

**MINISTRE DE LA SANTE ET
DE L'HYGIENE PUBLIQUE**



REPUBLIQUE TOGOLAISE
Travail-Liberté-Patrie

LES COMPTES DE LA SANTE

Exercices 2015 & 2016



mars 2019

TABLE DES MATIÈRES

INTRODUCTION.....	16
I. GENERALITES	17
1.1. PRESENTATION GENERALE DU TOGO	17
1.2. ORGANISATION DU SYSTEME DE SANTE	18
1.3. PERFORMANCE DU SYSTEME DE SANTE DE 2015 - 2016.....	19
1.3.1. Niveau de morbidité et de mortalité.....	19
1.3.2. Santé de la mère, du nouveau-né et de l'enfant	19
1.3.3. Maladies prioritaires.....	20
1.3.4. Maladies non transmissibles.....	21
1.3.5. Financement de la santé (2010-2014)	22
1.3.6. Principe de la couverture universelle (y compris l'INAM)	23
II. METHODOLOGIE DE L'ETUDE.....	25
2.1. MÉCANISME DE FINANCEMENT DU SYSTÈME DE SANTÉ	25
2.1.1. Population cible.....	26
2.1.2. Échantillonnage et sélection des unités d'enquête	27
2.2. PROCESSUS D'ELABORATION DES COMPTES DE LA SANTE 2015 ET 2016	29
2.2.1. Activités préparatoires.....	29
2.2.2. Organisation et exécution de la collecte des données.....	29
2.2.3. Saisie, apurement et analyse des données.....	31
2.2.4. Production du rapport	32
2.3. LIMITES DE L'ÉTUDE	32
III. RESULTATS DES COMPTES DE LA SANTE DE 2015 ET 2016	33
3.1. VOLUME DE FINANCEMENT DE LA SANTE	33
3.2. ANALYSE DE LA DIMENSION FINANCEMENT DES COMPTES DE LA SANTE (CS) DE 2015 ET 2016	34
3.3. ANALYSE SELON LES RECETTES DES RÉGIMES DE FINANCEMENT	36
3.4. ANALYSE DE LA DIMENSION PRESTATAIRES.....	37
3.5. ANALYSE DE LA DIMENSION CONSOMMATION DES COMPTES DE LA SANTE.....	45
3.6. INVESTISSEMENTS	48
3.7. REPARTITION DES DEPENSES DE SANTE PAR MALADIE	55
CONCLUSION.....	57
RECOMMANDATIONS.....	58
BIBLIOGRAPHIE/WEBOGRAPHIE.....	59
ANNEXES.....	Erreur ! Signet non défini.
Annexe 1 : Tableaux de résultats par maladies suivant les différentes dimensions ..	Erreur ! Signet non défini.
Annexe 2 : Documents administratifs	Erreur ! Signet non défini.

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1 : Quelques indicateurs des dépenses en santé	15
Tableau 2: Récapitulatif des résultats des procédures d'échantillonnage.....	27
Tableau 3: : Taux de réponse par entité prévue	30
Tableau 4: Dépenses totales de santé selon les sources de financement et les bailleurs bilatéraux et multilatéraux en 2015 et 2016	35
Tableau 5 : Répartition des dépenses courantes de santé par prestataires en 2015 et 2016.....	38
Tableau 6 : : Répartition des dépenses liées aux facteurs de prestation de soins de santé en 2015 et 2016	39
Tableau 7: Distribution des dépenses courantes de santé selon les régimes de financement et les prestataires de soins de santé en 2015.....	40
Tableau 8 : Distribution des dépenses courantes de santé selon les régimes de financement et les prestataires de soins de santé en 2016	41
Tableau 9 : Distribution des dépenses liées aux facteurs de prestation selon les prestataires de soins de santé en 2015.....	42
Tableau 10 : Distribution des dépenses liées aux facteurs de prestation selon les prestataires de soins de santé en 2016	43
Tableau 11 : Répartition des dépenses courantes de santé par fonction de soins en 2015 et 2016 .	45
Tableau 12 : Répartition des dépenses courantes de santé par fonction de soins et par régime de financement en 2015	46
Tableau 13 : Répartition des dépenses courantes de santé par fonction de soins et par régime de financement en 2016	47
Tableau 14 : Répartition des dépenses courantes de santé par âge en 2015 et 2016	47
Tableau 15 : Répartition des dépenses courantes de santé par âge en 2015 et 2016	48
Tableau 16 : Répartition des dépenses courantes de santé selon les régions en 2015 et 2016.....	48
Tableau 17 : Dépenses d'investissement en 2015 et 2016.....	49
Tableau 18 : Dépenses d'investissement selon les agents de financement et les bailleurs de fonds en 2015	50
Tableau 20 : Répartition des investissements selon les prestataires de soins de santé en 2015	53
Tableau 21 : Répartition des investissements selon les prestataires de soins de santé en 2016	54
Tableau 22 : Répartition des dépenses de santé par maladies en 2015 et 2016	56
Tableau 23: Répartition des dépenses courantes de santé par maladies, par agents de financement et par bailleurs de fonds en 2015	Erreur ! Signet non défini.
Tableau 24 : Répartition des dépenses courantes de santé par maladies, par agents de financement et par bailleurs de fonds en 2016.....	Erreur ! Signet non défini.
Tableau 25 : Répartition des dépenses de santé par maladies et par régime de financement en 2015	Erreur ! Signet non défini.
Tableau 26 : Répartition des dépenses de santé par maladies et par régime de financement en 2016	Erreur ! Signet non défini.
Tableau 27 : Répartition des dépenses de santé selon les maladies et les prestataires de soins de santé en 2015	Erreur ! Signet non défini.
Tableau 28: Répartition des dépenses de santé selon les maladies et les prestataires de soins de santé en 2016.....	Erreur ! Signet non défini.

Tableau 29 : Répartition des dépenses de santé par maladies et par facteurs de prestation de soins de santé en 2015.....	Erreur ! Signet non défini.
Tableau 30 : Répartition des dépenses de santé par maladies et par facteurs de prestation de soins de santé en 2016	Erreur ! Signet non défini.
Tableau 31 : Répartition des dépenses de santé par maladie et par fonction de soins de santé en 2015	Erreur ! Signet non défini.
Tableau 32 : : Répartition des dépenses de santé par maladie et par fonction de soins de santé en 2016	Erreur ! Signet non défini.

LISTE DES GRAPHIQUES

Graphique 1 : Évolution du financement de la santé par source de financement, de 2010 à 2014	22
Graphique 2 : Évolution des dépenses courantes et des investissements de 2013-à2016.....	33
Graphique 3: Dépenses Totales de Santé selon les sources de financement de 2013 à 2016...	34
Graphique 4 : Évolution des dépenses courantes de santé selon les recettes des régimes de financement de 2013 à 2016 (en Millions)	36

SIGLES & ABREVIATIONS

Sigles	Signification
ARV	Anti rétro-viraux
ASC	Agent de Santé Communautaire
CARMMA	Campagne pour l'Accélération de la Réduction de la Mortalité Maternelle en Afrique
CHR	Centre Hospitalier Régional
CHU	Centre Hospitalier Universitaire
CNAO	Centre National d'Appareillage Orthopédique
CS	Comptes de la Santé
CNSS	Caisse Nationale de Sécurité Sociale
CNTS	Centre National de Transfusion Sanguine
CRAO	Centre de Réadaptation, d'Appareillage et Orthopédique
CRT	Caisse de Retraite du Togo
CTA	combinaisons thérapeutiques à base d'Artémisinine
DCS	Dépenses Courantes de santé
DCTS	Dépenses Courantes Totales de Santé
DDS	directions de districts sanitaires
DIS	Division de l'Information Sanitaire
DTS	Dépenses totales en soins de santé
EDS	Enquête Démographique et de Santé
FA	Agents de Financement (Financing Agents)
FBC	Formation Brute de Capital
FCFA	Franc de la Communauté Française d'Afrique
FP	Facteurs de prestation
FS	Revenus des régimes de financement (Financing Sources)
FSRI	Unités institutionnelles fournissant des revenus aux régimes de financement
HAPT	Health Account Production Tool
HC	Fonctions sanitaires (HealthCare)
HTA	Hypertension Artérielle
HF	Régimes de Financement de la santé
HK	Formation de capital
HP	Prestataires de Soins (Health Providers)
IDH	Indice de Développement Humain
INAM	Institut National d'Assurance Maladie
INH	Institut National d'Hygiène
ISBLM	Institution Sans But Lucratif au Service des Ménages
MICS3	Enquête par grappe à indicateurs multiples
MILDA	Moustiquaires Imprégnées d'insecticide de Longue durée d'Action
MSHP	Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique
MST	Maladie Sexuellement Transmissible
n.c.a	Non classé ailleurs
OMD	Objectif du Millénaire pour le Développement
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
ONG	Organisations Non Gouvernementales

Sigles	Signification
PIB	Produit Intérieur Brut
PNDS	Plan National de Développement Sanitaire
PNLP	Programme National de Lutte Contre le Paludisme
QUIBB	Questionnaire des Indicateurs de Base du Bien-être
SCS	Système de Compte de la Santé
SHA 2011	System of Health Account,
SIGFIP	Système Intégré de Gestion des Finances Publiques
TPM+	Tuberculose Pulmonaire à Microscopie positive
(UEMOA)	Union économique et monétaire ouest-africaine
UONGTO	Union des ONG du Togo
VIH/SIDA	Virus de l'Immunodéficience Humaine/Syndrome de l'Immunodéficience acquise

PREFACE

S'il est actuellement admis que l'efficacité dans le financement des soins de santé est une des préoccupations majeures de tout système de santé, nous sommes conscients qu'afin d'améliorer sa performance dans un environnement en évolution permanente, il est nécessaire d'analyser non seulement le financement de la santé par le secteur public et ses flux, mais également le financement à travers le secteur privé et les produits de la coopération.

Aussi, les réformes de santé doivent être appuyées par des informations détaillées et fiables sur les sources et les usages des fonds destinés à la santé afin d'améliorer la performance de son système, d'où l'importance que revêtent les Comptes de la santé.

En effet, les Comptes de la santé décrivent à l'échelle nationale et sur une période donnée, l'ensemble des financements du secteur de la santé qui concourent directement à la production de biens et services assurant la fonction de santé. Ils constituent ainsi un précieux outil d'aide à la décision et de formulation de politique.

L'élaboration des Comptes de la santé pour les exercices 2015 et 2016 est le cinquième exercice du genre mené au Togo par des cadres nationaux assistés par des experts internationaux. Le rapport ainsi produit vient compléter les outils de planification existant au niveau du secteur, rendant ainsi disponibles de précieuses informations pour les chercheurs, analystes et décideurs du domaine de la santé.

Les Comptes de la santé fournissent une description exhaustive des flux financiers au sein du système de santé. Ils indiquent l'origine des ressources et la façon dont elles sont utilisées et permettent également d'évaluer l'efficacité des politiques publiques en faveur de la santé et leur impact dans le temps.

La production régulière des Comptes de la santé nécessite la mobilisation et l'implication de toutes les structures administratives du Ministère de la Santé et exige une sensibilisation forte auprès des partenaires du département notamment les organismes gestionnaires de l'Assurance Maladie (INAM, les assurances privées, les mutuelles de santé), les Organisations Non Gouvernementales / Associations, les bailleurs de fonds, les employeurs, les officines, etc.

Enfin, il est essentiel de préciser qu'il est devenu indispensable que le Ministère de la Santé institutionnalise la réalisation de cette importante étude afin de rendre sa publication périodique.

Je voudrais ici traduire ma satisfaction personnelle pour l'aboutissement de ce long exercice d'élaboration des Comptes de la santé, féliciter l'ensemble des acteurs pour la qualité des résultats obtenus et renouveler toute ma gratitude aux Partenaires Techniques et Financiers qui, à travers leurs différents appuis, ont permis la réalisation de cette œuvre. Je souhaite vivement que les résultats de cette étude contribuent à une meilleure compréhension de l'impact des flux financiers sur les résultats du système de santé et renforcer la définition et la mise en œuvre de la politique nationale de santé.

Le Ministre de la Santé et de l'Hygiène Publique

DEFINITION OPERATIONNELLE DES CONCEPTS

Biens médicaux dispensés

Ce sont les médicaments, les consommables et les dispositifs médicaux, la lunetterie, les prothèses pour l'orthopédie et les appareils pour handicapés et autres petits matériels consommés en dehors de l'hospitalisation.

Comptes de la Santé (CS)

Les Comptes de la Santé constituent un cadre de description de l'utilisation des ressources dans le système de santé d'un pays. Ils sont également un outil pertinent pour quantifier et analyser les dépenses de santé. Ils consistent en une série de tableaux dans lesquels sont organisées les diverses dépenses en santé d'une nation.

Dépenses en santé

On entend par dépenses en santé toutes les dépenses, y compris celles liées à la médecine traditionnelle et au développement des infrastructures en santé, consacrées aux activités dont le but essentiel est de promouvoir, prévenir, restaurer ou entretenir la santé de la nation et des individus.

Dépense Courante de Santé (DCS)

C'est l'ensemble des ressources économiques dépensées pour la consommation finale en biens et services de santé par les unités résidentes uniquement, quel que soit le lieu où la consommation a lieu (c'est-à-dire, dans le territoire économique ou dans le reste du monde), ou la personne qui paye. Par conséquent, les exportations de biens et services de santé (fournis aux unités non résidentes), sont exclues, alors que les importations de biens et services de santé pour usage final sont incluses.

Formation brute de capital (FBC)

C'est la valeur totale des actifs que les prestataires ont acquis pendant l'exercice fiscal (moins la valeur des ventes d'actifs de même nature) et qui sont utilisés fréquemment ou pendant plus d'une année dans la fourniture des services de santé. Il s'agit des dépenses d'équipements et autres investissements qui jouent un rôle crucial dans la fourniture des services et biens de santé afin de maintenir ou agrandir leur production.

Dépense totale de santé (DTS)

C'est la somme de la Dépense Courante de Santé (DCS) et de la formation brute de capital (FBC).

Régimes de financement

Les régimes de financement de la santé sont des composantes structurales des systèmes de financement de la santé. Ce sont les principaux dispositifs de financement par lesquels les populations obtiennent des services de santé (public, privé et extérieur). Les régimes de financement de la santé incluent les paiements directs par les ménages pour les services et biens de santé et les dispositifs de financement de tierce partie.

Les régimes de financement d'une tierce partie consistent en un ensemble de règles distinctes, régissant le mode de participation au régime, la base de l'éligibilité aux soins de santé et les règles de mobilisation et de mutualisation des recettes d'un régime donné.

Recettes des régimes de financement des soins de santé

Ce sont des revenus mobilisés selon le régime de financement de soins de santé.

Fonctions des soins de santé

Ce sont les différents types de biens, de services et d'activités réalisés par les prestataires (soins hospitaliers, soins ambulatoires, produits pharmaceutiques, ...). La classification fonctionnelle dans le cadre de comptabilité de la santé se focalise sur les estimations des dépenses courantes et implique le contact de la population avec le système de santé dans le but de satisfaire les besoins en santé. Par conséquent, l'investissement n'est pas inclus ici, mais traité de façon séparée.

