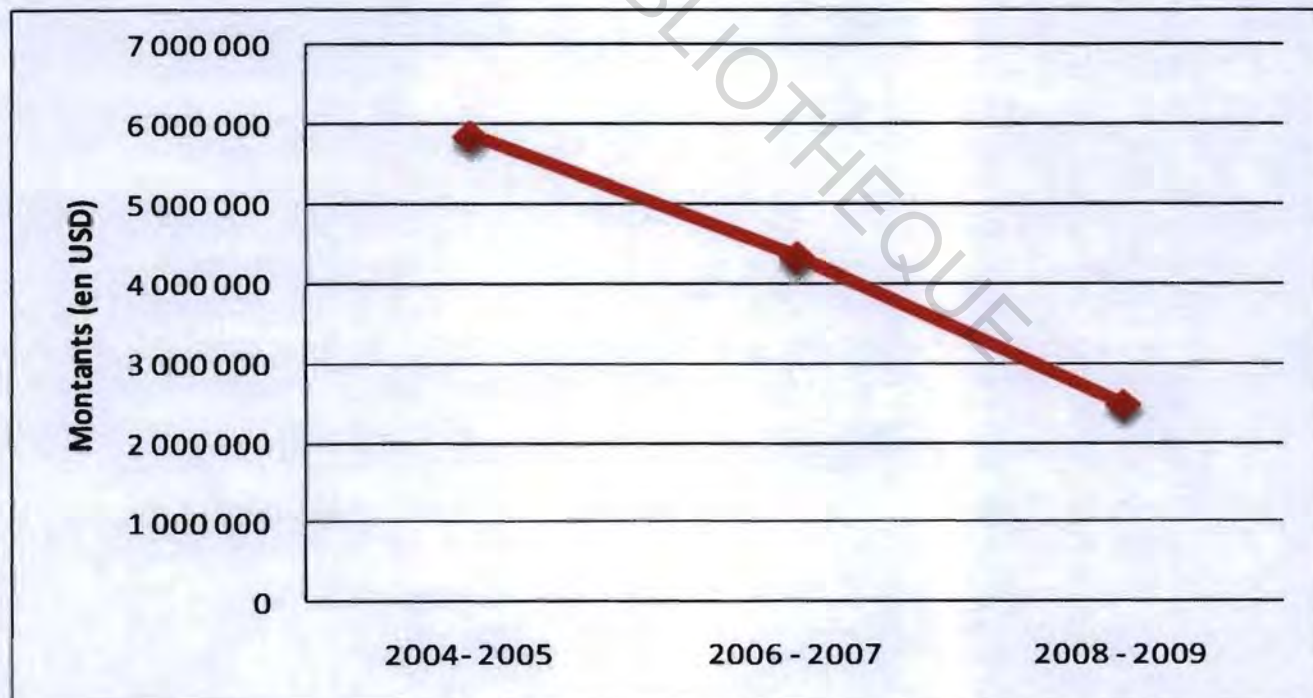
*Mémoire du DESS Economie de la Santé, présenté par Dr Eustache Y. DADJO-GUEWA,
12^{ème} promotion ISMS / CESAG, juin 2011*

Sous la direction de Dr Farba Lamine SALL

Au plan des allocations budgétaires, le système de santé du Togo a reçu de la part de l'OMS respectivement 5 873 000 et 4 354 000 USD au cours des biennums 2004-2005, 2006-2007 et 2 543 323 USD au cours du dernier biennium 2008-2009. Le graphique 1 (ci-après) illustre l'évolution de ces allocations financières. Il montre que ces appuis financiers au système de santé togolais au cours de la période de 2004 à 2009 sont irréguliers.

La fluctuation de la courbe montre une décroissance dans l'évolution des allocations. De 5 873 000 USD dans la période biennale 2004-2005, ces appuis ont connu une décroissance de 25,9% passant à 4 354 000 USD dans la période biennale suivante (2006-2007) et une autre encore de 41,6% passant à 2 543 323 USD pour le biennium 2008-2009, ceci par rapport à la précédente.

Graphique 1 : Evolution des appuis financiers de l'OMS (en USD)



Source : construit par l'auteur

Ces résultats confirment notre hypothèse H1 selon laquelle l'appui financier de l'OMS au système de santé togolais est fluctuant et dégressif sur cette période.

Ce fléchissement des allocations au cours des deuxième et troisième biennium est imputable à une difficulté de la mobilisation des ressources extrabudgétaires (fonds volontaires), ce qui n'a pas permis d'atteindre les montants prévus. Celle-ci pourrait être liée au contexte de la crise financière internationale en cette période. Toutefois, les prévisions budgétaires n'avaient pas changé et l'allocation pour le budget régulier durant ces périodes a connu une augmentation, ce qui a permis de rehausser le niveau de sécurisation de la mise en œuvre des activités.

Ceci a été également noté au Mali où les budgets programmes ont connu un déficit sur la même période passant respectivement de 7 619 000 USD à 6 040 000 USD puis à 5 560 000 USD pour les trois périodes biennales définies⁴⁰, soit une décroissance de 21% de la première période biennale à la deuxième, et une décroissance de 8% de la deuxième à la troisième. Ici aussi, les budgets réguliers sont restés plus ou moins stationnaires tandis que les fonds volontaires ont diminué car leur mobilisation n'a pu être assurée.

Par contre au Bénin, les allocations budgétaires de l'OMS ont connu un accroissement au cours de cette période. Elles s'élèvent respectivement pour chaque période biennale à 2 255 000, 2 450 000 et 2 605 000 USD soient des taux de croissance respectifs de l'ordre de 9% et 8%⁴¹.

Mieux encore, ces allocations budgétaires ont connu un accroissement de manière substantielle au Congo-Brazzaville, au Gabon et au Sénégal au cours de la même période :

⁴⁰ Stratégie de coopération de l'OMS avec les Pays, Mali, 2010-2015

⁴¹ Stratégie de coopération de l'OMS avec les Pays, Bénin 2009-2013

- *Au Congo-Brazzaville*, elles étaient respectivement de 2 120 770, 5 399 313 et 5 540 000 USD pour les trois périodes biennales avec donc un fort taux de progression de l'ordre de 154% en faveur du deuxième biennum⁴², suivi d'une légère progression de l'ordre de 3% en faveur du troisième biennum. Le budget régulier ici aussi n'a pas suivi de modifications, l'essentiel des ressources sont issues des contributions volontaires (extrabudgétaires).

- *Au Gabon*⁴³, elles sont passées respectivement de 2 775 588 USD à 2 901 000 USD puis à 4 921 000 USD pour les première, deuxième et troisième périodes biennales ce qui correspond à des taux de croissance de l'ordre de 4,52% et 69%.

- *Au Sénégal*, le budget total mobilisé a légèrement augmenté de la période 2004-2005 à la période 2006-2007, passant de 4 406 000 USD à 4 522 000 USD⁴⁴. Ce budget est passé à 7 817 000 USD pour la période 2008-2009 soit un taux élevé de progression d'environ 73%.

D'une manière générale, l'analyse de l'évolution (croissante ou décroissante) des allocations budgétaires de l'OMS en appui aux pays montre qu'elle dépend le plus du fait de la fluctuation des fonds volontaires que des budgets réguliers qui eux connaissent une relative stabilité.

4.2. Evolution des appuis financiers par domaines d'activités

4.2.1. Les principaux domaines d'intervention

Le tableau 6 présente les principaux domaines d'activités dans lesquels intervient l'OMS au cours de chaque période biennale. On observe 5 grands

⁴² Stratégie de coopération de l'OMS avec les Pays, Congo, 2009-2013

⁴³ Stratégie de coopération de l'OMS avec les Pays, Gabon, 2008-2013

⁴⁴ Stratégie de coopération de l'OMS avec les Pays, Sénégal, 2009-2013

domaines d'intervention de l'OMS dans son appui au système de santé du Togo que sont :

- la lutte contre les maladies transmissibles,
- l'appui technique au développement d'ensemble des programmes de santé,
- la santé de la mère et de l'enfant,
- le développement des systèmes et services de santé et
- la promotion de la santé.

CESAG - BIBLIOTHEQUE

Tableau 6 : Répartition des appuis financiers par grands domaines d'activités
(Montants en milliers USD)

DOMAINES D'ACTIVITES	PERIODES BUDGETAIRES		
	2004-2005	2006-2007	2008-2009
Lutte contre les maladies transmissibles	3 112,69	1 132,04	2 018,95
Appui technique au développement d'ensemble des programmes de santé	1 057,14	2 046,38	350,30
Santé de la mère et de l'enfant	822,22	304,78	46,09
Développement des systèmes et services de santé	469,84	435,40	106,34
Promotion de la santé	293,65	391,86	21,64
Divers (renforcement capacités techniques et gestionnaires de l'équipe de pays, renforcement de la coordination et du partenariat dans le secteur sanitaire, promotion de la collaboration intra et intersectorielle, etc.)	117,46	43,54	0,00
TOTAL	5 873,00	4 354,00	2 543,32

Source : OMS -Togo

4.2.1.1. La lutte contre les maladies transmissibles

Les appuis de l'OMS au cours de ces trois périodes ont concerné :

- ❖ *la surveillance des maladies à potentiel épidémique* (méningite, choléra et dysenterie,...) ainsi que la surveillance au cas par cas de la rougeole, de la fièvre jaune et des poliomyélites flasques aiguës,
- ❖ *la prévention, la lutte et l'éradication des maladies* par une amélioration de la prise en charge des malades et une mobilisation sociale soutenue qui ont eu pour impact la réduction significative du nombre de cas de la dracunculose de 63%, le nombre de villages endémiques ayant passé de 100 à 24, un franchissement du seuil d'élimination de la lèpre et la réalisation d'un taux de couverture géographique supérieure à 90% et une couverture thérapeutique supérieure à 80% en ce qui concerne la l'onchocercose.
- ❖ *l'immunisation* à travers les campagnes nationales intégrées de vaccination répétées contre la rougeole, la polio tout en assurant l'administration de mébendazole et la distribution de moustiquaires imprégnées à plus de 875 000 enfants âgés de 9 à 59 mois,
- ❖ *le développement de politiques et de stratégies* notamment
 - politique nationale d'accès universel au traitement ARV, plan stratégique de lutte contre le VIH/ Sida 2007-2010, système national de suivi médical des PVVIH, plan de mise en œuvre de la PTME ;
 - évaluation de la stratégie DOTS (Traitement de brève durée sous surveillance directe) dans 5 districts ;
 - élaboration d'un plan de collaboration des activités VIH/Tuberculose ;
 - élaboration de la nouvelle politique du traitement du traitement du paludisme basée sur les ACT (Combinaisons Thérapeutiques à base

d'Artemisinine), mise en place d'un système de pharmacovigilance pour les ACT ;

- organisation de la toute première campagne de distribution de moustiquaires imprégnées réalisée à l'échelle d'un pays ;
- élaboration des plans nationaux de lutte contre l'ulcère de Buruli, le noma.

L'OMS a également contribué au cours de cette période 2004-2009 dans la lutte contre les maladies transmissibles à :

- l'élaboration des divers outils pour la surveillance des maladies en vue de la certification de leur éradication/ élimination (polio, tétanos néonatal, ver de Guinée, onchocercose, lèpre, rougeole).
- dans la prévention et la lutte contre les épidémies, les inondations et autres catastrophes (étude de la vulnérabilité du Togo aux situations
- d'urgence, le volet santé du plan ORSEC, plan d'assistance humanitaire pour la gestion des réfugiés et des personnes déplacées, plan de contingence des agences du système des Nations Unies, plan de lutte contre les épidémies).

Elle a soutenu la gestion de plusieurs épidémies en l'occurrence les épidémies de choléra récurrentes dans les régions de Lomé-commune et Maritime, de méningite dans la région septentrionale des Savanes, de grippe aviaire, de fièvre jaune et la gestion de diverses situations d'urgence survenues dans le pays (troubles sociopolitiques, inondations et crises alimentaires). La principale difficulté que posent les interventions dans ces situations d'urgence est l'absence d'une approche multisectorielle de leur gestion. La mise en œuvre de celle-ci permettrait une plus grande efficacité.

4.2.1.2. L'appui technique au développement d'ensemble des programmes de santé

C'est le domaine de pilotage du secteur de la santé. Les activités significatives que l'OMS a réalisées durant ces trois biennums sont :

- les revues annuelles de la santé et évaluations du PNDS 2002-2006,
- la contribution à l'élaboration du PNDS 2009-2013,
- la contribution à l'élaboration du plan intérimaire des actions prioritaires du secteur santé (PIAP) 2008-2010 et du document de stratégie nationale axée sur les OMD,
- la contribution à l'élaboration des comptes nationaux de la santé,
- l'appui à la mobilisation des ressources notamment à travers le Fonds mondial de lutte contre le Sida, la tuberculose et le paludisme et l'Alliance GAVI ;
- l'appui à la coordination du secteur santé en tant que chef de file des partenaires de la santé.

L'OMS a également apporté son appui technique à l'élaboration de plusieurs textes réglementaires et législatifs, notamment le code de la santé, le code de l'hygiène, la loi sur les PVVIH, la loi sur l'environnement, la loi sur la santé de la reproduction.

