

**République du Togo**  
**Mission d'appui à la mise en œuvre du Projet d'Appui aux services de Santé Maternelle et Infantile et de Nutrition (P143843) et préparation du projet d'Appui au Système de Santé basé sur la Performance (P164886)**  
**Du 25 septembre au 6 octobre 2017**  
**AIDE MEMOIRE**

## **I. Introduction**

1. Une mission de la Banque mondiale a séjourné au Togo du 25 septembre au 6 octobre 2017, afin d'appuyer la mise en œuvre du PASMIN et de lancer les préparatifs du nouveau projet de santé (Projet d'Appui au Système de Santé Basé sur la Performance).<sup>1</sup> Cette mission s'inscrit dans le cadre de la Stratégie de partenariat-pays pour la période 2017-2020 approuvée par le Conseil d'Administration de la Banque mondiale le 20 avril 2017.
2. La mission avait pour objectifs de : (i) effectuer la passation de service entre le Chargé du Projet du Groupe de la Banque mondiale sortant et son remplaçant ;(ii) s'accorder avec le Ministère de la Santé et de la Protection Sociale (MSPS) sur la vision du Financement Basé sur la Performance pour le Togo, les grandes lignes et le chronogramme de préparation du nouveau projet et (iii) consulter les partenaires techniques et financiers (PTF) du secteur de la santé pour renforcer la coordination et collaboration.
3. La mission remercie les Ministres de la Planification du Développement et de la Santé et les membres de cabinets, responsables et techniciens rencontrés pour leur disponibilité et soutien à la mission. Elle remercie également tous les partenaires techniques et financiers pour la qualité et la franchise du dialogue. La liste de personnes rencontrées figure en Annexe 2.

## **II. PASMIN**

### **A. Constats et recommandations**

4. **Clôture du projet** : est prévue pour le 31 octobre 2018. L'Équipe de la Banque et l'Unité de gestion des projets (UGP) ont discuté de ce qu'il convient de faire avant et après la clôture du projet. En raison de la faiblesse des décaissements actuels (65,8 pour cent), il a été convenu d'accélérer la mise en œuvre des activités et de s'assurer que tous les nouveaux contrats seront signés avant janvier 2018. L'UGP a préparé un plan de travail révisé accompagné d'une note décrivant les modalités qui permettraient l'utilisation complète des ressources du projet avant sa clôture.
5. **Restructuration du projet** : afin de corriger le cadre de résultats, la répartition du financement entre les composantes et la prorogation de la date de clôture du projet, une restructuration de niveau 2 sera effectuée avant décembre 2017.
  - **Cadre de résultats** : au cours de la revue à mi-parcours du projet, il a été convenu que le cadre de résultats du projet devait être revu. Actuellement, celui-ci inclut certains indicateurs qui ne peuvent être suivis que par des enquêtes auprès des ménages, alors que celles-ci ne sont pas effectuées de

---

<sup>1</sup> La mission PASMIN était conduite par M. Ousmane Diadié Haidara avec la participation de Mme. Elizabeth Mziray (Chargée principale des opérations). La mission sur le nouveau projet était conduite par M. Christophe Rockmore (Economiste principal, responsable du nouveau projet) avec la participation des M. Moulay Driss Zine-Eddine El Idrissi (Economiste en chef santé), Alain-Désiré Karibwami (Spécialiste principal santé), Ousmane Diadié Haidara et Mmes. Elizabeth Mziray, Charlène Vigan (Consultante santé-nutrition), Nadia Amoudji-Dagba (Assistante au programme). M. Gaston Sorgho (Directeur régional pour la santé) et Michel Welmond (Coordonnateur sous-régional des secteurs du développement humain et du genre) ont aussi participé.

façon régulière et ne sont pas sous contrôle du projet (réalisées par d'autres Partenaires Techniques et Financiers). Le Ministère de la Santé a préparé une proposition décrivant les modalités de révision du Cadre de résultats à travers le recours à des indicateurs proxy qui permettraient d'évaluer les résultats du projet. Les changements apportés au Cadre de résultats comprendront à la fois la reformulation de certains indicateurs et la revue des cibles et sources de données afférentes. Les conclusions des discussions sur les propositions serviront de fondement à la restructuration.

- **Réallocation du financement par Composante** – les discussions de la mission ont abouti sur un plan de travail révisé qui permettrait de réaliser l'ensemble des activités et d'exécuter l'ensemble des fonds du projet. Ceci dépend d'une réallocation des fonds entre les composantes. Les conclusions des discussions sur les propositions serviront de fondement à la réallocation.
- **Prorogation du projet** : puisque la mise en œuvre du projet a été retardée d'un an (signature 6 mai 2014 ; début de la mise en vigueur 23 février 2015), la mission recommande de proroger la date de clôture du projet au 30 juin 2019. La nouvelle date de clôture permettra la mise en œuvre de l'ensemble des activités du projet et l'exécution de l'ensemble des financements.