Consommation de soins de santé par fonction

La classification des fonctions renvoie aux groupes de biens et services de santé consommés par les utilisateurs finaux (c'est-à-dire les ménages) avec une fonction spécifique de santé.

Les soins de santé sont généralement consommés comme un service complet intégré. En fait, un contact avec le système de santé inclut normalement un ensemble de services personnalisés, par exemple, de soins préventifs, curatifs et de réadaptation. Ces services peuvent ou non être fournis dans le cadre d'un programme organisé. Ainsi, il peut s'avérer impossible de distinguer chacune des composantes de l'ensemble distinctement en consommation pour la prévention, la cure ou la réadaptation lorsqu'elles ne font pas partie d'un programme ayant des dossiers spécifiques sur les dépenses.

Prestataires

Les prestataires de soins de santé regroupent les organisations et les acteurs qui fournissent des biens et services médicaux comme leur activité principale, de même que ceux pour qui la prestation de soins de santé constitue seulement une activité parmi tant d'autres. Ils varient en fonction de leurs structures juridiques, comptables, organisationnelles et fonctionnelles. Toutefois, bien qu'il existe d'énormes différences dans la manière dont les prestations des soins de santé sont organisées, il y a un ensemble d'approches et de technologies communes que tous les systèmes de santé partagent, ce qui permet de les structurer. La classification des prestataires de soins de santé (ICHA-HP) permet donc de classer toutes les organisations qui contribuent à la prestation de biens et services de santé et partant, l'organisation d'unités de prestataires spécifiques en des unités communes, en catégories applicables internationalement.

Facteurs de prestation de soins de santé :

Ce sont les intrants utilisés par le prestataire pour produire les biens et services de santé. Ils regroupent entre autres : (i) les rémunérations et autres avantages du personnel (Compensation des employés), (ii) les rémunérations des professionnels particuliers, (iii) les équipements et services utilisés et (iv) la consommation du capital fixe.

Paiements directs des ménages (out of Pocket) :

Les paiements directs sont des sommes d'argent versées directement par les ménages pour des services ; sommes prélevées sur la principale source de revenus ou sur l'épargne du ménage (aucun tiers payant n'est impliqué). Ce paiement est fait par l'utilisateur au moment de l'utilisation des services. Ne sont pas comptabilisés, les cotisations des ménages pour le compte d'un mécanisme de partage de risque maladie (mutuelle de santé ou assurance maladie) et les paiements remboursés.

Les paiements directs montrent la charge directe des coûts médicaux que supportent les ménages au moment de l'utilisation du service ; ils jouent un rôle important dans chaque système de santé. Dans les pays à revenus modestes, les dépenses de paiements directs constituent souvent la principale forme de financement des soins de santé.

Régimes de paiement volontaire des soins de santé (autres que les paiements directs des ménages)

Cette catégorie inclut tous les régimes de financement prépayé de soins de santé dans le cadre duquel l'accès aux services de santé est laissé à la discrétion des acteurs privés (bien que cette « discrétion » peut être et est souvent influencée par la législation et les réglementations de l'État).

Sont inclus : l'assurance maladie volontaire, les régimes de financement des Institution Sans But Lucratif au Service des Ménages (ISBLSM) et les régimes de financement des entreprises.

Régimes de paiement obligatoire

Le terme « régime obligatoire » renvoie à des régimes pour lesquels l'adhésion est rendue obligatoire par l'État (au moyen de dispositions législatives). Tous les autres régimes sont considérés comme étant volontaires. Par exemple, un employeur peut décider de prendre une assurance de groupe pour ses employés : cela est considéré comme une assurance volontaire, bien qu'il soit possible que la participation de chaque employé à l'assurance soit imposée par l'employeur.

Reste du monde

C'est l'ensemble des unités institutionnelles non résidentes, dispensant des biens et services de soins de santé de même que celles impliquées dans les activités de santé connexes pour le compte d'une consommation finale des résidents. Il regroupe les organisations internationales, les gouvernements étrangers et les autres entités étrangères.

Reste de l'économie

Tout prestataire offrant des services de soins de santé comme activité secondaire. Il regroupe entre autres : (i) Ménages privés prestataires de soins à domicile, (ii) Toutes autres industries prestataires secondaires de soins de santé et (iii) Autres industries.

Transferts directs étrangers

Les principales transactions de revenus par transfert direct des entités étrangères vers les régimes de financement des soins sont les suivantes : (i) revenus financiers étrangers directement alloués à la santé. Ces revenus sont normalement en forme de subventions venant des agences internationales ou des gouvernements étrangers, ou des transferts volontaires (des dons) en provenance des ONG étrangères ou des individus qui contribuent directement au financement des régimes nationaux de financement de soins et (ii) aide directe étrangère en nature (biens des soins de santé et services).

Agent de financement

Un agent de financement est une unité institutionnelle impliquée dans la gestion d'un ou de plusieurs régimes de financement. Elle peut ainsi recevoir des revenus, payer (ou acquérir) des services au nom d'un (ou de plusieurs) système(s) de financement, et être impliquée dans la gestion et la réglementation du financement de la santé. Un agent de financement a la possibilité de gérer le paiement des services de santé de diverses manières: (i) financer les services produits dans ses propres institutions (comme dans le

cas où une administration locale posséderait et financerait un hôpital), (ii) acheter des services à des prestataires appartenant à d'autres entités (comme dans les cas où un fonds d'assurance sociale achèterait des services à des hôpitaux qui seraient la propriété d'administrations locales) et (ii) rembourser le coût des services aux patients qui ont, au départ, réglé directement les prestataires.

Les produits

Les divers biens et services fournis par les prestataires, y compris les biens et services non liés à la santé produits et consommés.

Les données de sources primaires

Les données de sources primaires sont issues d'une collecte avec administration de questionnaires bien structurés en respectant un plan de sondage établi.

Les données de sources secondaires

Les données de sources secondaires aussi appelées données de sources administratives sont issues de l'exploitation des rapports d'activités et/ou financiers d'une structure.

RESUME

Ce rapport retrace les résultats des comptes de la santé pour les années 2015 et 2016 du Togo.

Les informations proviennent d'une part des données primaires pour les entreprises privées, les compagnies d'assurance, les mutuelles de santé, les ONG et Associations, les bailleurs et d'autre part des données secondaires pour les différents Ministères et Institutions et les ménages.

Les Comptes de la Santé 2015 et 2016 sont produits sur la base de l'outil SHA 2011.

Les Dépenses Totales de Santé (DTS) qui constituent la somme des Dépenses courantes en Santé (DCS) et celles en formation brute de capital s'élèvent respectivement à 157 873,4 millions FCFA en 2015 et 177 841,3 millions FCFA en 2016.

Pour les années 2015 et 2016, les Dépenses Courantes en Santé s'élèvent respectivement à plus de 154 470,8 millions de F CFA et 174 883,8 millions de FCFA et les dépenses en formations brutes de capital se chiffrent à 2 945,3 millions de FCFA en 2015 et à 2 446,6 millions de FCFA en 2016.

Les paiements directs des ménages représentent 54,5% des DCS en 2015 et 50,4% en 2016.

Les « Régimes de l'Administration Publique et Régimes Contributifs obligatoires de financement de la santé » représentent respectivement 54 525,8 millions de FCFA (35,3%) en 2015 et 66 212,6 millions de FCFA (37,9%) en 2016. Les Régimes de financement du reste du monde ont contribué à hauteur de 125,1 millions de FCFA en 2016.

Les « Régimes volontaires de paiement privé des soins de santé » ont contribué à 15 704,9 millions de FCFA (10,2%) en 2015 et à 20 375,5 millions de FCFA (11,7%) en 2016. Ces régimes sont assurés à 2,3% par les entreprises ; 3,6% par les systèmes de financement des ISBLSM et 5,8% par les régimes d'assurance maladie facultative.

La répartition des DCS selon les prestataires de soins se présente comme suit :

- Les détaillants et autres prestataires de biens médicaux avec 49 449 millions de F CFA en 2015 (32,1%) et 51 769,1 millions de F CFA (29,7%) en 2016 ;
- Les Hôpitaux avec 21 725,3 millions de FCFA (14,1%) en 2015 et 27 457,6 millions de FCFA (15,7%) en 2016) ;
- Les Prestataires de services administratifs et de financement du système de soins de santé avec 21 299,7 millions de FCFA (13,8%) en 2015 et 20 190,1 millions FCFA (11,5%) en 2016 ;
- Les prestataires de soins de santé ambulatoire avec 23 078,8 millions de FCFA (14,9%) en 2015 et 28 257,6 millions de CFA (16,2%) en 2016 ;

- Les Prestataires de soins préventifs avec 20 235,9 millions de FCFA (13,1%) en 2015 et 28 781,0 millions de FCFA (16,5%) en 2016 ;
- Les prestataires de services auxiliaires avec 18 305,8 millions de FCFA (11,9%) en 2015 et 17 801,7 millions de FCFA (10,2%) en 2016
- Le reste de l'économie avec 246,8 millions de FCFA (0,2%) en 2015 et 474,3 millions de FCFA avec un taux de (0,3%) en 2016.

Selon la dimension fonction de soins de santé, les Dépenses Courantes en Santé sont réparties comme suit :

- Les Soins Préventifs avec 22 201,3 millions de FCFA et représentent 14,4% de la DCS en 2015 et 31 653,3 millions de FCFA en 2016 soit 18,1% des Dépenses Courantes en Santé ;
- Les Soins curatifs avec 43 059,9 millions de FCFA (27,9%) en 2015 et 53 312,2 millions de FCFA (30,5%) en 2016 ;
- Les Biens médicaux avec 49 449,0 millions de FCFA (32%) en 2015 et 51 769,1 millions de FCFA (29,6%) en 2016 ;
- La Gouvernance, l'administration du système de santé et les financements avec 21 299,7 millions de FCFA (13,8%) en 2015 et 20 170,1 millions de FCFA (11,5%) en 2016 ;
- Les services auxiliaires (Laboratoire d'analyses Médicales) avec 18 305,8 millions de FCFA (11,9%) en 2015 et 17 801,7 millions de FCFA (10,2%) en 2016
- Les autres fonctions des soins de santé à moins de 0,1% pour les deux années concernées.

Selon la dimension genre, le sexe féminin représente près de 85 418,5 millions de FCFA (55,3%) des Dépenses Courantes en Santé contre 69 052,3 millions de FCFA (44,7%) pour le sexe masculin en 2015 et 97 119,8 millions de FCFA (55,5%) contre 77 764,0 millions de FCFA (44,5%) pour l'année 2016.

Selon la répartition par âge, les dépenses pour les moins de 5 ans représentent 48 466,8 millions de FCFA (31,4%) et 106 004,6 millions de FCFA (68,6%) pour les plus de 5 ans pour le compte de l'année 2015. En 2016, ces dépenses représentent 52 871,0 millions de FCFA (30,2%) pour les moins de 5 ans et 122 012,2 millions de FCFA (69,8%) pour les plus de 5 ans.

Considérant les dépenses effectuées par maladie et affection, les maladies infectieuses et parasitaires, considérées comme maladies prioritaires occasionnent plus de dépenses ; ce sont le paludisme avec un volume de dépenses de 45 101,7 millions de FCFA en 2015 et 53 484,9 millions de FCFA en 2016, le VIH/SIDA et les autres IST (17 355,8 millions de FCFA en 2015 et 25 661,9 millions de FCFA en 2016), la tuberculose (729,5 millions de FCFA en 2015 et 1 592,5 millions de FCFA en 2016). Les dépenses en matière de la santé de reproduction représentent 18 040, 8 millions de FCFA en 2015 et 17 171,9 millions de FCFA en 2016.

Tableau 1 : Quelques indicateurs des dépenses en santé

Indicateurs	2013	2014	2015	2016
Dépenses totales de santé par habitant (FCFA par habitant)	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

INTRODUCTION

Le financement de la santé constitue un pilier important pour la réalisation des activités sanitaires et donc la mise en œuvre des politiques publiques de santé. Dans le but d'améliorer l'efficacité allocative des ressources, la connaissance périodique des flux financiers du secteur s'avère important et surtout dans nos systèmes de santé où les questions de redevabilité sont de plus en plus au cœur des préoccupations des populations et des partenaires au développement.

De ce fait, pour un meilleur suivi des politiques de santé notamment en matière d'allocation des ressources en fonction des objectifs, il est important d'élaborer pour chaque année des Comptes de la Santé.

Les Comptes de la Santé font une description systématique des flux financiers liés à la consommation des biens et services de santé. Ils apportent des informations détaillées sur les dépenses des soins de santé au cours d'une année pour apprécier les performances enregistrées et orienter la formulation des politiques de santé.

Au Togo, le financement de la santé est confronté à d'énormes défis qui se situent à tous les niveaux du processus que sont : la collecte des ressources, leur mise en commun et l'achat des services. Les Comptes de la Santé (CS) constituent un cadre cohérent et harmonisé permettant de suivre la traçabilité et d'évaluer les volumes de financements mobilisés à chaque niveau dans la mise en œuvre des activités de santé. Ainsi, ils permettent d'apprécier les efforts réalisés et aussi de juger de la pertinence et de l'impact de ces financements au vu des priorités sanitaires.

Après le rapport des Comptes de la Santé de 2010 publié en 2016, le Togo s'est engagé dans un processus de rattrapage progressif du retard accusé dans la production des comptes. Les deux premières éditions (2002 et 2008) étaient élaborées sur la base de Système de Comptes de Santé (SCS 1.0). L'édition des Comptes de la Santé 2010 basée sur le nouveau Système des Comptes de la Santé (SCS 2011 ou SHA 2011) a été une phase pilote pour permettre à l'ensemble de l'équipe de production des comptes de maîtriser les changements intervenus dans la classification. Cette dernière offre une couverture plus complète et une approche plus précise de suivi des financements par l'utilisation de nouveaux systèmes de classification.

Ce rapport est structuré en trois grandes parties : (i) les généralités (contexte démographique et socio-économique, organisation et performance du système de santé), (ii) la méthodologie (mécanisme de financement du système de santé, processus d'élaboration des comptes de la santé, et limites de l'étude) et (iii) les résultats des dépenses de santé.

I. GENERALITES

1.1. PRESENTATION GENERALE DU TOGO

La population togolaise estimée à partir du recensement général de la population et de l'habitat de 2010, est de 6 835 000 habitants en 2015 et de 7 092 022 habitants en 2016 avec une proportion féminine de 51,3% et une population rurale de 59,5%. Près d'un quart de cette population réside dans la région Lomé-Commune et 42,0% dans la région maritime.

La structure par âge de la population montre une extrême jeunesse de celle-ci : les jeunes de moins de 25 ans et ceux de moins de 15 ans représentent respectivement 60,0% et 41,8% (Banque Mondiale) de la population totale. Par contre la proportion des personnes âgées est de 4% de la population totale. Le taux d'accroissement estimé en 2010 est 2,8% avec un Indice synthétique de fécondité (ISF) de 4,8 enfants par femme et un taux de prévalence contraceptive de 16,7%.

L'économie togolaise est portée par les gains de productivité dans le secteur agricole et par l'investissement public dans les infrastructures de transport. La croissance économique au Togo est restée à des niveaux élevés au cours des cinq dernières années, au-dessus de la croissance démographique. En 2015, elle s'établissait à 5,4%, et devrait se maintenir à un niveau similaire pour les années suivantes.

