



RÉPUBLIQUE TOGOLAISE

# PROFIL DEMO-ECONOMIQUE DE SANTE DU TOGO

Policy Brief N°01/PO-MFG/UNFPA-WCARO/CREG/TGO

© RFI





# PROFIL DEMO-ECONOMIQUE DE SANTE DU TOGO

## CONTEXTE

Le système sanitaire du Togo est organisé en trois niveaux : le niveau périphérique, le niveau intermédiaire et le niveau central (Annuaire Statistique Sanitaire, 2016). Le niveau périphérique est constitué de l'ensemble des formations sanitaires de base dont les activités sont coordonnées par la Direction Préfectorale de Santé (DPS). Au niveau intermédiaire, la Direction Régionale de la Santé (DRS), à travers la cellule statistique et informatique, procède à l'exploitation informatique des données des districts sanitaires et des centres hospitaliers. Au niveau central, la Division de l'Information Sanitaire (DIS) assure la compilation, le traitement et l'analyse des données reçues du niveau intermédiaire ; ce qui permet la production des rapports et des annuaires statistiques en vue de la satisfaction de demandes spécifiques. Un secteur privé de soins traditionnel reconnu et très sollicité par les populations surtout en zones rurales existe au Togo (EDS 2013-2014).

Selon le Plan National de Développement Sanitaire (PNDS) 2012-2015, bien que les ratios par habitant s'approchent des normes de l'OMS, la faible disponibilité des services est doublée d'une inégale répartition du personnel médical (la majorité exerçant dans la capitale : en 2010, près de 70% des médecins, généralistes et spécialistes, publics et privés, travaillaient à Lomé). A la suite de la longue crise sociopolitique qu'a connue le pays, le système de santé reste confronté à un certain nombre de défis à relever, entre autres l'accès des populations aux formations sanitaires : seulement 42% des ménages ont accès aux structures de santé, selon QUIBB 2011. Les conditions se sont dégradées entre 2006 et 2011 car 62% des ménages avaient facilement accès à un centre de santé en 2006. A ces difficultés d'accès géographique aux services de santé s'ajoutent également les difficultés financières (EDS, 2013-2014).



La dépense totale de santé (DTS) au Togo est de 138 milliards CFA en 2012, soit 8,6% du PIB correspondant à une dépense annuelle par habitant de 41 dollars US. Pour couvrir l'accès à un paquet de services essentiels pour l'ensemble de la population, la dépense de santé nécessaire est estimée à 86 dollars US par habitant par an. Les dépenses publiques de santé représentent 51% des DTS dont 36% pour les PTF et 15% seulement pour l'Etat. La part du budget de la santé a fortement régressé, passant de 9,1% à 5,3% du budget général entre 2002 et 2012, loin du seuil des 15% préconisés par les Chefs de Gouvernements dans la Déclaration d'Abuja en 2000 (OMS, 2015).

Les taux de mortalité sont des indicateurs clés de l'état de santé d'une population et des indicateurs de développement. Globalement, les niveaux de mortalité adulte diffèrent peu entre les femmes et les hommes (respectivement 4,7 et 4,8 décès pour 1 000 pour l'ensemble du groupe d'âges 15-49 ans). En outre, les taux de mortalité des adultes suivent, comme attendu, une tendance générale à la hausse avec l'âge (EDS, 2013-2014). La mortalité infantile est passée de 60‰ dans la période 1999-2003 à 49‰ dans la période 2009-2013 et la mortalité juvénile serait passée de 58‰ à 42‰ au cours des mêmes périodes. La mortalité des enfants de moins de cinq ans est nettement plus faible en milieu urbain (69‰) qu'en milieu rural (106‰). Les décès maternels représentent 14% de tous les décès des femmes de 15-49 ans. Les femmes courent le risque de 1 sur 50 de décéder de cause maternelle pendant les âges de la procréation. Le rapport de mortalité maternelle est estimé à 401 décès pour 100 000 naissances vivantes au cours de la période 2007-2014.

Le paludisme constitue le plus lourd fardeau sur le système de santé du Togo. Il totalise en moyenne 40% de toutes les consultations externes avec une grande vulnérabilité des enfants de moins de cinq ans. La malnutrition infantile reste préoccupante. La malnutrition chronique est élevée et touche en moyenne près de 30% des enfants du Togo avec des écarts importants d'une région à l'autre (43% dans la région des Savanes et 16% dans la commune de Lomé). Les maladies diarrhéiques dont la prévalence s'est accrue de 15% en 2006 à 20,6% en 2010, représentent presque 14% des causes de mortalité infantile. (EDS, 2013-2014).

