



RÉPUBLIQUE DU TOGO

MINISTÈRE DE LA SANTÉ

DIRECTION GÉNÉRALE DE LA SANTÉ

**DIRECTION DE LA PLANIFICATION
DE LA FORMATION ET DE LA RECHERCHE**

Comité Technique des Comptes Nationaux de Santé



**ORGANISATION MONDIALE
DE LA SANTE
REPRESENTATION DU TOGO**

LES COMPTES NATIONAUX DE SANTE – PERIODE 2002

RAPPORT FINAL DE SYNTHESE

Lomé, juin 2005

PERSONNEL DE CONCEPTION ET D'ELABORATION DES COMPTES

Coordination :

Au niveau national

- ◆ Dr TCHAMDJA Poutougnima, Directeur Générale de la Santé ;
- ◆ Dr PEKELE Minzah, Directeur de la Planification, de la Formation et de la Recherche ;
- ◆ N'GUISSAN Kokou Yao, Directeur Général de la Statistique et de la Comptabilité Nationale ;
- ◆ Mr KETOGLO Anumu, Chef Division Prévision à la Direction de l'Economie ;
- ◆ Mr SEMODJI, Coordonnateur de la Cellule DSRP ;

Au niveau de l'OMS - TOGO

- ◆ Dr ADZODO Mawuli, MPN, OMS Togo

Consultants nationaux :

- ◆ KOUASSI Koame, Ingénieur Statisticien, Spécialiste en technique quantitative ;
- ◆ GENTRY Akoly, Ingénieur Statisticien Economiste, Spécialiste en Comptabilité Nationale.

Le comité remercie très sincèrement

Son excellence Mme Suzanne AHO ASSOUMA, Ministre de la Santé ;

Son excellence Dr KADRI Tankari, Représentant de l'OMS au Togo ;

Son excellence Monsieur le Conseiller Régional NHA/DSD/AFRO.

Pour leur sollicitude constante, leur orientation stratégique et leur soutien durant les différentes phases d'exécution des travaux.

SIGLES ET ABREVIATIONS

CH	:	Centre Hospitalier ;
CMS	:	Centre médico-social ;
DGS	:	Direction Générale de la Santé ;
DGSCN	:	Direction Générale de la Statistique et de la Comptabilité Nationale ;
DISER	:	Division Informations statistiques, Etudes et Recherche ;
DPFR	:	Direction de la Planification, de la Formation et de la Recherche ;
DPS	:	Direction Préfectorale de la Santé ;
DRS	:	Direction Régionale de la Santé ;
GTZ	:	Coopération Technique Allemande ;
IEC/CCC	:	Information Education Communication/Communication pour un Changement de Comportement ;
ISBL	:	Institution Sans But Lucratif au service des Manages ;
OMS	:	Organisation Mondiale de la Santé ;
PADESS	:	Projet d'Appui au Développement du Système de Santé
PNUD	:	Programme des Nations Unies pour le Développement ;
UNICEF	:	Fonds des Nations Unies pour l'enfance ;
USAID	:	Agence de Coopération du Gouvernement des Etats-Unis d'Amérique

TABLE DES MATIERES

PERSONNEL DE CONCEPTION ET D'ELABORATION DES COMPTES	2
SIGLES ET ABREVIATIONS.....	3
1. INTRODUCTION	5
2. CONTEXTE ET JUSTIFICATION DE L'ETUDE.....	5
3. BUT ET OBJECTIFS.....	6
4. CADRE DE L'ETUDE	7
5. METHODOLOGIE	8
6. PREPARATION, REALISATION DES ENQUETES ET EXPLOITATION DES DONNEES	12
6.1 Enquête institution.....	12
6.2 Enquête ménage	13
6.3 Exploitation informatique.....	14
7 METHODOLOGIE ET RESULTATS DES COMPTES	14
7.1 Méthodologie d'élaboration des comptes	14
7.1.1 Données sources des institutions	14
7.1.2 Données sources des ménages.....	15
7.1.3 Synthèse des Comptes Nationaux de Santé	15
7.2 Résultats sur les Comptes Nationaux de Santé	15
8 DIFFICULTES RENCONTREES	18
8.1 Difficultés liées à l'enquête Institution	18
8.2 Difficultés liées à l'enquête Ménage	18
8.3 Difficultés liées à l'exploitation informatique des données.....	19
9 CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS	19
BIBLIOGRAPHIE.....	20

1. INTRODUCTION

L'élaboration des comptes nationaux de la santé a pour but de mettre à la disposition des décideurs des données fiables sur la production, le financement, l'utilisation, la qualité et l'appréciation (par les ménages) des services de santé au Togo.

Ces données, lorsqu'elles sont disponibles, permettent aux décideurs et aux intervenants dans le secteur de la santé d'évaluer et de rendre plus efficiente la politique nationale de santé.