Toutefois, au plan budgétaire le pays a connu en 2016 un léger déficit de 5,3% du produit intérieur brut (PIB). La dette publique est passée de 58,8% du PIB en 2015 à 81,6% en 2016¹ soit un ratio d'endettement supérieur au plafond de 70% du PIB fixé par l'Union Economique et Monétaire Ouest-Africaine (UEMOA).

Sur le plan social, des efforts restent à faire. Selon le rapport mondial sur le développement humain 2016, le Togo est classé au 166^{ème} rang sur 188 pays avec un Indice de Développement Humain (IDH) évalué à 0,484. 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.

Les secteurs de l'éducation et de la santé représentent une part conséquente des dépenses publiques mais en deçà des normes internationales ou africaines, notamment en ce qui concerne l'éducation (14,2 % du budget en moyenne entre 2009 et 2014 contre une norme de 20,0% selon l'engagement de Dakar), la santé (6,8% contre une norme de 15,0% d'après la déclaration d'Abuja). Des efforts supplémentaires s'avèrent donc nécessaires pour accroître les ressources et les utiliser avec efficacité.

Par ailleurs, bien que l'incidence de la pauvreté ait régressé sur la période 2011 à 2015 au niveau national, la pauvreté est encore très répandue. En 2015, plus de la moitié des

¹ FMI, 2016

ménages (55,1%) vivaient en dessous du seuil de pauvreté monétaire, principalement en zone rurale (environ 68,9%) et parmi les ménages dirigés par des femmes (57,5%).

1.2. ORGANISATION DU SYSTEME DE SANTE

Le système de santé est organisé selon une structure pyramidale à trois niveaux : central, intermédiaire et périphérique ou opérationnel.

Le niveau central comprend : le cabinet du ministre, le secrétariat général, les directions générales et centrales ainsi que les divisions et les services rattachés. Il a pour rôle principal la définition des politiques et normes sanitaires ainsi que le suivi et le contrôle des activités.

Le niveau intermédiaire est représenté par les 6 directions régionales de la santé. Il a pour rôle essentiel l'encadrement, le suivi des activités et l'inspection des structures du niveau opérationnel.

Le niveau périphérique constitue le niveau opérationnel de la pyramide sanitaire. Il est représenté par 40 Directions de Districts Sanitaires (DDS) en 2015 et 2016. Il a pour rôle la mise en œuvre de la politique et des directives en matière de santé.

En conformité avec l'organisation administrative, le système de soins est organisé selon trois niveaux : primaire, secondaire et tertiaire.

Le niveau primaire (soins de premier contact) est structuré autour de trois échelons à savoir :

- L'Agent de Santé Communautaire (ASC) qui assure par délégation les soins au niveau familial et communautaire et qui est appelé à jouer le rôle d'interface entre la communauté et les services de soins;
- L'Unité de Soins Périphérique (USP) qui constitue la base du système de soins et à partir de laquelle sont menées des activités de proximité en stratégie fixe et vers les populations;
- L'Hôpital de district qui constitue le premier niveau de référence.

Le niveau secondaire (deuxième niveau de référence et de recours) est constitué par les Centres Hospitaliers Régionaux (CHR), les Centres Régionaux d'Appareillage Orthopédique (CRAO) et le Centre Régional de Transfusion Sanguine (CRTS).

Le niveau tertiaire est représenté par les trois Centres Hospitaliers Universitaires (CHU) que compte le pays, les hôpitaux spécialisés de référence, le Centre National d'Appareillage Orthopédique (CNAO), l'Institut National d'Hygiène (INH) et le Centre National de Transfusion Sanguine (CNTS). Ils constituent les centres nationaux de référence.

1.3. PERFORMANCE DU SYSTEME DE SANTE DE 2015 - 2016

L'analyse de la situation du secteur de la santé au Togo réalisée en 2011, fait état d'un système de santé « globalement peu performant ». En effet, les niveaux de morbidité et de mortalité restent toujours un défi pour le système de santé du Togo.

1.3.1. Niveau de morbidité et de mortalité

Le climat chaud et humide du Togo est favorable à la prolifération de vecteurs de maladies. Il est en partie responsable du profil épidémiologique national dominé par les maladies infectieuses et parasitaires. Ainsi, en 2016, le paludisme occupe le premier rang aussi bien en ambulatoire qu'en hospitalisation avec respectivement 42% et 20,5% des cas. Il est suivi en ambulatoire des infections des voies respiratoires supérieures (7%) et des plaies et traumatismes (6%). En hospitalisation, les accouchements normaux et les césariennes viennent en deuxième et troisième position avec 12,2% et 5,8% respectivement.

1.3.2. Santé de la mère, du nouveau-né et de l'enfant

Selon les résultats des EDST-III, 2013-2014, les estimations de mortalité maternelle, néonatale et infantile demeurent très élevées au Togo au regard des cibles des Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD).

On observe une tendance à la baisse des mortalités néonatale, infantile et infanto-juvénile entre 1998 et 2014 respectivement de 42,4‰ à 27‰ ; 60‰ à 49,0‰ et de 143,8‰ à 88,0‰.

Le taux de mortalité maternelle est de 401 décès pour 100 000 naissances vivantes alors que le ratio attendu pour 2015 selon l'OMD6 était de 160 pour 100 000 naissances. Les 3/4 des décès maternels sont dus aux causes obstétricales directes telles que les hémorragies (36,4%), l'éclampsie (23,5%), les complications d'avortement (16,9%), les infections du post-partum (14,0%) et les dystocies (22,3%).

Le taux de mortalité néonatale est de 27 pour 1 000 naissances vivantes pour une cible OMD de 25 pour 1000 attendue en 2015.

Le taux de mortalité infanto-juvénile est de 88 pour 1000 naissances vivantes contre une cible OMD fixée à 50 pour 1 000 en 2015. Cette mortalité élevée est en partie liée à la couverture toujours basse en soins préventifs et curatifs essentiels malgré les progrès observés notamment: i) l'amélioration des conditions d'hygiène d'eau et d'assainissement, ii) l'amélioration de la qualité de la prise en charge et du suivi de l'enfant atteint de maladies telles que le paludisme, la pneumonie et la diarrhée, iii) l'amélioration de la couverture vaccinale ainsi que la prévention de la transmission du VIH de la mère à l'enfant.

L'ampleur et la gravité des problèmes observés au cours de la grossesse, de l'accouchement et de l'enfance sont liées aux effets synergiques de la fécondité, de la

malnutrition, de l'insalubrité du milieu et de l'accès limité aux soins de santé de qualité. Ces dernières années, des efforts ont été consentis pour inverser les tendances. Il s'agit en l'occurrence de la Campagne pour l'Accélération de la Réduction de la Mortalité Maternelle en Afrique (CARMMA), pour laquelle la subvention de la césarienne est effective à 90,0% depuis mai 2011 et de la création de l'Institut National d'Assurance Maladie (INAM) au profit des agents du secteur public depuis 2012.

1.3.3. Maladies prioritaires

Le profil de mortalité est marqué par les maladies infectieuses et les maladies non transmissibles.

❖ Le paludisme

Le paludisme constitue le premier problème de santé publique au Togo. Il sévit de façon endémique, donc toute l'année sur toute l'étendue du territoire avec une recrudescence en saison des pluies. La morbidité du paludisme au Togo en 2016 en soins externe est de 42%². Elle est inégalement répartie au niveau des régions. En effet, la région de la Kara reste la région où la proportion des cas de paludisme est plus élevée soit 48,8% des cas reçus, suivie de la région des Plateaux (46,5%). La région Lomé Commune connaît la plus faible proportion soit 23,7% due à la sous notification des cas par les structures privées de santé dont la grande majorité est basée dans cette région.

Malgré la mise en œuvre des différentes stratégies de contrôle du paludisme notamment le traitement préventif intermittent, l'introduction des combinaisons thérapeutiques à base d'Artémisinine (CTA), l'organisation des campagnes de distribution de masse des moustiquaires imprégnées d'insecticide de longue durée d'action (MILDA) pour l'accès universel, des semaines d'intensification et de mobilisation, la gratuité de la prise en charge des cas de paludisme simple et la chimio prévention du paludisme saisonnier, il demeure la première cause de consultation et de décès dans les formations sanitaires.

❖ Le VIH/sida

Malgré des avancées notables enregistrées ces dernières années, l'infection à VIH demeure un risque sérieux pour une population majoritairement jeune puisque 42,0% a moins de 15 ans.

² Principaux indicateurs de la santé, DIS/MSHP

La prévalence du VIH mesurée lors de l'Enquête Démographique et de Santé (EDST-III) réalisée au Togo entre Novembre 2013 et Avril 2014 est de 2,5% dans la population sexuellement active de 15-49 ans. Le profil épidémiologique du VIH au Togo est marqué par des disparités par sexe, par âge, au niveau des régions, au niveau des milieux de résidence et par type de population. En effet, la prévalence est deux fois plus élevée chez la femme (3,1%) que chez l'homme (1,7%). Elle est aussi dix fois plus élevée dans la région Lomé Commune (3,4%) et la région Maritime (3,0%) que dans la région des Savanes (0,3%).

❖ La Tuberculose

La lutte contre la tuberculose constitue l'une des préoccupations du gouvernement togolais dans ses efforts de réduction de la pauvreté.

Les nouveaux cas de tuberculose pulmonaire à microscopie positive (TPM+) ont connu une légère diminution sur les cinq dernières années (2 090 cas en 2010 et 1 899 en 2014)³. Cette diminution est enregistrée dans les régions Maritime et Centrale au cours de ces cinq dernières années.

Par rapport à la co-infection TB/VIH, 20,6%⁴ des patients tuberculeux ont été dépistés positifs au VIH en 2014. L'amélioration progressive du taux de dépistage du VIH chez les malades tuberculeux peut être expliquée par la prise de conscience de la chaîne de personnel impliqué dans le suivi de ces malades et l'amélioration de la gestion des intrants notamment les tests de dépistage rapide du VIH.

1.3.4. Maladies non transmissibles

Selon les résultats de l'enquête STEPS sur les facteurs de risque des maladies non transmissibles réalisée de décembre 2010 à janvier 2011 par le Service des Maladies non transmissibles de la Division de l'Épidémiologie du Togo, la prévalence de l'hypertension artérielle (HTA) était de 19,0% et celle du diabète évalué à 2,6% au sein de la population togolaise des 15 à 64 ans. La prévalence du tabagisme était de 8,5% et plus de 33,9% de la population togolaise étaient exposés à la fumée du tabac à domicile.

Dans l'ensemble 6,2% de la population étaient obèses et 15,4% avaient un surpoids.

Par ailleurs l'enquête STEPS Togo en 2010 a révélé que 94,9% consommaient moins de 5 portions de fruits et légumes journalières recommandées par l'OMS.

De même, 92,0% méconnaissaient leur statut glycémique et 51,6% n'avaient jamais mesuré leur tension artérielle.

L'enquête STEPS Togo a également révélé une insuffisance dans l'accès aux traitements de l'HTA et du diabète.

³ Rapport d'activité PNLT/MSHP

⁴Rapport annuel PNLT/MS, 2014

Parmi les personnes hypertendues (connues et non connues), 90,7% ne prenaient pas de médicaments antihypertenseurs.

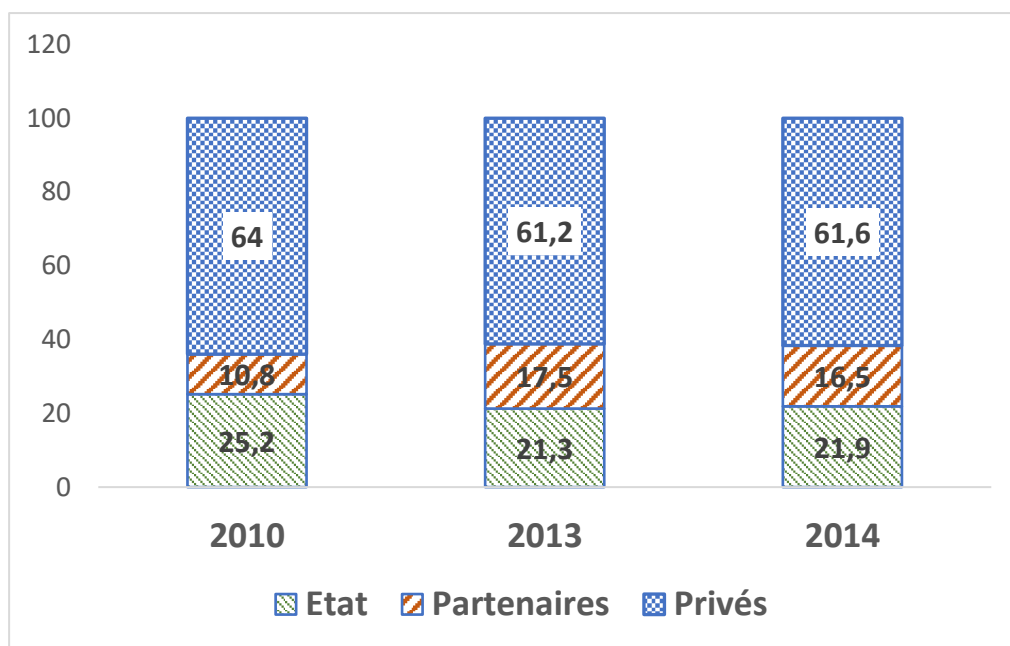
Parmi les diabétiques connus, seulement 37,9% étaient mis sous traitement antidiabétique oral et 19,3% étaient au moment de l'enquête sous traitement à base d'insuline.

1.3.5. Financement de la santé (2010-2014)

Le financement de la santé au Togo repose essentiellement sur trois sources à savoir : (i) l'État à travers une allocation budgétaire sur les ressources internes (ii) les partenaires au développement par un appui financier aux programmes de santé et (iii) les privés constitués des ménages et des entreprises.

Selon les Comptes de la Santé des années précédentes, les dépenses courantes en santé étaient de 104 770,1 millions de FCFA en 2010, 134 395,7 millions de FCFA en 2013, et 143 650,6 millions de FCFA en 2014.

Le graphique ci-dessous met en exergue les financements de la santé de 2010 à 2014 par source de financement. Il ressort de ce graphique que le financement de la santé est essentiellement supporté par les sources privées qui occupent une grande place : environ 64% de la dépense courante en 2010, 61,2% en 2013 et 61,6% en 2014.



Graphique 1 : Évolution du financement de la santé par source de financement, de 2010 à 2014

1.3.6.Principe de la couverture universelle (y compris l'INAM)

Le Togo a inscrit depuis 1998, « l'amélioration continue de l'accessibilité pour tous, et particulièrement les plus démunis ainsi que le couple mère-enfant, aux services de santé de bonne qualité » comme fondement de sa politique de santé. Cet engagement a été réaffirmé dans la nouvelle politique sanitaire de 2011. Une stratégie globale d'accès universel aux services des soins de qualité avec une sensibilité sur l'équité à l'échelle nationale a été initiée et précisée dans le programme 5 du PNDS 2012-2015.

Les principales contraintes du système demeurent à l'heure actuelle: la couverture insuffisante des populations en soins essentiels de qualité (le taux d'accessibilité géographique est estimé à 62,0% dans le PNDS 2012-2015), l'absence de l'adaptation de l'organisation des services à l'environnement socioculturel (défavorisant l'accessibilité culturelle), le coût élevé des soins (32,6% en 2011 et 33,0% en 2015 selon l'enquête QUIBB) et la faible utilisation des services de santé (44,7% en 2016)⁵.

