



**USAID**  
FROM THE AMERICAN PEOPLE



REGION DE L'AFRIQUE DE L'OUEST

FINANCEMENT DE LA COUVERTURE SANITAIRE UNIVERSELLE ET LA  
PLANIFICATION FAMILIALE



# Le financement de la couverture sanitaire universelle et de la planification familiale

## Étude panoramique multirégionale et analyse de certains pays d'Afrique de l'Ouest : Togo

Janvier 2017

Cette publication a été produite pour révision par l'Agence américaine pour le développement international (USAID). Elle a été préparé par Jenna Wright, Karishmah Bhuwane, Ffyon Patel, Jeanna Holtz, Thierry van Bastelaer et Rena Eichler.

## **Le projet de Financement et Gouvernance de la Santé (Health Finance and Governance, HFG)**

Le Projet de Financement et Gouvernance de la Santé (Health Finance and Governance, HFG) de l'Agence américaine pour le développement international (USAID) contribue à améliorer la santé dans les pays en développement en élargissant l'accès des populations aux soins de santé. Dirigé par Abt Associates, l'équipe du projet collabore avec les pays partenaires pour accroître leurs ressources nationales en matière de santé, gérer plus efficacement ces précieuses ressources et prendre des décisions éclairées en matière d'achats. Ce projet mondial de cinq ans et 209 millions de dollars vise à accroître l'utilisation des services de santé primaires et prioritaires, y compris le VIH / sida, la tuberculose, le paludisme et les services de santé génésique. Conçu pour renforcer fondamentalement les systèmes de santé, HFG apporte son soutien aux pays qui naviguent sur les transitions économiques nécessaires pour atteindre des soins de santé universels.

**Janvier 2017**

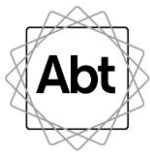
**Cooperative Agreement No:** AID-OAA-A-12-00080

### **Soumettre à:**

Scott Stewart, AOR  
Office of Health Systems  
Bureau for Global Health

Eleonore Rabelahasa,  
Senior Health Systems Strengthening and Policy Advisor  
USAID West Africa Regional Health Bureau

**Citation recommandée :** Wright, Jenna, Karishmah Bhuwanee, Ffyona Patel, Jeanna Holtz, Thierry van Bastelaer and Rena Eichler. 2016. *Financing of Universal Health Coverage and Family Planning: A Multi-Regional Landscape Study and Detailed Analysis of Select West African Countries*. Rapport préparé par le Projet Health Finance & Governance. Washington, DC: United States Agency for International Development.



Abt Associates Inc. | 4550 Montgomery Avenue, Suite 800 North | Bethesda, Maryland 20814  
T: 301.347.5000 | F: 301.652.3916 | [www.abtassociates.com](http://www.abtassociates.com)

Avenir Health | Broad Branch Associates | Development Alternatives Inc. (DAI) |  
| Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health (JHSPH) | Results for Development Institute (R4D)  
| RTI International | Training Resources Group, Inc. (TRG)



# LE FINANCEMENT DE LA COUVERTURE SANITAIRE UNIVERSELLE ET DE LA PLANIFICATION FAMILIALE

## ÉTUDE PANORAMIQUE MULTIREGIONALE ET ANALYSE DE CERTAINS PAYS D'AFRIQUE DE L'OUEST

### TOGO

#### **AVERTISSEMENT**

Les opinions des auteurs exprimées dans cette publication ne reflètent pas nécessairement les vues de l'Agence des États-Unis pour le développement international (USAID) ou du Gouvernement des États-Unis.



# TABLE DES MATIÈRES

Acronymes.....	iii
Remerciements.....	v
Synthèse.....	vii
9. Togo.....	11
9.1 Un aperçu bref de pays.....	11
9.2 Contexte.....	15
9.3 Le financement de la santé au Togo.....	15
9.4 Progression vers la couverture sanitaire universelle des soins de santé et l'accès universel à la planification familiale.....	17
9.5 Opportunités en matière de financement de la santé.....	18
9.6 Sources.....	19

## Liste des figures

Figure 1: Un aperçu bref de Togo.....	13
---------------------------------------	----



## ACRONYMES

<b>AMC</b>	Assurance maladie communautaire
<b>AMO</b>	Assurance Maladie Obligatoire (Guinée, Mali)
<b>ANAM</b>	Agence Nationale d'Assistance Médicale (Mali)
<b>ANAM</b>	Agence Nationale de l'Assurance Maladie (Bénin)
<b>APSAB</b>	Association Professionnelle des Sociétés d'Assurances du Burkina Faso (Burkina Faso)
<b>CAMNAFAW</b>	Cameroon National Association for Family Welfare (Cameroun)
<b>CAMS</b>	Cellule d'Appui aux Mutuelles de Santé (Cameroun)
<b>CANAM</b>	Caisse Nationale d'Assurance Maladie (Mali)
<b>CNPS</b>	Caisse Nationale de Prévoyance Sociale (Cameroun)
<b>CNS</b>	Comptes nationaux de santé
<b>CNSS</b>	Caisse Nationale de Sécurité Sociale (Burkina Faso, Guinée)
<b>CONSAMAS</b>	Concertation Nationale des Structures d'Appui aux Mutuelles et Assurances de Santé (Bénin)
<b>CPS</b>	Cellule de Planification et de Statistique (Mali)
<b>CSU</b>	Couverture sanitaire universelle
<b>DIU</b>	Dispositif intra-utérin
<b>EDS</b>	Enquête démographique et de santé
<b>FCFA</b>	Franc CFA (Burkina Faso)
<b>GIZ</b>	<i>Deutsche Gesellschaft für Internationale Zusammenarbeit / Société allemande pour la coopération internationale (Cameroun)</i>
<b>HFG</b>	Health Finance and Governance Project / Projet de Financement et Gouvernance de la Santé
<b>INAM</b>	Institut National d'Assurance Maladie (Togo)
<b>INSD</b>	Institut National de la Statistique et de la Démographie (Burkina Faso)
<b>IPM</b>	Institution de Prévoyance Maladie (Sénégal)
<b>IPRES</b>	Institut de Prévoyance Retraite et Sociale (Sénégal)
<b>IST</b>	Infection sexuellement transmissible
<b>MFPTSS</b>	Ministère de la Fonction Publique, du Travail et de la Sécurité Sociale (Burkina Faso)
<b>MPFEF</b>	Ministère de la Promotion de la Femme, de l'Enfant et de la Famille (Mali)
<b>MS</b>	Ministère de la Santé (Togo)