L'Homme étant le centre d'intérêt de la politique économique et sanitaire, son comportement en terme d'utilisation des soins de santé, son appréciation des services de santé, ses moyens de financement des dépenses de santé et les résultats qu'il obtient sont les principaux éléments d'aide à la prise de décision pour rendre plus efficace cette politique.

Une bonne formulation de la politique nationale de santé nécessite alors que les autorités disposent d'informations de qualité sur le comportement sanitaire de l'Homme. L'unité statistique la mieux habilitée à traduire ce comportement étant le ménage, il est judicieux que les comptes nationaux de la santé soient élaborés de préférence à partir de données collectées auprès des ménages. Mais ces informations ne sont pas complètes, et il faut y joindre les données concernant le comportement des institutions impliquées dans le domaine de la santé.

C'est ainsi que, les comptes nationaux de la santé sont élaborés à partir des données de deux enquêtes complémentaires :

- ◆ Une enquête auprès des institutions ;
- ◆ Et une enquête auprès des ménages.

2. CONTEXTE ET JUSTIFICATION DE L'ETUDE

Depuis les années 90, le Togo a entrepris en collaboration avec ses partenaires privilégiés la réforme du secteur santé en élaborant une politique, des stratégies et un plan national de développement sanitaire.

La politique nationale de santé du Togo a pour objectif de réduire les taux de mortalité et de morbidité liés aux maladies transmissibles et non transmissibles à travers une réorganisation et une meilleure gestion du système de santé et une amélioration continue de l'accessibilité de tous, et particulièrement les plus démunis ainsi que le couple mère-enfant, aux services de santé de bonne qualité.

Cependant, les ressources disponibles pour garantir l'accès aux soins à tous et surtout à la population pauvre (72,3%) deviennent de plus en plus rares.

L'analyse de situation sanitaire effectuée dans le cadre de l'élaboration du PNDS dénote une absence de base de données sur le financement du secteur privé de santé et la non maîtrise des dépenses réelles du secteur public.

La problématique de financement de la santé nous interpelle tous et on peut se demander :

- ◆ Quel est l'impact du financement de la santé sur la réduction de la pauvreté au Togo ?
- ◆ Quel est l'impact du financement de la santé sur l'accroissement du PIB ?
 - le financement (ressources et dépenses)le financement de la santé est-il efficient ?
 - le financement de la santé est-il efficace ?
 - le financement de la santé est-il équitable ?

L'opportunité d'entreprendre l'étude des comptes nationaux de santé vient conforter les efforts accomplis par le gouvernement togolais dans la mise en place de bases factuelles permettant de proposer des pistes de solutions pour des prises de décisions rationnelles en matière de politique de financement. Pour la réalisation d'une telle étude, il s'avère de faire appel à des compétences locales

3. BUT ET OBJECTIFS

Le but de l'étude des comptes nationaux de santé est de contribuer à la réduction de la pauvreté par l'amélioration de l'état de santé en garantissant la performance du système de santé et une espérance de vie en bonne santé.

L'objectif principal visé est de permettre au Ministère de la Santé de disposer de bases factuelles sur les comptes nationaux de santé permettant aux autorités togolaises d'opérer des choix rationnels de politique et de stratégies basées sur l'équité dans la contribution financière aux soins et services de qualité pour tous et surtout aux plus démunis.

Plus spécifiquement, il s'agit de :

- ◆ Collecter des données sur le financement (ressources et dépenses) de la santé dans les institutions oeuvrant dans ce domaine ;
- ◆ Collecter des données sur le financement (ressources et dépenses) de la santé dans les ménages ;
- ◆ Quantifier les dépenses totales de santé par source et par agents financiers à travers des tableaux synthétiques ;
- ◆ Décrire les dépenses de santé par prestataires, par fonctions, par lignes budgétaires, par niveaux de soins, par régions et par bénéficiaires ;
- ◆ Evaluer l'efficacité et l'équité de la répartition dans l'allocation et l'utilisation des ressources par programmes de santé, par niveaux du système de soins, par régions et par types de ressources (humaines, matérielles et financières) ;
- ◆ Etudier les modes de pérennisation du système national de santé ;
- ◆ Etudier les modes d'institutionnalisation des comptes nationaux par une mise à jour régulière des présentes informations ;
- ◆ Utiliser les bases factuelles sur les comptes nationaux pour orienter les décideurs à opérer de meilleurs choix de politique de santé et de financement.

4. CADRE DE L'ETUDE

4.1 Géographie

Le Togo est un petit pays de l'Afrique occidentale qui occupe une superficie de 56 600 km², avec une population estimée à 5 090 000 d'habitants en 2004. Il est allongé du Sud au Nord sur 600 km entre le Golfe de Guinée et le Burkina Faso et mesure entre 45 et 150 km de large entre le Ghana à l'Ouest et le Bénin à l'Est.

