

MINISTERE DE LA SANTE

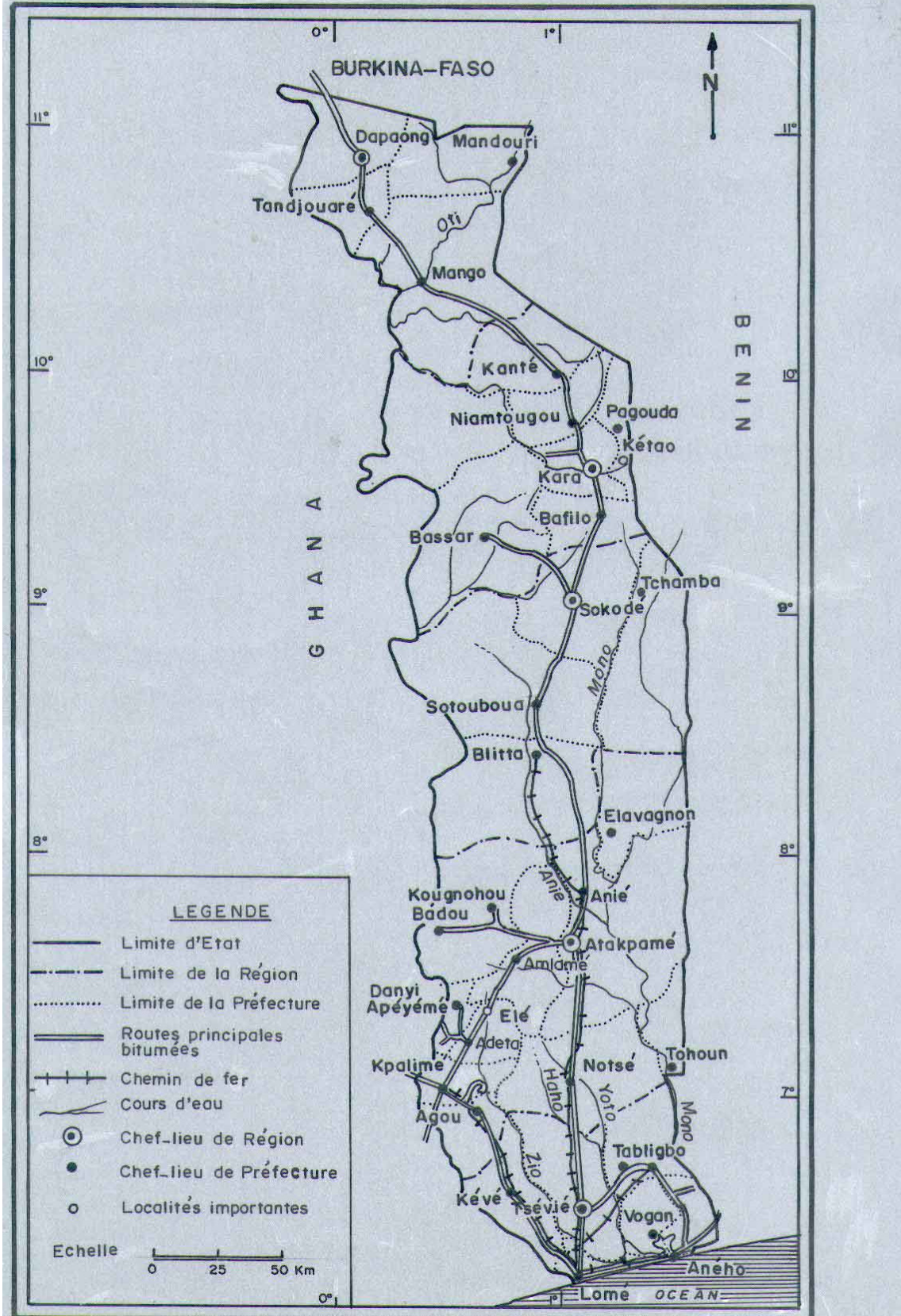
DIRECTION GENERALE DE LA SANTE

REPUBLIQUE TOGOLAISE
Travail – Liberté - Patrie

**COLLOQUE SUR L'ASSURANCE MALADIE
PRESENTATION DE L'EQUIPE DU TOGO**

Par
Dr BAWE Kossi Naraféi
Dr NAPO KOURA Gado
M. GAVON Jacques
Mme AGBOGBE Ayaba Vignona
Dr KUTOWOGBE Komla
M . ADOM'AKO Bilanah