4.2.1.3. La santé de la mère et de l'enfant

Les réalisations les plus significatives de l'OMS concernent :

- l'élaboration d'une feuille de route pour la réduction de la mortalité maternelle et néonatale ;
- le développement d'un outil de plaidoyer REDUCE/ALIVE ;
- l'adoption de la loi sur la santé de la reproduction ;
- l'instauration des revues/ audits des décès maternels et néonataux ;

- la réalisation de plusieurs campagnes nationales de vaccination (polio, rougeole, fièvre jaune) ;
- l'introduction de nouveaux vaccins (contre l'hépatite, la grippe porcine) ;
- l'extension de la mise en œuvre de la PCIME dans ses volets clinique, communautaire et son enseignement dans les écoles de formation des professionnels de la santé et
- l'élaboration d'un plan stratégique 2008-2012 pour la santé des adolescents et des jeunes.

4.2.1.4. Le développement des systèmes et services de santé

Les principaux résultats de l'action de l'OMS concernent :

- l'élaboration d'un plan national de développement des ressources humaines ;
- la formation des personnels de santé de toute catégorie ;
- l'appui à la dévolution du Centre de formation en santé publique à Lomé ;
- l'évaluation de la performance des districts sanitaires ;
- les revues et évaluation des programmes prioritaires et le développement d'un système informatisé de gestion de l'information sanitaire avec l'élaboration du logiciel «SNISDATA» et de registres autocopiants (expérience dans le district sanitaire de Kloto), système retenu pour être étendu à l'ensemble du pays.

4.2.1.5. La promotion de la santé

Les directives et orientations stratégiques de l'organisation ont été largement diffusées à l'occasion des journées mondiales de la santé et il a été noté une prise de conscience accrue des populations vis-à-vis de certains problèmes de santé tels le VIH/Sida, le paludisme, la tuberculose, la mortalité de la mère et

de l'enfant. Le nombre des ONG et associations œuvrant dans le domaine de la santé a fortement augmenté passant de 120 en 1991 à 1300 en fin 2007. L'OMS a mené des activités dans le cadre de la santé bucco-dentaire en venant en appui à l'Association des Chirurgiens-Dentistes du Togo pour l'organisation des quinzaines de la santé bucco-dentaire et aussi dans le cadre de la santé mentale et de la toxicomanie avec le financement d'un projet pilote à Nadoba (région sanitaire de la Kara) étendu à 6 districts sanitaires. Le pouvoir législatif est devenu plus sensible aux questions de santé comme en témoigne l'adoption courant 2005 par le Parlement togolais du Code de la santé, de la Convention cadre de l'OMS pour la Lutte Antitabac, la loi relative à la Protection des Personnes Vivant avec le VIH/SIDA.

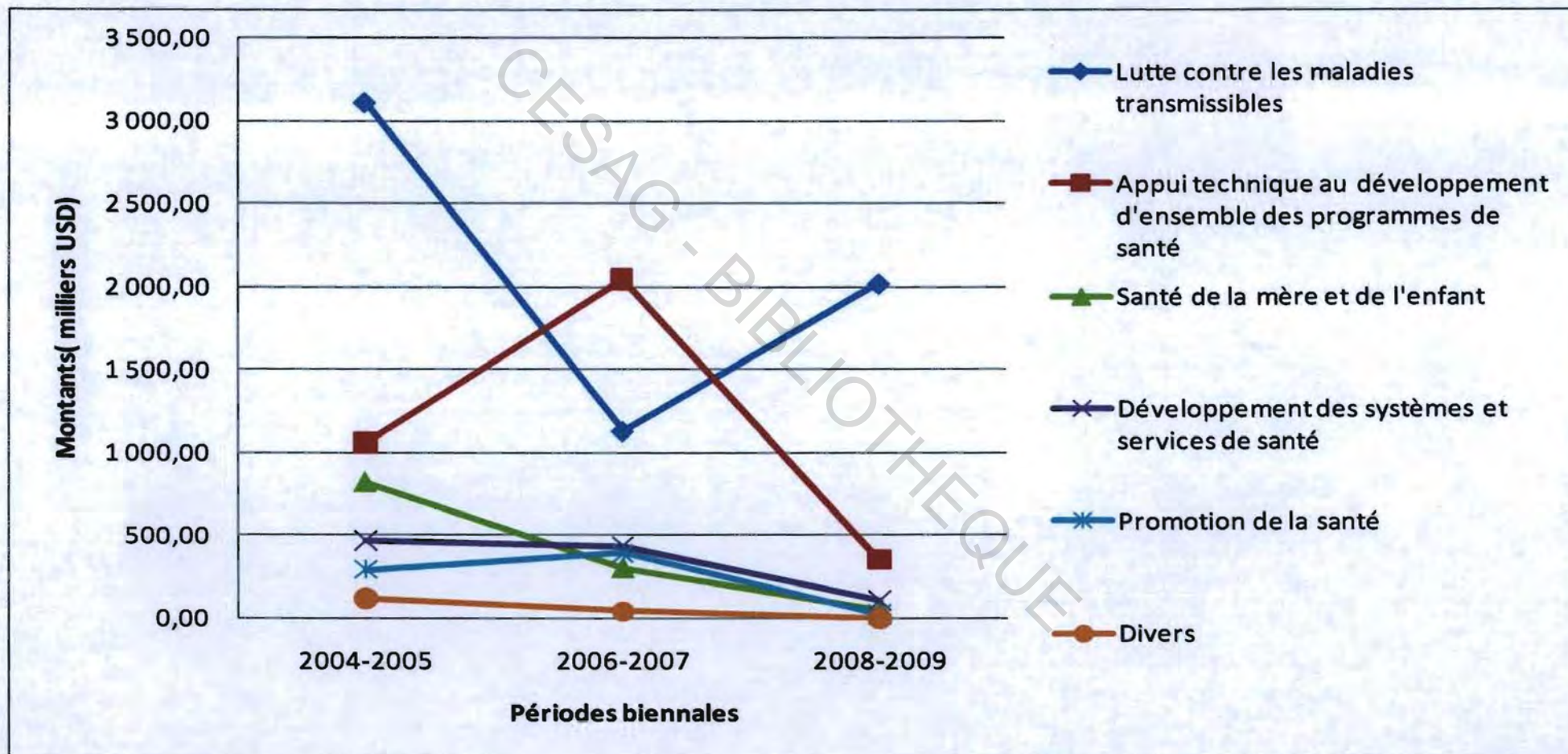
4.2.2. Evolution de la répartition des appuis financiers de l'OMS selon les domaines d'activités

Elle est illustrée par le graphique 2 et montre globalement des variations plus ou moins importantes pour chaque domaine d'activité suivant la période budgétaire. Elle est globalement décroissante en valeur nominale sur les trois périodes biennales.

La lutte contre les maladies transmissibles a connu une diminution de son allocation en 2006-2007. Elle est passée de 3 113 000 USD à 1 132 000 USD pour ensuite remonter à 2 018 000 USD au cours du biennium suivant.

L'appui technique au développement d'ensemble des programmes de santé a connu par contre une augmentation de son allocation pendant cette même période avant de fléchir en 2008-2009. D'un montant de 1 057 000 USD pour le biennium 2004-2005, elle a doublé au cours de la période 2006-2007 s'élevant à 2 046 000 USD pour retomber à 350 000 USD.

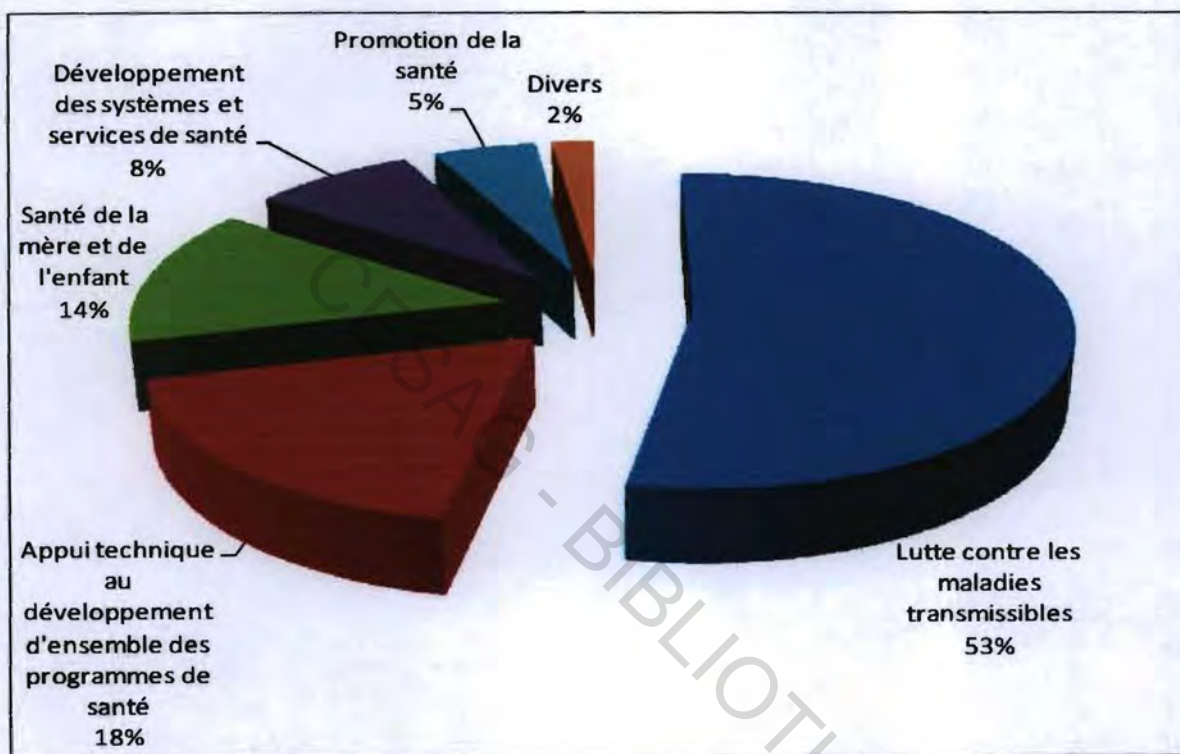
Graphique 2 : Evolution des appuis financiers de l'OMS par domaine d'activités (en milliers USD)



Source : construit par l'auteur

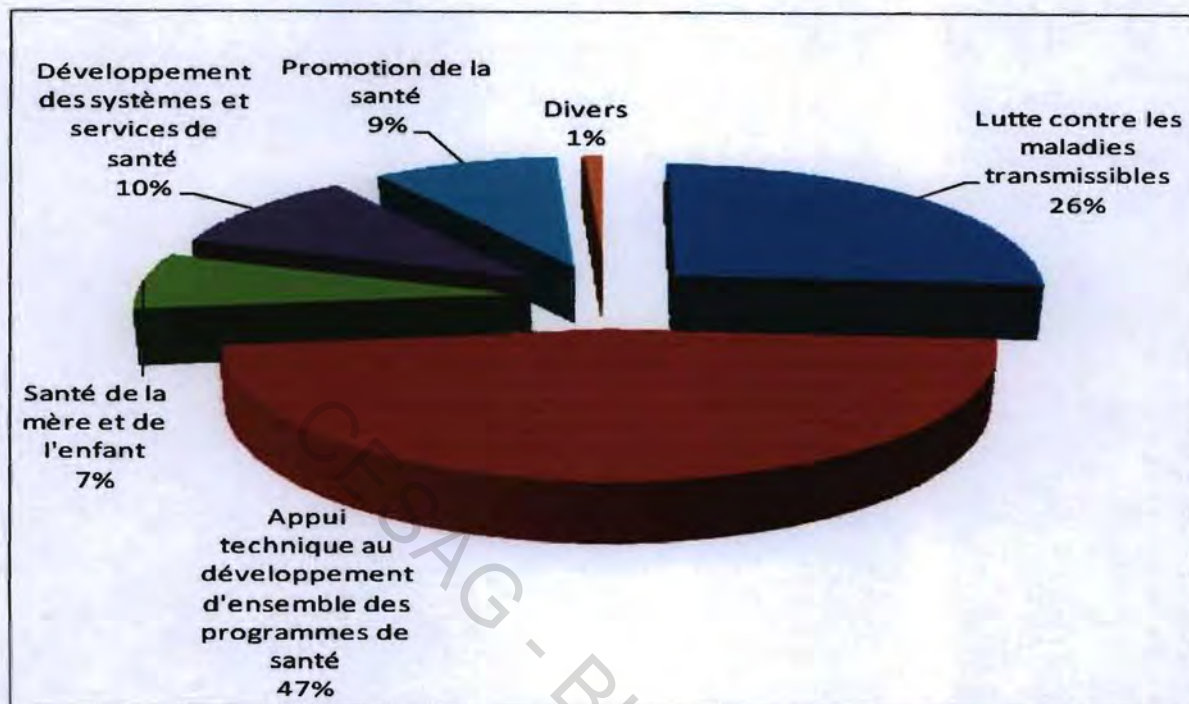
Les graphiques 3, 4 et 5 présentent la répartition de ces appuis financiers de l'OMS suivant ses principaux domaines d'intervention.

