

# REPUBLIQUE TOGOLAISE

Travail – Liberté – Patrie

MINISTRE DE LA SANTE ET DE LA PROTECTION SOCIALE

STRATEGIE NATIONALE DE FINANCEMENT DE LA SANTE POUR LA  
COUVERTURE SANITAIRE UNIVERSELLE  
Période : 2020-2024

## Table des matières

<b>INTRODUCTION</b> .....	10
<b>SECTION I. CONTEXTE GÉNÉRAL</b> .....	11
1.1. Contexte national .....	11
1.1.1. Caractéristiques géographiques, administratives et démographiques.....	11
1.1.2. Contexte économique et social .....	12
1.1.3. Etat de santé de la population .....	14
1.1.4. Dépenses de santé.....	15
1.2. Rappel des Cadres de politiques.....	17
1.2.1. Au plan international.....	17
1.2.2. Au plan régional et national.....	18
<b>SECTION II. ANALYSE DE LA SITUATION DU SYSTÈME DE SANTÉ ET DU FINANCEMENT DE LA SANTÉ</b> .....	22
2.1. Analyse de la situation du système de santé.....	22
2.1.1. Organisation du système de santé et de l'offre de soins.....	22
2.1.1.1. Organisation du système de santé.....	22
2.1.1.2. Organisation de l'offre de soins.....	22
2.1.2. Caractéristiques du système de santé.....	23
2.1.2.1. Gouvernance et pilotage du système de santé .....	23
2.1.2.2. Couverture sanitaire.....	25
2.1.2.3. Efficacité du système de soins.....	27
2.1.3. Situation des ressources humaines pour la santé .....	30
2.1.3.1. Déséquilibres quantitatifs.....	30
2.1.3.2. Inégalités majeures de répartition géographique des RHS .....	31
2.1.3.3. Absence de mesures incitatives pour le personnel.....	32
2.1.3.4. Environnement des RHS en amélioration.....	32
2.1.4. Caractéristiques de l'utilisation du médicament au Togo.....	33
2.1.4.1. Disponibilité des médicaments et leur usage rationnel.....	33
2.1.4.2. Politique nationale des prix des médicaments et son respect .....	34
2.1.5. Financement de la santé.....	34
2.1.5.1. Analyse de la performance du système de financement de la santé .....	35
<b>SECTION III. ANALYSE DE LA COUVERTURE MALADIE</b> .....	38
<b>SECTION IV. VISION, PRINCIPES DE BASE ET OBJECTIFS PRINCIPAUX DE LA STRATÉGIE</b> : .....	41
4.1. Vision.....	41
4.2. Principes.....	41
4.3. Objectifs.....	42
<b>SECTION V. AXES ET ORIENTATIONS STRATÉGIQUES</b> .....	43
<b>SECTION VI. RÉSULTATS ATTENDUS</b> .....	56
6.1. Cadre de Résultats.....	56
6.2. Cadre logique axé sur les résultats .....	57
<b>SECTION VII. MISE EN ŒUVRE DE LA STRATÉGIE</b> .....	73
7.1. Phase de la mise œuvre.....	73
7.2. Responsabilités des parties prenantes dans la mise en œuvre de la stratégie nationale.....	74

7.2.1. L'organe de coordination (à préciser) .....	75
7.2.2. Le Ministère de l'Economie et des Finances.....	75
7.2.3. Le Ministère en charge de la protection sociale .....	75
7.2.4. Le Ministère chargé de l'action sociale.....	75
7.2.5. Le Ministère chargé de la santé.....	75
7.2.6. Autres Ministères techniques impliqués.....	76
7.2.7. Bénéficiaires et Société civile.....	77
7.2.8. Le secteur privé de soins .....	77
7.2.9. Les services déconcentrés et décentralisés.....	77
7.2.10. Les Partenaires au développement .....	77
<b>SECTION VIII : MECANISME DE SUIVI ET EVALUATION .....</b>	<b>78</b>

### **Liste des tableaux**

Tableau I : Principaux indicateurs démographiques nationaux, 1961-2016

Tableau II Indicateurs socio-économiques clés du pays, 2015-2017

Tableau III : Ratios des dépenses de santé au Togo, années 2013 à 2016

Tableau IV : Densité des personnels de santé

Tableau V : Les différents mécanismes et leurs cibles

Tableau VI : Chaine des résultats

Tableau VII : Cadre logique

Tableau VIII : Budget

Commented [U1]: Actualiser

### **Liste des figures**

Figure 1 : Organisation du système de santé au Togo

Figure 2 : Promptitude des rapports mensuels d'activités par Régions sanitaires

Figure 3 : Disponibilité des services essentiels en 2015

Figure 4 : Disponibilité des services essentiels dans les formations sanitaires en 2012 et 2015

Figure 5 : Evolution du taux de fréquentation des formations sanitaires

Figure 6 : Densité de médecins par région au Togo

Figure 7 : Evolution des différentes sources de financement de 2013 à 2016

## **Liste des acronymes**

ARV : Antirétroviraux  
ASC : Agents de Santé Communautaires  
BIT : Bureau International du Travail  
BM : Banque Mondiale  
CAMEG : Centrale d'Achat des Médicaments Essentiels et Génériques  
CCIA : Comité de Coordination Inter Agence  
CCM : Country Coordination Mechanism  
CDMT : Cadre de Dépenses à Moyen Terme  
CHP : Centre Hospitalier Préfectoral  
CHR : Centre Hospitalier Régional  
CHU : Centre Hospitalier Universitaire  
CMS : Centre Médico-Social  
CMU : Couverture Maladie Universelle  
CSU : Couverture Sanitaire Universelle  
DIPD : Dispositif Institutionnel de coordination, de suivi et de l'évaluation des Politiques de Développement  
DPML : Direction de la Pharmacie, du Médicament et du Laboratoire  
DSRP-C : Document de stratégie de réduction de la pauvreté  
FBR : Financement Basé sur les Résultats  
F CFA : Franc des Colonies Françaises d'Afrique  
FNFI : Fonds National de la Finance Inclusive  
GHED: Global Health Expenditure Database  
GIZ: Deutsche Gesellschaft für Internationale Zusammenarbeit  
HHA : Health Harmonization in Africa  
IDH : Indice de Développement Humain  
IHP+ : Partenariat International pour la Santé et Initiatives Apparentées  
INAM : Institut National d'Assurance Maladie  
INSEED : Institut National de la Statistiques et des Etudes Economiques et Démographiques  
LNME : Liste Nationale des Médicaments Essentiels  
MNT : Maladies Non Transmissibles  
MSHP : Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique

MUSA : Mutuelles de Santé  
ND : Non Disponible  
ODD : Objectifs pour le Développement Durable  
OMS : Organisation Mondiale pour la Santé  
ONU : Organisation des Nations Unis  
PASMINE : Projet d'Appui aux services de Santé Maternelle et Infantile et de Nutrition  
PCMNE : Prise en Charge Intégrée des Maladies du Nouveau-né et de l'Enfant  
PDGRH : Plan de Développement et de Gestion des Ressources Humaines  
PF : Planification Familiale  
PIB : Produit Intérieur Brut  
PMI : Protection Maternelle et Infantile  
PNDS : Plan National de Développement Sanitaire  
PNPS : Politique Nationale de Protection Sociale  
PNS : Politique Nationale de Santé  
PNUD : Programme des Nations Unis pour le Développement  
PTF : Partenaires Techniques et Financiers  
PUDC : Programme d'Urgence pour le Développement Communautaire  
QUIBB : Questionnaire Unifié des Indicateurs de Base du Bien Etre  
RAPID Togo :  
RGPH : Recensement Général de la Population et de l'Habitat  
RHS : Ressources Humaines en Santé  
RSS : Renforcement du Système de Santé  
RSU : Registre Social Unique  
SAMU : Service d'Aide Médicale Urgente  
SCAPE : Stratégie de croissance accélérée et de promotion de l'emploi  
SDI : Service Delivery Indicators  
SNAP : Système National d'Approvisionnement Pharmaceutique  
SNFS : Stratégie Nationale de Financement de la Santé  
SNS : Système National d'Information Sanitaire  
TVA : Taxe sur la Valeur Ajoutée  
UE : Union Européenne  
UEMOA : Union Economique et Monétaire Ouest-Africaine  
UNFPA : Fonds des Nations Unis pour la Population  
UNICEF : Fonds des Nations Unis pour l'Enfance

URD : Unité de recherche Démographique

USD : Dollar US

USP : Unités de Soins Périphériques

VIH : Virus de l'Immunodéficience Humaine

## Préface



Résumé



## INTRODUCTION

---

Après la mise en œuvre du Plan National de Développement Sanitaire 2012-2015, plusieurs progrès ont été enregistrés notamment en matière de lutte contre la mortalité infantile et néonatale et de réduction des maladies transmissibles (Sida, Paludisme, Tuberculose et maladies tropicales négligées). Par contre, en matière de lutte contre la mortalité maternelle et les maladies non transmissibles les résultats n'ont pas été satisfaisants. Le niveau actuel de renforcement du système de santé ne permet pas d'implémenter efficacement les interventions destinées à la réduction de la morbi - mortalité. Les ressources financières attribuées au secteur restent insuffisantes, dans les proportions de 6% et peinent à être totalement absorbés.

Selon le rapport sur le profil de pauvreté, le Togo disposait en 2017 d'infrastructures qui lui permettent d'assurer une accessibilité géographique à 71,4% des populations. Mais des inégalités géographiques et sociales de santé persistent.

Dans le souci d'une part de multiplier les efforts supplémentaires pour réduire les barrières financières aux soins et progresser vers la couverture sanitaire universelle (CSU) comme prescrit dans le nouvel agenda de développement durable adopté au niveau international et d'assurer une meilleure coordination et efficacité des financements, le ministère de la santé et de la protection sociale a entamé un processus d'élaboration d'une stratégie nationale de financement de la santé vers la CSU (SNFS-CSU).

Cette stratégie fait suite à l'adoption d'un nouveau Plan National de Développement Sanitaire couvrant la période 2017-2022 qui ambitionne de consolider les acquis de la mise en œuvre du précédent plan et de prendre également en compte les orientations internationales notamment l'ODD3. L'objectif de ce plan est de « définir les orientations du système de financement de la santé pour le développement de la couverture sanitaire universelle »

## SECTION I. CONTEXTE GÉNÉRAL

---

### 1.1. Contexte national

#### 1.1.1. Caractéristiques géographiques, administratives et démographiques

Pays de l'Afrique de l'Ouest, le Togo est situé en bordure méridionale de l'Afrique Occidentale avec une superficie de 56 600 km<sup>2</sup>. Sur le plan géographique, il s'étire entre le Burkina Faso au nord, le Golfe de Guinée au sud, le Bénin à l'est et le Ghana à l'ouest. Le climat est de type tropical variant sensiblement de la région méridionale à la région septentrionale. Il est subdivisé en deux grandes zones : une zone de type soudanien au sud avec de vastes terres productives et une zone de type sahélien recouvrant la moitié nord caractérisée par une pénurie de terres fertiles. Chaud et humide, ce climat est favorable à la prolifération de vecteurs de maladies et est en partie responsable du profil épidémiologique national dominé par les maladies-infectieuses et parasitaires.

Concernant l'organisation administrative, la dernière réforme administrative a réparti le pays en 5 régions administratives (du nord au sud : Savanes, Kara, Centrale, Plateaux et Maritime) et 39 préfectures<sup>1</sup>. Lomé, la capitale, est subdivisée en 5 arrondissements administratifs. La décentralisation au Togo est en cours avec les élections municipales dans les 117 communes.

Sur le plan démographique, le Togo affiche une croissance démographique élevée de 2,84% par an avec un indice de fécondité de 4,8 enfants par femme. L'effectif de la population a plus que doublé en moins de 30 ans avec une population de 6 191 155 habitants dont 48,6% d'hommes et 51,4% de femmes en 2010 (RGPH, 2010) contre 2,7 millions en 1981. En 2018, cette population est estimée à 7 352 000 habitants (INSEED, 2016).

Les projections prévoient une hausse de 25% de la population togolaise d'ici 2020, soit 8,5 millions d'habitants. C'est une population majoritairement jeune (60% sont âgés de moins de 25 ans et 42% ont moins de 15 ans) et rurale (62%), inégalement répartie sur le territoire national (Lomé et sa périphérie concentrent 24% de la population). Cette croissance démographique élevée va entraîner une forte pression sur l'offre de soins.

---

<sup>1</sup> C'est en 2017 que quatre nouvelles préfectures ont été créées portant de 35 à 39 le nombre total de préfectures

**Tableau I : Principaux indicateurs démographiques nationaux, 1961-2016**

Commented [U2]: Actualiser

Indicateurs	Enquête 1961	RGPH 1981	Estimations 1990	Estimations 2000	RGPH 2010	Estimations 2016
Population totale (en milliers)	1 543	2 719	3 926	5 247	6 191	7 092
Taux de croissance annuel en %	2,6	3,2	2,6	3,1	2,6	2,7
Population femme (% du total)	52,7	51,3	-	-	51,3	51,1
Population urbaine (% du total)	10,1	24,7	30,1	36,5	37,4	-
Indice synthétique de fécondité	6,5	7,2	6,3	5,1	4,1	4,0
Espérance de vie à la naissance (en années)	44,8	54,8	57,7	59,8	63,3	65,6
Taux brut de natalité (p.1000)	46,9	47,3	42,4	37,1	34,1	32,0
Taux brut de mortalité (p.1000)	21,1	13,7	11,4	9,6	8,1	7,4
Taux d'accroissement naturel (%)	25,9	33,6	31,0	27,5	24,1	

*Sources* : La démographie au centre des trajectoires de développement dans les pays de l'UEMOA. Analyse pays TOGO, 2010 ; INSEED, 4<sup>ème</sup> RGPH, 2010, (voir [www.stat-togo.org](http://www.stat-togo.org), voir Statistiques structurelles, Démographie ; <http://www.un.org/esa/population/unpop.htm>) ; BM, indicateurs de développement dans le monde ; EDSTIII 2013-2014.

### 1.1.2. Contexte économique et social

Le Togo a connu au cours de ces dernières années, une hausse régulière de sa croissance économique bénéficiant des faveurs du climat et des effets induits des politiques gouvernementales. Le taux de croissance a été de 5,2 % en 2014-2016, porté par les investissements en infrastructures et une forte production agricole. L'inflation a été bien contenue du fait du recul des prix des denrées alimentaires, de l'énergie et des transports.

Le rythme rapide des investissements publics a contribué à une augmentation sensible de la dette publique et du déficit du compte courant. La dette publique, calculée en incluant les préfinancements, les arriérés de paiement intérieurs et la dette des entreprises publiques, est passée de 48,6 % du PIB en 2011 à 80,8 % en 2016, en raison d'investissements en infrastructures publiques financés à la fois par des emprunts intérieurs et extérieurs. Le déficit du compte courant est resté élevé,

atteignant 9,8 % du PIB en 2016, essentiellement à cause des importations liées aux investissements.

La croissance économique devrait augmenter progressivement à moyen terme, à mesure que l'orientation de la politique se place sur une trajectoire viable. Il est prévu que la croissance s'accélère, de 5 % en 2016 à 5,6 % d'ici 2021, l'économie bénéficiant de l'amélioration du réseau de transport et de gains de productivité dans le secteur agricole. On s'attend à ce que le secteur privé contribue davantage à la croissance, l'investissement public revenant à un niveau viable à long terme<sup>2</sup>.

Sur le plan social, beaucoup d'efforts restent à faire pour enregistrer des avancées significatives. Selon le rapport mondial sur le développement humain 2017, l'Indice de développement humain (IDH) du Togo est évalué à 0,503, le classant au 165<sup>e</sup> rang sur 189 pays (contre 166<sup>e</sup> rang en 2016). Cela met en exergue le déficit important en matière d'investissement, entre autres, dans les domaines sociaux de base (santé, éducation, eau/assainissement, protection sociale) qui sont les éléments clés du développement humain.

Par ailleurs, bien que l'incidence de la pauvreté ait régressé sur la période 2011 à 2015 au niveau national, la pauvreté y est encore très répandue. En 2015, plus de la moitié des ménages (55,1%) vivaient en dessous du seuil de pauvreté monétaire, principalement en zone rurale (environ 68,9%) et parmi les ménages dirigés par une femme (57,5%).

---

<sup>2</sup> Fonds monétaire international : Rapport des services du FMI pour les consultations de 2016 au titre de l'article IV et demande d'un accord au titre de la facilité élargie de crédit ; communiqués de presse ; rapport des services du FMI ; annexe d'information ; analyse de viabilité de la dette et déclaration de l'administrateur pour le TOGO : Communiqué de presse n°17/179 pour diffusion immédiate le 17 mai 2017, p 1-2.

**Tableau II : Indicateurs socio-économiques clés du pays, 2015-2017**

Indicateurs	2015	2016	2017	Sources
PIB (milliards USD)	4,17	4,52	4,50	Banque Mondiale 2017
Revenu National Brut par habitant (USD)	570	602	-	
Taux de croissance du PIB réel (%)	5,40	5,30	4,4	Banque Mondiale 2017
Taux d'inflation annuel moyen (%)	1,80	2,10	0,7	
Incidence de la pauvreté (%)	55,10	58,70	53,5	QUIBB, 2015 ; Cartographie de la pauvreté 2017
Indice de développement humain (IDH)	0,495	0,500	0,503	PNUD, Rapports sur le développement humain, 2015, 2016 ; Perspective Monde 2017
Pourcentage de ménages ayant accès à de l'eau potable (%)	61,80	ND	68,5	QUIBB 2015 ; MICS 6-2017
Pourcentage de ménages ayant recours à la nature comme lieu d'aisance (%).	42,90	ND	-	QUIBB 2015

### 1.1.3. État de santé de la population

Malgré les progrès qui ont pu être observés pour certaines interventions comme la supplémentation en vitamine A, l'utilisation de moustiquaires imprégnées de longue durée d'action et la couverture vaccinale, la situation sanitaire actuelle, telle qu'elle est reflétée par plusieurs indicateurs de santé, reste préoccupante à bien des égards et montre que le système national de santé n'a qu'un impact limité sur la santé des populations togolaises. Les faiblesses ci-dessus évoquées impactent négativement la performance du système de santé, entravant par conséquent la réalisation des ODD liés à la santé.

Ainsi même si quelques progrès ont été enregistrés dans la diminution de la mortalité infanto juvénile, elle reste encore, significativement élevée. Elle passe de 89 décès pour 1 000 naissances vivantes en 2013 à 71 décès pour 1 000 naissances vivantes en 2017<sup>3</sup> (cible ODD de 50 pour 1000 naissances vivantes). La mortalité néonatale reste stationnaire de 2015 à 2017 (27 décès pour 1000 naissances vivantes<sup>4</sup>) en 2017 la mortalité maternelle reste encore à un niveau hautement préoccupant avec 401 décès pour 100 000 naissances vivantes en 2015.

<sup>3</sup> MICS6, 2017

<sup>4</sup> MICS6, 2017

Ce sont deux femmes qui meurent par jour suite à une complication liée à la grossesse, à l'accouchement ou aux suites de couches et 64 enfants de moins de 5 ans qui meurent encore chaque jour au Togo du fait essentiellement des maladies infectieuses dont le paludisme, la pneumonie et la diarrhée (RAPID Togo, 2014) .

Cette faible performance du système de santé est attribuable pour une bonne part à un accès limité à des services offerts par un personnel qualifié, surtout en milieu rural et une faible utilisation des services existants.

En résumé, cet état des lieux a mis en évidence les principaux défis du système de santé à offrir des soins de qualité à toute la population. Il apparaît donc que le système de santé du Togo est confronté à des contraintes de plusieurs ordres pouvant expliquer sa faible performance (en termes d'équité et de réactivité de l'offre de soins aux besoins de la population) et les faibles progrès enregistrés jusqu'à présent dans la réalisation des ODD relatifs à la santé.

Partant des considérations évoquées ci-dessus, outre les questions liées au financement de la santé qui seront traitées plus bas, il ne fait aucun doute que le système national de santé est appelé à se transformer pour relever d'importants défis entre autres dans les domaines suivants : le renforcement du dialogue politique sectoriel à tous les niveaux, pour agir efficacement sur les déterminants sociaux et environnementaux de la santé ; le pilotage et la gouvernance du secteur à travers une application effective du principe de déconcentration, une amélioration de la redevabilité, de la transparence, et la régulation y compris du secteur privé de soins ; la coordination et la continuité des soins, à travers un parcours de soins optimisé entre les différents échelons (primaire, secondaire et tertiaire) la réactivité de l'offre de soins en termes de couverture et de qualité ; la présence de personnel qualifié de manière continue dans les zones rurales ou reculées.