CARTE ADMINISTRATIVE DU TOGO



INTRODUCTION :

➤ **CONTEXTE GENERAL :**

Caractéristiques physiques du Togo

Situé en bordure du Golfe de Guinée, le Togo s'étire en corridor sur 650 km avec une largeur variant de 50 à 150 km et une superficie de 56 600km². Il est limité au Sud par l'Océan Atlantique auquel il relie les pays enclavés du Sahel. Il est limité au Nord par le Burkina Faso, à l'est par le Bénin et à l'Ouest par le Ghana.

Répartition démographique

Les statistiques démographiques de 2002 estiment à 4.8 millions d'habitants la population togolaise pour un taux moyen de croissance de 2,6 par an. Pour la même année, sa densité est estimée à 82 habitants /km² avec des variations allant jusqu'à 313 habitants /km² dans certaines régions. La population est donc inégalement répartie sur le territoire.

Situation politique et administrative :

Situation politique

Le Togo a connu une crise socio – politique de 1990 à 1993 avec de sérieuses répercussions sociales et économiques encore perceptibles de nos jours. La démocratisation du pays est effective, avec un régime semi – présidentiel et parlementaire.

Organisation administrative

Le territoire national est divisé en cinq régions administratives : Maritime, Plateaux, Centrale, Kara et Savanes, elles-mêmes subdivisées en préfectures. Actuellement, le pays compte 30 préfectures et 4 sous-préfectures.

L'administration centralisée depuis l'époque coloniale, connaît une phase de décentralisation progressive depuis les années 80. Cette décentralisation est même plus poussée dans le secteur sanitaire avec la mise en place de trois niveaux opérationnels : périphérique, intermédiaire et central.

➤ **Aspects économiques :**

Les différents secteurs

Trois types d'activités caractérisent l'économie togolaise : l'agriculture, l'industrie et le commerce .

L'agriculture, bien qu'elle fasse moins de 42% du P.I.B., joue un rôle primordial dans le développement économique parce que la majorité des habitants soit plus de 70% de la population active, tirent leur subsistance de la terre.

Le secteur industriel, dont les produits comptent pour 22% du PIB, est dominé essentiellement par l'exploitation des phosphates et comprend les petites et moyennes industries.¹

Enfin, le secteur tertiaire représente environ 36% et se compose de plusieurs domaines tels que le commerce, les bar-restaurants, le transport (avec le développement du port), la communication, les services publics et autres².

Deux décennies de Programme d'Ajustement Structurel

Suite aux difficultés économiques aiguës qui ont marqué la fin des années 70, le Togo a engagé une action vigoureuse de redressement des grands déséquilibres macro-économiques dès le début des années 80. Il fut assisté dans cette politique par le FMI avec qui il a mis en place un programme de stabilisation financière.

A partir de 1983, ce programme fut relayé par celui de l'ajustement structurel soutenu par la BM. La dévaluation de 50% du FCFA intervenue en 1994 a rendu encore plus complexe la situation économique et financière du pays avec pour conséquence une diminution de plus de 4% du PIB réel et un recul de 7% des revenus par tête d'habitant. On enregistre alors à cette période un rétrécissement prononcé de l'accès aux services sociaux, résultant de la compression des dépenses publiques et de la baisse de revenus des populations.