4.2 Tendances économiques

Comme la plupart des pays africains au sud du Sahara, le Togo, après avoir connu une situation financière relativement stable et une croissance économique, a été confronté à de sérieuses difficultés économiques et financières provoquées par la chute brutale des cours mondiaux des principaux produits d'exportation et, des erreurs en matière d'investissements publics. Ces difficultés financières et économiques, marquées en prépondérance par des accumulations d'arriérés intérieurs et extérieurs¹ ont contraint le Togo à engager, dès le début des années 80, un processus de restructuration de son économie et à mettre en œuvre plusieurs programmes d'ajustement structurel successifs appuyés par le Fonds Monétaire International, la Banque Mondiale et d'autres bailleurs de fonds bilatéraux et multilatéraux dans le but d'enrayer la détérioration économique et d'améliorer les conditions de vie des populations.

Les réformes introduites par le Gouvernement dans le cadre de ces programmes ont permis au Togo de redresser sensiblement les déséquilibres macro-économiques et de rétablir la croissance malgré une conjoncture économique extérieure défavorable marquée par la chute des prix du marché mondial des produits d'exportation de base et l'appréciation du taux de change réel. Ainsi la période 1984 à 1989 a été marquée par une croissance économique continue. Le PNB par habitant a atteint 428 \$ en 1989 contre 250\$ en 1984. Le PIB a augmenté, entre 1983 et 1989, de 185,8 milliards F CFA à 217,5 milliards F CFA (+17,1%, soit +3,4% par an en moyenne) et l'investissement privé a plus que doublé pendant la même période passant de 4 à 10%. Néanmoins les progrès réalisés par la production n'ont pas suffi pour augmenter le PIB par habitant à cause de la croissance démographique demeurée à un niveau élevé (3,1%), empêchant, de ce fait, de réelles améliorations des conditions de vie de la population comme en témoigne la figure no1 ci-dessous.

Malheureusement, les efforts consentis par le Gouvernement ont été mis à mal entre 1990 et 1993 par une crise socio-politique très grave qui a accompagné le processus de démocratisation du pays. En effet, l'évolution économique positive sensible a durement subi le contrecoup de cette crise dont les effets sont encore perceptibles. Les bouleversements politiques de la période comprise entre 1991 et 1993 ont provoqué une détérioration de l'activité économique et un net fléchissement de la croissance qui a durement touchée la population. Le PNB par habitant est tombée de 123 818 F CFA en 1990 à 93 300 F CFA en 1993. Le PIB réel qui a diminué en moyenne de -6,1 % de 1991 à 1993 a connu une légère hausse entre 1999 et 2002 en passant de 280,7 milliards à 289,6 milliards de FCFA.

Ainsi, à partir de 1994, grâce à la mise en œuvre réussie d'un programme de stabilisation accompagnant la dévaluation du FCFA et à la faveur de la normalisation politique, l'économie togolaise a enregistré une forte relance, avec pour résultat une remontée du PIB réel à un taux moyen annuel de 8% entre 1994 et 1997. En 2001, la

¹ Le service de la dette est passé de 11% des recettes de l'Etat en 1973 à 76% en 1981.

performance macroéconomique a de nouveau enregistré une légère amélioration avec une croissance du PIB en termes réels de l'ordre de 2,7 %.

La part de la dépense publique accordée à la santé a connu une baisse régulière de puis les années 1990. Par exemple, cette part est passée de 12,3% en 1999 à 5,7% en 2002 ; soit une baisse moyenne de 2 points par an sur la période. Rapportée au PIB, l'évolution de la part de la santé a connu la même tendance : de 6,8% en 1999, elle atteint 3,6% en 2002. Au cours de la même période, la dépense de santé per capita est passée de 4232 F à 2135 FCFA ; soit une baisse de plus 50%.

4.3 Système de santé

Le Togo est subdivisé du Sud au Nord en 6 Régions sanitaires : Lomé commune, la Région Maritime, la Région des Plateaux, la Région Centrale, la Région de la Kara et la Région des Savanes. Ces régions sont elles-mêmes subdivisées en districts (35 au total).

L'organisation du système de soins est de type pyramidal avec 3 niveaux :

- ◆ Le niveau central composé sur le plan administratif d'un Cabinet du ministre, d'une direction générale de la santé, de 5 directions centrales, de 15 divisions et de 39 services centraux, et des différents programmes. Les structures de soins sont représentées par les Centres Hospitaliers Universitaires (CHU) (dont 2 à Lomé) qui constituent le 3^e niveau de référence.
- ◆ Le niveau intermédiaire ou régional composé de 5 directions régionales de la santé (DRS) et représenté dans chaque région par les Centres Hospitaliers Régionaux, 2^e niveau de recours aux soins.
- ◆ Le niveau périphérique ou préfectoral ou district sanitaire, composé de 30 directions préfectorales de santé (DPS) et représenté par les 35 hôpitaux de district (dont 5 pour Lomé commune), 7 hôpitaux confessionnels, 85 centres médicaux sociaux, 10 centres de santé, 405 unités de soins périphériques, 41 centres de protection maternelle et infantile, et plusieurs cabinets et cliniques privés.