Une stratégie de financement solidarisé des soins de santé (régime obligatoire d'assurance maladie) a été instituée et mise en œuvre même si ce régime est partiel.

Dans l'esprit d'un accès universel, la nouvelle politique nationale de santé de 2011 a défini une vision du secteur qui est basée essentiellement sur le concept de la couverture universelle à savoir : assurer à toute la population le niveau de santé le plus élevé possible en mettant tout en œuvre pour développer un système de santé performant 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. Les grands axes en vue de réaliser cette vision ont été déclinés à travers les cinq programmes du PNDS 2012-2015 surtout le programme 5 qui est un programme transversal visant le renforcement du système de santé dans le but d'un soutien aux quatre autres programmes pour un accès universel aux services essentiels de santé.

Mis à part l'INAM et les mutuelles de santé, la protection sociale est gérée au Togo par la Caisse Nationale de Sécurité Sociale (CNSS) pour le secteur privé et parapublic, la Caisse de Retraite du Togo (CRT) pour le secteur public et les compagnies d'assurance privées qui interviennent dans ce domaine. Leur influence est négligeable. Les rares initiatives en ce qui concerne les mutuelles de secours ou de santé n'offrent pas encore une visibilité claire et une efficacité pouvant servir de modèle de protection sociale et ne touchent que moins de 4% de la population totale. Si aucune disposition n'est prise, l'objectif recherché, celui d'aider à relever la taille de la population bénéficiaire de la protection sociale ne sera pas atteint.

⁵ Annuaire des statistiques sanitaires 2016

En 2014, le seul mécanisme d'équité verticale et horizontale est partiel et relève des prestations de l'Institut National d'Assurance Maladie (INAM). Ce régime obligatoire d'assurance maladie est partiel sur trois plans :

- il ne prend en charge qu'une partie de la population (les agents publics et assimilés en activité et à la retraite ainsi que les ayants droits) ;
- mis à part les accouchements et la consultation des enfants de moins de 5 ans qui sont à 100% dans les centres publics, le taux de prise en charge est partiel pour les autres prestations (soit 80% ou 90%) ;
- certaines prestations sont exclues notamment les prestations dans les centres non conventionnés, les soins à l'étranger, la chirurgie esthétique et les compléments alimentaires.

II. METHODOLOGIE DE L'ETUDE

2.1. MÉCANISME DE FINANCEMENT DU SYSTÈME DE SANTÉ

Les comptes de la santé fournissent une description exhaustive des flux financiers liés à la consommation de biens et services de santé au sein du système de santé. Ils indiquent l'origine des ressources et la façon dont elles sont utilisées. Les CS permettent d'évaluer l'efficacité des politiques publiques en faveur de la santé et leurs impacts dans le temps. La flexibilité du cadre d'élaboration des CS permet d'analyser les données de certaines interventions sanitaires telles que le paludisme, le VIH/SIDA, la tuberculose, la santé de la reproduction, les maladies non transmissibles, etc. Les interrelations entre les différentes entités intervenant dans le financement de la santé peuvent être représentées selon le schéma ci-dessous.

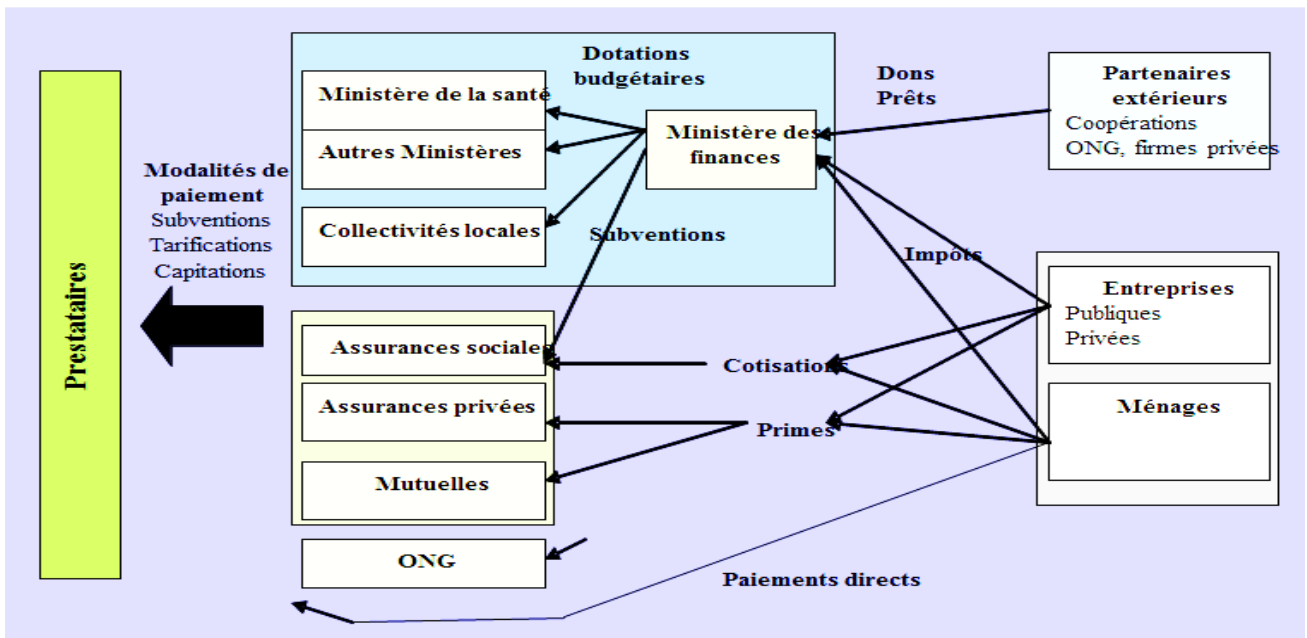


Figure 1 : Schéma de mécanisme de financement du système de santé

La méthode du SHA 2011 a été utilisée pour la réalisation des Comptes de la Santé de 2010, 2013 et 2014. Cette même méthode a servi pour la production des présents Comptes. Elle décline la norme de classification des dépenses de santé selon trois axes : la consommation, la fourniture et le financement.

Les objectifs visés à travers cet outil sont entre autres:

- proposer un cadre pour les principaux agrégats pertinents à la comparaison internationale des dépenses de santé et à l'analyse du système de santé ;
- proposer un outil, extensible par les pays individuellement, qui permette de produire des données utiles au suivi et à l'analyse du système de santé ;
- définir des délimitations des soins de santé harmonisées au plan international pour le suivi des dépenses et de la consommation.

SCHÉMA DE L'ÉTUDE

Il s'agit d'une étude analytique transversale qui porte sur les années 2015 et 2016 (1^{er} janvier au 31 décembre).

2.1.1. Population cible

Les CS couvrent toutes les dépenses engendrées par le système national de santé : secteur public, secteur privé (institutions intervenant dans le domaine de la santé, ménages et médecine traditionnelle) et les bailleurs.

Ainsi, la population d'étude des CS au Togo est constituée de l'ensemble des entités intervenant dans le système de santé. On dénombre dix entités à savoir :

1. les bailleurs de fonds ;
2. les ONG/Associations intervenant dans le domaine de la santé ;
3. les employeurs ;
4. les sociétés d'assurances et les mutuelles de santé ;
5. les programmes de santé ;
6. les formations sanitaires ;
7. les établissements de vente des biens médicaux ;
8. les praticiens de la médecine traditionnelle ;
9. les ministères ;
10. les ménages.

Dans le cadre de l'élaboration des CS, deux types de données sont utilisées : les données primaires et les données secondaires.

❖ Pour les données primaires, les ensembles sur lesquels les données sont collectées sont les suivants :

- ✓ les bailleurs de fonds ;
- ✓ les ONG/Associations intervenant dans le domaine de la santé ;
- ✓ les employeurs ;
- ✓ les sociétés d'assurances et les mutuelles de santé ;
- ✓ les programmes de santé ;
- ✓ les prestataires (formations sanitaires privées) ;
- ✓ les établissements de vente des biens médicaux ;
- ✓ les praticiens de la médecine traditionnelle.

❖ Pour les données secondaires, les ensembles sur lesquels les données sont collectées sont les suivants :

- ✓ les ministères ;
- ✓ les ménages.

2.1.2. Échantillonnage et sélection des unités d'enquête

Selon le protocole de l'étude, lorsque la base de sondage a plus de 150 individus, on procède à un échantillonnage des unités à enquêter. Dans ce cas, pour chaque entité de grande taille, la taille de l'échantillon (n) est déterminée à base de la formule de SWARTZ :

$$n = \frac{z^2 * p(1 - p)}{e^2}$$

avec n = nombre minimal d'unités statistiques ; $z = 1,96$ pour un risque d'erreur de 5% ; $p = 0,50$; prévalence par défaut et $e = 0,05$ (précision des résultats).

Après avoir calculé n , pour tenir compte de l'effectif de la population, on procède à la correction de la taille de l'échantillon selon la formule :

$$n' = \frac{n}{1 + \frac{n}{N}}$$

avec n la taille obtenue, N l'effectif total et n' , la taille finale de l'échantillon.

Le tableau suivant récapitule les résultats des procédures d'échantillonnage :

Tableau 2: Récapitulatif des résultats des procédures d'échantillonnage

N°	Entités	Effectif dans la base (N)	Taille de l'échantillon	Observations
1	Programmes de santé	14	14	
2	Bailleurs	29	29	
3	Ministères (CAB MSHP), Autres ministères	10	10	Le Ministère de l'Enseignement Primaire, Secondaire et de l'Alphabétisation, le Ministère de l'Action sociale et de la solidarité, le Ministère de l'Enseignement Technique et de la formation professionnelle, le Ministère de l'Enseignement Supérieur et de la Recherche, le Ministère de la Défense et des Anciens Combattants, le Ministère de la Justice et le Ministère de la sécurité et de la protection civile
4	Mutuelles	27	27	Sont incluses dans la base les mutuelles qui font des dépenses en santé

N°	Entités	Effectif dans la base (N)	Taille de l'échantillon	Observations
5	Compagnie d'assurance	8	8	
6	Officines	109	109	Sont incluses dans la base les officines qui ont eu à participer aux CS passés
7	Dépôts pharmaceutiques	45	45	Sont incluses dans la base les dépôts pharmaceutiques qui ont eu à participer aux CS passés
8	Répertoire des entreprises du Togo et Répertoire du Centre de Formalité des Entreprises	264	138	Après application de la formule de SWARTZ, la sélection a été effectuée en se basant sur le poids de l'entreprise en terme d'effectif et le volume de dépense en santé
9	Prestataires publics	92	92	Les données collectées au niveau des formations sanitaires publiques ont permis de faire la triangulation avec les données du SIGFIP -
10	Formations sanitaires privées	166	116	Après application de la formule de SWARTZ Les formations sanitaires ont été sélectionnées selon leurs paquet d'activité et le taux de fréquentation
11	Liste des ONG/Associations	77	77	Sont incluses dans la base les ONG/Associations qui font des dépenses en santé
12	Praticiens de la médecine traditionnelle	106	106	Les données collectées au niveau des praticiens de la médecine traditionnelle ont permis de faire la triangulation avec les données de dépenses de santé des ménages
	ENSEMBLE DES ENTITES	947	771	

2.2. PROCESSUS D'ELABORATION DES COMPTES DE LA SANTE 2015 ET 2016

L'élaboration des comptes de la santé 2015 et 2016 s'est déroulée selon les étapes suivantes :

- les activités préparatoires ;
- l'organisation et l'exécution de la collecte des données ;
- la saisie, l'apurement et l'analyse des données ;
- la production du rapport.

2.2.1. Activités préparatoires

À part le lancement des activités d'élaboration des CS le 26 avril 2018, les activités préparatoires ont consisté essentiellement au renforcement des capacités des membres de l'équipe technique. Ainsi, un briefing sur le processus d'élaboration des CS avec SHA 2011 a été réalisé à l'intention des membres de l'équipe technique. Suite à cette séance de formation, trois activités ont suivi : il s'agit (i), de la mise à jour des outils de collecte, (ii) de la validation des outils de collecte et (iii) d'apurement et de mise à jour des bases de sondage.

2.2.2. Organisation et exécution de la collecte des données

L'organisation de la collecte des données a consisté au recrutement des enquêteurs à leur formation et au pré-test des outils. Au total quatre-vingt et un (81) enquêteurs et dix-sept (17) superviseurs ont été formés.

La Collecte des données sur le terrain s'était déroulée du 20 au 31 aout 2018.

Les CS 2013 et 2014 sont élaborés à partir de deux types de données notamment les données primaires et les données secondaires.

La collecte des données primaires a été assurée par des équipes d'enquêteurs et de superviseurs. Chaque équipe d'enquêteurs était supervisée par deux personnes du niveau central, assistées de deux personnes ressources de chaque région. Cependant, à Lomé Commune, cinq (5) superviseurs du niveau central étaient déployés.

Pendant la collecte, les questionnaires ont été soit administrés par un agent enquêteur soit remplis par un responsable ou un répondant de la structure désigné à cet effet.

Tableau 3 : Taux de réponse par entité prévue

N°	Type d'entités	Entités prévues	Entités enquêtées	Taux
1	MINISTERES	10	9	90,00
2	BAILLEURS DE FONDS	29	21	72,41
3	COMPAGNIES D'ASSURANCE	8	8	100,00
4	DEPOT PHARMACEUTIQUES	45	39	86,67
5	EMPLOYEURS	138	66	47,83
6	FORMATIONS SANITAIRES PRIVEES	116	94	81,03
7	FORMATIONS SANITAIRES PUBLIQUES	92	90	97,83
8	MUTUELLES	27	17	62,96
9	OFFICINES	109	78	71,56
10	ONG/ASSOCIATIONS	77	65	84,42
11	PRATICIENS DE LA MEDECINE TRADITIONNELLE	106	97	91,51
12	PROGRAMMES DE SANTE DU MSPS	14	13	92,86
	Total	771	597	77,43

Les données de sources secondaires ont été obtenues à partir des rapports financiers des projets et programmes de santé, notamment le PNDS, les rapports des ONG et de certains partenaires techniques et financiers. L'exploitation de la base de l'enquête à Questionnaire Unifié des Indicateurs de Base du Bien-être (QUIBB) réalisée en 2015 au Togo a servi à l'estimation des dépenses de santé des ménages.

▪ **Outils de collecte de données**

Pour les comptes de la santé de 2015 et 2016, les outils ayant servi pour la collecte sont des questionnaires simplifiés adaptés au contexte du pays. Ces questionnaires ont été mis à la disposition de l'équipe technique par les experts de l'OMS.

▪ **Collecte des données**

Les données collectées sont issues des six régions sanitaires qui sont : Lomé Commune, Maritime, Plateaux, Centrale, Kara et Savanes.