➤ POLITIQUE SANITAIRE ET SECURITE SOCIALE

Depuis l'indépendance et ce jusque vers la fin des années 70, le Togo a axé ses efforts sur les soins curatifs et la lutte contre les grandes endémies. Après Alma – Ata (1978), les pouvoirs publics ont adopté une stratégie de soins de santé primaires qui privilégiait les services auxiliaires. Ce qui a permis d'améliorer l'état de santé de la population et l'accès aux soins de santé. la crise économique survenue en 1990 a limité les performances du secteur qui connaît toujours de sérieuses difficultés qui sont entre autres:

- *La faible articulation entre les priorités et les actions stratégiques.*
- *L'insuffisance du financement.*
- *Le manque de collaboration entre ministères.*
- *Les problèmes structurels liés à la prestation des services.*
- *La faible mobilisation des communautés.*

Une politique sanitaire est élaborée depuis 1998 suivie d'une note stratégique du secteur et du plan national de développement sanitaire pour mieux cerner les nouvelles données.

Offre de soins : services disponibles et prestataires

En matière de structures sanitaires de soins, le Togo dispose actuellement des structures publiques à trois niveaux :

¹ Nouveaux marchés, Togo, cap sur l'an 2000, janvier 1998

² Rapport du PNUD sur le développement du Togo, 2001.

- Deux Centres Hospitaliers Universitaires (CHU) et deux (02) hôpitaux spécialisés à Lomé
- Six Centres Hospitaliers Régionaux des Régions Sanitaires Lomé – Commune, Maritime, Plateaux, Centrale, Kara et Savanes.
- Trente cinq (35) centres hôpitaux de districts , et plus de quatre cents unités de soins périphériques.
- Un niveau périphérique représenté par trois cent cinquante (350) dispensaires dont six (06) de type infirmerie d'entreprise publique ou parapublique.
- 62 postes de santé
- en outre, le pays dispose de trois centres de transfusion sanguine, d'un Institut National d'Hygiène
- et de trois centres d'appareillage orthopédiques.

Sur le plan de ressources humaines, les ratios sont ainsi réparties :

- une unité de soins pour 8.500 habitants ;
- un médecin pour 12.470 habitants ;
- une sage-femme pour 9 330 habitants ;
- un infirmier pour 3 093 habitants.

En outre, les ressources humaines disponibles sont inégalement réparties : dans la seule ville de Lomé, on compte environ 53% des médecins, 42% des sages-femmes et 26% des infirmiers soit 33 % de l'ensemble du personnel médical.³

L'utilisation des offre de médecine traditionnelle est largement répandue au Togo dans nos villes et campagnes. Il est même envisagé une collaboration entre tradi - praticiens et les services sanitaires publics.

Protection sociale et sanitaire au Togo

La détérioration du PIB par habitant a entraîné une baisse des prestations sociales et des difficultés d'accès à l'alimentation, à l'éducation et au logement. A ces problèmes, il faut associer la pénurie de l'emploi et le chômage galopant. Les chiffres enregistrés par habitant sont les suivants :

79 461 F CFA en 1978, 65 000 F CFA en 1988, 55 200 F CFA en 1995⁴, 54 900 F CFA en 2001⁵,
60 569 F CFA en de 2003, 61 000 F CFA en 2004 et 64 000 F CFA prévu pou 2005⁵

Les investigations révèlent que la politique sociale en matière de santé est faible. En dehors des services sociaux que l'on rencontre dans la plupart des institutions, entreprises, hôpitaux, universités qui n'ont pas de rapport direct avec la santé, il n'existe que la Caisse Nationale de Sécurité Sociale (CNSS) qui ne garantit que :le paiement des allocations familiales et les allocations de vieillesse et de décès aux travailleurs .

³ UNICEF : Femmes et enfants, 2000

⁴ PNUD, Rapport mondial sur le développement humain, 2002

⁵ CNPE

⁵ CNPE

Ce caractère partiel de la protection sociale qui ne couvre que certaines catégories de travailleurs constitue l'une des raisons qui nécessite le développement des mutuelles au Togo.