Une faible disponibilité des ressources humaines est un autre défi à relever par le système de santé. L'espérance de vie à la naissance selon le sexe a évolué entre 1970 et 2010 : de 42 ans en 1970 à 50 ans en 1981, elle est passée à 60,8 ans en 2010. L'espérance de vie à la naissance des femmes depuis 1960, est restée supérieure à celle des hommes comme dans beaucoup d'autres pays. De plus, en considérant le sexe, l'espérance de vie à la naissance a connu au cours de la période 1960-2010 une croissance de plus de 20 points traduisant les effets positifs de la médecine, de l'éducation et les efforts réalisés dans les domaines qui concourent à la santé (RGPH, 2010).

## REVUE SELECTIVE DE LA LITTERATURE

La consommation est au centre de toute l'activité économique. Plusieurs études à travers le monde ont démontré les liens entre des variables sociodémographiques et économiques et la situation sanitaire des pays. Gacko (2010) dans son étude sur la *Structure de consommation des ménages des principales agglomérations de l'UEMOA*, fait ressortir que dans toutes les principales agglomérations, la part consacrée à la fonction santé dans les dépenses totales de consommation est faible. En fait, elle atteint la valeur de 4% à Lomé. L'étude réalisée sur la *Pauvreté des ménages et accès aux soins obstétricaux au Togo* a montré que le niveau de vie des ménages reste le facteur le plus déterminant dans l'explication de l'assistance médicale à l'accouchement : 29,6% de femmes des ménages pauvres seulement ont été assistées par un personnel médical qualifié (Adedzi, 2012). En plus de cette variable, les facteurs socioculturels tels

que l'ethnie et la religion du chef de ménage, de même que les caractéristiques sociodémographiques telles que le statut matrimonial et la parité atteinte modèlent la vie des femmes de manières différentes.

Takassi-Kikpa (2016), en étudiant *l'Effet de l'assurance maladie obligatoire sur le niveau de vie des assujettis au Togo : cas de la ville de Tsévié*, démontre qu'environ 91,7 % des enquêtés trouvent que l'assurance fournie par l'Institut National d'Assurance Maladie (INAM) leur permet de recevoir certains soins de santé qu'ils ne pouvaient pas avoir avant sa création, tandis que 8,3% pensent le contraire. La couverture vaccinale joue un rôle essentiel notamment chez les enfants de moins de cinq ans. Elle augmente avec le niveau d'instruction de la mère : 54% des enfants dont la mère n'a aucun niveau d'instruction sont complètement vaccinés contre 63% de ceux dont la mère a un niveau primaire et 72% parmi ceux dont la mère a un niveau secondaire ou plus. Elle augmente également par rapport au quintile de bien-être économique des ménages ; on constate que c'est parmi les ménages classés dans le quintile le plus élevé que le taux de couverture vaccinale est le plus élevé (72%) ; les taux les plus faibles étant enregistrés dans les ménages du second quintile et du quintile moyen (55% dans les deux cas selon EDS 2013-2014).

## ANALYSE DES PROFILS DE CONSOMMATION DE SANTE

La consommation désigne l'ensemble des dépenses de consommation privée (effectuées par les ménages) et consommation publique (dépenses effectuées par l'Etat). Chacun de ces deux types de consommation comprend la consommation en éducation, en santé et autres consommations (logements, électricité et eau, consommation non alimentaire et alimentaire, etc.). L'âge influence fortement les dépenses de consommation au niveau individuel. Le profil moyen de consommation évoque les dépenses affectées par individu d'un âge donné suivant la structure de la population d'un point de vue microéconomique. Ce profil est décomposé en consommation publique moyenne et en consommation privée moyenne.

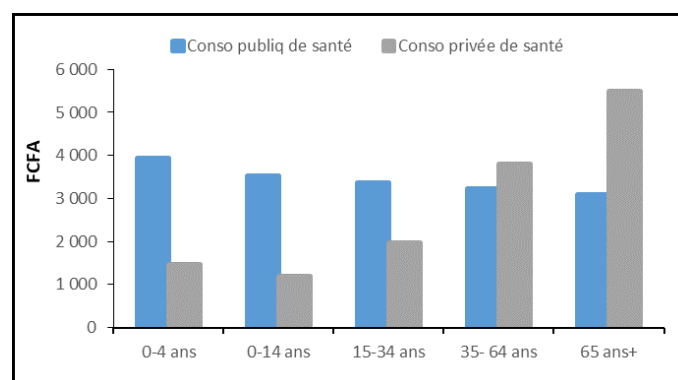
Le graphique 1 ci-dessous montre que les dépenses de consommation privée moyenne sont inférieures aux dépenses de consommation publique moyenne de la naissance jusqu'à l'âge de 34 ans. Le profil de consommation publique montre que les dépenses publiques sont estimées à près de 4 000 FCFA en moyenne pour un enfant de zéro an. Ces dépenses publiques baissent régulièrement au fur et à mesure que l'âge de l'individu augmente, et ceci jusqu'à la fin de son cycle de vie. Quant au profil moyen de consommation privée, il montre que les dépenses des ménages sont d'environ 1 500 FCFA et 1 000 FCFA respectivement pour les tranches d'âge 0-4 ans et 0-14 ans. Ces dépenses augmentent ensuite pour les tranches d'âge supérieures jusqu'à la fin du cycle de vie. Ainsi, on observe l'Etat investit plus que les ménages dans la santé des enfants, des adolescents et des jeunes adultes. Inversement, la santé des adultes (35-64 ans) et des séniors (65 ans et plus) est principalement à la charge des ménages.

