



RÉPUBLIQUE TOGOLAISE



**Union des Organisations Non Gouvernementales du  
TOGO  
U.ONG.TO**

Evaluation du financement domestique de la santé de  
2017-2021

Mars 2023

## Table des matières

Liste des tableaux .....	2
Liste des figures .....	3
<b>1. Introduction .....</b>	<b>6</b>
<b>2. Contexte général du Togo .....</b>	<b>7</b>
2.1. Profil géographique et démographique .....	7
2.2. Caractéristiques socio-économiques .....	8
2.3. Organisation administrative .....	8
2.4. Système de santé .....	9
2.4.1. Organisation du système de santé .....	9
2.4.2. Organisation de l'offre de soins et couverture sanitaire .....	10
2.4.3. Financement de la santé et protection sociale en santé .....	12
<b>3. Méthodologie d'analyse du système de financement de la santé .....</b>	<b>12</b>
<b>4. Résultats .....</b>	<b>12</b>
4.1. Volume du financement de la santé et Indicateurs de dépenses de santé (par tête) .....	12
4.2. Analyse des sources de financements .....	13
4.3. Dépenses selon les régimes de financement de la santé .....	15
4.4. Dépenses de santé par fonctions .....	15
4.5. Analyse du budget alloué de la santé .....	16
4.6. Analyse de l'exécution du budget de la santé .....	18
4.7. Analyse de l'exécution du budget par nature de dépenses .....	19
4.8. Mobilisation de ressources intérieures pour la santé .....	24
4.9. Processus budgétaire et fenêtres possibles de plaidoyer .....	24
<b>5. Conclusion .....</b>	<b>31</b>
<b>Références .....</b>	<b>32</b>

## Liste des tableaux

Tableau I : Répartition des établissements de soins par type et par région .....	10
Tableau II : Régimes de financements .....	13
Tableau III : Phase de préparation et d'adoption du budget .....	27

## Liste des figures

Figure 1 : Schéma de l'organisation pyramidale du système de santé au Togo .....	9
Figure 2: Evolution des dépenses courantes en proportion du PIB et dépenses courantes par tête .....	13
Figure 3 : Sources de financement de la santé.....	13
Figure 4 : Evolution des dépenses du gouvernement et celles provenant de l'extérieur .....	14
Figure 5 : Dépenses du gouvernement et paiement direct en proportion des dépenses courantes de santé	14
Figure 6 : Dépenses de santé par régime de financement de la santé.....	15
Figure 7 : Dépenses de santé selon les fonctions sanitaires .....	16
Figure 8 : Evolution du budget de l'état consacré à la santé .....	17
Figure 9 : Evolution des dépenses de santé du gouvernement en proportion des dépenses générales du gouvernement .....	17
Figure 10 : Dépenses domestiques et dépenses du gouvernement en proportion des dépenses courantes.	18
Figure 11 : Exécution du budget alloué au ministère de la santé 2017-2021 .....	19
Figure 12 : Exécution du budget d'investissement de 2017-2021.....	19
Figure 13 : Exécution du budget de fonctionnement de 2017-2021.....	20
Figure 14 : Exécution du budget des biens et services de 2017-2021 .....	20
Figure 15 : Exécution du budget du personnel de 2017-2021 .....	21
Figure 16 : Exécution du budget des transferts/subventions de 2017-2021 .....	21
Figure 17 : Exécution du budget d'investissement sur ressources internes de 2017-2021 .....	22
Figure 18 : : Exécution du budget d'investissement sur ressources externes de 2017-2021 .....	23
Figure 19 : Exécution des recettes propres des formations sanitaires de 2017-2021 .....	23

## Résumé exécutif

En vue de garantir la disponibilité et l'accès aux services essentiels de qualité pour toute la population, Le Togo a élaboré plusieurs stratégies dont le financement provient essentiellement des sources gouvernementales, de l'appui des partenaires et des ménages. Des résultats satisfaisants ont été obtenus en matière de lutte contre les maladies et de renforcement de l'offre de soins de qualité. Pour garantir la pérennité des interventions du système de santé et réduire au même moment le fardeau des ménages, il est important que ces interventions soient financées essentiellement par les financements par l'Etat et d'autres sources domestiques hors paiements directs des ménages

Depuis plusieurs années, les efforts sont faits pour augmenter le budget de l'Etat alloué à la santé et ceci en lien avec les engagements auxquels le pays a souscrit notamment la déclaration d'Abuja, la déclaration Il n'en demeure pas moins important de noter que les contraintes budgétaires, les besoins multiformes auxquels font face les gouvernements dans les autres domaines affectent les ressources allouées au secteur de la santé. Des possibilités de mobilisation des ressources existent et pour cela il est important de mener des actions de plaidoyer auprès du gouvernement. Pour une augmentation régulière et soutenue des ressources domestiques à la santé, il est important pour les organisations de la société civile (OSC) de disposer des informations pour soutenir leur action de plaidoyer

Cette étude a consisté en une analyse de la situation présentant l'évolution du financement domestique du secteur de la santé sur la période de 2017 à 2021 en vue d'identifier les faiblesses qu'il faut régler et les opportunités devant être pris en compte pour une amélioration durable des financements domestiques. Pour documenter l'évolution du financement domestique, nous avons consulté les différentes bases de données sur les budgets de la santé des années 2017 à 2021, les rapports de performances, les données du système intégré de gestion et les bases de données et rapport des comptes de la santé des années 2013 à 2019. Nous avons aussi eu recours au Global Health Expenditure Database (GHED), base de données mondiale sur les dépenses de santé. Aussi avons-nous utilisé la classification des différentes fonctions afin d'apprécier les différents flux financiers, les fonctions sanitaires, les prestations sanitaires et les maladies les plus financées.

Les dépenses de santé sont augmentation depuis plusieurs années (les dépenses courantes de santé en proportion du PIB sont passées de 2,3% en 2000 à 5,96% en 2020) avec cependant une stagnation voire une régression sur la période 2017-2021. Ces dépenses sont largement supportées par les sources privées dont les paiements directs représentent 61,5% en 2020. Les dépenses du gouvernement viennent en deuxième position suivi des dépenses de l'extérieur avec un effet de substitution à partir de 2016.

Suivant, les régimes de financement, on note une faible progression des dépenses du gouvernement et des régimes d'assurance maladie. Les biens de santé dont les médicaments constituent les principales fonctions sanitaires, suivi des soins curatifs qui prennent le pas sur les services auxiliaires (laboratoire et diagnostic) et les soins préventifs. Le budget de l'état consacré à la santé

a évolué en terme nominal mais avec un rythme faible par rapport au budget de l'état. En conséquence on note une évolution en dents de scie du budget de l'état alloué à la santé. Elle a baissé sur la période 2001 à 2010 (de 7,28% à 3,54%), stagné entre 2010 et 2015 (3,74% à 3,73%) et a progressé sur la période 2016 à 2022 (5,14% à 5,15%) avec un pic remarquable de 8,3% en 2020 en raison des dépenses liés à la gestion du Covid. Ces niveaux de financement sont en deçà des objectifs des divers engagements de financement notamment celui d'Abuja et le Compact national.

L'analyse de l'exécution du budget montre que les niveaux d'absorption sont en général élevé, de l'ordre 95% en moyenne, mais plus influencé par les dépenses de personnel, en biens et services et les transferts. Le niveau d'exécution des dépenses d'investissement est relativement faible par rapport aux autres postes budgétaires. Ce faible niveau d'exécution des investissements est lié aux procédures de passation des marchés qui prennent un temps considérable et ceci couplé à la faible au retard dans le montage des dossiers et à la faible capacité d'exécution des entreprises locales attributaires des marchés.

Pour accroître les ressources domestiques pour la santé, l'intervention des OSC est une nécessité et il existe des opportunités de plaidoyer durant le processus budgétaire.

## 1. Introduction

Le Togo s'est engagé depuis plusieurs années et en lien avec sa constitution de garantir la santé à toute la population. A ce titre il s'est fait sienne les différentes initiatives internationales, sous régionales en faveur de la santé. De la déclaration de Alma Ata sur la santé pour tous à l'adoption des objectifs du développement durable (ODD), le Togo a fait beaucoup d'efforts pour lutter contre les maladies.

Historiquement, au Togo comme dans la plupart des pays, le financement du système de santé provient essentiellement des sources fiscales.

Avec la baisse des ressources des pays liées aux crises et chocs économiques au début des années 80, les ressources publiques affectées à la santé ont baissé par ricochet avec une dégradation de la qualité des soins dans les formations sanitaires. De plus compte tenu du fait que les systèmes de sécurité sociale sont faibles, le recouvrement des coûts devient l'alternative pour financer les services de santé, augmentant ainsi le poids du financement de la santé sur les ménages.

Le Togo en dehors de ces modes de financement, bénéficie des appuis des partenaires techniques et financiers dans son cheminement vers l'atteinte de ces objectifs sanitaires.

Pour garantir la pérennité des interventions du système de santé et réduire au même moment le fardeau des ménages, il est important que les interventions sanitaires soient financées essentiellement par l'Etat et d'autres sources domestiques hors paiements directs des ménages. Depuis plusieurs années, les efforts sont faits pour augmenter le budget de l'Etat alloué à la santé et ceci en lien avec les engagements auxquels le pays a souscrit notamment la déclaration d'Abuja, la déclaration d'Alger et bien d'autres initiatives invitant les pays à accorder plus de leurs ressources à la santé. Ainsi l'analyse de la part du budget allouée à la santé a évolué en dents de scies. Le budget de l'Etat alloué au secteur de la santé est passé de 6,36 % en 2017 à 6,95 % en 2021 avec un pic en 2020 (8,33 %) <sup>1</sup>. Malgré une tendance à l'augmentation de cette part, elle reste en-deçà des attentes d'Abuja (15%) et ne permet pas de garantir le minimum requis de 112 USD par habitant pour la couverture d'un paquet de service essentiels à toute la population.

---

<sup>1</sup> Rapport d'évaluation du PNDS 2017-2021

Les contraintes budgétaires, les besoins multiformes auxquels font face les gouvernements dans les autres domaines et les niveaux faibles de consommation des ressources allouées au secteur de la santé sont souvent évoqués comme raisons de cette faible allocation des ressources à la santé.

Pour une augmentation régulière et soutenue des ressources domestiques à la santé, il est important pour les organisations de la société civile (OSC) de mener des actions de plaidoyer à l'endroit de l'Etat et d'autres acteurs. Cette étude est menée en vue de permettre aux OSC notamment UONGTO de disposer des informations pour soutenir son action de plaidoyer.

L'objectif de cette étude est de faire une analyse de la situation présentant l'évolution du financement domestique du secteur de la santé sur la période de 2017 à 2021. Elle permettra d'identifier les faiblesses qu'il faut régler et les opportunités devant être pris en compte pour une amélioration durable des financements domestiques.