➤ **DONNEES SANITAIRES**

Quelques indicateurs

Selon le dernier rapport du PNUD sur le classement de IDH, le Togo se trouve parmi les catégories de pays à faible développement humain. Il occupe le 141^e rang.

- Espérance de vie : 52,2 ans (2002)
- Accès à l'eau potable : 54% de la population
- Accès aux soins de santé : retard important
- Population utilisant des équipements sanitaires appropriés : 34%
- Accès aux médicaments et vaccins essentiels 50 à 79%
- Ratio médecins/hab. : 8 médecins / 100 000 hab.
- Taux de mortalité maternelle : 478 pour 100 000 naissances vivantes
- Taux de mortalité infantile : 86 pour mille⁶
- Taux de mortalité des enfants de moins de 5 ans: 132 pour mille
- Taux de prévalence du VIH/SIDA (tranche d'âge de 12 - 49ans) : 5.95 %

Ces statistiques indiquent l'état préoccupant dans lequel se trouve le secteur sanitaire au Togo. Il s'agit d'un défi majeur pour les pouvoirs publics et les populations.

II – SYSTEMES LEGAUX DE COUVERTURE MALADIE :

A) Régime d'Assurance Maladie Obligatoire (R.A.M.O.).

1 – Fonctionnaires et Agents de l'Etat :

1 – 1 -Textes créant le droit à l'assurance maladie⁷

Décret N° 61 – 14 du 11 février 1961 portant règlement intérieur du Centre Hospitalier de Lomé.

Au terme de ce décret à l'article 72, alinéas 1 à 6, il est fait cas de la prise en charge des frais de soins et de séjour à l'hôpital pour les fonctionnaires et personnels des forces armées et leurs familles.

1 – 2 –Prestations octroyées

actuellement, les consultations et les hospitalisations seules sont couvertes. Les médicaments sont à la charge des assurés au niveau national.

Dans les représentations togolaises à l'étranger, l'Etat assure la couverture à 100% pour les fonctionnaires détachés.

⁶ document PAMEP/PNUD

⁷ journal officiel de la République année 1961, page 136.

1- 3 – Mécanismes de financement mis en œuvre :

Il est instauré 50% de co – paiement : le fonctionnaire se voit prélever 50% des frais de prestations à la source, et le reste est remboursé aux hôpitaux par l'Etat.
Le Trésor Public prend en charge les 100% des frais de santé des fonctionnaires détachés.

1- 4 – Cadre institutionnel (organisme de gestion)

Le Trésor Public se charge du prélèvement et de la gestion des fonds.

1- 5 -Nombre théorique de bénéficiaires :

35 810 fonctionnaires avec 286 480 bénéficiaires sont théoriquement couverts.

2 – Salariés du secteur privé :

Il n'existe pas de volet Assurance Maladie du secteur privé.
Néanmoins il y a une Caisse Nationale de Sécurité sociale (CNSS) créée par ordonnance N° 39 – 73 du novembre 1973 instituant un code de sécurité sociale. qui ne couvre que les prestations familiales, les allocations vieillesse, invalidité et décès, les accidents de travail et maladies professionnelles.

B) Régimes d'assurance maladie non contributive :

1 – Les militaires :

1 – 1 -Textes créant le droit à l'assurance maladie :

Décret N° 61 – 14 du 11 février 1961 portant règlement intérieur du Centre Hospitalier de Lomé.

1 – 2 –Prestations octroyées

Les consultations, les hospitalisations et les médicaments sont couverts à 100% pour le personnel des forces armées.

1- 3 – Mécanismes de financement mis en œuvre :

*Le Trésor Public rembourse 100% des frais de prestations de santé des militaires et de leurs familles.

1- 4 –organisme de gestion

Le Trésor Public se charge de la gestion des fonds.

1- 5 -Nombre théorique de bénéficiaires :

12 000 militaires avec 96 000 bénéficiaires (une épouse et six enfants + le titulaire) sont théoriquement couverts.