6. **Rapport de la revue à mi-parcours** : le Gouvernement a demandé à la Banque de lui faire parvenir de toute urgence le rapport de la revue à mi-parcours afin qu'il puisse mieux comprendre les problématiques identifiées au cours de la revue et œuvrer à la résolution de ces difficultés et goulots d'étranglement avant la fin du projet. Le rapport de la revue à mi-parcours servira de base aux discussions avec le Ministère de la Santé et sera partagé avec les différents Partenaires Techniques et Financiers.

7. **Suivi du projet** : afin d'être en mesure de suivre étroitement les progrès dans la mise en œuvre et de résoudre tout problème dès son apparition, la Banque et l'UGP tiendront des vidéoconférences mensuelles ; celles-ci réuniront l'équipe du projet et l'UGP et permettront de traiter toute question en temps opportun. Le Spécialiste de la santé, qui sera recruté et sera basé au Togo dès novembre 2017, collaborera également au besoin à la résolution des problématiques quotidiennes avec l'UGP et le Ministère de la Santé. En outre, la Chargée des opérations du bureau du Togo apportera son soutien sur des questions spécifiques.

#### 8. **Les difficultés identifiées dans la mise en œuvre comprennent :**

- Non-disponibilité des intrants médicaux et médicamenteux malgré l'ANO de la Banque sur les stratégies de passation des marchés pour éviter les ruptures de stock de médicaments. En effet, en dehors de la Sulfadoxine pyriméthamine achetée auprès de la CAMEG-Burkina et des comprimés de fer-acide folique achetés auprès de la CAMEG-Togo, aucun autre intrant n'a été mis à la disposition du projet. Ceci entraîne une sous-performance du projet en matière de mise à disposition des médicaments et autres intrants. La cellule de gestion a adressé un courrier à la CAMEG-Togo, notamment afin de suspendre les processus des marchés déclarés infructueux.
  - La CAMEG a reçu 2 000 000 dollars et a déjà procédé à la passation des marchés des tablettes de fer et d'acide folique, des TDRs et des moustiquaires imprégnées d'insecticide – toutefois, la livraison n'a pas encore été effectuée alors qu'elle devait avoir été complétée en juin 2017. La passation des marchés a déjà été effectuée alors que le contrat prenait fin le 29 septembre 2017. La CAMEG devra rembourser le montant résiduel (78 000,000 CFA). L'UGP devait envoyer une lettre pour faire le suivi de la livraison et demander le remboursement du montant résiduel.
- Non-soumission des budgets détaillés des activités par les structures bénéficiaires : les entités soumettent des coûts globaux des activités rendant difficile leur exécution, ceci entraîne une sous-estimation ou une sur estimation des coûts réels de ces activités. Pour prévenir cette difficulté, l'UGP appuie les comptables de ces entités à mieux présenter les budgets.

- Retard dans la soumission des rapports et des pièces justificatives des dépenses de missions (Nutrition, PNLP, DSNISI, DAHB). Selon les procédures, les rapports de mission doivent être soumis 72 heures après la fin de la mission, mais les entités mettent des mois à les soumettre. L'UGP effectue des rappels concernant les rapports et pièces justificatives en retard auprès des entités concernées par téléphone et par courriel, y compris au cours des réunions.
- Absence de mise à disposition des données tirées des interventions (Nutrition, PNLP, DRS) : les entités ont des difficultés à collecter les données et les pièces justificatives des activités réalisées par le niveau décentralisé, ce qui entraîne un retard dans l'élaboration et la soumission des rapports d'avancement. La cellule de gestion passe par les directeurs régionaux pour obtenir les données sur les activités financées par le projet. Ceci réduit les retards.
- Non mise à disposition du Plan de Travail Annuel (PTA) conjoint par certaines entités bénéficiaires (Nutrition, PNLP, DAHB) ; les PTA conjoints permettent de rationaliser les investissements. Cependant, en-dehors de la Division responsable de l'information sanitaire, les autres ne soumettent pas ce genre de document. Ceci a pour conséquence d'éventuels doublons des activités déjà financées par d'autres partenaires. Le Secrétaire Général a exigé que tous se plient à cette exigence de transparence.