4.4 Cadre institutionnel

L'étude a eu pour cadre institutionnel, le Ministère de la Santé, notamment la Direction de la Planification, de la Formation et de la Recherche et le Ministère du Développement et de l'Aménagement du territoire, notamment la Direction Générale de la Statistique et de la Comptabilité nationale. Ce cadre institutionnel a été fortement appuyé par l'OMS et devait fonctionner par l'entremise d'un comité dénommé Comité technique des Comptes Nationaux de Santé.

5. METHODOLOGIE

Afin d'atteindre ces objectifs, il est nécessaire de réaliser un certain nombre d'enquêtes pour rendre disponibles les données. Il s'agit notamment d'une enquête auprès des institutions de financement ou bénéficiaires de ressources en matière de santé et une enquête auprès des ménages. Les données issues de ces enquêtes et couvrant toute l'année 2002 sont traitées et mise ensemble pour la construction des comptes.

5.1 Champs de l'étude

Le Champ géographique des enquêtes est le territoire national. L'étude s'intéresse aussi bien au milieu urbain que rural.

L'enquête institution concerne les institutions nationales et internationales intervenant soit comme Source de financement, Agent financier ou Prestataires dans le secteur de la santé. On distingue essentiellement quatre groupes cibles. Il s'agit des institutions pourvoyeuses de financement, les agents financiers, les prestataires de soins et les ménages.

L'enquête ménage a retenu la définition suivante pour la sélection des ménages : au sens de l'enquête, le ménage est un groupe de personnes apparentées ou non vivant sous le même toit, partageant ensemble des repas et reconnaissant l'autorité d'un chef de ménage.

5.2 Echantillonnage

Pour l'enquête institution, les institutions agissant comme sources de financement ou agents financiers sera complètement enquêtée ; celles prestataires de soins (environ 1000 unités sur l'ensemble du territoire) ont subi un échantillonnage par choix raisonné (choix consistant à considérer toutes les grosses structures et échantillonner les petites structures).

Au niveau de l'enquête ménage, la collecte s'est effectuée auprès de 1250 ménages répartis sur toute l'étendue du territoire national. Elle couvre les 35 districts de santé avec des résultats qui peuvent s'interpréter au niveau des différentes régions. L'enquête à indicateurs multiples (MICS2-Togo 2000) étant l'enquête la plus récente qui couvre les 35 districts sanitaires, est utilisée comme base de sondage et un de ses sous-échantillons (de grappes) est tiré pour la collecte. Le sous-échantillon tiré tient compte du démarquage entre le milieu rural et le milieu urbain. La sélection des grappes retenues (zones de dénombrement), pour l'enquête, s'est faite à base d'un choix raisonné afin de respecter les disparités entre les milieux rural et urbain, et tenir compte de la particularité de chaque district.

Pour que les résultats aient une interprétation acceptable au niveau de chaque district, au moins 30 ménages ont été enquêtés par district. De même pour assurer une représentativité au niveau des grappes retenues, nous nous sommes donnés un minimum de 18 ménages à enquêter par grappe. Le choix des ménages s'est fait au sein des zones de dénombrement tirées (ZD ou Grappe) de façon aléatoire. La liste des ménages utilisée (base de sondage) est celle de l'enquête MICS2.

Les différents résultats obtenus ont été extrapolés aux niveaux district, région et national.

Tableau 1 – Récapitulatif de la collecte par questionnaire

QUESTIONNAIRE	INSTITUTION (NIVEAU D'ADMINISTRATION)	QUANTITE REPLIES	QUANTITE PREVUE
Groupe 1	Assurances	5	20
Groupe 2	Sociétés privées : industries, commerces, services (hôtels, restaurants, coutures, ameublements, ...), banques, Pharmacies/officines, ...	230	600
Groupe 3	Organismes et Organisations Non gouvernementales internationaux	9	50
Groupe 4	Associations/ONG sans but lucratif	65	100
Groupe 5	Ministère de la santé : Bureaux (Cab, DGS, DC, DRS), DPS, CH, Programmes, cabinets/cliniques privés, Croix Rouge, ...	85	160
Groupe 6	Autres Ministères	17	25
Groupe 7	Communes, Préfectures	43	80
Groupe 8	Tradi-Praticiens	50	100
Ensemble		504	1135

Tableau 2 – Nombre de ménages enquêtés par district

DISTRICT SANITAIRE	Nombre de ménages tirés
Lomé District1	30
Lomé District2	36
Lomé District3	36
Lomé District4	36
Lomé District5	36
Golfe	36
Lacs	36
Vo	36
Yoto	36
Zio	36
Avé	36
Ogou	36
Est-Mono	36
Moyen-Mono	36
Haho	36
Agou	36
Kloto	36
Danyi	32
Amou	36
Wawa	36
Tchaoudjo	36
Tchamba	36
Sotouboua	36
Blitta	36
Kozah	36
Binah	36
Assoli	36
Bassar	36
Dankpen	36
Doufelgou	36
Kéran	36
Tone	36
Kpendjal	36
Tandjoare	36
Oti	36
Total	1250

5.3 Modalités de mise en œuvre de l'étude

Pour la réalisation de l'étude, il a été fait appel à deux consultants nationaux (un consultant pour l'enquête Institution et un autre pour l'enquête Ménage). Les tâches essentiels consistaient, pour chacun d'eux, à :

- ◆ finaliser la méthodologie pour la réalisation de l'enquête dans les unités d'étude ;
- ◆ tester et finaliser les outils de collecte des données (questionnaire, guide de collecte et de supervision,...)