<b>MSAH</b>	Ministère de la Solidarité et de l'Action Humanitaire (Mali)
<b>MSPH</b>	Ministère de la Santé Publique et de l'Hygiène (Mali)
<b>OMS</b>	Organisation mondiale de la Santé
<b>ONG</b>	Organisation non gouvernementale
<b>ONU</b>	Organisation des Nations Unies
<b>PDS</b>	Plan de Développement Sanitaire (Niger)
<b>PDSS</b>	Plan de développement sanitaire et social (Mali)
<b>PF</b>	Planification familiale
<b>PMAS</b>	Pool micro-assurance santé (Sénégal)
<b>PNDS</b>	Plan National de Développement Sanitaire (Bénin, Guinée, Togo)
<b>PRODESS</b>	Programme pour le Développement Social et Sanitaire (Mali)
<b>PROMUSCAM</b>	Plateforme des Promoteurs des Mutuelles de Santé au Cameroun (Cameroun)
<b>RAMED</b>	Régime d'Assistance Médicale (Mali)
<b>RAMU</b>	Régime d'Assurance Maladie Universelle (Bénin)
<b>SNFS pour la CSU</b>	Stratégie nationale de financement de la santé vers la CSU (Guinée)
<b>SR</b>	Santé de la reproduction
<b>ST-AMU</b>	Secrétariat technique de l'assurance maladie universelle (Burkina Faso)
<b>TB</b>	Tuberculose
<b>UEMOA</b>	Union Économique et Monétaire Ouest Africaine (Niger)
<b>USAID</b>	United States Agency for International Development
<b>UTM</b>	Union Technique de la Mutualité Malienne (Mali)
<b>VIH/sida</b>	Virus de l'immunodéficience humaine / Syndrome d'immunodéficience acquise
<b>WARHO</b>	West Africa Regional Health Office / Bureau régional de l'Afrique de l'Ouest

## REMERCIEMENTS

Cette étude a été financée par l'United States Agency for International Development (USAID) et mise en œuvre par le Projet de Financement et Gouvernance de la Santé (Health Finance and Governance Project, HFG).

M. Abdoulaye Ba, consultant de haut niveau en financement de la santé, a facilité la collecte des données et les entretiens avec des informateurs clés au Cameroun, en Guinée, au Mali et au Sénégal. Le Dr Birahime Diongue, consultant de haut niveau en financement de la santé, a facilité la collecte des données et les entretiens avec des informateurs clés au Bénin, au Niger et au Togo. Le Dr André Zida, spécialiste de haut niveau en financement de la santé, a facilité la collecte des données et les entretiens avec des informateurs clés au Burkina Faso.

Le leadership, le soutien, la collaboration et les contributions des collègues de l'USAID/ Bureau régional de l'Afrique de l'Ouest (West Africa Regional Health Office, WARHO) ont été essentiels pour réaliser cette étude panoramique et cette analyse. Les auteurs tiennent à exprimer leur reconnaissance pour le soutien fourni par le Dr Eleonore Rabelhasa, conseiller de haut niveau en politiques et renforcement des systèmes de santé (WARHO) et par Mme Rachel Cintron, responsable du Bureau de la Santé (WARHO). Les auteurs reconnaissent la participation active et la collaboration des Missions de l'USAID et de multiples partenaires de mise en œuvre et institutions non gouvernementales au Bénin, au Burkina Faso, au Cameroun, en Guinée, au Mali, au Niger, au Sénégal et au Togo. Les auteurs sont également reconnaissants pour les contributions et la collaboration des ministères de la Santé et d'autres organismes gouvernementaux dans ces pays. Ils remercient tous les informateurs clés qui ont partagé leur temps et leur sagesse (voir la liste à l'Annexe C).

Enfin, les auteurs tiennent à remercier Bry Pollack et Suzanne Erfurth (Abt Associates) pour la révision du document, Alain Schuster et Julie Verbert (ASJV Associates) pour la traduction et Erin Miles et Audrey Hanbury (Abt Associates) pour la conception du rapport.



## SYNTHESE

Reconnaissant qu'une population en bonne santé est favorable au développement économique, à la résilience et à la prospérité, de nombreux gouvernements se sont lancés sur la voie de la couverture sanitaire universelle (CSU). La communauté internationale, les gouvernements nationaux et de nombreuses organisations privées et personnes physiques convergent sur le principe selon lequel l'accès universel à la planification familiale est un objectif qui mérite un accroissement des investissements financiers. L'amélioration de l'accès à la planification familiale est également importante pour le développement économique d'un pays, et elle aide les pays à améliorer également l'état de santé de la population, en particulier pour les femmes, les nouveau-nés et les enfants.

La réalité des ressources limitées pour la santé a entraîné un examen plus approfondi de la façon dont les soins de santé sont financés. Pour atteindre la CSU, les gouvernements cherchent à appliquer des mécanismes de dépenses améliorés et plus appropriés pour la santé et la promotion de la sécurité financière des ménages. Bien qu'il n'existe pas de modèle unique ou parfait pour le financement de la santé, la communauté des décideurs en matière de santé peut utiliser les diverses expériences acquises dans le monde entier pour identifier les meilleures pratiques.

Ce rapport a pour objet de présenter les conclusions d'une étude panoramique portant sur les tendances observées et les leçons apprises dans quinze pays de multiples régions. Nous avons effectué des analyses détaillées de huit pays d'Afrique de l'Ouest : Bénin, Burkina Faso, Cameroun, Guinée, Mali, Niger, Sénégal et Togo (« pays ciblés »). Nous avons passé en revue le cadre de financement de la santé de sept autres pays qui en sont à diverses étapes du cheminement vers la CSU afin de tirer les leçons apprises et d'éclairer des stratégies possibles : Éthiopie, Ghana, Indonésie, Kenya, Malaisie, Nigeria et Afrique du Sud (« pays de référence »).

Les parties intéressées par ce rapport peuvent inclure les ministères de la Santé ou les organismes nationaux chargés de la mise en place de la CSU, les collectivités locales, les parties prenantes de la CSU en Afrique de l'Ouest, le Bureau de la Santé pour la Région de l'Afrique de l'Ouest de l'*United States Agency for International Development* et ses Missions dans les pays concernés, et le secteur privé.

Le Chapitre 1 du rapport présente les constatations de l'étude panoramique résultant de l'étude des quinze pays. Les Chapitres 2–9 du rapport présentent les constatations approfondies produites par l'étude des huit pays ciblés, y compris des descriptions du cadre de financement de la santé de chacun de ces pays et des stratégies appliquées par leurs gouvernements pour la CSU et la planification familiale, et une discussion des points forts et des points faibles du financement de la santé ainsi que des opportunités d'interventions pouvant avoir un impact important et potentiellement améliorer le cadre de financement de la santé pour la CSU et la planification familiale dans ces pays.