### III. Préparation du Projet d'Appui au Système de santé basé sur la Performance (P164886).

#### Constats et recommandations

9. **Messages clés de l'évaluation du PNDS 2012-2015** : parmi les forces, le PNDS 2017-2022 cite : (i) l'élaboration et la mise en œuvre des plans d'action opérationnels annuels dans les 40 districts sanitaires ; (ii) l'organisation de revues annuelles conjointes des performances aux différents niveaux du système de santé ; (iii) l'évolution positive des indicateurs de santé de l'enfant et ceux liés à la lutte contre le VIH/SIDA, la tuberculose et le paludisme. De faibles performances voire contre-performances ont été relevées dans les domaines de la lutte contre la mortalité maternelle et néonatale et du contrôle des maladies non transmissibles liées en partie aux difficultés d'accès de la population aux services de soins de qualité et la faible adéquation entre l'offre et la demande de soins. Les principaux dysfonctionnements du système de santé notés sont : (i) l'insuffisance dans la gouvernance et le pilotage du secteur, (ii) l'insuffisance de ressources humaines pour la santé ainsi que la gestion non optimale de l'existant, (iii) la non-utilisation systématique des médicaments essentiels et génériques et la faible disponibilité des produits sanguins, (iv) le sous-financement public du secteur, (v) la gestion non efficiente des ressources mobilisées, (vi) l'importante pression financière liée au paiement direct des ménages, (vii) les problèmes de promptitude, de complétude et de fiabilité des données du Système national d'information sanitaire (SNIS) qui limitent la prise de décision à tous les niveaux.
10. **Plan national de développement sanitaire 2017-2022** : adopté par le Gouvernement après un séminaire gouvernemental, il est le cadre d'orientation de l'action gouvernementale en matière de la santé. Sa conception profite de l'évaluation du PNDS 2012-2015 et d'un cadre de dépenses à moyen terme pour la période 2017-2019. Il est articulé autour de 5 axes : (i) l'accélération de la réduction de la mortalité maternelle, néonatale, infantile et juvénile, le renforcement de la planification familiale et la santé des adolescents ; (ii) le renforcement de la lutte contre les maladies transmissibles ; (iii) la sécurité sanitaire et la réponse aux épidémies et autres urgences de santé publique ; (iv) la lutte contre les maladies non-transmissibles et la promotion de la santé et (v) le renforcement du système de santé pour aller vers la Couverture Sanitaire Universelle (CSU), y compris la santé communautaire.
11. **Equité** : si environ deux-tiers des populations avaient accès à un centre de santé d'après le profil de pauvreté de 2015, seulement 41 pour-cent des accouchements en milieu rural bénéficiaient de la présence d'un personnel médical qualifié par rapport aux 92 pour-cent en milieu urbain (EDSTIII). Le niveau de vie a une relation à ceci, car 27 pour-cent des femmes des ménages les plus pauvres et 95

pour-cent des femmes des ménages les plus riches étaient assistées par un personnel qualifié. De même, la mortalité infanto-juvénile est environ trois fois plus importante pour les enfants du quintile le plus pauvre par rapport au quintile le plus aisé. Le développement d'une Stratégie nationale de financement de la santé vers la Couverture Sanitaire Universelle (SNFS-CSU) est une des réponses stratégiques majeures du Gouvernement.

12. **Financement de la santé** : Selon les données et informations disponibles (en attendant les résultats des comptes nationaux de la santé de 2014 qui sont en cours de validation), le financement du système de santé au Togo se caractérise par ce qui suit : la dépense totale de santé est faible et ne permet donc pas un accès à un paquet de services essentiels pour l'ensemble de la population. En effet, en 2012, cette dépense a été en-deçà de 140 milliards de FCFA ; soit 41 US\$ par habitant et par an, loin des recommandations internationales et de la moyenne en Afrique Sub-Saharienne (97,7 US\$). Le niveau de protection financière contre le risque maladie est trop faible. Près de 2,3% de la population s'appauvrissent à cause des dépenses catastrophiques auxquelles ils font face, soit 415 personnes par jour. Cette situation se justifie par la part des dépenses privées de santé, dominées par les paiements directs des ménages, qui représentent 49% des dépenses totales de santé (contre 36% pour les fonds provenant de l'extérieur et 15% seulement pour l'Etat). En outre, seuls 7,6% de la population sont couverts par des régimes de protection sociale en santé. La stratégie de financement de la santé qui complètera la stratégie nationale de protection sociale en cours d'actualisation est fondamentale pour avoir une réponse pérenne. Le financement de la santé comporte 3 fonctions qui sont : la mobilisation de ressources, la mise en commun des ressources et l'allocation des ressources/l'achat de services. L'Annexe 3 donne des précisions sur les études à conduire pour aboutir à une stratégie de qualité. *La mission souligne l'importance de la finalisation de la stratégie pour le pays et du développement de la vision FBP pour que le projet puisse financer la vision togolaise en la matière.*
13. **Approche financement basé sur les résultats (FBR)** : le troisième et dernier volet de la stratégie de financement contient l'achat stratégique dont un exemple est le FBR. C'est un des outils majeurs de la mise en œuvre du nouveau PNDS. Cette approche représente un changement de comportements en se focalisant sur les résultats et non sur les intrants, car le FBR a le potentiel avéré d'influencer positivement l'achat stratégique qui, à son tour, a un effet positif sur l'efficacité technique et allocative, et par conséquent, sur la fonction d'achat et d'allocation des ressources. La Plateforme du Secteur Privé au Togo (PSPS) et les PTF ont marqué leur intérêt pour l'approche comme outil et la PSPS est prête à participer au financement basé sur la performance. A la demande du MSPS, la mission a organisé un atelier de mise à niveau sur le FBR pour la partie nationale. *La mission recommande que l'approche participative soit renforcée dans la phase d'élaboration de la vision FBP car l'approche demandera des efforts de part et d'autre dans son exécution. La Banque mondiale est prête à accompagner techniquement et financièrement cette activité qui est essentielle pour la réussite du FBR au Togo et la préparation du projet.*
14. **Soutien à la demande de santé.** La présence d'un registre social permettrait de mieux cibler les populations les plus vulnérables et de leur faciliter l'accès aux soins que ce soit par une gratuité ciblée ou des transferts monétaires conditionnés. Au Togo, d'après les discussions avec l'ANADEB et son ministère de tutelle, les efforts initiaux sont en cours pour mettre en place le registre social, mais il n'est pas possible de dire quand un système avec une couverture suffisante pour le ciblage serait disponible. Ceci rend très difficile une approche de ciblage des populations vulnérables.
15. **Médicaments** : les discussions avec les différentes parties prenantes indiquent un problème d'approvisionnement en médicaments essentiels et génériques (MEG) qui court de l'homologation des médicaments jusqu'à la disponibilité dans les structures de santé. Le fonctionnement de la commission d'homologation adresse une partie du problème réglementaire, mais l'ensemble des acteurs signale l'absence de contrôle de qualité en laboratoire de manière systématique par l'autorité nationale ou par