Selon les résultats de la première enquête STEPS réalisée en 2010 sur les facteurs de risque des MNT, la prévalence de l'hypertension artérielle, principal facteur de risque des accidents vasculaires cérébraux et des crises cardiaques, était de 19 % et celle du diabète évalué à 2,6 %, au sein de la population des 15-64 ans. Les maladies cardiovasculaires représentaient 6 % des décès enregistrés dans les établissements de soins du pays.

#### **1.1.4. Dépenses de santé**

On estime, pour couvrir l'accès universel à un paquet de services essentiels, la dépense de santé à \$86 par habitant par an et une réduction des paiements directs de 15 à 20% du total des dépenses (Mcintyre Meheus, 2014). La moitié des dépenses de santé est réalisée par les ménages majoritairement sous forme de paiements directs comme nous l'indique le tableau ci-dessous :

**Tableau III : Ratios des dépenses de santé au Togo, années 2013 à 2016**

Indicateurs	2013	2014	2015	2016
Dépenses totales de santé par habitant (FCFA)	20 319	21 094	23 098	25 076
Dépenses courantes de santé en pourcentage (%) du PIB	6,3	6,3	6,2	6,7
Dépenses publiques de santé en % des dépenses totales de santé	37,1	36	20,5	19,6
Dépenses privées de santé en % des dépenses totales de santé	60,3	62,1	62,3	59,1
Dépenses de santé du reste du monde en % des dépenses totales de santé	17,1	17,1	16,9	20,9
Dépenses de santé des ménages en % des dépenses totales de santé	54,4	53,2	57,5	50,4
Dépenses de santé des ménages par paiement direct en % des dépenses courantes de santé	55,4	54,1	53,4	49,6
Dépenses de soins préventifs en % des dépenses totales de santé	13,4	8,6	12,8	16,2
Dépenses de soins curatifs en % des dépenses totales de santé	30,3	33,6	27,3	30,0
Dépenses de médicaments en % des dépenses totales de santé	28,4	28,8	30,0	27,8
Dépenses d'administration générale de la santé en % des dépenses totales de santé	13,3	15,3	13,5	11,4
Ratio formation brute de capital sur dépense totale de santé	1,7	1,6	1,9	1,4
Dépenses courantes de santé en % des dépenses totales de santé	98,3	98,3	97,8	98,3

Sources : CS (2013-2014 ; 2015-2016)

En 2016 le Togo a consacré 6,7% de son PIB aux dépenses courantes de santé selon les comptes de santé 2014-2016. Sur la période de 2013-2016, les dépenses de santé de l'Etat sont restées constantes et tournent autour de 20% des dépenses totales en santé. Chacun des comptes a montré que l'Etat est en troisième position des sources de financement de la santé après les ménages et le reste du monde.

Dans la déclaration d'Abuja faite par les chefs d'Etats et de gouvernements, le seuil minimum des 15% du budget des Etats a été retenu mais au regard du budget de l'Etat togolais, de 2014 à 2018 le taux d'allocation budgétaire au secteur santé est passé

respectivement de 7,84% à 7,28%<sup>5</sup> ; et le taux d'exécution sur la même période est passé de 5,95% à 6,64%.

## 1.2. Rappel des Cadres de politiques

### 1.2.1. Au plan international

Le mouvement international pour la promotion de la CSU dans les pays pauvres s'est amplifié au cours de ces dix dernières années.

La résolution 58.33 de l'Assemblée mondiale de la santé de 2005 déclare que tout individu doit pouvoir accéder aux services de santé sans être confronté à des difficultés financières.

Depuis la publication par l'OMS du Rapport 2010 sur la santé dans le monde, intitulé « Le financement des systèmes de santé : le chemin vers une couverture universelle », le concept de CSU a gagné en reconnaissance dans les instances internationales :

- Déclaration politique de Mexico sur la couverture sanitaire universelle adoptée en avril 2012 ;
- Déclaration de Bangkok sur la couverture sanitaire universelle en janvier 2012 ;
- Déclaration de Tunis sur l'optimisation des ressources, la soutenabilité et la redevabilité dans le secteur de la santé, adoptée en juillet 2012 ;
- Résolution de l'Assemblée Générale des Nations Unies, en décembre 2012 qui invite instamment les gouvernements à accélérer la transition vers l'accès universel à des services de santé de qualité et abordables ;
- Déclaration d'Astana des 25 et 26 octobre 2018 qui réitère les soins de santé primaire comme un pilier de la couverture sanitaire universelle.

Depuis, le concept de Couverture sanitaire universelle (CSU) est devenu indissociable des recommandations des Nations Unies et de l'Union Européenne pour la promotion de la santé et la réduction des inégalités existantes en matière de santé.

Selon l'OMS, la couverture sanitaire universelle consiste à veiller à ce que l'ensemble de la population ait accès aux services préventifs, curatifs, palliatifs, de réadaptation et de promotion de la santé dont elle a besoin et à ce que ces services soit de qualité suffisante pour être efficaces, sans que leur coût n'entraîne des difficultés financières pour les usagers. Les principaux objectifs de la CSU sont de garantir l'utilisation équitable des services de santé qui répondent aux normes de qualité et de protéger la population du risque financier lié à l'utilisation de ces services.

Les progrès notés dans certains pays en développement, notamment le Rwanda et le Ghana, ont démontré que la CSU est possible dans les pays à faibles revenus. En 2005, la 58<sup>ème</sup> Assemblée Mondiale de la Santé a adopté à l'unanimité une résolution qui oblige les pays membres de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) à développer des systèmes de financement de la santé pour fournir à toute leur population un accès aux services de santé de qualité.

<sup>5</sup> SIGFIP : Système intégré de gestion des finances publiques

NB : le taux d'allocation est obtenu en excluant le service de la dette du budget général de l'Etat

Lors de sa sixième réunion, le Comité directeur de l'IHP+ a recommandé d'élargir le mandat du Partenariat et de transformer l'IHP+ en Partenariat International relatif à la Santé pour la CSU. Ces recommandations ont par la suite été avalisées par les signataires de l'IHP+ et soutenues dans la Déclaration des dirigeants du sommet du G7 à Ise –Shima en mai 2016<sup>6</sup>.

Depuis 2010, la participation du Togo à la démarche IHP+1 a conduit en 2012 à la signature du Compact national entre le Gouvernement et plusieurs PTF (multi et bilatéraux) intervenant dans le secteur. L'apport de ces PTF a été important dans le financement du PNDS 2012-2015 (43,8%). Le problème reste surtout lié à l'amélioration de l'alignement et de l'harmonisation des interventions des PTF ainsi qu'à une meilleure prévisibilité de l'aide. A cela s'ajoute une faible collaboration dans le suivi de l'exécution de l'aide.

Le deuxième Compact signé .....va soutenir la mise en œuvre du PNDS 2017-2022.

### **1.2.2. Au plan régional et national**

Au niveau régional, les Chefs d'Etats Africains se sont engagés depuis 2001 à Abuja d'allouer au moins 15% de leur budget national à l'amélioration du secteur de la santé. En outre, l'engagement des Etats membres de l'UEMOA, dans la promotion des mutuelles sociales, s'est matérialisé par l'adoption en juin 2009 d'un Règlement portant réglementation des mutuelles sociales au sein des pays membres de l'Union. L'objectif de cet engagement est de rendre uniforme les pratiques des mutuelles de santé dans l'espace UEMOA. Le 12 décembre 2012, la 67ième session de l'Assemblée générale des Nations Unies a adopté une résolution sur la CSU. Cette résolution appelle chaque Etat membre de l'ONU à éviter de recourir aux paiements directs des soins par les usagers et à financer son système de santé par le biais de mécanismes plus équitables et solidaires. L'Assemblée générale exhorte ainsi les gouvernements à intensifier leurs efforts pour accélérer la transition vers l'accès universel à des services de santé de qualité et à des prix abordables.

Certains pays de la sous-région notamment le Ghana, le Bénin, le Mali, le Sénégal, le Tchad etc. dans l'optique d'atteindre la couverture universelle en santé de leurs populations ont développé des politiques ou stratégies nationales de financement pour la couverture sanitaire universelle.

L'encadré ci-dessous développe l'expérience du Ghana.

---

<sup>6</sup><https://www.uhc2030.org/fr/accueil/>, 10 janvier 2018.

### **Expérience du Ghana**

Le Ghana a connu une longue évolution de son système de santé. Des soins de santé gratuits des années 1980, on est passé par le « Cash and Carry » avec un paiement total des médicaments en 1990. Depuis 2000, le « National Health Insurance Scheme 16 » (NHIS) est créé et oriente l'assurance maladie vers les plus vulnérables. Les principes d'équité, de solidarité, de mise en commun des risques, de subventions croisées, de partenariat, de participation démocratique de tous les acteurs concernés, de pérennité sont intégrés. L'échelon de référence devient le district administratif (OMS, 2010).

Ce nouveau système est basé sur la micro-assurance santé, grâce à des arrangements institutionnels entre l'administration décentralisée et les politiques centrales. L'extension de la couverture fut expérimentée dans tous les districts du pays à partir de 2003 et surtout en 2005.

Avec cette extension est créé le « National Health Insurance Fund » (NHIF) qui est l'organe de gestion des financements publics pour l'assurance maladie et financé grâce à la TVA et au système de Sécurité Sociale. Est également créé le « National Health Insurance Council » (NHIC), qui régule les supports techniques des « District Mutual Health Insurances » (DMHIs). L'administration du district permet de faire émerger les projets de DMHIs. Les DMHIs sont autonomes mais supervisées par le niveau régional ; le niveau national formule les politiques, fait l'accréditation des services de santé, assure le suivi des mutuelles et des prestataires, donne un appui technique et met en place la logistique.

Trois types d'assurances maladies sont autorisés au Ghana : les DMHIs au niveau des districts, les assurances maladies privées à but lucratif (PCHIS, Private Commercial Health Insurance Scheme), et les mutuelles d'assurances.

Seules les DMHIs reçoivent le soutien financier du gouvernement à travers le « National Health Insurance Authority » NHIA. Chaque mutuelle de district est divisée en mutuelles communautaires. Le système est donc uniforme tout en étant décentralisé.

Le ministère de la santé assure le leadership dans cette stratégie. Il est responsable de la planification, de la mise en œuvre, de la coordination et de la mobilisation des ressources. L'autorité nationale (NHIA) joue le rôle de superviseur et compte en son sein le « Ghana Health Service » (GHS), organe chargé de la prestation de soins et services.

En rappel, l'offre de soins est structurée en cinq (5) niveaux au Ghana : national, régional, district, sous-district et communautaire. La santé communautaire est donc valorisée dans cette stratégie.

Le Togo s'inscrit résolument dans le renforcement de la protection sociale et transpose ainsi au plan national les orientations données au niveau international par les Nations Unies et les institutions multilatérales et au niveau régional par l'Union Africaine. Ainsi, la constitution togolaise considère la sécurité sociale et la protection sociale comme

des droits humains fondamentaux. L'article 15 de la Constitution rappelle en effet à l'Etat qu'il « a l'obligation de garantir l'intégrité physique et mentale, la vie et la sécurité de toute personne vivant sur le territoire national (...) ».

Pour lutter contre la pauvreté, le Gouvernement togolais s'est engagé depuis 2006 à développer des stratégies de croissance et de réduction de la pauvreté : le Document de stratégie de réduction de la pauvreté (DSRP-C), la Stratégie de croissance accélérée et de promotion de l'emploi (SCAPE) pour la période 2013-2017 et le Plan national de développement (PND)<sup>7</sup>, 2018-2022. Ces différentes stratégies prennent en compte les différentes politiques sectorielles dont la Politique nationale de protection sociale (PNPS) et la Politique nationale de santé (PNS).

La Politique nationale de protection sociale (PNPS) est en cours d'actualisation dans un cadre dynamique de concertation avec les représentants de l'administration, des partenaires sociaux, de la société civile et des partenaires techniques et financiers, afin de mettre en place progressivement un système de protection sociale intégré visant l'atteinte de l'objectif d'une couverture à long terme plus étendue<sup>8</sup> et plus durable touchant toutes les catégories de population et plus particulièrement les pauvres et les plus vulnérables.

En effet, l'un des objectifs stratégiques de cette politique nationale de protection sociale est de renforcer et d'étendre le système contributif d'assurance sociale fiable et économiquement viable, qui apporte une réponse aux risques liés à la santé, aux maladies professionnelles et accidents du travail, à la vieillesse, aux décès, aux invalidités et à la prise en charge des besoins des enfants.

La PNPS définit le cadre d'orientation et de coordination des stratégies et plans d'action qui seront mis en œuvre. Elle propose des mesures et des mécanismes adaptés au contexte national et répondant aux vulnérabilités de sa population et à ses besoins prioritaires en matière d'accès aux services sociaux et à un revenu minimum de base.

Au plan sectoriel, une nouvelle Politique nationale de santé (PNS) à l'horizon 2022 a été adoptée en 2012 dans le cadre d'une réforme du cadre politique et stratégique de son système de santé s'appuyant sur les initiatives de partenariat pour la santé au niveau régional et international, notamment HHA, IHP+.

La vision de cette politique nationale de santé est d' « assurer à toute la population le niveau de santé le plus élevé possible en mettant tout en œuvre pour développer un système basé sur des initiatives publiques et privées, individuelles et collectives, accessible et équitable, capable de satisfaire le droit à la santé de tous en particulier les plus vulnérables ».

La PNS est opérationnalisée par les Plans nationaux de développement sanitaire (PNDS) servant de base à la planification nationale et de cadre de référence pour

<sup>7</sup>Pour faire face à ces enjeux de développement, et traduire dans la réalité, la vision du Togo émergeant d'ici 2030, un nouveau Plan national de développement (PND) a été élaboré et validé le 03 août 2018 par le gouvernement.

<sup>8</sup>L'Etat togolais, a initié plusieurs programmes et filets sociaux de sécurité ainsi qu'un régime de protection sociale en santé. C'est le cas de la Caisse de Retraite du Togo (CRT); la Caisse Nationale de Sécurité Sociale (CNSS). En 2011, afin d'améliorer l'accès aux soins de santé, le gouvernement a mis en place le régime obligatoire d'assurance maladie (AMO) géré par l'Institut National d'Assurance Maladie (INAM).

l'ensemble des intervenants dans le secteur de la santé. L'actuel est le PNDS 2017-2022 dont un des axes stratégiques est le renforcement du système de santé vers la couverture sanitaire universelle y compris la santé communautaire. Ces cadres de politiques constituent les fondements de la présente stratégie de financement de la santé vers la couverture sanitaire universelle.

## SECTION II. ANALYSE DE LA SITUATION DU SYSTÈME DE SANTÉ ET DU FINANCEMENT DE LA SANTÉ

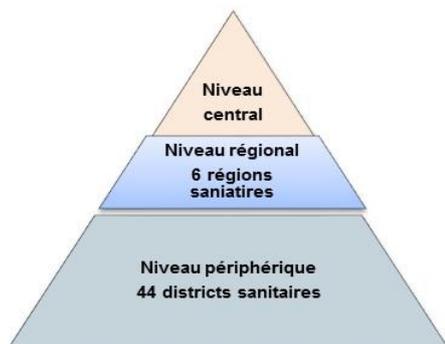
### 2.1. Analyse de la situation du système de santé

#### 2.1.1. Organisation du système de santé et de l'offre de soins

##### 2.1.1.1. Organisation du système de santé

Le système de santé du Togo est organisé selon une structure pyramidale à trois niveaux : le niveau central composé des services centraux, le niveau intermédiaire constitué des régions sanitaires et le niveau opérationnel basé sur le district sanitaire, chaque niveau ayant ses attributions.

La figure n°1 ci-après schématise l'organisation pyramidale du système de santé au Togo.



**Figure 1** : Organisation du système de santé au Togo

Les attributions de chaque niveau se résument dans l'encadré suivant :

- **Niveau central** : Cabinet du Ministre, Secrétariat Général, Directions générales, Directions centrales, Divisions et Services rattachés, Hôpitaux nationaux de référence et universitaire  
*Mission* : Définition des politiques, stratégies, directives et normes sanitaires, mobilisation de ressources, suivi et contrôle
- **Niveau intermédiaire** : Directions Régionales de la Santé (DRS), Spécificités régionales, Hôpitaux régionaux  
*Mission* : Encadrement, suivi et contrôle
- **Niveau périphérique** : Directions Préfectorales de la Santé (DPS)/Directions de Districts Sanitaires (DDS), Hôpitaux de Districts (HD), Unités de Soins Périphériques (USP).  
*Mission* : Opérationnalisation (mise en œuvre des interventions).

#### a) Vue d'ensemble de l'organisation de l'offre de soins

Le système de soins au Togo présente une structure classique à trois échelons : primaire, secondaire, tertiaire.

- ✓ Les soins de santé primaires sont structurés autour de trois niveaux:
  - les Agents de Santé Communautaires (ASC) qui assurent par délégation les soins au niveau familial et des communautés et qui sont appelés à jouer le rôle d'interface entre la communauté et les services de santé ;

- les Unités de Soins Périphériques (USP) à partir desquelles sont menées des activités de proximité en stratégie fixe et vers les populations ;
  - les Hôpitaux de districts qui constituent le premier niveau de référence.
- ✓ Les soins de santé secondaires sont offerts au niveau des hôpitaux régionaux ;
- ✓ Les soins de santé tertiaires sont dispensés dans les trois CHU que compte le pays et dans des hôpitaux spécialisés de référence.

*b) Relations entre les niveaux*

Dans l'option stratégique de renforcement des soins de santé primaires, l'USP est appelée à servir de cadre de dispensation de soins intégrés, continus et globaux tandis que l'hôpital doit jouer le rôle majeur d'orientation-recours devant se manifester en quatre circonstances à savoir : lorsqu'une technique sophistiquée, un avis d'expert, une intervention spécialisée ou une hospitalisation est nécessaire.

On constate que la recherche de cette situation optimale d'un système de soins cohérent se heurte toujours à des problèmes. La plupart des hôpitaux régionaux et nationaux continuent à dispenser les soins de premiers recours normalement dévolus aux structures périphériques et ce, en raison du fait qu'ils ne présentent pas des plateaux techniques adéquats devant leur permettre de remplir convenablement leur mission de référence régionale et nationale. Le rôle de centre de référence supérieure de ces grands hôpitaux est de plus en plus réduit alors que ces établissements occupent une place importante dans les dépenses publiques.

Par ailleurs, on peut constater que le Togo n'a pas à ce jour une politique hospitalière devant permettre d'assurer le développement du système hospitalier visant un « système de santé intégré ». La réforme du système hospitalier prévue dans le PNDS 2017-2022 a débuté en juin 2017 avec l'instauration de la gestion contractualisée des hôpitaux qui est en cours d'extension aux autres formations sanitaires.

## **2.1.2. Caractéristiques du système de santé**

### **2.1.2.1. Gouvernance et pilotage du système de santé**

Il est acquis que l'amélioration de la santé passe par une approche multisectorielle qui commande un ensemble d'interventions, concertées et coordonnées qui devraient mobiliser une large gamme d'acteurs et d'entités organisationnelles. Au Togo, plusieurs ministères et institutions interviennent dans le domaine de la santé. Cependant, à défaut de mécanismes réels de coordination et de consultations stratégiques régulières entre les différents acteurs concernés par la planification et le développement sanitaire, la gestion du secteur donne plutôt lieu à une diversité d'initiatives pas toujours harmonisées. Le pilotage des interventions est actuellement compromis par l'absence d'un réel leadership du ministère de la santé. Ceci reflète une architecture assez complexe du système et une fragmentation des responsabilités<sup>9</sup> avec de nombreuses lacunes tant au niveau de la coordination intersectorielle que la coordination des services du ministère de la santé.

<sup>9</sup>Cette fragmentation se reflète par exemple dans la séparation entre les politiques de santé et les interventions en ressources humaines nécessaires à leur mise en œuvre.

Néanmoins, il faut souligner que la coordination du secteur et la concertation entre le Ministère de la santé et les autres parties prenantes se sont nettement améliorées cette dernière décennie dans le cadre du renforcement de dialogue politique sectoriel par suite de l'adhésion du Togo à des différentes initiatives de partenariat (IHP+, HHA, Partenariat UE-OMS).