2 - Elèves et étudiants et indigents :

2 – 1 -Textes créant le droit à l'assurance maladie :

Pour la prise en charge des indigents, l'article 6 de la délibération N° 22/ ATT (Assemblée Territoriale du Togo) du 06 mai 1953 portant refonte des cessions des services de santé, stipule que l'Assurance Médicale Indigène (AMI), [aujourd'hui Assurance Médicale Gratuite (AMG)] donne les conditions de prise en charge des indigents ; c'est la seule définition de l'indigent qui existe dans la législation Sanitaire Togolaise.⁸

Mais, concernant les élèves et étudiants, il n'a été retrouvé aucun texte en la matière ; néanmoins, ils sont tous considérés comme indigents et sont pris en charge comme tels.

2 – 2 –Prestations octroyées

Les consultations, les hospitalisations et les médicaments, surtout pour les étudiants

2– 3 – Mécanismes de financement mis en œuvre :

Le trésor public s'occupe du remboursement des prestations de soins aux étudiants qui sont considérés comme des indigents.

2– 4 – Cadre institutionnel (organisme de gestion)

Le Trésor Public rembourse les hôpitaux.

2– 5 -Nombre théorique de bénéficiaires :

735 000 dont 720 000 élèves et 15 000 étudiants.

4- Evacuations sanitaires

1 – 1 -Textes créant le droit à l'assurance maladie :

Décret N° 73 – 51 du 26 février 1973 créant une commission spéciale et réglemant les évacuations sanitaires à l'extérieur du territoire national.

1 – 2 –Prestations octroyées

Selon les besoins : le médecin traitant envoie une requête au Ministre de la Santé. Ce dernier prend contact avec son collègue des Finances. Celui – ci confie le dossier à une commission (créée par le décret ci - dessus) qui décide de l'évacuation.

Mécanismes de financement :

Chaque année, l'Etat inscrit une dotation budgétaire de 300 000 000 F CFA pour les évacuations sanitaires vers les pays d'Afrique et l'Europe (selon la loi de finances 2004). Ainsi, en cas d'évacuation sanitaire, l'Etat prend en charge 100 % des prestations. Mais il peut récupérer auprès du bénéficiaire le tiers de ces frais.

⁸ Plan National de Développement Sanitaire 2002 – 2006.

1- 4 – *Cadre institutionnel (organisme de gestion)*

Le Trésor Public se charge de la gestion des fonds.

1- 5 -*Nombre théorique de bénéficiaires :*
Inconnu.

C) REGIME D'ASSURANCE MALADIE A BUT LUCRATIF : (Assurances commerciales)

Le régime d'assurance maladie a but lucratif est essentiellement représenté par les assurances des travailleurs du secteur privé (que sont les banques, les services d'assurances, et les autres sociétés privées, les ambassades, les organismes internationaux, des individus, les mutuelles de santé).

1 – 1 -*Textes créant le droit à l'assurance maladie :*

Une convention collective a été signée le ??? entre l'Association des médecins privés du Togo et le Comité des Assurances pour la couverture des travailleurs des secteurs pré – cités.

1 – 2 –*Prestations octroyées :*

Les actes médicaux, chirurgicaux, biologiques, les médicaments et les évacuations sanitaires sont couverts.

1- 3 – *Mécanismes de financement mis en œuvre :*

L'employeur paie la totalité des cotisations à la compagnie d'assurance. Dans certaines sociétés, une contribution ou quote – part modique est cependant prélevée aux travailleurs.

1- 4 –*Organisme de gestion :*

Les compagnies d'assurance gèrent elles – mêmes les fonds mais se réassurent auprès d'autres organismes de réassurance.

1- 5 -*Nombre théorique de bénéficiaires :*

30 000 bénéficiaires pour 3750 assurés.

