

N°24 – 14<sup>e</sup> année

Juin 2020

ISSN 1993-3134

# À H Ñ H Ñ



REVUE DE GEOGRAPHIE DU LARDYMES

**Laboratoire de Recherche sur la Dynamique  
des Milieux et des Sociétés**

Faculté des Sciences de l'Homme et de la  
Société

Université de Lomé

# Àhṣhṣ

**Àhṣhṣ** : que signifie ce vocable et pourquoi l'avoir choisi pour désigner une revue scientifique ?

Le mot ahṣhṣ prononcé àhṣhṣ, à ne pas confondre avec ahṣhlō, désigne en éwé le cerveau, au propre et au figuré, et aussi la cervelle. Il appartient au champ analogique de súśú "pensée", "idée" ; anyásā "intelligence" "connaissance". Anyásā désigne également la bronche du poisson.

Dans les textes bibliques, anyásā est mis en rapport synonymique avec núnya "savoir".

Mais pour exprimer le savoir scientifique, et la pensée profonde profane, on utiliserait Àhṣhṣ. Voilà pourquoi le vocable a été retenu pour nommer cette Revue de Géographie que le *Laboratoire de Recherche sur la Dynamique des Milieux et des Sociétés (LARDYMES)* du Département de Géographie se propose de faire paraître annuellement.

La naissance de cette revue scientifique s'explique par le besoin pressant de pallier le déficit d'organes de publication spécialisés en géographie dans les universités francophones de l'Afrique subsaharienne.

Aujourd'hui, nous vivons dans un monde de concurrence et d'évaluation et le milieu de la recherche scientifique n'est pas épargné par ce phénomène : certains pays africains à l'instar des pays développés, évaluent la qualité de leurs universités et organismes de recherche, ainsi que leurs chercheurs et enseignants universitaires sur la base de résultats mesurables et prennent des décisions budgétaires en conséquence. Les publications scientifiques sont l'un de ces résultats mesurables.

La publication des résultats de la recherche (ou la transmission de l'information ou du savoir est la pierre angulaire du développement de la culture technologique de l'humanité depuis des millénaires : depuis les peintures rupestres d'animaux (destinées peut-être à la formation des futurs chasseurs ou à honorer un projet de chasse) en passant par les hiéroglyphes des Egyptiens jusqu'aux dessins et écrits de Léonard de Vinci (les premiers rapports techniques). L'apparition de techniques d'impression bon marché a induit une croissance explosive des publications, et une certaine évaluation de la qualité était devenue nécessaire. Les sociétés savantes ont commencé à critiquer les publications, qui étaient souvent sous forme manuscrite et lues en public ; ce procédé est la version ancestrale de l'évaluation que nous pratiquons de nos jours. Aujourd'hui, une publication électronique multimédia accessible par un hyperlien, comportant un code exécutable et des données associées, peut être évaluée par toute personne au moyen d'un commentaire en ligne.

Le fait d'extérioriser les concepts de l'esprit des chercheurs et enseignants universitaires, de les consigner par écrit (avec les résultats et observations qui y sont associés), permet une conservation posthume des travaux de ceux-ci et rend leurs résultats reproductibles et diffusables. Certains estiment que cette « conservation externe de la mémoire » est le signe distinctif de l'humanité.

C'est précisément pour parvenir à cette vision holistique de la recherche (et non seulement de ses résultats, dont les plus évidents sont les publications, mais aussi de son contexte), que nous éditons depuis 2007 la revue Ahṣhṣ afin que chaque géographe trouve désormais un espace pour diffuser les résultats de ses travaux de recherche et puisse se faire évaluer pour son inscription sur les différentes listes d'aptitudes des grades académiques de son université.

Puisse sa parution être transmise au sein des enseignants et chercheurs du LARDYMES de génération en génération.

**Professeur Koffi A. AKIBODE**

# À H S H S

## *Revue de Géographie du LARDYMES*

publiée par le *Laboratoire de Recherche sur la Dynamique des Milieux et des Sociétés (LARDYMES)* du Département de Géographie, Faculté des Sciences de l'Homme et de la Société, Université de Lomé.

### Directeur :

**Tchégnon ABOTCHI**, Professeur à l'Université de Lomé

### Secrétariat de rédaction :

- **Koudzo SOKEMAWU**, Professeur à l'Université de Lomé
- **Martin Dossou GBENOUGA**, Professeur à l'Université de Lomé

### Secrétariat administratif :

- **Koudzo SOKEMAWU**, Professeur à l'Université de Lomé
- **Koku-Azonko FIAGAN**, Maître-Assistant à l'Université de Lomé

### Comité scientifique :

- **Antoine Asseypo HAUHOUOT**, Professeur Honoraire à l'Institut de Géographie Tropicale, Université de Félix Houphouët-Boigny, Abidjan, Côte d'Ivoire
- **Francis AKINDES**, Professeur à l'Université Alassane Ouattara, Bouaké, Côte d'Ivoire
- **Jérôme ALOKO-N'GUESSAN**, Directeur de Recherche à l'Institut de Géographie Tropicale, Université de Félix Houphouët-Boigny, Abidjan, Côte d'Ivoire
- **Maurice Bonaventure MENGHO**, Professeur Honoraire à l'Université Marien Ngouabi, Brazzaville, Congo
- **Benoît N'BESSA**, Professeur Honoraire à l'Université d'Abomey-Calavi, Bénin
- **Mamadou SALL**, Professeur à l'Université Cheick Anta Diop de Dakar, Sénégal
- **Joseph-Marie SAMBA-KIMBATA**, Professeur Honoraire à l'Université Marien Ngouabi, Brazzaville, Congo
- **Yolande OFOUEME-BERTON**, Professeure à l'Université Marien Ngouabi, Brazzaville, Congo
- **Oumar DIOP**, Professeur à l'Université Gaston Berger, Saint-Louis, Sénégal
- **Henri MONTCHO**, Professeur à l'Université Zinder, Niger
- **Nébié OUSMANE**, Professeur à l'Université à l'Université Ouaga I Pr Joseph Ki Zerbo, Oagadougou, Burkina Faso
- **Céline Yolande KOFFIE-BIKPO**, Professeure à l'Université Félix Houphouët-Boigny, Abidjan, Côte d'Ivoire
- **Paul Kouassi ANOH**, Professeur à l'Université Félix Houphouët-Boigny, Abidjan, Côte d'Ivoire
- **Odile Viliho DOSSOU GUEDEGBE**, Professeure à l'Université d'Abomey-Calavi, Bénin
- **Arsène DJAKO**, Professeur à l'Université Alassane Ouattara, Bouaké, Côte d'Ivoire

- **Tchégnon ABOTCHI**, Professeur à l'Université de Lomé, Togo
- **Wonou OLADOKOUN**, Professeur à l'Université de Lomé, Togo
- **Joseph Pierre ASSI-KAUDJHIS**, Professeur à l'Université Alassane Ouattara, Bouaké, Côte d'Ivoire
- **Koudzo SOKEMAWU**, Professeur à l'Université de Lomé
- **Follygan HETCHELI**, Professeur à l'Université de Lomé, Togo
- **Sélom Komi KLASSOU**, Maître de Conférences à l'Université de Lomé, Togo

### **Comité de lecture**

- **Koudzo SOKEMAWU**, Professeur à l'Université de Lomé, Togo
- **Follygan HETCHELI**, Professeur à l'Université de Lomé, Togo
- **Padabô KADOUZA**, Maître de Conférences à l'Université de Kara, Togo
- **Délali Komivi AVEGNON**, Maître de Conférences à l'Ecole Normale Supérieure d'Atakpamé, Togo
- **Moussa GIBIGAYE**, Maître de Conférences à l'Université d'Abomey-Calavi, Bénin
- **Pessièzoum ADJOUSI**, Maître de Conférences à l'Université de Lomé, Togo

**A ces membres du comité scientifique et de lecture, s'ajoutent d'autres personnes ressources consultées occasionnellement en fonction des articles à évaluer**

Photo couverture : Vue partielle du paysage rural de Défalé au Nord du Togo  
(Crédit M. SOKEMAWU)

Copyright © reserved « Revue À H Ñ H Ñ »

# AVIS AUX AUTEURS

La *Revue Àh5h5*, Revue de Géographie du LARDYMES (Laboratoire de Recherche sur la Dynamique des Milieux et des Sociétés) diffuse de travaux originaux de géographie qui relèvent du domaine des « Sciences de l'homme et de la société ». Elle publie des articles originaux, rédigés en français, non publiés auparavant et non soumis pour publication dans une autre revue. Les normes qui suivent sont conformes à celles adoptées par le Comité Technique Spécialisé (CTS) de Lettres et sciences humaines / CAMES (cf. dispositions de la 38<sup>e</sup> session des consultations des CCI, tenue à Bamako du 11 au 20 juillet 2016).

## 1. Les manuscrits

Un projet de texte soumis à évaluation, doit comporter un titre (Times New Romans, taille 12, Lettres capitales, Gras), la signature (Prénom(s) et NOM (s)) de l'auteur ou des auteurs, l'institution d'attache, l'adresse électronique de (des) auteur(s), le résumé en français (300 mots au plus), les mots-clés (cinq), le résumé en anglais (du même volume), les keywords (même nombre que les mots-clés). Le résumé doit synthétiser la problématique, la méthodologie et les principaux résultats.

Le manuscrit doit respecter la structuration habituelle du texte scientifique : Introduction (problématique, objectifs, hypothèses compris), Approche méthodologique, Résultats et analyse des résultats, Discussion, Conclusion et Références bibliographiques. Les notes infrapaginales, numérotées en chiffres arabes, sont rédigées en taille 10 (Times New Roman). Réduire au maximum le nombre de notes infrapaginales. Ecrire les noms scientifiques et les mots empruntés à d'autres langues que celle de l'article en italique (*Adansonia digitata*). Le volume du projet d'article (texte à rédiger dans le logiciel word, Times New Romans, taille 12, interligne 1,5) doit être de 30 000 à 40 000 caractères (espaces compris). Les titres des sections du texte doivent être numérotés de la façon suivante :

- **1. Premier niveau, premier titre (Times 12 gras)**
- **1.1. Deuxième niveau (Times 12 gras italique)**
- **1.1.1. Troisième niveau (Times 11 gras italique)**
- **1.1.1.1. Quatrième niveau (Times, 10 gras italique)**

## 2. Les illustrations

Les tableaux, les cartes, les figures, les graphiques, les schémas et les photos doivent être numérotés (numérotation continue) en chiffres arabes selon l'ordre de leur apparition dans le texte. Ils doivent comporter un titre concis, placé au-dessus de l'élément d'illustration (centré). La source (centrée) est indiquée au-dessous de l'élément d'illustration (Taille 8 gras italique). Ces éléments d'illustration doivent être annoncés, insérés puis commentés dans le corps du texte.