Tous les quinze gouvernements ont mentionné la CSU ou un concept similaire dans leurs grandes stratégies publiques pour le secteur de la santé, bien que la plupart des pays concernés ne pensent pas pouvoir atteindre la couverture sanitaire universelle pendant le terme de leurs stratégies actuelles. Au lieu de cela, les gouvernements ont généralement l'intention de prendre des mesures visant à accroître progressivement la couverture de la population dans le cadre d'initiatives existantes ou de nouvelles initiatives. En général, les documents de stratégie de ces pays en matière de CSU s'appuient sur le concept d'*universalisme progressiste*, tel que décrit par Gwatkin et Ergo (2011) et adopté en 2013 par la Commission sur les investissements dans la santé du Lancet (Jamison et al. 2013). Cela signifie qu'ils incluent de multiples stratégies pour améliorer la couverture pour les pauvres, le secteur informel et le secteur formel (et tout est censé se dérouler simultanément). La plupart des pays avaient des stratégies spécifiques visant à engager le secteur privé dans le cadre de leur stratégie globale d'atteinte de la CSU. Cependant, la planification familiale

était souvent absente des principaux documents stratégiques élaborés, et elle était fréquemment traitée dans des documents distincts axés exclusivement sur la politique à suivre en matière de planification familiale ou de santé de la reproduction. Les gouvernements ayant des documents stratégiques séparés pour la planification familiale semblent avoir des plans d'action plus concrets et spécifiques pour la planification familiale, alors que les gouvernements qui mentionnent la planification familiale dans le contexte d'un plan stratégique plus général pour le système de santé ont généralement des plans moins détaillés à cet égard.

Bien que les quinze pays varient en termes de couverture et d'utilisation de la planification familiale, beaucoup des stratégies visant à améliorer l'accès à la planification familiale sont similaires, comme une sensibilisation accrue et l'augmentation de la demande par le biais du marketing social, la délégation de tâches afin de permettre la fourniture des services au sein de la communauté et l'augmentation du nombre des centres offrant des services de planification familiale.

Même dans les systèmes de santé les moins fragmentés, les services de santé sont financés par plusieurs mécanismes différents. La plupart des mécanismes de financement de la santé, ou parfois tous ces mécanismes, sont inclus dans le cadre de financement de la santé de tous les quinze pays. Les niveaux de couverture des services, de couverture de la population et de protection financière étaient variables.

Ces niveaux de couverture constituent une manière essentielle de mesurer les progrès des pays vers la CSU et l'accès universel à la planification familiale. Pour évaluer ce dernier point, il est possible d'estimer le degré auquel les mécanismes de financement de la santé couvrent les services de planification familiale (c.-à-d., cherchent à assurer leur fourniture), le pourcentage de la population pouvant accéder (et accédant) à ces services dans le cadre de chacun de ces mécanismes, et quel degré de protection financière est fourni pour la planification familiale.

Les Chapitres 2–9 de ce rapport développent chacun de ces mécanismes dans les huit pays ciblés ; les leçons tirées des sept pays de référence sont intégrées à l'analyse multirégionale du Chapitre 1.

**Une fourniture de services de santé financée par l'État** existe dans tous les pays de l'étude. Les fonds octroyés par les gouvernements aux établissements de santé leur permettent de fournir à leurs patients des services à prix réduit. Le gouvernement se charge souvent des achats ; dans certains pays, des comités communautaires sont établis pour être consultés afin de déterminer comment les établissements de santé dépenseront les fonds disponibles. Dans de nombreux pays à faibles revenus et à revenus intermédiaires, le mécanisme d'achat employé par les acheteurs de l'État est un *financement basé sur les intrants* (p. ex., paiement des salaires des travailleurs de santé, produits de base et infrastructure). Les gouvernements associent souvent un tel financement direct pour les services de santé au *financement du côté de la demande* (p. ex., paiement de services pour le compte de patients afin de réduire les obstacles financiers à l'accès aux soins) afin d'améliorer l'équité de l'accès aux services de santé.

La dispense de paiement des honoraires par les utilisateurs et l'octroi de bons sont deux exemples de mécanismes de financement favorables aux pauvres, car ils réduisent la part des coûts à la charge des ménages pauvres et vulnérables. L'expérience de la Malaisie comme pays à revenus intermédiaires, tranche supérieure, ayant une couverture sanitaire quasi-universelle par le secteur public en matière de prestation de soins de santé fournit des leçons qui seront utiles pour les pays d'Afrique de l'Ouest au fur et à mesure que leurs économies se développeront, leurs systèmes de santé atteignant un stade de maturité supérieur et leurs gouvernements étant alors confrontés à de nouveaux défis causés par une transition épidémiologique et le vieillissement de la population. Les gouvernements peuvent maintenant mettre en place des cadres juridiques visant à permettre aux réformes du système de santé de répondre aux besoins changeants.

En général, au moins certains produits de base pour la planification familiale sont fournis gratuitement dans les établissements de santé et par des travailleurs de santé communautaires qui reçoivent un financement public, mais ces systèmes de distribution peuvent être améliorés. Un régime de distribution de bons au Kenya fournit des subventions ciblées pour la maternité sans risque, les méthodes de planification familiale de longue durée et les services d'assistance en cas de

violences sexuelles. Ces subventions ciblent à la fois les ménages et les prestataires publics et privés. Elles peuvent être applicables dans le contexte de l'Afrique de l'Ouest, où les gouvernements cherchent à réduire les barrières financières aux services prioritaires tels que la planification familiale, encouragent l'augmentation de la demande et s'efforcent d'améliorer la qualité du travail des prestataires de services publics et privés.

**L'assurance maladie sociale** fait souvent partie de la stratégie des gouvernements visant à acheter des services de santé en mobilisant et combinant des fonds de sources publiques et privées qui seront utilisés en fonction des capacités de paiement des membres. De nombreux gouvernements ont l'intention de mettre en œuvre ou de développer davantage des régimes d'assurance maladie sociale et ils ont fait adopter des lois dans ce but. Cependant, la mobilisation des ressources requises pour subventionner même des prestations de base pour les citoyens ayant des moyens limités ou n'étant pas du tout en mesure de payer pour les services de santé peut représenter un processus difficile et prenant beaucoup de temps à mettre en œuvre.