## **2. Contexte général du Togo**

Cette partie aborde, dans un premier temps, le profil géographique et démographique du Togo, les caractéristiques socio-économiques et dans un second temps, le système de santé.

### **2.1. Profil géographique et démographique**

Le Togo est un pays de l'Afrique de l'Ouest situé entre, le Burkina Faso au nord, le Bénin à l'Est, le Ghana à l'Ouest et le Golfe de Guinée au sud. Il a une superficie de 56 790 km<sup>2</sup> et s'étale sur une longueur de 600 km avec une largeur variant entre 50 et 150 km.

Le Togo jouit d'un climat tropical chaud et humide, qui favorise la prolifération des agents pathogènes. Ce qui explique en partie, le profil épidémiologique des pays en zone tropicale, dominée par des maladies infectieuses et parasitaires.

Sur le plan démographique, le Togo se caractérise par : (i) une croissance démographique forte, résultat d'une mortalité en baisse et d'une fécondité élevée. De l'ordre de 7 en 1988, l'indice synthétique de fécondité<sup>2</sup> a baissé à 5,4 en 1998 puis à 4,8 d'après les données de l'enquête démographique et de santé de 2013-2014. Cette population est à majorité jeune avec une prédominance féminine<sup>3</sup>. Les jeunes et adolescents (les personnes de moins de 15 ans

---

<sup>2</sup> Nombre moyen d'enfants par femme

<sup>3</sup> Annuaire des statistiques sanitaires du Togo, 2021

représentaient 42,1% en 2010) et les femmes représentent 51,4% de femmes et contre 48,6% d'hommes.

L'évolution de la structure de la population met en exergue l'importance des besoins sociaux auxquels le pays devra faire face. Il s'agit particulièrement de la santé des enfants de moins de 5 ans, celle des adolescents ainsi que la santé de la reproduction, de l'éducation, l'emploi, du logement, de l'eau et des conditions d'assainissement de base. La satisfaction de ces besoins implique la mobilisation accrue et soutenue de ressources financières.

## **2.2. Caractéristiques socio-économiques**

Le Togo fait partie des pays pauvres même si la tendance du taux de pauvreté est à la baisse. En effet, le taux de pauvreté est passé de 61,7 % en 2006 à 45,5 % en 2018. La pauvreté est plus prononcée en milieu rural où 58,8 % des ménages vivaient en dessous du seuil de pauvreté en 2018<sup>4</sup>.

Le taux de chômage est passé de 3,4 % en 2015, à 3,9 % en 2018. Les résultats de l'enquête régionale intégrée sur l'emploi et le secteur informel dans les Etats membres de l'UEMOA (ERIESI) montrent qu' au Togo, les taux d'accès à l'eau potable, à des latrines et à l'électricité représentent respectivement 59,3 %, 41,4 % et 50,8 %.

La croissance économique au Togo qui était en moyenne de 5% a connu une baisse en raison de la crise sanitaire liées à la Covid-19. L'activité économique a régressé en 2020, avec un taux de croissance de 1,8 %.

Le taux d'inflation était de 1,8 % en 2020, contre 0,7 % en 2019. Ceci est dû notamment à l'augmentation des prix des produits pétroliers, des prix des « produits alimentaires et boissons non alcoolisées » et des prix du « transport ».

## **2.3. Organisation administrative**

Au plan administratif, le Togo compte 39 préfectures regroupées en cinq régions administratives et le District autonome du grand Lomé (DAGL)<sup>5</sup>. Le pays compte 117 communes dont les

---

<sup>4</sup> Enquête harmonisée des conditions de vie des ménages du Togo 2018-2019, note synthétique sur les résultats de pauvreté-EHCVM 2018-2019, octobre 2020.

<sup>5</sup> Articles 324 et 324-1 de la loi N°2019-006 du 26 juin 2019

conseillers municipaux ont été élus lors des dernières élections municipales organisées en juin 2019.

## 2.4. Système de santé

### 2.4.1. Organisation du système de santé

Le système de santé du Togo est organisé selon une structure pyramidale à trois niveaux : le niveau central, le niveau intermédiaire constitué par les régions sanitaires et le niveau périphérique/opérationnel basé sur le district sanitaire.

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

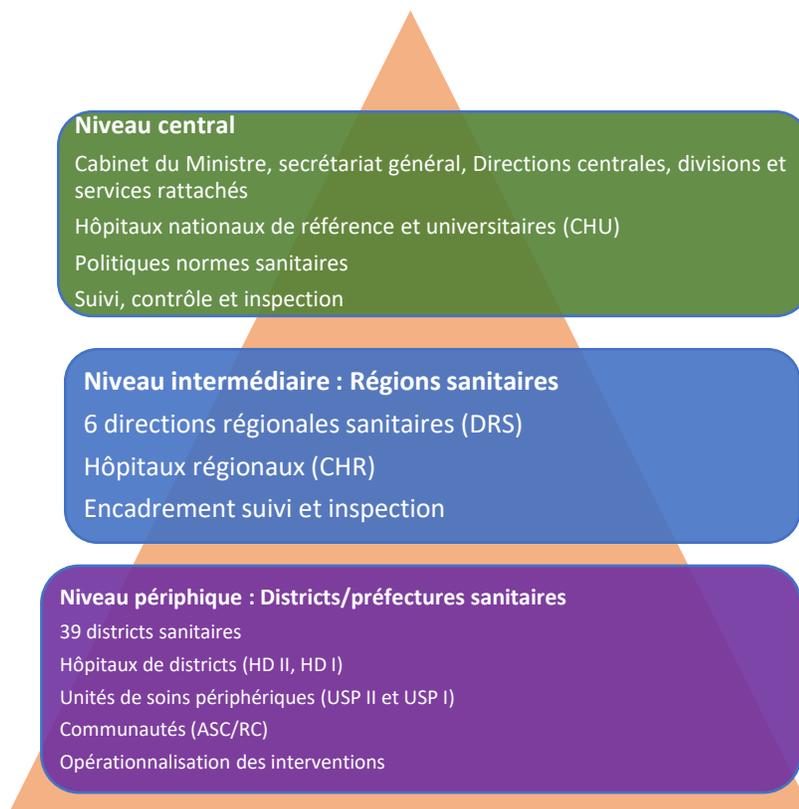


Figure 1 : Schéma de l'organisation pyramidale du système de santé au Togo

## 2.4.2. Organisation de l'offre de soins et couverture sanitaire

Les soins de santé sont fournis aux populations dans des structures publiques et privées (libérales et confessionnelles). Le système de soins est organisé selon trois niveaux : opérationnel, régional et national.

Les soins de premier contact sont structurés autour de trois échelons à savoir : (i) l'Agent de Santé Communautaire (ASC) qui assure par délégation les soins au niveau familial et des communautés et les services de santé ; (ii) l'Unité de Soins Périphérique (USP) comme base du système de soins et à partir de laquelle sont menées des activités de proximité en stratégie fixe et vers les populations ; (iii) les Hôpitaux de District (HD) qui constitue le premier niveau de référence. Les Centres Hospitaliers Régionaux (CHR) constituent le deuxième niveau de référence et de recours et les Centres Hospitaliers Universitaires (CHU), niveaux de référence nationale.

En 2022, la situation des formations sanitaires selon les différents niveaux est présentée dans le tableau ci-dessous

Tableau I : Répartition des établissements de soins par type et par région

Types d'Établissement de soins	Grand-Lomé	Maritime	Plateaux	Centrale	Kara	Savanes	Total
CHU	2	0	0	0	1	0	3
CHR	1	1	1	1	1	1	6
Hôpital spécialisé	1		1			1	3
Hôpital Type II	9	4	9	3	4	3	32
Hôpital Type I	24	5	7	3	4	4	47
USP Type II	201	34	55	26	36	19	371
USP Type I	159	149	198	94	113	84	797
Infirmierie	3	1	5	6	9	4	28
Autres <sup>6</sup>	19	1	10	1	1	1	33
<b>Ensemble Pays</b>	<b>419</b>	<b>195</b>	<b>286</b>	<b>134</b>	<b>169</b>	<b>117</b>	<b>1 320</b>

(Source : Rapport de performance du Ministère de la santé 2021)

<sup>6</sup> Autres : Poste de secours, centres de santé etc.

## Encadré 1 :

L'USP I est censé desservir une population comprise entre 5 000 et 15 000 habitants à qui il dispense des services curatifs, de SMI/PF et de promotion de l'hygiène et de l'assainissement de base.

Il comprend un service de soins curatifs, maternité et un point de cession de médicaments essentiels et le personnel est composé de : l'infirmier (IDE ou IA) ; 1 accoucheuse (AA ou matrone) ; 1 assistant d'hygiène ; 1 aide soignant.

- L'Unité de Soins Périphérique Type II (avec ou sans Médecin)

L'USP II est censé desservir une population comprise entre 15 000 et plus habitants.

L'USP II est une structure de soins dit médicalisée parce que parfois dirigée par un médecin. Il comprend une unité de soins curatifs ; une maternité, un dépôt de médicaments et parfois un laboratoire et une unité de mise en observation des malades.

Au point de vue personnel, la situation n'est pas uniforme. Le personnel peut être ainsi composé de 1 assistant médical ou un médecin ; 1 ou plusieurs sages-femmes, accoucheuses auxiliaires, infirmiers, laborantins et du personnel d'appui.

Les Unités de Soins Périphériques (USP Type I et II) correspondent au premier niveau de contact professionnalisé.

- L'Hôpital de District de Type I (sans Bloc Chirurgical),
- L'Hôpital de District de Type II (avec Bloc Chirurgical).

L'hôpital de District, situé au chef-lieu de la préfecture, représente théoriquement le second niveau de contact ou structure de référence pour le premier niveau.

Il se présente sous deux formes (HD sans bloc opératoire = HD I pour une population inférieure à 100 000 habitants et avec bloc opératoire = HD II pour une population égale ou supérieure à 100 000 habitants).

Il comporte selon le cas un service de médecine ; une maternité ; un laboratoire, un bloc opératoire, une pharmacie et bloc administratif.

Le personnel comprend des médecins, des assistants médicaux, des Techniciens de génie sanitaires, des Techniciens biologistes, des Techniciens supérieurs d'anesthésie réanimation, des sages-femmes, des infirmiers diplômés d'état, du personnel auxiliaire, du personnel administratif.

- Les structures de santé du niveau intermédiaire sont les Centres Hospitaliers Régionaux (CHR).

Les CHR constituent le troisième niveau de contact ou structure de référence pour le second niveau dans la région.

Le CHR couvre toute la population de la région et dispose d'un service de médecine; une maternité ; un laboratoire, un bloc opératoire, une pharmacie et bloc administratif et des services spécialisés comme la Gynécologie, l'Obstétrique, la Pédiatrie, la Kinésithérapie, l'orthopédie, la Rhumatologie, la radiologie, la Stomatologie, l'Ophtalmologie, l'ORL.