La présentation des illustrations : figures, cartes, graphiques, etc. doit respecter le miroir de la revue. Ces documents doivent porter la mention de la source, de l'année et de l'échelle (pour les cartes).

## 3. Notes et références

- Les passages cités sont présentés entre guillemets. Lorsque la phrase citant et la citation dépasse trois lignes, il faut aller à la ligne, pour présenter la citation (interligne 1) en retrait, en diminuant la taille de police d'un point.
- Les références de citation sont intégrées au texte citant, selon les cas, ainsi qu'il suit :
  - Initiale (s) du Prénom ou des Prénoms et Nom de l'auteur, année de publication, pages citées (K. Sokémawu, 2012, p. 251) ;
  - Initiale (s) du Prénom ou des Prénoms et Nom de l'Auteur (année de publication, pages citées).

Exemples :

En effet, le but poursuivi par M. Ascher (1998, p. 223), est « d'élargir l'histoire des mathématiques de telle sorte qu'elle acquière une perspective multiculturelle et globale (...) »

Pour dire plus amplement ce qu'est cette capacité de la société civile, qui dans son déploiement effectif, atteste qu'elle peut porter le développement et l'histoire, S. B. Diagne (1991, p. 2) écrit :

Qu'on ne s'y trompe pas : de toute manière, les populations ont toujours su opposer à la philosophie de l'encadrement et à son volontarisme leurs propres stratégies de contournements. Celles-là, par exemple, sont lisibles dans le dynamisme, ou à tout le moins, dans la créativité dont sait preuve ce que l'on désigne sous le nom de secteur informel et à qui il faudra donner l'appellation positive d'économie populaire.

Le philosophe ivoirien a raison, dans une certaine mesure, de lire, dans ce choc déstabilisateur, le processus du sous-développement. Ainsi qu'il le dit :

Le processus du sous-développement résultant de ce choc est vécu concrètement par les populations concernées comme une crise globale : crise socio-économique (exploitation brutale, chômage permanent, exode accéléré et douloureux), mais aussi crise socioculturelle et de civilisation traduisant une impréparation socio-historique et une inadaptation des cultures et des comportements humains aux formes de vie imposées par les technologies étrangères. (S. Diakité, 1985, p. 105).

Les sources historiques, les références d'informations orales et les notes explicatives sont numérotées en continue et présentées en bas de page.

Les divers éléments d'une référence bibliographique sont présentés comme suit : Nom et Prénom (s) de l'auteur, Année de publication, Titre, Editions, Lieu d'éditions, pages (p.) **pour les articles et les chapitres d'ouvrage.**

Le titre d'un article est présenté entre guillemets, celui d'un ouvrage, d'un mémoire ou d'une thèse, d'un rapport, d'une revue ou d'un journal est présenté en italique. Dans la zone Editeur, on indique la Maison d'édition (pour un ouvrage), le Nom et le numéro/volume de la revue (pour un article). Au cas où un ouvrage est une traduction et/ou une réédition, il faut préciser après le titre, le nom du traducteur et/ou de l'édition (ex: 2<sup>nd</sup>e éd.).

Les références bibliographiques sont présentées par ordre alphabétique des noms d'auteurs. Par exemple:

### **Références bibliographiques**

AMIN Samir, 1996, *Les défis de la mondialisation*, L'Harmattan, Paris, 345 p.

BAKO-ARIFARI Nassirou, 1989, *La question du peuplement Dendi dans la partie septentrionale de la République Populaire du Bénin : Le cas du Borgou*, Mémoire de Maîtrise de Sociologie, FLASH, UNB, Cotonou, 73 p.

BERGER Gaston, 1967, *L'homme moderne et son éducation*, PUF, Paris, 368 p.

BOUQUET Christian et KASSI-DJODJO Irène, 2014, « Déguerpir » pour reconquérir l'espace public à Abidjan. In : *L'Espace Politique*, mis en ligne 17 mars 2014, consultée le 04 août 2017. URL : <http://espacepolitique.revues.org/2963>

DIAGNE Souleymane Bachir, 2003, « Islam et philosophie. Leçons d'une rencontre », *Diogène*, 202, p. 145-151.

DIAKITE Sidiki, 1985, *Violence technologique et développement. La question africaine du développement*, L'Harmattan, Paris, 153 p.

LAVIGNE DELVILLE Philippe, 1991, Migration et structuration associative : enjeux dans la moyenne vallée. In : *La vallée du fleuve Sénégal : évaluations et perspectives d'une décennie d'aménagements*, Karthala, Paris, p. 117-139.

SEIGNEBOS Christian, 2006, Perception du développement par les experts et les paysans au nord du Cameroun. In : *Environnement et mobilités géographiques*, Actes du séminaire, PRODIG, Paris, p. 11-25.

SOKEMAWU Koudzo, 2012, « Le marché aux fétiches : un lieu touristique au cœur de la ville de Lomé au Togo », In : *Journal de la Recherche Scientifique de l'Université de Lomé*, Série « Lettre et sciences humaines », Série B, Volume 14, Numéro 2, Université de Lomé, Lomé, p. 11-25.

**Pour les travaux en ligne ajouter l'adresse électronique (URL)**

#### NOTA BENE

- ✚ Le non-respect des normes éditoriales entraîne le rejet d'un projet d'article
- ✚ Tous les prénoms des auteurs doivent être entièrement écrits dans la bibliographie.
- ✚ Pagination des articles et chapitres d'ouvrage, écrire p. 2-45, par exemple et non pp. 2 45.
- ✚ En cas de co-publication, citer tous les co-auteurs.
- ✚ Eviter de faire des retraits au moment de débiter les paragraphes, observer plutôt un espace entre les paragraphes.

#### 4. Structuration de l'article

Introduction, Méthodologie (Approche), Résultats et analyses, Discussion, Conclusion et Références bibliographiques.

##### Résumé

Dans le résumé, l'auteur fera apparaître le contexte, l'objectif, faire une esquisse de la méthode et des résultats obtenus. Traduire le résumé en Anglais (**y compris le titre de l'article**)

##### Introduction (A ne pas numéroter)

Elle doit comporter la problématique de l'étude (constat, problème, questions), les objectifs et si possible les hypothèses.

##### 1. Outils et méthodes (Méthodologie/Approche)

L'auteur expose uniquement ce qui est outils et méthodes.

##### 2. Résultats et analyses

L'auteur expose ses résultats, qui sont issus de la méthodologie annoncée dans **Outils et méthodes** (pas les résultats d'autres chercheurs). L'analyse des résultats traduit l'explication de la relation entre les différentes variables objet de l'article.

##### 3. Discussion

La discussion est placée avant la conclusion. Dans cette discussion, confronter les résultats de votre étude avec ceux des travaux antérieurs, pour dégager différences et similitudes, dans le sens d'une validation scientifique de vos résultats. La discussion est le lieu où le contributeur dit ce qu'il pense des résultats obtenus, il discute les résultats ; c'est une partie importante qui peut occuper jusqu'à plus deux pages.

##### Conclusion (A ne pas numéroter)

Le texte devra être saisi en Word et enregistré sous version 97/2003 puis envoyé par courriel à : [revueahoho@yahoo.fr](mailto:revueahoho@yahoo.fr) et [yves.soke@yahoo.fr](mailto:yves.soke@yahoo.fr). La Revue *Àh̄h̄* reçoit les articles du 1<sup>er</sup> mars au 31 juillet des contributions et paraît deux fois dans l'année : juin et décembre. Un article accepté pour publication dans la Revue *Àh̄h̄* exige de ses auteurs, une contribution financière de 40 000 F CFA, représentant les frais d'instruction et de publication.

**NB** : Les auteurs sont entièrement responsables du contenu de leurs contributions.

**N. D. L. R.**

## Sommaire

### *Bi Tozan ZAH*

Politique de promotion du genre et autonomisation de la femme en Côte d'Ivoire ..... p. 1-12

### *Jean Claude NDONG MBA*

Gestion participative et appropriation du développement local : l'exemple du PDIL de la ville de Lambaréné (Gabon) ..... p. 13-28

### *Pessièzoum ADJOUSI*

La reconversion par les activités génératrices de revenus (AGR) comme solutions douces à l'érosion côtière au Togo ..... p. 29-41

### *Sambi KAMBIRE*

Etude des massifs forestiers atypiques dans le parc national de la Comoé (Nord-Est ivoirien) ..... p. 42-54

### *Dogbo KOUDOU, David Pébanagnanan SILUÉ, Augustin Kouadio ALLA, Paul Kouassi ANOH*

Répartition spatiale des points de vente du poisson et accès aux produits halio-aquacoles dans la ville de Korhogo (Côte d'Ivoire) ..... p. 55-70

### *Iléri DANDONUGBO, Essozima TAGBA, Damitonou NANOINI, Follygan HETCHELI*

Rôle socio-économique du carrefour-marché d'Agbonou dans la périphérie Est de la ville d'Atakpamé (Togo) ..... p. 71-85

### *Tchan André DOHO BI*

L'aménagement routier à Broukro et à Djézoukouamékro, quels effets d'entraînement ? ..... p. 86-94

### *Brice Anicet MAYIMA*

Evaluation d'impact des travaux d'aménagement des zones affectées par l'érosion hydrique dans l'arrondissement 9 Djiri à Brazzaville (Congo) ..... p. 95-104

### *Frédéric Yao KOUASSI, Marie Jeanne Koco KANGA*

Mutation des espaces ruraux périurbains d'Abidjan : transformation fonctionnelle et émergence d'une économie locale ..... p. 105-116

### *N'Guessan Séraphin BOHOUSSOU, Iba Dieudonné DELY, Kouassi Ernest YAO*

Le défi de l'eau potable dans les quartiers défavorisés de la ville de Man en Côte d'Ivoire ..... p. 117-130

### *Abdoulaye DIAGNE, Papa SAKHO, Olivier NINOT*

Le transport motorisé (routier) mixte, une spécificité dans le Ferlo ..... p. 131-142