Le déploiement du système ambitieux de payeur unique en Indonésie à partir de 2014 est en partie la conséquence d'une action en justice intentée par des citoyens et visant à rendre l'État responsable de la mise en œuvre de la loi de 2004 sur le Système national de sécurité sociale. Au Nigeria, le fonds chargé de financer la prestation des services de santé de base (Basic Health Care Provision Fund) a besoin d'appropriations budgétaires annuelles pour lui permettre d'atteindre ses objectifs. En 2012, la loi du Ghana concernant la réforme du régime national d'assurance maladie (National Health Insurance Scheme) exigeait l'inclusion de la planification familiale d'une manière à déterminer par le ministre de la Santé, mais trois ans après, le gouvernement n'avait toujours pas élaboré les directives d'application de la politique et les consignes nécessaires pour intégrer les méthodes de planification familiale au régime. Le déploiement par le Gouvernement sud-africain de l'assurance maladie nationale avance bien, dans le cadre d'une approche en plusieurs phases devant durer plus de dix ans pour assurer sa mise en place.

Les gouvernements doivent affecter des fonds substantiels pour développer l'assurance maladie sociale, et de nombreux pays privilégient les programmes d'assurance maladie sociale ciblant les employés du secteur formel, qui sont plus faciles à administrer. Cependant, la différence du niveau de protection financière entre le secteur formel (qui comprend souvent les ménages les plus aisés) et le reste de la population peut créer un cycle d'iniquité et accroître la fragmentation du système de santé.

**L'assurance maladie communautaire (AMC)** est souvent incluse dans les stratégies de CSU des pays à faibles revenus et à revenus intermédiaires en raison de la perception de son avantage comparatif pour identifier et inscrire les secteurs de la population qui sont insuffisamment servis, ne sont pas assurés et comprennent essentiellement les travailleurs du secteur informel dans des régimes de mise en commun des risques. Bien que l'augmentation du nombre des régimes d'AMC puisse sembler faisable pour les gouvernements à court terme, le modèle conduit souvent à la mise en place de mécanismes de financement de la santé sous l'égide de l'État. Par exemple, au Ghana, des membres de la communauté se sont initialement portés volontaires pour gérer ces régimes ; toutefois, ces régimes se sont progressivement transformés en régimes à gestion plus professionnelle et leurs administrateurs sont devenus des agents de l'État.

L'adhésion aux régimes d'AMC est souvent facultative ou n'est pas contrôlée, et ces régimes sont souvent vulnérables à l'*anti-sélection*, une situation caractérisée par des adhésions disproportionnées par des personnes à haut risque et un faible taux d'adhésion par les personnes à faible risque. Les initiatives d'AMC telles que celles de l'Éthiopie peuvent permettre de créer des groupes plus importants de risques mis en commun, une fois que le gouvernement est en mesure de gérer la transition. Cette transition pourrait être bénéfique pour assurer que les membres des régimes d'AMC obtiennent une protection financière pour les services de santé fournis par les hôpitaux régionaux ou nationaux.

**L'assurance maladie privée** est un mécanisme de financement de la santé existant dans les quinze pays de l'étude, mais son rôle varie d'un pays à l'autre. L'assurance maladie privée a tendance à cibler

les ménages aisés et les travailleurs du secteur formel. On note toutefois quelques rares exemples d'assureurs maladie privés et de régimes d'assurance communautaire privés qui ciblent les ménages à faibles revenus ou les travailleurs du secteur informel. Certaines sociétés privées fournissent d'elles-mêmes des subventions pour le paiement des primes ou d'autres prestations de santé offertes par des compagnies d'assurance maladie privées afin d'attirer et de fidéliser des employés compétents, par exemple au Kenya et au Nigeria. En général, ce modèle ne contribue pas substantiellement à la couverture de la population dans les pays ayant des secteurs formels peu développés.

**Les dépenses à la charge des ménages** représentent les paiements effectués directement par les ménages aux prestataires pour des produits et services de santé au moment de leur fourniture. Il s'agit du mécanisme de financement dominant dans la plupart des quinze pays de l'étude. Dans tous les pays concernés, les ménages paient toujours une contribution pour certains produits ou services de santé fournis, comme on peut le voir même en Malaisie, où la plupart des services sont fournis gratuitement ou à très faible coût par un réseau étendu d'établissements publics de santé. Dans les pays n'ayant que de faibles niveaux d'autres mécanismes de financement de la santé ou de mise en commun des risques, les dépenses de santé à la charge des ménages représentent la majorité des dépenses des ménages, et les dépenses des ménages en proportion des dépenses de santé totales sont généralement très élevées.

Il existe un intérêt croissant pour la mobilisation du financement privé. Étant donné que les dépenses des ménages constituent déjà une proportion élevée des dépenses de santé totales et que les pays ciblés ont des secteurs formels relativement faibles, cette étude n'a pas identifié de nombreux exemples de façons d'engager le secteur privé dans le financement de la santé. Cependant, les gouvernements peuvent améliorer l'équité et augmenter l'efficacité en mettant en œuvre des mécanismes de financement de la santé qui répartissent les risques entre des secteurs étendus de la population et protègent les ménages contre les coûts catastrophiques. Les gouvernements doivent réformer continuellement le système de santé afin de fournir une meilleure couverture, et une couverture plus équitable, à la population, et la voie vers la CSU doit évoluer progressivement en fonction des changements des besoins et des demandes de la population.

Les programmes subventionnés par des gouvernements qui ne disposent pas de suffisamment de ressources pour couvrir tous les citoyens couvriront, nécessairement ou à dessein, un segment limité de la population. Ceci peut cependant affaiblir la solidarité sociale et l'équité, et l'atteinte de l'*universalisme progressiste* risque d'être compromise. Des mécanismes de financement de la santé sur une plus petite échelle ou plus ciblés peuvent promouvoir un accès plus équitable aux services essentiels. De plus, il est essentiel de garantir un accès universel à la planification familiale par le biais d'initiatives de CSU.

De nombreux gouvernements des pays ciblés par cette étude envisagent des interventions simultanées pour améliorer la protection financière en liaison avec les soins de santé et la poursuite de la CSU : financement des établissements de santé avec des fonds publics, développement de l'assurance maladie sociale et encouragement de l'établissement de régimes de santé communautaires contribuant à la couverture de segments de la population difficiles à atteindre. Avec des secteurs formels relativement faibles, les pays ciblés devront augmenter de façon spectaculaire le nombre des régimes d'AMC afin d'atteindre un niveau d'inscriptions presque universel dans leur population. La couverture de la population par l'AMC et les autres formes d'assurance est faible dans la plupart d'entre eux.