Le personnel comprend des médecins généralistes, des médecins spécialistes, des chirurgiens généralistes, des assistants médicaux, des Techniciens de génie sanitaires, des Techniciens biologistes, des Techniciens supérieurs d'anesthésie réanimation, des techniciens supérieurs d'ORL, Stomatologie, Ophtalmologie, des Kinésithérapeutes d'Etats, des sages-femmes, des infirmiers diplômés d'état, du personnel auxiliaire, du personnel administratif.

- Les structures de santé du niveau central sont les Centres Hospitaliers Universitaires (CHU).

Les CHU constituent le quatrième niveau de contact ou structure de référence pour le troisième niveau.

Le CHU ne dispose pas d'une aire sanitaire spécifique, il est censé répondre aux besoins de références au niveau national. A cet effet, il dispose d'un service de médecine ; une maternité ; un laboratoire, de blocs opératoires, une pharmacie et bloc administratif et des services spécialisés comme la Gynécologie, l'Obstétrique, la Pédiatrie, la Kinésithérapie, l'orthopédie, la Rhumatologie, la radiologie, La Stomatologie, l'Ophtalmologie, l'ORL, la Chirurgie Pédiatrique, la neurologie, la chirurgie neurologique, la Cardiologie, la gastroentérologie, le Service d'Anatomie pathologique, la Néonatalogie, la traumatologie.

Le personnel du CHU est composé de : médecins généralistes, médecins spécialistes, des assistants médicaux, des Techniciens de génie sanitaires, des Techniciens biologistes, des Techniciens d'anesthésie réanimation, des techniciens supérieurs d'ORL, Stomatologie, Ophtalmologie, des Kinésithérapeutes d'Etats, des sages-femmes, des infirmiers diplômés d'état, du personnel d'appui et du personnel administratif.

Sources : Normes sanitaires du Togo : Normes pour les structures de soins de santé, août 2013

### 2.4.3. Financement de la santé et protection sociale en santé

Le financement de la santé décrit la façon dont les prestataires de soins se sont procuré les ressources nécessaires à la mise en œuvre des interventions sanitaires. Historiquement, les ressources consacrées à la santé au Togo proviennent principalement de quatre sources :

- ✓ Les recettes fiscales et non-fiscales perçues par l'Etat togolais et exécutées soit au niveau central, intermédiaire, ou périphériques (régions et districts). Les ressources publiques (dépenses de santé du Gouvernement) représentent environ 20% des dépenses courantes de santé en 2020 (Source : Comptes de la santé et GHED)
- ✓ Les fonds extérieurs fournis par les PTF à travers des accords bilatéraux et multilatéraux sont soit transférés au budget général de l'Etat en tant qu'appuis budgétaires sous forme subventions ou de prêts, soit exécutés directement par des organisations non gouvernementales ou des structures spécifiques rattachées ou non au ministère de la santé. Ces fonds représentent environ 10% des dépenses de santé en 2020 (Source : Comptes de la santé et GHED)
- ✓ Les dépenses privées supportées par les particuliers ou ménages pour accéder à des services de santé dans des établissements publics et privés (libérales ou à confessionnelles). Les dépenses de santé sous forme des paiements directs des ménages correspondent à plus de la moitié (61%) des dépenses totales de santé. (Source : Comptes de la santé et GHED)
- ✓ Des ressources additionnelles pour la santé proviennent d'autres sources privées, y compris des fondations nationales et internationales, des ONG et des fournisseurs privés, mutualiste ou non, d'assurance-santé par le biais des cotisations des employeurs et des employés et de contributions volontaires. Les dépenses de santé provenant de ces autres sources en pourcentage de dépenses courantes de santé sont environ 10 %. (Source : Comptes de la santé et GHED)

Le financement domestique est constitué de toutes les ressources financières provenant des acteurs nationaux qu'ils soient publics ou privés. En 2020, les financements domestiques représentent 89,9% alors que les financements provenant des sources externes représentent 10,1%.(Comptes de la santé et GHED)

Ces financements sont organisés en différents arrangements/régimes de financement qui sont organisés dans le tableau suivant :

Tableau II : Régimes de financements

Intitulé	Organisme	Bénéficiaires	Prestations
Programmes de prise en charge sanitaire et de couverture maladie	<p>1. Ministère chargé de l'inclusion financière et de l'organisation du secteur informel (MIFOSI) à travers le programme présidentiel « School Assur »</p> <p>2. <b>Ministère de la santé, de l'hygiène publique et de l'accès universel aux soins</b> (MSHPAUS) à travers, entre autres, les programmes de lutte contre la tuberculose, de vaccination (PEV), de lutte contre le VIH-Sida, les hépatites virales et IST, de lutte contre le paludisme, la subvention de la césarienne, les interventions en matière de nutrition, la santé maternelle, infantile et planification familiale.</p>	Personnes en situation de vulnérabilité, de pauvreté et victimes d'exclusion sociale	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <i>Assurance maladies</i> (non contributive) au profit des élèves des établissements publics primaires et secondaires (School Assur)</li> <li>▪ Distribution de moustiquaires à imprégnation durable (MID) ;</li> <li>▪ Traitement préventif intermittent du paludisme (TPI 3) ;</li> <li>▪ Chimio prévention du Paludisme Saisonnier (CPS) chez les enfants de moins de 5 ans ;</li> <li>▪ Gratuité des méthodes contraceptives</li> <li>▪ Gratuité des ARV, des anti TB</li> <li>▪ Subvention de la césarienne</li> <li>▪ Subvention des indigents</li> <li>▪ Programme WEZOU</li> <li>▪ Supplémentation en vitamine A et déparasitage, etc.</li> </ul>
Assurance sociale obligatoire	3. Institut national d'assurance-maladie (INAM)	Agents publics en activité et retraités et leurs ayants droits (conjoint (e) et 4 enfants de	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Couverture des soins médicaux</li> </ul>

		moins de 26 ans) (régime obligatoire) Artisans et leurs ayants droits (régime volontaire)	
Fonds National Régime d'assurance-maladie obligatoire de la Finance Inclusive (FNFI)	4. FNFI	Travailleurs du secteur informel	Assurance santé, incendie et décès ; Consultation, Analyses médicales, Médicaments ; <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Remboursement de 50% de l'encours du crédit.</li> </ul>
Mutuelles de santé	5. Cadre National de Concertation de la Mutualité au Togo (CNCMUT)	Acteurs de l'économie informelle et du monde rural à faible revenu et ayants-droits Populations en général	Prévention et gestion des risques sociaux liés à la maladie ; <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Prise en charge des soins médicaux</li> </ul>
Compagnies privées d'assurances	6. Assurances privées	Travailleurs du secteur privé formel Populations en général	Prise en charge des soins médicaux

### **3. Méthodologie d'analyse du système de financement de la santé**

En vue de disposer d'informations pertinentes pour aider au plaidoyer en faveur des ressources financières pour la santé, l'approche méthodologique suivante a été adoptée :

#### **✓ Une revue documentaire**

Pour documenter l'évolution du financement domestique, nous avons consulté les différentes bases de données sur les budgets de la santé des années 2017 à 2021. Pour apprécier, les niveaux d'absorption des budgets alloués, nous avons utilisé les données du système intégré des finances publiques (SIGFIP) et les rapports de performances du ministère de la santé. Ensuite, en vue d'analyser les autres sources de financement de la santé, nous allons avoir recours aux rapports et bases de données et rapport des comptes de la santé des années 2013 à 2019. Nous avons aussi eu recours au Global Health Expenditure Database (GHED), base de données mondiale sur les dépenses de santé. Ainsi nous allons utiliser les classifications des différentes fonctions afin d'apprécier les différents flux financiers, les fonctions sanitaires, les prestations sanitaires et les maladies les plus financées.

### **4. Résultats**

#### **4.1. Volume du financement de la santé et Indicateurs de dépenses de santé (par tête)**

L'analyse du financement de la santé montre une tendance évolutive depuis plusieurs années. Les dépenses courantes de santé en proportion du PIB sont passées de 2,3% en 2000 à 5,96% en 2020. Par conséquent, les dépenses courantes par tête ont évolué de 11,23 USD en 2000 à 53,5 USD en 2020. La figure ci-dessous montre l'évolution de ces deux indicateurs sur la période de 2000 à 2020. Sur la période 2017-2021, on note une faible progression voire une régression de la dépenses de santé en proportion du PIB.

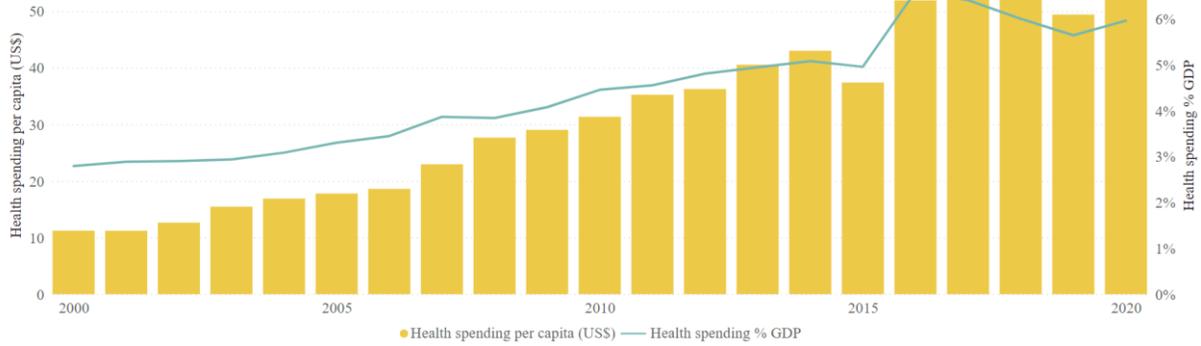


Figure 2: Evolution des dépenses courantes en proportion du PIB et dépenses courantes par tête  
 Source : Comptes de la santé et Global Health Expenditure Database

#### 4.2. Analyse des sources de financements

L'analyse des sources de financement de la santé montre que les sources privées dominées par les paiements directs des ménages constituent les principales sources. Les paiements directs représentent 61,5% des dépenses courantes de santé en 2020, suivi des dépenses du gouvernement et externes.