### *Jérémi ROUAMBA, Blaise OUEDRAOGO, Moctar TOUM, François de Charles OUEDRAOGO*

Le SIG comme outil d'analyse de la dynamique de transmission de la fièvre typhoïde à Ouagadougou (Burkina Faso) ..... p. 143-155

### *Kan Emile KOFFI, Nambégué SORO, Bolley Josué Aristide LOUKOU, Grah Félix BECHI*

Caractéristiques du modelé et dégradation de la voirie bitumée par nids de poule à Bouaké ..... p. 156-168

<b><i>Biaou Ibidun Hervé CHABI, Romaric OGOUWALE, Akibou Abanitche AKINDELE, Ibouaïma YABI, Euloge OGOUWALE</i></b>	
Caractérisation des exploitations agricoles familiales dans la zone agro-écologique III du Benin .....	<b>p. 169-184</b>
<b><i>Sabine Amenan TONAN, Ousmane DEMBELE</i></b>	
L'aménagement de logements à Abidjan : le cas du programme présidentiel de logements sociaux .....	<b>p. 185-198</b>
<b><i>Kolgma-Waye Jonas KOLGMA, Nayondjoa KONLANI, Wonou OLADOKOUN</i></b>	
Dynamique des pratiques foncières dans l'espace rural périurbain de la ville de Kara (Togo) .....	<b>p. 199-209</b>
<b><i>Rawelguy Ulysse Emmanuel OUEDRAOGO, Dayagnéwendé Edwige NIKIEMA</i></b>	
Latrines publiques et défis d'assainissement à Ouagadougou (Burkina Faso) .....	<b>p. 210-220</b>
<b><i>Atsé Calvin YAPI</i></b>	
Dynamique urbaine et assainissement dans les quartiers périphériques de la ville de Yamoussoukro (Côte d'Ivoire) .....	<b>p. 221-236</b>
<b><i>Kuasi Apéléké ESIAKU, Komi Selom KLASSOU</i></b>	
Evolution des températures dans le Bas-Togo .....	<b>p. 237-247</b>
<b><i>Ali DIARRA, Aka Giscard ADOU, Aymard Romuald LIGUE</i></b>	
Mise en valeur agricole de la plaine alluviale Zotto dans le finage de Zepréguhé (Centre-Ouest, Côte d'Ivoire) : entre usages et contraintes .....	<b>p. 248-263</b>
<b><i>Lorimpo BABOGOU, Wonou OLADOKOUN</i></b>	
Assurance maladie et recours aux soins de santé modernes dans l'agglomération de Lomé .....	<b>p. 264-278</b>

# ASSURANCE MALADIE ET RECOURS AUX SOINS DE SANTE MODERNES DANS L'AGGLOMERATION DE LOME

**Lorimpo BABOGOU**  
Doctorant

E-mail: babogoujoseph@gmail.com

**Wonou OLADOKOUN**  
Professeur Titulaire

E-mail : doladokoun@yahoo.com

Laboratoire de Recherche sur la Dynamique des  
Milieux et des Sociétés (LARDYMES)  
Département de Géographie, Université de Lomé

**Résumé :** Au Togo, et cela depuis les années 1980, le système de santé connaît une crise inhérente à la réduction par l'Etat, du financement des services de santé. Pour permettre à la population d'avoir accès aux soins modernes, l'assurance maladie a été mise en place à travers l'Institut National d'Assurance Maladie (INAM). Assurance obligatoire à tous les fonctionnaires de l'Etat, l'INAM constitue de ce fait, un nouveau moyen d'accès financier aux soins de santé.

L'objectif de la présente étude est de déterminer la contribution de l'INAM aux recours aux soins de santé modernes des populations de l'agglomération de Lomé. Pour atteindre cet objectif, une méthodologie basée sur l'analyse quantitative et qualitative a été utilisée.

Les résultats montrent que l'assurance maladie contribue à améliorer les recours aux soins de santé modernes des bénéficiaires. L'étude a révélé que le taux de recours aux soins modernes des bénéficiaires a connu une hausse de 12,96%. Toutefois, environ 28% des assurés connaissent toujours des difficultés à couvrir leurs besoins en santé. Plus de la moitié des personnes interviewées expliquent cette situation par l'augmentation du prix du ticket modérateur.

**Mots-clés :** Assurance maladie, recours, soins modernes, bénéficiaires, Agglomération de Lomé

## HEALTH INSURANCE AND RECOURSE TO MODERN HEALTH CARE IN THE AGGLOMERATION OF LOME

**Abstract:** In Togo, since the 1980s, the health system has been in a state of crisis due to state funding of health services. To allow the population to have access to modern healthcare, health insurance was set up through the INAM (National Institute of Health Insurance). Compulsory insurance for all civil servants of the State, INAM

is therefore a new method of financial access to health care.

The objective of this study is to determine the contribution of this insurance to the modern health care uses of the populations of the Lomé agglomeration. To achieve this goal, a methodology based on quantitative and qualitative analysis was used.

As a result, health insurance helps to improve the use of modern health care. The study found that beneficiaries' modern day care rate increased by 12.96%. However, about 28 % insured parties always know difficulties in covering their needs in health. More than half of those interviewed explain this situation by increasing the cost of user fees.

**Keywords:** Health insurance, recourse, modern care, beneficiaries, Agglomeration of Lomé.

## Introduction

La problématique de recours aux soins de santé préoccupe plus d'un, depuis la seconde moitié du XX<sup>e</sup> siècle. Ainsi, d'Alma Ata en 1978 où fut organisée la première conférence internationale sur les Soins de Santé Primaires (SSP), à l'Initiative de Bamako en 1987, des initiatives ont toujours été mises en place pour favoriser et faciliter un accès pour tous aux soins de santé.

Les pays en développement, en particulier ceux d'Afrique de l'Ouest, ont été depuis plusieurs décennies, l'espace de diverses expérimentations en matière de politique d'accès aux soins de santé modernes. Après plusieurs tentatives échouées dans la mise en œuvre de ces politiques de santé, la problématique de l'accès aux soins de santé modernes a amené les Etats africains à considérer l'assurance maladie comme la nouvelle voie idéale de financement des soins de santé pour leur population. Mais, au moment de lancer l'assurance maladie en Afrique de l'Ouest, on remarque qu'elle ne concerne, en général, qu'une frange très aisée de la population dans la plupart des pays (G. Dussault, P. Fournier et A. Letourmy, 2006, p. 27). Et pourtant, la population des pays d'Afrique occidentale est composée à plus de 60% de pauvres, d'où l'initiative des micro-assurances maladies qui ont inspiré la nouvelle politique de Couverture Universelle en Santé (CUS).

Le Togo a connu des difficultés économiques aiguës qui ont marqué la fin des années 1970 et la décennie 1980. Ces difficultés ont conduit l'Etat à prendre des mesures telles que la compression du personnel, la réduction des budgets consacrés à la santé, etc. Ces mesures drastiques qui ont particulièrement touché les milieux urbains du Togo, empêchent une part croissante de ses fonctionnaires, d'accéder aux soins de santé en temps opportun, car, désormais ils consacrent en moyenne plus de 80% de leur budget à l'alimentation dans un objectif de survie, et seulement 5% aux soins de santé (T. A. Gogué, 1997, p. 6).

Le périmètre urbain de Lomé qui concentre plus de 31% des salariés du secteur public du Togo (INSEED, 2015a, p. 62), a connu, comme tous les autres milieux du pays, de faibles taux de fréquentation des services de santé.

Dans le contexte des pays à bas revenus où l'obligation de payer pour accéder aux soins de santé représente une barrière infranchissable pour beaucoup, l'Assurance Maladie Obligatoire (AMO) est une des méthodes principales de financement de la santé. Le Togo a opté pour une mise en place progressive de l'AMO pour les fonctionnaires de l'Etat. Mais au demeurant, les problèmes de retard et de non recours aux soins de santé modernes subsistent. La question des actions de l'INAM et de leurs effets induits sur les recours aux soins de santé modernes dans le secteur d'étude se pose. La présente étude tente de vérifier l'hypothèse selon laquelle l'AMO de l'INAM contribue à réduire les retards de recours et à améliorer les fréquences de recours aux soins de santé modernes des bénéficiaires du 5<sup>ème</sup> arrondissement de Lomé.

## 1. Approche méthodologique

### 1.1. Choix de la zone d'étude, type et population d'étude

Le choix du 5<sup>ème</sup> arrondissement répond à un souci de représentativité, de densité hospitalière élevée et de présence d'au moins un CHU. La démarche méthodologique adoptée pour la collecte des données se compose de la recherche documentaire, des observations et des enquêtes par questionnaire.

La recherche documentaire a permis d'avoir un regard critique sur les travaux qui ont un rapport avec le sujet. Les observations ont porté sur la répartition géographique des services de santé par rapport aux zones d'habitation des assurés, et sur la fréquentation des bénéficiaires dans les formations sanitaires. Elle a été couplée de l'administration du questionnaire et du guide d'entretien.

L'assurance maladie gérée par l'INAM couvre les agents du secteur public et les assimilés, en fonction ou à la retraite. En plus du fonctionnaire qui est l'adhérent, l'assurance couvre son/sa conjoint(e) ainsi que ses enfants âgés de moins de 21 ans jusqu'à concurrence de quatre (4). Ces non adhérents sont considérés comme des ayants droit. Les enfants sont ceux nés dans ou hors mariage et légalement reconnus ou adoptés, âgés de 21 ans au plus. Cette population cible a été regroupée en quatre catégories : les fonctionnaires de l'éducation ; le personnel soignant ; les agents de force de l'ordre et de défense, et le personnel de l'administration. Nous avons pu adresser le questionnaire à 54 assurés comme le détaille le tableau n°1.

**Tableau n°1: Répartition des enquêtés selon leur profession**

Profession	Effectif	Taux d'échantillonnage
Enseignants	26	48,1%
Agents de force de l'ordre et de défense	17	31,4%
Surveillant d'administration pénitentiaire	6	11,1%
Personnel soignant	5	9,2%
<b>TOTAL</b>	<b>54</b>	<b>100,0%</b>

Source : D'après nos travaux de terrain, 2016.

Pour le personnel soignant, un questionnaire a été adressé aux infirmiers en tant que bénéficiaires de l'INAM. Les entretiens ont été

menés avec les infirmiers, considérés à présent comme prestataires l'INAM, au même titre que les pharmaciens interviewés. Pour le

personnel soignant, chaque enquête n'est ciblée que pour un seul outil d'enquête.