III – LIMITES OU DISFONCTIONNEMENTS DE SYSTEMES LEGAUX

A) Régime d'Assurance Maladie Obligatoire.

- Pour des raisons de trésorerie, les 50% de couverture des salariés du secteur public et leurs familles prélevés par l'Etat à la source ne sont jamais versés aux structures sanitaires ; les 50% restants de couverture à verser par l'Etat aux structures sanitaires ne le sont effectivement pas.

- Les infirmeries des établissements scolaires et universitaires quand elles existent, ne sont plus assez fonctionnelles faute de fournitures en matériel et consommables de tout genre ainsi que de personnels.
- Le système de prise en charge des indigents n'est pas efficient ; une ligne budgétaire (un milliard de francs CFA). est votée chaque année par l'Etat pour couvrir ces frais (selon les lois de finances de 1996 à ce jour). Cette ligne dépens ée est orientée en priorité vers les salaires du personnel localement recruté
- Certaines structures sanitaires publiques refusent les attestations de prise en charge médicale des fonctionnaires et autres agents de l'Etat.
- D'autres structures sanitaires publiques exigent le versement intégral des 50 % dus par le fonctionnaire avant les soins.
- Certains fonctionnaires et agents de l'Etat ignorent l'existence de cette couverture maladie de l'Etat.

B) Régime d'Assurance Maladie Volontaire Contributive (les assurance commerciales) :

- La masse financière collectée par les assurances représentant la contribution des assurances commerciales s'élève à environ trois milliards de francs CFA ; elle souffre des charges des diverses taxes et frais généraux de gestion réduisant ainsi la prime de risque effective à 70% environ, essentiellement constituée des remboursements de frais médicaux.
- Les assurances commerciales connaissent aussi des problèmes de fraude : prise en charge des personnes autres que les ayant- droit par un système d'escroquerie.

IV – LES REFORMES EN COURS : MUTUELLES DE SANTE.

INTRODUCTION

En l'absence de dispositions légales nouvelles, des régimes tendant vers la mise en place des mutuelles de santé sont en cours dans quatre régions sanitaires sur les six que compte le Togo.

1 - DESCRIPTION

a) Projet GTZ / PADESS : projets de mise en place de neuf mutuelles de santé : cinq dans la Région sanitaire Lomé – Commune et quatre dans la région Centrale.

b) Programme UE / ADSS : projets de mise en place de dix mutuelles de santé : trois dans le cinquième District sanitaire de Lomé; dans la Région Sanitaire Maritime trois mutuelles de santé sont prévues dans le District Sanitaire de ZIO et quatre dans le District Sanitaire des LACS.

c) Projet LOUVAIN DEVELOPPEMENT et 3ASC dans la Région Sanitaire des Savanes pour la mise en place de quatre mutuelles de santé.

2 - OBJECTIFS VISES :

a) Objectif général :

Contribuer à l'amélioration de l'accessibilité financière des plus démunis au soins de santé de qualité à moindre coût.

B) Objectifs quantitatifs :

Dix neuf mutuelles de santé doivent être mises en place dans onze districts sanitaires.

Mobilisation de ressources additionnelles en terme de financement de soins de santé attendue par les réformes 12 000 000 FCFA par mutuelle de santé par an x 19 mutuelles, soit : **228 000 000 F CFA** par an pour 1 520 000 bénéficiaires. A ce moment viendrait s'ajouter les cotisations des 2 233 adhérents pour 18 560 bénéficiaires des mutuelles de santé et autres associations de prise en charge de soins recensées en 2003 par LA CONCERTATION au Togo

C) Objectifs qualitatifs : qualité des soins, satisfaction du client.

Des enquêtes périodiques seront menées pour déterminer la qualité des soins et la satisfaction du client. Les leaders des mutuelles de santé pourront aussi, en tant membres d'un groupe de pression, prendre part aux séances de monitoring et de supervision des formation sanitaires conventionnées dans le même but.