les importateurs. La CAMEG, qui a un plan stratégique, souffre de problèmes de passation des marchés et d'achats à crédit non-remboursés. Comme constaté avec l'INAM, la question de la faible prescription des médicaments essentiels et génériques sous dénomination commune internationale reste un défi de taille pour l'accès aux services de santé de qualité.

16. **Alignement du projet proposé au PNDS 2017-2022** : le projet se focalisera sur l'accélération de la réduction de la mortalité maternelle, néonatale et infanto-juvénile, le renforcement de la planification familiale et la santé des adolescents (Axe 1 du PNDS) ainsi que le renforcement du système de santé vers la CSU, y compris la santé communautaire (Axe 5). Ces objectifs renforcent et étendent le financement de l'IDA par le PASMINE, sur la santé maternelle et infanto-juvénile (axe 1) et complètent le projet REDISSE qui se focalise sur l'amélioration de la sécurité sanitaire et la réponse aux épidémies (Axe 3). Des éléments des autres axes seront pris en compte, comme la prévention de la transmission du VIH de la mère à l'enfant (Axes 1 et 2). L'approche du financement basé sur la performance est préconisée dans les mesures essentielles pour la mise en œuvre du PNDS 2017-2022 dont la SNFS-CSU est un des piliers essentiels.
17. **Alignement du projet proposé à la Stratégie de Partenariat-Pays 2017-2020** : le Diagnostic Pays a montré l'importance de la santé comme vecteur de réduction de la pauvreté et promoteur de la croissance partagée et la Stratégie de Partenariat-Pays (SPP) prévoit un projet qui renforce la gouvernance du système ainsi que l'offre et la qualité des soins avec des outils de financement basé sur la performance.
18. **Objectif de développement du projet** : la mission et la partie nationale se sont convenues sur « Améliorer l'accès à la qualité des soins de santé reproductive, maternelle, néonatale, infantile et des adolescents dans les zones ciblées » ainsi que du développement d'une approche de Financement basé sur la performance propre au Togo qui sera un des outils majeurs de la mise en œuvre du financement du projet.
19. **Grandes composantes du projet** : de commun accord, le projet proposé aura 3 composantes. La première concernera le financement basé sur les résultats (offre de soins) avec la vérification et la contre-vérification qui en font partie. La seconde se focalisera sur la prévention et le changement de comportement. Des possibilités sont le déparasitage en milieu scolaire, l'incitation à l'utilisation des soins de santé et la communication pour le changement de comportement d'hygiène et d'assainissement par les ménages. La troisième composante financera la gestion du projet, le renforcement des capacités et les études liées au financement de la santé. Les détails seront développés lors de la prochaine mission.
20. **Arrangements institutionnels** : le projet sera exécuté par les directions techniques du ministère. La vision FBP donnera les éléments sur comment le travail de ce nouveau métier sera organisé au ministère. Les options en évaluation pour le volet fiduciaire sont de continuer avec l'unité de gestion de projet ou d'utiliser la DAF. La décision sera prise en décembre en fonction de la Vision FBP et des discussions sur la base des évaluations fiduciaires qui seront faites par la Banque mondiale avant la mission de décembre.