Le dépouillement des données issues des sources primaires a été fait à l'aide du logiciel SPSS 18. (Statistical Package for Social Sciences) ; les tableaux et graphiques réalisés avec le tableur excel de microsoft office 2010. Le logiciel Arcgis10.0 a été utilisé dans la confection des cartes.

### 1.2. Analyse

L'analyse des effets induits de l'AMO sur les recours aux soins de santé des bénéficiaires de l'INAM s'est faite sur la base des résultats obtenus sur les fréquences de consultation aux centres de santé modernes, traditionnels (qui sont des traitements faits chez un tradithérapeute, ou les traitements à base des connaissances locales de plantes curatives), et sur les pratiques de l'automédication. A partir de ces variables, des données ont été collectées auprès des enquêtés en référence à deux périodes : le taux des enquêtés et leur fréquence de pratique de ces variables par rapport à la période avant et la période après leur adhésion à INAM. L'accessibilité financière est analysée à travers l'évolution du nombre de personnes signalant leur incapacité à bénéficier des soins à cause des obstacles financiers.

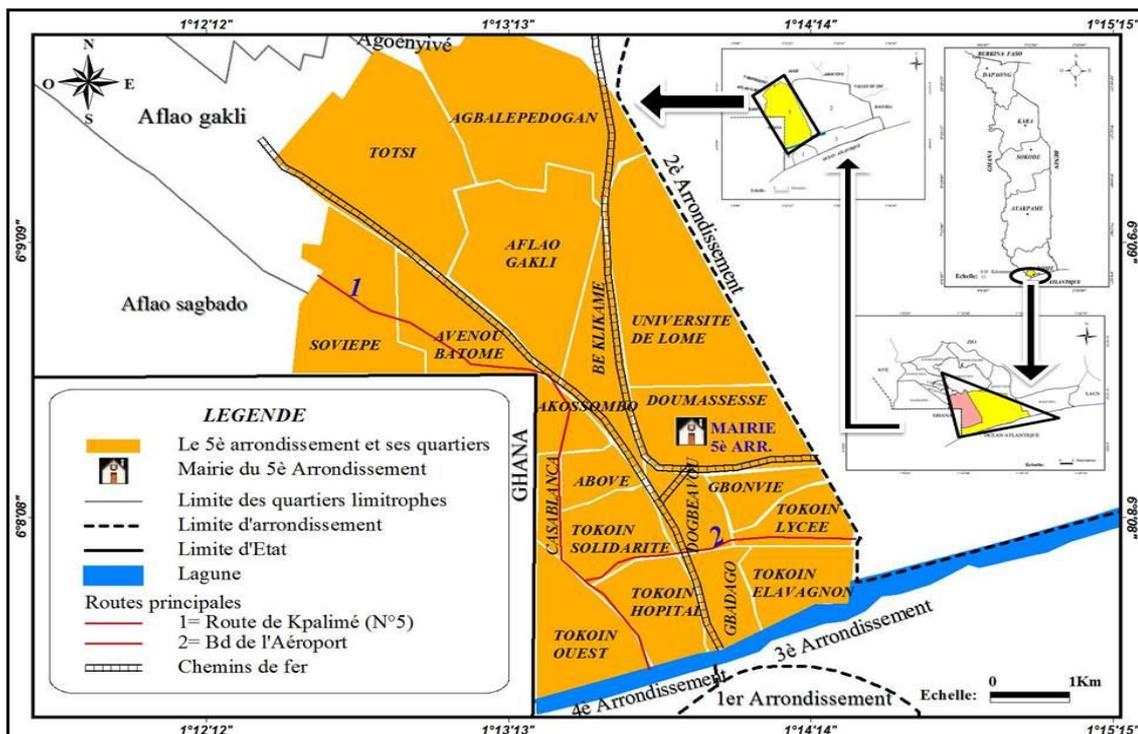
## 2. Résultats

### 2.1. Etat de la situation sanitaire dans la zone d'étude

Les arrondissements qui forment l'agglomération urbaine de Lomé ont été créés par arrêté n°577 du 20 novembre 1932, déterminant le mode de constitution, le régime administratif et financier des communes mixtes au Togo. Par ce décret, Lomé devient la toute première commune du Togo. Ces décrets font suite à des évolutions spatio-démographiques du site de la ville-capitale.

Le 5<sup>ème</sup> arrondissement qui couvre 26 km<sup>2</sup> avec 19 quartiers dont l'Université de Lomé (Carte n°1), et 218 416 habitants (RGPH4), constitue le deuxième plus grand arrondissement en termes spatial et démographique, de l'agglomération urbaine de Lomé. Sur le plan des infrastructures sanitaires, il est comparable à la ville métropole de Lomé, une véritable mégapole hospitalière (concentrant à lui seul, les 6% des Formations Sanitaires (FS) du Togo). Toutefois, l'arrondissement 5 n'échappe pas au phénomène de pression démographique que connaît la ville de Lomé, et au problème d'organisation des infrastructures existantes.

Carte n°1: Localisation du 5<sup>ème</sup> Arrondissement de Lomé



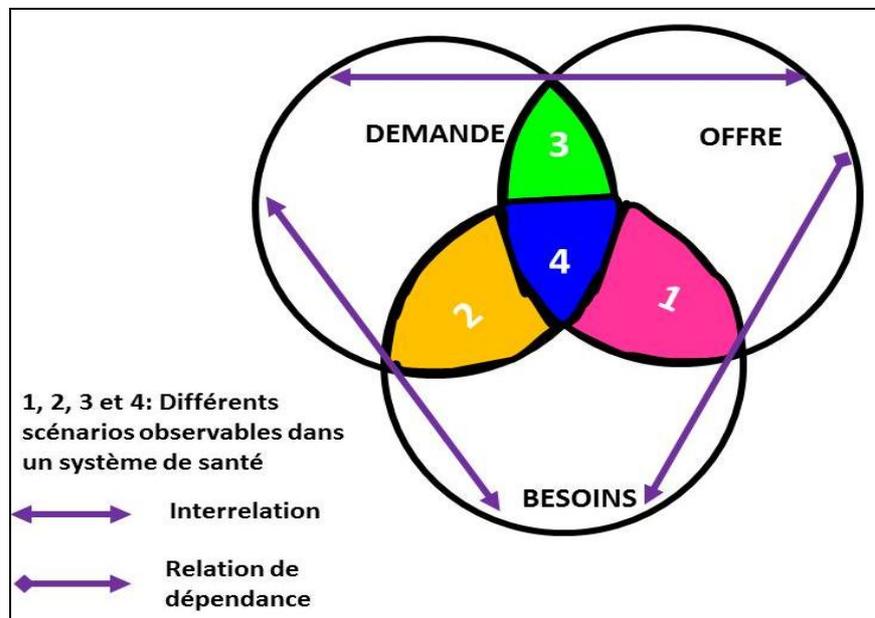
Source : Fond de carte, DGSCN (2011), modifiée par L. Babogou. (2016).

Localisé entre les latitudes 6° 7' et 6° 12' Nord, puis les longitudes 1° 10' et 1° 13' Est, l'espace d'étude suit les limites du district sanitaire n°5. L'ensemble des éléments climatiques de la zone rappelle que c'est un milieu humide qui participe à la création d'un climat sanitaire défavorable pour la santé des habitants (Ministère de la santé, 2011, p. 34, et 2014, p. 43). En plus des facteurs bioclimatiques qui favorisent des maladies diarrhéiques, la promiscuité due à la forte pression démographique n'est pas de nature à limiter la propagation de ces pathologies. L'évolution rapide de la population constitue un véritable problème dans la planification adéquate entre l'offre et la demande de soins de santé.

## 2.2. Des difficultés de recours aux soins de santé inhérentes à l'inefficacité de l'interaction offre-demande et besoin en soins de santé modernes

Les difficultés de recours aux soins de santé modernes dans la zone d'étude sont inhérentes à l'inadéquation entre l'offre et la demande d'une part, et aux difficultés financières d'accès aux soins proposés, d'autres part. Dans l'absolu, les besoins de la population en service de santé sont aussi importants que différenciés. Néanmoins, il n'est pas moins rare de constater, qu'en dépit de la mise en place des structures de soins en nombre suffisant en prévision à des besoins exprimés, il y a une sous-utilisation de ces services par la population (Figure n°1).

**Figure n°1 Interaction offre-demande-besoin en soins de santé**



Source : D'après nos travaux de terrain, 2016.

La trilogie offre-demande-besoin que présente la figure n°1, englobe les éléments fondamentaux pour le bon fonctionnement d'un système de santé. Il y a une relation de dépendance entre l'offre et le besoin d'un côté, puis une interrelation entre l'offre et la demande, et entre la demande et le besoin de l'autre.

L'offre injectée dans le circuit doit être en mesure de répondre aux exigences des besoins en matière de santé de la population pour laquelle elle est établie. Si l'offre ne remplit pas les conditions des besoins, aucune demande ne sera exprimée, ce qui entraînera une sous-utilisation des services mis en place

(scénario 1 de la figure n°1). La demande dépend de l'offre et vice versa. Elle ne peut être exprimée que si l'offre existe et remplit les conditions du besoin. Lorsque le besoin est ressenti alors que l'offre n'existe pas pour répondre à la demande, la population est mécontente et son état de santé se détériore (scénario 2). Le scénario 3 de la figure n°1 se présente lorsqu'on est dans une situation d'assurance maladie. La personne assurée, pour qui le prélèvement est régulièrement fait, peut décider à chaque instant, sans un besoin réel de soins, d'aller en consultation juste parce qu'elle trouve son prélèvement inutile. Ce scénario entraîne le gaspillage et rend le

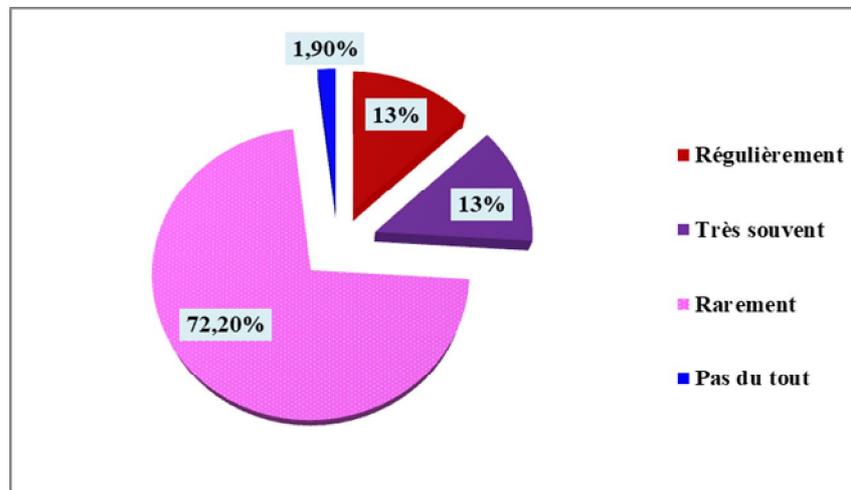
système d'assurance vulnérable, par ricochet, rend le système de santé inefficace. Pour un bon fonctionnement du système de santé (scénario 4 de la figure n°1), l'offre doit pouvoir satisfaire les exigences du besoin, condition *sine qua non* pour que la demande soit effective et que l'offre puisse se maintenir. Dans le secteur d'étude, plusieurs scénarios foisonnent pour définir l'état du système de santé qui s'y présente.