Graphique 3 : Répartition des appuis de l'OMS par domaine d'activités (biennium 2004-2005)



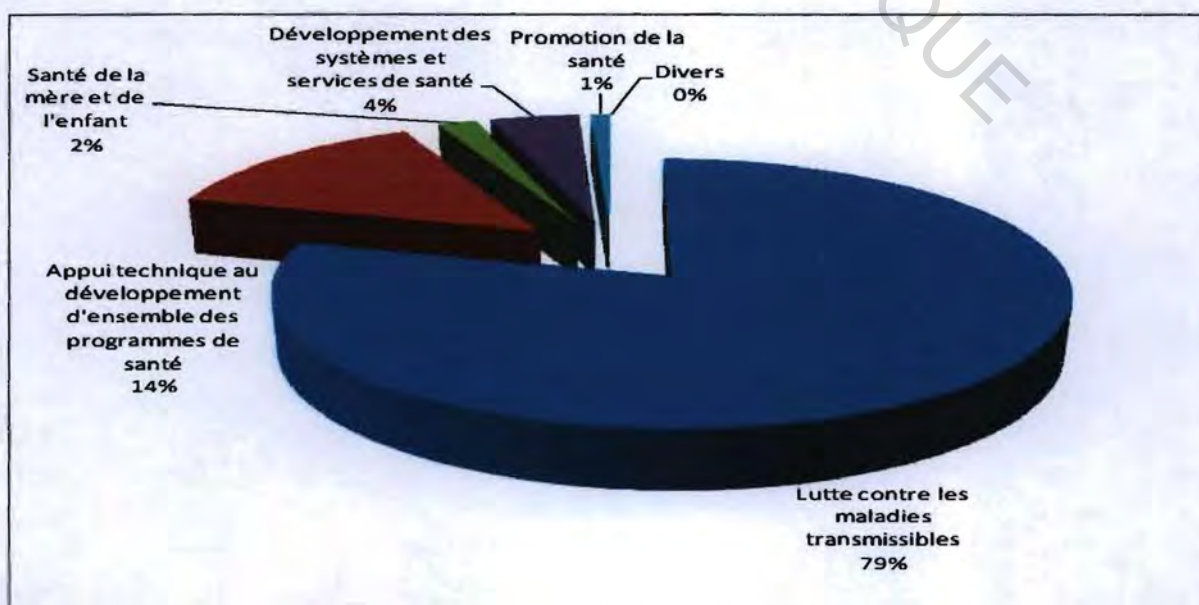
Source : construit par l'auteur

Graphique 4 : Répartition des appuis de l'OMS par domaine d'activités (biennium 2006-2007)



Source : construit par l'auteur

Graphique 5: Répartition des appuis de l'OMS par domaine d'activités (biennium 2008-2009)



Source : construit par l'auteur

D'une manière générale, la lecture des graphiques 2, 3, 4 et 5 dénote de l'importance que l'OMS accorde à la lutte contre les maladies transmissibles et à l'appui technique au développement d'ensemble des programmes de santé. La part des appuis consentis à ces deux domaines d'activités est globalement supérieure à 70% du budget exécuté par l'OMS avec 71% pour le biennium 2004-2005, 73% pour le biennium 2006-2007 et 93% pour le biennium 2008-2009. Cependant, ces deux domaines d'activités ont subi des fluctuations sensibles en sens inverse :

- d'abord une baisse en 2006-2007 puis une hausse en 2008-2009 pour la lutte contre les maladies transmissibles passant de 3 112 000 USD à 1 132 mille USD pour remonter à 2 018 000 USD.

- ensuite une hausse en 2006-2007 puis une baisse en 2008-2009 pour l'appui technique d'ensemble aux programmes de santé passant de 1 057 à 2 046 000 USD pour baisser à 350 000 USD.

La lutte contre les maladies transmissibles reste absolument de loin le domaine d'activité qui reçoit le plus d'appui avec 53%, 26% et 79% respectivement pour les premier, deuxième et troisième bienniums. Toutefois, au cours du biennium 2006-2007, l'appui technique au développement d'ensemble des systèmes de santé a été le secteur d'activité ayant reçu le plus de financement (47% des appuis).

La part de l'appui aux autres secteurs d'activités que sont la santé de la mère et de l'enfant, le développement des systèmes et services de santé et la promotion de la santé est faible au cours des trois périodes biennales avec des fluctuations diverses. Ainsi, environ un quart des appuis leur a été alloué au cours de biennium 2004-2005 soit 27% et du biennium 2006-2007 soit 26%

alors que seulement 7% des appuis leur sont consacrés au cours de l'exercice 2008-2009.

L'allocation au profit de la santé de la mère et de l'enfant a connu une évolution fortement négative passant de 822 000 USD au cours du premier biennium à 305 000 USD au cours du deuxième biennium soit une baisse de 50% et à 46 000 USD au dernier biennium soit une fluctuation négative de -94% par rapport au premier exercice. L'appui au développement des systèmes et services de santé est plus ou moins stable au cours des deux premiers biennium soit environ 450 000 USD avant de connaître une baisse de moitié dans le dernier biennium avec 106 000 USD.

La promotion de la santé a connu une augmentation de son allocation au cours du deuxième biennium passant de 293,65 à 391, 86 000 USD soit 9% des appuis au système de santé avant de subir une baisse drastique au cours de du dernier biennium avec 21 640 USD soit seulement 1% des appuis.

En somme, on observe que dans sa stratégie de coopération avec le Togo, la part budgétaire consentie par l'OMS au domaine des Soins de Santé Primaires (SSP) à travers la lutte contre les maladies transmissibles et à l'appui technique au développement d'ensemble des programmes de santé est très importante. Celle-ci s'effectue essentiellement au niveau opérationnel de la pyramide sanitaire. Ces résultats confirment donc notre deuxième hypothèse H2 selon laquelle l'appui financier de l'OMS est principalement orienté dans lutte contre les maladies transmissibles et dans l'appui technique au développement d'ensemble des programmes de santé et se situe donc plus au niveau opérationnel de la pyramide sanitaire.

Cette orientation budgétaire répond bien donc au cadre d'actions en relation avec les axes stratégiques que l'OMS a définis avec l'Etat togolais et

qui visaient d'abord prioritairement à revitaliser les soins de santé primaires et donc la lutte contre les plus grandes causes de la mortalité et de la morbidité au sein des populations, en particulier chez les enfants que sont les maladies transmissibles. Ainsi, l'amélioration des principaux indicateurs de la santé même si elle n'est pas liée à l'action exclusive de l'OMS, celle-ci y a contribué de manière significative. On peut notamment constater que le Togo a connu une réduction des taux de mortalité néonatale (42‰ en 2006 à 38‰ en 2009), infantile (80‰ en 2002 à 77‰ en 2007) et infanto juvénile (143 à 123‰) [3]. Le taux de mortalité maternelle est passé de 478 pour 100 mille naissances vivantes à 453 de 2002 à 2009[4]. Les taux de couverture en CPN 1 et en accouchements assistés ont progressé respectivement de 74% à 83% et de 49% à 62% de 2002 à 2007.

Au cours de cette période, la prévalence au VIH dans la population générale est passée de 5,9% en 2002 à 3,2% en 2007. En ce qui concerne le paludisme par exemple, les taux d'enfants atteints de paludismes simple et grave correctement pris en charge sont passés à 73% et 77% respectivement en 2007, alors qu'ils n'étaient que de 33% et 54% en 2002. Le pourcentage d'enfants de moins de 5 ans dormant sous moustiquaires imprégnées a augmenté de 13% à 38% au cours de la même période et celui des femmes enceintes dormant sous moustiquaires imprégnées a augmenté de 17% à 58%. Le pourcentage de districts sanitaires ayant une couverture vaccinale en DTC3 \geq à 80% a connu une nette augmentation passant de 43% à 83%.

Au Sénégal, 54% du budget alloué par l'OMS est consacré aux objectifs liés à la lutte contre la maladie et à la santé de la reproduction. Il se dégage les mêmes observations au Bénin où plus de la moitié des ressources du budget ordinaire de l'OMS est consacrée à la lutte contre les maladies(28%), à

l'organisation des systèmes de santé (10%), à la santé de la mère et de l'enfant (8%) et à la santé et environnement (7%). Les fonds extrabudgétaires sont destinés à la vaccination et à la lutte contre la maladie.

Au Congo-Brazzaville aussi, l'essentiel des ressources de l'OMS issues des contributions volontaires (97%) est revenu au financement des programmes dans six domaines prioritaires principaux dont la lutte contre les maladies (36%), l'organisation et le développement des services de santé (18%).

D'une manière générale, nous constatons qu'au Togo et dans la plupart des pays d'Afrique subsaharienne, les principaux domaines d'intervention de l'OMS en appui à leurs systèmes sanitaires reposent essentiellement avec peu de variantes sur les mêmes axes stratégiques à savoir :

- la réduction du fardeau des maladies (transmissibles et non transmissibles),
- le renforcement des capacités humaines et institutionnelles du secteur de la santé,
- l'amélioration de la santé de la mère, de l'enfant et de l'adolescent,
- le renforcement du partenariat, de la coordination et de la mobilisation des ressources.

Chapitre 5 : IMPORTANCE DES APPUIS FINANCIERS DE L'OMS DANS LE DISPOSITIF DE FINANCEMENT DU SYSTEME DE SANTE DU TOGO

5.1. Importance des appuis financiers de l'OMS par rapport au budget du Ministère de la santé et au budget général

Il s'agit de ressortir à travers l'analyse du budget du Ministère de la Santé et celui de l'Etat (budget général), la part de contribution de l'OMS au financement du système de santé

5.1.1. Evolution du Budget Exécuté du Ministère de la Santé (Ressources Internes + Ressources Externes)

D'une manière générale, suivant les données du tableau 7 ci-après, le montant du budget du Ministère de la Santé en ressources internes a connu une augmentation en valeur absolue au cours de la période 2004 à 2009. Il est passé de 10,4 milliards de FCFA à 18,3 milliards de FCFA de 2004 à 2009 avec un léger fléchissement dans sa progression passant de 16,7 milliards de FCFA à 16 milliards de FCFA de 2006 à 2007. Cependant, sa part dans le budget général n'a véritablement pas évolué : elle est de 6% en moyenne. Avec l'appui budgétaire à la santé par les Partenaires au Développement, le total du budget de la Santé (ressources internes et ressources externes) au cours de cette période a connu une forte augmentation. Ce budget a plus que doublé passant de 22,2 milliards de FCFA en 2004 à 50,1 milliards FCFA en 2009 soit une croissance de 132%. Néanmoins, il a subi deux baisses successives en 2006 et en 2007 (cf. *tableau 7*) avec respectivement 25,2 et 23,6 milliards FCFA alors qu'il était à 26,9 milliards FCFA en 2005. Il a ensuite progressé fortement passant à 32 milliards FCFA en 2008 puis à 51,7 milliards FCFA en 2009. C'est dire qu'en dépit des difficultés socioéconomiques, le budget consenti par l'Etat

avec l'appui des Partenaires au développement dans le domaine de la Santé a connu une nette augmentation.

Tableau 7 : Evolution des appuis de l'OMS et des budgets exécutés du Ministère de la Santé et de l'Etat(en milliards de FCFA)

Années	2004	2005	2006	2007	2008	2009	Moyenne
PIB	1023	1113	1141	1188	1253	1327	1174
BE	199,7	202,8	254,1	259,6	307,6	350,1	262,32
BS(RI)	10,4	13,1	16,7	16	17,6	18,3	15,4
BS(RI)/BE *	5,2%	6,5%	6,6%	6,2%	5,7%	5,2%	6%
BS Total(RI+RE)**	22,2	26,9	25,2	23,6	32,2	50,1	30
BS Total(RI+RE)/BE	11,1%	13,3%	9,9%	9,1%	10,5%	14,3%	11,4%
OMS	2,94		2,18		1,27		2,13
OMS/BS Total	6,0%		4,5%		1,5%		4,0%

BE : Budget de l'Etat

BS(RI)* : Budget de la Santé avec les ressources internes seules

BS (RI+RE) ** : Budget de la Santé avec les ressources internes et externes

Sources : Ministère de la Santé, Ministère de l'Economie et des Finances,
OMS-Togo

Toutefois, au-delà de cette évolution du budget du Ministère de la Santé en valeur nominale, sa part dans celui de l'Etat n'est pas proportionnelle à cette évolution. Elle est en moyenne de 11,4% du budget général, valeur en deçà de l'objectif de 15% des dépenses publiques que doivent allouer tous les pays africains au secteur de la santé tel que fixé par la Déclaration d'Abuja 2001. En 2008, alors que ce budget était à 32 milliards FCFA, après une forte progression de 36% par rapport au budget précédent (23,6 milliards de FCFA

soit 9,1% du budget général), il ne représentait que 10,4% de ce budget soit une croissance de 14% seulement. La part du budget de la Santé a atteint 14,3% du budget général en 2009 (50,1 milliards de FCFA sur un total du budget général de 350,1 milliards) soit un taux de croissance moyen de 36% au cours de cette période. Cette importante augmentation est liée d'une part à la forte contribution des ressources externes au secteur de la santé d'une part (environ 32 milliards de FCFA pour un budget de la santé à 50,1 milliards de FCFA), et d'autre part à l'arbitrage favorable de l'Etat à ce secteur. La motivation principale de cet arbitrage est l'état de déliquescence avancé du secteur sanitaire caractérisé d'une part, sur le plan des ressources matérielles par une dégradation des infrastructures sanitaires, une insuffisance prononcée d'équipements et de matériels de soins dans les formations sanitaires et d'autre part sur le plan humain par une dégradation des conditions de travail du personnel déjà en nombre insuffisant avec comme conséquence une démotivation du personnel et une baisse de la qualité des soins.