3 - STRATEGIES :

3- 1 – MECANISMES DE FINANCEMENT

Selon le mécanisme défini par chaque mutuelle de santé :

Paiement direct des prestations par le membre à jour de ses cotisations ; il est ensuite remboursé par la mutuelle selon le pourcentage arrêté par l'assemblée générale ;

Système de tiers payant : le mutualiste à jour de ses cotisations paie un ticket modérateur et se fait soigner ; la mutuelle paie le prestataire de soins conventionné dès réception des factures de soins.

3 - 2 – MECANISMES PREVUS POUR EVITER L'ESCALADE DES COUTS :

Plusieurs possibilités :

Contre le risque moral : instauration de ticket modérateur et d'un système de référence obligatoire,

Contre le risque de sur –prescription : instauration d'un forfait de prise en charge par personne ou par épisode de maladie, plafonnement des soins et franchise en cas d'hospitalisation, respect par les prestataires des schémas standard de traitement et prescription de Médicaments essentiels génériques inscrits sur une liste établie par la mutuelle, obligation aux membres et aux personnes à charge de suivre le calendrier vaccinal en vigueur,.

Contre les fraudes et les abus : Contrôle avant et après le recours aux soins, imposition de photos d'identité pour l'adhérent et les personnes à charge sur la carte ou le livret de l'adhérent.

Contre le risque de sélection adverse : adhésion simultanée des membres d'un même groupe (Entreprises) ou par famille .

Contre l'occurrence de cas catastrophiques : constitution de réserves financières, accès à un fonds de garantie, réassurance de la mutuelle.

3-3 – CONTRIBUTION A L'EQUITE (cas des indigents)

Une mutuelle de santé naissante devra faire très attention pour ce qui est de la prise en charge des indigents. Les dirigeants auront à bien étudier les critères d'indigence,

à recenser les éventuels cas d'indigence, et définir au cours d'une Assemblée Générale quelles seront les modalités de prise en charge de ces indigents (un certain pourcentage des cotisations, caisse de cotisations spéciales).

4 – ORGANISME DE GESTION

Chaque mutuelle de santé devra s'auto – gérer ; mais pour accompagner le processus jusqu'à la pérennité, les structures d'appui suivantes sont en place :

DRS – LC - projet GTZ / PADESS : Cellule Régionale d'appui à la mise en place et suivi des Mutuelles de santé.

DRS – LC – Programme UE /ADSS : Cellule Régionale d'appui à la mise en place et suivi des Mutuelles de santé + Unité technique de Coordination de UE / ADSS.

3ASC / LOUVAIN DEVELOPPEMENT dans la Région des savanes.

5 – NOMBRE THEORIQUE DE BENEFICIAIRES :

Il est prévu, comme dit plus haut dix – neuf mutuelles de santé pour les quatre années à venir avec chacune 10 000 membres et huit bénéficiaires par famille ; ce qui donne

1 520 000 bénéficiaires à terme.

A ces prévisions s'ajoutent les 2233 membres pour 13 3398 bénéficiaires des huit mutuelles de santé fonctionnelles recensées par LA CONCERTATION en 2003.

V) CONTRAINTES LIEES A L'ASSURANCE MALADIE UNIVERSELLE

Faible engagement politique pour la couverture maladie universelle.

- Le RAMO pour les fonctionnaires, les militaires, les élèves et étudiants n'est pas pleinement fonctionnel.
- La couverture des autres salariés publics et privés est inexistante.
- La Caisse Nationale de Sécurité Sociale (CNSS) se désengage actuellement des activités de couverture sanitaire de ses abonnés.
- Il n'existe pas de cadre législatif pour la couverture du citoyen en assurance maladie.

- Croyances, habitudes et pratiques défavorables à la prévoyance du risque maladie
- Absence d'idée d'épargne pour le risque maladie dans les cultures traditionnelles.
- La solidarité pour la prévention des maladies est insuffisante.

