



SYSTEME D'ASSURANCE MALADIE, CHOIX DU PRESTATAIRE DE SOINS DE SANTE ET PROTECTION FINANCIERE DES MENAGES AU TOGO

ATAKE Esso - Hanam

Faculté des Sciences Economiques et de Gestion - Université de Lomé

Email : atakesyl@gmail.com , hatake@univ-lome.tg

RESUME

La fragmentation du système d'assurance maladie soulève des questions relatives à la qualité des soins de santé, l'équité, et la protection financière des ménages assurés au Togo. Ce papier a pour objectif d'analyser les effets de la fragmentation du système d'assurance maladie sur le choix du prestataire de soins de santé et la protection financière des ménages assurés au Togo.

Les données ont été collectées auprès de 1180 ménages ayant une assurance maladie plus précisément auprès des assurés qui avaient manifesté au moins un cas de maladie les quatre dernières semaines précédant l'enquête ou au moins un cas d'hospitalisation les douze derniers mois précédant l'enquête. Nous avons utilisé un modèle logit imbriqué pour analyser les déterminants du choix du prestataire de soins de santé et des méthodes d'évaluation des dépenses de santé catastrophiques afin d'analyser la protection financière.

Les résultats montrent que la probabilité de recours aux centres de santé privés et aux hôpitaux de références est très élevée pour les ménages ayant une assurance privée comparé à ceux ayant une assurance publique.

Il existe une sélection des patients au profit de ceux ayant une assurance privée, au Togo. En outre, quel que soit le type d'assurance, les personnes âgées font de moins en moins recours aux centres de santé particulièrement les hôpitaux de références en raison des coûts élevés.

En bref, il s'avère nécessaire de renforcer : les capacités de gouvernance des services en charge du contrôle médical et de la qualité des soins, la sensibilisation en ce qui concerne les règles de prise en charge et les critères de remboursement des actes médicaux et médicaments.

Enfin, des politiques de services hospitaliers gratuits ou fortement subventionnés devraient être envisagées pour les personnes âgées.

INTRODUCTION

La Couverture Universelle (CU), considérée comme une composante essentielle du développement durable, de réduction des inégalités sociales, et de lutte contre la pauvreté (OMS, 2014b), fait aujourd'hui l'objet de débats politiques et économiques dans le monde entier. Le rapport du groupe d'experts de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) et de la Banque Mondiale montre qu'au moins 400 millions de personnes n'ont pas accès aux services de santé les plus essentiels et 6% de la population dans les pays à faible revenu et à revenu intermédiaire est d'avantage appauvri, en raison des dépenses de santé (OMS, 2005).

En 2005, le 58e Assemblée Mondiale de la Santé a adopté une résolution encourageant les Etats membres à développer et promouvoir des systèmes de financement sanitaire visant à fournir une Couverture Universelle (OMS & Banque Mondiale, 2015). Ainsi, une nouvelle coalition mondiale de plus de 500 grandes organisations de santé et de développement a exhorté les gouvernements à accélérer les réformes pour assurer que tout le monde, partout, puisse accéder à des services de santé de qualité sans s'appauvrir (OMS, 2014a).

Face à ce défi de la CU, le gouvernement togolais s'est lancé dans une réforme qui a abouti en 2011 à la mise en place d'un nouveau régime d'Assurance Maladie Obligatoire (AMO). L'AMO a pour objectif principal une meilleure accessibilité financière à des soins de qualité. En 2014, seulement 4% de la population togolaise était couverte par l'AMO (Bignandi, 2014). Cet énorme déficit de la CU a conduit, parallèlement au développement des programmes d'assurance santé privée.

Evidemment, l'existence d'un système d'assurance multiple serait le moyen le plus efficace et pratique pour une CU, étant donné les contraintes dans l'implémentation de l'assurance maladie universelle. Malheureusement, cette fragmentation soulève des questions d'inégalités d'utilisation de services de santé, au Togo.

En effet, les bénéficiaires de l'AMO sont confrontés à un certain nombre d'obstacles

dans l'accès et l'utilisation des soins de santé. Ces obstacles se réfèrent aux longs temps d'attente, la réticence des professionnels de santé dans certains établissements privés à accepter l'AMO, les plaintes des personnes assurées, la capacité des établissements de santé à fournir des soins de qualité, la capacité de gestion et les problèmes de gouvernance (Bignandi, 2014). Il est également soulevé des problèmes de mécontentement des bénéficiaires de l'AMO par rapport à la prise en charge des affections de longue durée, les délais de prise en charge, et la relation soignant/soigné (Département de santé publique, 2015). En effet, il est généralement constaté un mépris du personnel de santé qui accorde plus de temps et d'importance aux patients n'ayant pas l'AMO (Département de santé publique, 2015).