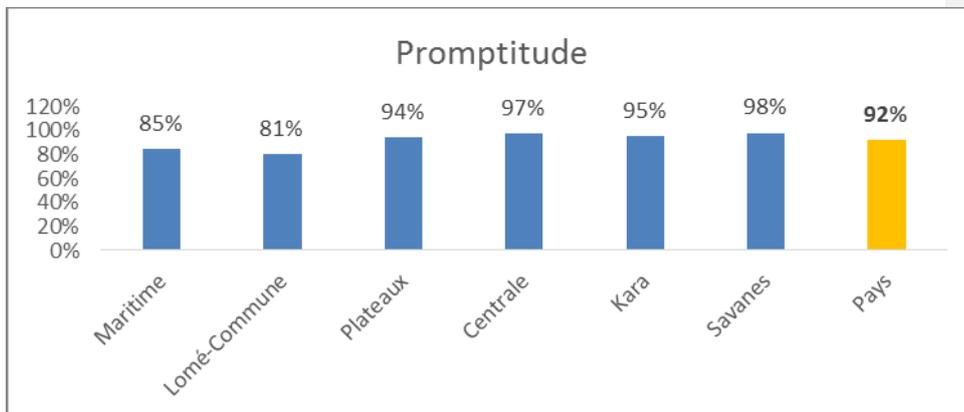
En outre, un Comité sectoriel Santé et VIH/Sida a été mis en place en novembre 2011 en application du Décret N°2010-170/PR du 13 décembre 2010 instituant le Dispositif Institutionnel de coordination, de suivi et de l'évaluation des Politiques de Développement (DIPD). Il apparaît toutefois que les dysfonctionnements liés au dynamisme du secrétariat technique, de l'absence du règlement intérieur et l'absence d'articulation entre ce comité et les groupes thématiques ont impacté son fonctionnement. Ce comité demeure l'organe de coordination des interventions au niveau du sectoriel quoique d'autres comités thématiques comme le CCIA (pour la vaccination) et le CCM (pour le paludisme, le sida et la tuberculose) cohabitent avec lui. Il faut noter que le cadre institutionnel de suivi et évaluation du PNDS 2017-2022 est conforme à ce dispositif.

Au niveau intermédiaire (région) et opérationnel (district), il est prévu dans le cadre du PNDS 2017-2022, la mise en place des organes régionaux et préfectoraux (de districts) de coordination, de suivi et d'évaluation du secteur de la santé (les textes équivalents à ceux de l'organe central pour le niveau régional et de district seront pris à cet effet en vue de garantir l'effectivité de l'approche sectorielle de la transparence, de la participation et de la redevabilité).

Les démembrements du comité sectoriel censés coordonner les activités au niveau régional ne sont pas encore mis en place. Actuellement, les activités du secrétariat technique des organes de coordination, de suivi et évaluation régionaux et préfectoraux (de district) sont assurées par les Equipes cadres des directions régionales et préfectorales de la santé. Ces équipes cadres ont un pouvoir de décision limité.

Le système national d'information sanitaire (SNIS) a connu ces dernières années des avancées notables avec le passage à l'échelle du DHIS 2. En effet, le taux de complétude des rapports du SNIS est de 91% en 2017 pour une cible de 42,5%<sup>10</sup>. Cette performance s'explique par la prise en compte des données des structures privées dans le SNIS.

Par rapport à la promptitude dans la transmission des données du SNIS, elle est de 92% sur le plan national et varie au niveau des régions de 81% à 98% (voir Figure ci-après).



(Source : rapport DSNISI 2017)

**Figure 2 : Promptitude des rapports mensuels d'activités par régions sanitaires**

### 2.1.2.2. Couverture sanitaire

#### a) Disponibilité de l'offre

En 2017, on dénombre 1 274 établissements de soins contre 1 224 en 2016 soit 50 formations sanitaires construites ou réhabilitées dont 37 FS publiques équipées. Ces nouvelles structures sont en majorité des réhabilitations ; ce qui fait qu'en 2017, l'accessibilité géographique des populations aux services de santé est restée stationnaire à 71,4% en 2016 et 2017.

Cependant, environ 29% de la population ne sont pas suffisamment proche d'une structure sanitaire.

Afin de rapprocher les soins des communautés, des efforts ont également été consentis au niveau communautaire pour augmenter la disponibilité des Agents de Santé Communautaire (ASC) formés sur les soins intégrés ou PCIMNE. Ainsi, La proportion de villages éloignés d'un centre de santé qui disposent d'un ASC formé sur les soins intégrés (diarrhée, pneumonie et paludisme) ou PCIMNE communautaire est passée de 44% en 2015 à 45,8% en 2016 et à 46,80 en 2017. Cette légère amélioration s'explique par la formation des Agents de Santé Communautaire (ASC). En effet, 2350 ASC de 10 districts des régions Centrale et Plateaux ont été formés en 2016 en actions essentielles de nutrition au niveau communautaire et sur la Prise en Charge Intégrée de la Mère et du Nouveau-né au niveau communautaire (PCIMNE-C) grâce au soutien financier de la Banque Mondiale à travers le Projet d'Appui aux services de Santé Maternelle et Infantile et de Nutrition (PASMINE).

La répartition de l'offre par secteur, selon les résultats de la carte sanitaire 2015, se présente comme suit :

Etat, principal fournisseur de soins avec 59% de l'offre ;

Secteur privé de soins avec 41% de l'offre ; il est en majorité libéral, dynamique et surtout concentré dans les grands pôles urbains principalement à Lomé où l'on

enregistre une plus grande solvabilité de la demande. Il est peu régulé surtout dans son implantation géographique et pas toujours pris en compte dans la planification de l'offre des services.

En termes de capacités d'hospitalisation, la densité des lits d'hospitalisation est de 8,5 lits pour 10.000 habitants en 2015 alors que la moyenne globale des lits pour les pays à faible revenu était selon l'OMS de 18 lits d'hôpitaux pour 10.000 habitants. Cette densité n'a pas varié de 2015 à 2017.

#### b) Niveau d'adéquation de l'offre

L'adéquation de l'offre est appréciée à travers l'accessibilité géographique et la capacité opérationnelle des infrastructures. L'analyse montre qu'au Togo, malgré le potentiel de réseau sanitaire, l'offre de soins de santé est encore loin de couvrir l'ensemble de la population. Selon les données du ministère de la santé<sup>10</sup>, il ressort qu'au niveau national, 71,4% de la population habitent dans un rayon de moins de 5 km d'un établissement de soins et peuvent donc facilement se rendre au niveau de ces établissements pour bénéficier des prestations ; ce taux d'accessibilité géographique baisse jusqu'à 34% dans la région des Savanes.

On retient en définitif que le nombre de formations sanitaires reste insuffisant et surtout mal réparti sur le territoire avec une concentration dans les zones urbaines au détriment des populations rurales.

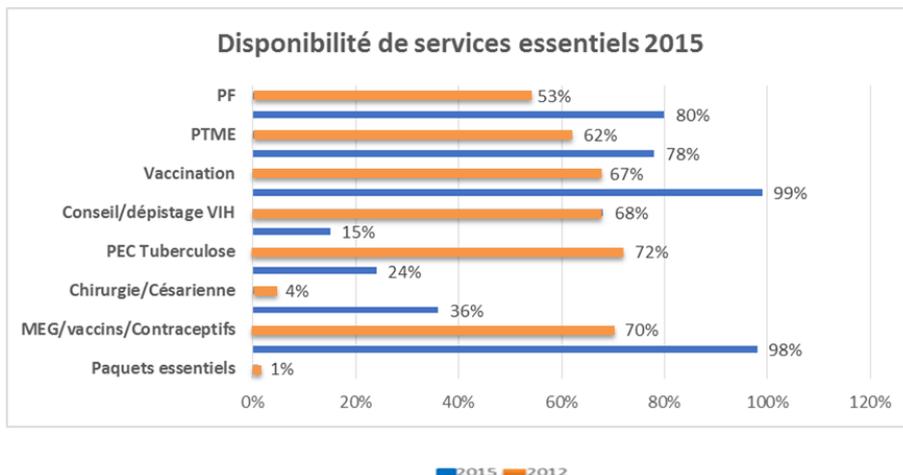
Au plan opérationnel, les services essentiels sont disponibles avec cependant des efforts à faire. Par rapport à la disponibilité des services de lutte contre les maladies infectieuses notamment la tuberculose et le VIH, les couvertures restent encore à améliorer. Sur l'ensemble des structures enquêtées en 2016, seules 68% offrent les services de conseil et dépistage du VIH, 50% assurent le traitement ARV et 72% prennent en charge la tuberculose. Ces mêmes résultats montrent que 85% des structures offrent des services de prise en charge des MNT.

La figure ci-dessous montre la disponibilité des services essentiels dans les formations sanitaires.

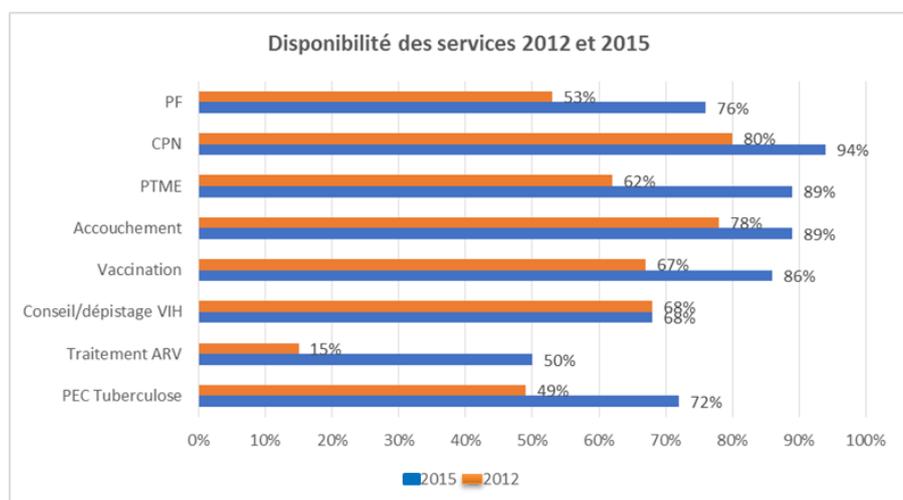
Comparativement à l'année 2012, la disponibilité des services s'est améliorée avec cependant des contre-performances dans le domaine de la santé maternelle (PF et accouchement) et la vaccination comme l'indique la figure ci-dessous :

---

<sup>10</sup>Rapport annuel de performance 2016 du MSPS.



**Figure 3 : Disponibilité des services essentiels en 2015**



**Figure 4 : Disponibilité des services essentiels dans les formations sanitaires en 2012 et 2015**

### 2.1.2.3. Efficacité du système de soins

L'efficacité du système de soins est appréciée au regard des deux dimensions suivantes : (i) le niveau d'utilisation des services par la population (i.e. le taux de fréquentation et le taux d'hospitalisation) et (ii) le niveau de qualité des soins dispensés (niveau de satisfaction des usagers).

a) Fréquentation et utilisation des services par la population

Concernant la fréquentation, le taux de consultation curative a progressé, passant de 28% en 2011 à 38% en 2015 et 39,20% en 2017 contre une cible d'au moins 50%. Il faut noter que ce taux ne prend pas en compte les données du secteur privé de soins de la région Lomé-Commune et ses environs.

Selon les résultats de l'enquête QUIBB 2015, sur le plan national, 62,7% (contre 66,2% en 2011) des personnes malades ont utilisé les centres de santé ou ont consulté un praticien de santé. S'agissant de l'utilisation des hôpitaux, le taux global d'occupation des lits est passé de 42,1% en 2011 à 46,1% en 2014<sup>11</sup> soit un accroissement de l'ordre de 10%. En 2016, ce taux est passé à 44,6% et indique une sous-utilisation des services hospitaliers en se référant à la norme sanitaire qui est de 70%<sup>12</sup>.

b) Qualité des soins dispensés

La qualité des soins perçue par les utilisateurs s'est quant à elle améliorée. En effet, selon les résultats des enquêtes QUIBB de 2011 et 2015, le taux de non satisfaction des patients qui ont consulté est passé de 14,2% à 8,4%. Les Centres Hospitaliers Universitaires (CHU) avec une occurrence de 19,5%, les structures phytosanitaires (19,2%) et les cases de santé (10,7%) sont les structures dans lesquelles la proportion de non satisfaction de la consultation est plus élevée et dépasse les 10,0%. Les principales raisons de non satisfaction évoquées par les populations sont : cherté des soins (33% en 2015 et 32,6% en 2011), temps d'attente trop long (28,1% en 2011 comme en 2015), mauvais accueil (8,4% en 2015 et 4% en 2011), absence des médicaments (4,1% en 2015 et 2,3% en 2011), absentéisme du personnel de santé (4,9% en 2015 et 0,8% en 2011).

Le problème de cherté est plus évoqué surtout au niveau des cliniques ou cabinets médicaux (39,9%), des structures de consultation à domicile (36,4%) et des dispensaires/CMS/USP/PMI (32,8%). Quant au temps d'attente trop longue, c'est au niveau des CHU (76,8%) et des CHP et CHR (58,1%) que l'on observe les proportions élevées.

En outre, il faut noter toute une série de dysfonctionnements et de comportements non orthodoxes des soignants plus ou moins bien documentés au niveau du secteur public et qui sont : (i) une faible préoccupation pour la qualité des soins (ii) la vente parallèle des médicaments par le personnel de santé et le détournement de la clientèle vers une activité privée, (iii) les insuffisances qualitatives et quantitatives des supervisions formatives, (iv) la dégradation de la conscience professionnelle, l'absentéisme. A ceci s'ajoute la rareté de sanctions.

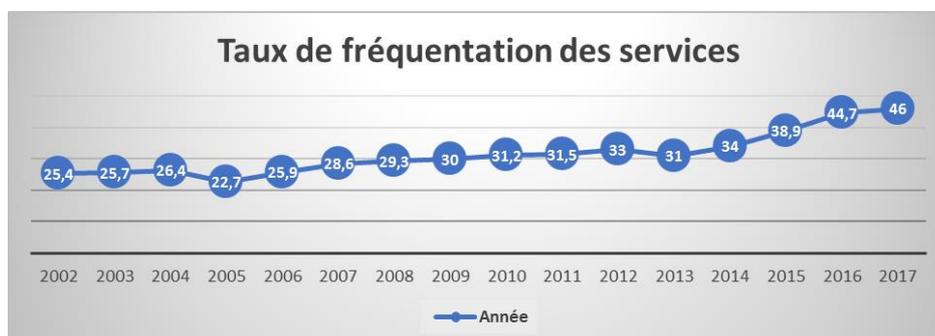
Quant au secteur privé, il se caractérise dans une certaine mesure par (i) l'insuffisance de moyens techniques diagnostiques et thérapeutiques, (ii) des capacités réduites de gestion et d'organisation du travail (la plupart des cabinets médicaux, cabinets de soins infirmiers et cliniques d'accouchements fonctionnent souvent avec du personnel ne possédant pas les qualifications requises), (iii) l'élargissement de la gamme des

<sup>11</sup>Principaux indicateurs 2011 et 2014

<sup>12</sup>Annuaire des statistiques sanitaires, 2016

activités à des actes thérapeutiques pour lesquels le personnel n'est pas qualifié, (iv) la pratique d'actes thérapeutiques inutiles ou inadéquats trouvant leur origine dans la nécessité de générer des recettes et des ressources financières<sup>13</sup>.

En ce qui concerne la qualité de l'offre selon le respect des normes et protocoles (accueil, infrastructures, équipements, personnels, ordinogrammes, Prévention et Contrôle des Infections, ...), l'enquête SDI-2013 a révélé que les directives cliniques ne sont respectées qu'à 36% par les cliniciens pour les cinq pathologies traceuses. De plus, la capacité des cliniciens à prendre en charge les complications maternelles et néonatales mortelles (l'hémorragie post-partum et l'asphyxie néonatale) était seulement de 23% (i.e. seuls 23% des actions de traitements proposées étaient appropriées par rapport aux ordinogrammes de référence). Ces ordinogrammes ont été révisés en 2015 et ont servi de base à la remise à niveau de nombreux prestataires. Une nouvelle enquête SDI pourrait évaluer l'effet de cette action.



Source : Données de la DSNISI

**Figure 5 : Evolution du taux de fréquentation des formations sanitaires<sup>14</sup>**

Le graphique montre que le taux de fréquentation des services de santé est passé de 44,7% en 2016 à 46% en 2017<sup>15</sup>.

Bien qu'on observe une évolution dans la fréquentation des services, on est quand même loin de la référence qui est comprise entre 60% et 70%. Cette évolution lente peut s'expliquer en partie par le fait que le paiement direct (50,04%)<sup>16</sup>des soins pèse sur les ménages.

<sup>13</sup> Rapport d'évaluation du PNDS 2013-2015

<sup>14</sup> Les données des structures privées ne sont pas exhaustives

<sup>15</sup> Annuaire sanitaire 2017

<sup>16</sup> Comptes de la santé 2015-2016

### 2.1.3. Situation des ressources humaines pour la santé

Assurer une disponibilité d'un nombre suffisant de personnels de santé qualifiés au bon endroit est une condition essentielle à la fourniture de services de santé de qualité à la population. Au Togo comme dans la plupart des pays en développement, le déficit de capacités en matière de ressources humaines en santé a été largement établi comme l'un des principaux goulots d'étranglement qui entravent le développement sanitaire et de progrès vers les ODD.

Selon le rapport de performance du ministère de la santé et de la protection sociale 2017, la situation des ressources humaines en santé (RHS) du Togo se caractérise par : (i) une insuffisance quantitative du fait de l'irrégularité de recrutement des ressources humaines dans le secteur, (ii) une inégale répartition du personnel entre les régions sanitaires et (iii) une faible performance des ressources humaines marquée par une faible productivité, un mauvais accueil, des pratiques non orthodoxes.

#### 2.1.3.1. Déséquilibres quantitatifs

L'effectif total du personnel du ministère chargé de la santé au 31 décembre 2017 est de 11 152 contre 10 188 en 2016. On constate qu'entre 2016 et 2017, cet effectif a connu une évolution de 964 agents. Cette évolution s'explique par le recrutement de 1049 agents en 2017 et une différence d'effectifs de 85 agents. Cette différence est constituée des départs à la retraite, les démissions et abandon de postes ainsi que les décès.

La densité cumulée du personnel traceur (médecins, infirmiers, sages-femmes, techniciens supérieurs) est de 60,4 personnels pour 100.000 habitants en 2017 contre 50 en 2016. Ce ratio a augmenté en 2017 par rapport à 2016 ; ceci est dû à des retours de certaines positions administratives et au résultat du concours de recrutement<sup>17</sup>.

Pour autant, selon les normes internationales, les pays ayant une densité inférieure ou égale à 77 (Médecins-Infirmiers-sages-femmes) pour 100.000 habitants sont des pays à très faibles densités<sup>18</sup> ; ce qui place le Togo parmi les pays à très faible densité de personnel traceur.

Au regard des données du tableau IV présenté ci-après, le Togo connaît un déficit important de ressources humaines pour la santé, avec seulement 0,6 personnel de santé<sup>19</sup> pour 1.000 habitants alors que le seuil minimal de densité de personnel soignant acceptable selon l'OMS est de 2,3.

<sup>17</sup> Rapport annuel de performance du MSPS, 2017

<sup>18</sup> Etude de faisabilité Projet d'appui au secteur santé du Togo, 15 sept. 2009 (P. 15)

<sup>19</sup> Catégories de santé considérés sont : médecins, Assistants médicaux/infirmiers, sages-femmes, infirmiers auxiliaires, accoucheuses auxiliaires.

**Tableau IV: Densité des personnels de santé**

Pays	Médecins+ Infirmiers /sages-femmes pour 1000	Médecins pour 1000	Infirmiers /sages-femmes pour 1000
Pays à très faible densité	0,77	0,22	0,55
Pays avec une faible densité	1,11	0,48	0,63
Pays avec une densité modérée	3,05	1,64	1,41
Pays à haute densité	10,12	3,02	7,1
Pays à très haute densité	11,89	3,76	7,54
<b>Togo</b>	<b>0,61</b>	<b>0,09</b>	<b>0,52</b>

Source: Adapté de OMS. 2006. Human resources for health: overcoming the crisis. Cambridge: Harvard University Press

Ces déficits d'effectifs conjugués aux problèmes de distribution font qu'un nombre significatif d'établissements ne répondent pas à des normes minimales de fonctionnement. Ces écarts aux normes touchent en particulier les médecins et les sages-femmes et affectent de manière générale les établissements à tous les niveaux de la pyramide sanitaire. Il faut noter que ces écarts sont plus aigus dans les établissements hospitaliers régionaux, les hôpitaux de districts et les USP en milieu rural.