## B. Prochaines étapes

21. **Evaluations fiduciaires** : les spécialistes en gestion financière et en passation des marchés feront des évaluations pour déterminer les options institutionnelles (Unités de gestion des projets ou intégration de la DAF) et les plans d'action pour atténuer les risques identifiés.

22. **Elaboration de la Vision du Financement basé sur la performance au Togo** : ce document donnera les orientations au projet qui soutiendra la mise en œuvre de la vision. Aussi, il sera un élément important pour la stratégie de financement de la santé. Le ministère, avec ses partenaires institutionnels et sociaux, prévoit de valider la vision lors d'un atelier en décembre 2017. Ceci sera un intrant essentiel pour la préparation du projet. En accord avec le ministère, la Banque mondiale mettra à disposition un consultant expérimenté pour aider le ministère dans le développement de sa vision.
23. **Prochaine mission** : du 11 au 20 décembre qui aura pour objectif d'affiner les composantes, les activités et les arrangements institutionnels sur la base de la Vision FBP nationale (élément essentiel pour la mission), et de s'accorder sur les éléments préalables pour éviter des conditions de mise en vigueur et préparer les marchés à lancer pour pouvoir démarrer le projet dès sa mise en vigueur. Les sources des fonds pour les activités de passation des marchés anticipées seront aussi confirmées lors de la mission.
24. **Stratégie de financement de la santé** : le ministère a proposé un calendrier qui aboutirait à une validation technique en décembre 2017. Ce document renforcera l'exécution du PNDS 2017-2022 et donnera aussi une vision à moyen terme sur son financement, la manière de couvrir la population (vers la couverture sanitaire universelle), l'allocation des ressources et l'achat stratégique, dont le FBR. *La mission recommande que ce processus soit participatif et participera aux travaux avec l'OMS et d'autres partenaires techniques et financiers. Il serait important qu'il adresse l'ensemble des éléments d'une bonne stratégie du financement de la santé (voir l'Annexe 3).*

#### **IV. Accès à l'information**

25. Ce document a été discuté avec la partie gouvernementale et il a été convenu d'un commun accord de sa publication sur le site externe de la Banque mondiale.

## Annexe 1. Prochaines étapes et responsabilités

### Matrice d'actions du PASMIN

Description	Responsable	Délai
Soumission d'un plan de travail révisé accompagné d'une projection décrivant les modalités qui permettraient la pleine utilisation des financements du projet avant sa clôture	UGP	06/10/2017
Restructuration du projet	BM, UGP	15/12/2017
UGP enverra une lettre à CAMEG annulant son contrat et demandant le remboursement de 78 000 000 FCFA	UGP	06/10/2017
Présentation officielle du rapport de la revue externe à mi-parcours	BM	30/10/2017
ANO sur les TdR pour la sélection des ONG, sur le PPM PASMIN à travers STEP, sur l'AVIS GÉNÉRAL de Passation des Marchés pour le Projet REDISSE Togo à travers STEP, sur les avenants aux contrats des spécialistes par rapport à REDISSE Togo.	BM, UGP	30/10/2017
Préparation de l'évaluation finale du projet – L'UGP recrutera un consultant/une firme qui procédera à l'évaluation finale du projet.	UGP	30/01/2018

### Matrice d'actions du nouveau projet

Description	Responsable	Délai
Evaluation des besoins de soutien technique pour la vision FBP	MSPS	12 octobre 2017
Confirmation de la visite d'échange FBP au Burundi	BM	20 octobre 2017
Relance de la SNFS-CSU	MSPS	26 octobre 2017
Demande de voyage de formation FBR au Bénin au PASMIN	MSPS	27 octobre 2017
Evaluations fiduciaires de la DAF et de l'UGP-santé et préparation des plans d'action	BM	15 novembre 2017
Atelier de validation de la Vision FBP togolaise	MSPS	11 décembre 2017