La littérature renseigne sur les problèmes de fragmentation des systèmes d'assurance maladie. Il a été démontré que la coexistence de plusieurs systèmes d'assurance-maladie peut entraîner des inégalités dans l'accès et l'utilisation des services de santé (Chomi, Mujinja, Enemark, Hansen, & Kiwara, 2014). Cette coexistence soulèverait des questions en termes de qualité, d'équité, de protection financière, et d'efficacité du système de santé (Chomi et al., 2014).

Un système d'assurance multiple se traduit généralement par un système de santé à plusieurs niveaux qui est inéquitable (Chomi et al., 2014). Ekman (2007) a montré qu'en Jordanie, l'augmentation de l'intensité de l'utilisation des soins de santé et la réduction des paiements directs ne sont vérifiées que pour certains programmes d'assurance maladie. Les programmes d'assurance maladie les plus performants étaient ceux ayant comme bénéficiaires les groupes les plus aisés (Ekman, 2007).

Particulièrement, Ekman (2007) a montré que le secteur privé offre souvent une meilleure qualité de soins de santé pour les ménages riches. Une autre étude en Indonésie examinant les effets de l'assurance maladie obligatoire sur l'accès aux soins de santé a montré que le régime d'assurance maladie obligatoire pour les fonctionnaires (salariés du secteur public) a un impact positif sur l'accès aux soins ambulatoires publics, tandis que le régime d'assurance obligatoire pour les salariés

du secteur privé avait un impact positif sur l'accès à la fois aux soins ambulatoires publics et privés (Hidayat, Thabrany, Dong, & Sauerborn, 2004). De même, Cameron, Trivedi, Milne, and Piggott (1988) ont montré que le type de recours et d'utilisation des soins de santé varient considérablement selon les types d'assurance maladie.

La fragmentation pose ainsi la problématique de la capacité des programmes d'assurance maladie à atteindre leurs objectifs de protection financière et d'accessibilité aux services de santé de qualité (McIntyre, Thiede, Dahlgren, & Whitehead, 2006).

Aucune évidence empirique n'a été menée, au Togo à cet effet. Cette étude a pour objectif d'analyser l'effet de différents types de programmes d'assurance maladie sur le choix du prestataire de soins de santé et la protection financière des ménages assurés au Togo. Elle vise donc deux objectifs de la couverture universelle : l'équité dans l'accès aux services de santé et la protection contre les risques financiers.

La section suivante donne un aperçu du système national d'assurance maladie au Togo. La section 3 décrit la procédure de collecte de données et les méthodes utilisées. La section 4 présente les résultats et discute des implications de politiques. La dernière section constitue la conclusion.

Aperçu des régimes d'assurance maladie au Togo

Avec un Produit Intérieur Brut de 691\$US (prix courants) en 2014 (IMF, 2014), le Togo est l'un des pays les plus pauvres au monde. L'espérance de vie à la naissance est estimée à 59 ans en 2013 (Banque Mondiale, 2015).

En 2015, le taux de mortalité infantile (pour 1 000 naissances vivantes) était d'environ 52,30 (Banque Mondiale, 2015). La part du budget alloué à la santé a fortement régressé, passant de 11,92% en 2009 à 6,04% en 2013.

En ce qui concerne la protection sociale en santé, le gouvernement Togolais a mis en place un nouveau régime d'Assurance Maladie

Obligatoire (AMO) géré par l'Institut National d'Assurance Maladie (INAM). La mission de l'AMO est d'assurer la couverture des risques liés à la maladie, aux accidents non professionnels et à la maternité. Les principaux bénéficiaires de l'AMO sont les agents des administrations publiques et des établissements publics à caractère administratif et leurs ayants droit. Il couvre aussi les assimilés qui sont les membres des institutions de la république assujettie pour la durée de leurs mandats. Le nombre maximum de personnes couvertes est fixé à six personnes par ménage.

Le panier de soins comporte les consultations générales et spécialisées (80%), les prestations de soins liées à l'état de grossesse et à l'accouchement (100%), les hospitalisations (90%), les produits pharmaceutiques (80%), la biologie médicale (80%), l'imagerie médicale (80%), les interventions chirurgicales (90%), les soins infirmiers (80%), l'appareillage orthopédique (80%), etc.

Le mode de paiement des prestations est le tiers payant. L'AMO est financée par les cotisations mensuelles des assujettis. Le taux de cotisation est fixé à 7% du salaire mensuel de base plus sujétion réparti à part égale entre l'Etat employeur et l'agent public assuré.

Malheureusement, la vaste majorité des travailleurs des secteurs privé et informel ne sont pas couverte par l'AMO. Environ 95,96% de la population Togolaise n'est pas pris en compte par l'AMO (Bignandi, 2014). En conséquence, il est constaté un développement parallèle des programmes d'assurance santé privés.