L'examen par cette étude des cadres de financement de la santé dans tous les pays ciblés révèle plusieurs opportunités de renforcement pour tous ces mécanismes de financement ou de création de nouveaux mécanismes permettant d'accroître la couverture pour les soins de santé et la planification familiale.

## 9. TOGO

### 9.1 Un aperçu bref de pays









Togo

STRATÉGIES DE FINANCEMENT POUR METTRE EN PLACE LA COUVERTURE MALADIE UNIVERSELLE ET L'ACCÈS À LA PLANIFICATION FAMILIALE

Les stratégies du Togo pour améliorer la couverture des services de santé

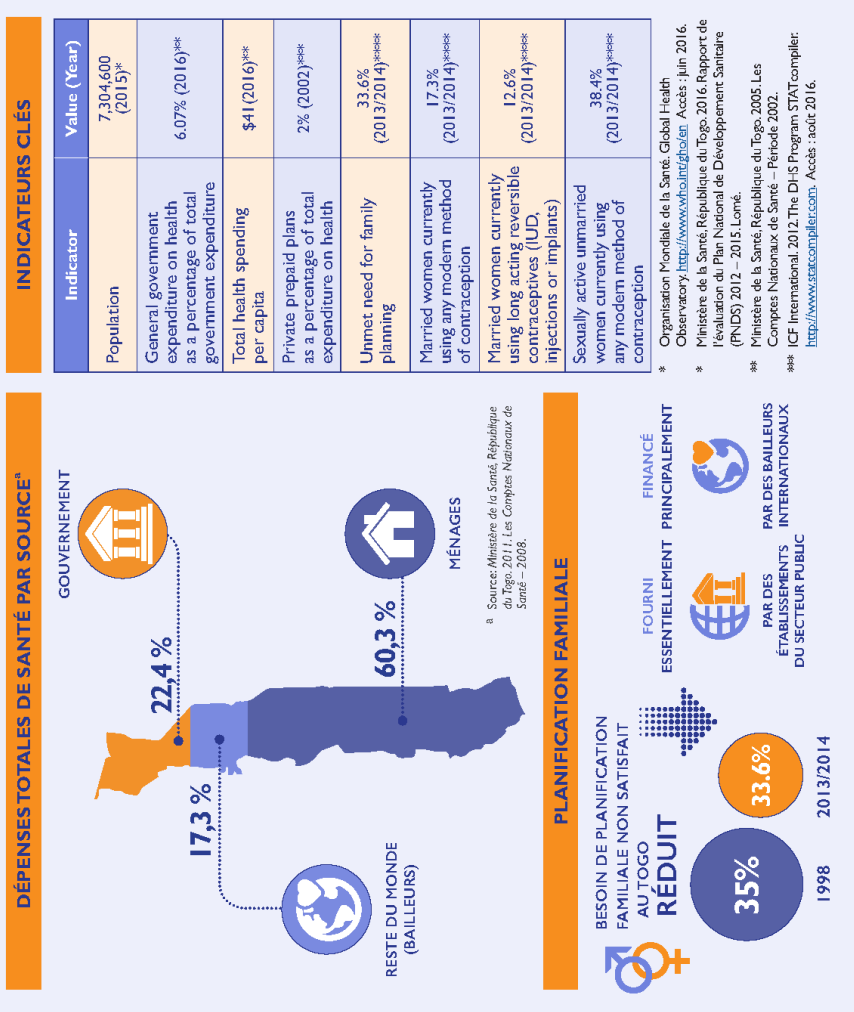


Figure 1: Un aperçu bref de Togo

En 2011, le Togo a établi un régime d'assurance sociale santé obligatoire, géré par l'Institut National d'Assurance Maladie (une administration semi-autonome sous la supervision du Ministère de la Santé et de la Protection Sociale) pour les fonctionnaires, les retraités de la fonction publique et leurs familles. En établissant ce régime et l'administration chargée de le superviser, le Togo est en train d'acquiescer des compétences en matière de mise en commun des risques et de gestion de l'assurance maladie. La proportion de la population couverte par ce régime est faible étant donné qu'il est limité aux fonctionnaires. Le Ministère de la Santé est en train d'évaluer les besoins et la faisabilité de l'extension de l'assurance maladie à d'autres segments de la population tels que d'autres travailleurs du secteur formel et les travailleurs du secteur informel. Le Togo a présenté de nouvelles stratégies pour améliorer la couverture financière des services de santé dans son Plan National de Développement Sanitaire (PNDS) 2012 – 2015. Elles incluent l'augmentation des ressources intérieures pour la santé, la mobilisation de ressources du secteur privé et le développement de l'assurance maladie communautaire avec des subside pour les pauvres. L'évaluation du Plan en 2016 a révélé la stagnation des ressources intérieures affectées à la santé et a recommandé que le gouvernement augmente progressivement le pourcentage. Elle a également recommandé que le gouvernement élabore une stratégie nationale du financement de la santé pour atteindre la couverture maladie universelle (CMU). Quelques compagnies d'assurances privées ont une présence au Togo, mais elles fournissent principalement une couverture accidents ou des prestations complémentaires associées au régime d'assurance sociale santé, et seuls les travailleurs du secteur formel y ont accès. Il existe moins de régimes d'assurance maladie communautaire – n'offrant souvent que des prestations limitées et ayant peu d'adhérents.

Le secteur public fournit la majorité des services et produits de planification familiale au Togo ; les pharmacies et les établissements de santé privés en fournissent environ un cinquième. Le secteur public dépend dans une très large mesure du financement des produits de planification familiale par les bailleurs. Le besoin non satisfait de planification familiale a baissé très légèrement, passant de 35,0 % en 1998 à 33,6 % en 2013/2014.

Défis et opportunités

Le Togo est confronté à trois problèmes : un niveau très bas de dépenses publiques pour la santé ; un niveau élevé de dépenses non remboursées ; et le faible nombre de adhérents dans les régimes prépayés. Le PNDS a recommandé d'augmenter la part du budget de l'État affectée à la santé de 10 %, mais ce serait toujours très en dessous de l'objectif de 15 % fixé à Abuja. Alors que le gouvernement s'est engagé à atteindre la CMU, il existe une opportunité d'accélérer les progrès dans ce sens en élaborant et en exécutant une stratégie formelle renforcée et un plan de financement de la CMU.