## Annexe 2. Personnes rencontrées

Noms et prénoms	Institution	Fonction
Dr APETSIANYI Yowa	DRS Lomé-Commune	Directrice
Pr ATAKOUMA Yawo	CHU Sylvanus Olympio-Lomé	Chef service Pédiatrie
Dr TCHANILEY Ganiou	DSNISI/MSPS	Coordonnateur DSNISI
Dr SILIADIN Koffi M.	DGAS/SG	Médecin Santé Publique
Dr AGBETIAFA Koffi	District sanitaire N°1	DDS n°1
Dr D'ALMEIDA Stephane	Unité de gestion des projets du FM au Togo (UGP)	Coordonnateur
Dr BABA Amivi	DESR/MSPS	Directrice
BOURAIMA Moussa C	DSCPA/MSPS	Chargé de relation avec les partenaires
Dr ASSIH Mamessilé	CAMEG-Togo	Directrice Générale
Dr SODJI Adolphe	SP-PNDS	Coordonnateur
Prof VOVOR Ahoefa	DGEPIS/MSPS	Directrice Générale
KADJANTA Tchaa	DRH/MSPS	Coordonnateur DRH
MALOU Koboyo	AC/CAB/MSPS	Point focal approche Contractualisation
KOUASSI Koame	DER/MSPS	Chef division
AYITE Komlan	DHAB/MSPS	Coordonnateur des activités
ETOU Koffi	DAF/MSPS	Chef division
Dr WOTOBE Kokou	MSPS	Chef division Programmation et coopération
Dr OUEDRAOGO K.R. Hilaire	OMS Togo	Conseiller système de santé
LAWSON-GUIDIGBE Joseph	CAMEG-Togo	Contrôleur de gestion
GNASSI Mondjosso	DESR/MSPS	Assistant administratif CCI-RSS
Amakoe A. HILLAH	Plateforme du Secteur privé de la Santé au Togo (PSPS)	Secrétariat administratif
Sikavi Amin FAGBEGNON	PSPS	Conseillère
Kofi Alain KUMODZI	PSPS	Assistant Technique
Dr Moïse FIADJOE	PSPS	Président
Dr Koundé KPETO	PSPS	Vice-président
Yao ANDJAWO	PSPS	Secrétaire Général adjoint
Célestine KAO	PSPS	Président de la commission officine
AMOUSSOU Kouetete Têko	INAM	Médecin conseil, chef service qualité des soins
Dr SINGO TOKOFAI Assétina	MSPS	Coordonnatrice PNLT, Rep DGAS
GBATCHI Elom	DGPS/MSPS	Spécialiste protection sociale
ADOGLI Komigan	INAM	Economiste
LOMDO Assede	DGPS/MSPS	Inspectrice du travail
Dr Awoussi	DGAS/SG	Directeur Général



ADOMAKO Yao B.	DGEPIS/DPP/DPC	
NIGA Ménanssamate	DESR/MSPS	Chargé d'étude
Dr AWOKOU Fantchè	PASMIN/MSPS	Coordonnateur CGP
Dr SABLI Kou Dodi	DGPS/MSPS	
Dr AGORO Sibabe	DRS Kara	Directeur
Dr AMIDOU Moussa	DRS Atakpamé	Directeur
Dr AGOSSOU Abraham	DSME Lome	Directeur
BOMBOMA N. Laré	CCI-RSS/MSPS	Chargé de suivi-évaluation
DOVI Kwoami	DCIS/DHAB	Directeur
Dr N'TAPI Kassouta	DRS Centrale	Directeur
Dr ETOH M. Gaga	DRS Maritime	Directeur
Dr NOMENYOA Akpedze	DGA/MSPS	
MAGNON Kouassi Aziafo	PASMIN/MSPS	Spécialiste Suivi-Evaluation
REMA GOFAGA Kpaba	PASMIN/MSPS	Spécialiste Passation des Marchés
KEBE Bassambadi	PASMIN/MSPS	Comptable
ABIDJI Akpénou Sika	PASMIN/MSPS	Homologue Spécialiste Finance
OURO-SAMA Nafissatou	PASMIN/MSPS	Sécrétaire
AFANTCHAO Kossigan	PASMIN/MSPS	Spécialiste Finances
MATAR Maréva	AFD	Directrice adjointe, Chargé de mission
PENEAU Manon	AFD	Chargée de projets secteurs sociaux
Dr IMBOUA Lucile	OMS Togo	Représentante Résidente OMS
Dr AGBIGBI Yawo	UNFPA Togo	Chargé SR UNFPA
AMOUZOUVI Kokou	BAD	Socio-Economiste BAD
Dr SORGHO Gaston	WORLDBANK	Directeur sectoriel Afrique central et Ouest
Dr MOUALA Christian	ONUSIDA Togo	Directeur pays ONUSIDA
Dr TAGBA-PELEI Tchilalou	District sanitaire N°5 Lomé-Commune	DDS n°5
VOVOR Victor G. Yawotse	MDB	Directeur de Cabinet
KATANGA Mazalo	Agence Nationale d'Appui au Développement à la Base (ANADEB)	Directrice Générale
PALMAROLA Marta	Délégation Union Européenne	Point Focal Santé-Protection Sociale
LOTTIN Ebelle Fredy	UBIPHARM-Togo	Directeur Général
LAWSON Drackey Late	ONPT	SG
SEKOU Diallo	UNIPHART	Directeur Général
VOVOR Victor G. Yawotse	MDB	Directeur de Cabinet
TABIOU SONHAYE Ninto	DSMI/PF/MSPS	Techn. Supérieur de SP en obstétriques, Cadre admin des soins de santé
Elisabeth MZIRAY	Banque Mondiale	Sr. Opérations officer, TTL PASMIN-Togo
Alain Désiré KARIBWAMI	Banque Mondiale	Sr. Health Specialist