En comparant le profil moyen de consommation en santé du Togo avec celui du Bénin, on constate que le profil de consommation privé reste en-deçà de celui de la consommation publique comme dans le cas du Togo jusqu'à l'âge de la jeunesse. Le Burkina-Faso et le Togo ont un profil de consommation de santé identique à quelques exceptions près. Le profil moyen de consommation privée est inférieur à celui de la consommation

publique jusqu'à 14 ans. La courbe du profil de consommation privée baisse légèrement jusqu'à 14 ans puis augmente jusqu'à la fin du cycle de vie. Pour les tranches d'âge supérieures, la consommation privée dépasse la consommation publique au Burkina Faso.

Par contre avec la Côte d'Ivoire, le profil de consommation de santé du Togo est différent. Le profil moyen de consommation privée est supérieur à celui de la consommation publique sur tout le cycle de vie. De plus, en Côte d'Ivoire, les dépenses publiques de santé sont décroissantes avec l'âge, une tendance qui s'oppose à celle des dépenses privées de santé.

Graphique 1: Profils moyens de la consommation publique et privée de santé



Source : CREG 2020.

Les résultats du profil moyen de consommation en santé du Togo selon les groupes d'âges montrent que, la consommation publique en santé baisse des générations les plus jeunes aux plus anciennes. S'agissant de consommation privée, elle baisse sur la période 0-14 ans (1 190 FCFA) puis augmente jusqu'à la fin du cycle. Dans les deux cas, la consommation publique en santé occupe une part infime dans la consommation publique totale (3 432 FCFA contre 51 933 FCFA pour la consommation publique et 2 783 contre 183 584 FCFA pour la consommation privée). Le groupe d'âges des 15-34 ans est celui qui possède la grande part des dépenses de consommation publique et privée totale (respectivement 51 058 FCFA et 247 146 FCFA). Par ailleurs, on note que le gouvernement togolais met plus les ressources que les ménages dans la santé des enfants.

Tableau 1 : Dépenses moyennes publique et privée en consommation de santé (en FCFA)

	Consommation publique de santé	Consommation publique totale	Consommation privée de santé	Consommation privée totale
0-04 ans	3 943	46 553	1 464	91 379
0-14 ans	3 524	60 504	1 190	117 541
15-34 ans	3 362	61 058	1 963	247 146
35-64 ans	3 230	45 846	3 798	242 562
65 ans+	3 098	45 705	5 498	219 290
Ensemble	3 432	51 933	2 783	183 584

Source : CREG 2020.

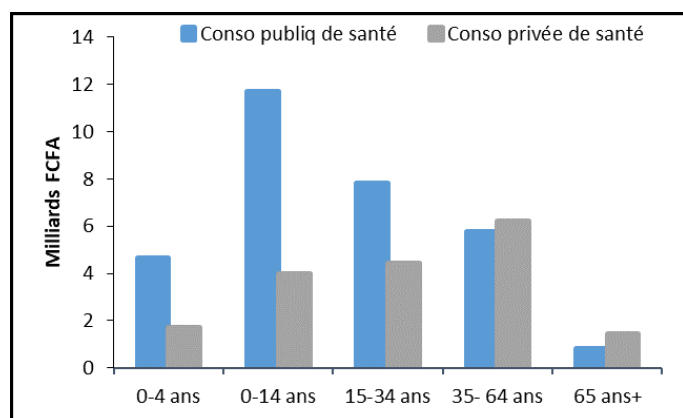
Au niveau agrégé les variations des dépenses de consommation sont fortement influencées par le poids de la population. On remarque une forte hausse de la consommation entre 20 et 36 ans. Après 65 ans, la dépense privée chute.