## Le rôle du secteur public dans le financement de la santé

Les secteurs public et privé contribuent aux trois principales fonctions du financement de la santé :



LE RÔLE DU SECTEUR PUBLIC DANS LE FINANCEMENT DE LA SANTÉ	
<ul style="list-style-type: none"> <li>Revenus du budget général recouverts par le gouvernement central et les collectivités territoriales (22,4 % des DTS)</li> <li>Subventions ou prêts de partenaires de développement (17,3 % des DTS)</li> <li>Impôts sur les salaires payés par les employeurs du secteur public</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Services de santé fournis dans les établissements de santé publics</li> <li>L'INAM (régime d'assurance sociale santé) met les risques en commun au niveau national</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>Le gouvernement national achète des services dispensés dans des établissements fournissant des soins de santé primaires, secondaires et tertiaires.</li> <li>Le gouvernement national paie pour les services par les moyens suivants :               <ul style="list-style-type: none"> <li>Subsides pour les services dispensés dans les établissements publics</li> <li>Achat de services par l'assurance sociale santé pour le compte de ses membres</li> </ul> </li> </ul>	

## Mécanismes de financement de la santé par segment de la population :

Mécanismes de financement de la santé disponibles  
À la population varie :

	SECTEUR PUBLIC		
	SECTEUR FORMEL	SECTEUR INFORMEL NON-PAUVRES	SECTEUR INFORMEL : PAUVRES/ PERSONNES VULNÉRABLES
Services de santé à financement public	✓	✓	✓
Assurance sociale santé obligatoire	✓ (employés et fonctionnaires de la fonction publique seulement)		

	SECTEUR PRIVÉ		
	SECTEUR FORMEL	SECTEUR INFORMEL NON-PAUVRES	SECTEUR INFORMEL : PAUVRES/ PERSONNES VULNÉRABLES
Assurance maladie privée volontaire	✓ (couverture supplémentaire pour les adhérents au régime d'assurance sociale santé)		
Dépenses non remboursées	✓	✓	✓

LE RÔLE DU SECTEUR PRIVÉ DANS LE FINANCEMENT DE LA SANTÉ	
<ul style="list-style-type: none"> <li>Dépenses des ménages, principalement dépenses à la charge des usagers non remboursées (60,3 % des DTS)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Les compagnies privées d'assurance maladie mettent les risques en commun au niveau du régime, bien que la pénétration du marché au Togo soit très faible (elles couvrent &lt;2 % de la population)</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>Les ménages sont les principaux acheteurs de services de santé du secteur privé au Togo</li> </ul>	

## À PROPOS DE CETTE SÉRIE

Cet aperçu sur un pays est l'un d'une série de 15 aperçus produits par le projet Health Finance & Governance. Les aperçus résument des informations sur les programmes de financement public et privé pour les services de planification familiale et de santé qui aident les pays concernés à atteindre la couverture maladie universelle. Voici le lien pour consulter la série et un rapport récapitulatif : [www.hfproject.org](http://www.hfproject.org).



## 9.2 Contexte

Le financement de la santé est un bloc de construction fondamental d'un système de santé et il joue un rôle crucial pour progresser vers la couverture sanitaire universelle et l'accès universel à la planification familiale. Les gouvernements utilisent souvent plusieurs mécanismes de financement de la santé pour avancer en direction de la couverture sanitaire universelle. Dans le Chapitre I, nous avons présenté les tendances en matière de financement de la santé dans quinze pays répartis entre diverses régions et tiré des leçons qui pourraient être applicables au Togo et dans d'autres pays de l'Afrique de l'Ouest. Ce chapitre décrit le financement de la santé au Togo et identifie les opportunités qui pourraient permettre au gouvernement et aux autres parties prenantes de développer, renforcer et étendre leurs mécanismes de financement de la santé pour progresser vers la couverture sanitaire universelle et l'accès universel à la planification familiale.

Des spécialistes en financement de la santé du Health Finance and Governance Project (HFG) de l'USAID ont recueilli les informations présentées ci-dessous. Le Projet HFG a effectué une recherche documentaire et une collecte de données dans le pays même (entretiens avec des parties prenantes influentes, collecte de documents de politique générale et de planification) pour illustrer les mécanismes de financement de la santé dans le secteur public et le secteur privé du pays, et il a identifié des opportunités pouvant permettre au gouvernement d'étendre la couverture de la population et des services ou la couverture financière pour les services de santé et de planification familiale. Le Projet HFG a également constaté que le Ministère de la Santé du Togo a commandé une étude sur les mécanismes de financement de la santé du pays en 2013 (Bakusa 2013).

## 9.3 Le financement de la santé au Togo

Le Togo utilise cinq mécanismes principaux de financement de la santé. Chaque mécanisme est décrit plus en détail ci-dessous.

### 9.3.1 Le financement des services de santé par le gouvernement

Le financement des services de santé par le gouvernement fournit à la population un certain degré de protection financière contre les coûts des services de santé. Selon le Plan National de Développement Sanitaire 2012–2015 du Gouvernement du Togo, l'État a fourni 67 % des services de santé en 2009.

De nombreux services ne sont souvent pas fournis par les établissements publics de santé, et ils coûtent trop cher pour permettre à la plupart des Togolais d'y accéder par l'intermédiaire des établissements de santé privés. Le financement des services de santé par le gouvernement joue un rôle important dans la subvention des soins pour les citoyens qui y ont accès dans les établissements de santé publics. Cependant, ces subventions ne couvrent pas le coût total de l'administration des soins de santé ; les établissements de santé peuvent également imposer des paiements à la charge des usagers déterminés par l'État pour récupérer certains de leurs coûts auprès des ménages. Des exonérations du paiement des frais à la charge des utilisateurs existent pour des maladies prioritaires spécifiques (p. ex., tuberculose et VIH/sida) ou pour les indigents. Le mécanisme d'achat est principalement basé sur les intrants, ce qui signifie que le gouvernement paie pour des intrants tels que les salaires des travailleurs de santé, les produits de base et l'infrastructure, au lieu de payer pour des extrants tels que le nombre de services fournis ou de patients traités. Les travailleurs de santé sont des salariés ; il n'existe pas actuellement de programme de financement basé sur les résultats pour les prestataires.

### 9.3.2 L'assurance maladie sociale obligatoire

En 2011, le gouvernement du Togo a promulgué une loi établissant le Régime obligatoire d'assurance maladie pour les fonctionnaires en activité et en retraite, ainsi que pour jusqu'à six membres de leur famille. Ce régime est géré par l'Institut National d'Assurance Maladie (INAM). L'INAM a commencé à fournir des prestations en 2012.

Le régime est financé par un prélèvement obligatoire sur le salaire des fonctionnaires (3,5 % du salaire à la charge de l'employeur et 3,5 % du salaire à la charge de l'employé). Les collectivités locales et les autres institutions publiques sont tenues d'effectuer ces prélèvements par le biais de retenues sur les salaires et de transférer ces fonds à l'INAM chaque mois.