Les données secondaires ont été extraites des documents d'études ou de différents rapports nationaux, notamment :

- ✓ les dépenses de santé (budgets exécutés-SIGFIP) ;
- ✓ les enquêtes : MICS 2010, QUIBB 2015,
- ✓ le profil de pauvreté et de vulnérabilité 2015; EDS 2013-2014, recettes et dépenses sur les recouvrements des coûts des formations sanitaires publiques;

2.2.3. Saisie, apurement et analyse des données

L'outil de production des comptes de la santé (HAPT) élaboré par l'OMS a été utilisé pour la codification des données. Cet outil renferme plusieurs modules organisés autour des différentes sources. Les données des partenaires, ONG, CNSS, et ménages ont été organisées autour de plusieurs feuilles contenant l'ensemble des dépenses en santé en format Excel suivant la nouvelle nomenclature des CS. Une triangulation des données a été faite avec d'autres sources (site web des bailleurs internationales); ceci a permis de supprimer les doublons et corriger les aberrations.

Les données du SIGFIP ont été réorganisées sous un format compatible à l'outil de production des comptes. Des identifiants ont été créés suivant une logique standard qui prend en compte les variables telles que : la région, la structure, l'activité, et la source de financement.

Toutes les données ont été importées dans l'outil et codifiées suivant la nouvelle classification du système compte de santé 2011. La codification a consisté à attribuer à chaque dépense, les codes FS, HF, FS.RI, FA, HP, HC, FP, DIS, Genre, Age, Genre et SNL.

Des clefs de répartition ont été créées à tous les niveaux de la codification sur la base des rapports financiers des partenaires, annuaires statistiques, rapport d'activité de certaines structures (FS, QUIBB, etc.).

▪ **Traitement des données**

Les étapes de traitement des données ont consisté à :

- ✓ l'élaboration des masques de saisie en CSPRO 7.1 pour l'encodage des données collectées ;
- ✓ la formation des opérateurs de saisie ;
- ✓ la validation et saisie des questionnaires en version papier ;
- ✓ l'intégration/importation des données dans l'outil NHAPT ;
- ✓ la codification ;
- ✓ le mapping ;
- ✓ la validation des données saisies ;
- ✓ la production des tableaux de base : Fonctions et Prestataires (HCxHP), Fonctions et Régimes de financement (HCxHF), Régimes de financement et Prestataires (HFxHP) et Régimes de financement et Revenus des régimes de financement (HFxFS) ;
- ✓ la vérification/validation des tableaux de base.

▪ **Analyse et validation des données**

L'analyse et l'interprétation des résultats sont réalisées à travers des ateliers regroupant les membres du comité technique avec l'appui des consultants de l'OMS.

Cette analyse a permis de faire ressortir le volume de financement de la santé, les dépenses de santé par bénéficiaire, par agent de financement, les dépenses de santé liées aux principales maladies (paludisme, VIH/SIDA, Tuberculose etc.).

2.2.4. Production du rapport

Le rapport a été rédigé par le comité technique d'élaboration des comptes de la santé et validé par le comité de pilotage.

2.3. LIMITES DE L'ÉTUDE

La distribution de certaines dépenses communes réalisées au niveau central pour les régions utilise une clé de répartition qui tient compte de l'importance de l'activité de santé dans les régions. Il en est de même pour les investissements. Il serait intéressant d'avoir les valeurs réelles.

Les difficultés suivantes ont été enregistrées au cours de la collecte des données primaires : le refus de fournir les données par certaines structures ;

- l'absence de données désagrégées au niveau du SIGFIP (surtout les données des activités financées par les bailleurs).

III. RESULTATS DES COMPTES DE LA SANTE DE 2015 ET 2016

Le présent chapitre présente les dépenses effectuées en santé sur la période 2015 et 2016. Ces dépenses sont présentées suivant leur volume, les dimensions de financement, de prestataire et de consommation. Tous les montants sont exprimés en monnaies locales (FCFA).

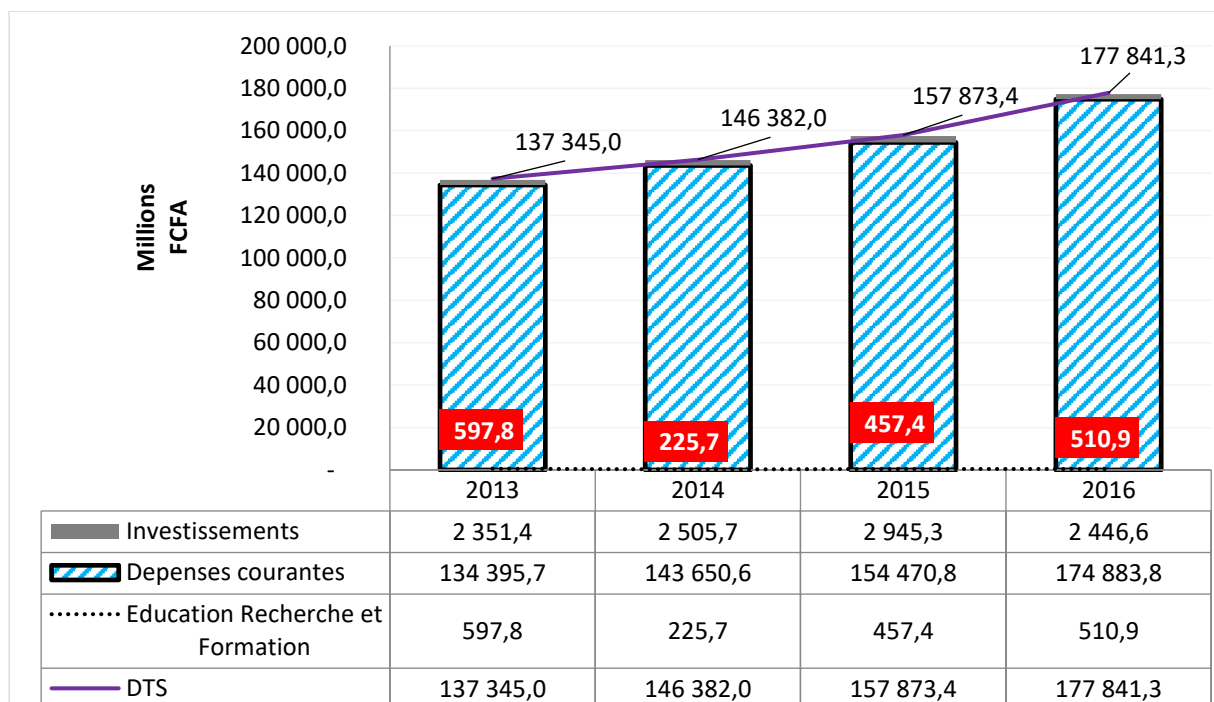
3.1. VOLUME DE FINANCEMENT DE LA SANTE

Les dépenses totales de santé (DTS) s'élèvent à 157 873,4 millions en 2015 et à 177 841,3 millions en 2016. Les dépenses d'investissements représentent respectivement 1,87% et 1,38 % de ces dépenses totales.

Sur les quatre dernières années (2013-2016), les dépenses totales de santé ont connu une augmentation essentiellement due à une hausse des dépenses courantes.

En effet, estimées à 134 395,7 millions en 2013, les dépenses courantes de santé (DCS) sont passées progressivement à 174 883,8 millions en 2016 soit une augmentation de 30%.

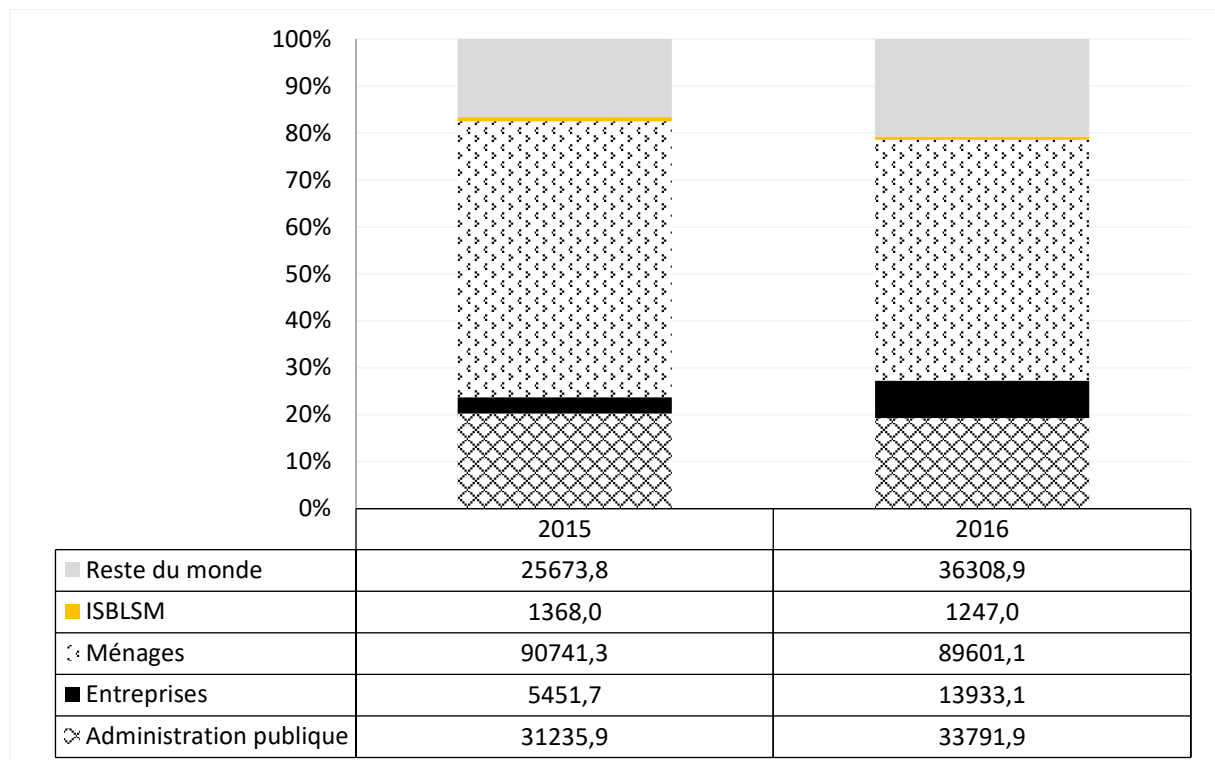
Quant aux dépenses d'investissements, elles ont évolué sur la période 2013-2015, passant de 2 351,4 à 2 945,6 millions avant de chuter à 2 446,6 en 2016.



Graphique 2 : Évolution des dépenses courantes et des investissements de 2013 à 2016

3.2. ANALYSE DE LA DIMENSION FINANCEMENT DES COMPTES DE LA SANTE (CS) DE 2015 ET 2016

Les principales sources de financement des DTS en 2015 et 2016 restent respectivement les ménages pour une contribution de 57,6% en 2015 et 50,5 % en 2016 ; suivis de l'administration publique (20,6% en 2015 et 19,7% en 2016) et du reste du monde (16,96% en 2015 et 21% en 2016). La contribution des entreprises et des ISBLSM au financement des DTS représente 4,8% de l'ensemble des dépenses en 2015 et 8,8% en 2016. Le graphique ci-dessous montre la répartition en proportion et en volume par source de financement.



Graphique 3: Dépenses Totales de Santé selon les sources de financement de 2015 et 2016

Le tableau 6 donne les détails sur les différentes sources de financement en 2015 et 2016.

Tableau 4: Dépenses totales de santé selon les sources de financement et les bailleurs bilatéraux et multilatéraux en 2015 et 2016

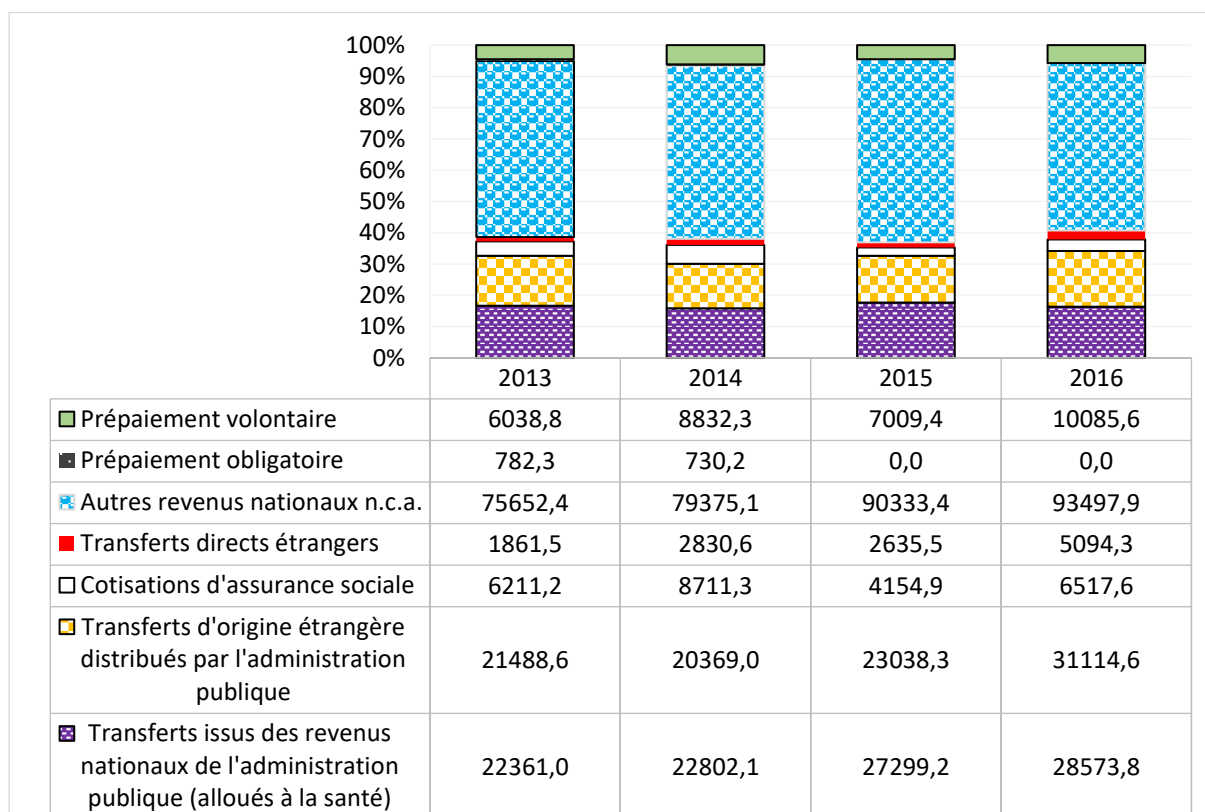
Sources de financement	2015 (en Million FCFA)			2016 (en Million FCFA)		
	Dépenses courantes	Investissements	Total	Dépenses courantes	Investissements	Total
Administration publique	31235,9	1179,4	32415,2	33791,9	1127,8	34919,7
Entreprises	5451,7	0,0	5451,7	13933,1	0,0	13933,1
Ménages	90741,3	0,0	90741,3	89601,1	0,0	89601,1
ISBLSM	1368,0	730,1	2098,2	1247,0	390,6	1637,7
Reste du monde	25673,8	1035,8	26709,6	36308,9	928,1	37237,0
Bailleurs bilatéraux	13119,0	348,5	13467,4	15526,2	851,5	16377,7
Australie	27,0	0,0	27,0	0,0	0,0	0,0
Belgique	27,4	0,0	27,4	39,8	0,0	39,8
Danemark	81,5	0,0	81,5	79,5	0,0	79,5
France	667,1	340,7	1007,7	872,3	744,2	1616,5
Allemagne	93,4	7,8	101,2	90,7	60,0	150,7
Japon	0,0	0,0	0,0	1,1	0,0	1,1
Espagne	0,4	0,0	0,4	1,3	0,0	1,3
Suède	61,6	0,0	61,6	511,5	47,2	558,7
Suisse	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Etats-Unis (USAID)	9910,3	0,0	9910,3	12655,1	0,0	12655,1
Autres bailleurs bilatéraux et Bailleurs bilatéraux non spécifiés (n.c.a.)	2250,4	0,0	2250,4	1275,0	0,0	1275,0
Bailleurs multilatéraux	12380,3	687,3	13067,6	20351,2	48,2	20399,4
Institutions de l'UE	100,8	0,0	100,8	106,4	0,0	106,4
GAVI	275,8	0,0	275,8	82,0	0,0	82,0
Fonds mondial	6367,8	0,0	6367,8	13508,9	0,0	13508,9
Banque Mondiale (IDA + BIRD)	301,8	0,0	301,8	2569,8	38,7	2608,5
ONUSIDA	80,4	0,0	80,4	32,0	0,0	32,0
PNUD	182,3	0,0	182,3	206,4	0,0	206,4
CEE-ONU	245,4	0,0	245,4	0,4	0,0	0,4
UNFPA	1520,2	0,0	1520,2	942,3	0,0	942,3
UNICEF	1382,9	318,4	1701,3	1032,6	4,2	1036,8
FCP-ONU	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
PAM	0,0	0,0	0,0	2,2	0,0	2,2
OMS	1413,7	8,2	1422,0	1330,8	0,0	1330,8
Autres bailleurs multilatéraux et Bailleurs multilatéraux non spécifiés (n.c.a.)	509,1	360,7	869,7	537,5	5,4	542,9
Bailleurs privés	174,5	0,0	174,5	431,5	28,4	459,9