La figure ci-dessous présente les différentes sources et leur évolution

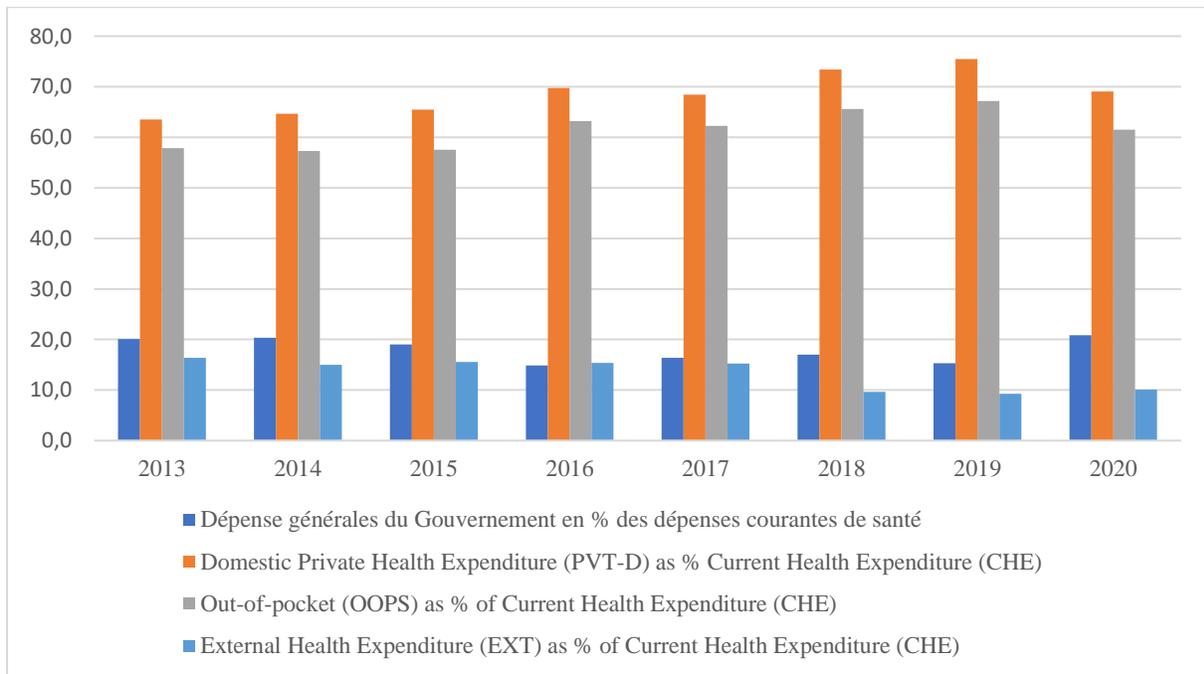


Figure 3 : Sources de financement de la santé

Source : Comptes de la santé et Global Health Expenditure Database

Dans la figure 3 ci-dessus, les tendances montrent qu'entre 2000 et 2010, l'augmentation de l'aide extérieure pour la santé a progressé ainsi que les dépenses de santé du gouvernement en proportion des dépenses globales du gouvernement. A partir de 2011, on note une baisse des dépenses du gouvernement pendant que les dépenses provenant de l'extérieur ont continué par progresser. On note un effet de substitution des ressources des contributions de l'Etat par ceux des partenaires externes

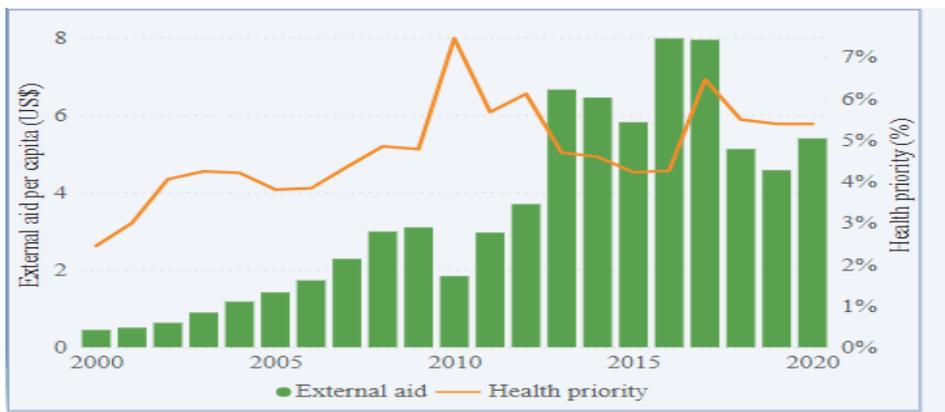


Figure 4 : Evolution des dépenses du gouvernement et celles provenant de l'extérieur

Source : Comptes de la santé et Global Health Expenditure Database

Par ailleurs, la diminution des contributions du gouvernement se traduit également par l'augmentation des paiements directs des ménages comme l'illustre le graphique ci-dessous

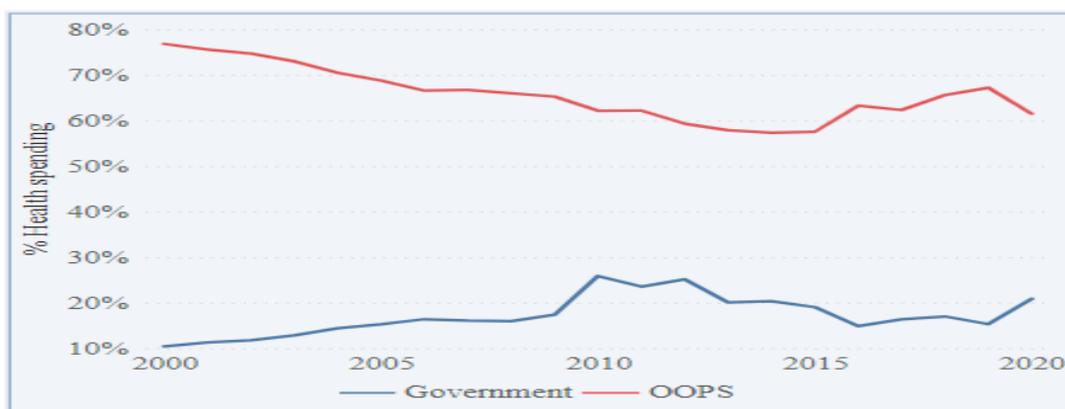


Figure 5 : Dépenses du gouvernement et paiement direct en proportion des dépenses courantes de santé

Source : Comptes de la santé et Global Health Expenditure Database

### 4.3. Dépenses selon les régimes de financement de la santé

Selon les régimes de financement, les paiements directs occupent la proportion la plus élevée, suivi du régime obligatoire d'assurance maladie, puis du régime volontaire. La figure ci-dessous présente le poids de chaque régime. A partir de 2017, on note une baisse du régime obligatoire d'assurance maladie, ce qui se traduit par une augmentation des paiements directs.

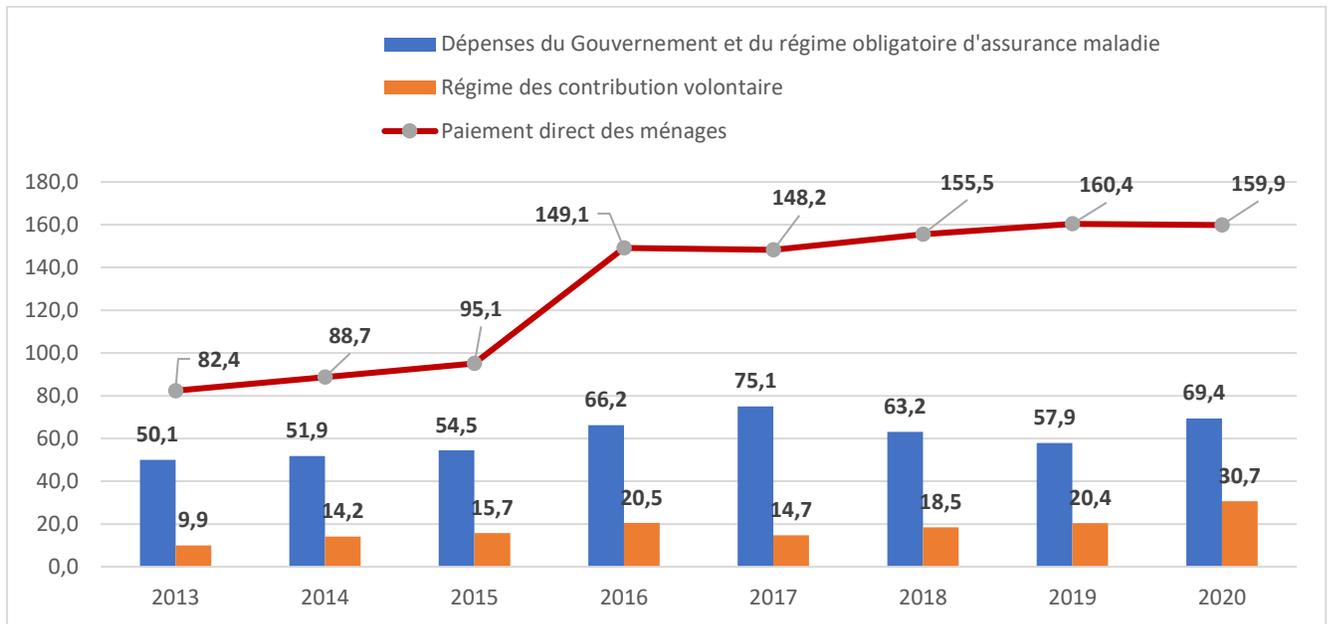


Figure 6 : Dépenses de santé par régime de financement de la santé

Source : Comptes de la santé et Global Health Expenditure Database

### 4.4. Dépenses de santé par fonctions

Du point de vue de répartition des dépenses de santé par fonction sanitaire, les biens de santé dont les médicaments constituent les principales fonctions sanitaires, suivi des soins curatifs qui prennent le pas sur les services auxiliaires (laboratoire et diagnostic) et les soins préventifs. L'essentiel des financements de la santé est consacré à la prise en charge des maladies. Les dépenses de préventions représentent près de la moitié des dépenses en soins curatifs. Cette tendance met en exergue, la faible orientation des interventions vers les activités préventives. La figure ci-dessous présente l'évolution des dépenses de santé selon les fonctions.