### 2.2.1. Une offre inadaptée aux besoins exprimés, cause d'une demande faite sous contrainte

Le système de santé dans l'espace d'étude reflète plus le scénario 1 de la figure n°1. L'offre sanitaire publique ne répond pas tout à fait aux exigences des patients qui préfèrent

des formations sanitaires (FS) avec des plateaux techniques performants. Le 5<sup>ème</sup> arrondissement de Lomé est exposé à des maladies telles que les IST/VIH/SIDA, le choléra, la méningite (actuellement en apparition sporadique dans la Région Maritime), le paludisme, etc. Cependant, lorsque, les patients veulent exprimer leurs besoins à travers une demande de soins à une FS, le choix du centre de santé devient un sujet de longue réflexion pour le patient qui est confronté à un problème de qualité du plateau technique limitant considérablement les recours notamment dans les formations sanitaires (FS) publiques (Graphique n°1).

**Graphique n°1: Fréquence de recours aux formations sanitaires publiques avant INAM**



Source : D'après nos travaux de terrain, 2016.

Le graphique n° 1 montre que 72% des interrogés allaient rarement se faire traiter dans une FS publique avant l'instauration de l'INAM. La principale raison évoquée est la qualité d'accueil et la qualité des soins reçus. Dans ces FS, la demande se fait tout simplement par l'absence de moyens financiers car « *c'est là que les soins sont*

*moins chers* », selon les aveux des enquêtés ; ou parce qu'il y a une connaissance. Mais pour des besoins en soins de qualité, les patients sont obligés de se diriger vers les structures privées dont les soins sont chers. La planche photographique n°1 donne un aperçu de l'accueil réservé dans les FS, un des aspects importants de la qualité de soins.

### Planche photographique n°1: Photos montrant l'accueil réservé aux patients dans les Formations sanitaires publiques de Lomé



Photo a  
Des patients en fesse des conseillers, mais laissés à eux-mêmes pour le remplissage des formulaires de soin

Photo b  
Des patients se débrouillant seuls pour remplir les formulaires malgré la présence des chargées INAM de la FS

Source : BABOGOU L., photos prises en septembre 2016.

Sur la photo a de la planche photographique n°1, sont assises à gauche, des conseillères du service accueil d'une FS. Elles sont chargées d'informer et de remplir les fiches de consultation des patients pour fluidifier le traitement et réduire au maximum la file d'attente. Les malades sont néanmoins laissés à eux-mêmes. Le patient de la photo b, s'est même isolé pour se débrouiller tout seul. Ces situations découragent et démotivent les potentiels patients qui accompagnent les malades. Ainsi, ils retardent leur recours aux FS en empruntant d'autres voies telles que l'automédication et le traitement à base de tisanes. Il existe donc une corrélation positive entre ces méthodes traditionnelles de traitement et la qualité des soins offerts dans les FS.

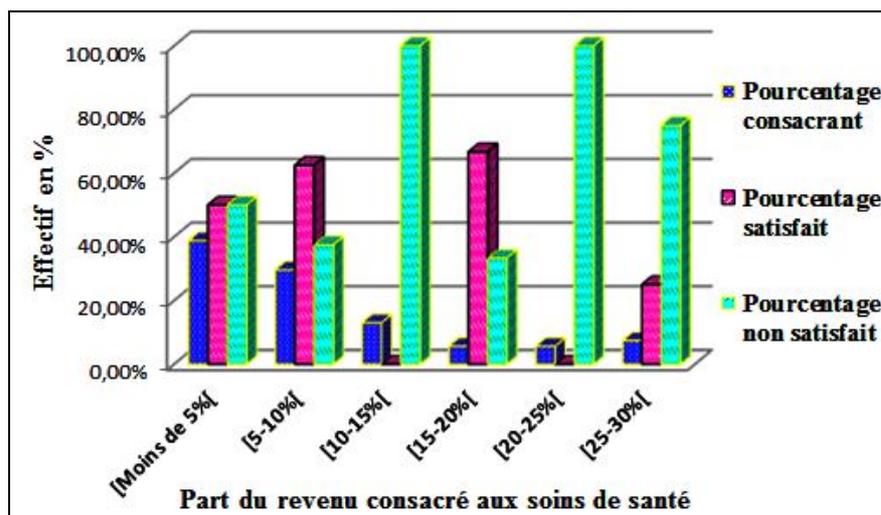
En effet, l'analyse de la perception des enquêtés sur l'évolution de la qualité des soins

et les données sur les raisons de la fréquence de consultation révèle, que 74,07% des enquêtés qui combinaient les traitements. Cette proportion estime que leur pratique est consubstantielle à la piètre qualité, surtout d'accueil et du plateau technique des FS publiques dont les coûts de soins sont à leur portée. C'est dire que malgré la présence des structures publiques de soins les taux d'utilisations sont faibles en l'absence de FS de qualité pour satisfaire les besoins de santé des populations.

#### 2.2.2. Des soins de qualité au coût insupportable, source d'une insatisfaction des besoins de santé de la population

Avant l'INAM, l'accès aux soins est marqué par une insatisfaction générale de la population pour ses besoins sanitaires (Graphique n°2).

**Graphique n°2: Perception des enquêtés sur la satisfaction ou non de leur besoin de santé avant l'INA2**

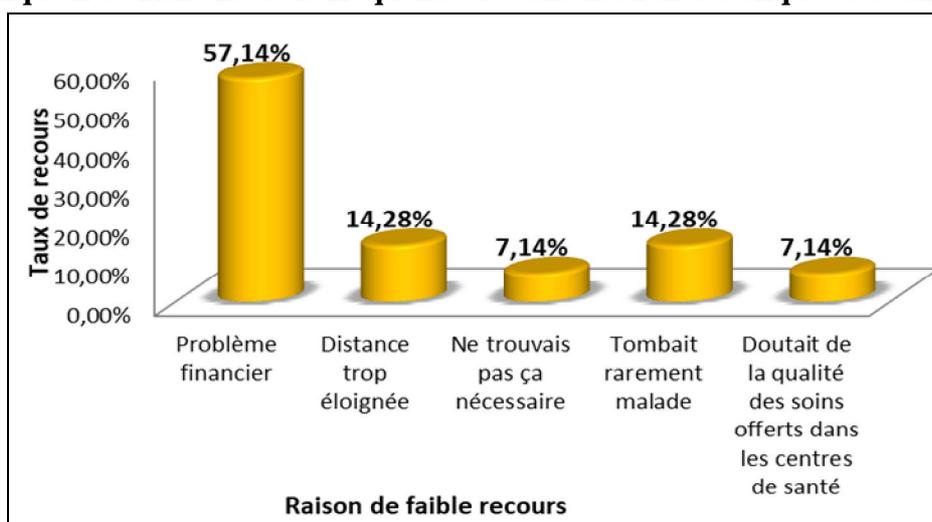


Source : D'après les résultats de nos travaux de terrain, 2016.

Dans l'ensemble, 54% de la population interrogée avait des besoins de santé non satisfaits par leur revenu. D'après le graphique n°2, 61,2% des enquêtés consacraient entre 5 et plus de 25% de leur revenu mensuel aux soins de santé de leur ménage. Le constat est plus remarquable lorsqu'on considère les chiffres de façon isolée. La totalité des assurés interrogés qui consacraient 10 à 20% de leur revenu, et 75% de ceux qui dépensaient plus de 25% des leurs, estiment qu'ils n'avaient jamais satisfait leurs besoins en soins de santé de leur ménage.

L'insatisfaction exprime clairement le problème d'accès financier aux soins auquel les citoyens étaient confrontés. L'inaccessibilité financière entraîne le retard du recours aux soins de santé. Si 7,14% des enquêtés justifient leur faible recours par la qualité d'accueil et la piètre performance du plateau technique des FS, 14,28% en revanche, fondent leur justification dans le fait qu'ils tombaient rarement malades ou encore qu'ils ne trouvaient pas nécessaire d'aller en consultation (Graphique n°3).

**Graphique n°3: Raisons de la fréquence de consultation des enquêtés avant INAM**



Source : D'après les résultats de nos travaux de terrain, 2016.

Selon le graphique n°3, 28,56% des enquêtés, pour masquer le problème d'accès financier, justifiaient plutôt leur recours tardif par les expressions "tombait rarement malade" ou encore "ne trouvait pas ça nécessaire". Ces

raisons suffisent pour réduire la demande de la population par rapport aux offres de FS disponibles. L'analyse des fréquences de consultation des enquêtés dans les services de santé publics et privés montre à suffisance

qu'en dehors de l'aspect qualitatif de l'offre, il existe l'aspect financier qui bloque une part importante des enquêtés (57,14%) à recourir aux services de soins modernes.

### 2.2.3. Les difficultés d'accès financier comme contrainte d'accès aux soins de santé modernes

L'analyse des revenus des enquêtés permet de constater que les expressions "tombait rarement malade" et "ne trouvait pas ça nécessaire" sont usitées par des populations à faible revenu mensuel. Quatre-vingt-neuf virgule quarante-six pour cent (89,46%) de

ceux qui évoquaient ces expressions, avaient un revenu mensuel inférieur à 150 000 F CFA. Ce revenu mensuel ne permettant pas de satisfaire les besoins minimaux d'un ménage, amenait la population à retarder l'expression de leur besoin en soins de santé, sous le prétexte de n'être pas malade. Le "rarement tombait malade" conditionne également le "rarement allait à l'Hôpital". Ce lien est clairement établi à partir des données du tableau n°2.