- ◆ procéder à la constitution des unités statistiques et faciliter leur reconnaissance sur le terrain ;
- ◆ participer à la supervision des travaux de collecte ;
- ◆ organiser l'exploitation informatique des données recueillies (saisie et tabulation) ;
- ◆ procéder, en collaboration étroite avec des personnes ressources, à l'analyse des données en quantifiant les dépenses totales de santé par source et par agents financiers ;
- ◆ décrire, en collaboration étroite avec des personnes ressources, des dépenses de santé par prestataires, par fonctions, par lignes budgétaires, par niveau de soins, par régions et par bénéficiaires ;
- ◆ évaluer, en collaboration étroite avec des personnes ressources, l'efficacité et l'équité dans l'allocation et l'utilisation des ressources par programme de santé, par niveau du système de soins, par région et par types de ressources (humaines, matérielles et financières) ;
- ◆ utiliser les bases factuelles sur les comptes nationaux pour orienter les décideurs à opérer les meilleurs choix de politique de santé et de financement ;
- ◆ rédiger un rapport de synthèse sur l'ensemble des étapes ayant conduit à la matrice des comptes nationaux ;
- ◆ étudier en collaboration étroite avec des personnes ressources, les modes d'institutionnalisation des comptes nationaux de la santé en terme d'activités de routine pour la gestion du système de santé.

Pour accomplir cette mission, les différentes tâches ont été regroupées en quatre grandes étapes :

- ◆ Préparations de l'enquête ;
- ◆ Collecte des données ;
- ◆ Exploitation informatique des données collectées ;
- ◆ Analyse des données et synthèse des comptes.

6. PREPARATION, REALISATION DES ENQUETES ET EXPLOITATION DES DONNEES

6.1 Enquête institution

Préparation de l'enquête

La préparation de l'enquête a porté essentiellement sur :

- ◆ L'adaptation et la finalisation des questionnaires et de la méthodologie de collecte ;
- ◆ La mise à jour de la liste des institutions par groupe pour ne retenir que les grosses institutions ;
- ◆ Les réunions d'information avec des responsables d'institutions ;
- ◆ La formation des agents de terrain (enquêteurs et superviseurs).

Collecte des données

La collecte a été mise en vigueur du 23 février au 05 mars 2004. Deux équipes ont été constituées :

- ◆ Une équipe composée d'un superviseur et de 8 enquêteurs pour les 3 régions du sud (Lomé Commune, Maritime et Plateaux)
- ◆ Une autre équipe composée d'un superviseur et de trois enquêteurs pour les 3 régions septentrionales (Régions Centrale, Kara, Savanes)

D'après le protocole de cette étude, les 8 types de questionnaires (voir annexe) répartis en 8 groupes ont été administrés aux différentes institutions de l'ensemble du pays.

Dans chaque région, des contacts ont commencé par les Directions Régionales de la Santé où un facilitateur régional était identifié pour appuyer les équipes dans la localisation des institutions dans les préfectures. Après l'exposé des objectifs de l'étude et de la procédure de collecte, des séances de travail ont eu lieu avec le facilitateur et des personnes ressources pour définir le cadre logique de couverture de la région.

Pour la collecte, les agents déposent les questionnaires dans les structures et prennent des rendez-vous pour des séances de travail de remplissage ou pour la récupération des fiches remplis. Dans la plupart des cas, ces rendez-vous couvraient 48 heures et parfois 3 jours. Dans chaque district, les agents ont procédé ainsi par des allers et retours et dans plusieurs cas ces déplacements ont été renouvelés.

En outre, les superviseurs sont chargés de contrôler les questionnaires et de déployer les agents dans leur district.

Au niveau des districts chefs lieux de régions, aucun problème ne s'est pose pour la procédure de collecte. Quant aux autres districts, un programme a du être élaboré par chaque agent pour tenir compte du jour de marché de la localité (afin de faciliter le transport).

6.2 Enquête ménage

Préparation de la collecte

- ◆ Finalisation de la méthodologie de la collecte et amélioration du plan de sondage afin d'accroître la représentativité des résultats au niveau des districts ;
- ◆ Adaptation du questionnaire : le questionnaire a été éclaté en six modules pour faciliter son remplissage et réduire les pertes de papiers ;
- ◆ Rédaction d'un guide d'entretien ;
- ◆ Test et finalisation des outils de collecte ;
- ◆ Tirage de l'échantillon et élaboration d'un document de reconnaissance des ménages sur le terrain.