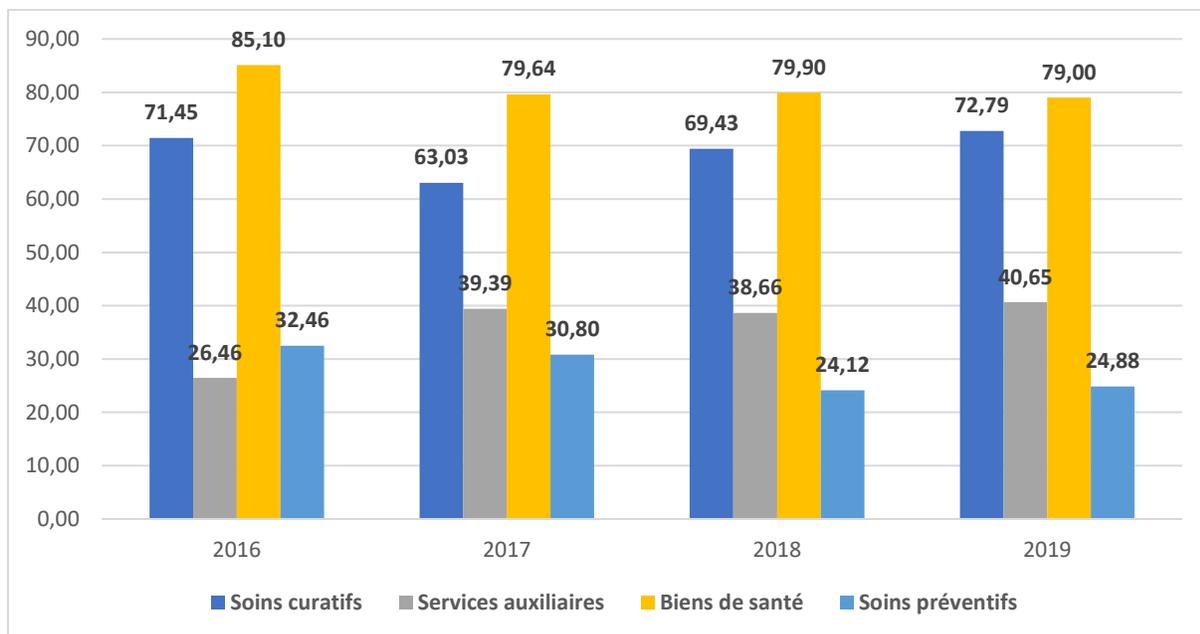


Figure 7 : Dépenses de santé selon les fonctions sanitaires

Source : Comptes de la santé et Global Health Expenditure Database

#### 4.5. Analyse du budget alloué de la santé

L'analyse du budget permet de mettre en exergue les dépenses publiques par oppositions aux dépenses privées. Les dépenses publiques apparaissant dans le budget de l'état sont constituées des ressources des dépenses internes du gouvernement et les dépenses des partenaires qui sont retracées dans le budget sous forme d'appui budgétaire ou d'appui projet. Le budget de l'état consacré à la santé a évolué progressivement en terme nominal au même titre que le budget de l'Etat. Cependant, le rythme d'évolution du budget de la santé est faible par rapport au budget de l'état. En conséquence on note une évolution en dents de scie du budget de l'état alloué à la santé. Elle a baissé sur la période 2001 à 2010 (de 7,28% à 3,54%), stagné entre 2010 et 2015 (3,74% à 3,73%) et a progressé sur la période 2016 à 2022 (5,14% à 5,15%) avec un pic remarquable de 8,3% en 2020. Ce budget est resté en deçà des objectifs d'Abuja auxquels les pays ouest africains ont souscrit.

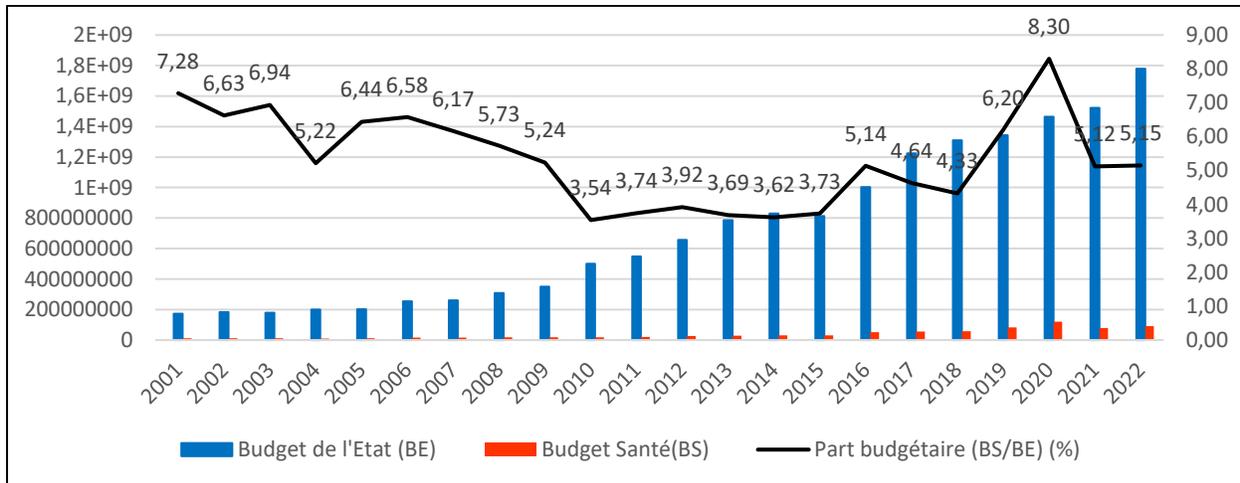


Figure 8 : Evolution du budget de l'état consacré à la santé

Source : Rapport d'évaluation PNDS 2017-2022

En considérant uniquement les dépenses du gouvernement (hors ressources externes), on note plutôt une proportion plus élevée des dépenses du gouvernement consacrées à la santé, de l'ordre de 20% en moyenne avec une tendance à la hausse sur la période 2017-2020, comme l'illustre la figure 8 ci-dessus. Ceci signifie qu'une très faible partie des ressources externes finançant le budget de l'état est alloué à la santé par rapport aux autres secteurs.

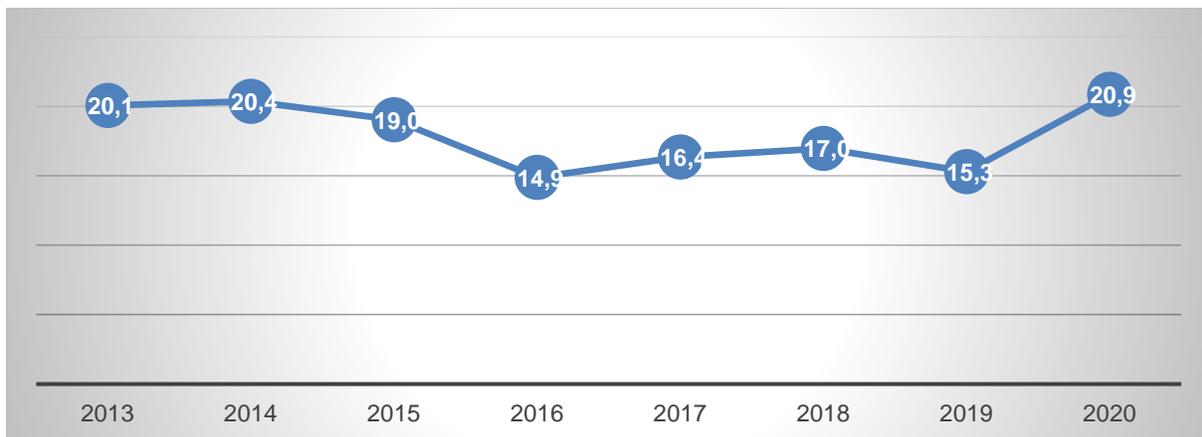


Figure 9 : Evolution des dépenses de santé du gouvernement en proportion des dépenses générales du gouvernement

Source : Comptes de la santé et Global Health Expenditure Database

Lorsqu'on considère l'analyse suivant les ressources domestiques c'est-à-dire les dépenses de santé hors dépenses de l'extérieur, les dépenses du Gouvernement représentent en moyenne le quart des

dépenses domestiques (Figure 9), le reste étant supporté dans une large mesure par les ménages et les entreprises privées locales.

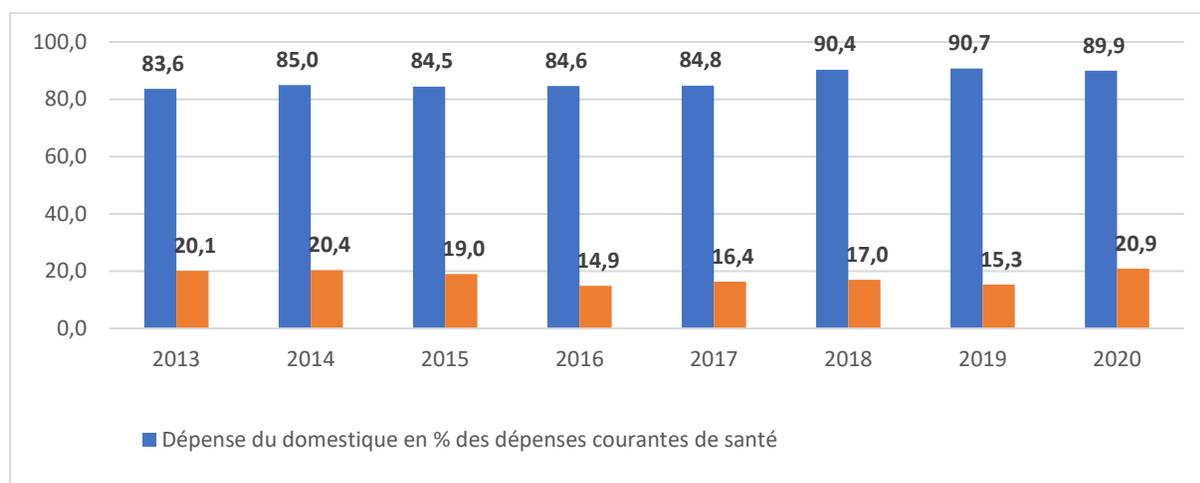


Figure 10 : Dépenses domestiques et dépenses du gouvernement en proportion des dépenses courantes

Source : Global Health Expenditure Database

#### 4.6. Analyse de l'exécution du budget de la santé

L'analyse de l'exécution du budget alloué à la santé (Figure 10), montre un niveau d'exécution très élevés en 2017 et 2018 (dépassant les 100%). Ce niveau d'exécution est en baisse et se situe à 93% en 2021 avec une chute à 87% en 2020. Les dépassements des années 2017 et 2018 s'expliquent par le fait que certains financements des partenaires exécutés n'étaient pas pris en compte dans le budget. Ceci met en exergue, la nécessité d'avoir une meilleure prévisibilité des ressources des partenaires. La chute de 2020 pourrait s'expliquer par le fait que le budget ayant fortement augmenté à cause des dépenses de ripostes contre la Covid-19, les capacités habituelles d'absorption n'ont pas suffi pour consommer tous les financements mobilisés. Ceci pourrait s'expliquer également par le fait qu'en situation d'urgence, certaines dépenses prévues n'ont pas pu être exécutées (ateliers prévus en présentiel et réalisées en mode virtuelle, limitation des voyages internes et externes, etc.).