Cette augmentation nominale du budget de la santé surtout sur les deux dernières années peut s'expliquer par l'amélioration du climat sociopolitique et de la situation économique nationale à cette période qui ont permis à l'Etat de mobiliser plus de ressources financières.

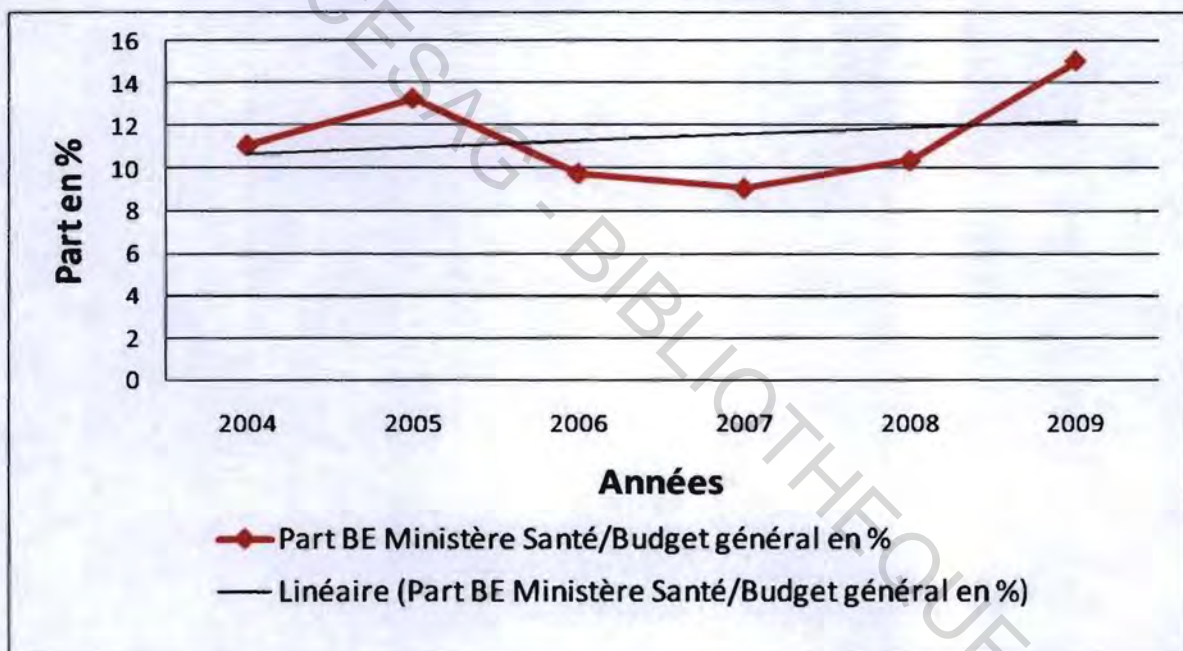
5.1.2. Part du budget du Ministère de la Santé par rapport au budget général (Budget de l'Etat)

De 2004 à 2009, la part du budget de la Santé a globalement augmenté comme l'indique le graphique 6 ci-après. Elle est passée de 11,1% du budget général en 2004 à 13,3% avant de connaître une baisse en 2006 et 2007, passant respectivement à 9,9% et 9,1%. Elle est remontée en 2008 à 10,5% du

budget général. En 2009, elle a nettement progressé pour atteindre 14,3% du budget général.

Mais, la diminution de la part du budget de l'Etat consenti au secteur de la santé au cours des années 2006 et 2007 peut être analysée par le fait que compte tenu de l'état de déliquescence des grands secteurs d'activités économiques et du tissu social engendrée par la longue crise sociopolitique,

Graphique 6: Evolution de la part du budget exécuté du Ministère de la Santé par rapport au budget général (budget de l'Etat)



Source : construit par l'auteur

certaines budgets dont celui de la santé ont été moins privilégiés au profit d'autres. Sa forte progression constatée au cours des années 2008 et 2009 peut être expliquée par la reprise économique engendrée par l'amélioration de ce climat sociopolitique depuis cette période, l'Etat bénéficiant de plus en plus des appuis de financement extérieurs pour mobiliser des ressources (prêts et dons) dans son dispositif de financement de la santé.

5.1.3. Importance des appuis de l'OMS par rapport au Budget du Ministère de la Santé

Les allocations budgétaires de l'OMS au secteur sanitaire s'élèvent respectivement à 2,94 milliards, 2,18 milliards et 1,27 milliards de FCFA pour les trois périodes biennales et représentent une moyenne 4% de part de contribution au secteur sanitaire. C'est une proportion faible mais non négligeable. C'est surtout en apportant de manière très importante son appui technique à la formulation des politiques sanitaires nationaux, en appuyant les pays à renforcer leurs capacités gestionnaires nationales d'une part, et les aidant à appliquer et à évaluer une stratégie nationale de santé d'autre part, qu'elle influe sur le développement sanitaire national.

En effet au Togo, l'OMS développe une coopération technique dans le domaine de la santé et assiste l'Etat togolais dans l'élaboration et l'exécution des programmes visant à combattre et à éradiquer la maladie tout en s'efforçant à promouvoir l'amélioration de la qualité de vie. Elle focalise son action au niveau du pays sur la définition des politiques, des stratégies, des normes et des directives techniques adaptées au contexte national et local. Son action est guidée en particulier par les objectifs nationaux de santé, les priorités régionales et mondiales de l'Organisation, les Objectifs du Millénaire pour le Développement, dans le respect des valeurs de base que sont le droit, la justice et l'équité.

L'action de l'OMS vise aussi, dans ses efforts de réorganisation une gestion plus intégrée des programmes, une utilisation plus rationnelle des ressources humaines et financières disponibles, une plus grande harmonisation des actions des différents partenaires de la santé, en vue d'un soutien plus

cohérent et plus adapté aux besoins des pays. Il faut rappeler que l'OMS vise quatre grandes missions :

- donner au monde entier des conseils dans le domaine de la santé,
- fixer des normes mondiales en matière de santé,
- coopérer avec les gouvernements au renforcement des politiques et programmes de santé,
- améliorer la production et la diffusion de l'information technique et scientifique de qualité au bénéfice des pays membres, faciliter les échanges d'informations et de connaissances et stimuler la recherche et l'innovation.

En se référant au tableau 7, nous observons que de 2006 à 2007, l'appui financier de l'OMS a baissé à 4,5% de part du budget du Ministère de la Santé (ressources internes et ressources externes) alors qu'elle était à 6% au cours du biennium 2004-2005. De 2008 à 2009, il ne représentait plus que 1,5% de part de ce budget. Ce fléchissement successif de la contribution de l'OMS au système de santé du Togo peut trouver plusieurs explications :

- Premièrement, c'est la difficulté de mobilisation par l'OMS des ressources extrabudgétaires compte tenu de la crise économique mondiale. Les prévisions budgétaires n'avaient pas changé, la mobilisation des ressources extrabudgétaires n'a pas été effective.

- Deuxièmement, l'OMS n'étant pas une agence de financement au sens strict du terme comme certaines agences du système des Nations Unies telles que la Banque Mondiale, le PNUD ou comme les bailleurs de fonds en l'occurrence les agents de coopération bilatérale et multilatérale (France, Allemagne, Etats- Unis, Chine, Union Européenne, Banque Africaine de Développement entre autres), elle renforce davantage son action sur

l'assistance technique. Celle-ci se fait notamment sur le plan des ressources humaines :

- * d'une part en fournissant en appui au système de santé du Togo l'expertise nécessaire dont il a besoin dans la conception, l'élaboration, l'exécution, le suivi-évaluation de ses plans sanitaires et ses programmes de santé et,

- * d'autre part, par l'appui en matériel (dons) aux différents niveaux de la pyramide sanitaire.

En somme, la part de la contribution de l'OMS au financement du secteur de la santé au cours de cette période est faible. Cependant, elle est de par ses domaines d'intervention très importante sur le plan de l'appui technique (confère sous-chapitre 4.2. Evolution des appuis financiers par domaines d'activités).

5.2. Importance des appuis financiers de l'OMS par rapport aux Autres Partenaires au Développement du Secteur de la Santé (APDSS)

5.2.1. Evolution de l'ensemble des Appuis des Partenaires Extérieurs(APE)

Le tableau 8 ci-après montre une forte contribution des appuis extérieurs dans le financement du secteur de la santé au Togo de 2004 à 2009, environ une part de contribution moyenne de 49% sur cette période.

L'ensemble des Partenaires au Développement est constitué des Agents du système des Nations Unies et ceux de la coopération bilatérale et multilatérale (confère Annexe 2). Ces appuis sont essentiellement constitués de dons et de prêts et les ressources provenant de ces appuis couvrent les activités des projets et programmes inscrits pour le compte du Département de la Santé. Ces appuis ont connu une forte augmentation au cours des années 2008 et

2009 après une tendance décroissante les trois années précédentes.

Tableau 8 : Evolution des Appuis des Partenaires Extérieurs (APE)
(en milliards FCFA)

Années	2004-2005	2006-2007	2008-2009	Moyenne
OMS	2,94	2,18	1,5	2,2
APDSS ⁴⁵	22,7	13,9	45	27,2
Total Appuis Partenaires Extérieurs	25,6	16,1	46,5	29,4
Part OMS/ Total APE ⁴⁶	11,7%	14%	3,2%	9,6%
Part APE/ BE Ministère Santé	51,6%	37%	57,4%	48,7%

Sources : Ministère de la Santé, OMS-Togo

- Pour la période allant de 2004 à 2005, avec un montant de 25,1 milliards (11,8 milliards de FCFA en 2004 et 13,8 milliards de FCFA en 2005), ils ont représenté la moitié du budget consacré à la santé avec 52% environ de part.
- Ensuite, pour la période allant de 2006 à 2007, les Appuis des Partenaires Extérieurs a connu une baisse passant à 16,1 milliards de FCFA (8,5 milliards en 2006 et 7,6 milliards de FCFA en 2007). Leurs parts ont donc sensiblement diminué ne représentant plus que 37% du budget alloué a la santé.
- Enfin, de 2008 à 2009, ces appuis extérieurs ont connu leur plus forte augmentation. Ils sont passés à 46,5 milliards de FCFA (14,6 milliards de FCFA en 2008 et 31,9 milliards de FCFA en 2009) contribuant ainsi à environ 57% du budget consenti au secteur de la santé.

L'importante baisse observée au niveau de l'ensemble des appuis des Partenaires au Développement au cours de la période 2006 à 2007 est due au retrait ou à la suspension de la contribution de certains d'entre eux notamment le Fonds Européen de Développement, la Banque Mondiale, la Coopération

⁴⁵ APDSS : Autres Partenaires au Développement du Secteur de la Santé

⁴⁶ APE : Appuis des Partenaires Extérieurs

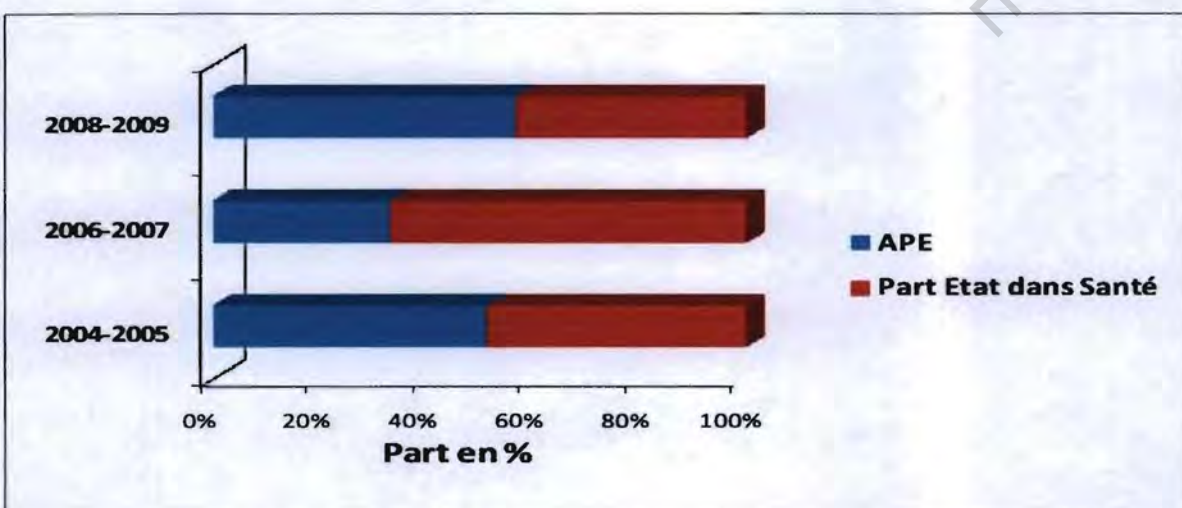
française suite à la crise sociopolitique postélectorale. Pendant cette période, l'Etat a eu beaucoup plus recours à des emprunts obligataires.

Les fortes hausses de ces appuis extérieurs au système de santé enregistrées en 2008 puis en 2009 pourraient s'expliquer par la confiance retrouvée entre l'Etat et les Partenaires au Développement suite à la normalisation de la situation sociopolitique.

5.2.2. Importance des appuis des Partenaires extérieurs dans le financement de la santé

Le graphique 7 indique la part des appuis des partenaires extérieurs du secteur de la santé. Il ressort d'une manière générale qu'au cours de la période 2004 à 2009, l'Etat togolais n'est pas le plus important contributeur du financement du système de santé. L'appui financier des partenaires extérieurs est aussi important que celui de l'Etat au cours de cette période. On observe une forte contribution des Partenaires extérieurs au financement du système de santé au Togo.