### 2.1.3.2. Inégalités majeures de répartition géographique des RHS

Au-delà des insuffisances numériques, des problèmes sérieux de distribution et de déploiement du personnel compromettent aussi une offre adéquate de services à la population. Ce déséquilibre dans la distribution régionale est observé à des degrés variables pour chacun des principaux groupes professionnels. Ainsi, près de 75% des médecins sont concentrés dans la capitale. La densité de médecins par habitant est 10 fois plus élevée dans la capitale que dans les autres régions (comme illustré par la figure ci-dessous). Par exemple, ce ratio de dispersion n'est que de 4.28 en Côte d'Ivoire.<sup>20</sup>

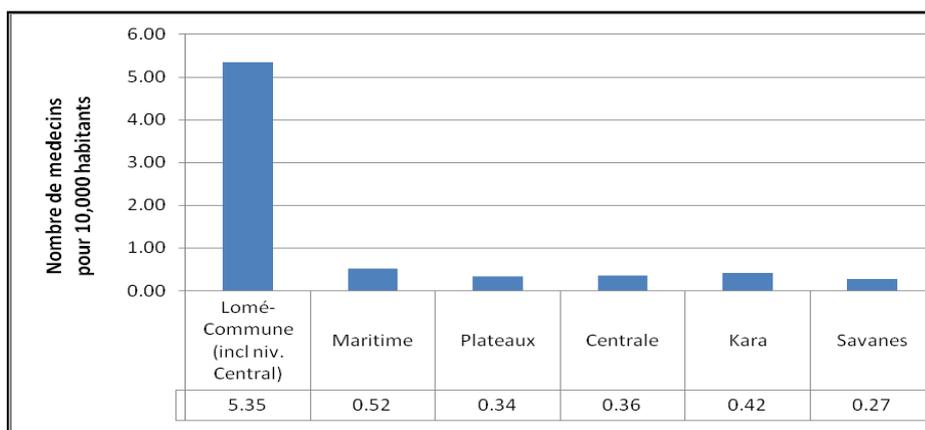
La répartition régionale du personnel de santé montre que la région Lomé Commune concentre la grande partie des effectifs.

En effet, la région Lomé-commune dispose de 32,56% de l'effectif total du personnel de santé du pays contre 9,37% pour la région des Savanes. Les autres régions sont dotées respectivement : Maritime 17%, Plateaux 16,23%, Centrale 11,91%, Kara

<sup>20</sup>Source : Rapport d'analyse du secteur de la santé, Banque Mondiale, 2011..

12,84%. Toutefois, ces proportions n'expliquent pas totalement l'iniquité dans la répartition du personnel de santé par région<sup>21</sup>

La part importante de l'effectif de la région Lomé Commune dans l'effectif total s'explique par le poids important de l'activité sanitaire qu'elle concentre (les services centraux et programmes de santé, CHU Sylvanus Olympio, CHU Campus, CHR Lomé Commune, Hôpitaux de districts, ...).



**Figure 6 : Densité de médecins par région au Togo**

Ce déséquilibre géographique se reflète dans des inégalités d'accès aux services de santé ; il nuit aux progrès sanitaires et entrave les efforts d'amélioration de l'état de santé des populations.

#### **2.1.3.3. Absence de mesures incitatives pour le personnel**

Les études réalisées sur les conditions de travail du personnel de santé montrent globalement une faiblesse des rémunérations. Par ailleurs, on constate une absence de mécanismes de paiement basé sur les résultats. Ces facteurs ont une influence significative sur la motivation du personnel de santé, ce qui pourrait réduire leur productivité et contribuer à la faiblesse constatée dans la plupart des indicateurs de performance du système de santé.

#### **2.1.3.4. Environnement des RHS en amélioration**

Différentes initiatives sont menées actuellement par le Gouvernement en faveur d'un soutien aux RHS avec l'appui des PTF pouvant être considérées comme un investissement indispensable dont les retombées à moyen et long termes devraient permettre au Togo de progresser dans l'amélioration de la situation sanitaire. A titre d'exemples, l'AFD a apporté un appui au ministère de la santé sur la question des RHS à travers le projet PAGRHSM qui a financé notamment la mise en place de

<sup>21</sup> Rapport annuel de performance du MSPS, 2017

l'Observatoire national des RHS, l'élaboration d'un manuel de procédures des RHS et la formation de nombreux cadres aux masters de santé publique et d'épidémiologie; l'appui de GAVI a permis de déployer 35 sages-femmes et infirmiers dans des districts cibles. Le logiciel IHRIS pour la gestion du personnel a été mis en place avec l'appui du Fonds mondial. Au niveau national, un ensemble de mesures ont été récemment mises en œuvre notamment la déconcentration de la formation à travers l'ouverture d'une faculté des sciences de la santé à l'Université de Kara, l'implantation d'écoles paramédicales en dehors de Lomé dans chaque région de l'intérieur du pays et le recrutement « régionalisé » de personnel de santé en vue d'accroître l'accès aux personnels de santé dans les zones rurales ou reculées.

Le plan de développement et de gestion des ressources humaines (PDGRH 2016-2020) doit être vu aussi comme une étape des efforts entrepris pour combler les lacunes relevées ci-dessus.

Une autre option (probablement prometteuse) serait d'améliorer la performance des personnels de santé. Cela suppose des interventions à la fois sur : (i) la capacité qui correspond à la qualité de la formation des personnels et aux moyens de travail (équipements et intrants) qui leur sont donnés ;(ii) la motivation qui dépend de la rémunération et du contrôle exercé sur les personnels.

#### **2.1.4. Caractéristiques de l'utilisation du médicament au Togo**

L'utilisation du médicament dans un pays est déterminé par quatre facteurs principaux qui sont : i) l'accessibilité des médicaments (en termes de répartition des structures de dispensation sur le territoire) ; ii) la disponibilité des médicaments (c'est-à-dire la présence effective des médicaments au sein même des dites structures de dispensation) ; iii) le prix des médicaments ; et iv) la qualité des prescriptions (qui définissent un usage rationnel des médicaments ou non). Les paragraphes suivants reprennent donc quelques-unes de ces dimensions de la consommation du médicament au Togo.

##### **2.1.4.1. Disponibilité des médicaments et leur usage rationnel**

###### **a) Disponibilité du médicament**

En matière de disponibilité des médicaments essentiels, plus de la moitié des formations sanitaires (53,6%) n'ont pas connu de rupture de stocks en 2017 contre 50,1% en 2016 et 49 % en 2015. On note une amélioration de la disponibilité en médicaments dans les formations sanitaires.

Malgré cette amélioration, il existe de nombreuses difficultés parmi lesquelles on note : (i) la non disponibilité de tous les produits au niveau des formations sanitaires et de la CAMEG-TOGO, (ii) le non-respect des ordinogrammes par les prescripteurs qui contraint les formations sanitaires à acquérir des produits de spécialités auprès des grossistes privés qui représentent plus de 70% du marché des médicaments, (iii) l'absence de contrôles et d'inspections réguliers des formations sanitaires pour veiller à l'application scrupuleuse des dispositions réglementaires du système national d'approvisionnement pharmaceutique (SNAP).

Le non-respect des dispositions du SNAP participe ainsi aux dysfonctionnements du système de santé, et constitue un facteur limitant l'accès aux produits de santé jusqu'au dernier kilomètre, sans compter le fardeau (dépenses de santé) qu'il représente pour les ménages<sup>22</sup>.

#### b) Usage rationnel des médicaments

En ce qui concerne l'usage rationnel des médicaments, malgré les mesures prises (LNME périodiquement actualisée, élaboration des ordinogrammes de prise en charge des maladies et autres outils d'aide aux prescripteurs, etc.), il est à noter des pratiques de prescription irrationnelles (prescriptions de présomption, réticence de certains prescripteurs à prescrire les médicaments génériques, etc.). Le non-respect de la LNME limite les possibilités de maîtrise des prix des produits de santé. On relève aussi l'absence d'un formulaire thérapeutique sur lequel les personnels prescripteurs pourraient s'appuyer. L'article 411 du code de la santé publique donne le droit de substitution aux pharmaciens (d'une spécialité par un générique équivalent moins cher) mais ce droit n'est pas toujours appliqué du fait de la réticence des prescripteurs (souvent sous l'influence des délégués médicaux) mais aussi du manque de collaboration entre les prescripteurs et les dispensateurs.

#### 2.1.4.2. Politique nationale des prix des médicaments et son respect

Un obstacle important à l'accès de tous aux médicaments réside également dans le niveau des prix. Bien que les prix de médicaments au Togo soient réglementés<sup>23</sup> dans les secteurs public et privé, les formations sanitaires ne les respectent pas systématiquement. En 2016, la dépense consacrée aux médicaments constitue 27,8% de la dépense totale de santé<sup>24</sup>.

Le financement du médicament au Togo pèse fortement sur les ménages (45,4% des paiements directs des ménages en 2016)<sup>25</sup>. Le problème majeur réside dans l'insuffisance des subventions publiques pour les établissements de soins qui doivent se financer essentiellement sur la vente des médicaments, poussant à des sur-prescriptions de la part des personnels de santé. Cette situation alimente inévitablement un marché illicite très important, dont l'ampleur exacte n'est pas aujourd'hui appréciée.

#### 2.1.5. Financement de la santé

On estime, pour couvrir l'accès à un paquet de services essentiels pour l'ensemble de la population, la dépense de santé à \$86 par habitant par an et une réduction des paiements directs à 15-20% du total des dépenses (McIntyre & Meheus, 2014). Le Togo est à \$34/habitant de dépenses pour la santé en 2014<sup>26</sup>. La grande partie des

**Commented [KS3]:** Envoyer un email à l'INAM (Dr Amouzou et Mr Adogli) pour obtenir des informations sur les ordres de grandeur) : part du générique dans la prescription médicale

<sup>22</sup> Rapport annuel de performance du MSPS, 2017

<sup>23</sup> Le Togo dispose d'une politique des prix contrôlés, régie par l'arrêté interministériel n° 162/27/MS/MIC/MEF du 31 octobre 1997. Cette politique stipule des marges différenciées entre médicaments génériques et de spécialité, et entre grossistes et détaillants.

<sup>24</sup> Comptes de la santé Togo 2015-2016

<sup>25</sup> Idem 23

<sup>26</sup> données.banquemondiale.org

dépenses de santé est réalisée par les ménages, majoritairement sous forme de paiements directs.

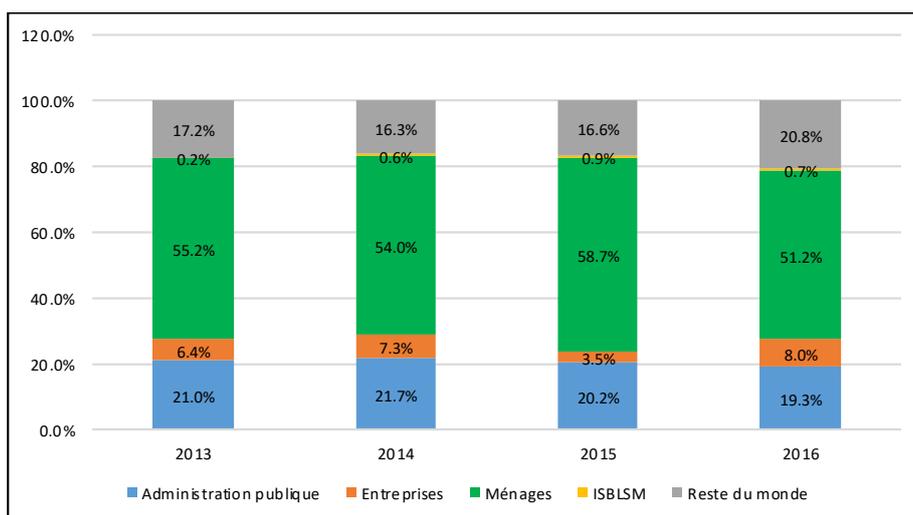
Bien que le pays dispose d'un plan de développement sanitaire (PNDS 2017-2022) et un cadre de dépenses à moyen terme (CDMT), on note un manque de stratégie globale et cohérente du financement du secteur. L'optimisation de la mobilisation des ressources financières ainsi que leur gestion efficace attendues à travers la signature du deuxième Compact national entre le Gouvernement et les partenaires au développement du secteur de la santé, reste toujours à concrétiser.

Cette question du financement de la santé au Togo sera abordée de manière approfondie dans les chapitres suivants.

### 2.1.5.1. Analyse de la performance du système de financement de la santé

#### a) Mobilisation des ressources / Collecte des revenus

Le niveau de mobilisation des ressources a connu une évolution depuis quelques années mais reste encore faible au regard des besoins. Les dépenses totales en santé par habitant ont connu une augmentation régulière passant de 20319 F CFA à 25 076 sur la période de 2013 à 2016. Les dépenses publiques de la santé en pourcentage du PIB ont progressé de 5,85 en 2010 à 6,62 en 2016 (source GHED). Les dépenses publiques per capita sont également en augmentation passant de 88 USD en 2013 à 100 USD en 2016 (source GHED). L'analyse des différentes sources de financement montrent que les dépenses de santé sont beaucoup plus supportées par les ménages. La figure ci-dessous montre l'évolution de la contribution des différentes sources de financement sur la période de 2013 à 2016.



**Figure 7 : Evolution des différentes sources de financement de 2013 à 2016**

#### b) Degré de mise en commun des ressources

Il existe une forte fragmentation dans le système de financement de la santé. En effet plusieurs mécanismes de financement cohabitent au sein du système, chacun orienté vers une catégorie donnée de la population, sans aucune articulation.

Il est donc indispensable de mettre en place un mécanisme de coordination de l'ensemble des actions ou de créer à travers l'INAM un fonds national pour l'achat des prestations.

#### c) Niveau de protection contre le risque financier

Le degré de prépaiement des services de santé reste encore faible (49,6%) malgré une progression depuis 2013 (45,6%). Cela traduit qu'une proportion encore importante des dépenses de santé sont faites au moment de l'utilisation des services de santé. Ces dépenses sont à la charge des ménages et pourraient constituer une portion importante de leur capacité contributive. Il n'existe pas de données récentes sur les dépenses catastrophiques et d'appauvrissement. Selon les données disponibles (2006), 2,5% de la population sont propulsés en dessous seuil de pauvreté après une dépense de santé.

#### d) Efficacité allocative

##### • *Degré d'équité dans le financement de la santé*

Les mécanismes de gratuité existants financés par l'impôt et les donations ont tous un caractère universel. Leur financement est donc équitable, même si la méthode de ciblage pratiquée permet à des personnes non vulnérables d'en bénéficier.

Cependant, la question de l'équité se pose dans l'allocation des ressources publiques dont le montant est déterminé en partie de manière "historique" (c.à.d. selon le montant de l'année précédente). Des critères d'allocations, comme la taille de la population ciblée, la charge de morbidité, le taux de pauvreté, les infrastructures etc., ne sont pas appliqués, et donc les subventions ne sont pas toujours liées directement aux besoins des populations.

Le régime obligatoire d'assurance maladie géré par l'INAM est financé par les cotisations sociales fixées en pourcentage du revenu des assurés (système progressif). Il y a donc une équité, car une redistribution systématique est réalisée entre les différentes catégories d'assujettis.

Par contre, dans les mutuelles de santé et les sociétés d'assurances privées, le montant de la contribution est généralement forfaitaire, donc régressif.

##### • *Efficience des mécanismes*

L'efficacité des divers mécanismes d'exemption et de subvention en place est sujette à des interrogations. Par exemple, le montant alloué au fonds des indigents reste très faible comparativement à la proportion des populations vivant sous le seuil de pauvreté. Par ailleurs, on note une faiblesse dans le suivi-évaluation des différents mécanismes mis en place pour la prise en charge des populations vulnérables.

La fragmentation des mécanismes de financement à l'œuvre au Togo pose également la question de l'efficacité administrative. Ces mécanismes fonctionnant de façon isolée

sans réelle coordination sont amenés chacun à mettre en place sa propre structure de gestion. Ceci a pour conséquence, une duplication, un éparpillement des ressources et compétences et une inefficience dans la gestion.

- *Modalité de paiement des prestataires*

Au Togo les mécanismes de paiement pratiqué dans l'achat des prestations sont le paiement à l'acte, les lignes budgétaires et le budget global. Ces modes de rémunération des prestataires comportent des avantages mais surtout des effets pervers. Le paiement à l'acte peut inciter à la performance et à l'amélioration de la quantité et de la qualité des soins dispensés lorsque l'offre de soins est faible ou moyen (cas du Togo). Toutefois, le paiement à l'acte incite aussi à la sur-prescription médicale. Il ne favorise pas l'efficacité et l'efficience du système de financement de la santé.

Ce mode de rémunération des prestataires n'est pas le mieux adapté pour les systèmes d'assurance surtout en absence de réels mécanismes de contrôle.

Les lignes budgétaires n'offrent pas de flexibilité dans l'utilisation des ressources et ne favorisent pas de réallocation de ressources en cas de nécessité.

### SECTION III. ANALYSE DE LA COUVERTURE MALADIE

---

Aujourd'hui de nombreux mécanismes de financement et de couverture du risque maladie tendent à améliorer l'accès aux soins.

S'agissant des mécanismes assurantiels, on note les organismes de gestion suivants : l'Institut National d'Assurance Maladie (INAM), les mutuelles de santé communautaires, et les compagnies d'assurance privées.

La loi n° 2011-003 du 18 février 2011 instituant le régime obligatoire d'assurance maladie au Togo garantit une protection contre le risque maladie pour les agents publics et assimilés en activité ainsi que pour ceux admis à la retraite titulaires d'une pension ou d'une rente, les travailleurs des établissements publics à caractère administratif et des collectivités territoriales ainsi que les membres des institutions de la République pendant la durée de leurs mandats et leurs ayants droit. Ce régime est géré par l'INAM qui est un organisme doté de la personnalité juridique et de l'autonomie financière et administrative. L'INAM a pour mission d'assurer la couverture des risques liés à la maladie, aux accidents et maladies non professionnels et à la maternité des bénéficiaires. A ce titre, l'INAM prend en charge la consultation, l'hospitalisation, la pharmacie, les actes médicaux et paramédicaux, la chirurgie, les analyses, l'imagerie, la grossesse et l'accouchement ainsi que les appareillages.

Le financement de ce régime est assuré par l'Etat employeur et les travailleurs qui participent chacun à hauteur de 3,5% du revenu du travailleur. L'INAM couvre actuellement 4,7% de la population.

Quant aux MUSA, on en dénombre actuellement 26 fonctionnelles avec un nombre total de bénéficiaires d'environ 160 000 soit 1,66% de la population togolaise. Toutes ces mutuelles fonctionnent sur la base d'une adhésion volontaire et ont pour cible principale les populations du secteur informel et agricole.

Les mutuelles de santé offrent des produits d'assurance simple et adaptés à la capacité contributive de leurs populations cibles. Cependant, elles sont confrontées à plusieurs difficultés notamment : le faible taux de recouvrement des cotisations ; le faible taux de pénétration au niveau de leur zone d'intervention qui limite la capacité de mutualisation du risque ; la faible capacité de gestion.

Treize compagnies d'assurance et une vingtaine de courtiers sont actifs sur le marché togolais de l'assurance. Ces compagnies commercialisent deux catégories de produits « sociaux » : des contrats d'assurance santé et des contrats de retraite. Bien qu'ouvertes à tout le monde, l'assurance santé et l'épargne retraite concernent essentiellement les salariés du secteur privé. Ces compagnies commercialisent des produits d'assurance santé orientés essentiellement vers les groupes et proposent la prise en charge de prestations définies avec les responsables de ces groupes. Les contrats sont également plafonnés à un certain montant de dépenses annuelles. Ces assurances couvrent environ 2% de la population togolaise.

En plus de ces mécanismes, des initiatives d'assistance médicale comme School Assur et FNFI ont été mises en place

Ainsi, le Fonds national de la finance inclusive (FNFI) offre une assurance maladie subsidiaire à ses bénéficiaires qui sont couverts sur la période de remboursement

des crédits obtenus. La gestion de cette assurance est confiée aux compagnies d'assurances privées. Elle est financée par la subvention de l'Etat et couvre 10% de la population.

Depuis la rentrée scolaire 2017-2018, l'Etat a mis en place une assurance maladie au bénéfice des élèves des établissements publics dénommée « School Assur ».

Cette assurance couvre à la fois les risques maladie et responsabilité civile. Les contrats sont également plafonnés à un certain montant de dépenses annuelles (30 000). Les élèves qui en bénéficient représentent 28% de la population.

Globalement, les assurances et mécanismes d'assistance santé sus-décrits couvraient 45% de la population totale au Togo en 2018<sup>27</sup>.

**Tableau V : Les différents mécanismes et leurs cibles**

Mécanismes Initiatives	Public cible	Prestations	Financement	Type d'adhésion
INAM	-les agents publics et assimilés ; - les agents publics salariés admis à la retraite titulaires d'une pension -les conjoints/ conjointes -les enfants à charge de l'assuré âgés de 21 ans au plus	la consultation, l'hospitalisation, la pharmacie, les actes médicaux et paramédicaux, la chirurgie, les analyses, l'imagerie, la grossesse et l'accouchement ainsi que les appareillages médicaux	Cotisations de l'Etat employeur ; Cotisations des assujettis; Subventions de l'Etat	Obligatoire
MUSA	Les travailleurs de l'économie non formelle et agricole	Soins de santé primaire variables selon les types de mutuelles et selon la contribution	Cotisation des adhérents ; subvention des structures d'appui	Volontaire
Compagnies d'assurance privée	Les travailleurs secteur privé formel et ceux des professions libérales	Assurance santé avec différents paquets de soins	Cotisation des employeurs et employés; Cotisation des adhérents	Volontaire
FNFI	Bénéficiaires des crédits FNFI	Soins de santé primaire	Subvention de l'Etat	Obligatoire
School Assur	Les élèves des établissements publics	Soins de santé primaire	Subvention de l'Etat	Obligatoire

<sup>27</sup> Communication conjointe faite en Conseil des ministres le 25 juin 2019 par les ministres en charge de la santé, de la fonction publique, des finances, de l'agriculture, du développement à la base et la secrétaire d'Etat chargée de la finance inclusive

En dehors des mécanismes et initiatives, des programmes de subvention et de gratuité en matière de santé sont mis en œuvre en application de la loi n° 2009-007 du 15 mai 2009 portant code de la santé publique de la République togolaise. Ils ont pour objectifs de permettre l'accès aux soins de santé à tous et particulièrement des groupes de personnes spécifiques tels que les enfants, les femmes, les personnes vivant avec un handicap, les indigents, les personnes souffrant de pathologies particulières (VIH/Sida, tuberculose, paludisme, onchocercose, filariose lymphatique, fistules obstétricales...).