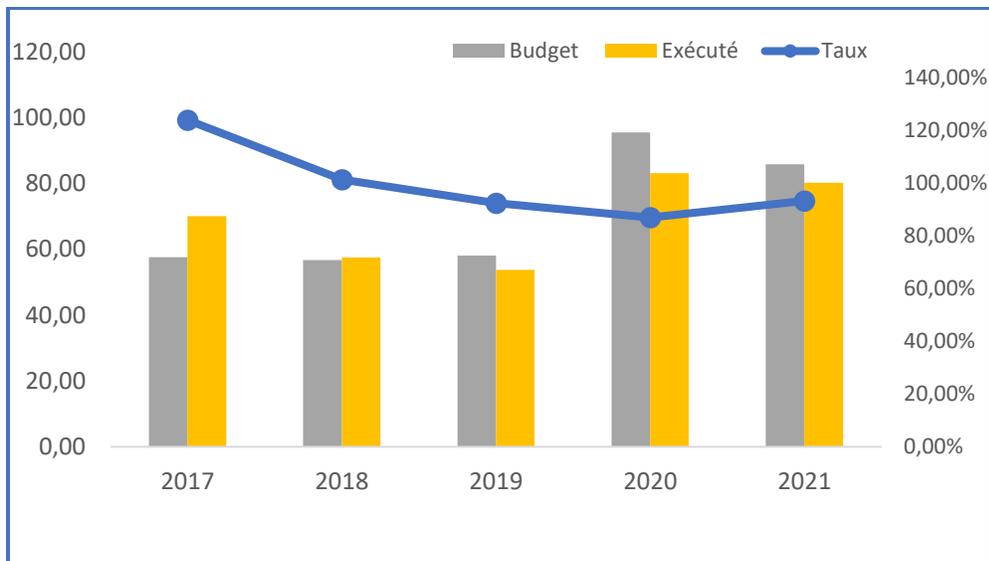


Figure 11 : Exécution du budget alloué au ministère de la santé 2017-2021

Sources : Rapports de performance du Ministère chargé de la santé 2017-2021

#### 4.7. Analyse de l'exécution du budget par nature de dépenses

Pour mieux comprendre les tendances évolutives, nous analysons l'exécution du budget suivant les natures de dépenses. Le budget d'investissement a évolué dans le temps de 2017 à 2021 avec un pic en 2020 lié aux efforts de lutte contre la Covid-19. L'analyse de l'exécution du budget des investissements (Figure 12), montre la même tendance que celle observée pour le budget total avec une baisse en 2020.

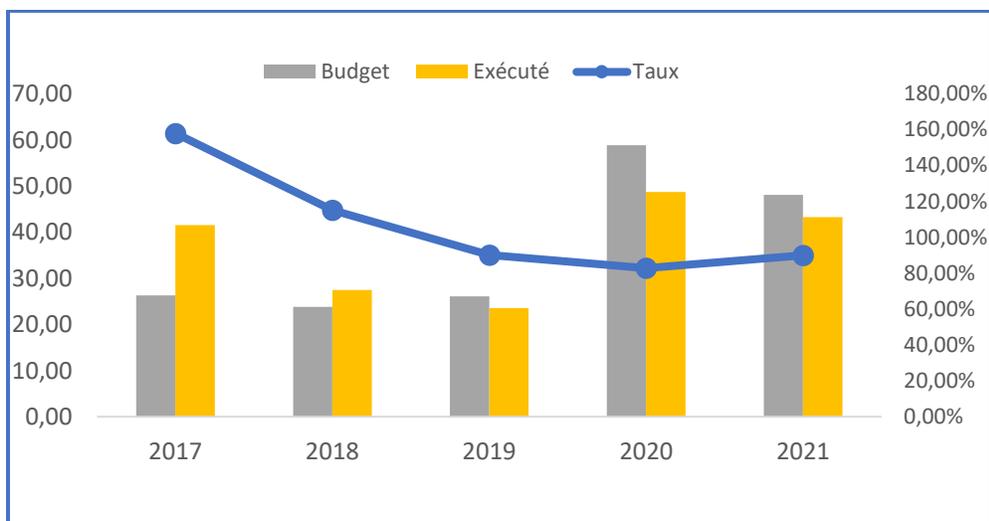


Figure 12 : Exécution du budget d'investissement de 2017-2021

Sources : Rapports de performance du Ministère chargé de la santé 2017-2021

En considérant le budget de fonctionnement (figure 12), les niveaux d'exécution sur la période de 2017 à 2021 avoisinent 100%. De 94,55% en 2017, le taux passe à 97% en 2021, en passant par un léger fléchissement sur la période 2018-2020.

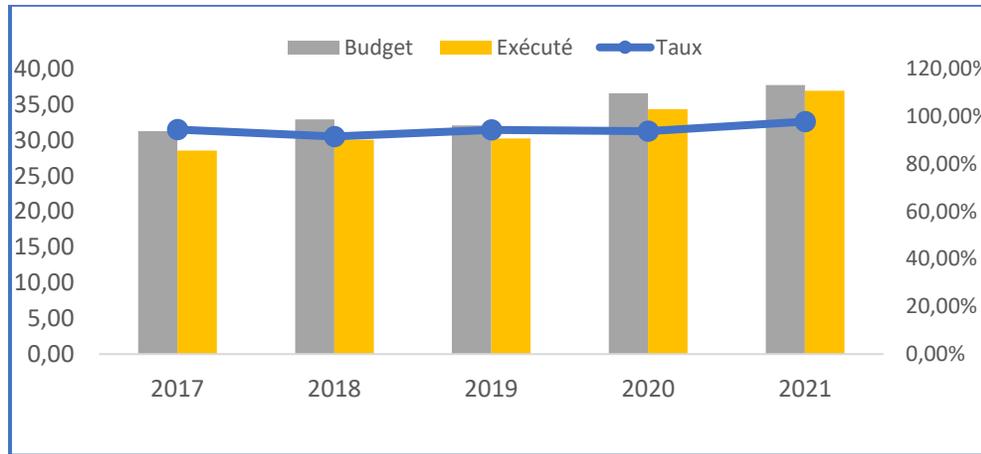


Figure 13 : Exécution du budget de fonctionnement de 2017-2021

Sources : Rapports de performance du Ministère chargé de la santé 2017-2021

Le budget de fonctionnement est composé du budget des biens et services, du budget du personnel et celui des transferts.

L'analyse de l'exécution du budget des biens et services (figure 13) montre que le niveau a baissé entre 2017 et 2019 (de 95% à 88%) avec une reprise en 2020 (97%) pour chuter de nouveau en 2021 à 93%. Globalement les taux restent à un niveau élevé en dehors de celui de 2019

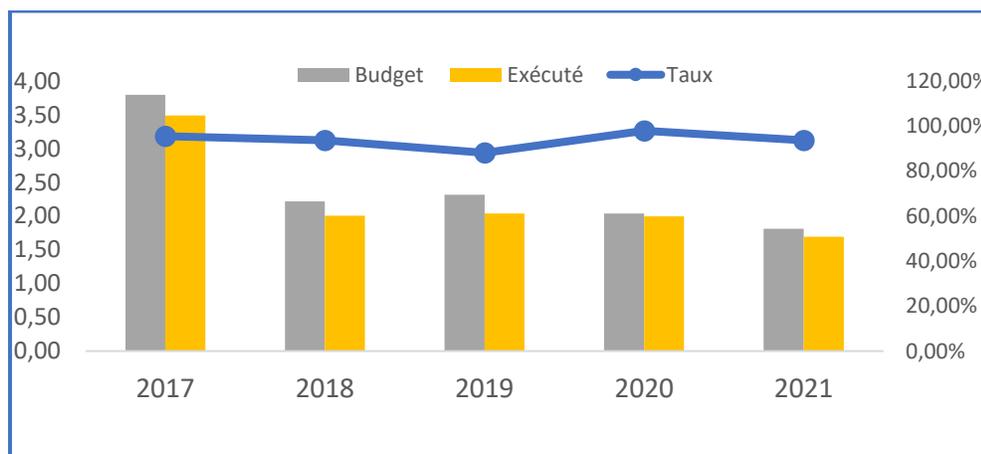


Figure 14 : Exécution du budget des biens et services de 2017-2021

Sources : Rapports de performance du Ministère chargé de la santé 2017-2021

L'exécution du budget du personnel aussi se situe à des niveaux élevés, de l'ordre de 93% en 2017, le taux est passé à 97% en 2021 en passant par 88,5% en 2018, 92,5% en 2019 puis 91% en 2020.

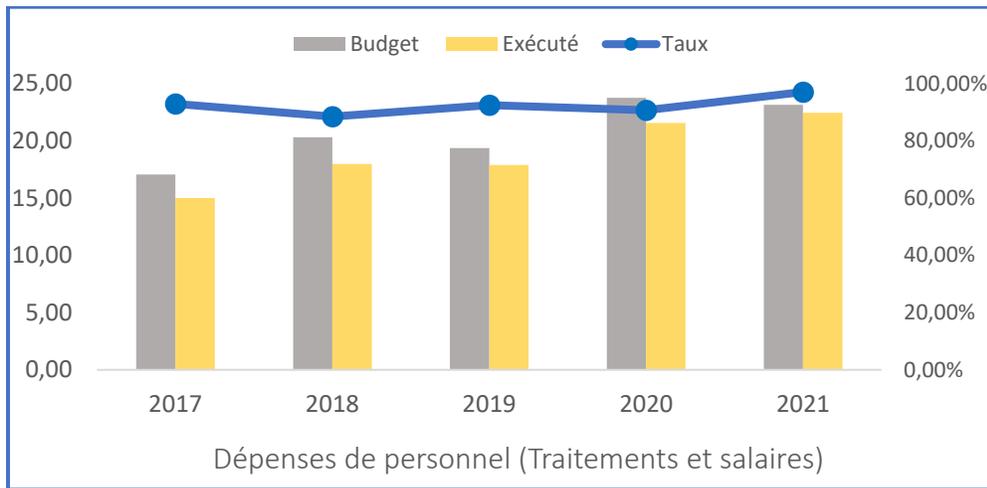


Figure 15 : Exécution du budget du personnel de 2017-2021

Source : Rapports de performance du Ministère chargé de la santé 2017-2021

Pour ce qui concerne les transferts/subventions (Figure 16), le niveau d'exécution a progressé de 97% en 2017 à 99% en 2021. On note une régularité dans cette progression de 2017 à 2020, puis une légère baisse entre 2020 et 2021.

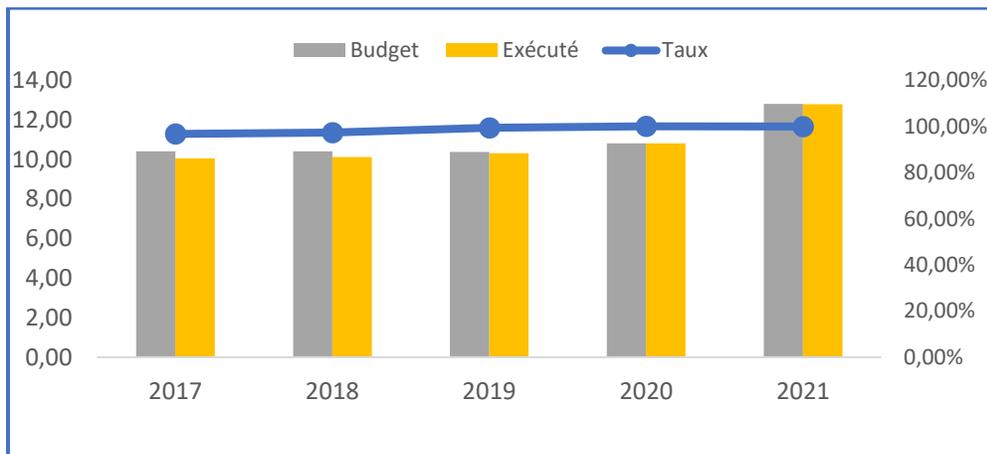


Figure 16 : Exécution du budget des transferts/subventions de 2017-2021

Sources : Rapports de performance du Ministère chargé de la santé 2017-2021

Globalement, le budget de fonctionnement est exécuté à des niveaux élevés et les tendances d'exécution du budget total sont influencées par l'exécution du budget des investissements.