Graphique 7 : Part des Appuis des Partenaires Extérieurs (APE) dans le financement de la santé



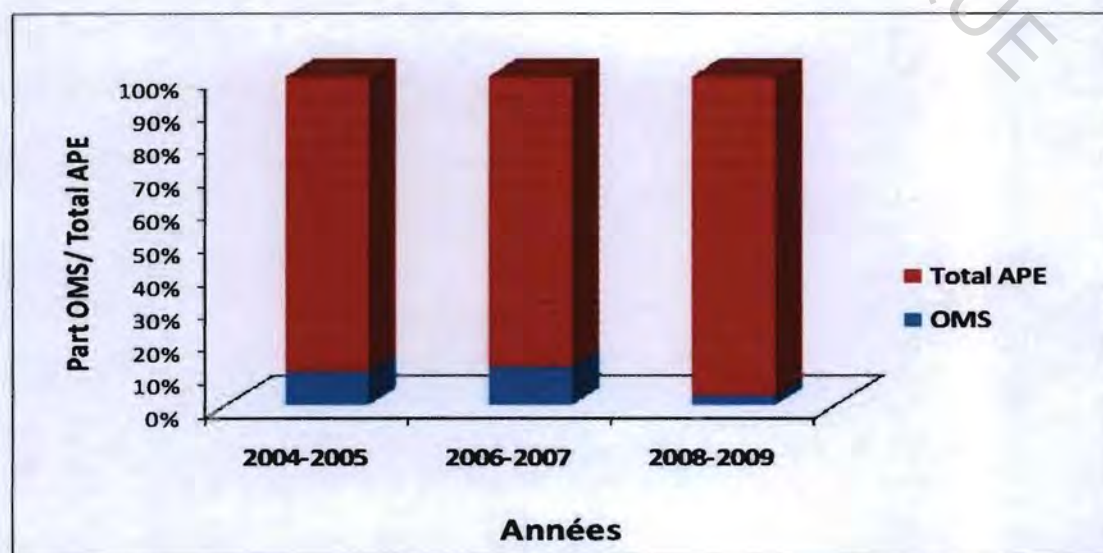
Source : construit par l'auteur

En effet, avec une part de contribution de 52%, 37% et 57% respectivement de 2004 à 2005, de 2006 à 2007 et de 2008 à 2009, les appuis financiers des Partenaires au développement ont représenté une proportion très importante dans le financement de la santé avec environ 49% en moyenne de part de contribution sur la période 2004 à 2009.

5.2.3. Evolution et importance de la contribution de l'OMS dans les Appuis dans les Appuis des Partenaires Extérieurs

L'appui financier de l'OMS au cours de la période 2004 à 2009 a évolué d'une manière générale en sens inverse de celui de l'ensemble des partenaires extérieurs. Il a baissé fortement alors que celui de l'ensemble des partenaires au développement a connu globalement une évolution positive avec une forte augmentation en valeurs nominales atteignant 56,5 milliards de FCFA sur la période 2008-2009 (14,6 milliards de FCFA en 2008 et 31,9 milliards de FCFA en 2009). La contribution de l'OMS a représenté en moyenne 9,6% de l'ensemble des appuis extérieurs au cours de cette période. Le graphique 8 montre que :

Graphique 8 : Evolution et part de l'OMS dans l'ensemble des APE



Source : construit par l'auteur

- au cours du biennium 2004-2005, sa contribution était de 2,9 milliards de FCFA pour une valeur nominale totale des appuis extérieurs de 25,1 milliards de FCFA soit une part de 11,7% des appuis extérieurs ;
- puis au cours du biennium 2006-2007, cette contribution a sensiblement baissé en valeur nominale passant de 2,9 milliards de FCFA à environ 2,2 milliards de FCFA (soit 0,7 milliards de baisse) pour une valeur nominale totale des appuis extérieurs équivalant à 16,1 milliards de FCFA, soit une part de 14% des appuis extérieurs.

Cette augmentation de la part de l'OMS à 14% contre 11,7% au biennium précédent est relative. Elle s'explique par le fait que la baisse de l'ensemble des appuis extérieurs au cours de cette période est nominalement et proportionnellement plus importante (soit 9 milliards de FCFA équivalent 36% de baisse) que celle de l'OMS (0,7 milliards équivalent à 24% de baisse).

- Enfin, au cours du dernier biennium 2008-2009, la contribution de l'OMS a encore sensiblement baissé passant de 2,2 milliards de FCFA à 1,5 milliards de FCFA (soit une baisse de 0,7 milliards de FCFA) pour une valeur nominale totale des appuis extérieurs s'élevant à 46,5 milliards de FCFA soit 3,2% de part de contribution des appuis extérieurs (cf. *Tableau 7*). L'écart important entre la part de contribution de l'OMS qui a baissé à 3,2% au cours de ce biennium alors qu'il était à 14% au cours du précédent est très relatif. D'une part, il est lié au fait que l'ensemble des appuis extérieurs a fortement progressé au cours de ce biennium, passant du simple au triple (46,5 milliards de FCFA contre 16,1 milliards pour le biennium précédent), soit exactement une progression de l'ordre de 189%. D'autre part, il s'explique aussi par le fait que la diminution de la contribution de l'OMS au cours de cette période est nominalement et proportionnellement plus faible par rapport à la précédente (0,7 milliards de FCFA correspondant à 32% de baisse).

Ces observations confirment notre hypothèse H3 selon laquelle, au cours de la période de crise sociopolitique, la part de l'OMS dans les appuis extérieurs au financement du secteur de la santé est relativement élevée (2,9 milliards de FCFA sur 25,1 milliards de FCFA de financement externe pour 2004-2005 et 2,2 milliards de FCFA sur 16,1 milliards de FCFA pour 2006-2007 soit respectivement 11,7% et 14% de part de financement). Cette situation peut être expliquée par le fait de la suspension ou du retrait de l'appui de la plupart des Partenaires au Développement pendant la période de crise, notamment l'Union Européenne, la France, les Etats-Unis, etc., ceci contrairement à l'OMS. La suspension ou le retrait des Partenaires au Développement pendant la période de crise a réduit la mobilisation extrabudgétaire.

Cependant, la part de l'OMS dans ces appuis extérieurs est relativement faible après la crise avec 1.5 milliards de FCFA de contribution soit 3,2% de part). Ceci peut s'expliquer par le fait certainement de la reprise de la coopération entre le Togo et ses principaux partenaires et correspond au retour d'un climat sociopolitique apaisé qui favorise la reprise des activités économiques. L'analyse de ces données nous permet de faire les observations ci-après :

- Malgré le contexte économique difficile que connaît le Togo lié à la crise sociopolitique qu'il a traversée de 2005 à 2007 et le retrait de certains Partenaires au Développement, l'OMS est l'un des partenaires constants du système de santé du Togo. Même si sa contribution par rapport à l'ensemble des Appuis des Partenaires Extérieurs n'est pas régulière d'une part et a régressé d'autre part, elle est relativement importante avec une part moyenne de 9,3%.

• La forte baisse de sa contribution au cours des années 2008 et 2009 est liée au fait que la mobilisation de ses ressources extrabudgétaires n'était pas faite alors que les prévisions budgétaires n'avaient pas changé. Néanmoins, elle renforce davantage plus ses appuis sur l'assistance technique. Par la compétence de ses ressources humaines, l'OMS assiste le Togo sur le plan de l'expertise dans le domaine de la santé, encadre la formation des personnels dans le domaine de la santé publique et fournit des dons en matériels au profit des différents niveaux de la pyramide sanitaire conformément à sa stratégie de coopération avec l'Etat togolais.

5.3. Analyse de l'évolution de l'appui de chaque acteur du financement (OMS, Etat, Autres Partenaires au Développement du Secteur Sanitaire)

L'évolution générale des sources de financement de la santé au Togo au cours de la période 2004 à 2009 montre nettement l'importance de la contribution des Partenaires au Développement comme l'indique le tableau 8.

Tableau 9 : Evolution des contributions de l'OMS, des APDSS sans l'OMS et de l'Etat (Ministère de la Santé) en milliards FCFA

Années	2004-2005	2006-2007	2008-2009	Moyenne
OMS	2,94 (6%)	2,18 (4,5%)	1,27 (1,5%)	2,13 (4%)
APDSS⁴⁷	22,2 (46%)	13,9 (32,5%)	45 (55,5%)	27 (45%)
Etat(MS)⁴⁸	23,5 (48%)	32,7 (63%)	35,9 (43%)	30,7 (51%)
TOTAL	48,6 (100%)	48,8 (100%)	82,2 (100%)	59,9 (100%)

Sources : Ministère de la Santé, OMS-Togo

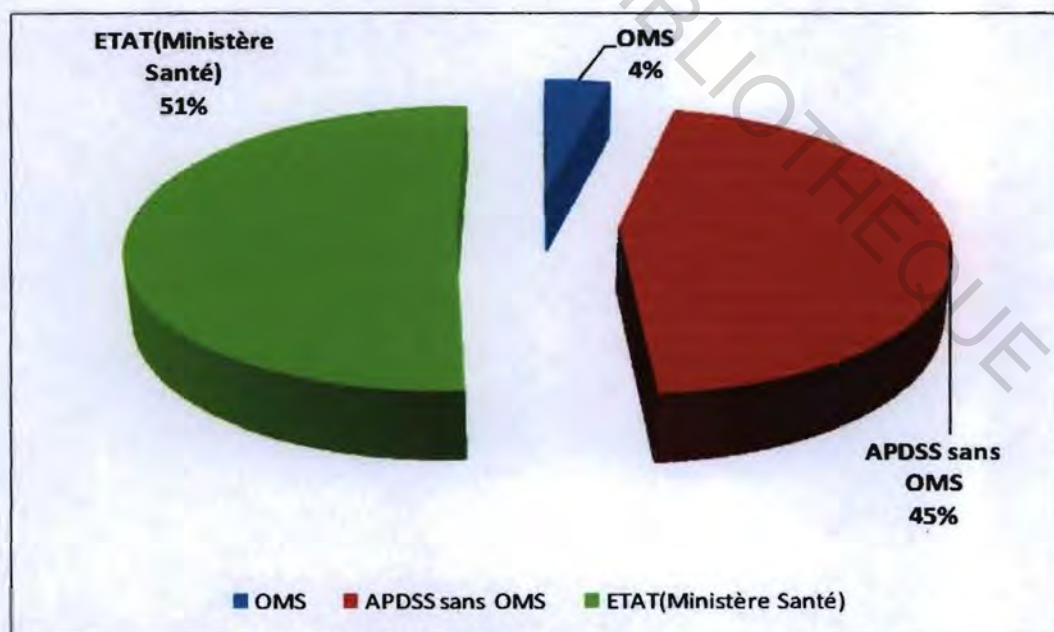
⁴⁷ APDSS : Autres Partenaires au Développement du Secteur de la Santé (hormis l'OMS)

⁴⁸ Etat (MS) : contribution exclusive de l'Etat à travers le Ministère de la Santé avec ses ressources propres sans l'OMS et les APDSS

Nous devons rappeler que ce financement de la santé par ceux-ci s'effectue dans le cadre de la coopération bilatérale et multilatérale. Il s'agit de prêts et de dons en nature ou en espèces.

L'appui des Partenaires au Développement dans le secteur de la santé a représenté environ la moitié soit 49% du financement de la santé. L'OMS a contribué à hauteur de 4% en moyenne et les Autres Partenaires au Développement du Secteur Sanitaire à hauteur de 45% comme le montre le graphique 9. Celui de l'Etat à travers le Ministère de la Santé c'est-à-dire lié à ses ressources internes a constitué l'autre moitié soit 51% de part de financement.

Graphique 9 : Répartition de la contribution de chaque acteur au financement au cours de la période 2004-2009

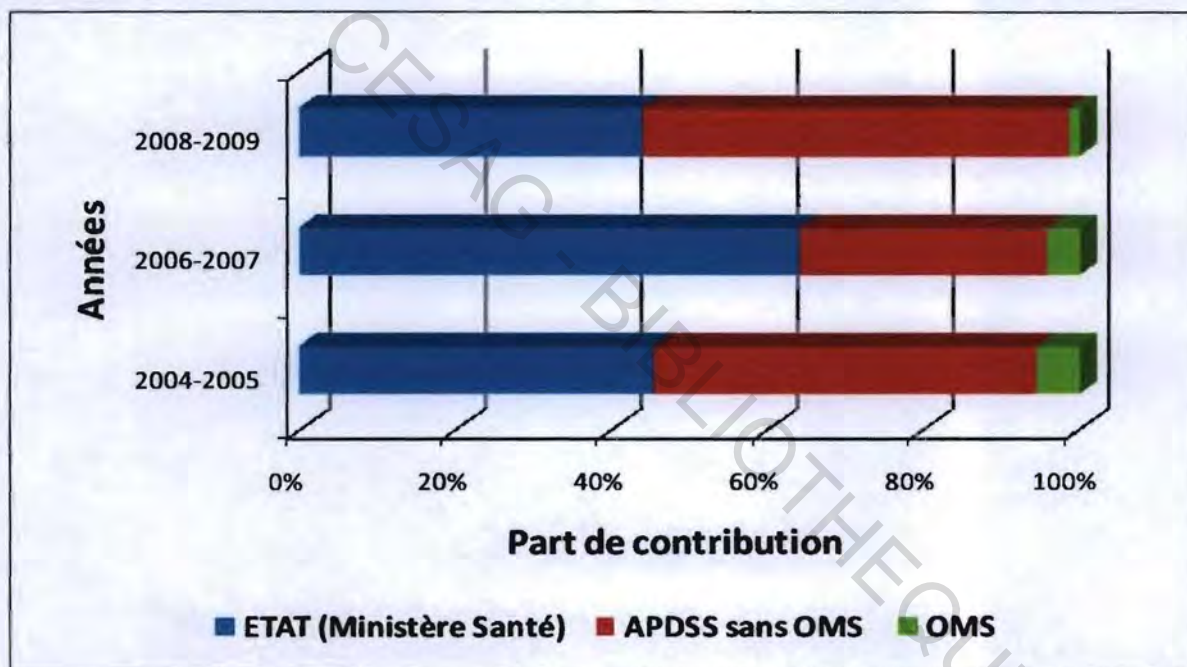


Source : construit par l'auteur

De 2004 à 2009, le financement du secteur de la santé par les Partenaires au développement est fluctuant. Il est passé de :

- 54,8% de participation (soit 49,2% pour les AAF et 5,6% pour l'OMS) pendant la période 2004-2005,
- à 36,7% de participation (soit 32,2% pour les AAF et 4,5% pour l'OMS) pendant la période 2006-2007, et
- à 56,2% de participation pour 2008-2009 (soit 54,7% pour les AAF et 1,5% pour l'OMS).