L'INAM a aligné ses tarifs pour le paiement des prestataires sur ceux du Ministère de la Santé parce que les taux de remboursement du secteur privé étaient très élevés et n'auraient pas été financièrement viables pour le régime. L'INAM rembourse ou paie à l'avance les établissements à hauteur de 80 % au maximum du taux officiel de remboursement pour les établissements du secteur public, et l'assuré paie le solde de 20 % (ou plus) à l'établissement. Le tarif de coassurance payé par les membres varie en fonction du type of service (INAM 2016). L'INAM conclut des contrats avec des établissements de santé publics et privés, des pharmacies et des magasins d'optique. Quelques 193 établissements privés représentent environ la moitié de tous les prestataires agréés.

L'INAM couvre essentiellement les soins curatifs. Les traitements couverts comprennent les maladies cardiovasculaires, les maladies métaboliques et endocriniennes, les maladies néphrologiques, les maladies systémiques, les affections rhumatismales, les maladies mentales, les maladies gastro-intestinales, le cancer, les malignités des tissus lymphatiques, les hématomes, les maladies ophtalmiques et les maladies des oreilles, du nez et de la gorge. La médecine générale, les consultations par des spécialistes, les consultations prénatales et certains médicaments et appareils médicaux sont également couverts.<sup>A</sup>

Les produits et services de planification familiale ne sont pas couverts.

### 9.3.3 L'assurance maladie communautaire

Au Togo, il existe peu de coordination entre le gouvernement et les mutuelles de santé privées. Il existe moins de trente mutuelles – offrant souvent des prestations limitées.

Le nombre des mutuelles de santé augmente lentement depuis 1997. La Coopération belge au développement aide actuellement à organiser un recensement des mutuelles et à renforcer les capacités de gestion des mutuelles. L'Organisation Internationale du Travail et l'UNICEF ont soutenu l'élaboration de critères normalisés pour identifier les indigents et les populations vulnérables au Togo. Ces critères ont été validés en décembre 2015, et ils seront vraisemblablement utilisés pour les futures initiatives de couverture sanitaire universelle.

Les produits et services de planification familiale ne sont pas couverts par les mutuelles selon les informateurs interrogés dans le pays.

### 9.3.4 L'assurance maladie privée

La pénétration de l'assurance maladie privée est faible (<2 %) au Togo. La participation à l'assurance maladie privée est volontaire. L'assurance maladie financée par les employeurs (en dehors des contributions obligatoires de l'assurance maladie sociale obligatoire des employeurs du secteur public) est négligeable. Il existe quelques compagnies d'assurances privées, mais elles fournissent essentiellement une couverture accident ou complémentaire associée au régime d'assurance maladie sociale.

<sup>A</sup> Pour la liste complète des services couverts, consulter le site Web public de l'INAM : <http://www.inam.tg/index.php/inam>.

### 9.3.5 Dépenses à la charge des ménages

Les dépenses à la charge des ménages représentent environ 40 % des dépenses totales de santé. Ce niveau de dépenses à la charge des usagers suggère que de nombreux ménages n'ont pas une protection financière adéquate pour les coûts des soins de santé. Au fur et à mesure que plus de citoyens auront accès et s'inscriront à des mécanismes de protection financière tels que l'assurance maladie, les dépenses des ménages passeront probablement des dépenses directes pour des produits et services à des dépenses pour le paiement de primes d'assurance dans le cadre de régimes de mise en commun des risques offerts par l'État, les employeurs, la communauté ou des assureurs privés.

## 9.4 Progression vers la couverture sanitaire universelle des soins de santé et l'accès universel à la planification familiale

Le PNDS a présenté plusieurs stratégies pour améliorer la protection financière. Grâce à l'assurance maladie sociale, le Togo est en train d'acquérir des compétences en mise en commun des risques et en gestion de l'assurance maladie. Le Ministère de la Santé a commandé des études pour identifier les besoins et la faisabilité de l'élargissement de l'assurance maladie sociale dans le cadre du Régime obligatoire d'assurance maladie à d'autres segments de la population tels que les travailleurs du secteur informel et du secteur agricole. Une étude est en cours pour établir des critères et déterminer les capacités de contribution des divers segments de la population, en fonction de chaque catégorie professionnelle. Une autre étude est en cours avec le soutien de l'UNICEF pour définir un forfait de prestations minimum pour les pauvres. À la date de diffusion de cette étude panoramique, le plan d'action visant à étendre l'assurance maladie sociale à d'autres groupes de la population n'avait pas encore été rendu public.

Les autres stratégies du PNDS comprennent l'augmentation des ressources intérieures affectées à la santé, la mobilisation de ressources du secteur privé et le renforcement de l'AMC en incluant des subventions pour les pauvres. Le plan de développement pour l'AMC n'avait pas encore été rendu public à la date de diffusion de cette étude.

Le PNDS incorpore une stratégie de financement de la santé. La stratégie inclut des revenus accrus pour les établissements en conséquence du renforcement des régimes de mise en commun des risques (comme l'assurance maladie universelle) et de l'AMC. De plus, elle implique l'augmentation des dépenses de santé de l'État pour atteindre l'objectif de la Déclaration d'Abuja, soit 15 %, et de la participation du secteur privé au financement des services de santé par le biais de l'encaissement des paiements effectués par les ménages et la mobilisation des ressources provenant des associations, des ONG, des entreprises et des sociétés privées.

Afin de mobiliser des ressources pour le PNDS, le gouvernement du Togo a rejoint l'International Health Partnership (IHP+) en 2010. Le Togo et les bailleurs ont signé un compact aux termes duquel les bailleurs soutiendront la mise en œuvre du PNDS par le biais de plans opérationnels à tous les niveaux du secteur de la santé. Ce mouvement a assuré un financement conjoint par les bailleurs pour le Cadre de Dépenses à Moyen Terme 2012-2014, qui a permis de transformer les stratégies du gouvernement en dépenses publiques dans un cadre macro-économique et fiscal cohérent pendant plusieurs années.