Gaston SORGHO	Banque Mondiale	Directeur sectoriel Afrique central et Ouest
Driss ZINE-EDDINE	Banque Mondiale	Economiste en chef
Ousmane HAIDARA	Banque Mondiale	Sr. Spécialiste santé
Michel WELMOND	Banque Mondiale	Coordinateur développement humain
Sharlen VIGAN	Banque Mondiale	Spécialiste Santé-Nutrition
Christophe ROCKMORE	Banque Mondiale	Economiste principal

### **Annexe 3. Détails supplémentaires sur la stratégie de financement de la santé et les études**

Selon les données et information disponibles (en attendant les résultats des comptes nationaux de la santé de 2014 qui sont en cours de validation), le financement du système de santé au Togo se caractérise par ce qui suit :

La dépense totale de santé est faible et ne permet donc pas un accès à un paquet de services essentiels pour l'ensemble de la population. En effet, en 2012, cette dépense a été en-deçà de 140 milliards de FCFA ; soit 41 US\$ par habitant et par an, loin des recommandations internationales et de la moyenne en Afrique Sub-Saharienne (97,7 US\$).

Le niveau de protection financière contre le risque maladie est trop faible. Près de 2,3% de la population s'appauvrissent à cause des dépenses catastrophiques auxquelles ils font face, soit 415 personnes par jour. Cette situation se justifie par la part des dépenses privées de santé, dominées par les paiements directs des ménages, qui représentent 49% des dépenses totales de santé (contre 36% pour les fonds provenant de l'extérieur et 15% seulement pour l'Etat). En outre, seuls 7,6% de la population sont couverts par des régimes de protection sociale en santé.

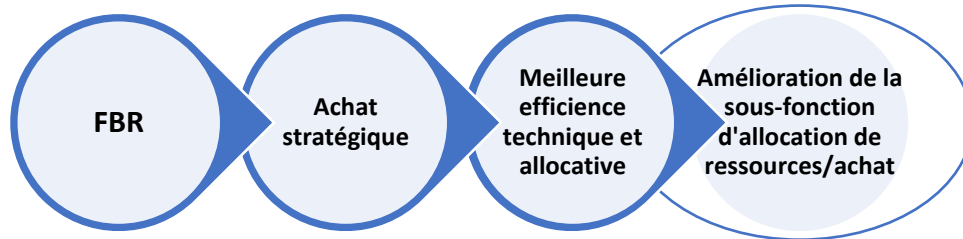
En vue de réduire les barrières financières à l'accès aux soins et progresser vers la Couverture sanitaire universelle (CSU), le gouvernement, sous le leadership du MSPS a préparé et adopté un Plan National De Développement Sanitaire (PNDS) 2017-2022. Dans son axe stratégique 5 « Renforcement du système de santé vers la CSU », ce document stratégique met l'accent, entre autres, sur la problématique du financement de la santé. Dans ce cadre, le PNDS a défini six directions stratégiques :

- (i) Rationalisation et renforcement des mécanismes de financement ;
- (ii) Amélioration des capacités d'absorption des ressources accordées au Ministère en charge de la santé ;
- (iii) Renforcement de la mobilisation des ressources financières pour la santé ;
- (iv) Développement de la mise commun des fonds ;
- (v) Amélioration de l'efficacité des dépenses publiques de santé et
- (vi) Développement de mécanismes de partage du risque maladie.

En vue d'atteindre ces objectifs, le PNDS suggère de finaliser l'élaboration de la Stratégie nationale de financement de la santé vers la CSU (SNFS-CSU) qui complètera la stratégie nationale de protection sociale, datant de 2013, qui est en cours d'actualisation.

Selon le PNDS, la stratégie de financement s'intéresse, bien entendu, aux trois sous-fonctions de financement : (i) la collecte de fonds, (ii) la mise en commun des fonds et (iii) l'allocation des ressources et achat des services de santé. Et c'est dans le cadre de cette dernière sous-fonction que le PNDS inscrit l'introduction du financement basé sur les résultats (FBR).

En raison de sa pertinence dans le contexte actuel du Togo, la mission recommande d'appuyer cette orientation stratégique afférente au financement basé sur les résultats au lieu des inputs. En effet, le FBR a le potentiel avéré d'influencer positivement l'achat stratégique qui, à son tour, a un effet positif sur l'efficacité technique et allocative, et par conséquent, sur la sous-fonction d'achat et d'allocation des ressources.