Réalisation de la collecte des données

- ◆ Des agents enquêteurs ont été recrutés et formés. La collecte a employé 16 enquêteurs et 6 superviseurs et a duré 15 jours, du 21 février 2004 au 12 mars 2004;
- ◆ Location de motos mises à la disposition de chaque agent pour faciliter le déplacement sur le terrain ;

- ◆ Entretien des motos et voitures utilisées durant la collecte ;
- ◆ Munis des listes des ménages tirés, des cartes de repérage des résidences des ménages et des outils de collecte, les agents se rendent au domicile de ces ménages pour les interviews directes au cours desquelles ils remplissent les questionnaires selon les instructions reçues ;
- ◆ Contrôle des questionnaires effectués par les superviseurs chargés du déploiement des agents dans leur zone de travail.

6.3 Exploitation informatique

La saisie des données est effectuée séparément pour chacune des deux enquêtes. Toutefois, les différents programmes de saisie ont été conçus en ACCESS. Un travail préalable de vérification des questionnaires a été opéré avant le démarrage de la saisie proprement dite.

Pour l'enquête ménage :

- ◆ Une équipe de trois personnes a procédé à la vérification des questionnaires remplis et à la correction de certaines erreurs de remplissage ;
- ◆ La maquette de saisie a été élaborée et la saisie des données a pris fin le vendredi 21 mai 2004 ;
- ◆ Une équipe de quatre comptables nationaux a effectué l'apurement du fichier et la tabulation des résultats.

Pour l'enquête institution :

- ◆ Contrôles des questionnaires ;
- ◆ Saisie des données par deux équipes binaires constituées
- ◆ Traitement et d'analyse des résultats avec l'assistance d'un Ingénieur Informaticien et d'un comptable national du secteur santé.

7 METHODOLOGIE ET RESULTATS DES COMPTES

7.1 Méthodologie d'élaboration des comptes

L'élaboration des comptes nationaux de santé a combiné les tableaux détaillés pour chacune des sources de données pour aboutir aux tableaux de synthèses qui sont généralement des tableaux de ressources emplois.

7.1.1 Données sources des institutions

Les données sources des institutions proviennent essentiellement des résultats de l'enquête réalisée auprès des institutions. Elles couvrent toute l'année 2002 et concernent, les montants des :

- ◆ Dépenses d'assurances médicales effectuées au compte des employés par les employeurs ;
- ◆ Financements extérieurs par source et par bénéficiaire ;
- ◆ Dépenses auxiliaires de santé effectuées par les organismes internationaux ;
- ◆ Financements extérieurs en faveur des ISBLSM par source ;

- ◆ Dépenses de santé effectuées par les ISBLSM et par type de prestation ;
- ◆ Subventions et autres transferts obtenus par des institutions ;
- ◆ Dépenses effectuées par le Ministère de la Santé par type de prestation ;
- ◆ Dépenses courantes et d'investissement (y compris celles liées à la santé) effectuées par les institutions ;
- ◆ Revenues des structures décentralisées par source ;
- ◆ Dépenses de santé effectuées par des structures décentralisées ;
- ◆ Revenus des tradi-praticiens par source ;
- ◆ Dépenses de santé effectuées par des tradi-praticiens.

7.1.2 Données sources des ménages

Les données sources des ménages proviennent essentiellement des résultats de l'enquête réalisée auprès des ménages pour la période 2002 et se composent des montants des dépenses de :

- ◆ Santé des ménages par type de soins et par sexe du malade ;
- ◆ Santé des ménages par type de maladies et par sexe du malade ;
- ◆ Santé par producteur de soins et selon le sexe du malade ;
- ◆ Santé par groupe d'âge et selon le sexe du malade ;
- ◆ Santé par région ;
- ◆ Hospitalisation par région.

7.1.3 Synthèse des Comptes Nationaux de Santé

Les tableaux de synthèse (comptes nationaux de santé) sont des tableaux de ressources et des emplois. Ils sont construits en identifiant pour chaque type de dépense, les origines du financement ou pour chaque financement engagé, la destination finale. Ces comptes sont élaborés conformément aux techniques traditionnelles basées sur la recherche d'équilibres entre les ressources et les emplois en matière de comptabilité nationale.

Dans les cas où les données sources ne présentent pas les structures de dépenses ou de financement, il est fait recours à la structure disponible pour la répartition de ces données.

7.2 Résultats sur les Comptes Nationaux de Santé

Les résultats sont présentés en huit (8) tableaux de synthèse :

- ◆ Dépenses de santé par agent financier et par région sanitaire (tableau 3).