Les bailleurs internationaux collaborent également avec le gouvernement du Togo dans le cadre d'autres mécanismes de financement de la santé. Depuis 2011, l'initiative *Providing 4 Health (P4H) Social Health Protection* – visant à renforcer la collaboration entre un grand nombre de partenaires au développement et investisseurs importants et les gouvernements nationaux pour atteindre la CSU – développe une stratégie avec le Togo pour avancer vers la CSU (P4H 2011). Sa stratégie d'engagement prioritaire 4 consiste à explorer diverses options de financement de la santé et complémentarités en proposant plusieurs options pour couvrir la totalité de la population. Ces options incluent des exemptions, l'octroi de subventions pour payer les primes, l'assurance maladie

sociale obligatoire ou l'AMC, des fonds de placement et des options de financement innovantes comme les charges parafiscales (p. ex., les taxes sur les téléphones mobiles), la responsabilité sociale des grandes sociétés et les investissements mixtes public-privé.

Pour poursuivre l'accès universel à la planification familiale et adhérer au mouvement Family Planning 2020, le gouvernement a publié et disséminé le Plan d'Action pour le Repositionnement de la planification familiale de 2013-2017. Les stratégies visant à repositionner la planification familiale et augmenter sa couverture incluent la distribution communautaire, les stratégies mobiles et basées sur la sensibilisation des populations rurales, et l'élaboration de plans visant à sécuriser et renforcer la logistique et la gestion des produits. Le Plan d'Action a reconnu que bien que le gouvernement ait contribué au financement des contraceptifs depuis 2008, le financement de la planification familiale par le gouvernement reste faible en raison de la difficulté rencontrée pour convaincre certains législateurs que la planification familiale doit être financée par le gouvernement.

Actuellement, les activités et les produits de planification familiale sont presque entièrement financés par les bailleurs internationaux, et la contribution du gouvernement est plus faible au Togo que dans les pays comparables. La stratégie de financement du Plan d'Action consiste à organiser des réunions avec des parlementaires et d'autres décideurs ayant des pouvoirs d'approbation du budget afin de faire un plaidoyer pour le financement de la planification familiale par le gouvernement. Le Plan d'Action a identifié plusieurs façons d'engager le secteur privé dans le financement de la planification familiale : conclusion de protocoles d'accord avec des organisations de la société civile demandant une augmentation du financement du gouvernement ; diffusion d'annonces d'intérêt public sur des médias privés pour accroître la demande de services de planification familiale ; intégration des services de planification familiale dans les cliniques privées ; élaboration d'une stratégie d'engagement de la société civile et du secteur privé ; et conclusion de contrats avec des prestataires du secteur privé.

En termes de collaboration avec le secteur privé, le Ministère chargé de la promotion du secteur privé dispose d'un cadre de base pour l'engagement. Cependant, à la date de diffusion de cette étude panoramique, il n'existait encore que peu de partenariats axés sur le système de santé. L'USAID a soutenu la plateforme du secteur privé et fournit du soutien pour son secrétariat ainsi que des bureaux.

## 9.5 Opportunités en matière de financement de la santé

Les mécanismes de financement de la santé existants fournissent une certaine protection financière aux citoyens, mais dans l'ensemble ils n'assurent pas une protection adéquate. Le fait que le système s'appuie dans une large mesure sur les paiements des usagers signifie que de nombreux ménages pauvres et vulnérables ne sont pas couverts, étant donné que même les honoraires nominaux que les établissements publics sont autorisés à facturer peuvent être très élevés, y compris pour avoir accès aux services de santé de base. Les trois mécanismes d'assurance mentionnés ci-dessus ne couvrent qu'une très faible proportion de la population : selon l'Enquête démographique et de santé de 2014, moins de 2 % des femmes et des hommes étaient membres d'associations de santé ou de programmes d'assurance maladie communautaire ou privée, et seulement 4 % des personnes interrogées étaient couvertes par une assurance maladie financée par un employeur (MPDAT, MS, et ICF International 2015).

Le Projet HFG a identifié plusieurs opportunités de renforcement et de la clarification des politiques de financement de la santé et d'élargissement de la couverture de santé. Le PNDS semble manquer quelque peu de cohérence en ce qui concerne son traitement de la mobilisation des ressources du secteur privé. Une stratégie citée consiste à financer partiellement le PNDS en augmentant la contribution des ménages pour récupérer les coûts ; mais une autre stratégie vise à réduire les frais de santé directement à la charge des usagers. Ces deux stratégies ne sont pas nécessairement contradictoires, mais il pourrait être difficile de les appliquer toutes les deux en même temps. La réduction de la part des dépenses directes des ménages serait réalisée par l'intermédiaire d'une augmentation progressive du recrutement dans l'assurance maladie sociale obligatoire et dans l'AMC

privée volontaire. Au moment de l'analyse du Projet HFG, le plan d'action visant à élargir le régime d'assurance maladie sociale obligatoire à d'autres segments de la population était toujours en cours d'élaboration. De plus, comme les forfaits de prestations sont limités aux soins curatifs, les services de planification familiale ainsi que d'autres services essentiels, à la fois préventifs et de promotion de la santé, sont exclus de la couverture et ne sont pas remboursés par les programmes d'assurance maladie sociale ou d'assurance maladie privée.

On trouvera ci-dessous plusieurs opportunités de renforcement de la mise en œuvre de certains mécanismes de financement de la santé :

- Identification de manières de dépenser plus efficacement les fonds existants pour les soins de santé (p. ex., en 2016 l'évaluation du PNDS a indiqué que moins d'un tiers des fonds affectés à la planification familiale avaient été dépensés).
- Augmentation de la transparence des dépenses de santé en publiant le rapport sur les comptes nationaux de santé (en retard).
- Accroissement de la coopération avec les parties prenantes privées par le biais de partenariats public-privé et de renforcement du dialogue politique.
- Augmentation de la capacité et amélioration de l'accès aux soins en concluant des contrats de services de santé avec des prestataires privés.
- Établissement d'un mécanisme de supervision et de coordination pour les mutuelles.
- Renforcement de la gouvernance de l'assurance maladie sociale.

## 9.6 Sources

Bakusa, Dankom. 2013. *État des lieux des mécanismes de financement de la santé en cours au Togo (en 2013)*. Rapport préparé pour le Ministère de la Santé du Togo.

L'Institut National d'Assurance Maladie (INAM). 2016. *Prestations couvertes*. Accédé en juillet 2016 à <http://www.inam.tg/index.php/panier-de-soins/prestations-couvertes>.

Ministère de la Planification, du Développement et de l'Aménagement du Territoire (MPDAT), Ministère de la Santé (MS) et ICF International. 2015. *Enquête Démographique et de Santé au Togo 2013-2014*. Rockville, Maryland, USA: MPDAT, MS et ICF International.

Providing for Health (P4H). 2011. *Protection sociale en santé : en route vers la couverture santé universelle au Togo*. Présentation PowerPoint. Lomé, Togo.