La mission recommande également d'appuyer la finalisation de l'élaboration de la stratégie de financement et la définition de la vision du pays concernant le FBR.

A ce niveau, le Togo dispose déjà d'études et d'évaluation importantes comme la revue et l'analyse du système de financement de la santé (EU-OMS, 2015), l'actualisation des comptes de la santé 2013-2014 (en cours de finalisation), Etude sur les mécanismes innovants de financement de la santé pour la CSU (MS, Oxford PM, OMS, 2014), les rapports de l'INAM, les enquêtes de ménages, les études sur la pauvreté et le développement humain, etc.

Toutefois, il est nécessaire pour le groupe/comité de travail sur la stratégie de financement d'évaluer la documentation et l'information existantes en vue de définir le gap informationnel à combler par rapport aux besoins documentaires et aux analyses nécessaires à la finalisation d'une stratégie de financement. Dans un monde idéal, il serait recommandé de disposer de ces informations listées ci-dessous :

1. Contexte extra-sanitaire :

- Etat des lieux de la Fiscalité et des Finances Publiques ;
- Agrégats de la Comptabilité Nationale et macroéconomie (PIB, Croissance, Inflation...) ;
- Situation du marché du travail : population active, chômage, secteur informel...
- Sévérité de la pauvreté et de la vulnérabilité ;
- Niveau d'alphabétisation / Education ;
- Bilan des OMD et niveau de l'Indice du Développement Humain.

2. Contexte sanitaire :

- Situation démographique ;
- Description du système de santé : gouvernance, organisation de l'offre de soins, niveau quantitatif et qualitatif des ressources humaines, infrastructures existantes, disponibilité des médicaments, système d'information... ;
- Qualité des soins ;
- Analyse de l'accès aux services de santé et étude des inégalités d'utilisation de ces services ;
- Analyse de la mortalité et de la morbidité (et étude des inégalités là aussi) ;
- Etat des lieux de la nutrition ;
- Politique de santé et perspectives.

3. Analyse quantitative du financement de la santé :

- Comptes Nationaux de la Santé et éventuellement Revue des Dépenses Publiques ;
- Etudes sur l'équité : dépenses catastrophiques et appauvrissement, analyse de la distribution des dépenses publiques (Benefit Incidence Analysis), progressivité/regressivité ;
- Analyse de l'espace budgétaire / fiscal du secteur de la santé ;

- Base de données multi pays sur les dépenses de santé (Togo et pays comparables) ;
- Toute autre source utile pour des analyses quantitatives.

NB: l'important ici est d'étudier, autant que possible, les flux financiers du système de santé, la pérennité du financement, l'efficacité (allocative et technique) et l'équité.

4. Analyse des mécanismes de protection sociale / prépaiement en santé :

- INAM, FNFI, SchoolAssur et autres ;
- Mutuelles ;
- Compagnies d'assurance privées et Assurance maladie du secteur privé formel ;
- Gratuités ;
- Régime de couverture des plus pauvres/indigents ;
- Etc.

En outre, idéalement, il est recommandé de mener deux analyses importantes : une sur l'économie politique du financement de la santé au Togo et une deuxième analyse descriptive de l'expérience internationale pertinente pour le Togo.

Une fois, toutes ces données et informations collectées et ces analyses faites pour obtenir l'état situationnel du financement de la santé dans le pays (ainsi que la synthèse des forces, faiblesses et potentialités institutionnelles, mais aussi la synthèse des aspects/contraintes juridiques), le groupe/comité travaillera alors sur ce qui suit pour finaliser la stratégie :

- Directions stratégiques en vue d'améliorer l'offre et la qualité des soins.
- Directions stratégiques afin de renforcer l'efficacité allocative et technique du secteur de la santé, particulièrement dans le secteur public.
- Définition des options stratégiques (scénarios) pour le financement de la santé dans la perspective d'une CSU : paquet de services ; éligibilité ; arrangements institutionnels ; modalités de financement...
- Analyse des coûts et modalités de financement des options stratégiques / Etude actuarielle ; avec présentations de plusieurs scénarios.

Quant au FBR, la mission a organisé, sur demande du MSPS, un atelier d'information sur cette thématique durant lequel les participants (de plusieurs ministères, PTF, secteur privé et société civile) ont élaboré une feuille de route pour la préparation d'une vision togolaise du FBR.

La mission recommande que ce travail soit entamé dès que possible pour se dérouler pendant le dernier trimestre 2017. A l'issue de ce travail, un atelier de consensus et de dissémination sera organisé avec une participation élargie de toutes les parties prenantes et concernées.

Cette vision servira, entre autres, à alimenter les travaux de préparation du nouveau projet de santé financé par la BM dont la date d'approbation par le Conseil d'Administration est prévue en septembre 2018.