L'analyse de l'ensemble des mécanismes et initiatives ci-dessus décrits montre une forte fragmentation. En effet, différents dispositifs de « gratuité » et de « subvention » cohabitent, chacun orienté vers une population cible, sans aucune articulation. Cette fragmentation limite la solidarité avec des faiblesses évidentes de redistribution des ressources entre les mécanismes et entre les populations cibles.

Il s'avère donc indispensable de rechercher une cohérence entre les divers mécanismes, ceci dans le cadre de la lutte contre la fragmentation à travers un système de coordination de l'ensemble des mécanismes de prise en charge et/ou un fonds intégré d'assurance maladie. Ceci devrait nécessiter une relecture de la loi mettant en place le régime d'assurance maladie obligatoire et une précision sur l'ancrage institutionnelle de la CSU en vue d'atteindre la mesure prévue au PND en son axe 3 : « l'extension de la couverture maladie universelle (CMU) progressivement à tous les ménages togolais ».

## SECTION IV. VISION, PRINCIPES DE BASE ET OBJECTIFS PRINCIPAUX DE LA STRATÉGIE :

---

### 4.1. Vision

La vision du Togo à travers l'engagement à atteindre la CSU est de garantir un accès équitable aux services de santé de qualité à tous les citoyens, sans risque financier, en mettant tout en œuvre pour développer un système de financement performant et pérenne avec la pleine participation de tous les acteurs.

### 4.2. Principes

A travers la stratégie nationale de financement de la santé vers la couverture sanitaire universelle, le Togo aspire à garantir à tous les citoyens un état de santé optimal pour soutenir durablement la croissance et le développement du pays.

La mise en œuvre de cette stratégie doit être soutenue et guidée par les principes universels suivants :

**Universalité** : la stratégie vise à assurer et étendre progressivement une couverture sanitaire à tous les citoyens togolais afin de favoriser l'accès aux soins de santé de qualité à la population entière,

**Responsabilité de l'Etat** : l'Etat doit garantir la pérennité du mécanisme de financement de la santé et créer une forte adhésion des acteurs autour de la SNFS vers la CSU. De plus un environnement légal et institutionnel favorable à la mobilisation des ressources domestiques doit être créé.

**Solidarité sociale** : Il s'agit de permettre aux plus aisés de soutenir les plus pauvres et aux bien portants de soutenir les malades. Ainsi les cotisations des bien-portants et des plus aisés assureront aussi la prise en charge des soins des moins aisés et malades. La solidarité permet à ceux qui ont une capacité contributive de participer au financement des soins des plus pauvres et vulnérables et d'éviter ainsi les dépenses catastrophiques et les dépenses appauvrissantes en matière de santé,

**Équité** : L'équité se situe à deux niveaux : l'équité contributive et l'équité d'accès aux soins. L'équité contributive permet de participer au financement de la santé proportionnellement au niveau de revenu. L'équité d'accès aux soins garantit la délivrance des soins selon les besoins,

**Disponibilité en soins de qualité** : la SNFS doit garantir les soins acceptables, de bonne qualité, intégrés et continus. Les soins offerts aux populations, tout en étant accessibles et disponibles, doivent respecter les normes et standards établis en la matière et être administrés par un personnel de santé qualifié.

**Efficience** : Le contexte de rareté des ressources allouées à la santé commande une utilisation rationnelle des moyens humains, matériels et financiers en vue d'optimiser les résultats. L'idée revient à utiliser le peu de moyens disponibles pour atteindre les résultats escomptés,

**Bonne gouvernance** : La gestion du système de santé doit être fondée sur le leadership, la transparence et la redevabilité à tous les niveaux pour instaurer un climat de confiance entre tous les acteurs. Ce système est soutenu par une bonne gestion des ressources informationnelles.

**Pérennité** : la stratégie doit permettre d'assurer des soins pérennes. Une fois dans la dynamique de la couverture sanitaire universelle, tout doit être mis en œuvre pour assurer des soins durables à la population.

#### **4.3. Objectifs**

L'objectif général visé par la stratégie nationale de financement de la santé est ***d'améliorer l'accessibilité des populations à des services de santé de qualité et à des coûts abordables.***

Cet objectif peut être atteint par une mobilisation de ressources suffisantes, équitables, soutenables et une utilisation efficace des fonds mobilisés. En outre, il ne devrait pas y avoir d'obstacles financiers ou physiques à l'accès aux services de santé nécessaires pour tous. Le système devrait être pérenne et suffisamment flexible pour faire face aux nouvelles difficultés et/ou s'adapter aux contingences favorables.

Cette stratégie devrait contribuer à l'amélioration de l'état de santé de la population togolaise en permettant à chaque individu d'accéder à des soins de santé de qualité quel que soit son niveau de revenu, sans crainte de graves répercussions financières liées au paiement des soins, et ce dans le but de réduire la pauvreté.

## SECTION V. AXES ET ORIENTATIONS STRATÉGIQUES

Le présent plan stratégique s'articule autour de quatre (4) axes qui découlent de la vision exprimée ci-dessus et permettant l'atteinte des objectifs essentiels de protection sociale retenus par le Gouvernement et susceptibles de répondre aux besoins actuels du Togo. A travers le RSS et les soins de santé primaire, Il s'agit notamment de :

- 1- Mobilisation des ressources suffisantes et pérennes pour le développement de la couverture sanitaire universelle;
- 2- Amélioration de l'équité et l'efficacité dans l'allocation et l'utilisation des ressources;
- 3- Réduction des inégalités de l'offre de soins et services de santé;
- 4- Renforcement et extension de la couverture des risques liés à la santé par la mise en place d'un système cohérent et durable d'assurance maladie universelle.

### **Axe 1. Mobilisation des ressources suffisantes et pérennes pour le développement de la couverture sanitaire universelle**

Pilier de la présente stratégie, la mobilisation des ressources suffisantes et pérennes conditionne la réalisation des objectifs de la couverture sanitaire universelle. La mise en œuvre de cet axe stratégique se décline à travers les orientations ci-après :

- (i) Accroître les ressources de l'État allouées au ministère de la santé et de la protection sociale ;
- (ii) Mobiliser les ressources domestiques additionnelles pour la protection sociale en santé ;
- (iii) Améliorer la prévisibilité des financements extérieurs pour la santé ;
- (iv) Améliorer les capacités d'absorption des ressources mobilisées.

#### **• Orientation stratégique 1.1 : Accroître les ressources de l'État allouées au ministère chargé de la santé**

Il s'agira de renforcer le dialogue interne au niveau du ministère chargé de la santé ainsi que le dialogue politique entre les ministères concernés pour : (i) une allocation plus importante du budget national en faveur de la santé. L'objectif est de porter la part du budget de l'État alloué à la santé de 7,32% en 2017 à 12 % en 2022 (cible du PNDS).

#### **• Orientation stratégique 1.2 : Mobiliser des ressources domestiques additionnelles pour la protection sociale en santé**

La pérennité du financement est conditionnée par la mobilisation d'autres ressources nouvelles de financement qui répondent aux soucis d'équité et de protection contre le risque financier.

Il s'agira d'identifier des opportunités de financement additionnelles aux niveaux national (y compris le partenariat public-privé) et extérieur en parallèle avec l'amélioration de la gestion du recouvrement des coûts dans les formations sanitaires.

Commented [U4]: CDMT actualisé par rapport au programme avec le FMI ???

La possibilité de mobiliser des ressources domestiques destinées au secteur de la santé par l'introduction de mécanismes de financement innovants a été documentée à travers l'étude portant sur l'exploration du potentiel de mobilisation des ressources domestiques cité plus haut.

En février 2017, un dialogue national sur le financement de la santé a été organisé pour (i) identifier les mécanismes de financement domestiques pouvant faire l'objet d'une mise en œuvre ; (ii) mettre en place une plateforme pour la mobilisation du financement domestique ; (iii) élaborer la feuille de route pour la mise en œuvre des mécanismes domestiques de financement identifiés.

Ce dialogue a permis de dégager sur les cinq (05) mécanismes préalablement identifiés par l'étude, trois (03) mécanismes potentiellement faisables pour le Togo : il s'agit de la taxe sur la téléphonie, la taxe sur l'alcool et la taxe sur les transferts de fonds. Les trois (03) mécanismes combinés devraient rapporter à peu près 20 milliards de FCFA pour la santé en une année si le processus est mis en œuvre. Au moment de la mise en œuvre effective de ces mécanismes de collecte, une actualisation des estimations de rentrée de fonds sera nécessaire. La mise en place d'un cadre institutionnel multisectoriel de suivi de la mobilisation des ressources domestiques dans l'esprit de la déclaration de Tunis permettra d'opérationnaliser cette initiative.

La mise en œuvre définitive des trois mécanismes et l'affectation des ressources additionnelles potentielles nécessiteront une réflexion plus approfondie avec les ministères en charge de l'Economie, des Finances, de la Planification et les autres institutions impliquées dans la mobilisation des ressources.

Il sera aussi question de favoriser le partenariat public-privé de la santé. Toutes les options seront étudiées y compris les investissements du secteur privé dans la santé à travers le renforcement du partenariat public-privé et les éventuelles contreparties de l'Etat aux structures privées du fait de leur contribution aux missions d'intérêt public.

- **Orientation stratégique 1.3 : Améliorer la prévisibilité des financements extérieurs pour la santé**

Pour y parvenir, l'arrimage aux principes de la Déclaration de Paris sera renforcé à travers une amélioration du cadre de dialogue politique sectoriel avec les PTF en vue de faciliter l'harmonisation des procédures des partenaires extérieurs ainsi que leur alignement sur les priorités nationales. La signature d'un Compact national entre les PTF et le Gouvernement permettra d'assurer une meilleure cohérence de l'aide au développement destiné au secteur de la santé ainsi qu'une meilleure prévisibilité des financements externes.

Le Compact précise entre autres : (i) les modalités de suivi et évaluation des engagements des parties signataires, (ii) les réformes que le gouvernement devra engager pour créer les conditions d'un passage à l'appui budgétaire sectoriel pour les partenaires au développement qui le peuvent.

L'amélioration du cadre de dialogue politique sectoriel avec les PTF pourrait également faciliter la mise en place d'un Fonds commun d'appui au développement sanitaire (FADS) dans la perspective d'un panier commun pour le financement de la santé. Un deuxième niveau de plaidoyer sera fait pour qu'au sein du FADS, les fonds

fongibles soient privilégiés (aux fonds ciblés) ; car ils sont plus adaptés pour la réalisation de l'ODD 3 qui nécessite une approche holistique.

- **Orientation stratégique 1.4 : Améliorer les capacités d'absorption des ressources mobilisées**

Dans un contexte de contraintes budgétaires et en parallèle des besoins et défis de plus en plus importants, il est impératif d'améliorer la capacité d'absorption des crédits alloués au secteur de la santé. Ceci concernera en particulier les crédits d'investissement de l'Etat et les ressources mises à disposition dans le cadre de signature de conventions avec les partenaires dont les taux d'exécution ont été les plus faibles. Pour ce faire, une attention sera portée sur un suivi rigoureux de l'exécution des budgets et un rapportage régulier et fiable de l'utilisation des allocations par centre budgétaire. Le renforcement d'un mécanisme de consultation périodique de suivi de l'exécution du budget (trimestrielle par exemple) et d'un système de rappel périodique systématique à l'attention des responsables de centres budgétaires complétera ce dispositif. Un cadre de concertation entre le ministère chargé des finances et les autres acteurs impliqués dans la mise en œuvre de la couverture sanitaire universelle sera mis en place pour favoriser la consommation maximale et rationnelle du budget alloué.

#### **Axe stratégique 2 : Amélioration de l'équité et l'efficacité dans l'allocation et l'utilisation des ressources**

Les efforts relatifs à l'augmentation des ressources pour la santé ne suffiront pas à elles seules s'ils ne sont pas combinés à la recherche d'une efficacité dans l'utilisation de ces ressources. Il s'agira in fine de « produire plus de santé avec les ressources existantes » conformément à la Déclaration de Tunis sur l'optimisation des ressources, la soutenabilité et la redevabilité dans le secteur de la santé.

Cet axe stratégique vise à garantir que les ressources issues de la collecte des fonds sont redistribuées équitablement (par rapport aux besoins) à tous les niveaux de la pyramide sanitaire et que l'utilisation qui en est faite est optimale. Pour y parvenir, trois orientations stratégiques ont été définies; il s'agit de :

- (i) garantir une allocation équitable des fonds mobilisés
- (ii) rationaliser l'utilisation des ressources du secteur
- (iii) renforcer la gouvernance financière et le pilotage de l'allocation.

- **Orientation stratégique 2.1 : garantir une allocation équitable des fonds mobilisés**

L'allocation des ressources financières entre les différentes structures, jusque-là faite sur la base historique ne garantit pas forcément une équité. Les ressources allouées ne correspondent pas au niveau d'activité des structures ce qui accentue les disparités interrégionales.

Pour faire face à ce problème, le cadre institutionnel du financement de la santé sera renforcé. Pour ce faire, les textes portant sur les responsabilités des structures techniques en charge de la gestion des fonctions du financement de la santé seront

élaborés. Il s'agira de renforcer le cadrage budgétaire pour garantir une allocation équitable des fonds disponibles entre les différents niveaux de façon à optimiser les bénéfices pour la santé. A cet effet, il sera mis en place un système d'allocation des financements basée sur des critères objectifs à travers la redéfinition des subventions d'exploitation sur l'activité des formations sanitaires (analyse des coûts des prestations, révision des tarifs).

Il convient de baser la définition des budgets des régions sanitaires sur des critères d'allocation liés aux besoins (comme la taille de la population ciblée, la charge de morbidité et de mortalité, le taux de pauvreté, les infrastructures et équipements existants, le niveau d'utilisation, etc.) pour s'assurer notamment que les districts sanitaires reçoivent les ressources nécessaires pour réaliser les améliorations attendues par la population, tout en renforçant la transparence et la reddition de comptes pour les moyens mis en œuvre et les résultats atteints.

- **Orientation stratégique 2.2 : Rationaliser l'utilisation des ressources du secteur**

L'achat des soins, pilier important de l'efficacité d'un dispositif de financement de la santé jusque-là constitue une préoccupation majeure du fait du caractère peu incitatif des différents mécanismes utilisés actuellement.

Il s'agira de restructurer le mécanisme actuel de paiement « à l'acte » et envisager un mécanisme plus efficient adapté au contexte du pays tel que le paiement hybride<sup>28</sup>, le paiement à la performance, le paiement à l'épisode<sup>29</sup>, le prix de la journée avec définition du contenu, le paiement par capitation<sup>30</sup>. Ces mécanismes de paiement semblent prometteurs et appropriés en ce sens qu'ils devraient inciter les prestataires de soins à porter une plus grande attention aux coûts et à la qualité de soins.

Une étude de faisabilité de ces mécanismes alternatifs de paiement des prestataires de soins sera conduite avec un passage graduel à des mécanismes plus incitatifs. Des indicateurs pertinents seront définis pour suivre l'impact des mécanismes de paiement des prestataires sur la quantité, la qualité, et l'efficacité des services prestés.

Pour mieux apprécier les charges de structures de soins, des modalités de tarification adéquates des prestations de soins seront définies à partir d'une analyse de coût des prestations.

Pour maîtriser les dépenses de soins et lutter contre l'explosion des dépenses liées aux médicaments, l'utilisation prioritaire des médicaments génériques sera renforcée. Un effort sera fait pour renforcer la disponibilité permanente, l'accessibilité et l'utilisation rationnelle des médicaments au niveau des formations sanitaires.

Par ailleurs, le financement basé sur les résultats/performances sera expérimenté et le cas échéant, introduit progressivement en commençant par les zones les plus

<sup>28</sup> On parle d'un système de paiement hybride quand, dans une structure de soins ou dans un système de santé, on utilise deux ou plusieurs modes de paiement de façon simultanée pour le paiement des prestations.

<sup>29</sup> On parle de paiement à l'épisode lorsque le patient paie un montant forfaitaire déterminé pour l'ensemble de l'épisode de maladie y compris toutes les consultations, les analyses et les visites ainsi que tous les soins et médicaments relatifs audit épisode dans des limites prédéfinies.

<sup>30</sup> Mécanisme de paiement consistant à payer un forfait au prestataire non pas par cas de maladie mais par personne couverte par le système d'assurance durant une période déterminée

défavorisées et les moins performantes, ceci en vue de réduire les déséquilibres quantitatifs et qualitatifs constatés entre les régions et entre les districts. A terme, le FBR sera financé en grande partie par les ressources de l'Etat.

En vue de rendre compte des activités des structures de santé, un programme d'évaluation des hôpitaux sera mis en place. Il s'agira, dans un premier temps d'instaurer dans tous les hôpitaux la pratique de la comptabilité analytique qui permettra de mieux analyser les coûts des prestations. Ensuite, sur la base des données disponibles, un système de pondération des activités des structures sanitaires sera élaboré. Ce système permettra de regrouper les différentes activités/prestations en groupes homogènes selon des critères bien clairs et aidera à terme à la mise en place des mécanismes de paiements alternatifs comme la tarification par groupe homogène de maladie.

- **Orientation stratégique 2.3 : Renforcement de la gouvernance financière**

La gouvernance financière sera renforcée à travers différentes mesures telles que :

- le développement d'un système national d'information comptable et financière ;
- la production régulière des comptes de la santé ;
- la maîtrise de la gestion des financements au niveau de l'administration sanitaire (maîtrise des procédures de l'Etat et des PTF, renforcement des capacités en gestion financière, en élaboration et exécution du budget aux différents niveaux du système de santé) ;
- le développement de l'approche contractuelle avec la capitalisation des expériences pilotes en cours dans les hôpitaux et la généralisation des contrats de performances à tous les niveaux ;
- l'amélioration de la redevabilité et de la transparence (renforcement du suivi, du contrôle et d'audits internes et externes de la gestion des ressources matérielles et financières, lutte contre la corruption, accès de la population aux informations programmatiques et financières sur la santé, ligne verte santé).

Des efforts seront également fournis pour aligner la budgétisation sur une planification des activités basée sur les résultats pertinents du système. Des outils de planifications stratégiques et opérationnels seront élaborés avec des interrelations qui garantissent l'atteinte des résultats. Il sera développé pour tous les différents niveaux de soins des plans pertinents et cohérents avec les objectifs de couverture sanitaire qui leur sont assignés.

### **Axe 3 : Réduction des inégalités de l'offre de soins et services de santé**

Cet axe vise à réduire les inégalités de l'offre de soins et services de santé par une amélioration de la disponibilité et de la qualité des services de santé sur l'ensemble du territoire au profit des bénéficiaires. Pour ce faire, il s'agira au cours des 5 prochaines années d'opérationnaliser les orientations stratégiques suivantes :

- (i) Augmentation du niveau de la couverture en services de santé de qualité selon la carte sanitaire ;
- (ii) Amélioration de la qualité des prestations de soins ;

(iii) Renforcement de la prévention des affections de longue durée et risques professionnels.

- **Orientation stratégique 3.1 : Augmentation de la couverture en services de santé de qualité selon la carte sanitaire**

A travers cette orientation, un accent sera mis sur les actions ci-après :

- le renforcement du rôle de régulation du ministère de la santé : coordination et optimisation du parcours de soins (respect du système de référence et contre référence) ; mise à jour régulière de la carte sanitaire dans toutes ses composantes prenant en compte le secteur privé ; élaboration des normes sanitaires pour le secteur privé de soins ;
- le renforcement de l'investissement pour l'amélioration de la disponibilité et de la capacité opérationnelle des services ;
- l'accroissement de la disponibilité des RSH qualifiées et leur répartition équitable couplée d'incitations à la fidélisation au poste et à la performance ;
- la mise en place des services d'urgence ambulatoire (SAMU, soins à domicile, soins palliatifs) en exploitant toutes les opportunités actuelles y compris le PUDC ;
- l'opérationnalisation de la Chaîne d'Approvisionnement des Produits de Santé et de sa gestion pour garantir la disponibilité des médicaments et autres intrants stratégiques à différents niveaux de la pyramide sanitaire. La DPML, la CAMEG et l'ensemble des districts sanitaires doivent définir des paniers de médicaments et consommables essentiels traceurs par niveau de soins et assurer leur mise à jour périodique. Ceci sera renforcé par une plateforme réunissant l'ensemble des acteurs;
- la dynamisation du système de référence et contre-référence en vue de garantir un recours rationnel aux soins à tous les niveaux de la pyramide sanitaire. Pour y parvenir, l'organisation spatiale des structures de santé sera revue avec un accent sur la disponibilité des soins dans les milieux les plus pauvres et ceci en conformité avec le plan d'infrastructure d'équipement issu de la carte sanitaire.