Les programmes d'assurance santé privés sont limités aux personnels des entreprises privées et semi-privées. Pour les assurances privées, la couverture de toute la famille dépend de la capacité de l'assuré principal à payer les primes y afférentes.

Le système d'assurance maladie AMO est équitable car la cotisation est proportionnelle au revenu donc progressif, tandis que le système géré par les assurances privées est régressif. Il n'existe pas de mécanismes de compensation financière des risques au Togo.

Approche méthodologique

Modélisation de la demande des services de santé

Le cadre conceptuel de cette analyse découle de l'hypothèse comportementale de Gertler, Locay, and Sanderson (1987). Selon cette hypothèse, l'utilité est fonction de la santé et de la consommation d'autres biens autres que les soins de santé. Cette hypothèse suppose, qu'en cas de maladie ou d'accident, les individus doivent décider de recourir ou non aux soins de santé. L'avantage et le coût associés à la consommation des soins médicaux sont respectivement l'amélioration de l'état de santé et la réduction de la consommation d'autres biens (Gertler et al., 1987). La question fondamentale qui se pose en cas de recours aux soins médicaux concerne le type de recours. A chaque recours correspondrait un impact potentiellement différent sur l'état de santé. Cet impact dépend des compétences du fournisseur, des caractéristiques des individus, et d'un terme aléatoire qui défend l'idée selon laquelle l'efficacité des soins médicaux n'est pas déterministe. Gertler et al. (1987) définissent la fonction d'utilité découlant du recours aux soins médicaux auprès du fournisseur j par l'équation suivante :

$$U_j = U(H_j, C_j, T_j)$$

Où H_j est l'état de santé espéré après avoir reçu un traitement du fournisseur, C_j les dépenses de consommation après paiement du fournisseur, et T_j est le coût non monétaire d'accès au fournisseur.

En s'inspirant de ce cadre conceptuel, Sahn, Younger, and Genicot (2003) ont proposé une spécification du modèle d'utilisation de services de santé à cinq options : aucun soin (ou automédication), soins dans un hôpital public, soins dans un hôpital privé, soins dans une clinique publique et soins dans une clinique privée.

Conformément à Sahn et al. (2003) nous avons modélisé le choix d'un fournisseur de soins de santé en cas de traitement ambulatoire avec cinq options: automédication / médecine

traditionnelle, hôpitaux de références, dispensaires publics, hôpitaux de district, centres de santé privé (Kamgnia, 2006). La médecine traditionnelle ou l'automédication se réfère à ceux qui ont eu recours à un traitement auprès d'un guérisseur traditionnel ou à la pharmacie (Chomi et al., 2014; Kamgnia, 2006).

Ensuite, l'utilité qui découle du choix de chaque option est spécifiée par comme suit :

$$V_j = f(y - p_j) + Q(X, Z_j) + e_j \quad (2)$$

Où $(y - p_j)$ est le revenu net de l'achat d'un recours j , X est un vecteur des caractéristiques des ménages qui ne varient pas avec le choix discret, et Z_j les caractéristiques des prestataires. $Q(X, Z_j)$ indique la qualité de l'option j .

Sahn et al. (2003) supposent que l'utilité dépend de la qualité des soins de santé reçus et la consommation d'autres biens (revenu net). Dans la fonction de la qualité, X est un vecteur des caractéristiques du patient / ménage qui sont censées être observables. Plus précisément X inclut des variables telles que: l'éducation, la taille du ménage, l'âge du chef de ménage, le sexe, la durée de la maladie, le revenu, etc. (Kamgnia, 2006).

Il y a plus de difficultés à identifier les variables Z_j qui sont généralement non observables. En supposant que le prix et la qualité sont positivement corrélés, Sahn et al. (2003) ont approximé Z_j par P_j . Ainsi, la forme fonctionnelle du revenu net est :

$$f(y - p_j) = \beta_1 \ln(y - p_j) + \beta_2 [\ln(y - p_j)]^2 \quad (3)$$

Etant donné que le malade commence par l'automédication (V_0) avant d'envisager une