Sources de financement	2015 (en Million FCFA)			2016 (en Million FCFA)		
	Dépenses courantes	Investissements	Total	Dépenses courantes	Investissements	Total
Unités institutionnelles non spécifiées fournissant des revenus aux régimes de financement (n.c.a.)	0,0	0,0	0,0	1,8	0,0	1,8
Total	154470,8	2945,3	157416,1	174883,8	2446,6	177330,4

3.3. ANALYSE SELON LES RECETTES DES RÉGIMES DE FINANCEMENT

L'analyse des DCS montre qu'elles sont financées en majorité par les autres revenus nationaux dans les proportions variant entre 58,5% en 2015 et 53,5% en 2016. En 2016 ces revenus ont été estimés à 93 497,9 millions contre 90 333,4 millions en 2015.

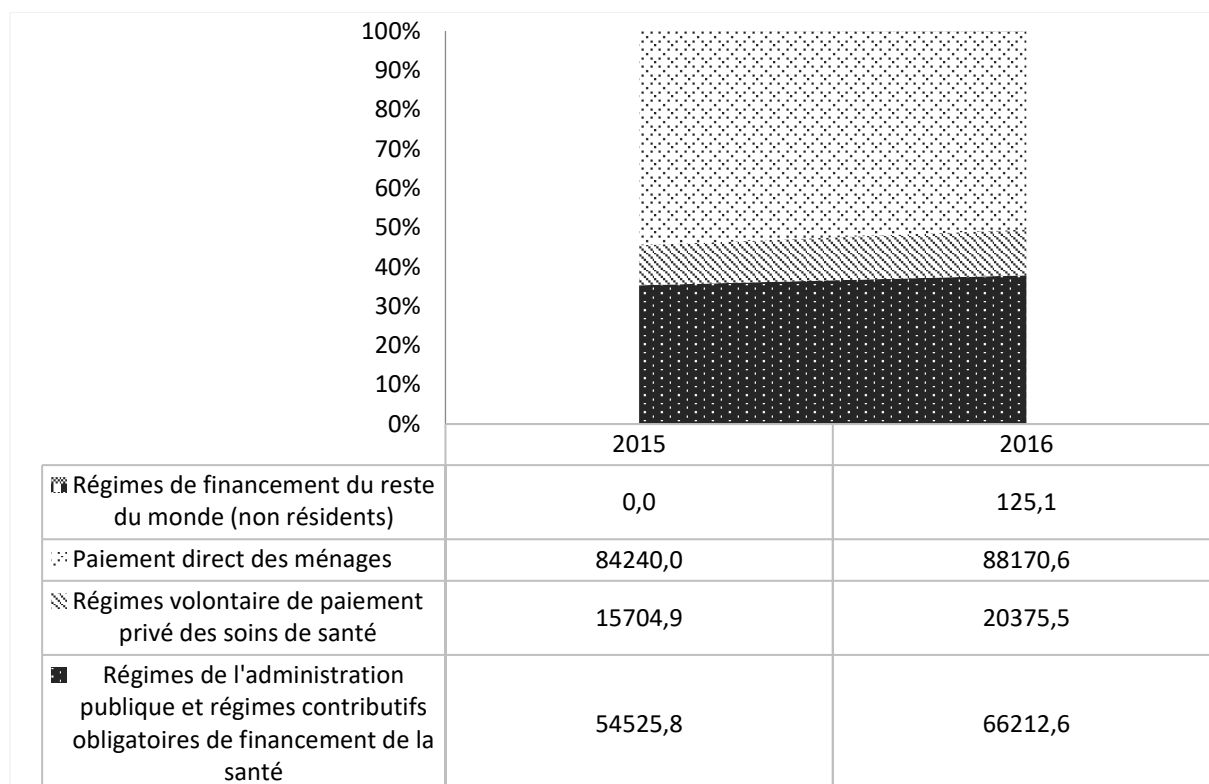
Les transferts issus des revenus nationaux et les transferts d'origine étrangère distribués par l'administration publique contribuent presque à la même hauteur aux DCS. En effet, les transferts issus des revenus nationaux ont représenté 17,7% en 2015 et 16,3% en 2016 alors que les transferts d'origine étrangère distribués par l'administration publique ont contribué à hauteur de 14,9% en 2015 et 17,8% en 2016.



Graphique 4 : Évolution des dépenses courantes de santé selon les recettes des régimes de financement de 2013 à 2016 (en Millions)

ANALYSE SELON LES RÉGIMES DE FINANCEMENT

Le régime des paiements directs des ménages et « le régime de l'administration publique et les régimes contributifs obligatoires de financement de la santé » constituent les principaux régimes de financement des DCS. Ils représentent respectivement 54,5% en 2015 et 50,4% en 2016 pour le régime des paiements directs et 35,3% en 2015 et 37,9% en 2016 pour « le régime de l'administration publique et les régimes contributifs obligatoires ».



Graphique 5 : Dépenses courantes de santé selon le régime de financement en 2015 et 2016

3.4. ANALYSE DE LA DIMENSION PRESTATAIRES

La répartition des dépenses courantes de santé selon les prestataires révèle les détaillants et les autres prestataires de biens médicaux comme principaux prestataires avec 32,1% en 2015 et 29,7% en 2016.

Ils sont suivis respectivement pour ces deux années par les prestataires de soins de santé ambulatoires (15% et 16,2 %) et les hôpitaux (14,1% et 15,8%).

Tableau 5 : Répartition des dépenses courantes de santé par prestataires en 2015 et 2016

Prestataires	2015		2016	
	Montant	%	Montant	%
Hôpitaux	21725,27	14,1	27457,55	15,8
Prestataires de soins de santé ambulatoire	23078,75	15,0	28257,57	16,2
Prestataires de services auxiliaires	18305,81	11,9	17801,67	10,2
Détaillants et autres prestataires de biens médicaux	49449,00	32,1	51769,14	29,7
Prestataires de soins préventifs	20235,85	13,1	28780,95	16,5
Prestataires de services administratifs et de financement du système de soins de santé	21299,69	13,8	20190,07	11,6
Reste de l'économie	246,83	0,2	474,32	0,3
Reste du monde	129,57	0,1	152,53	0,1
Prestataires de soins de santé non spécifiés (n.c.a.)	0,00	0,0	0,00	0,0
TOTAL	154470,77	100,0	174883,8	100,0

En 2015 et 2016, les recettes des prestataires de soins de santé ont été principalement allouées aux équipements et services de santé utilisés. En effet, ils ont représenté sur les deux années plus de la moitié des dépenses liées aux facteurs de prestations de soins de santé (59% en 2015 et 57,6% en 2016).

Les biens de santé représentent le principal facteur de prestation avec une proportion de 43,2% en 2015 et 38,4% en 2016.

La rémunération des employés est le deuxième principal facteur de prestation avec 36,7% en 2015 et 31,5% en 2016. Cette rémunération est en grande partie constituée des traitements et salaires.

Tableau 6 : Répartition des dépenses liées aux facteurs de prestation de soins de santé en 2015 et 2016

	2015		2016	
	Montant	%	Montant	%
Rémunération des employés	54337,8	36,7	55015,5	31,5
Traitements et salaires	53451,3	36,1	52666,2	30,1
Cotisations sociales	206,3	0,1	1481,9	0,8
Tous autres coûts relatifs aux employés	680,2	0,5	867,4	0,5
Rémunération des professionnels particuliers	5803,0	3,9	7725,5	4,4
Équipements et services utilisés	87296,2	59,0	100737,0	57,6
Services de soins de santé	7250,1	4,9	15807,6	9,0
Biens de santé	63938,1	43,2	67227,8	38,4
Services non sanitaires	1476,6	1,0	1390,6	0,8
Biens non sanitaire	13707,3	9,3	14376,9	8,2
Autres équipements et services utilisés (n.c.a.)	924,1	0,6	1934,1	1,1
Consommation du capital fixe	437,710988	0,3	2990,0	1,7
Autres rubriques de dépenses en ressources (entrées)	145,1	0,1	540,3	0,3
Facteurs de prestation de soins de santé non spécifiés (n.c.a.)	6 451,0	4,4	7 875,4	4,5
Total	154 470,8	100,0	174 883,8	100,0

Les régimes de l'administration publique et les régimes contributifs obligatoires de financement de la santé sont utilisés dans tous les types de structures de soins de santé. De manière spécifique, ils sont plus utilisés au niveau des prestataires de soins préventifs (30,6% en 2015 et 34,2% en 2016) et au niveau des prestataires de services administratifs et de financement du système de soins de santé (39,1% en 2015 et 30,5% en 2016). Ces régimes se positionnent donc comme les plus utilisés pour acheter les activités sanitaires dans le pays après le régime des paiements directs qui est utilisé à plus de la moitié pour l'achat des biens médicaux (environ 55% pour les deux années).

Au niveau des hôpitaux, tous les types de régimes sont utilisés à l'exception des régimes de financement du reste du monde (non-résidents qui ne sont d'ailleurs utilisés qu'au niveau des prestataires de soins préventifs).

Tableau 7: Distribution des dépenses courantes de santé selon les régimes de financement et les prestataires de soins de santé en 2015

	Régimes de l'administration publique et régimes contributifs obligatoires de financement de la santé		Régimes volontaires de paiement privé des soins de santé		Paiement direct des ménages		Total (2015)	
	Montant	%	Montant	%	Montant	%	Montant	%
Hôpitaux	5 390,7	9,9	938,0	6,0	15 396,6	18,3	21725,3	14,1
Prestataires de soins de santé ambulatoire	7 212,5	13,2	5 545,0	35,3	10 321,2	12,3	23078,8	14,9
Prestataires de services auxiliaires	1 075,5	2,0	5 265,2	33,5	11 965,1	14,2	18305,8	11,9
Détaillants et autres prestataires de biens médicaux	2 475,5	4,5	892,4	5,7	46 081,2	54,7	49449,0	32,0
Prestataires de soins préventifs	16 695,5	30,6	3 064,3	19,5	476,0	0,6	20235,9	13,1
Prestataires de services administratifs et de financement du système de soins de santé	21 299,7	39,1		0,0		0,0	21299,7	13,8
Reste de l'économie	246,8	0,5		0,0		0,0	246,8	0,2
Reste du monde	129,6	0,2		0,0		0,0	129,6	0,1
Total	54525,8	100,0	15704,9	100,0	84240,0	100,0	154470,8	100,0

Tableau 8 : Distribution des dépenses courantes de santé selon les régimes de financement et les prestataires de soins de santé en 2016

	Régimes de l'administration publique et régimes contributifs obligatoires de financement de la santé		Régimes volontaires de paiement privé des soins de santé		Paiement direct des ménages		Régimes de financement du reste du monde (non-résidents)		Total (2016)	
	Montant	%	Montant	%	Montant	%	Montant	%	Montant	%
Hôpitaux	9091,1	13,7	2251,5	11,0	16115,0	18,3	0	0,0	27457,6	15,7
Prestataires de soins de santé ambulatoire	7806,5	11,8	9648,3	47,4	10802,8	12,3	0	0,0	28257,6	16,2
Prestataires de services auxiliaires	3098,4	4,7	2179,9	10,7	12523,4	14,2	0	0,0	17801,7	10,2
Détaillants et autres prestataires de biens médicaux	2771,4	4,2	766,5	3,8	48231,3	54,7	0	0,0	51769,1	29,6
Prestataires de soins préventifs	22630,8	34,2	5526,9	27,1	498,2	0,6	125,1	100,0	28781,0	16,5
Prestataires de services administratifs et de financement du système de soins de santé	20190,1	30,5	0,0	0,0	0,0	0,0	0	0,0	20190,1	11,5
Reste de l'économie	474,3	0,7	0,0	0,0	0,0	0,0	0	0,0	474,3	0,3
Reste du monde	150,0	0,2	2,5	0,0	0,0	0,0	0	0	152,5	0,1
Total	66 212,6	100,0	20 375,5	100,0	88 170,6	100,0	125,1	100,0	174 883,8	100,0

La distribution des dépenses liées aux facteurs de prestation présente des disparités selon les prestataires de soins de santé. En effet la plupart des prestataires utilisent une proportion non moins importante de leurs ressources pour la rémunération des employés : hôpitaux (50,4% en 2015 et 37,7% en 2016) ; des prestataires de services auxiliaires (62,2% en 2015 et 62,5% en 2016) et des prestataires de services administratifs et de financement du système de soins de santé (84,6% en 2015 et 82,6% en 2016). Les services non sanitaires (0,8% en 2015 et en 2016), les autres équipements et services utilisés (0,6% en 2015 et 1,1% en 2016) et les rémunérations des professionnels particuliers (3,8% en 2015 et 4,4% en 2016) enregistrent dans l'ensemble les plus faibles proportions des dépenses liées aux facteurs de prestation.

En 2016, 38,8% des ressources sont affectées à l'achat de biens de santé. Selon les prestataires et au plan national, la part des ressources allouées à l'achat de biens de santé varie entre 23,8% chez les prestataires de soins ambulatoires et 84,2% au niveau les détaillants et les autres prestataires de biens médicaux.