Il ressort de ce tableau que les dépenses de santé de 2002 demeurent plus élevées dans la commune de Lomé (66 milliards sur un total de 121 milliards de FCFA) et semblent croître du sud au nord. Les principaux pourvoyeurs à ces dépenses sont : les ménages (100,8 milliards), le Ministère de la Santé (9,5 milliards), les ISBL (4,6 milliards), les assurances sociales privées (2,1 milliards) et les fonds de sécurité sociale (1,9 milliards).

◆ Dépenses de santé par agent financier et par groupe de maladies (tableau 4).

Il apparaît, à ce niveau, que le paludisme, malgré sa faible létalité relevée dans les statistiques de routine, consomme la grande part de dépense de santé avec 25,4 milliards de FCFA. Le paludisme est suivi par les maladies abdominales et les maladies chroniques parmi lesquelles on peut relever le VIH/SIDA.

◆ Dépenses de santé par agent financier, par groupe d'âge et par sexe des bénéficiaires (tableau 5).

La matrice de données dans ce tableau montre que les adultes payent le plus lourd tribut pour leur santé par rapport aux autres catégories avec des ressources provenant du Ministère de la Santé, des ménages et des ISBL. Les hommes payent un peu plus pour la santé que les femmes (66,4 milliards contre 54,6 milliards de FCFA).

◆ Dépenses de santé par agent financier et par fonction (tableau 6).

En matière de recherche et développement sanitaire, d'IEC/CCC et de formation en santé, on engage plus de dépenses que dans les autres domaines avec près de 50 milliards de FCFA pour ces trois rubriques seulement. Les services de réadaptation, les produits pharmaceutiques et biens médicaux et les services de gestion apparaissent par la suite. Pour toutes ces rubriques, les ménages et le Ministère de la Santé sont les principaux financeurs.

◆ Dépenses de santé par agent financier et par producteur de soins (tableau 7).

Les cliniques privées, les centres hospitaliers et les dispensaires sont des lieux privilégiés de dépenses avec plus de 90 milliards de FCFA perçus en 2002. Les agents financiers sont principalement les ménages, le Ministère de la Santé et les ISBL.

◆ Dépenses de santé par producteur de soins et par fonction (tableau 8).

L'analyse de ce tableau montre une disparité entre les domaines de santé et les types de producteur de soins. Toutefois, en soins d'hospitalisation, les dépenses sont beaucoup plus importantes en cliniques privées et dans les centres hospitaliers par rapport aux autres types de structures sanitaires.

L'automédication est beaucoup plus pratiquée en réadaptation et en recherche-développement. Les dispensaires enregistrent plus de dépenses en IEC/CCC, en formation du personnel, en produits pharmaceutiques et en services de réadaptation.

◆ Dépenses de santé par source de financement et par agent financier (tableau 9).

Le financement de la santé est assuré dans 89% des cas par des fonds privés. Les ménages y paient la plus grosse part avec 94% de ces fonds. Le secteur public et les partenaires internationaux paient seulement et respectivement 8% et 3,1% des dépenses de santé.

Les fonds du secteur public transitent principalement par le Ministère de la Santé, la sécurité sociale et la défense nationale. Les partenaires internationaux canalisent leur financement par le seul Ministère de la Santé.

Les ménages s'autofinancent les charges liées à la santé et dans certains cas, ils passent par l'assurance sociale privée et les ISBL.

◆ Les quintiles de dépenses de santé par agent financier (tableau 10).

Les quintiles de dépenses sont des indicateurs permettant de catégoriser une population statistique étudiée. Ils sont souvent utilisés comme indicateurs de mesure de la pauvreté.

Compte tenu du faible effectif, les quintiles sont élaborés uniquement pour les agents financiers suivants : Ministère de la santé, les communes/préfectures, les ménages, les ISBL et les entreprises/coopératives.

En 2002, les 20% des institutions les plus pauvres du Ministère de la Santé ont dépensé moins de 112 millions de FCFA pour les besoins de santé tandis que les 20% les plus riches ont engagé des dépenses allant de 783 millions à 1690 millions de FCFA. Quant aux communes/préfectures du pays, 80% d'entre eux ont engagé moins de 8 millions de FCFA de dépenses pour la santé en 2002. En ce qui concerne les ISBL, les 20% les plus riches ont dépensé entre 360 millions et 695 millions de FCFA en santé et les institutions "intermédiaires" ont effectué des dépenses de santé allant de 124 millions à 360 millions de FCFA. Au niveau des entreprises et coopératives, la plus riche d'entre elles a dépensé jusqu'à 54 millions de FCFA en 2002 tandis que les 20% les plus pauvres ont mobilisé moins de 6,3 millions de FCFA chacune pendant la même période.

Dans les ménages, les 20% des personnes les plus pauvres ont dépensé moins de 12000 F pour la santé tandis que les personnes les plus riches ont dépensé jusqu'à 6 millions de FCFA en 2002.