**Tableau n°2: Répartition des enquêtés qui allaient rarement à l'hôpital avant INAM, selon les raisons évoquées et leur revenu**

Fréquence de recours aux soins	Raison de fréquence	Revenu (en millier de Franc CFA)				Total
		> 50	[50- 100[	[100 - 150[	[150 - 200[	
Rarement à l'hôpital	Pas de Moyen Financier	2 21,18%	7 63,63%	2 20,30%	0 0%	11 33,32%
	Centre de Santé Eloigné	1 20%	3 60%	0 0%	1 20%	5 12,82%
	Rarement Malade	2 11,11%	10 55,55%	5 27,77%	1 5,57%	18 46,15%
	Régulièrement Malade	0 0%	2 66,66%	1 33,34%	0 0%	3 7,71%
<b>Total</b>		<b>6</b> <b>15,38%</b>	<b>23</b> <b>58,97%</b>	<b>8</b> <b>20,51%</b>	<b>2</b> <b>5,14%</b>	<b>39</b> <b>100%</b>

Source : D'après les résultats de nos travaux de terrain, 2016.

D'après les résultats du tableau n°2, 33,32% de ceux qui allaient rarement à l'hôpital ont avoué que c'est le manque de moyen financier qui constituait le véritable frein à leur recours, contre 46,15% qui ont évoqué la rareté de maladie. L'analyse approfondie du tableau n°2 révèle que 94,43% des enquêtés avaient un revenu mensuel n'atteignant pas 150 000 F CFA. Même si des efforts sont faits pour que l'accessibilité géographique ne soit plus un obstacle, l'accessibilité financière aux soins de santé de qualité est encore un véritable casse-tête pour la population. Pour une bonne accessibilité financière aux soins de santé de qualité, un mécanisme solidaire de couverture des risques financiers liés à la maladie est mis en place. Celui-ci doit reposer sur le paiement préalable, le partage ou la mutualisation des risques et la notion de garantie et ce, dans une approche de gestion autonome.

### 2.3. INAM, comme méthode de recours aux soins de santé modernes

L'assurance maladie est un mécanisme solidaire de couverture des risques financiers liés à la maladie. L'initiative d'un régime d'Assurance Maladie Obligatoire (AMO) au Togo est née d'un constat d'insuffisance de la couverture maladie existante. Moins de 4% de la population togolaise bénéficie d'une couverture sociale ; plus de 50% du financement de la santé sont assurés par les ménages (Ministère de la santé, 2012, p. 30). Et pourtant, l'indice de pauvreté nationale est de 55,1% en 2015 (INSEED, 2015b, p. 2).

Les résultats compilés de l'enquête QUIBB (2015) font état de 50,1% des ménages qui trouvent que le niveau de soins de santé de leurs membres n'est pas satisfaisant. Face à cette situation de décadence financière et de décrépitude de la santé, le gouvernement togolais a mis l'accent sur l'accessibilité financière aux soins de santé de qualité. L'Assurance Maladie Obligatoire (AMO) étant

une des méthodes principales de financement de la santé, elle a été instaurée pour les agents publics et assimilés et gérée par un établissement public doté d'une autonomie de gestion administrative et financière (INAM), avec une mission bien précise.

### 2.3.1. Mission et objectifs de l'INAM

La mission assignée à l'INAM consiste à assurer la couverture des risques liés à la maladie, aux accidents non professionnels et à la maternité des personnes assujetties et de leurs ayants droit. Cet institut a pour but de :

- assurer la gestion du fonds d'assurance maladie des agents publics et de leurs ayants droit ;
- immatriculer et tenir à jour, les registres d'immatriculation des employeurs, des affiliés et de leurs ayants droit ;
- veiller à la qualité des prestations couvertes par le régime d'assurance ;
- recouvrer et enregistrer les cotisations de l'assurance maladie ;
- signer les conventions de prestations de soins de santé en faveur de ses assurés ;
- effectuer, après vérification de la validité des factures et des droits aux prestations, les paiements aux prestataires de soins conventionnés, d'actes médicaux et de services de soins fournis en faveur de ses bénéficiaires ;
- mettre en œuvre en appui au ministère en charge de la santé, les actions de prévention, d'éducation et d'information de nature à améliorer l'état de santé des bénéficiaires ;
- passer, s'il y a lieu, avec tout organisme de protection sociale, des conventions aux fins de participer à des programmes d'action sanitaire et sociale ;
- organiser et diriger le contrôle médical en matière de soins et d'application de la tarification des actes tels que définis dans les conventions avec les prestataires des soins de santé agréés auprès de lui ;

- assurer l'organisation et la coordination, notamment la collecte, la vérification et la sécurité des informations relatives aux bénéficiaires et aux prestations qui leur sont servies ;
- créer, le cas échéant, des services d'intérêt commun, des antennes régionales et préfectorales (Article 10 de la loi N°2011-003 du 18 février 2011, p. 3).

L'assurance maladie INAM fonctionne uniquement avec des prestataires conventionnés.

### 2.3.2. Un mécanisme assurantiel qui fonctionne sur la base du tiers payant

Le régime obligatoire d'assurance maladie des agents publics est financé par les cotisations mensuelles des assujettis (agents publics et assimilés) et de leurs employeurs (l'Etat, les Collectivités territoriales, les Etablissements publics à caractère administratif), les dons et legs, et toutes autres recettes générées par les activités propres de l'organisme. Le taux de cotisation est fixé à 7% du salaire mensuel réparti à part égale entre l'Employeur (3,5%) et l'agent public assuré (3,5%). Pour les agents à la retraite, le taux de cotisation est fixé à 3,5% de leur pension de retraite. Les cotisations des fonctionnaires sont prélevées directement à la source sur le salaire ou la pension. Le montant de la cotisation payé par l'assuré n'est pas basé uniquement sur le risque, mais également sur la capacité contributive de l'assuré. Quel que soit le montant versé par l'assuré, il paie au même titre que les autres (riche ou moins riche), un ticket modérateur à chaque fois qu'il utilise un service médical. De plus, il a droit à tous les soins couverts par l'organisme assureur.

L'AMO de l'INAM ne couvre pas tous les actes médicaux. Le paquet de bénéfice (services et produits de santé couverts par le régime d'assurance maladie) de l'INAM, couvre entre autres :

- les frais de consultations, d'hospitalisation, de médicaments, des actes médicaux, chirurgicaux et paramédicaux ;
- les actes d'analyse de biologie et d'imagerie médicale ;

- les frais des prestations de soins liées à l'état de grossesse et à l'accouchement ;
- les frais de vaccins obligatoires et des appareillages.

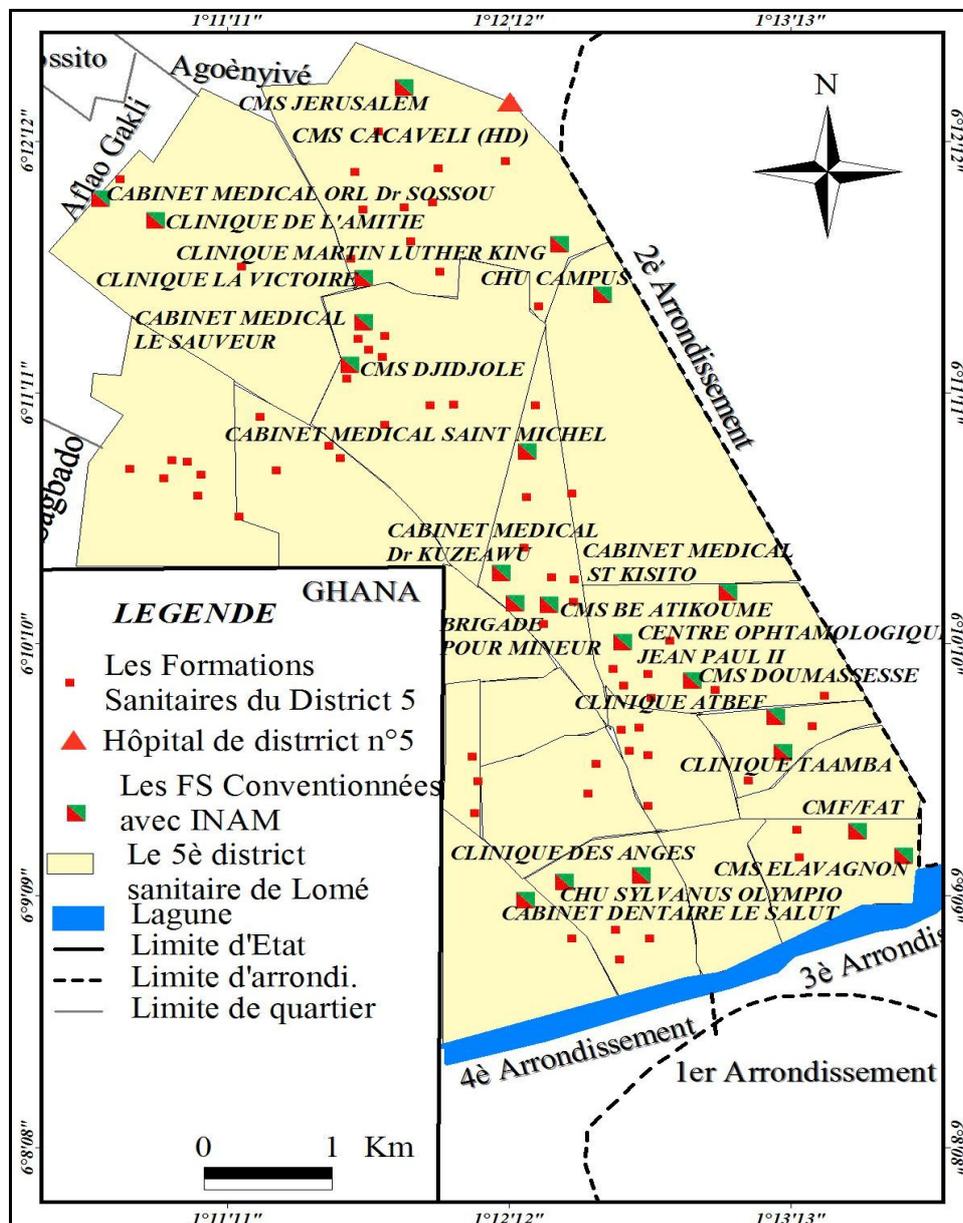
L'INAM en tant qu'assurance sociale ne couvre pas à 100% tous les actes médicaux de ce paquet minimum de bénéfice. L'INAM fonctionne sur la base du système de tiers payant, c'est-à-dire que l'assuré ne paie que le ticket modérateur (part à sa charge), tandis que l'INAM paie directement au prestataire (FS ou Pharmacies) la part correspondant au taux de prise en charge. Nonobstant, pour les prestations prises en charge, lorsqu'elles sont

effectuées dans une FS non conventionnée avec l'INAM, elles ne sont pas remboursables.