Graphique 10 : Evolution de la contribution de chaque acteur au financement



Source : construit par l'auteur

Le graphique ci-dessus illustre l'évolution de la contribution de chaque acteur de financement au cours de la période 2004 à 2009. Il permet d'objectiver que :

- la part de la contribution au financement du secteur sanitaire par les Partenaires au Développement est aussi importante que celle de l'Etat
- la part que représente la contribution de l'OMS pour le secteur de la santé est faible soit 4% en moyenne. Cependant, elle a été relativement élevée

dans l'ensemble des appuis des Partenaires au Développement notamment pendant la crise sociopolitique avec une part qui se situe environ à 11,7% et 14% respectivement pour les premier et deuxième biennums. Elle est retombée à 2,7% au cours du troisième biennum, qui correspond à la période suivant la crise sociopolitique.

- l'OMS, au cours de notre période d'étude, est un contributeur permanent dans l'appui au secteur de la santé. En rappelant que dans sa stratégie de coopération avec le Togo, son rôle principal est de venir en appui au système de santé, elle n'agit en fait que selon les priorités clairement définies par le gouvernement en relation avec la politique générale définie au niveau mondial.

Une autre façon d'envisager le rôle de l'OMS est de considérer le rôle de bailleur de dernier recours qu'elle peut jouer en tant que chef de file des partenaires au développement en appui au secteur de la santé, notamment en utilisant en collaboration avec l'Etat des fonds catalytiques pour inciter certains partenaires à les rejoindre dans des domaines insuffisamment soutenus. Elle peut aussi parfois inciter l'Etat à utiliser des fonds préalablement destinés à certains domaines tels la formation, la recherche ou l'innovation à d'autres domaines jugés prioritaires pour une période donnée, comme l'achat de médicaments de base ou de vaccins au cours des situations de catastrophes naturelles telles les inondations ou d'épidémies déclarées (grippe porcine, grippe aviaire, méningite, choléra).

Dans une perspective de la prévisibilité de l'appui de l'OMS dans les approches sectorielles du développement sanitaire, elle devrait préciser les ressources dont elle dispose et les engagements qu'elle peut prendre, et les faire figurer dans le Cadre des Dépenses à Moyen Terme (CDMT). Le CDMT est

un instrument de planification budgétaire de la mise en œuvre d'un Cadre Stratégique de Lutte contre la Pauvreté(CSLP) ou d'un programme sectoriel, généralement établi à trois ou cinq ans et qui décline sur cette période la stratégie de développement. Il établit le lien entre la politique, la planification et l'établissement du budget et est garant de l'opérationnalité de la politique. C'est un moyen de caler la programmation des dépenses sur un plan d'action cohérent avec la mise en œuvre de la politique. Il comporte les caractéristiques suivantes :

- être exhaustif et inclure toutes les sources de financement, même externe,
- être réaliste et ne peut sous estimer les dépenses ni surestimer les recettes,
- être clair sur la façon dont les ressources vont être utilisées et sur les résultats qui seront mesurés,
- être validé par le Ministère des Finances ou du Budget.

L'évolution des sources de financement des dépenses de santé en ce qui concerne les Partenaires au Développement montre l'importance de la participation des bailleurs de fonds⁴⁹. Les aides extérieures se chiffrent en moyenne à 16,8 milliards de FCFA par an (par régression linéaire) au cours de cette période pour un budget annuel moyen de 32,2 milliards de FCFA.

Les domaines d'intervention de ces appuis extérieurs sont multiples. Il s'agit principalement de la lutte contre les maladies transmissibles, la lutte contre le VIH/SIDA, le renforcement du système de santé, le développement des projets et programmes de santé, la santé de la mère et de l'enfant, etc.

Dans une étude sur l'appui de l'OMS au financement du système de santé ivoirien de 1995 à 2003, OUATTARA S. F, a trouvé comme au Togo, que la

⁴⁹ Letourmy. A, (CERMES) ; Mathonnat. J, (CERDI), Université d'Auvergne. World Bank Institute ; Financement de la santé dans les pays d'Afrique, version juin 2004

*Mémoire du DESS Economie de la Santé, présenté par Dr Eustache Y. DADJO-GUEWA,
12^{ème} promotion ISMS / CESAG, juin 2011
Sous la direction de Dr Farba Lamine SALL*

contribution de l'OMS en appui financier au système de santé ivoirien est fluctuant et faible, environ 1,5% du budget exécuté du Ministère de la Santé⁵⁰. Il ressort également que l'essentiel de cette contribution bénéficie principalement au niveau opérationnel de la pyramide sanitaire avec environ 57% de part, les niveaux secondaire et tertiaire ayant reçu respectivement 21% et 22% en moyenne de part de cette contribution.

La part importante que prend l'appui des Partenaires au Développement dans le financement des projets et programmes de santé au Togo pose le problème de dépendance de ceux-ci vis-à-vis de ces acteurs de financement. On peut donc s'interroger sur la pérennité de ces projets et programmes qui éprouveront d'énormes difficultés dans la situation où ceux-ci venaient à se retirer, d'où la nécessité d'un plan de relève au niveau du financement du secteur de la santé.

En Côte d'Ivoire, la part du budget de l'Etat affecté à la santé avoisine 7% en moyenne (contre 11,4% au Togo) et l'Etat demeure le principal acteur du financement du système de santé avec environ 77% de participation au budget contrairement au Togo (en moyenne 50% de participation). La contribution de l'OMS est de l'ordre de 1,2% en moyenne (4% au Togo) et celle de l'ensemble des Partenaires au Développement de 21,8% (45% au Togo) [26].

Au Togo, comme dans les autres pays de l'Afrique subsaharienne, nous pouvons affirmer d'une manière générale, que l'OMS, à travers son appui financier et les orientations stratégiques de ses activités dans les domaines de la lutte contre les maladies transmissibles, de l'appui technique au

⁵⁰ Ouattara. S.F, Analyse de la contribution financière de l'OMS au fonctionnement du système de santé ivoirien de 1995 à 2003, CESAG 2005.

développement d'ensemble des services de santé, de la santé de la mère, de l'enfant et de l'adolescent, du développement des systèmes et services de santé, de la promotion de la santé) contribue à améliorer l'état de santé des populations et au renforcement des capacités du système de santé.

Cependant, malgré les efforts financiers consentis par l'Etat et les partenaires au Développement, ils sont encore loin d'être suffisants par rapport aux besoins des populations. Il demeure des problèmes majeurs liés à l'endémicité persistante de certaines maladies transmissibles, à l'apparition et ou la recrudescence de certaines maladies non transmissibles (maladies cardiovasculaires, maladies métaboliques surtout le diabète sucré, les néoplasies, etc.), à la mortalité materno-infantile et néonatale qui reste encore très élevée, à l'accessibilité géographique, économique et financière aux systèmes de soins par la majorité de la population, à la mauvaise gestion des ressources financières et matérielles, aux déterminants sociologiques (persistance de certaines attitudes et pratiques qui ne favorisent pas la santé), etc.

Le financement des dépenses de santé au Togo demeure largement à la charge des ménages qui constituent ainsi la principale source privée de financement. Ceux-ci participent au financement de la santé à travers le recouvrement des coûts dans les formations sanitaires ceci par le paiement à l'acte et l'achat des médicaments (Initiative de Bamako). Selon les données disponibles pour l'année 2006, les ressources générées par le recouvrement des coûts au niveau des formations sanitaires du secteur public s'élevait à 6,837 milliards de francs CFA, soit une part de 41% du budget de la santé. La même analyse a été faite dans l'étude de Nabyonga. J, et all. sur la structure des ressources des systèmes nationaux de santé par nature de financement

dans les pays d'Afrique de l'Est et Australe⁵¹ montre une proportion similaire des ménages (44%).

Si l'appui financier de l'OMS au secteur de la santé dépend surtout de sa capacité à mobiliser les ressources extrabudgétaires (fonds volontaires) qui du reste sont instables, le budget de la Santé dépend beaucoup lui aussi de l'aide publique au développement qui constitue la principale source de financement externe, elle aussi très fluctuante. L'augmentation des dépenses publiques pour la santé est indispensable pour que le Togo atteigne les objectifs internationaux pour le secteur de la santé, objectifs fixés par les OMD et la Commission macroéconomie de la Santé⁵² (34 USD de dépenses de santé par habitant nécessaire pour avoir accès à une série de services de santé conformément aux directives de l'OMS).

5.4. Recommandations

A la suite de cette analyse sur l'évolution et l'importance de l'appui financier de l'OMS au fonctionnement du système sanitaire du Togo et des observations faites au cours de cette étude, les recommandations suivantes peuvent être adressées à l'OMS, aux autorités chargées de la définition et des stratégies de politiques sanitaires du pays et au gouvernants.

Les recommandations que nous formulons sont essentiellement adressées au Ministère de la Santé, à l'OMS et à l'Etat.

⁵¹ Nabyonga. J, Munguti. N, Matowo. A, Muirhead. D, Kabanda. E, Ndimande. M, et all ; national health account In eastern and southern Africa; the eastern and southern Africa nha network. Partnerships for Health Reform (PHR), 2001

⁵² Centre d'Information sur la Santé du DFID (Royaume Uni) ,2006

➤ **A l'endroit des responsables de l'Organisation Mondiale de la Santé, bureau du Togo**

**** En ce qui concerne le relèvement du niveau de financement de la santé,**

Nous pensons que l'approche stratégique de l'OMS pour aider le Togo à atteindre cet objectif doit viser l'amélioration du financement de la santé au vu de ses capacités managériales et techniques par:

- un plaidoyer de l'OMS auprès des autorités nationales en vue d'un relèvement du budget de la santé surtout des ressources internes.
- une incitation de certains partenaires à venir en appui dans des domaines insuffisamment soutenus.
- un appui de l'OMS au développement d'une stratégie de mobilisation des ressources et d'un cadre de gestion financière favorisant l'utilisation optimale des ressources disponibles par la mise à jour des comptes de la santé, l'élaboration des manuels de procédures, renforcement des capacités nationales en matière de gestion financière et comptable,
- un appui technique de l'OMS au développement des stratégies alternatives de financement à savoir les mutuelles de santé, les assurances publiques et privées (8% des togolais ont une couverture maladie), les approches contractuelles,
- un plaidoyer pour l'harmonisation des procédures de gestion et de financement des partenaires dans l'esprit de la Déclaration de Paris.

**** En ce qui concerne les domaines d'activités soutenues par l'OMS**

- L'action de l'OMS en appui au développement sanitaire au Togo en plus des principaux domaines d'intervention précédemment décrits, doit aussi s'orienter vers le renforcement des capacités humaines et institutionnelles du secteur de la santé à court et moyen terme et le renforcement du partenariat,

de la coordination et de la mobilisation des ressources d'une part et une réorientation de certains objectifs stratégiques en tenant compte des domaines d'activités n'ayant pas donné de résultats satisfaisants⁵³. Elle devra s'atteler à améliorer le positionnement de la santé dans tous les projets de développement et assurer le leadership pour les interventions sanitaires.

- L'OMS doit investir également dans la recherche opérationnelle, la recherche et améliorer les recherches qui existent déjà pour la lutte contre les maladies les plus meurtrières transmissibles (VIH-SIDA, Paludisme, Tuberculose), et non transmissibles (Hypertension artérielle, diabète, néoplasies, etc.). Il faudra donc une augmentation de son enveloppe budgétaire.

➤ **A l'endroit du Ministère de la Santé**

- Faire constamment un plaidoyer auprès des gouvernants en vue d'un relèvement substantiel de son enveloppe budgétaire en terme ressources internes.