- **Orientation stratégique 3.2 : Amélioration de la qualité des prestations de soins**

A travers cette orientation, un accent sera mis sur la finalisation et la mise en œuvre de la stratégie nationale d'assurance qualité des soins.

- **Orientation stratégique 3.3 : Renforcement de la prévention des affections de longue durée et risques professionnels**

A travers cette orientation, un accent sera mis sur les actions ci-après :

- l'adaptation des services pour lutter contre les affections de longue durée, y compris les MNT ;
- la coordination des réseaux communautaires de promotion de la santé ;
- l'élaboration et la mise en œuvre de la politique de sécurité santé au travail ;
- la prévention des risques professionnels (maladies professionnelles et accidents du travail) par la mise en place des comités santé et sécurité sur les lieux de travail;

- l'inspection régulière de la santé sécurité au travail au sein des entreprises publiques, privées et la formation régulière des membres de différents comités
- le renforcement des capacités des acteurs en matière de recherche et de gestion des connaissances ;
- la surveillance de l'évolution et des déterminants des MNT ;
- l'évaluation des progrès de la prévention et de la lutte.

#### **Axe 4: Renforcement et extension de la couverture des risques liés à la santé par la mise en place d'un système cohérent et durable d'assurance maladie universelle**

Le renforcement et l'extension de la couverture du risque maladie actuelle repose sur les six (06) orientations stratégiques suivantes :

- (i) institutionnalisation d'une couverture maladie universelle (CSU) ;
- (ii) détermination du panier de soins de base, le coût du régime de base et son financement ;
- (iii) opérationnalisation du régime d'assurance maladie universel de base ;
- (iv) articulation des programmes de « gratuités » et les autres mécanismes de prise en charge des soins de santé ;
- (v) renforcement des capacités des parties prenantes au processus de mise en œuvre de la CSU ;
- (vi) développement d'un plan de communication sur la CSU.

- **Orientation stratégique 4.1 : Institutionnalisation d'une couverture maladie universelle**

- **Mise en place d'un cadre juridique et institutionnel adapté**

Le cadre légal qui régit l'organisation et le fonctionnement du régime d'assurance maladie en vigueur est essentiellement orienté vers la couverture des agents publics et assimilés. L'article 6 de la loi n°2011-003 du 18 février 2011 instituant le régime obligatoire d'assurance maladie précise que « le champ d'application du régime d'assurance maladie peut être étendu par voie législative à des personnes ou à des prestations non expressément prévues par la présente loi ».

Par ailleurs, l'architecture du système de couverture universelle s'articule autour de :

- une organisation prévoyant un organe unique de gestion doté d'un fonds national d'assurance maladie et assurant la gestion du risque maladie ;
- la mise en place des organes de gouvernance qui garantissent la transparence dans la gestion des ressources et veillent à la gestion technique efficace et efficiente ;
- la possibilité de délégation des fonctions de proximité aux mutuelles et différents acteurs ou institutions.

Ainsi le cadre institutionnel et légal actuel sera modifié pour son adaptation à la mise en œuvre d'un régime d'assurance maladie universel de base.

Il s'agira notamment de :

Commented [U5]: Actualisation

- élargir le champ d'application personnel de la loi existante en y intégrant les travailleurs des secteurs privé et parapublic, les travailleurs de l'économie informelle et agricole ainsi que les indigents ;
- intégrer les acteurs et définir les interrelations en capitalisant sur l'expérience de chacun des intervenants. Une architecture de mise en œuvre sera adoptée à cette fin.

- **L'organe unique de gestion**

Il sera l'organisme de gestion technique, de gestion du risque, et de gestion financière. Cet organe gère deux régimes et trois fonds.

L'ensemble des ressources de l'assurance maladie seront gérées dans un panier commun. Le fonds national financera les dépenses de soins, d'investissement et de fonctionnement de l'assurance maladie. Ce fonds sera alimenté par les contributions des assurés, la contribution de l'Etat et autres ressources domestiques, ainsi que les ressources extérieures.

- **Mise en place des organes de gouvernance**

Ces organes de gouvernance veillent à l'équilibre financier et à la pérennité de la couverture.

- **Orientation stratégique 4.2 : Détermination du panier de soins de base, du coût du régime de base, et son financement**

- **Adoption d'un panier de soins de base**

Il s'agit de déterminer l'ensemble des services de santé essentiels auxquels tous les citoyens devraient avoir accès dans le cadre de la couverture maladie universelle. C'est un choix de société et sa définition devrait être l'aboutissement d'un processus de dialogue national axé sur les affections courantes, les besoins prioritaires de la population togolaise et des paniers des initiatives existantes (INAM, School Assur, mutuelles de santé).

Le panier de soins de base sera financé de façon équitable par la solidarité nationale. Ainsi, les contributions à définir seront liées aux capacités contributives des différentes catégories de population.

Le renforcement de l'offre de soins et le respect strict du système de référence et de contre référence devront permettre aux formations sanitaires publiques comme privées à tous les niveaux d'offrir le paquet essentiel de soins.

- **Les catégorisations des pauvres**

La population pauvre du Togo représente 55,1 % de la population générale (QUIBB 2015).

Le Registre Social Unique (RSU) est une base de données sur les ménages classés en trois catégories : (i) pauvres ; (ii) très pauvres ou extrêmement pauvres ; (iii) extrêmement pauvres avec vulnérabilité (chocs, vieillissement par exemple).

- **Détermination d'une méthode unique de ciblage des populations vulnérables qui seraient totalement exemptées du paiement d'une contribution**

Les indicateurs socio-économiques du pays ont révélé qu'une partie de la population ne dispose pas de capacité contributive pour prétendre au bénéfice de l'assurance maladie<sup>31</sup>. C'est pour cela qu'une méthode unique de ciblage des populations vulnérables qui seraient totalement exemptées du paiement d'une contribution doit être développée. Leurs cotisations devront être entièrement à la charge de l'État.

Dans le but de rendre effectif ce ciblage des populations vulnérables, le processus de mise en place du registre social unique (RSU) a été amorcé depuis 2015.

- **Détermination du montant des cotisations par catégories de populations (Secteur Formel)**

- **Le secteur public** : un pourcentage de la cotisation actuelle des travailleurs et employeurs publics et assimilés sera dédié au régime de base (Fonds national d'assurance maladie). Ce pourcentage couvrira exactement le coût du panier de soins de bases de ces travailleurs et de leurs ayant-droits. Le reste de la cotisation sera dédié au régime complémentaire.
- **Le secteur privé** : A l'instar du secteur public, le prélèvement sera effectué à la source sur la base du salaire soumis à cotisation.

- **Détermination du montant des cotisations par catégories de populations (y compris le secteur informel, secteur agricole, les travailleurs indépendants)**

Les capacités contributives annuelles seront estimées pour les salariés du public ou du privé selon les revenus déclarés.

L'analyse des différentes capacités contributives et des similitudes de caractéristiques entre les différentes classes, conduira à leur regroupement en vue d'une meilleure proposition de cotisation de la population à une assurance maladie obligatoire.<sup>32</sup> Des études existantes et en cours sur la capacité contributive certaines cibles serviront de base pour déterminer les montants des cotisations.

Pour le mode de cotisation, l'unité assurée est le ménage.

Pour le secteur formel, les cotisations sont déterminées selon la capacité contributive de chacun basée sur le salaire.

Pour le secteur informel : Il est nécessaire de procéder à la catégorisation de cette population en fonction du revenu. Le niveau des cotisations est fixé selon les différentes catégories.

- **Option 1** : Chacun paie le montant nécessaire pour couvrir le coût du régime par personne (le coût du panier) (pas très équitable et risque fort d'exclusion). Cette option n'est réaliste que si la majorité de la population exemptée dépasse les 50%;
- **Option 2** : Chacun paie une partie du montant nécessaire pour couvrir le coût du régime par personne (un % du coût du panier, le reste étant une

<sup>31</sup>QUIBB 2015, page 57 et suivants

<sup>32</sup>Source : Rapport provisoire "Elaboration d'une classification de la population togolaise selon les caractéristiques socio-économiques" ABBEY Kokouvi D. p.5

subvention de l'Etat (Exemple du Mali). Cette option qui dépend de la volonté politique est assez équitable et relativement flexible ;

- **Option 3** : La population du secteur informel paie en fonction de ses revenus. (Exemple du Rwanda). La grande difficulté de cette option réside dans la non maîtrise de la capacité contributive pour chaque ménage (la classification socioprofessionnelle).
- **Option 4** : La population du secteur informel est regroupée en catégories socio-professionnelles et les cotisations négociées (Exemple du Maroc). Des études actuarielles seront nécessaires pour certaines catégories.

Un dialogue national multipartite soutenu par des modélisations permettra d'identifier l'option ou la combinaison d'options la plus équitable et la plus pérenne.

- o **Extension de la couverture assurancielle à toute la population**

Sur la base des expériences des pays, le déploiement de la couverture maladie s'inscrit dans une approche progressive en prenant en compte tous les paramètres techniques, et socio-économiques.

L'ambition c'est de couvrir au moins 50% de la population dans les cinq( 05) prochaines années.

La capacité de l'Etat à mettre à disposition les financements nécessaires déterminera la vitesse d'extension.

- o **Mise en place d'un système de financement du gap par l'Etat**

En fonction des options ci-dessous, du coût du panier, et des projections d'extension de la couverture de la population par le régime de base, un gap de financement à prendre en charge par l'Etat est indispensable. Ce gap sera financé par l'Etat sur la base des objectifs 1.1 et/ou 1.2 du présent document.

- **Orientation stratégique 4.3 : opérationnalisation du régime d'assurance maladie universelle de base**

- o **Développement d'une stratégie d'achat des services de santé garantissant la maîtrise des coûts et la qualité des soins aux assurés (mise en place d'un dispositif de contrôle de l'effectivité des soins et de paiement des prestataires performant, etc.)**

Une meilleure prise en charge des bénéficiaires et la maîtrise des dépenses de santé nécessitent de développer une stratégie efficace d'achat des services de santé. Dans le cadre de la mise en œuvre du régime obligatoire d'assurance maladie actuel, l'INAM a déjà développé des relations importantes avec l'offre de soins sur toute l'étendue du territoire national.

Le dispositif existant sera ainsi renforcé surtout par la possibilité d'expérimenter de nouveaux mécanismes de paiements et de maîtrise médicalisée des dépenses de santé.

- o **Mise en place d'un système d'information adapté**

La complexité des opérations à réaliser dans le cadre de la CSU nécessite un niveau élevé d'automatisation des méthodes et outils de gestion. Le système d'information actuel sera ensuite renforcé et des interconnexions seront mises en place entre tous les acteurs.

- **Orientation stratégique 4.4 : Articulation des programmes de « gratuits » et les autres mécanismes de prise en charge des soins de santé**

L'effectivité de la mise en commun des ressources passe par une intégration progressive des mesures de gratuité et des initiatives d'assurance maladie aux fonds d'assurance maladie. La mise en place du registre social unique contribuera à une utilisation rationnelle des ressources réallouées au profit des personnes véritablement vulnérables.

- **Intégration/ transfert de la subvention d'indigence au fonds national d'assurance maladie**

Des subventions sont actuellement allouées par l'Etat aux hôpitaux pour une prise en charge partielle ou totale des personnes indigentes. Dans le cadre de la couverture maladie universelle, les personnes indigentes seront identifiées au préalable sur la base du registre social unique et seront exemptées du paiement de cotisations. Ainsi, ces subventions seront directement transférées aux fonds d'assurance maladie.

- **Promotion des régimes complémentaires**

La détermination d'un panier de soins de base permet aux autres structures d'assurance maladie (mutuelles sociales, compagnies privées d'assurance) de développer la prise en charge complémentaire.

- **Orientation stratégique 4.5 : Renforcement des capacités des parties prenantes au processus de mise en œuvre de la CSU**

- **Amélioration des compétences des acteurs clés sur le processus de mise en œuvre de la couverture santé universelle**

Après plus d'un quinquennat de mise en œuvre du régime d'assurance maladie obligatoire, l'on dispose aujourd'hui au Togo d'une certaine expertise en matière de gestion du risque maladie à la fois au niveau de l'INAM que des prestataires de soins. Cette expertise doit être améliorée par un programme de renforcement de capacités sur les nouveaux outils et procédures au profit de l'ensemble des acteurs.

- **Renforcement des capacités des acteurs mutualistes et autres acteurs clés**

Un plan de formation et d'amélioration des compétences sera mis en place pour accompagner le développement des mouvements mutualistes et autres acteurs clés.

- **Développement d'une capacité nationale de recherche opérationnelle en partenariat avec les institutions nationales et internationales**

Il est important de développer une capacité nationale de recherche opérationnelle en partenariat avec les institutions nationales (INSEED, URD, Université de Lomé et de Kara) et internationales (BIT, OMS, BM, UNICEF, UNFPA, GIZ, ...) dédiées à la protection sociale en santé pour promouvoir la recherche autour de la thématique de la couverture sanitaire universelle et son financement.

- **Développement de la coopération et de l'assistance technique**

Une série d'études et de réflexions sont nécessaires dans le cadre du processus pour bâtir le système de couverture maladie universelle. Leur réalisation nécessitera le développement d'une coopération avec certains pays et organisations ainsi que des voyages d'échanges d'expériences et l'assistance technique pour accompagner les acteurs nationaux.

- **Génération des connaissances pour la mise en œuvre des réformes et le suivi des progrès vers la CSU**

Un plan de suivi et évaluation sera développé afin d'assurer la mise à jour des indicateurs de résultats et d'impacts de chaque élément de l'axe stratégique, orientation stratégique. Pour un travail de suivi et évaluation efficace, le plan devra se limiter à un nombre restreint d'indicateurs. Il s'agit essentiellement de disposer des moyens pour mesurer les progrès en termes de couverture de la population, d'amélioration de la mise en commun, de la mobilisation des ressources, de l'amélioration de l'efficacité dans l'utilisation des ressources et de renforcement de la gouvernance. Par ailleurs des études et travaux de recherches seront menés par divers organismes en vue d'une mise en œuvre optimale et d'une amélioration continue de la stratégie.

- **Orientation stratégique 4.6 : renforcement de l'information et de la communication sur la CSU**

Il s'agira de développer un plan de communication et assurer sa mise en œuvre afin d'obtenir l'adhésion, l'appropriation et l'engagement de toutes les parties prenantes à la CSU. Le renforcement des capacités des parties prenantes au processus doit prendre en compte l'information et la communication sur la SNFS-CSU. L'opinion publique et les parties prenantes doivent être informées sur la conduite du processus afin d'intégrer dans les décisions de mise en œuvre leurs préoccupations.

L'organisation en février 2017 du dialogue national sur le financement de la santé par le Gouvernement avec l'appui de ses partenaires marque une étape importante dans la sensibilisation des acteurs nationaux clés sur la nécessité de mobiliser les ressources domestiques additionnelles pour financer la santé vers la couverture sanitaire universelle.



## SECTION VI. RÉSULTATS ATTENDUS

### 6.1. Cadre de Résultats

Les résultats obtenus sont liés les uns aux autres dans une relation de cause à effet. Ils sont composés de trois types:

- les produits ou résultats immédiats (extrants) ;
- les effets qui sont des résultats à moyen terme ;
- et les impacts ou résultats à long terme.

**Tableau VI : Chaîne des résultats**

PRODUITS	EFFETS	IMPACTS
Le budget de l'Etat alloué à la santé augmente au moins d'un point chaque année	Le financement du développement de la couverture sanitaire à partir des sources suffisantes et pérennes est assuré d'ici 2024	Les services de santé essentiels de qualité sont accessibles pour au moins 80% de la population
Les ressources domestiques additionnelles (y compris celles provenant des trois mécanismes innovants identifiés) sont mobilisées		
Le volume des financements extérieurs augmente d'au moins 6% chaque année		
Le taux d'absorption des ressources mobilisées est passé au moins à 95%		
Les critères d'allocation des ressources mobilisées sont définis	L'allocation et l'utilisation des ressources se font sur une base d'équité et sont efficaces d'ici 2024	Les services de santé essentiels de qualité sont accessibles pour au moins 80% de la population
Les ressources du secteur sont utilisées rationnellement		
La gouvernance financière et comptable est renforcée		
La qualité des prestations de soins est améliorée	Les inégalités de l'offre de soins et services de santé sont réduites d'ici 2024	Les services de santé essentiels de qualité sont accessibles pour au moins 80% de la population
La prévention des affections de longue durée et risques professionnels est renforcée		
L'institutionnalisation d'une couverture maladie universelle de base est effective	50% de la population bénéficie d'une protection financière contre le risque maladie d'ici 2024	Les dépenses directes de santé des ménages sont réduites à moins de 25%
Le panier de soins et le financement du coût du régime de base sont déterminés		
Le dispositif unique d'assurance maladie universelle est opérationnel		

Les mécanismes de financements existants de risques maladies sont intégrés au dispositif unique d'assurance maladie		
Les capacités des parties prenantes au processus de mise en œuvre de la CSU sont renforcées		

## 6.2. Cadre logique axé sur les résultats

Le cadre logique se présente comme suit:

**Tableau VII : Cadre logique**

Hiérarchie des Résultats	Indicateurs de résultats (IOV)	Sources des données/ Moyens de vérification	Hypothèses et Risques
<b>Impacts</b>			
<b>Impact 1 : Les services de santé essentiels de qualité sont accessibles pour au moins 80% de la population</b>	Indice de couverture des services de la CSU	-Rapport de performance -SARA -Carte sanitaire	<b>Hypothèses :</b> - Engagement politique -Leadership affirmé et soutenu du ministère de la santé - Respect des engagements - <i>Vision partagée des partenaires en santé</i>  <b>Risques :</b> - Résistances aux changements - Non-respect des engagements - <i>Crise socio-économique</i>
<b>Impact 2 : 50% de la population bénéficie d'une protection financière contre le risque maladie</b>	-Paiements directs des ménages en proportion des DTS -Proportion de la population dont les dépenses en santé du ménage en proportion des dépenses totales du ménage est inférieure à 40%	-Comptes de la santé -Enquêtes sur les dépenses des ménages	
<b>Effets</b>			
<b>Effet 1 : Le financement du développement de la couverture sanitaire à partir des sources suffisantes et pérennes est assuré</b>	-Dépenses courantes de santé en pourcentage (%) du PIB -Dépenses publiques de santé en % des dépenses totales de santé	-Revue des dépenses publiques de santé -Comptes nationaux, -Comptes de la santé -Rapport de performance	<b>Hypothèses :</b> - Engagement politique -Leadership affirmé et soutenu du ministère de la santé

Hiérarchie des Résultats	Indicateurs de résultats (IOV)	Sources des données/ Moyens de vérification	Hypothèses et Risques
			<ul style="list-style-type: none"> <li>- Respect des engagements</li> <li>- <i>Vision partagée des partenaires en santé</i></li> </ul> <b>Risques :</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Résistances aux changements</li> <li>- Non-respect des engagements</li> <li>- <i>Crise socio-économique</i></li> <li>- <i>Vision non partagée par le MEF</i></li> </ul>
<b>Effet 2 : L'allocation et l'utilisation des ressources se font sur une base d'équité et sont efficaces</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Existence de critères d'allocation des ressources mobilisées par niveau du système</li> <li>- Proportion des personnes démunies ayant bénéficié des soins et services de santé essentiels</li> <li>- Proportion des dépenses liées aux soins (préventifs, curatifs, promotionnels, réadaptatifs)</li> </ul>	MICS, QUIBB - Compte de la santé - Rapport d'évaluation - Grille des critères d'allocation des ressources	<b>Hypothèses :</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Engagement politique</li> <li>- Leadership affirmé et soutenu du ministère de la santé</li> <li>- Respect des engagements</li> <li>- <i>Vision partagée des partenaires en santé</i></li> </ul>
<b>Effet 3 : Les inégalités de l'offre de soins et services de santé sont réduites</b>	Taux d'accessibilité géographique aux services essentiels de santé par région et par district Densité des ressources humaines par région et par district Taux de disponibilité des médicaments traceurs par région et par district	- Enquêtes - Rapport de performance	<ul style="list-style-type: none"> <li>- <i>Respect de la carte sanitaire</i></li> <li>- <i>Gouvernance et gestion optimales des organismes d'assurance maladie</i></li> </ul> <b>Risques :</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Résistances aux changements</li> <li>- Non-respect des engagements</li> <li>- <i>Crise socio-économique</i></li> </ul>
<b>Effet 4 : Les dépenses directes de santé des ménages sont réduites à moins de 25%</b>	Proportion de la population dont les dépenses en santé du ménage en proportion des dépenses totales du ménage est inférieure au seuil retenu (10% ; 25%)	- Rapports de performance - Enquêtes sur les dépenses des ménages	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Non-respect des engagements</li> <li>- <i>Crise socio-économique</i></li> </ul>
<b>Produits par effet</b>			
<b>Effet 1 : Le financement du développement de la couverture sanitaire à partir des sources suffisantes et pérennes est assuré</b>			
<b>P1.1 : Le budget de l'Etat alloué à la santé augmente d'au moins un point chaque année</b>	- Pourcentage des ressources de l'Etat allouées au secteur de la santé	- Revue des dépenses publiques de santé - Comptes nationaux - Comptes de la santé	