8 DIFFICULTES RENCONTREES

8.1 Difficultés liées à l'enquête Institution

- ◆ Pour retrouver et aborder les institutions :

La plupart des responsables des sociétés ont refusé de répondre directement au questionnaire ; alors ils ont fixé des rendez-vous de 2 à 3 jours. Le fait le plus marquant est que même les responsables des structures sanitaires étatiques n'ont pas été informés du passage des agents. Pour certains districts, les personnes devant appuyer le remplissage des questionnaires sont nouvellement arrivés à leur poste et ne maîtrisent pas l'emplacement des dossiers de 2002.

- ◆ Pour le remplissage des fiches :

Au niveau de certaines variables de la plupart des questionnaires des différents groupes, les responsables des institutions n'ont jamais saisi ou enregistré cela dans leur comptabilité. Ce qui amène à avoir plusieurs vides dans certaines cases. Beaucoup de variables ne sont pas prises en compte dans la comptabilité des institutions, ce qui a posé beaucoup de problème aux agents sur le terrain quand les responsables de sociétés leur demandaient d'expliquer une variable quelconque ;

- ◆ De façon générale, la collecte a connu d'autres difficultés telle que :
 - o Fatigue liée aux longs déplacements des agents pour atteindre une institution ;
 - o Le risque sur la route en prenant soit des taxi motos ou du transport en commun ;
 - o Le temps de déroulement de l'enquête sur le terrain a été trop court pour collecter toutes les informations auprès des institutions ;
 - o Difficultés de transport et déplacement ayant occasionné des pertes de temps ;
 - o De lourdes formalités administratives infligées aux agents pour cause de faible diffusion de l'information envers les partenaires impliqués dans l'opération de collecte ; mêmes les institutions étatiques ont imposé de lourdes contraintes.

8.2 Difficultés liées à l'enquête Ménage

- ◆ Difficulté de reconnaissance des grappes : en l'absence des cartes de fonds, il a été parfois difficile de retrouver les grappes tirées.
- ◆ Ménage non retrouvé : certains ménages sont absents pour une longue période et ne peuvent pas être enquêtés durant la période de l'enquête.
- ◆ Difficulté d'accès : certaines grappes sont pratiquement inaccessibles.
- ◆ Réticence des ménages faute de sensibilisation : c'est très difficilement que certains ménages des milieux urbains ont accepté de répondre aux questions des agents. Ceci est surtout remarqué au niveau de Lomé et de Kara.

8.3 Difficultés liées à l'exploitation informatique des données

- ◆ Adaptation des tableaux synoptiques de synthèse : le document des tableaux de synthèse est d'une version anglaise ;
- ◆ Double saisie et traitement des données : la saisie et le traitement des données ont été repris sous le contrôle d'une tierce personne après le rapport provisoire des consultants ;
- ◆ Interférence de plusieurs acteurs par rapport aux attributions des consultants ;
- ◆ Non adaptation des questionnaires à un traitement informatique automatisé.

9 CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS

Les comptes nationaux permettront de mettre en lumière les différentes sources de financements et les destinations des ressources mobilisées. Ils permettent de relever les parts des différents acteurs financiers dans la dépense totale de santé.

Cependant une étude sur les comptes nationaux est très complexe, vu les difficultés d'obtention des informations que nous avons vécues.

Malgré les problèmes rencontrés, les enquêtes se sont bien déroulées dans leur ensemble.

Au vu des difficultés rencontrées il nous paraît opportun de faire les recommandations suivantes :

Au Ministère de la santé :

- ◆ S'approprier et pérenniser l'étude des comptes nationaux ;
- ◆ Renforcer les actions de coordination dans la mise en œuvre d'une telle activité ;
- ◆ Veiller à la mobilisation de toutes les ressources (matérielles et logistiques) nécessaires pendant les activités de collecte ;
- ◆ Associer toujours la DGSCN aux activités de ce genre ;
- ◆ Améliorer l'adaptation des outils de collecte ;
- ◆ Etendre la taille de l'échantillon des ménages et considérer environ 1000 ménages par région sanitaire, soit 6000 pour avoir davantage de représentativité.

A l'OMS :

- ◆ S'impliquer davantage dans tout le processus d'élaboration des comptes nationaux de santé ;
- ◆ Appuyer les activités d'amélioration des outils d'élaboration des comptes ;
- ◆ Assurer un financement conséquent et périodique pour la mise à jour des comptes ;
- ◆ Clarifier davantage les rôles des acteurs impliqués dans l'élaboration des comptes avant le début du processus.

BIBLIOGRAPHIE

- 1 Ministère de la santé. Situation des formations sanitaires publiques et confessionnelles par type et par région en 2002. DISER 2002.
- 2 Ministère de la Santé, Plan National de Développement Sanitaire 2002-2006.
- 3 Principaux indicateurs de santé, Année 2002, DISER, Ministère de la Santé, Lomé.
- 4 Note Stratégique Sectorielle de la santé, Ministère de la Santé – Banque Mondiale, Lomé, Août 2003.
- 5 Construire les comptes nationaux, Michel Sérurier, Economica, 1996.