L'analyse des détails de l'exécution du budget des investissements est importante pour apprécier les évolutions. Le budget des investissements comprend les investissements sur ressources internes (RI) et les investissements sur ressources externes (RE).

La figure 16 ci-dessous présente l'évolution des taux d'exécution des investissements sur ressources internes. Comparativement aux autres postes budgétaires, les investissements sont faibles. De l'ordre de moins d'un milliard entre 2017 et 2019 ces investissements ont progressé à partir de 2020 avec l'avènement de Covid-19, pour chuter de nouveau en 2021. Le niveau d'exécution de ces investissements est également faible entre 2017 (65%) et 2018 (88%) et a progressé à partir de 2019. Les raisons qui expliquent ce faible niveau d'exécution des investissements sont liées aux procédures de passation des marchés qui prennent un temps considérable et ceci couplé à la faible capacité des acteurs d'une part et au retard dans le montage des dossiers. Par ailleurs, une fois les marchés attribués, les entreprises locales attributaires des marchés ont de faible capacité d'exécution ce qui retarde les travaux.

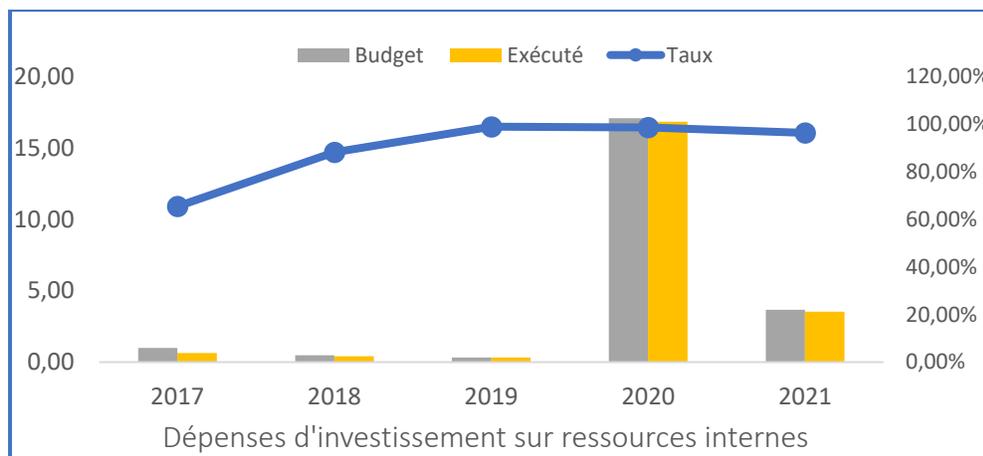


Figure 17 : Exécution du budget d'investissement sur ressources internes de 2017-2021

Sources : Rapports de performance du Ministère chargé de la santé 2017-2021

Pour ce qui concerne les investissements sur ressources externes (Figure 17), ils sont également en progression, mais avec des taux d'exécution en régression. A partir de 2020, avec l'apparition de Covid-19, les appuis des partenaires ont augmenté, dépassant les capacités d'exécution du ministère. En 2020, le taux d'exécution était de 76,4% et a progressé légèrement pour atteindre 89,4% en 2021

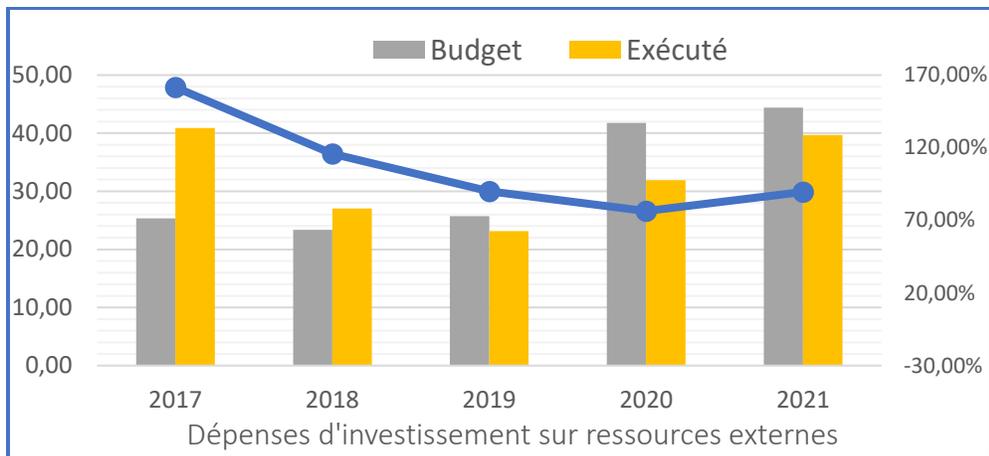


Figure 18 : : Exécution du budget d'investissement sur ressources externes de 2017-2021

Sources : Rapports de performance du Ministère chargé de la santé 2017-2021

En dehors des financements prévus dans le budget de l'état, les formations sanitaires perçoivent des recettes à travers la tarification de leurs actes et prestations. Ces recettes sont réutilisées par les formations sanitaires pour le financement de leurs activités. L'évolution des recettes mobilisées et leur niveau d'exécution sont présentés par la figure 19 ci-dessous

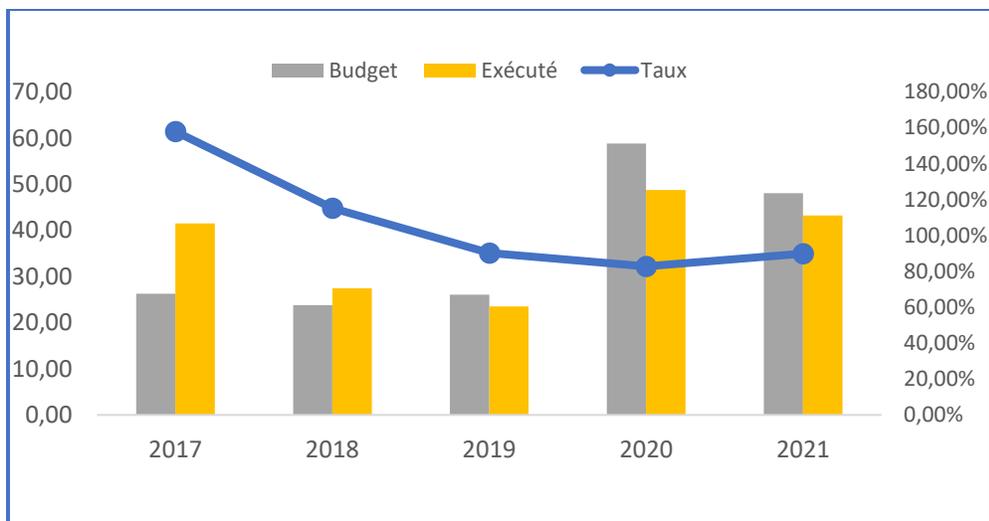


Figure 19 : Exécution des recettes propres des formations sanitaires de 2017-2021

Sources : Rapports de performance du Ministère chargé de la santé 2017-2021

#### **4.8.Mobilisation de ressources intérieures pour la santé**

En vue de mobiliser plus de ressources pour la santé, le Togo a souscrit à un certain nombre d'engagements internationaux, régionaux ou nationaux. Au rang de ces engagement on peut citer :

- la Résolution de l'Assemblée Générale des Nations Unies, adoptée en décembre 2012 qui invite instamment les gouvernements à accélérer la transition vers l'accès universel à des services de santé de qualité et abordables
- la Déclaration de Bangkok sur la couverture sanitaire universelle adoptée en janvier 2012 ;
- la Déclaration politique de Mexico sur la couverture sanitaire universelle en avril 2012 ;
- la Déclaration de Tunis sur l'optimisation des ressources, la soutenabilité et la redevabilité dans le secteur de la santé, adoptée en juillet 2012;
- la Déclaration d'Alger 2008 sur le renforcement de la recherche en santé en Afrique ;
- L'engagement des Chefs d'Etat et de Gouvernement de l'OUA d'allouer au moins 15% de leur budget annuel à l'amélioration du secteur santé d'ici 2015 (Déclaration d'Abuja sur le VIH/Sida, Tuberculose et autres maladies infectieuses 2001).

En dehors de ses engagements, au niveau national, on peut citer :

- le Compact national à travers lequel, il est attendu une augmentation du budget d'un point chaque année sur la période de mise en œuvre du PNDS
- Engagement de cofinancement des interventions de lutte contre le VIH/Sida, la tuberculose et le paludisme,
- Engagement de cofinancement pour l'achat des vaccins
- Engagement de cofinancement des produits contraceptifs (planification familiale)

#### **4.9.Processus budgétaire et fenêtres possibles de plaidoyer**

Le processus d'élaboration du budget de l'Etat se déroule suivant plusieurs étapes avec l'implication des diverses parties prenantes. Ce processus comprend : la préparation, l'approbation et l'exécution.

Le processus est mené par le Ministère de l'économie et des finances (MEF) et est régi par la Loi Organique n°2014-013 du 27 Juin 2014 relative aux lois de finances. Conformément à cette loi, l'exercice budgétaire et comptable couvre la période allant du 1er janvier au 31 décembre.

## ✓ **La préparation du budget**

La préparation du budget commence avec la notification du calendrier budgétaire par le Ministère de l'Economie et des Finances qui intervient habituellement en janvier.

Dès le mois de février, le Ministère en charge du plan lance le processus d'élaboration des projets d'investissement publics (PIP) au cours duquel, les ministères sectoriels proposent des projets qui seront soumis à l'évaluation pour l'inscription au PIP initial.

Les projets inscrits alors au PIP sont utilisés pour l'élaboration du Document de Programmation Budgétaire et Economique Pluriannuelle (DPBEP). Le Document de Programmation Budgétaire et Économique Pluriannuelle (DPBEP) est un document qui présente la prévision des budgets et dépenses sur trois ans et est développé sur la base du budget programme. Ce document prend en compte les priorités de l'Etat inscrites dans les documents de politique et stratégies nationales et sectorielles, les revues de la mise œuvre des plans stratégiques sectoriels. Pour une meilleure prise en compte des priorités liées à la santé, il est important que le secteur de la santé s'assure d'une forte programmation des interventions et d'une bonne exécution des interventions inscrites aux budgets en cours.