Hierarchie des Résultats	Indicateurs de résultats (IOV)	Sources des données/ Moyens de vérification	Hypothèses et Risques
<b>P1.2 : Les ressources domestiques additionnelles pour la santé sont mobilisées</b>	Proportion des ressources domestiques additionnelles identifiées mobilisées	-Revue des dépenses publiques de santé -Rapport de performance	
<b>P1.3 : Le volume des financements extérieurs augmente de plus en plus</b>	Proportion des ressources extérieures mobilisées pour la santé	-Revue des dépenses publiques de santé -Rapport de performance	
<b>Effet 2 : L'allocation et l'utilisation des ressources se font sur une base d'équité et d'efficacité</b>			
<b>P2.1 : Les fonds mobilisés sont alloués équitablement</b>	Existence de critères d'allocation fondés sur des bases objectives des ressources mobilisées	Rapport de performance -Rapport d'évaluation -Grille des critères d'allocation des ressources	
<b>P2.2 : Les ressources du secteur sont utilisées rationnellement (affectation des ressources selon les priorités)</b>	-Taux d'absorption des ressources mobilisées -Taux d'utilisation des ressources par priorités -Dépenses d'administration générale de la santé en % des dépenses totales de santé	-Rapport de performance -Comptes de la santé -Grille des critères d'allocation des ressources	
<b>P2.3 : Un mécanisme de mise en commun des ressources pour le financement de l'assurance maladie est disponible</b>	Existence d'un fonds national unique d'assurance maladie	Rapport de performance	
<b>P2.4 : La gouvernance financière et comptable est renforcée</b>	-Part des ressources mobilisées allouées à l'achat des soins de santé -Nombre d'audits financier et comptable réalisés	Rapport de performance	
<b>Effet 3 : Les inégalités de l'offre de soins et services de santé sont réduites</b>			
<b>P3.1 : La couverture en services de santé de qualité a augmenté</b>	Taux de couverture des services de santé essentiels de qualité	Rapport de performance	
<b>P3.2 : La qualité des prestations de soins est améliorée</b>	-Taux de satisfaction des patients -Taux d'infection nosocomiale -Taux d'infection post-opératoire	-Enquêtes -Rapport de performance MSPS	
<b>P3.3 : La prévention des affections de longue durée et risques professionnels est renforcée</b>	-Proportion de structures de santé primaires offrant le paquet essentiel d'interventions pour la prise en charge intégrée des maladies non transmissibles (WHO-PEN) -Proportion de formations sanitaires pratiquant le HEALTHWISE	-Enquêtes -Rapport de performance	
<b>Effet 4 : Les dépenses directes de santé des ménages sont réduites à moins de 25% d'ici 2024</b>			
<b>P4.1 : L'institutionnalisation d'une couverture maladie</b>	-Existence de textes institutionnalisant la CSU au Togo (Décret instituant la caisse nationale d'assurance	Rapport de performance	

Hiérarchie des Résultats	Indicateurs de résultats (IOV)	Sources des données/ Moyens de vérification	Hypothèses et Risques
<b>universelle de base est organisée</b>	maladie et du fonds national d'assurance maladie ; Décret instituant le Conseil de surveillance ; Décret instituant l'organe de régulation		
<b>P4.2 : Le panier de soins et le financement du coût du régime de base/essentiel sont déterminés</b>	-Disponibilité d'un paquet de soins essentiels ainsi que de son coût validés pour la CSU	Rapport de performance	
<b>P4.3 : Le dispositif d'assurance maladie universelle est opérationnel</b>	Pourcentage de la population couverte par un mécanisme de partage de risque	Rapport de performance	
<b>P4.4 : Les mécanismes de « gratuité » des soins et autres sont intégrés au nouveau dispositif d'assurance maladie</b>	Nombre de mécanismes de gratuité et autres intégré au dispositif unique	Rapport de performance	
<b>P4.5 : Les capacités des parties prenantes au processus de mise en œuvre de la CSU sont renforcées</b>	-Nombre d'agents formés sur la CSU	Rapport de performance	
<b>P4.6. La communication sur la CSU est renforcée</b>	-Disponibilité du plan de communication sur la CSU - Nombre de personnes sensibilisées sur la CSU	-Plan de communication sur la CSU -Rapport de performance	

**Tableau VIII : Budget**

N°	Actions prioritaires	Période d'exécution					Montant (F CFA)	Source de financement	Responsables	Autres acteurs impliqués	Indicateurs	Sources de vérifications
		A 1	A 2	A 3	A 4	A 5						
<b>Axe stratégique 1 : Mobilisation des ressources suffisantes et pérennes pour le développement de la couverture sanitaire universelle</b>												
<b>Effet 1 : Le financement du développement de la couverture sanitaire à partir des sources suffisantes et pérennes est assuré</b>						103 750 000				Dépenses courantes de santé en pourcentage (%) du PIB Dépenses publiques de santé en % des dépenses totales de santé	Revue des dépenses publiques de santé Comptes nationaux Comptes de la santé Rapport de performance	
<b>Produit 1.1. Le budget de l'Etat alloué à la santé augmente d'au moins un point chaque année</b>						14 550 000				<b>Pourcentage des ressources de l'Etat allouées au secteur de la santé</b>	<b>Rapport de performance</b>	
1	Réalisation d'une étude sur le financement du secteur public de la santé au Togo	X					950 000 <sup>6</sup>	PTF	DAF	DEPP, DESR, CCI-RSS	Disponibilité du rapport d'étude validé	Rapport d'étude validé
2	Renforcement du dialogue politique entre les intervenants dans la mise en œuvre de la CSU	X	X	X	X	X	600 000 <sup>7</sup>	Etat	Cabinet	SG	% de réunions organisées	Rapports de réunion
<b>Produit 1.2. Les ressources domestiques additionnelles pour la santé sont mobilisées</b>						73 800 000				<b>Proportion des ressources domestiques additionnelles identifiées mobilisées</b>	<b>Revue des dépenses publiques de santé Rapport de performance</b>	
3	Organisation de forum national sur les financements domestiques de la CSU	X		X			000 000 <sup>72</sup>	PTF	Cabinet MS	MEF, MPD	Rapport de forum	Rapport de forum
4	Mise en place d'un cadre institutionnel multisectoriel de suivi de la mobilisation des ressources domestiques dans l'esprit de la déclaration de Tunis		X	X			800 000 <sup>1</sup>	Etat	Cabinet MS	Primature, MEF, MDP	Texte mettant en place le cadre	Texte mettant en place le cadre

N°	Actions prioritaires	Période d'exécution					Montant (F CFA)	Source de financement	Responsables	Autres acteurs impliqués	Indicateurs	Sources de vérifications
		A 1	A 2	A 3	A 4	A 5						
5	Introduction des mécanismes de financements innovants	X	X	X	X	X	PM		Primature	MS, MEF	Loi de finances	Loi de finances
<b>Produit 1.3. Le volume des financements extérieurs augmente de plus en plus</b>							<b>15 400 000</b>				<b>Proportion des ressources extérieures mobilisées pour la santé</b>	<b>Revue des dépenses publiques de santé Rapport de performance</b>
6	Renforcement du dialogue sectoriel pour un financement extérieur prévisible et durable	X	X	X	X	X	600 000 <sup>7</sup>	Etat, PTF	Cabinet MS	OMS, PTF	% de réunions organisées	Rapports de réunion
7	Renforcement du suivi de la mise en œuvre et le respect des engagements du COMPACT par tous les PTF	X	X	X	X	X	800 000 <sup>7</sup>	Etat, PTF	Cabinet MS	MS, MEF, PTF	Proportion des financements inscrits au budget de l'Etat ; Nombre de PTF ayant signé le COMPACT ; Proportion des financements passant par les canaux de l'ETAT ; Proportion des PTF ayant informé au Gouvernement de l'appui prévu sur au moins deux années ; Disponibilité d'un plan de renforcement de la DAF	Rapports de réunion
<b>Axe stratégique 2 : Amélioration de l'équité et de l'efficacité dans l'allocation et l'utilisation des ressources</b>												

N°	Actions prioritaires	Période d'exécution					Montant (F CFA)	Source de financement	Responsables	Autres acteurs impliqués	Indicateurs	Sources de vérifications
		A 1	A 2	A 3	A 4	A 5						
<b>Effet 2 : L'allocation et l'utilisation des ressources se font sur une base d'équité et d'efficacité</b>							415 346 000				Proportion des personnes démunies ayant bénéficié des soins et services de santé essentiels Proportion des dépenses liées aux soins (préventifs, curatif, promotionnels, réadaptatifs)	EDST MICS, QUIBB Compte de la Santé
<b>Produit 2.1. Les fonds mobilisés sont alloués équitablement</b>							174 096 000				Existence de critères d'allocation fondés sur des bases objectives des ressources mobilisées	<b>Document de directives des critères d'allocation</b>
8	Développement des critères d'allocation des ressources financières entre les différents niveaux du système de santé	X					40 000 000	Etat, PTF	DAF	DGEPIS, DGAS	Existence de critères d'allocation fondés sur des bases objectives des ressources mobilisées	Document de directives des critères d'allocation
9	Renforcement des capacités des acteurs sur la planification et budgétisation sanitaires basée sur les résultats	X	X	X	X	X	134 096 000	Etat, PTF	DGEPIS, DAF	MEF, MPD	Nombre de cadres du MS formés en planification et budgétisation sanitaires basée sur les résultats	Rapport de formation
10	Renforcement du dialogue interne au niveau du ministère de la santé et avec le ministère de l'économie et des finances	X	X	X	X	X	PM		Cabinet	SG	% de réunions organisées Pourcentage des recommandations issues de réunions mises en œuvre	Rapports de réunion

N°	Actions prioritaires	Période d'exécution					Montant (F CFA)	Source de financement	Responsables	Autres acteurs impliqués	Indicateurs	Sources de vérifications
		A 1	A 2	A 3	A 4	A 5						
<b>Produit 2.2. Les ressources du secteur sont utilisées rationnellement (affectation des ressources selon les priorités)</b>						<b>89 650 000</b>				Taux d'absorption des ressources mobilisées Taux d'utilisation des ressources par priorités Dépenses d'administration générale de la santé en % des dépenses totales de santé	<b>Rapport de performance Comptes de la santé</b>	
11	Réforme du système de paiement actuel : étude de faisabilité de mécanismes alternatifs de paiement des prestataires de soins (capitation, tarification par GHM, stratégie de PBF etc.) et passage à des mécanismes plus incitatifs à la performance		X	X			10 450 000	Banque mondiale	DESR	DAF, DEPP, PTF	Disponibilité de rapport d'études validé	Rapport d'études validé
12	Evaluation économique des interventions sanitaires (quantité, qualité, et efficacité des services prestés)	X	X				40 000 000	Banque mondiale, autres PTF	DEPP	DESR	Disponibilité du document validé des indicateurs de suivi de l'impact des mécanismes de paiement des prestataires	Document validé des indicateurs de suivi de l'impact des mécanismes de paiement des prestataires
13	Mise en place de modalités de tarification adéquates (analyse des coûts des prestations, révision des modalités d'acquisition et de tarification des biens et services dans les secteurs public et privé partenaires)	X					39 200 000	Banque mondiale, autres PTF	DESR	DAF, DEPP, PTF	Disponibilité du document validé des modalités de tarification adéquates	Document validé des modalités de tarification adéquates

N°	Actions prioritaires	Période d'exécution					Montant (F CFA)	Source de financement	Responsables	Autres acteurs impliqués	Indicateurs	Sources de vérifications	
		A 1	A 2	A 3	A 4	A 5							
14	Expérimentation et mise en œuvre du FBR	X	X	X	X		PM (voir Stratégie FBR)	Banque mondiale	Cellule FBR	MEF, MPD	Disponibilité de la stratégie FBR	Document de stratégie FBR	
<b>Produit 2.3. Un mécanisme de mise en commun des ressources pour le financement de l'assurance maladie est disponible</b>							<b>19 650 000</b>				<b>Texte mettant en place un fonds national unique d'assurance maladie</b>	<b>Texte mettant en place un fonds national unique d'assurance maladie</b>	
15	Elaboration et adoption des textes créant un fonds national unique d'assurance maladie (intégration des mécanismes assuranciers existants)	X					PM		Ministère chargé de la protection sociale	SGG, INAM, CNPPS, MFPTRA, MSPS	Texte mettant en place un fonds national unique d'assurance maladie	Texte mettant en place un fonds national unique d'assurance maladie	
16	Mise en place et opérationnalisation des organes de gestion des fonds d'assurance maladie	X	X				19 650 000	Etat, PTF	Ministère chargé de la protection sociale	SGG, INAM, MFPTRA, MSPS	Nombre d'organes créés fonctionnels	Texte mettant en place les différents organes	
<b>Produit 2.4. La gouvernance financière et comptable est renforcée</b>							<b>131 950 000</b>				<b>Part des ressources mobilisées allouées à l'achat des soins de santé</b>	<b>Nombre d'audit financier et comptable réalisés</b>	<b>Rapport de performance</b>
17	Mise en place d'un système de gestion stratégique de l'information comptable et financière	X					50 000 000	Etat, PTF	DAF, DSNISI	MEF, MPD, PTF, INAM, Mutuelles de santé	Mécanisme opérationnel de gestion de l'information comptable mis en place	Rapport d'activités de la DAF	
18	Renforcement de la gestion (efficace) des financements au niveau de l'administration sanitaire	X	X	X	X		6 950 000	Banque mondiale	DAF, MEF	MEF, MPD, PTF	Disponibilité de rapport d'évaluation d'efficace des financements au niveau de l'administration sanitaire	Rapport d'étude d'évaluation	

N°	Actions prioritaires	Période d'exécution					Montant (F CFA)	Source de financement	Responsables	Autres acteurs impliqués	Indicateurs	Sources de vérifications
		A 1	A 2	A 3	A 4	A 5						
19	Amélioration de la redevabilité et de la transparence		X	X	X		75 000 000	Etat, PTF	DAF	Services concernés par l'audit	Disponibilité de rapport d'audit	Rapport d'audit validé
<b>Axe stratégique 3 : Réduction des inégalités de l'offre de soins et services de santé</b>												
<b>Effet 3 : Les inégalités de l'offre de soins et services de santé sont réduites</b>						<b>703 100 000</b>						
<b>Produit 3.1. La couverture en services de santé de qualité a augmenté</b>						<b>104 000 000</b>					<b>Taux de couverture des services de santé essentiels de qualité</b>	<b>Rapport de performance</b>
20	Mise à jour régulière de la carte sanitaire dans toutes ses composantes prenant en compte le secteur privé	X	X	X	X	X	60 000 000	FM, BM, GAVI	DEPP	DSNISI, DESR	Disponibilité d'une carte sanitaire à jour	Rapport de performance du MS
21	Mise en place d'un mécanisme intégrant les structures privées dans l'offre de services essentiels pour la CSU	X	X				PM		Organe de gestion CSU	PSPS, DESR	Existence de convention avec les structures privées	Document de convention
22	Elaboration d'un plan d'investissement et d'amélioration de la disponibilité et de la capacité opérationnelle des services (PNRSS 2018-2022)		X				24 000 000	Etat, PTF	DISEM	DAF, DGEPIS	Disponibilité du Plan d'investissement et d'amélioration de la disponibilité et de capacité opérationnelle des services	Document de Plan d'investissement et d'amélioration de la disponibilité et de capacité opérationnelle des services
23	Accroissement de la disponibilité des RHS qualifiées et leur répartition équitable couplée d'incitations à la performance		X	X			PM (PDRHS et Plan UEMOA)	Etat, PTF	DRH	DAF, MEF, MFPTRA	Densité personnel traceur	Rapport d'activités de la DRH
	Révision du plan de formation et de renforcement des compétences des		X				20 000 000	GIZ / PROSANT E	DRH		PLAN DE FORMATION ET DE RENFORCEMENT DES COMPETENCES DES RHS 2019-2022 DISPONIBLE	DU PLAN DE FORMATION RHS 2019-2022

N°	Actions prioritaires	Période d'exécution					Montant (F CFA)	Source de financement	Responsables	Autres acteurs impliqués	Indicateurs	Sources de vérifications
		A 1	A 2	A 3	A 4	A 5						
	ressources humaines en sante 2019-2022											
	Estimation des besoins en ressources humaines en sante 2019-2030						GIZ / PROSANT E	DRH				
	Elaboration du plan de mobilité des ressources humaines en santé						GIZ / PROSANT E	DRH				
24	Elaboration de la stratégie d'amélioration de la chaîne d'approvisionnement des produits de santé (CAPS) au Togo	X	X	X	X	X	20 000 000,00	BMGF/ARC	DPML	CAMEG, Programmes	Taux de disponibilité moyen des médicaments traceurs	Rapport d'activités de la DPML
<b>Produit 3.2. La qualité des prestations de soins est améliorée</b>							<b>24 800 000</b>				Taux de satisfaction des patients Taux d'infection nosocomiale Taux d'infection post-opératoire	<b>Rapport de performance</b>
	Elaboration d'une politique nationale qualité		X				20 000 000	GIZ / PROSANT E	DESR	NATIONAL	Document de politique disponible	Document de politique
	Elaboration d'une stratégie nationale qualité		X				20 000 000	GIZ / PROSANT E	DESR	NATIONAL	Document de stratégie disponible	Document de stratégie
25	Elaboration et mise en œuvre d'une stratégie d'amélioration de la qualité des soins		X				24 800 000	GIZ / PROSANT E	DESR	Hôpitaux, Programmes et PTF	Document de stratégie disponible	Document de stratégie

N°	Actions prioritaires	Période d'exécution					Montant (F CFA)	Source de financement	Responsables	Autres acteurs impliqués	Indicateurs	Sources de vérifications
		A 1	A 2	A 3	A 4	A 5						
<b>Produit 3.3. La prévention des affections de longue durée et risques professionnels est renforcée</b>							574 300 000				<b>Proportion de structures de santé primaires offrant le paquet essentiel d'interventions pour la prise en charge intégrée des maladies non transmissibles (WHO-PEN)</b> <b>Proportion de formations sanitaires pratiquant le HEALTHWISE</b>	<b>Rapport de performance</b>
26	Mise à échelle du WHO-PEN		X				101 500 000	Etat, PTF	Programme MNT	FS	Proportion de structures de santé primaires offrant le paquet essentiel d'interventions pour la prise en charge intégrée des maladies non transmissibles (WHO-PEN)	Rapport d'activités du Programme MNT
27	Coordination des actions des réseaux communautaires de promotion de la santé		X				440 000 000	Etat, PTF	DSCPA	OSC	Nombre de réseaux communautaires coordonnés	Rapport d'activités de la DSCPA
28	Réalisation des études d'impact socio-économique des affections de longue durée et risques professionnels		X	X			800 000 <sup>7</sup>	Etat, PTF	DEPP	Programmes MNT	Disponibilité du rapport de l'étude validé	Rapport de l'étude
29	Mise en œuvre du plan stratégique de la sécurité et santé au travail pour le personnel de santé (PSSST)	X	X	X	X	X	PM (voir PSSST)	Etat, PTF	SMTS	Programmes MNT	Proportion de formations sanitaires appliquant le HEALTH WISE	Rapports d'activités SMTS
30	Elaboration de la politique de la sécurité et santé au travail		X				25 000 000	Etat, PTF	DGPS	Programmes MNT, SMTS, CNSS, DGT, MPD, MEF	Disponibilité de la politique de la sécurité et santé au travail	Document de politique de la sécurité et santé au travail
<b>Axe stratégique 4 : Renforcer et étendre la couverture du risque maladie par la mise en place d'un système cohérent et durable d'Assurance Maladie Universelle</b>												