- Améliorer et rendre concret un système national d'information sanitaire afin de permettre une traçabilité de toutes les activités menées quelque soit le niveau de la pyramide sanitaire. En effet, la qualité des statistiques d'activités sanitaires et des données économiques disponibles au niveau de cette institution ne permet pas une élaboration de routine des comptes nationaux de la santé. Les données concernant les activités sanitaires sont généralement incomplètes, mal tenues et irrégulières. Les données économiques quand à elles, ne donnent pas la répartition détaillée de l'utilisation des fonds alloués au système de soins.

- Promouvoir et renforcer l'institution des Comptes Nationaux de la Santé. Le

⁵³ Beresniak. A, Duru.G, Economie de la santé, 2002

*Mémoire du DESS Economie de la Santé, présenté par Dr Eustache Y. DADJO-GUEWA,
12^{ème} promotion ISMS / CESAG, juin 2011
Sous la direction de Dr Farba Lamine SALL*

Togo doit relever le défi d'instituer et d'élaborer un compte satellite de la santé, ce qui reflètera l'utilisation des ressources aux différents niveaux de la pyramide sanitaire. Cela déboucherait certainement sur de meilleures évaluations du système de santé.

➤ **A l'endroit des gouvernants**

**** En ce qui concerne le financement de la santé**

Nous formulons le plaidoyer que l'Etat togolais augmente son enveloppe budgétaire en faveur de la santé afin que ce secteur soit moins dépendant des Appuis des Partenaires Extérieurs qui ne sont pas des sources de financement stables même si leur contribution financière est importante.

**** En ce qui concerne le financement des secteurs connexes et la collaboration intersectorielle**

L'appui financier de l'OMS et celui des autres Partenaires au Développement au secteur de la santé quelle que soit leur importance ne pourront suffire à eux seuls à combler le faible engagement de l'Etat à financer ce secteur. Le financement par l'Etat togolais d'autres facteurs de développement comme l'éducation, l'accès à l'eau potable, l'assainissement du milieu, la sécurité alimentaire en plus de l'augmentation du revenu par tête et l'apport de certains facteurs socioculturels favorisent la croissance qui elle-même agit sur l'amélioration de l'état de santé⁵⁴.

La faiblesse du partenariat et de la coordination qui limite à la fois la synergie et la complémentarité des interventions doit être soulignée. Les liens entre santé et pauvreté, santé et sécurité alimentaire, santé et environnement, impliquent un renforcement significatif de la collaboration intersectorielle. Des

⁵⁴ Cours du Module Développement économique et santé, Dr Amani Koffi, CESAG

partenariats fondés sur la concertation, en particulier avec la société civile, le secteur privé et les communautés, doivent être initiés afin d'améliorer l'utilisation des services de santé, l'accès à l'eau et l'assainissement, et s'attaquer à d'autres déterminants notamment comportementaux, sociaux, économiques et environnementaux de la santé.

L'organisation, qui reste un des principaux soutiens du Ministère de la santé, devra renforcer son rôle de plaidoyer en vue d'un dialogue politique entre le gouvernement et ses partenaires, pour promouvoir la place de la santé dans le cadre du développement. Un accent devra être mis sur la nécessité de protéger la santé des couches les plus défavorisées.

CONCLUSION

En dépit des efforts consentis par l'OMS et des autres Partenaires au développement en appui au Togo dans le financement du secteur sanitaire, il existe un écart entre les dépenses de santé en termes d'investissement et l'état de santé des populations. Celles-ci éprouvent toujours d'énormes difficultés d'accès au système de santé.

L'OMS, partenaire stratégique du Togo et des autres nations du monde, œuvre toujours de concert avec eux au développement des services et au renforcement du système de santé, à la surveillance, à la prévention et à la lutte contre la maladie, à la promotion de la santé, à la riposte aux situations d'urgence, à assurer un mieux être aux populations, à la santé de la mère et de l'enfant et à l'amélioration du cadre de vie (santé et environnement). La mise en œuvre de sa stratégie de coopération suivant des plans d'actions biennaux au cours de la période 2004 à 2009 a connu une baisse importante de ses crédits alloués en appui au financement du secteur de la santé.

La crise sociopolitique du début des années 1990 et qui a duré une quinzaine d'années avec pour corollaire l'insuffisance de financement et l'incapacité de mobiliser des ressources au regard du contexte national du pays, ses nombreuses conséquences sur le plan humanitaire, sur le plan de la performance des services et sur la motivation des personnels de santé, ont été les contraintes majeures ayant limitées la mise en œuvre de la stratégie de l'OMS.

Les principaux domaines d'intervention auxquels l'OMS a consenti l'essentiel de ses ressources n'ont pas fondamentalement variés au cours des trois périodes biennales de notre étude. Ils se situent au niveau opérationnel de la pyramide sanitaire et concernent la lutte contre les maladies

transmissibles à laquelle l'OMS a consenti respectivement 53%, 26% et 79% de son financement au cours des premier, deuxième troisième biennium, et de l'appui au développement d'ensemble des programmes de santé (18%, 47% et 14% sur les trois périodes biennales respectives). Le développement des systèmes et services de santé, la santé de la mère et de l'enfant et la promotion de la santé constituent les domaines secondaires ayant bénéficiés de l'appui financier de l'OMS.

La contribution financière de l'OMS en appui au secteur de la santé au cours de cette période est faible (4% en moyenne) alors qu'elle est relativement plus importante dans l'ensemble des appuis des partenaires au développement (9,6% en moyenne).

Les défis actuels auxquels sont actuellement confronté l'OMS et le secteur sanitaire au Togo n'ont pas fondamentalement variés au cours de ces dernières années. Le défi fondamental demeure celui de la réalisation de l'objectif de la Santé pour Tous dans un contexte marqué par une pénurie aigue des ressources et de graves difficultés de gestion. La plupart des indicateurs de l'état de santé, en particulier ceux liés aux OMD, ne sont pas satisfaisants, marqués par des taux encore élevés de morbidité et de mortalité, notamment chez les femmes et les enfants et des difficultés d'accès géographique et économique aux soins de santé.

Avec le retour des bailleurs de fonds engendré par l'amélioration du climat sociopolitique depuis 2008, l'OMS pourra, d'une part ainsi mobiliser plus de ressources extrabudgétaires en vue d'un relèvement de son appui financier au secteur de la santé et, d'autre part inciter les autres partenaires à venir en appui au secteur sanitaire soit pour renforcer les domaines soutenus, soit pour venir en appui à des domaines insuffisamment soutenus.

La santé est à la fois un objectif et un préalable du développement durable car la maladie constitue un poids qui freine le développement dans tous ses aspects (économique, social, environnemental, culturel, etc.). Elle consiste à procurer d'une part aux populations un bien-être physique et moral satisfaisant et d'autre part à garantir des conditions sanitaires telles qu'elles permettent aux individus de participer aux activités productives qui concourent au développement du pays. Elle est un capital qu'il faut maintenir et accroître par des investissements, incontournable dans les perspectives de développement de toute nation.

CESAG - BIBLIOTHEQUE

BIBLIOGRAPHIE

1. AUDIBERT M., MATHONNAT J., CASTEL D. (2001), Le financement des systèmes de santé dans les Régions Afrique et Europe de l'OMS, (CNRS-CERDI), Université d'Auvergne, Clermont- Ferrand, France.
2. Banque Mondiale (2007), Note sectorielle santé, Togo.
3. Banque Mondiale (2009), Rapport sur le Togo.
4. BERESNIAK. A. ET DURU.G. (2002), Economie de la santé, France.
5. BRUN J.F. et CARRIERE C. (2004), Le financement de la santé dans les pays en développement, un programme de réforme, (CERDI), Université d'Auvergne, Clermont- Ferrand, France.
6. CHAMBARETEAU S. et HARTMANN L. (1996), Santé en Afrique : Réflexion sur la notion de dépendance extérieure, France.
7. FARGEON V., RENAULT R. et DUVALUY C. (1994), Introduction à l'économie de la santé, France.
8. HSIAO. W. (2000), Le financement des soins de la santé dans les pays du Sud, Harvard University, school of Public Health, USA.
9. KIRIGIA J. M. et DIARRA-NAMA A. J. (2009), Les pays de l'OMS Région Afrique peuvent-ils se sevrer du financement que les donateurs accordent au secteur de la santé ? Ghana.
10. KOFFI A. (2009), Cours du Module Développement économique et Santé, CESAG, Sénégal.
11. LETOURMY A., MATHONNAT J. (2004), Financement de la santé dans les pays d'Afrique, (CERMES-CERDI), Université d'Auvergne, World Bank Institute, France.
12. Ministère de l'Economie et des Finances (2008), Document intérimaire de Stratégie de Réduction de la Pauvreté, Togo.

13. Ministère de l'Economie et des Finances (1998), Enquêtes Démographiques et de Santé du Togo (EDST), DGSCN, Togo.
14. Ministère de l'Economie et des Finances (2008), Enquêtes Démographiques et de Santé du Togo (EDST), DGSCN, Togo.
15. Ministère de l'Economie et des Finances (2007), Enquête nationale à indicateurs multiples, DGSCN, Togo.
16. Ministère de l'Economie et des Finances (2007), Rapport sur le Questionnaire des indicateurs du Bien-être (QUIBB 2006), DGSCN, Togo.
17. Ministère de la Santé (2006), Comptes Nationaux de la Santé, Togo.
18. Ministère de la Santé (2006), Diagnostic du système de santé et de l'état de santé de la population, Togo.
19. Ministère de la Santé (2006), Enquête nationale à indicateurs multiples (MICS 2006), Togo.
20. Ministère de la Santé (2008), Plan de développement et de gestion des ressources humaines, Togo.
21. Ministère de la Santé (2009), Plan National de Développement Sanitaire du Togo 2009-2013, Togo.
22. Ministère de la Santé (2006), Plan stratégique national de lutte contre le paludisme 2006-2010, Togo.
23. Ministère de la Santé (2007), Plan stratégique national de lutte contre le VIH/SIDA et les IST, Togo.
24. Ministère de la santé (2008), Plan stratégique national de lutte contre la Tuberculose 2008-2012, Togo.
25. Ministère de la Santé (1998), Politique nationale de santé, Togo.
26. MOUNIER F., PINCAULT R., STUPFEL M. (2003), Santé publique, santé de la communauté, France.

27. NABYONGA. J., MUNGUTI. N., MATOWO. A., MUIRHEAD. D, KABANDA. E, NDIMANDE M. (2001), national health account in eastern and southern Africa; the Eastern and southern Africa NHA network. Partnerships for Health Reform (PHR), Kenya.
28. NAUDET J. D. (1999), Politique de financement de la santé: un guide à l’intention des décideurs, France.
29. OMS (2005), La Politique-cadre de la Santé pour tous dans la Région Européenne de l’OMS, OMS Genève.
30. OMS (2000), Macroéconomie et santé : investir dans la santé pour un développement économique, OMS Genève.
31. OMS (2001), Macroéconomie et santé, OMS Genève.
32. OMS (2005), Macroéconomie et santé, OMS Genève.
33. OMS (2003), Rapport sur la santé dans le monde, OMS Genève.
34. OMS (2005), Rapport sur la santé dans le monde, OMS Genève.
35. OMS (2008), Rapport sur la santé dans le monde, OMS Genève.
36. OMS (2009), Rapport sur la santé dans le monde, OMS Genève.
37. OMS (2009), Stratégie de Coopération avec les Pays 2009-2013, Benin.
38. OMS (2009), Stratégie de Coopération avec les Pays 2009-2013, Congo.
39. OMS (2008), Stratégie de Coopération avec les Pays 2008-2013, Gabon.
40. OMS (2010), Stratégie de Coopération avec les Pays 2010-2015, Mali.
41. OMS (2009), Stratégie de Coopération avec les Pays 2009-2013, Sénégal.
42. OMS (1984), Stratégie de coopération de l’OMS avec les pays 1984-1987, Togo.
43. OMS (1988), Stratégie de coopération de l’OMS avec les pays 1988-1991, Togo.

44. OMS (1992), Stratégie de coopération de l'OMS avec les pays 1992-1995, Togo.
45. OMS (1996), Stratégie de coopération de l'OMS avec les pays 1996-1999, Togo.
46. OMS (2000), Stratégie de coopération de l'OMS avec les pays 2000-2003, Togo.
47. OMS (2004), Stratégie de coopération de l'OMS avec les pays 2004-2007, Togo.
48. OMS (2009), Stratégie de coopération de l'OMS avec les pays 2009-2013, Togo.
49. ONUSIDA (2009), Rapport ONUSIDA, USA.
50. OUATTARA S.F. (2005), Analyse de la contribution financière de l'OMS au fonctionnement du système de santé ivoirien de 1995 à 2003, Mémoire CESAG, Sénégal.
51. PAUL SHAW R., GRIFFIN C. Ch. (2006), Le financement des soins de santé en Afrique subsaharienne par la Tarification des services et l'assurance, Banque Mondiale, le Développement en marche, Angleterre.
52. PINEAULT R., DUVALUY C. (1995), La planification de la santé, Montréal, Canada.
53. RICHARD V. (2004), Le financement de la santé en Afrique sub-saharienne: le recouvrement des coûts, France.
54. SINDZINGRE A. (2000), La dépendance vis-à-vis de l'aide en Afrique subsaharienne : éléments d'économie politique, France.
55. WAGSTAFF A. (1999), Equity the finance of health care: some further international comparaisons. Journal of the economics, England.