Tableau 9 : Distribution des dépenses liées aux facteurs de prestation selon les prestataires de soins de santé en 2015

	Hôpitaux		Prestataires de soins de santé ambulatoire		Prestataires de services auxiliaires		Détaillants et autres prestataires de biens médicaux		Prestataires de soins préventifs		Prestataires de services administratifs et de financement du système de soins de santé		Reste de l'économie		Reste du monde		Total (2015)	
	Montant	%	Montant	%	Montant	%	Montant	%	Montant	%	Montant	%	Montant	%	Montant	%	Montant	%
Rémunération des employés	10 941,4	50,4	6 175,47	26,8	11 394,82	62,2	5 981,38	12,1	1 798,88	8,9	18 026,45	84,6	-	-	19,43517	15,0	54 337,79	35,2
Rémunération des professionnels particuliers	43,5	0,2	1 358,04	5,9	331,89482	1,8	-	-	3 800,20	18,8	269,35779	1,3	-	-	-	-	5 803,00	3,8
Équipements et services utilisés	4 620,3	21,3	15 096,16	65,4	6 384,27	34,9	43 467,63	87,9	14 367,03	71,0	3 003,88	14,1	246,83265	100,0	110,13264	85,0	87 296,22	56,5
Services de soins de santé	883,7	4,1	4 195,71	18,2	775,98	4,2	0,084	0,0	1 329,87	6,6	-	-	-	-	64,78391	50,0	7 250,14	4,7
Biens de santé	1 210,6	5,6	8 029,39	34,8	3 526,38	19,3	41 694,56	84,3	9 150,34	45,2	79,95654	0,4	246,83265	100,0	-	-	63 938,07	41,4
Services non sanitaires	60,6	0,3	191,80474	0,8	61,44375	0,3	-	-	817,37306	4,0	313,00955	1,5	-	-	32,39195	25,0	1 476,65	1,0
Biens non sanitaire	2 394,0	11,0	2 185,01	9,5	1 807,13	9,9	1 772,98	3,6	2 924,32	14,5	2 610,92	12,3	-	-	12,95678	10,0	13 707,28	8,9
Autres équipements et services utilisés (n.c.a.)	71,4	0,3	494,24299	2,1	213,33422	1,2	-	-	145,12574	0,7	-	-	-	-	-	-	924,08	0,6
Consommation du capital fixe	41,3	0,2	229,46	1,0	127,75854	0,7	-	-	39,19948	0,2	-	-	-	-	-	-	437,71	0,3
Autres rubriques de dépenses en ressources (entrées)	8,6	0,0	93,0446	0,4	18,91962	0,1	-	-	24,51197	0,1	-	-	-	-	-	-	145,07723	0,1
Facteurs de prestation de soins de santé non spécifiés (n.c.a.)	6 070,2	27,9	126,5788	0,5	48,1542	0,3	-	-	206,02	1,0	-	-	-	-	-	-	6 450,98	4,2
Total	21 725,3	100,0	23 078,8	100,0	18 305,8	100,0	49 449,0	100,0	20 235,9	100,0	21 299,7	100,0	246,8	100,0	129,6	100,0	154 470,8	100,0

Tableau 10 : Distribution des dépenses liées aux facteurs de prestation selon les prestataires de soins de santé en 2016

	Hôpitaux		Prestataires de soins de santé ambulatoire		Prestataires de services auxiliaires		Détaillants et autres prestataires de biens médicaux		Prestataires de soins préventifs		Prestataires de services administratifs et de financement du système de soins de santé		Reste de l'économie		Reste du monde		Total (2016)	
	Montant	%	Montant	%	Montant	%	Montant	%	Montant	%	Montant	%	Montant	%	Montant	%	Montant	%
Rémunération des employés	10 357,1	37,7	6 774,8	24,0	11 123,3	62,5	6 228,0	12,0	3 819,6	13,3	16 677,3	82,6	12,1	2,6	23,3	15,3	55 015,5	31,5
Rémunération des professionnels particuliers	20,9	0,1	1 072,8	3,8	333,9	1,9	-	-	5 788,7	20,1	461,0	2,3	48,3	10,2	-	-	7 725,5	4,4
Équipements et services utilisés	9 557,2	34,8	18 388,7	65,1	6 164,3	34,6	45 468,7	87,8	17 593,4	61,1	3 021,8	15,0	413,9	87,3	129,1	84,6	100 737,1	57,6
Services de soins de santé	1 675,9	6,1	8 981,7	31,8	3 166,3	17,8	21,1	0,0	1 887,4	6,6	-	-	-	-	75,2	49,3	15 807,6	9,0
Biens de santé	3 784,2	13,8	6 714,0	23,8	1 112,8	6,3	43 601,6	84,2	11 626,3	40,4	646,0	3,2	388,1	81,8	0,7	0,5	67 873,7	38,8
Services non sanitaires	296,0	1,1	223,6	0,8	36,9	0,2	-	-	150,4	0,5	646,0	3,2	-	-	37,6	24,7	1 390,6	0,8
Biens non sanitaire	2 485,9	9,1	2 180,7	7,7	1 682,2	9,4	1 846,0	3,6	3 765,2	13,1	1 729,9	8,6	25,9	5,5	15,2	10,0	13 731,0	7,9
Autres équipements et services utilisés (n.c.a.)	1 315,1	4,8	288,6	1,0	166,1	0,9	-	-	164,0	0,6	-	-	-	-	0,3	0,2	1 934,1	1,1
Consommation du capital fixe	1 060,1	3,9	1 746,2	6,2	120,2	0,7	63,4	0,1	-	-	-	-	-	-	0,1	0,0	2 990,0	1,7
Autres rubriques de dépenses en ressources (entrées)	18,3	0,1	31,6	0,1	17,7	0,1	-	-	442,8	1,5	30,0	0,1	-	-	0,0	0,0	540,3	0,3

	Hôpitaux		Prestataires de soins de santé ambulatoire		Prestataires de services auxiliaires		Détailants et autres prestataires de biens médicaux		Prestataires de soins préventifs		Prestataires de services administratifs et de financement du système de soins de santé		Reste de l'économie		Reste du monde		Total (2016)	
	Montant	%	Montant	%	Montant	%	Montant	%	Montant	%	Montant	%	Montant	%	Montant	%	Montant	%
Facteurs de prestation de soins de santé non spécifiés (n.c.a.)	6 444,0	23,5	243,5	0,9	42,3	0,2	9,1	0,0	1 136,5	3,9		-		-		-	7 875,4	4,5
Total	27 457,6	100,0	28 257,6	100,0	17 801,7	100,0	51 769,1	100,0	28 781,0	100,0	20 190,1	100,0	474,3	100,0	152,5	100,0	174 883,8	100,0

3.5. ANALYSE DE LA DIMENSION CONSOMMATION DES COMPTES DE LA SANTE

Analyse selon la fonction

Les dépenses courantes de santé sont principalement utilisées pour assurer des biens médicaux et des soins curatifs. En effet, les dépenses courantes de santé liées aux biens médicaux ont représenté 32% en 2015 et 29% en 2016 et celles liées aux soins curatifs ont représenté 27,9% en 2015 et 30,5% en 2016.

Outre cela, les soins préventifs ont absorbé 14,4% des dépenses courantes de santé en 2015 et 18,1% en 2016. S'agissant des postes de gouvernance, d'administration du système de santé et des financements, on note en 2016 une proportion de 11,5% des dépenses courantes de santé contre 13,8% en 2015. Par ailleurs, les dépenses liées aux services auxiliaires ont connu une augmentation entre 2014 et 2015 pour ensuite diminuer en 2016.

Tableau 11 : Répartition des dépenses courantes de santé par fonction de soins en 2015 et 2016

	2015		2016	
	Montant	%	Montant	%
Soins curatifs	43 059,9	27,9	53 312,2	30,5
Soins de réadaptation	25,5	0,0	4,9	0,0
Services auxiliaires (non-spécifié par fonction)	18 305,8	11,9	17 801,7	10,2
Biens médicaux (non-spécifiés par fonction)	49 449,0	32,0	51 769,1	29,6
Soins préventifs	22 201,3	14,4	31 653,3	18,1
Gouvernance, administration du système de santé et des financements	21 299,7	13,8	20 190,1	11,5
Autres services de soins de santé non classés ailleurs (n.c.a.)	129,6	0,1	152,5	0,1
Total	154 470,8	100,0	174 883,8	100,0

Les régimes de l'administration publique et les régimes contributifs obligatoires de financement de la santé sont plus utilisés au niveau des soins préventifs (36,1%) et des postes de gouvernance, d'administration du système de santé et des financements (30,5%). S'agissant des paiements directs des ménages, ils sont employés essentiellement au niveau de l'achat des biens médicaux (54,7%), des soins curatifs (29,8%) et des services auxiliaires (14,2%). Les autres régimes de financement ne sont utilisés qu'au niveau des soins curatifs. En somme, les soins curatifs sont financés par tous les régimes de financement.

Tableau 12 : Répartition des dépenses courantes de santé par fonction de soins et par régime de financement en 2015

	Régimes de l'administration publique et régimes contributifs obligatoires de financement de la santé		Régimes volontaires de paiement privé des soins de santé		Paiement direct des ménages		Régimes de financement du reste du monde (non-résidents)		Total (2015)	
	Montant	%	Montant	%	Montant	%	Montant	%	Montant	%
Soins curatifs	12 128,8	22,2	5 927,8	37,7	25 003,3	29,7	-	-	43 059,9	27,9
Soins de réadaptation	-	-	25,5	0,2	-	-	-	-	25,5	0,0
Services auxiliaires (non-spécifié par fonction)	1 075,5	2,0	5 265,2	33,5	11 965,1	14,2	-	-	18 305,8	11,9
Biens médicaux (non-spécifiés par fonction)	2 475,5	4,5	892,4	5,7	46 081,2	54,7	-	-	49 449,0	32,0
Soins préventifs	17 416,8	31,9	3 594,0	22,9	1 190,4	1,4	-	-	22 201,3	14,4
Gouvernance, administration du système de santé et des financements	21 299,7	39,1	-	-	-	-	-	-	21 299,7	13,8
Autres services de soins de santé non classés ailleurs (n.c.a.)	129,6	0,2	-	-	-	-	-	-	129,6	0,1
Total	54 525,8	100,0	15 704,9	100,0	84 240,0	100,0	-	-	154 470,8	100,0

Tableau 13 : Répartition des dépenses courantes de santé par fonction de soins et par régime de financement en 2016

	Régimes de l'administration publique et régimes contributifs obligatoires de financement de la santé		Régimes volontaires de paiement privé des soins de santé		Paiement direct des ménages		Régimes de financement du reste du monde (non-résidents)		Total (2016)	
	Montant	%	Montant	%	Montant	%	Montant	%	Montant	%
Soins curatifs	16 124,8	24,4	10 931,3	53,6	26 256,1	29,8	-	-	53 312,2	30,5
Soins de réadaptation	-	-	4,9	0,0	-	-	-	-	4,9	0,0
Services auxiliaires (non-spécifiés par fonction)	3 098,4	4,7	2 179,9	10,7	12 523,4	14,2	-	-	17 801,7	10,2
Biens médicaux (non-spécifiés par fonction)	2 771,4	4,2	766,5	3,8	48 231,3	54,7	-	-	51 769,1	29,6
Soins préventifs	23 877,8	36,1	6 490,5	31,9	1 159,9	1,3	125,1	100,0	31 653,3	18,1
Gouvernance, administration du système de santé et des financements	20 190,1	30,5	-	-	-	-	-	-	20 190,1	11,5
Autres services de soins de santé non classés ailleurs (n.c.a.)	150,0	0,2	2,5	0,0	-	-	-	-	152,5	0,1
Total	66 212,6	100,0	20 375,5	100,0	88 170,6	100,0	125,1	100,0	174 883,8	100,0

Analyse selon l'âge

L'observation des dépenses courantes de santé selon l'âge révèle que les personnes âgées de plus de 5 ans en sont les principaux bénéficiaires et ce, sur toute la période 2013-2016. En effet, les dépenses courantes de santé au bénéfice de cette population représentent environ 70% de l'ensemble des dépenses. Les enfants de moins de 5 ans bénéficient eux en moyenne de 30% des dépenses courantes de santé durant toute cette période.

Tableau 14 : Répartition des dépenses courantes de santé par âge en 2015 et 2016

Age	2015		2016	
	Montant	%	Montant	%
< 5 ans	48466,8	31,4	52871,0	30,2
≥ 5 ans	106004,0	68,6	122012,2	69,8
Autre âge et âge non spécifié (n.c.a.)	0,0	0,0	0,6	0,0
Total	154470,8	100,0	174883,8	100,0

Analyse selon le genre

Pour les deux années les dépenses courantes de santé sont beaucoup plus élevées chez les femmes (environ 55%).

Tableau 15 : Répartition des dépenses courantes de santé par âge en 2015 et 2016

Genre	2015		2016	
	Montant	%	Montant	%
Femme	85418,5	55,3	97119,8	55,5
Homme	69052,3	44,7	77764,0	44,5
Total	154470,8	100,0	174883,8	100,0

Analyse selon la région

En 2015, la région maritime détient la dépense courante de santé la plus élevée (28,5%). Par contre en 2016, Lomé Commune devient la région ayant consommé plus de ressources (31,3%). Ceci pourrait s'expliquer par l'implantation de la majorité des prestataires de soins de santé dans ces deux régions.

Tableau 16 : Répartition des dépenses courantes de santé selon les régions en 2015 et 2016

Région	2015		2016	
	Montant	%	Montant	%
Lomé Commune	32792,7	21,2	54757,3	31,3
Maritime	43237,2	28,0	27596,7	15,8
Plateaux	26890,6	17,4	31816,7	18,2
Centrale	16568,1	10,7	20281,4	11,6
Kara	18652,0	12,1	21337,8	12,2
Savanes	16330,2	10,6	19093,8	10,9
Total	154470,8	100,0	174883,8	100,0

3.6. INVESTISSEMENTS

Les ressources allouées aux investissements s'élèvent respectivement à 2 945,3 et 2 446,6 millions en 2015 et en 2016. Les ressources ont été principalement affectées aux infrastructures (68,0% en 2015 et 36,1% en 2016).

Tableau 17 : Dépenses d'investissement en 2015 et 2016

Formation brute de capital	2015		2016	
	Montant	%	Montant	%
<i>Infrastructures</i>	2004,0	68,0	882,6	36,1
<i>Machines et équipements</i>	937,0	31,8	1559,3	63,7
<i>Produits de la propriété intellectuelle</i>	4,30	0,2	4,7	0,2
Total	2 945,3	100,0	2 446,6	100,0

Les investissements dans le domaine de la santé réalisés par l'administration publique ont concerné les machines et équipements à hauteur de 606,2 millions en 2015 et 1123,1 millions en 2016, et les logiciels et bases de données informatiques à hauteur de 4,3 millions en 2015 et 4,7 millions en 2016.