Les dépenses privées agrégées de santé sont estimées à 2 milliards de FCFA pour la tranche d'âge 0-4 ans, et à 4 milliards de FCFA lorsqu'on élargit cette même tranche d'âge à 14 ans (i.e. 0-14 ans). Les jeunes et les jeunes adultes (15-34 ans) ont presque le même niveau de consommation privée agrégée que les enfants 0-14 ans. La consommation privée agrégée des adultes (35-64 ans) est portée à 6 milliards de francs CFA, celle des séniors à 1 milliard). Pour le profil public, on remarque un niveau élevé de la consommation pour les individus 0-14 ans (12 milliards de francs CFA), mais qui baisse continuellement pour les groupes d'âge supérieurs (8 milliards pour les 15-34 ans ; 6 milliards pour les 35-64 ans et 1 milliard pour les plus de 64 ans).

La consommation publique reste largement au-dessus de la consommation privée jusqu'à 34 ans, mais la tendance s'inverse à partir de 35 ans. Ainsi, aux âges avancés, c'est le privé, c'est-à-dire les ménages, qui dépensent beaucoup dans la santé. Au Bénin, le profil agrégé de consommation en santé est différent de celui du Togo. La consommation publique est en forme de V renversé avec un pic à 15-34 ans (24 milliards de francs CFA). Cette courbe est largement au-dessus de celle de la consommation privée jusqu'aux environs de 65 ans et plus, l'âge auquel la consommation privée dépasse celle publique. Quant à la courbe de consommation privée, elle a une forme convexe avec un maximum entre 15-34 ans (12 milliards de francs CFA).

Au niveau agrégé, la courbe du profil privé de consommation en santé de la Côte d'Ivoire est au-dessus de celle du profil public sur toute la durée de vie. Les deux courbes ont la même allure (convexe), avec des dépenses maximales observées à 0-14 ans pour le profil public (93 milliards FCFA) et à 15-34 ans pour le profil privé (143 milliards FCFA).

Graphique 2 : Profils agrégés de la consommation publique et privée de santé



Source : CREG 2020.

L'essentiel des dépenses publiques de santé sont faites sur les cohortes jeunes de 0 à 14 ans (l'enfance). Le groupe d'âge des personnes âgées, du fait de leur faible effectif, bénéficie d'une infirme partie des dépenses totale consacrées à la santé.

## RECOMMANDATIONS

Les tranches d'âges de la vie sont traditionnellement de trois ordres : l'enfance, l'âge adulte y compris les jeunes, et la vieillesse. Cette décomposition permet de comprendre la vie de l'individu et les dynamiques des transferts financiers y afférents. La période de l'enfance et la période de troisième âge sont ceux qui occupent plus l'attention en matière de consommation de santé. L'État togolais est le principal fournisseur de soins de santé au Togo sur la période de l'enfance et de l'adolescence et chez les jeunes adultes. En revanche les ménages dépensent plus que l'Etat dans la santé des adultes et des séniors. Ces constats augmentent les contraintes économiques et financières. En outre la méconnaissance des avantages de l'assurance maladie engendre des appréciations diverses. La protection sociale contre le risque de maladie reste quasi-faible. Afin que la population togolaise puisse bénéficier des offres des soins adéquats et améliorer son état de santé général, les actions suivantes sont recommandées :

- Assurer un renforcement de la stratégie budgétaire, en augmentant la part du budget alloué à la santé et en la faisant bénéficier par toutes les couches de la population ;
- Augmenter l'offre de l'assurance maladie ;
- Améliorer le niveau de vie des populations.

## REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

Adedzi K. A (2012), « *Pauvreté des ménages et accès aux soins obstétricaux au Togo* », article, Université de Laval.

Dramani L. (2019) "Dividende démographique et développement durable : Fondements théoriques et modèles normatifs", Tome 1, Ed. L'Harmattan, Sénégal.

GACKO I., « *Structure de consommation des ménages des principales agglomérations de l'UEMOA* », Mémoire Professionnel, 2010 ;

INSEED (2010), « *Recensement Général de la Population et de l'Habitat - RGHP 4* ».

Ministère de la Planification, du Développement et de l'Aménagement du Territoire (MPDAT), Ministère de la Santé (MS) et ICF International, 2015. *Enquête Démographique et de Santé au Togo 2013-2014*. Rockville, Maryland, USA : MPDAT, MS et ICF International

Ministère de la santé et de la protection sociale (2016), « *Annuaire des Statistiques Sanitaires du Togo* ».

United Nations (2013). *National Transfer Accounts manual: Measuring and analyzing the generational economy*, Department of Economic and Social Affairs, Population Division.

## AUTEURS

Rédaction	Supervision	Relecture
Pr Latif Dramani Dr Sam Agbahoungba Yédodé Ahokpossi	Pr Cheikh Tidiane Ndiaye Edem Akpo	Kossi Kanazogo Mensah