### 2.3.3. Des structures spécifiques pour la prestation des services de l'INAM

Les bénéficiaires de l'INAM ne peuvent jouir de ses services qu'auprès des formations sanitaires (FS) ou des pharmacies conventionnées (Cartes n°2 et n°3). A l'exception des FS et des pharmacies publiques, toutes les structures de santé et les pharmacies privées ne sont pas d'offices partenaires de l'INAM. Elles doivent signer au préalable une convention avant de pouvoir prester les services offerts.

**Carte n°1: Les formations sanitaires conventionnées en partenariat avec l'INAM dans le 5<sup>ème</sup> District Sanitaire de Lomé**

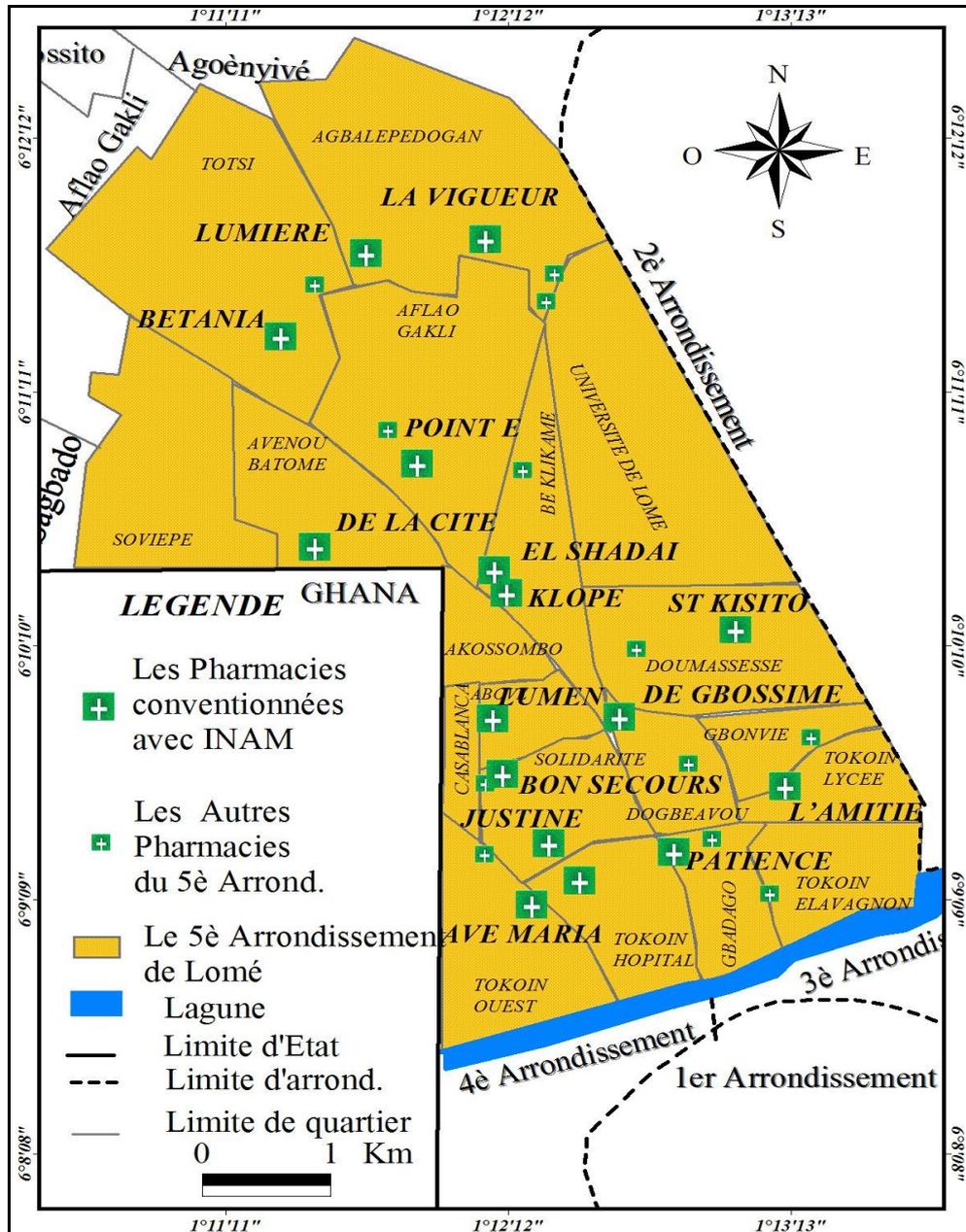


Source : D'après les données de la Direction du DS n°5 de Lomé et de l'INAM, 2016.

La carte n°2 montre les structures sanitaires en partenariat avec l'INAM dans le 5<sup>ème</sup> DS de Lomé. Elles sont au total 23 FS y compris l'Hôpital de District. Sur les 86 FS du 5<sup>ème</sup>

arrondissement, seules 26,74% sont conventionnées avec INAM. Ce taux est largement inférieur à celui des pharmacies agréées par ledit institut (Carte n°3).

**Carte n°2: Les pharmacies conventionnées en partenariat avec l'INAM dans l'arrondissement 5**



Source : D'après les données de l'INAM et nos travaux de terrain, 2016.

L'observation de la carte n°3 permet de dénombrer vingt-huit (28) pharmacies dont seize (16) conventionnées avec l'INAM, soit 57,14% des pharmacies du 5<sup>ème</sup> Arrondissement. Les énormes difficultés auxquelles la population fait face et les avantages que l'assurance maladie peut procurer, constituent des paramètres permettant d'évaluer les prestations de l'institut.

**2.4. L'assurance maladie, une stratégie pour améliorer l'accessibilité financière et les recours aux soins de santé modernes dans le 5<sup>ème</sup> arrondissement de Lomé**

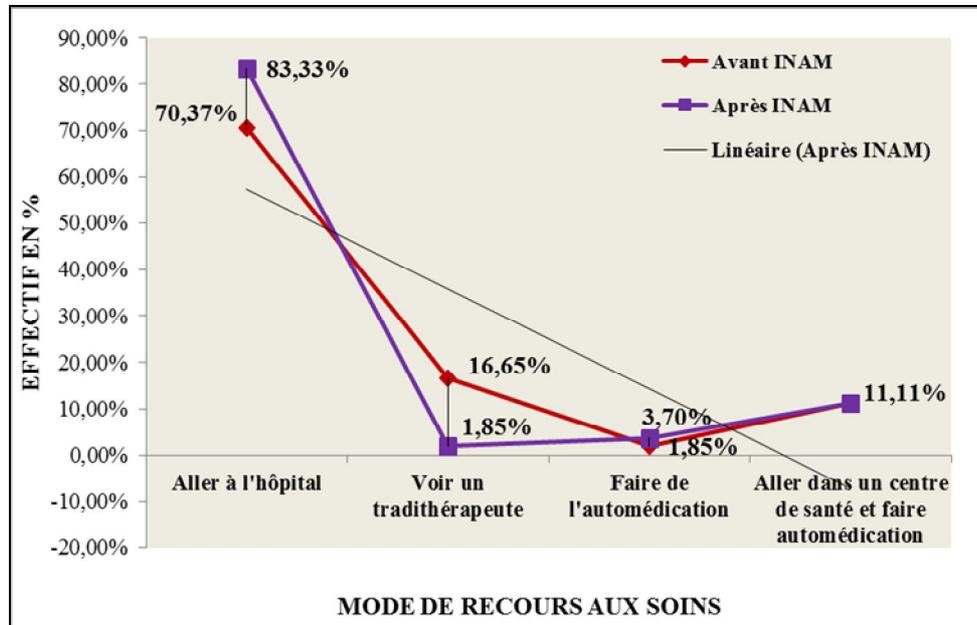
L'analyse des taux de recours aux soins de santé modernes des populations cibles permet de constater une évolution de la courbe de consultation après leur adhésion à l'INAM.

### 2.4.1. Une évolution des taux de recours aux soins de santé modernes

L'évolution des itinéraires thérapeutiques des assurés de l'INAM, antérieure à leur adhésion

jusqu'à celle de la période actuelle traduit un véritable changement de comportement du recours aux soins de santé des bénéficiaires de l'AMO comme le montre le graphique n°5.

**Graphique n°4: Evolution des modes du recours aux soins de santé des assurés entre la période d'Avant et d'Après INAM**



Source : D'après les résultats de nos travaux de terrain, 2016.

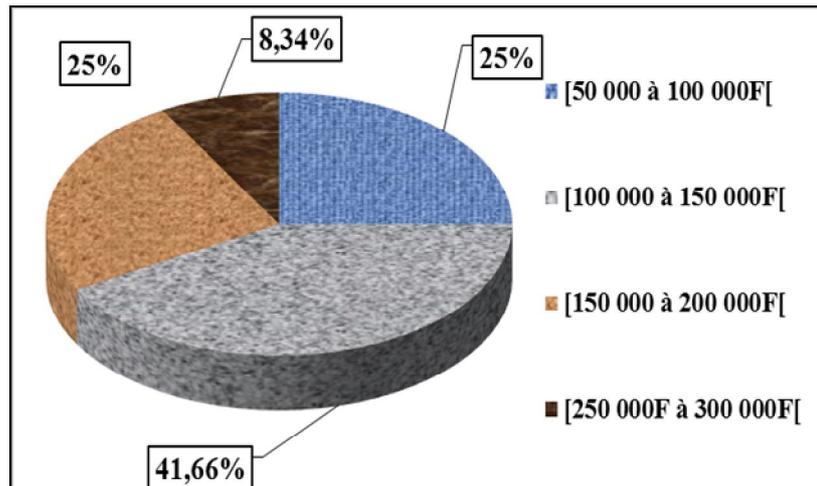
Dans l'ensemble, la tendance évolutive des comportements négatifs du recours aux soins de santé modernes dans le 5<sup>ème</sup> arrondissement est à la baisse. De l'analyse des données présentée par le graphique n°5, on remarque que 70,37% des enquêtés allaient à l'hôpital en cas de maladie avérée. L'évolution postérieure des modes de recours aux soins de santé des assurés de l'INAM révèle une avancée dans les pratiques thérapeutiques des assurés de l'INAM. La plus significative se remarque au niveau de la consommation hospitalière des soins de santé. Le pourcentage des bénéficiaires actuels de l'AMO qui vont consulter un médecin en cas de maladie a connu une hausse de 12,96%, passant de 70,37% avant l'adhésion à 83,33% après leur affiliation à l'INAM.