Tableau 18 : Dépenses d'investissement selon les agents de financement et les bailleurs de fonds en 2015

	Administration publique	ISBLSM	Reste du monde	Bailleurs bilatéraux	France	Allemagne	Bailleurs multilatéraux	UNICEF	OMS	Autres bailleurs multilatéraux et Bailleurs multilatéraux non spécifiés (n.c.a.)
Formation brute de capital fixe	1 179,4	730,1	1 035,8	348,5	340,7	7,8	687,3	318,4	8,2	360,7
Infrastructure	568,9	730,1	704,9	348,5	340,7	7,8	356,5			356,5
Bâtiments résidentiels et non résidentiels	568,9	5,2	704,9	348,5	340,7	7,8	356,5			356,5
Autres ouvrages		724,9								
Machines et équipements	606,2		330,8				330,8	318,4	8,2	4,2
Équipements médicaux			12,4				12,4		8,2	4,2
Matériel de transport	71,6		20,5				20,5	20,5		
Equipements TIC	5,0									
Machines et équipements n.c.a	529,5		297,9				297,9	297,9		
Produits de la propriété intellectuelle	4,3									
Logiciels et bases de données informatiques	4,3									
Formation brute de capital	1 179,4	730,1	1 035,8	348,5	340,7	7,8	687,3	318,4	8,2	360,7

Tableau 19 : Dépenses d'investissement selon les agents de financement et les bailleurs de fonds en 2016

	Administration publique	ISBLSM	Reste du monde	Bailleurs bilatéraux	France	Allemagne	Suède	Bailleurs multilatéraux	Banque Mondiale (IDA + BIRD)	UNICEF	Autres bailleurs multilatéraux et Bailleurs multilatéraux non spécifiés (n.c.a.)	Bailleurs privés	Autres bailleurs privés et Bailleurs privés non spécifiés (n.c.a.)	Total
Formation brute de capital	1 127,8	390,6	928,1	851,5	744,2	60,0	47,2	48,2	38,7	4,2	5,4	28,4	28,4	2 446,6
Formation brute de capital fixe	1 127,8	390,6	928,1	851,5	744,2	60,0	47,2	48,2	38,7	4,2	5,4	28,4	28,4	2 446,6
Infrastructure		223,6	658,9	620,6	560,6	60,0		24,8	16,0	3,7	5,1	13,5	13,5	882,6
Machines et équipements	1 123,1	167,0	269,2	230,8	183,6		47,2	23,5	22,7	0,5	0,3	14,9	14,9	1 559,3
Équipements médicaux	48,7	146,7	69,4	69,4	69,4									264,9
Matériel de transport	33,9	18,0	161,4	161,4	114,2		47,2							213,3
Équipements TIC	44,1		3,5					0,3			0,3	3,2	3,2	47,6
Machines et équipements n.c.a	996,3	2,3	34,9					23,1	22,7	0,5		11,7	11,7	1 033,5
Produits de la propriété intellectuelle	4,7													4,7
Logiciels et bases de données informatiques	4,7													4,7
Total	1 127,8	390,6	928,1	851,5	744,2	60,0	47,2	48,2	38,7	4,2	5,4	28,4	28,4	2 446,6

Dans les hôpitaux, 71% des investissements ont été affectés à la réalisation d'infrastructures. Au niveau des prestataires de soins de santé ambulatoires, les investissements ont concerné les infrastructures et les machines et équipements respectivement pour des montants de 279,3 millions (66%) et 144 millions (34%). Chez les prestataires de soins préventifs, l'achat d'équipements a consommé 86% des dépenses d'investissements.

Tableau 19 : Répartition des investissements selon les prestataires de soins de santé en 2015

	Hôpitaux	Établissements résidentiels de soins de longue durée	Prestataires de soins de santé ambulatoire	Prestataires de services auxiliaires	Prestataires de soins préventifs	Prestataires de services administratifs et de financement du système de soins de santé	Reste de l'économie	Total
Formation brute de capital fixe	670,2	51,3	537,7	87,2	1 052,5	542,6	3,8	2 945,3
Infrastructure	670,2		384,4		725,8	223,6		2 004,0
<i>Bâtiments résidentiels et non résidentiels</i>	670,2		384,4		0,9	223,6		1 279,1
<i>Autres ouvrages</i>					724,9			724,9
Machines et équipements		51,3	153,3	87,2	326,6	314,7	3,8	937,0
<i>Équipements médicaux</i>			4,2		8,2			12,4
<i>Matériel de transport</i>					20,5	71,6		92,1
<i>Équipements TIC</i>						5,0		5,0
<i>Machines et équipements n.c.a</i>		51,3	149,1	87,2	297,9	238,1	3,8	827,5
Produits de la propriété intellectuelle						4,3		4,3
<i>Logiciels et bases de données informatiques</i>						4,3		4,3
Total	670,2	51,3	537,7	87,2	1 052,5	542,6	3,8	2 945,3

Tableau 20 : Répartition des investissements selon les prestataires de soins de santé en 2016

	Hôpitaux	Prestataires de soins de santé ambulatoire	Prestataires de soins préventifs	Prestataires de services administratifs et de financement du système de soins de santé	Total
Formation brute de capital fixe	792,4	423,3	295,8	935,1	2 446,6
Infrastructure	560,6	279,3	42,6	0,0	882,6
<i>Bâtiments résidentiels et non résidentiels</i>	560,6	279,3	23,5	0,0	863,5
Machines et équipements	231,7	144,0	253,2	930,4	1559,3
Equipements médicaux	118,2	0,0	146,7	0,0	264,9
Matériel de transport	113,6	24,1	65,8	9,8	213,3
Equipements TIC	0,0	11,9	3,5	32,2	47,6
Machines et équipements n.c.a	0,0	108,0	37,1	888,4	1033,5
Produits de la propriété intellectuelle	0,0	0,0	0,0	4,7	4,7
<i>Logiciels et bases de données informatiques</i>	0,0	0,0	0,0	4,7	4,7
Total	792,4	423,3	295,8	935,1	2446,6

3.7. REPARTITION DES DEPENSES DE SANTE PAR MALADIE

La prise en charge des maladies infectieuses et parasitaires représente en 2015 et en 2016, plus de la moitié des dépenses de santé. En effet, pour ces deux années, sur l'ensemble des dépenses, celles dues aux maladies infectieuses et parasitaires varient entre 65,1% (2015) et 68,5% (2016).

Parmi les maladies infectieuses et parasitaires, le paludisme est celui qui consomme le plus de ressources, soit 29,2% (2015) et 30,6% (2016).

Les maladies non transmissibles et la santé de la reproduction détiennent des parts non négligeables des dépenses courantes de santé.

En effet, les dépenses liées aux maladies non transmissibles varient entre 14,5% (2015) et 13,7% (2016). Les dépenses courantes de santé au titre des maladies endocriniennes et métaboliques sont de 460,0 millions en 2015 et de 499,0 millions en 2016. Les dépenses pour le diabète représentent environ 74% de ces montants pour chacune des deux années. Au titre des maladies cardiovasculaires, les dépenses courantes de santé sont de 2 581,0 millions en 2015 et de 2 804,6 millions en 2016. Les dépenses pour l'hypertension artérielle représentent environ 63,5% de ces montants sur chacune des deux années.

Quant aux dépenses liées à la santé de la reproduction, elles représentent 11,7% (18040,8) en 2015 et 9,8% (17171,9) en 2016 de l'ensemble des dépenses soit 18 040, 8 millions en 2015 et 17 171,9 millions en 2016. La planification familiale représente environ 25% de ces montants sur chacune des deux années.

Les tableaux de répartition des dépenses de santé par maladie suivant les différentes dimensions sont représentés en annexe.

Tableau 21 : Répartition des dépenses de santé par maladies en 2015 et 2016

	2015		2016	
	Montant	%	Montant	%
Maladies infectieuses et parasitaires	100612,8	65,1	119817,2	68,5
VIH/SIDA et autres Infections Sexuellement Transmissibles (IST)	17355,8	11,2	25661,9	14,7
Tuberculose	729,5	0,5	1592,5	0,9
Paludisme	45101,7	29,2	53484,9	30,6
Infections des voies respiratoires	8107,2	5,2	9039,8	5,2
Maladies diarrhéiques	1271,4	0,8	1100,8	0,6
Maladies tropicales négligées	12347,8	8,0	12464,5	7,1
Maladies évitables par la vaccination	6220,6	4,0	6143,5	3,5
Autres maladies, et maladies non spécifiées, infectieuses et parasitaires (n.c.a.)	9479,0	6,1	10329,2	5,9
Santé de la reproduction	18040,8	11,7	17171,9	9,8
Carences nutritionnelles	1739,6	1,1	1190,5	0,7
Maladies non transmissibles	22463,3	14,5	23974,3	13,7
Tumeurs	295,9	0,2	318,4	0,2
Maladies endocriniennes et métaboliques	460,0	0,3	499,8	0,3
Maladies cardiovasculaires	2581,0	1,7	2804,6	1,6
Troubles mentaux et du comportement, et affections neurologiques	895,2	0,6	1069,8	0,6
Maladies de l'appareil respiratoire	1065,5	0,7	1153,5	0,7
Maladies de l'appareil digestif	8436,4	5,5	9164,2	5,2
Maladies de l'appareil urogénital	626,2	0,4	573,0	0,3
Troubles des organes des sens	394,0	0,3	318,7	0,2
Maladies bucco-dentaires	733,9	0,5	796,8	0,5
Autres maladies, et maladies non spécifiées, non transmissibles (n.c.a)	6975,3	4,5	7275,5	4,2
Traumatismes	7150,1	4,6	7963,1	4,6
Non lié à une maladie spécifique	412,9	0,3	0,0	0,0
Autres maladies/affections et maladies/affections non spécifiées (n.c.a.)	4051,3	2,6	4766,9	2,7
Total	154470,8	100,0	174883,8	100,0

CONCLUSION

Sur les deux exercices, les Dépenses Totales de Santé s'élèvent respectivement à 157 873,4 millions FCFA en 2015 et 177 841,3 millions FCFA en 2016, soit une croissance de 12,6%.

Les données montrent que les principales sources de leur financement sont les ménages avec une contribution de 58,7% en 2015 et 51,2 % en 2016.

Au niveau de la structure des dépenses courantes de santé, on note également que la contribution des ménages a connu une baisse en 2016 passant de 53,4 % à 49,6 %. Toutefois, elle reste la première source de financement des dépenses de santé à travers les paiements directs malgré les efforts croissants de l'État et ses partenaires.

L'analyse des DCS montre qu'elles sont financées en majorité par les autres revenus nationaux dans les proportions variant entre 58,5% en 2015 et 53,5% en 2016.

L'analyse de la dimension prestataire des comptes de la santé révèle que les détaillants et les autres prestataires de biens médicaux constituent les principaux prestataires avec 32,1% en 2015 et 29,7% en 2016. Cependant le poids de leurs prestations est en baisse depuis 2013 où il était de 34%.

Les dépenses courantes de santé sont principalement utilisées pour assurer des biens médicaux et des soins curatifs. Ces dépenses courantes de santé liées aux biens médicaux ont représenté 32% en 2015 et 29% en 2016 et celles liées aux soins curatifs ont représenté 27,9% en 2015 et 30,5% en 2016.

L'analyse de ces dépenses selon l'âge révèle qu'environ 70% sont consacrées aux personnes âgées. Selon le genre, il se dégage que plus de la moitié (56%) de ces dépenses sont consacrées aux femmes.

Sur le plan régional, les dépenses courantes de santé sont inégalement réparties. La région maritime détient la dépense courante de santé la plus élevée sur toute la période sauf en 2016 où Lomé Commune avec 31,3% devient la région ayant consommée plus de ressources. Dans les autres régions, la proportion des dépenses courantes de santé est chaque année inférieure à 22,0%.

Les données des CS 2015 et 2016 montrent que la prise en charge des maladies infectieuses et parasitaires représente en 2015 et en 2016, plus de la moitié des dépenses de santé. En effet, pour ces deux années, sur l'ensemble des dépenses, celles dues aux maladies infectieuses et parasitaires varient entre 65,1% (2015) et 68,5% (2016). Ces montants ont augmenté par rapport aux années précédentes.

Parmi les maladies infectieuses et parasitaires, le paludisme est celui qui consomme le plus de ressources, soit 29,2% (2015) et 30,6% (2016).

Les maladies non transmissibles et la santé de la reproduction détiennent des parts non négligeables des dépenses courantes de santé.

Cependant les dépenses liées aux maladies non transmissibles varient entre 14,5% (2015) et 13,7% (2016). Les dépenses courantes de santé au titre des maladies endocriniennes et métaboliques sont de 460,0 millions en 2015 et de 499,0 millions en 2016. Les dépenses pour le diabète représentent environ 74% de ces montants pour chacune des deux années. Au titre des maladies cardiovasculaires, les dépenses courantes de santé sont de 2 581,0

millions en 2015 et de 2 804,6 millions en 2016. Les dépenses pour l'hypertension artérielle représentent environ 63,5% de ces montants sur chacune des deux années.

Quant aux dépenses liées à la santé de la reproduction, elles représentent 11,7% (18040,8) en 2015 et 9,8% (17171,9) en 2016 de l'ensemble des dépenses soit 18 040, 8 millions en 2015 et 17 171,9 millions en 2016. La planification familiale représente environ 25% de ces montants sur chacune des deux années.

RECOMMANDATIONS

➤ A l'endroit de l'Etat :

- L'État à travers les décideurs politiques de la santé doit développer des mécanismes alternatifs de financement de la santé pour alléger le fardeau économique de la santé supporté par les ménages ;
- Mettre en œuvre la stratégie nationale de financement de la santé ;
- Augmenter le budget alloué à la santé conformément aux engagements internationaux (15% du budget d'État).

➤ A l'endroit du Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique :

- La mise en place d'un comité technique permanent des CS ;
- L'institutionnalisation des comptes de la santé, conformément à la Nouvelle nomenclature ;
- La nécessité d'une publication périodique (au moins tous les deux ans) et à jour des CS ;
- Le renforcement du développement de partenariat public et privé ;
- Le renforcement des mécanismes assuranciers existant de financement de la santé et développer d'autres mécanismes alternatifs dans le cadre de la couverture universelle ;
- Mettre l'accent sur la prévention ;
- Diversifier les cibles de la restitution pour diminuer la réticence des structures à la collecte des données.

➤ A l'endroit des PTF

- Poursuivre l'appui à l'élaboration annuelle des comptes de la santé ;
- Mettre régulièrement à la disposition de l'équipe en charge de l'élaboration des comptes de la santé les données financières nécessaires à l'élaboration des comptes.

BIBLIOGRAPHIE/WEBOGRAPHIE :

1. Rapport préliminaire EDSTIII 2013, *Enquête Démographique et de Santé Togo* ; Ministère de la Planification, du Développement et de l'Aménagement du Territoire, 2014 ;
2. Comptes de la Santé 2010, *Enquête sur les dépenses de santé en 2010 au Togo* ;
3. Comptes de la Santé 2013-2014, *Enquête sur les dépenses de santé de 2013 et 2014 au Togo* ;
4. Cadre des dépenses à moyen terme de la santé (CDMT) 2010 – 2013 – Lomé (Togo) ;
5. Direction Générale de la Statistique et de la Comptabilité Nationale, août 2011 : Suivi de la situation des enfants et des femmes (MICS) – Résultats de l'Enquête Nationale à Indicateurs Multiples TOGO 2010 Rapport final, www.childinfo.org;
6. Direction Générale de la Statistique et de la Comptabilité Nationale, *Questionnaire Unifié des Indicateurs du Bien-être de Base, (QUIBB 2014 et 2015)*, Rapport final ;
7. Organisation Mondiale de la Santé (OMS), 2005a : Guide pour l'élaboration des comptes nationaux de la santé avec des applications spéciales pour les pays à faible et à moyen revenus ;
8. Plan National de Développement de la Santé 2017-2022, Ministère de la Santé, 2017 ;
9. Direction du Système National d'Information Sanitaire et de l'Informatique (DSNISI): *Annuaire de la Statistique de 2015 et 2016*.