ANNEXES

ANNEXE 1a : LISTE DES OBJECTIFS STRATEGIQUES DE LA POLITIQUE DE COOPERATION DE L'OMS AVEC LE TOGO

- OS 1** : Réduire la charge sanitaire, sociale et économique due aux maladies transmissibles.
- OS 2** : Combattre le VIH/SIDA, la tuberculose, le paludisme
- OS 3** : Prévenir et réduire la charge de morbidité, d'incapacité et de mortalité liée aux affections chroniques non transmissibles, aux troubles mentaux, à la violence et au traumatisme.
- OS 4** : Réduire la morbidité et la mortalité et améliorer la santé aux principaux stades de la vie (grossesse, accouchement, période néonatale, enfance et adolescence compris), tout en améliorant la santé sexuelle et génésique et en permettant à tous les individus de vieillir en restant actifs et en bonne santé.
- OS 5** : Réduire les effets sur la santé des situations d'urgences, des catastrophes, des crises et des conflits, ainsi que leurs effets.
- OS 6** : Promouvoir la santé et le développement et prévenir ou réduire les facteurs de risque pour la santé associés au tabac, à l'alcool, aux drogues et à l'usage d'autres substances psycho-actives, à une alimentation déséquilibrée, à la sédentarité et aux rapports de risque.
- OS 7** : traiter les déterminants sociaux et économiques de la santé à travers des politiques et programmes qui accroissent l'équité en santé et intègrent des approches favorables aux pauvres, respectueuses des différences entre les sexes et fondées sur les droits de l'homme.

ANNEXE 1b : LISTE DES OBJECTIFS STRATEGIQUES DE LA POLITIQUE DE COOPERATION DE L'OMS AVEC LE TOGO

- OS 8** : Promouvoir un environnement plus sain, développer la prévention primaire et infléchir les politiques publiques dans tous les secteurs de façon à s'attaquer aux causes sous-jacentes des menaces pour la santé liée à l'environnement.
- OS 9** : Améliorer la nutrition, la sécurité sanitaire des aliments et la sécurité des approvisionnements alimentaires sur toute la durée de la vie et à l'appui de la santé publique et du développement durable.
- OS 10** : Améliorer les services de santé par une bonne gouvernance, un financement Adéquat, le développement des ressources humaines et la gestion basée sur des bases factuelles, l'information fiable et la connaissance.
- OS 11** : Elargir l'accès aux technologies et aux produits médicaux et en améliorer la qualité et l'utilisation.
- OS 12** : Jouer un rôle de chef de file, renforcer la gouvernance et encourager les partenaires à la collaboration avec le pays pour que l'OMS s'acquitte de la tâche qui lui incombe dans la réalisation du programme mondial d'action sanitaire.
- OS 13** : Faire en sorte que l'OMS soit et demeure une organisation souple, en apprentissage constant, qui s'acquitte de son mandat de façon plus efficace et plus efficiente.

ANNEXE 2a: DOMAINES D'APPUI ET DE FINANCEMENT DES PARTENAIRES AU DEVELOPPEMENT

PARTENAIRES	REGION D'INTERVENTION	ACTIONS
OMS	Toutes les six (06) régions sanitaires	Système de santé, lutte contre les maladies, santé de la reproduction, promotion de la santé, etc.
UNICEF	Région Maritime, Kara et Savanes	Vaccination, Paludisme, Ver de Guinée, Santé maternelle, allaitement maternel, micronutriments, santé des jeunes et des adolescents, PTME/VIH
ONUSIDA(Fonds d'accélération du programme) PAF/ONUSIDA	Toutes les six (06) régions sanitaires	Lutte contre le VIH/Sida/IST, appui aux ONG, au CNLS, à la mobilisation des ressources (Fonds mondial, Projet corridor Lagos Abidjan)
PNUD	Toutes les six (06) régions sanitaires	VIH/SIDA, équipements, médicaments, système de santé
UNFPA	Régions des Savanes, Kara, des Plateaux et Maritime	IST/VIH/SIDA, SNJA Santé de la reproduction
Fonds mondial de lutte contre le Sida, la Tuberculose et le paludisme (FMSTP)	Toutes les six (06) régions sanitaires	Lutte contre le VIH/SIDA, lutte contre la tuberculose et lutte contre le paludisme
Fonds de l'Alliance GAVI	Toutes les six (06) régions sanitaires	Vaccins PEV, logistique, fonctionnement, sensibilisation
SCAC/Coopération Française: (Fonds de Solidarité Prioritaire/FSP) - Projet d'appui au secteur santé	Régions Lomé-Commune, des Plateaux, DGS, DPLET, ENAM, CNTS, INH	Constructions, réhabilitations, activités, implication société civile, développement des services, politique pharmaceutique et médicaments essentiels, actualisation des curricula, pédagogie, formation, décentralisation

ANNEXE 2b : DOMAINES D'APPUI ET DE FINANCEMENT DES PARTENAIRES AU DEVELOPPEMENT

PARTENAIRES	REGIONS D'INTERVENTION	ACTIONS
AFD (Agence Française de Développement)	Région des Plateaux, Tout le pays	Développement des districts sanitaires de la région des Plateaux: rationalisation et renforcement de la couverture et la qualité des soins de 9 districts sanitaires (infrastructures, équipement et formation). Amélioration de l'accès des populations à des produits sanguins de qualité (grâce à un renforcement des capacités du CNTS et à la création de dispositifs régionaux). Renforcement des capacités nationales de lutte contre le VIH/SIDA (grâce à un renforcement du PNLS). financement de l'achat de médicaments antirétroviraux et de leur distribution dans les sites de dispensation.
UE (Union Européenne)/ Appui décentralisé au secteur de la Santé / ADSS	Régions Maritimes et Lomé- Commune (DS Lomé 5)	Construction, réhabilitation, équipements, médicaments, formation, recyclage, recherche action, encadrement, formation, études, assistance technique, évaluation, audits, appui aux ONG sanitaires, partenariat avec le secteur privé
Projet FED/ ARIVA	Toutes les six (06) régions sanitaires	Projet conjoint avec GAVI pour le PEV
Projet OPEP/ OMS	Région des Savanes(Tone), des Plateaux (Ogou), Lomé-Commune (DS 1)	Lutte contre le Vih/Sida et les infections sexuellement transmissibles
PLAN TOGO	Régions Centrale, des Plateaux (Est-Mono)	Renforcement de la lutte contre le paludisme
USAID/ PSIUSAID/DSF	Toutes les six (06) régions sanitaires	VIH/Sida, planning familial, paludisme (moustiquaires imprégnées)
Fédération internationale de la CroixRouge	Toutes les six (06) régions sanitaires	Vaccination, paludisme(moustiquaires imprégnées), autres appuis
Projet Santé/ BID	Régions des Savanes, Kara, Centrale, des Plateaux	Constructions, équipements, médicaments

ANNEXE 2c : DOMAINES D'APPUI ET DE FINANCEMENT DES PARTENAIRES AU DEVELOPPEMENT

PARTENAIRES	REGION D'INTERVENTION	ACTIONS
Croix Rouge Suisse(Programme de lutte contre la cécité)	Région Centrale et district de Bassar	Lutte contre la cécité et le VIH/SIDA
Sight Savers International(ONG britannique),GLOBAL 2000,HDI (Health and Development International)	Toutes les six (06) régions sanitaires, tout le pays	Lutte contre l'onchocercose,Eradication de la dracunculose, Elimination de la filariose lymphatique
DFID (Coopération Britannique)	Tout le pays	Elimination de la filariose lymphatique
GSK (Glaxo Smih Kline)	Tout le pays	Elimination de la filariose lymphatique
WAMP (West Africa Morbidity Projector)	Tout le pays	La recherche en santé
CBM (Christian Blind Mission): Organisation internationale chrétienne d'aide aux personnes vivant avec le handicap)	Tout le pays	Lutte contre la cécité et d'autres formes de handicaps
ACDI (Fonds canadien)	Tout le pays	Lutte contre le VIH/ SIDA et les IST
Handicap international	Tout le pays	Ulcère de Buruli, consommables, construction, équipement ENAM, CRAO Dapaong et Atakpamé, Appui CNAO + Dapaong et Atakpamé, Equipement ENAM
DAHW	Tout le pays	Lèpre/tuberculose/ Ulcère de Buruli
Union internationale de lutte contre la Tuberculose et les maladies respiratoires	Tout le pays	Lutte contre la tuberculose

ANNEXE 3 : Evolution des Budgets de l'Etat et du Ministère de la Santé de 2001 à 2010 (en milliers de francs CFA)

Années	ETAT											PARTENAIRES	
	Budget de l'Etat (BE)	Budget Santé (BS)		Dépenses salariales (DS)		Dépenses non Salariales (DNS)		Subventions + Aides + Secours (S)		BIE		Ressources Externes (P)	
		BS/BE	(DS)	DS/BS	DNS	DNS/BS		S/BS		BIE/BS		P/BS	
	Montants	Montants	%	Montants	%	Montants	%	Montants	%	Montants	%	Montants	%
2001	171 897 768	12 511 602	7,28%	5 644 355	45,11%	2 086 757	16,68%	2 295 000	18,34%	2 485 490	19,87%		0,00%
2002	183 201 877	12 149 940	6,63%	5 517 790	45,41%	2 101 150	17,29%	1 740 000	14,32%	2 791 000	22,97%		0,00%
2003	179 181 413	12 430 215	6,94%	5 926 315	47,68%	2 092 900	16,84%	4 010 000	32,26%	401 000	3,23%	2 807 000	22,58%
2004	199 742 937	10 424 351	5,22%	4 998 351	47,95%	2 068 000	19,84%	2 555 000	24,51%	803 000	7,70%	11 826 510	113,45%
2005	202 873 032	13 064 162	6,44%	4 836 102	37,02%	2 741 060	20,98%	4 895 000	37,47%	592 000	4,53%	13 791 698	105,57%
2006	254 101 424	16 712 292	6,58%	5 372 385	32,15%	2 989 907	17,89%	5 100 000	30,52%	3 250 000	19,45%	8 508 060	50,91%
2007	259 627 485	16 020 411	6,17%	4 682 433	29,23%	2 972 978	18,56%	5 115 000	31,93%	3 250 000	20,29%	7 586 000	47,35%
2008	307 616 062	17 622 598	5,73%	5 384 512	30,55%	3 181 086	18,05%	5 065 000	28,74%	3 992 000	22,65%	14 599 000	82,84%
2009	350 147 857	18 355 218	5,24%	6 210 418	33,83%	3 480 800	18,96%	5 059 000	27,56%	3 585 000	19,53%	31 772 000	173,10%
2010	499 725 520	17 673 245	3,54%	6 591 743	37,30%	3 876 500	21,93%	5 415 000	30,64%	1 790 000	10,13%	23 844 000	134,92%
2011	548 747 594	20 538 241	3,74%	8 773 240	42,72%	3 757 930	18,30%	6 056 500	29,49%	1 950 571	9,50%	9 050 000	44,06%

Source : Direction Générale du Budget (Ministère de l'Economie et des Finances)

ANNEXE 4 :

FICHE DE COLLECTES DE DONNEES A RECEUIR AU NIVEAU DU MINISTERE DE LA SANTE ET DE LA DIRECTION GENERALE DE LA SANTE
(Collecte de données de statistiques sanitaires et économiques)

Partie 1 : Identification de l'enquête

- Dénomination de l'institution
- Nom et prénoms de l'enquêté
- Qualification
- Poste occupé par l'enquêté

Partie 2 : Statistiques sanitaires

1. Nombre total :

- a) De District / 35
- b) De CHR / 6
- c) De CHU / 3
- d) D'Instituts Spécialisés / 7

2. Répartition des structures de soins par région sanitaire

	CHU	CHR	CMS	USP	Instituts Spécialisés
Région Lomé-Commune	2	1	1	19	2
Région Maritimes	0	1	4	111	1
Région des Plateaux	0	1	7	140	1
Région Centrale	0	1	4	59	1
Région de la Kara	1	1	6	101	1
Région de Savane	0	1	3	55	1

ANNEXE 5 : Indicateurs de santé

Indicateurs de santé	1998/2002	2006/2007
Taux de mortalité infantile (pour mille)	80	77
Taux de mortalité infanto-juvénile (pour mille)	143	123
Taux de mortalité maternelle (pour 100 mille naissances vivantes)	478	non défini
Prévalence du VIH dans la population générale (%)	5,9	3,2
Taux de couverture en contrôle et promotion de la croissance (CPC) (%)	17,1	30,1
% d'enfants de moins de 5 ans atteints de paludisme simple correctement pris en charge	33,3	72,8
% d'enfants de moins de 5 ans atteints de paludisme grave correctement pris en charge	54	76,67
% d'enfants de moins de 5 ans dormant sous moustiquaires imprégnées	13	38,4
% de femmes enceintes dormant sous moustiquaire imprégnées	16,5	57,8
Taux de couverture en consultation prénatale CPN 1 (%)	74	83,3
Taux de couverture en accouchements assistés %	49	62
Taux de détection des TPM+ (%)	30	39
Taux de guérison des TPM+ (%)	73	60
Taux de malades tuberculeux perdus de vue (%)	11	12
Couverture vaccinale DTC3 (%)	59	65
Couverture vaccinale VAR (%)	48	63
% de districts avec couverture vaccinale en DTC3 >= 80%	43	83
Insuffisance pondérale chez les enfants de moins de 5 ans (%)	25	26
Part du budget de la santé dans le budget général	5,7	7,6

ANNEXE 6 : LOGO DE L'OMS



CESAG - BIBLIOTHEQUE