N°	Actions prioritaires	Période d'exécution					Montant (F CFA)	Source de financement	Responsables	Autres acteurs impliqués	Indicateurs	Sources de vérifications
		A 1	A 2	A 3	A 4	A 5						
<b>Effet 4 : La couverture du risque maladie est étendue et renforcée par la mise en place de mécanisme cohérent et durable</b>						165 140 000						
<b>Produit 4.1. L'institutionnalisation d'une couverture maladie universelle de base est organisée</b>						2 340 000				<b>Existence de textes institutionnalisant la CSU au Togo (Décret instituant la caisse nationale d'assurance maladie et du fonds national d'assurance maladie, Décret instituant le Conseil de surveillance, Décret instituant l'organe de régulation)</b>	<b>Rapport de performance</b>	
31	Mise en place d'un cadre légal adapté instituant une couverture médicale de base obligatoire pour tous	X	X				2 340 000	Etat, PTF	Cabinet, DGPS	INAM, CNPPS, MFPTRA	Textes actualisés et signés	Textes actualisés et signé
32	Mise en place d'une caisse nationale d'assurance maladie dotée d'un fonds national d'assurance maladie		X				PM	Etat, PTF	Cabinet, DGPS	INAM, CNPPS, MFPTRA	Textes signés	Textes signés
33	Mise en place des différents organes (gouvernance, et de gestion)		X				PM	Etat, PTF	Cabinet, DGPS	INAM, CNPPS, MFPTRA	Textes signés	Textes signés
<b>Produit 4.2. Le panier de soins et le financement du coût du régime de base sont déterminés</b>						46 775 000				<b>Disponibilité d'un paquet de soins essentiels ainsi que de son coût validés pour la CSU</b>	<b>Rapport de performance</b>	
34	Adoption d'un panier de soins essentiel de base y compris la détermination de son coût		X				9 675 000	Banque mondiale	DGPS	DAF, DESR,	Disponibilité du rapport d'étude sur le panier de soins essentiel de base	Rapport d'étude sur le panier de soins essentiel de base

N°	Actions prioritaires	Période d'exécution					Montant (F CFA)	Source de financement	Responsables	Autres acteurs impliqués	Indicateurs	Sources de vérifications
		A 1	A 2	A 3	A 4	A 5						
35	Finalisation du registre social unique (catégorisation des pauvres)		X				10 175 000	UNICEF, BM, Autres PTF	DGAS/MASPF A	DAF, DESR, DGPS, MDBAJEJ	Disponibilité du registre social unique	Régistre social unique
36	Finalisation du processus de détermination d'une méthode unique de ciblage des populations vulnérables exemptées du paiement d'une contribution		X				7 450 000	UNICEF, BM, Autres PTF	DGAS/MASPF A	DAF, DESR, DGPS, MDBAJEJ	Existence d'une méthode unique de ciblage des populations vulnérables exemptées du paiement d'une contribution adoptée	Document de ciblage des populations vulnérables exemptées du paiement d'une contribution adoptée
37	Détermination du montant des cotisations par catégories de populations (Secteur Informel urbain et rural)		X				8 300 000	UNICEF, OMS, BIT, Autres PTF	DGPS	DAF, DESR, DGPS	Existence d'un document officiel fixant les cotisations par catégories de populations	Document officiel fixant les cotisations par catégories de populations
38	Détermination des options de financements de la CSU		X	X	X	X	11 175 000	UNICEF, OMS, BIT, Autres PTF	DESR	DAF, DESR, DGPS	Existence d'un document officiel déterminant les options de financements de la CSU	Document officiel déterminant les options de financements de la CSU
<b>Produit 4.3. Le dispositif d'assurance maladie universelle est opérationnel</b>							<b>0</b>				<b>Pourcentage de la population couverte par un mécanisme de partage de risque</b>	<b>Rapport de performance</b>
38	Mise en place d'un système de délégation de fonction de gestion	X	X				PM		Organe de gestion CSU	PTF	Nombre d'organismes délégués mis en place	Rapport de mise en œuvre de la CSU
39	Mise en place d'un système d'information adapté	X	X	X			PM		Organe de gestion CSU	PTF	Dispositif d'information opérationnel	Rapport de mise en œuvre de la CSU
<b>Produit 4.4. Les mécanismes de « gratuité » des soins et autres sont intégrés au nouveau dispositif d'assurance maladie</b>							<b>9 675 000</b>				<b>Nombre de mécanismes de gratuité et autres intégré au dispositif unique</b>	<b>Rapport de performance</b>
40	Intégration/ transfert de la subvention d'indigence au			X			PM		DAF		Montant transmis au fond d'assurance	Rapport des activités CSU

N°	Actions prioritaires	Période d'exécution					Montant (F CFA)	Source de financement	Responsables	Autres acteurs impliqués	Indicateurs	Sources de vérifications
		A 1	A 2	A 3	A 4	A 5						
	fonds national d'assurance maladie											
41	Analyse critique des autres initiatives de « gratuité » des soins de santé en faveur des groupes vulnérables et amélioration de leur cadre gestionnaire			X			675 000 <sup>9</sup>	PTF	DAF	DAF, DESR, DGPS	Disponibilité du rapport d'analyse	Rapport d'analyse
42	Refonte de tous les mécanismes de prise en charge « gratuite » actuels dans l'architecture de la couverture universelle proposée pour plus d'efficacité et d'équité			X			PM		DAF	DAF, DESR, DGPS	Existence d'une architecture unique de la couverture universelle	Document validé de l'architecture unique de la couverture universelle
43	Promotion des régimes complémentaires			X	X		PM		Organe de gestion CSU	Mutuelles, Assurances privées, INAM	Nombre de régimes complémentaires soutenus	Rapport des activités CSU
<b>Produit 4.5. Les capacités des parties prenantes au processus de suivi de la mise en œuvre de la CSU sont renforcées</b>							<b>80 750 000</b>					<b>Rapport de performance</b>
44	Amélioration des compétences des acteurs clés sur le processus de mise en œuvre de la couverture sanitaire universelle		X				16 000 000	Etat, PTF	Organe de gestion CSU	Acteurs de mise en œuvre	Nombre de personnels formés	Rapport de formation
45	Développement d'une capacité nationale de recherche opérationnelle en partenariat avec les institutions nationales et internationales		X	X			PM (Plan stratégique de recherche en santé)	Etat, PTF	DGEPI	Acteurs impliqués	Disponibilité de rapports de la recherche	Rapport de la recherche

N°	Actions prioritaires	Période d'exécution					Montant (F CFA)	Source de financement	Responsables	Autres acteurs impliqués	Indicateurs	Sources de vérifications
		A 1	A 2	A 3	A 4	A 5						
46	Génération des connaissances pour la mise en œuvre des réformes et le suivi des progrès vers la CSU				X	X	20 000 000	Etat, PTF	Organe de gestion CSU	Acteurs impliqués	Disponibilité de rapports de la recherche	Rapport de la recherche
47	Partage d'expériences et de bonnes pratiques			X	X	X	950 000	Etat, PTF	Organe de gestion CSU	Acteurs impliqués	Disponibilité de document de bonnes pratiques CSU	Document de bonnes pratiques CSU
48	Organisation des réunions de suivi de la mise en œuvre de la CSU	X	X	X	X	X	800 000	Etat, PTF	Organe de gestion CSU	Acteurs impliqués	% de réunions organisées	Rapport de réunions
49	Evaluation (à mi-parcours et finale) de la SNFS-CSU			X		X	35 000 000	Etat, PTF	Organe de gestion CSU	Acteurs impliqués	Disponibilité de rapports d'évaluation	Rapports d'évaluation
<b>Produit 4.6. La communication sur la CSU est renforcée</b>						<b>25 600 000</b>				<b>Disponibilité du plan de communication sur la CSU</b>	<b>Plan de communication sur la CSU</b>	
50	Information/communication sur la SNFS-CSU (Organisation de concertations nationales)	X	X	X	X	X	600 000	Etat, PTF	Organe de gestion CSU	Acteurs impliqués	% de concertations nationales organisées	Rapport des activités CSU
51	Développement d'un plan de communication sur la CSU	X					18 000 000	Etat, PTF	Organe de gestion CSU	Acteurs impliqués	Disponibilité du plan de communication sur la CSU	Plan de communication sur la CSU
<b>TOTAL</b>						<b>1 447 336 000</b>						

## SECTION VII. MISE EN ŒUVRE DE LA STRATÉGIE

---

### 7.1. Phase de la mise œuvre

Le chemin à parcourir pour arriver véritablement à la couverture sanitaire universelle reste encore long quand on sait que moins de 10 % de la population togolaise est couverte par un mécanisme d'assurance maladie. La mise en place du régime obligatoire au profit des agents publics et assimilés reste l'expérience la plus remarquable que le pays ait connu dans la protection contre le risque financier à grande échelle. Le secteur privé formel et le secteur informel dans leur plus grande composante constituent les secteurs devant faire l'objet de plus d'attention. Il faudra au préalable consolider les acquis de l'expérience acquise dans la gestion du régime d'assurance maladie obligatoire par l'INAM pour s'assurer que la progression vers la couverture d'une plus grande partie ne soit risquée ni soumise à des difficultés d'ordre conjoncturelles et structurelles. Par conséquent l'extension de la couverture sanitaire universelle se fera sur plusieurs périodes et va se dérouler en trois phases : la phase initiale, la phase de pré extension et la phase d'extension.

- **Phase initiale**

En s'inscrivant dans la continuité des actions entreprises par le Gouvernement notamment la mise en place du régime obligatoire d'assurance maladie pour les agents publics et assimilés, géré par l'INAM, la phase initiale va permettre d'opérer des réformes pour mettre en place un cadre juridique et institutionnel adéquat. Sur le plan politique, il s'agira de garantir la continuité des engagements de l'Etat. Sur les aspects institutionnels et juridiques, il s'agira d'élaborer et faire adopter les textes législatifs et réglementaires régulant les dispositions proposées.

Ces réformes doivent être accompagnées d'un vaste programme de restructuration et de renforcement des capacités de l'INAM pour en faire une structure nationale de gestion de la couverture sanitaire universelle capable à la fois de prendre en compte les nouvelles catégories de populations et de gérer l'ensemble des financements qui seront mobilisés. Il sera plus spécifiquement question de réviser la loi N° 2011-003 du 18 février 2011 instituant le régime obligatoire d'assurance maladie des agents publics et assimilés et des textes subséquents pour prendre en compte les autres catégories socio-professionnelles.

Une fois les textes révisés, il sera entrepris un grand programme de sensibilisation et de communication pour créer un consensus national autour de la question de la CSU et le schéma architectural préconisé.

Cette phase sera mise à profit pour affiner le cadrage financier, mettre en place des outils adéquats de gestion, des systèmes d'information et de suivi-évaluation afin d'apprécier la progression vers les objectifs de la CSU. Elle va servir également de base pour mettre en place des cadres de suivi et des pools de formateurs pour appuyer l'extension de la CSU au niveau de chaque région du pays.

- **Phase de pré extension**

Cette phase permettra de s'assurer que les dispositions nécessaires sont prises pour évoluer vers l'extension de la couverture aux autres catégories de la population ciblées par la phase d'extension. Elle commencera par la mise en place des interventions assurant la disponibilité des services de qualité dans les différentes régions. Le renforcement des équipements médicaux de première nécessité dans les différentes formations sanitaires à tous les niveaux et le développement des ressources humaines en santé de qualité en nombre suffisant et équitablement réparties dans toutes les régions. Des mécanismes d'incitation à la performance notamment le financement basé sur les résultats (FBR) seront mis en place. L'organisation spatiale des soins sera rationalisée à travers la mise œuvre de la carte sanitaire et l'application de l'approche contractuelle à travers le renforcement du partenariat public-privé. Le recours aux soins de santé sera optimisé par la mise en place d'un système de référence et contre référence dont la fonctionnalité sera garantie par les textes en lien avec la mise en œuvre de la CSU.

Ensuite des actions allant dans le sens de la rationalisation des ressources seront entamées. Il sera plus question de développer des mécanismes d'achat stratégique à travers la réforme du système de paiement. Des expériences pilotes seront développées sur la base d'une étude de faisabilité des différentes modalités de paiement disponibles. Enfin, cette phase sera mise à profit pour développer un système de suivi et évaluation permettant de collecter périodiquement des données nécessaires à l'analyse des indicateurs de suivi de la performance.

- **Phase d'extension**

Une fois les différentes bases jetées dans les phases précédentes, l'extension de la couverture vers d'autres catégories pourrait commencer. Une campagne de sensibilisation sera menée pour inciter les personnes jusque-là ciblées à s'immatriculer. Le caractère obligatoire de l'assurance maladie pour tous pourrait prévaloir et être utilisé comme un instrument de contrainte. Sur la base des différentes expériences et de l'évolution du contexte, l'intégration des groupes de populations débutera et se fera de façon graduelle avec la capitalisation des acquis et expériences fructueuses antérieures. Les catégories concernées sont (i) le secteur privé formel, (ii) les travailleurs indépendants (iii) le secteur informel, (iv) le secteur agricole et (v) les indigents.

Des partenariats seront développés avec les différents groupes organisés en vue d'assurer la couverture de leurs membres.

## **7.2. Responsabilités des parties prenantes dans la mise en œuvre de la stratégie nationale**

La participation de tous les acteurs et l'amélioration du système de santé dans son ensemble sont autant d'éléments essentiels pour s'acheminer vers la couverture universelle. Ces acteurs sont (i) l'organe de coordination, (ii) le Ministère de l'Economie et des Finances, (iii) le Ministère de l'action sociale, de la Promotion de la Femme et de l'Alphabétisation, (iv) le Ministère de la Santé et de l'hygiène publique, (v) les autres ministères techniques, (vi) le secteur privé, (vii) la société civile et (viii) les partenaires.

### **7.2.1. L'organe de coordination (à préciser)**

Il a pour rôle et responsabilités de :

- coordonner le processus vers la couverture universelle en santé ;
- assurer la gouvernance ;
- suivre et évaluer la mise en œuvre de la stratégie nationale ;
- assurer le contrôle externe.

### **7.2.2. Le Ministère de l'Economie et des Finances**

Le Ministère de l'Economie et des Finances a pour rôle de collecter les fonds. A ce titre, il est chargé de :

- Collecter les taxes et impôts spécifiques (financements innovants) dédiés au financement de la Couverture Universelle en Santé ;
- Contribuer au financement de la prise en charge de l'assurance des indigents ;
- Déterminer le mécanisme de paiement en collaboration avec le Ministère chargé de la santé et le Ministère chargé de la protection sociale ;
- Augmenter la part du budget de l'Etat alloué à la santé pour atteindre la déclaration d'Abuja.

### **7.2.3. Le Ministère en charge de la protection sociale**

Le Ministère chargé de la protection sociale est le principal acheteur de services. A ce titre il a pour rôles de :

- définir et mettre en œuvre la politique de protection sociale en santé ;
- assurer la mise en commun des fonds et l'achat des services ;
- s'assurer que toutes les populations sont couvertes en particulier les plus vulnérables ;
- déterminer le mécanisme de contrôle administratif, médical et financier ;
- déterminer le mécanisme de paiement en collaboration avec le Ministère chargé de la Santé et le Ministère chargé des Finances ;
- déterminer le niveau des dépenses consacrées aux coûts administratifs.

### **7.2.4. Le Ministère chargé de l'action sociale**

Le Ministère chargé de l'action sociale est chargée de :

- déterminer les critères de l'indigence et veiller à leur application en collaboration avec les autres ministères et partenaires.

### **7.2.5. Le Ministère chargé de la santé**

Le Ministère de la Santé joue le rôle de régulateur du secteur de la santé et de fournisseur de services. A ce titre, il est chargé de :

- renforcer le mécanisme de coordination du secteur de la santé en vue de l'alignement des parties prenantes sur les priorités nationales ;
- garantir que les mesures appropriées soient prises pour trouver des mécanismes nationaux capables de soutenir les efforts pour assurer une couverture universelle pour tous ;

- renforcer les soins de santé primaires et améliorer la disponibilité et l'accès des services de santé en étroite consultation avec les communautés et les organisations de la société civile, notamment les groupes vulnérables ;
- travailler avec d'autres secteurs pour maîtriser les déterminants sociaux de la santé et les autres barrières aux soins de santé, notamment l'eau et l'hygiène, le manque de personnels de la santé, l'insuffisance d'infrastructures, la sécurité de l'emploi et les mécanismes de protection sociale de façon plus générale, la sécurité alimentaire, la communication ;
- assurer à toutes les couches de la population la disponibilité permanente, l'accessibilité, et la qualité de l'offre de soins ;
- assurer de façon durable une bonne couverture sanitaire de qualité ainsi que la maintenance des infrastructures et équipements ;
- améliorer durablement, quantitativement et qualitativement, la disponibilité, l'utilisation efficace et la répartition équitable de ressources humaines de la santé motivées, dans le dispositif de gestion du secteur en collaboration avec le ministère chargé des finances et le ministère chargé de la protection sociale ;
- offrir à toute la population, au niveau de tous les établissements de santé, un paquet de services intégrés, complets, continus, de qualité, et répondant à leurs besoins sanitaires ;
- assurer la disponibilité permanente des médicaments, des intrants stratégiques, et leur accessibilité à toutes les couches de la population ;
- déterminer les services à couvrir en collaboration avec le ministère chargé de la protection sociale ;
- produire et actualiser les directives, les procédures, les normes et standards ;
- renforcer les capacités des acteurs impliqués dans la mise en œuvre de la couverture maladie universelle ;
- assurer le contrôle de qualité des prestations ;
- renforcer le système d'information sanitaire pour améliorer la gestion des données et la prise de décision basée sur les évidences ;
- promouvoir le financement basé sur la performance en collaboration avec le ministère chargé des finances, le ministère chargé de la protection sociale et les partenaires techniques et financiers.

Concernant les structures sanitaires publiques, elles sont chargées de mettre en œuvre les activités liées au processus de Couverture universelle en santé et de fournir les prestations définies dans le cadre de ce processus avec obligation redditionnelle.

#### **7.2.6. Autres Ministères techniques impliqués**

Chacun en ce qui le concerne devra accompagner le processus vers la couverture sanitaire universelle.

Les autres ministères (Développement à la base, Administration territoriale, Planification, Environnement, Commerce, Agriculture, Industrie, Finances inclusives, Droits de l'homme etc.) appuient et accompagnent le processus chacun selon son domaine de compétence.

### **7.2.7. Bénéficiaires et Société civile**

Les individus, les ménages et les communautés sont les principaux bénéficiaires de la couverture sanitaire universelle.

A cet effet, la société civile qui est la voix forte des bénéficiaires implique la communauté dans la gestion et veille à la qualité des prestations. Par ailleurs, elle sensibilise et mobilise les populations dans le processus de couverture sanitaire universelle et participe au contrôle externe.

### **7.2.8. Le secteur privé de soins**

Les établissements privés de soins doivent faire bénéficier leurs prestations aux populations.

Pour ce faire, ils passeront des conventions avec la structure de gestion du processus Couverture Médicale Universelle (CMU) et fourniront les prestations définies dans ce cadre.

### **7.2.9. Les services déconcentrés et décentralisés**

Les Directions Régionales et préfectorales des différents ministères, les Collectivités territoriales (Conseils régionaux et municipaux) suivent et mettent en œuvre le processus de C.S.U dans une approche intégrée.

### **7.2.10. Les Partenaires au développement**

Les partenaires au développement multilatéraux et bilatéraux en fonction de leurs mandats, apportent un appui technique et financier au processus de mise en œuvre de la couverture sanitaire universelle.

Pour ce faire, ils encouragent parallèlement la mise en place d'un panier commun (basket fund) pour soutenir de façon pérenne la couverture universelle en santé.

## **SECTION VIII : MECANISME DE SUIVI ET EVALUATION**

---

Le mécanisme de suivi et évaluation sera en lien avec le dispositif institutionnel de suivi et évaluation de politiques publiques (DIPD). Il impliquera tous les acteurs jouant un rôle dans la mise en œuvre. Ce mécanisme sera basé sur une matrice des indicateurs permettant de mesurer la progression vers la couverture sanitaire universelle.

Les différents dispositifs de suivi et évaluation seront renforcés et mis en cohérence. Les outils existant seront également adaptés pour prendre en compte les différents indicateurs. Les indicateurs de processus seront définis en cohérence avec les différentes fonctions de mise en œuvre de la CSU.

Les indicateurs d'effet et d'impact seront élaborés suivant les composantes de la CSU : amélioration de la couverture en services essentiel et la protection contre le risque financier.

En vue de disposer de données pour l'évaluation des changements obtenus, l'accent sera mis sur l'organisation régulière des enquêtes nationales (SARA, MICS, STEP, QUIBB, Comptes nationaux et Comptes de la santé...). En dehors des différentes enquêtes disponibles, les recherches opérationnelles sur la couverture universelle en santé y compris l'équité seront renforcées. Ces recherches seront focalisées sur l'analyse des dépenses des ménages et l'utilisation des services de santé de sorte à obtenir des résultats basés sur l'évidence et ce pour améliorer l'aide à la prise de décisions.

Ce mécanisme sera accompagné par un renforcement de capacité institutionnelle et technique des différentes structures impliquées dans le suivi et évaluation.