Les consultations traditionnelles (recours aux tradithérapeutes et au traitement à base des connaissances locales de plantes et autres techniques traditionnelles) pour des maladies nécessitant l'intervention de la médecine moderne, ont connu une baisse de 14,8% en général, soit passant de 16,65% des bénéficiaires actuels de l'INAM avant 2011 à

1,85% de leur effectif après adhésion à l'INAM. La pratique de l'automédication a, au contraire, doublé pendant cet intervalle de temps, soit 3,70% des effectifs enquêtés contre 1,85% de leur nombre avant l'INAM. Dans l'ensemble, les mauvaises pratiques tendent à la baisse. C'est ce que retrace la tendance linéaire postérieure à l'INAM qui évolue vers les chiffres négatifs. L'évolution linéaire vers la baisse de la courbe tendancielle du recours aux soins de santé après INAM montre que dans les faits, l'AMO a eu un impact positif et ce, à deux niveaux : l'abandon des traitements traditionnels et le recours massif aux soins de santé modernes.

L'AMO en tant que méthode de financement des soins de santé vise surtout à donner l'opportunité aux moyens et aux moins riches d'accéder aux soins de spécialités (souvent appelés Traitement de Pathologies Chroniques (TPC)), qui sont très coûteux. L'étude révèle que 25% des enquêtés ayant consulté un centre moderne de santé ont fait la demande en soins de spécialité et elle a été fortement effectuée par les classes moins riches (Graphique n°6).

**Graphique n°6: Répartition des assurés ayant consulté des spécialistes, en fonction de leur revenu mensuel**



Source : D'après les résultats de nos travaux de terrain, 2016.

La consommation des soins de spécialités a été plus remarquable pour les bénéficiaires ayant un revenu faible, soit environ 67% des assurés ayant un revenu mensuel inférieur à 150 000 F CFA, selon le graphique n°6. Tous ces résultats montrent que l'INAM a belle et bien eu un impact sur la réduction du risque financier des bénéficiaires.

#### 2.4.2. Un risque financier aux soins de santé réduit par l'assurance maladie

Le système d'AMO de l'INAM est censé offrir plusieurs avantages dont :

- l'élimination ou la réduction des risques financiers liés à la maladie ;
- la lutte contre la ruine ou l'endettement des bénéficiaires en cas de sinistre (maladie) ;
- la solvabilité de la demande de soins et ;
- le retard ou l'abandon de traitement par manque d'argent.

Au début des prestations de l'INAM en 2012, les montants du tiers-payant offerts étaient globalement suffisants pour réduire le risque financier et baisser le nombre de personnes signalant leur incapacité à financer leurs soins de santé. Soixante-neuf virgule soixante-dix-sept pour cent (69,77%) des assurés pensent que l'initiative de l'assurance maladie est bonne pour faciliter l'accès financier aux soins de santé. Seulement 30,23% des bénéficiaires pensent qu'en dépit d'une assurance maladie telle que INAM, certains bénéficiaires peuvent

toujours avoir des difficultés financières pour se soigner.

### 3. Discussion

Dans l'ensemble, les études réalisées montrent que l'assurance maladie permet une réduction des retards et des situations de non recours aux soins de santé modernes. La qualité d'accueil et celle du plateau technique des formations sanitaires (70% des répondants), les problèmes financiers (57,14%) sont autant de difficultés que rencontrent les populations du 5<sup>ème</sup> arrondissement de Lomé, et qui freinent leur recours aux soins de santé modernes. Plus de 50% de la population interrogée avait des besoins de santé non satisfaits par leur revenu. 61,2% consacraient entre 5 et plus de 25% de leur revenu mensuel aux soins de santé de leur ménage. Cependant, 75% de ceux qui consacraient plus de 25% de leur revenu n'étaient toujours pas satisfaits des soins, et 100% de ceux dont le revenu consacré ne dépassait pas 20% n'étaient jamais satisfaits. Cette situation qui augmentait le risque financier des populations sans assurance maladie impactait sérieusement la santé des habitants, réduisant par conséquent leur taux de fréquentation aux services de santé modernes. Ceci a également été confirmé par M. Grignon et M. Perronnin, (2003, p. 2), pour qui, les personnes n'ayant pas de couverture maladie ont des recours aux soins plus faibles que les autres, car elles renoncent le plus souvent à des soins pour des raisons financières.

Au Togo en général et singulièrement dans la ville de Lomé et ses différentes communes dont le 5<sup>ème</sup> arrondissement, le segment de l'assurance maladie ne concerne que très peu de compagnies et surtout une frange très aisée de la population. Cette situation est comparable à ce que décrit G. Dussault, P. Fournier et A. Letourmy (2006, p. 27). Pour eux, les assureurs ne travaillent qu'avec des professionnels libéraux ou avec des cliniques ou hôpitaux extérieurs et proposent des contrats dont les niveaux de primes excluent d'emblée 95% de la population.

L'introduction de l'assurance maladie obligatoire pour les fonctionnaires d'Etat a permis, selon les résultats de l'étude, de réduire le risque financier lié à la maladie des populations pauvres. Elle a permis également d'augmenter de 12,96%, les taux de recours aux soins de santé des bénéficiaires. Cette corrélation entre la hausse du taux de fréquentation des FS et l'introduction de l'assurance maladie est aussi démontrée par A., Issa (2013, p. 23), sur le cas de l'expérimentation de l'exemption du paiement des soins pour les enfants au Burkina Faso. Selon cette étude, cette situation a été favorable à la fréquentation des centres de santé et a permis une augmentation de 48% du taux de recours par les enfants. L'effet s'est maintenu dans le temps, au point que la probabilité d'utiliser les soins pour les enfants pauvres est passée de 26% avant l'intervention à 72% après l'intervention.

T. Sossa (2013, p. 11), trouve ainsi, un lien étroit entre l'assurance maladie et la réduction de la pauvreté, et par ricochet l'amélioration de la santé, à travers les expériences du Ghana, du Rwanda et du Gabon, puis les initiatives du Bénin et du Mali sur les assurances maladies. De même, P. Dourgnon, M. Grignon et F. Jusot (2001, p. 2), dans une revue de littérature, concluent que les écrits convergent vers un lien positif entre niveau d'assurance et niveau de recours, et que les gains observés sur l'état de santé sont plus importants pour les bas revenus.

## Conclusion

Il ressort de cette étude que les populations de la zone d'étude sont confrontées à des difficultés de recours aux soins de santé

modernes. Ces difficultés inhérentes aux problèmes financiers sont palliées par l'introduction de l'assurance maladie obligatoire pour les fonctionnaires de l'Etat. Il faut admettre que l'AMO a un réel impact positif sur les recours aux soins de santé modernes des fonctionnaires d'Etat et assimilés dans le 5<sup>ème</sup> arrondissement de Lomé.

La modification de leurs trajectoires thérapeutiques vers les FS ainsi que l'intérêt qu'accordent les couches moins riches aux soins de spécialités sont autant de progrès qui dénotent de la capacité de l'AMO à rendre solvable la demande de soins et à booster les taux de fréquentation des structures sanitaires. En revanche, il est important que le volet qualité d'accueil et de soins soit pris en compte pour éviter le découragement des bénéficiaires dans leur processus de demande de soins de santé.

## Références bibliographiques

- DOURGNON Paul, GRIGNON Michel et JUSOT Florence, 2001, « L'assurance maladie réduit-elle les inégalités sociales de santé ? Une revue de littérature. » In : *questions d'économie de la santé*, bulletin d'information n° 43, centre de recherche, d'étude et de documentation en économie de la santé (CREDES), 1, rue Paul-Cézanne 75008 Paris, 8 p.
- DUSSAULT Gilles., FOURNIER Pierre et LETOURMY Alain, 2006, *L'assurance maladie en Afrique francophone*, Santé, Nutrition et Population, Banque Mondiale, Washington DC, 596 p.
- GOGUE Tchabouré Aimé, 1997, « Impact des programmes d'ajustement structurel sur le secteur de la santé : cas du Togo », In : *Nouvelles pratiques sociales*, Article en ligne, vol. 10, n°1, Montréal, p. 163-179.
- GRIGNON Michel et PERRONNIN Marc, 2003, *Impact de la couverture maladie universelle complémentaire sur les consommations de soins. Questions d'économie de la santé*, Bulletin d'information en économie de la santé, n°74, CREDES, Vauvenargues 75018 Paris, 6 p.

INSEED, 2015a, *Questionnaire Unifié des Indicateurs de Base de Bien-être (QUIBB)*, Rapport provisoire d'analyse de la compilation, Lomé, 147 p.

INSEED, 2015b, *Profil de pauvreté du Togo*, Rapport provisoire de la compilation, Lomé.

ISSA Aboubakar, 2013, *Analyse de la relation entre les institutions d'assurance maladie et les prestataires de soins au Togo : Cas de l'INAM et du CHR Kara Tomdè*, Mémoire de DESS en Economie de la Santé, CESAG, Dakar, 85 p.

MINISTERE DE LA SANTE, 2011, *Principaux indicateurs de santé en 2010*, Document de synthèse des productions statistiques, Division Informations

Statistiques, Etudes et Recherches (DISER) du Ministère de la Santé, Lomé, 52 p.

MINISTERE DE LA SANTE, 2012, *Plan national de développement sanitaire du Togo 2012-2015*, Plan stratégique, Ministère de la santé du Togo, Lomé, 86 p.

MINISTERE DE LA SANTE, 2014, *Principaux indicateurs de santé en 2013*, Document de synthèse des productions statistiques, Division Informations Statistiques, Etudes et Recherches (DISER) du Ministère de la Santé, Lomé, 63 p.

SOSSA Théophile, 2013, *Gouvernance du financement de la santé mondiale: enjeux et perspectives africains : Les notes d'Africa 21*, note n°2, Association Africa 21, Genève, 18 p.