En juin de l'année en cours, le Ministère de l'Economie et des Finances accompagné présente le DPBEP à l'Assemblée nationale pour des débats budgétaires. Des débats sont organisés au cours desquels les orientations économiques et sociales pour le triennal à venir sont discutées et amendées. Les députés ont la possibilité de soulever certaines préoccupations relatives aux différents projets et activités proposés.

Tableau I : Préparation du processus budgétaire : Phase de préparation du cadrage budgétaire

Janvier	Février	Mars	Avril	Mai	Juin
Démarrage du processus					
Elaboration du Programme d'Investissements Publics					
			Elaboration du Cadre budgétaire à moyen terme et du Document de Programmation Budgétaire et Economique Pluriannuelle		
					Débat d'orientation budgétaire à l'Assemblée Nationale

A partir du mois de juillet, le Premier Ministre transmet à tous les ministères une circulaire budgétaire, qui donne des orientations sur le processus de l'élaboration du budget pour l'année suivante. La lettre de cadrage décrit l'environnement économique du pays, les politiques en matière budgétaire, et, notamment, les plafonds budgétaires octroyés aux ministères.

Les services du ministère de la santé sont donc orientés à leur tour sur la préparation des budgets en respectant les plafonds budgétaires.

Avant la finalisation de la lettre, le ministère de la santé et la société civile peuvent mener un plaidoyer auprès de la Direction générale du budget et des finances (DGBF) ou auprès du MEF pour une augmentation des ressources.

En novembre, le ministère transmet son document de programmation pluriannuelle de développement (DPPD) au MEF. La DGBF invite donc le ministère aux conférences budgétaires pendant lesquelles le ministère doit justifier les lignes budgétaires proposées pour certains programmes et catégories de dépense du budget ministère.

A la suite des discussions budgétaires, le DGBF soumet un document d'avant-projet de loi de finances en Conseil des Ministres. Une fois validé le projet de loi de finances est soumis à l'Assemblée nationale, ce qui déclenche le processus d'approbation du budget.

✓ **Approbation du budget**

La phase d’approbation du budget de l’État au niveau du parlement se déroule en plusieurs étapes :

- ✓ **Dépôt du projet de loi de finances à l’Assemblée nationale.** En novembre, le Premier Ministre dépose le projet de loi de finances et une lettre de transmission à l’Assemblée nationale.
- ✓ **Examen du projet de loi de finances.** La Commission des finances passe en revue le projet de loi des finances et fait appel au MEF et aux services techniques des autres ministères pour traiter les observations des autres commissions. Toute commission peut déléguer un ou plusieurs de ses membres pour participer aux travaux de la Commission des finances pendant son examen.
- ✓ **Débats budgétaires.** Le Ministre de l’Economie et des Finances et les Commissaires du gouvernement accompagnés des ministères sectoriels suivant un calendrier pré établi présentent alors leurs budgets respectifs devant la Commission des finances. Lors de l’audition du budget, les ministres présentent les grandes lignes budgétaires et répond ensuite aux questions des parlementaires. Les parlementaires présents plaident en faveur des interventions ciblant les problèmes de santé auxquels font face leurs populations.
- ✓ **Vote de la loi de finances.** L’Assemblée nationale vote la loi de finances avant le 31 décembre. Le jour de l’adoption de la loi, le Ministre de l’Économie et des Finances présente devant l’Assemblée nationale le projet de loi des finances au nom du gouvernement et répond aux critiques et aux suggestions des députés.

Tableau III : Phase de préparation et d'adoption du budget

Juillet	Août	Septembre	Octobre	Novembre	Décembre
<b>Transmission de la circulaire budgétaire</b>					
		<b>Notification des enveloppes</b>			

<b>Juillet</b>	<b>Août</b>	<b>Septembre</b>	<b>Octobre</b>	<b>Novembre</b>	<b>Décembre</b>
		<b>budgétaires des services du MSHPAUS</b>			
		<b>Elaboration des Plans d'action opérationnels</b>			
		<b>Elaboration du Projet Annuel de Performance du MSHPAUS</b>			
			<b>Transmission de la lettre de cadrage</b>		
				<b>Conférences budgétaires au Ministère de l'Economie et des Finances</b>	
				<b>Dépôt du projet de loi de finances à</b>	

Juillet	Août	Septembre	Octobre	Novembre	Décembre
				<b>l'Assemblée Nationale</b>	
				<b>Audition budgétaire du MSHPAUS au Parlement</b>	
					<b>Vote et promulgation de la loi des finances</b>

### ✓ **Exécution du budget**

Après l'adoption du budget et sa promulgation par le Président de la République, le processus d'exécution du budget est déclenché par l'envoi des fiches d'autorisation de dépenses pour chaque ligne budgétaire. Les fiches d'autorisation fixent le plafond de dépense possible par ligne de crédit qui doit être respecté par chaque ministère sectoriel, et qui varie de 25%, 50% et 100% dépendamment de la ligne spécifique.

La procédure d'exécution du budget est composée de quatre étapes : l'engagement, la liquidation, l'ordonnancement, et le paiement.

- ✓ **Engagement** est l'acte par lequel l'Etat (l'organisme public) crée ou constate à son encontre une obligation de laquelle résultera une charge dont il s'engage à affecter des crédits au paiement de la dépense. Le prestataire notifie à la DAF ou à l'administrateur du crédit qu'il est prêt à exécuter la prestation. La DAF ou l'administrateur du crédit renseigne par conséquent **le bon d'engagement** et saisit le montant engagé dans le SIGFIP. Ensuite, la DAF transmet le bon d'engagement au Contrôleur Financier qui le valide dans le SIGFIP.

Après validation par le Contrôleur Financier, une notification est faite au prestataire pour exécuter la prestation. Il y a habituellement un arrêt des engagements le 20 novembre de l'exercice fiscal.

- ✓ **Liquidation** a pour objet de vérifier la réalité de la dette et d'arrêter le montant exact de la dépense à payer. A la fin de l'exécution de la prestation, le prestataire dépose la facture auprès du bénéficiaire du service. Le service est considéré comme "liquidé" quand le bénéficiaire certifie la facture en attestant qu'il a reçu le service ou le bien.
- ✓ **Ordonnancement** est l'acte administratif par lequel, conformément aux résultats de la liquidation, l'ordre est donné par l'ordonnateur au comptable assignataire de payer la dette de l'Etat (ou de l'organisme public). Le bénéficiaire délivre l'attestation du service fait au prestataire, qui la fait transmettre à la DAF. Lorsque la DAF valide l'attestation du service, la DAF prépare le dossier d'ordonnancement à envoyer au MEF (Trésor Public) et valide le montant ordonnancé dans le SIGFIP. Le montant ordonnancé est ainsi celui que le MSHPAUS demande au Trésor Public de prendre en charge.
- ✓ **Paiement** est l'acte par lequel l'Etat (ou l'organisme public) se libère de sa dette. Il est effectué par un comptable public. Le Trésor procède à l'établissement d'un chèque au nom du prestataire. Ce chèque est transmis à la banque applicable. Une compensation est faite au niveau de la banque et il s'en suit dans un délai de 72 heures au plus, le virement sur le compte détenu dans une banque primaire commerciale par le prestataire.

L'Assemblée Nationale adopte souvent une loi de finances "rectificative" à mi-parcours de l'exercice fiscal pour répondre aux tendances fiscales et autres urgences imprévues au moment de l'adoption de la loi de finances initiale. Un processus de collectif budgétaire précède et informe les débats au niveau de l'Assemblée concernant la loi de finances rectificative. Pendant le processus de collectif budgétaire, le MEF peut augmenter les crédits alloués à certaines lignes de dépenses prévues en cas de nécessité ou supprimer des lignes de dépenses en cas de non-absorption des ressources.

## 5. Conclusion

Pour améliorer l'état de santé de sa population, le Togo, en lien avec les orientations et engagements au niveau international, met en œuvre plusieurs stratégies. La mise en œuvre de ces interventions nécessite que le pays mobilise de financements conséquents. Le financement de ces interventions provient essentiellement des sources domestiques, composées de contributions du gouvernement et des sources privées provenant de ménages ou de particuliers ou d'autres sources nationales et des sources externes provenant des partenaires techniques et financiers.

L'analyse de l'évolution du financement de la santé au Togo, montre qu'il évolue progressivement, mais provenant largement des ménages (62%). Pour améliorer sa contribution au financement de la santé, le gouvernement a souscrit à plusieurs engagements internationaux, sous régionaux et nationaux. Depuis 2017, les contributions du gouvernement sont en augmentation, mais peinent à être exécutées de façon conséquente. Les niveaux d'exécution sont bien élevés pour ce qui concerne les dépenses de fonctionnement mais moins élevés pour les dépenses en investissement pour des raisons liées aux procédures de passation des marchés et aux capacités des entreprises locales à exécuter rapidement les travaux. Il existe pour les organisations de la société civile, des opportunités de plaider dans le processus budgétaire pour une amélioration des financements de l'état. Les nouvelles priorités du gouvernement contenues dans la feuille de route constituent également des opportunités pour amener le gouvernement à augmenter ces financements. Les actions de plaidoyer des OSC permettront de mobiliser davantage plus de ressources pour la santé.

## Références

Andrew Carlson, Aboubakar Issa, et Patrick Pascal Saint-Firmin, Atteindre un financement durable de la santé au Togo : perspectives et possibilités de plaider pour une mobilisation adéquate des ressources en faveur du secteur

Conseil national de lutte contre le Sida et les infections sexuellement transmissibles : Evaluation des programmes de protection sociale et leurs relations avec le VIS/Sida et la Tuberculose au Togo, décembre 2021

Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques et Démographiques (INSEED) : Enquête Régionale Intégrée sur l'Emploi et le Secteur Informel (ERI-ESI), Togo, 2017

Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques et Démographiques (INSEED), Enquête harmonisée des conditions de vie des ménages du Togo 2018-2019, note synthétique sur les résultats de pauvreté-EHCVM 2018-2019, octobre 2020

Ministère de la santé, de l'hygiène publique ; Rapport annuel de performance 2018

Ministère de la santé, de l'hygiène publique ; Rapport annuel de performance 2019

Ministère de la santé, de l'hygiène publique et de l'accès universel aux soins : Rapport d'évaluation du plan national de développement sanitaire 2017-2022

Ministère de la santé, de l'hygiène publique et de l'accès universel aux soins, Annuaire des statistiques sanitaires du Togo 2021, octobre 2022

Ministère de la santé, de l'hygiène publique et de l'accès universel aux soins ; Rapport annuel de performance 2020

Ministère de la santé, de l'hygiène publique et de l'accès universel aux soins ; Rapport annuel de performance 2020

Ministère de la santé, de l'hygiène publique ; Rapport annuel de performance 2017

Ministère de la santé, Normes sanitaire du Togo : Normes pour les structures de soins de santé, Août 2013

Organisation mondiale de la santé, Global Health Expenditure Database, [https://apps.who.int/nha/database/country\\_profile/Index/en](https://apps.who.int/nha/database/country_profile/Index/en)