Absence d'un mécanisme approprié pour l'identification et la prise en charge des indigents :

- Qui est indigent ?
- Qui paye pour l'indigent ?
- Insuffisance de financement pour la promotion des mutuelles de santé.
- Absence de financement interne,
- Financement externe insuffisant.

VI) SOLUTIONS PROPOSEES

1 – 1 -Textes créant le droit à l'assurance maladie :

Contribution de l'Etat pour l'élaboration du projet et d'un cadre institutionnel de l'Assurance maladie Universelle (AMU).

1 – 2 –Prestations à octroyer

L'assurance maladie universelle aura à couvrir les consultations, les hospitalisations, les médicaments et les évacuations sanitaires.

1– 3 – Mécanismes de financement mis en œuvre :

Ceux qui peuvent payer payent pour les démunis : la cotisation sera calculée par catégorie socio – professionnelle.

1– 4 –Organisme de gestion

La gestion devra être confiée à un organisme privé avec contrôle de l'Etat.

1– 5 -Nombre théorique de bénéficiaires :

Toutes les catégories socio – professionnelles seront couvertes de la même façon.

CONCLUSION.

Prise en compte de la majorité de la population à prédominance paysanne.

Augmentation de l'utilisation des formations sanitaires modernes (publics et privés).

Meilleure couverture sanitaire de la population, y compris la prise en charge des indigents.

Augmentation du financement de la santé.

Meilleure qualité des prestations et de la motivation accrue des prestataires.

Disponibilité de plus en plus croissante des populations à résoudre les problèmes de santé.

Développement du partenariat.

COMPOSITION DE L'EQUIPE DU TOGO

Dr. Kossi Narafei BAWE

Directeur des Etablissements de Soins, Ministère de la Santé Publique
B.P. 20834 LOME –TOGO ;Tel : (228) 221 74 16 - Fax : (228) 221 89 48
Tél. privé : (228) 250 25 10 /9048804 /221 72 35
E-mail : bakona@caramail.com

Gado NAPO-KOURA

Professeur Chargé des Affaires Pédagogiques à la Faculté Mixte de Médecine et de Pharmacie Université de Lomé.
B.P. 1515 LOME – TOGO; Tel : Bur (228) 221 51 94 - Fax: (228) 221 06 09
Tel (Prive) : (228) 226 88 44 / 904 60 01
E-mail: fgnapo@yahoo.fr

M. Jacques GAVON*

Chef de Division Finances, Administrateur des Finances à la Direction Générale de la Santé Publique Ministère de la Santé
B.P. 8614 LOME – TOGO; Tel : (228) 221 38 01; Fax : (228) 225 95 66
Privé : (228) 904 10 90
E-mail: jaco@webmails.com

Mme. AGBOGBE Ayaba Vignona *

Assistante Médicale, Chef du Service Régional de l' Administration et des Finances
Chargée de la Cellule Régionale d'Appui aux Mutuelles de Santé (CRAMS)
Mutuelles de la Santé, Direction Régionale Santé Lomé – Commune.
Boîte Postale: 07 B.P. 12 040 Lomé 07 LOME – TOGO ; Tel : (228) 222 21 04
Fax : (228) 221 85 66
Tel (Prive) : (228) 947 50 15 / 944 65 88 / 251 57 66.
E-mail : vitoyab@yahoo.fr

M. ADOM'AKO Yao Bilanah

Administrateur Hospitalier ; Directeur du CHR de Sokode
B.P. : 187 CHR ; LOME TOGO
Tel : (228) 550 00 76 / 550 07 13 - Fax: (228) 550 00 76
Tel (Prive) : (228) 905 66 94

Dr KUTOWOGBE Komla*

Médecin de Santé Publique, Directeur des Etablissements de Soins,
Ministère de la santé.
B.P. :336 – DGS - Lomé.
Tel. service: (228) 221 74 16
Tel. Privé : (228) 225 98 17 / 904 25 25
E-mail : kmkutowogbe@yahoo.fr

* Participants au colloque de Paris.