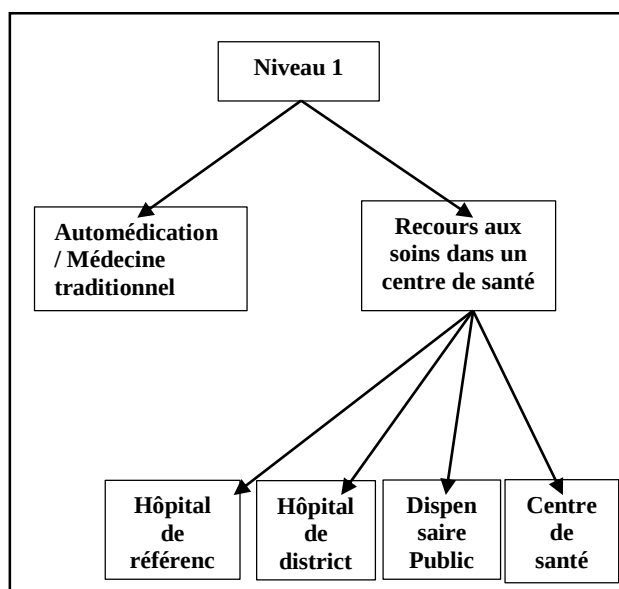
solution alternative (V_j) , la forme fonctionnelle devient :

$$f(y - p_j) = \beta_1 \left\{ \ln(y) - \frac{p_j}{y} \right\} + \beta_2 \left\{ \ln(y)^2 - 2 \ln(y) \left(\frac{p_j}{y} \right) \right\} \quad (4)$$

La probabilité qu'une personne choisisse l'option est donnée par le modèle logit imbriqué (Kamgnia, 2006 ; Sahn et al., 2003). Un moyen pratique de comprendre les motifs de substitution est de présenter les arbres de décision comme celui représenté sur la figure 1.

Nous pourrions penser que les individus décident d'abord de chercher des soins dans des établissements de santé ou pas, et si elles décident de se faire soigner dans un établissement de santé, elles choisissent entre les hôpitaux de référence, les hôpitaux de district, les dispensaires publics ou les établissements de santé privés. Le modèle logit imbriqué à deux niveaux est le plus approprié.

Figure 1 : Modèle logit imbriqué avec 2 niveaux



Dans notre modèle, nous considérons à la fois la décision de recourir aux soins de santé et, sous réserve de cette décision, le choix de l'hôpital. Ces décisions sont mieux illustrées par une structure arborescente, chaque décision étant représentée par un niveau distinct. Le modèle logit à niveau reflète un cadre de choix tel que

les individus ne considèrent que le choix présentant le maximum d'utilité pour chaque décision.

Le modèle comportemental d'Andersen (1995) identifie les caractéristiques de prédisposition, les ressources et les caractéristiques des besoins des individus comme principales variables indépendantes. Parmi les caractéristiques de prédisposition figurent l'âge, le sexe, l'éducation, la profession et les croyances en matière de santé.

Les variables que nous utilisons comme proxy des ressources sont : la distance à parcourir pour accéder au centre de santé, le niveau de richesse (quintile du plus bas au plus élevé), l'assurance (publique ou privée) et Le revenu. Mais, compte tenu de la difficulté à mesurer le revenu, il est approximé par les dépenses totales du ménage pendant les quatre semaines précédant l'enquête.

Pour les caractéristiques des besoins, nous considérons l'état général déclaré de santé et l'état fonctionnel ainsi que des symptômes de maladie ou de blessure survenus sur une période d'un mois. La part des dépenses des ménages consacrée à l'alimentation est incluse dans le modèle comme proxy des contraintes budgétaires des ménages (Makinen et al., 2000).

Mesure de l'incidence et de l'intensité des dépenses de santé catastrophiques (DSC)

Lorsque les gens doivent payer des frais ou des co-paiements pour des soins de santé, le montant peut être si élevé par rapport au revenu que cela entraîne des «DSC» pour l'individu ou le ménage (Xu et al., 2007).

Différents auteurs ont mesuré les DSC de diverses façons (Cavagnero, Carrin, Xu, & Aguilar-Rivera, 2006; O'Donnell et al., 2005; Wagstaff & Doorslaer, 2003; Xu et al., 2007; Xu et al., 2010). Dans cette étude, l'approche « capacité à payer (CAP) » d'O'donnell, Van Doorslaer, Wagstaff, and Lindelow (2008) a été utilisée pour comparer les DSC par type d'assurance.

Deux indicateurs ont été utilisés : effectif des paiements catastrophiques (incidence) et l'écart de paiement catastrophique (intensité) (Sun, Jackson, Carmichael, & Sleight, 2009).

On considère que personne ne devrait dépenser plus d'une fraction Z donnée de ses dépenses totales mensuelles non alimentaires en soins de santé (O'donnell et al., 2008). La capacité à payer (CAP) est définie par comme les dépenses totales mensuelles non alimentaires du ménage. Elle calculée de la manière suivante :

$$y = x - D(x) \quad (5)$$

Où x représente les dépenses totales mensuelles du ménage et $D(x)$ les dépenses alimentaires. Les dépenses alimentaires ont été utilisées comme proxy des dépenses de subsistance (Sun et al., 2009).

En considérant T comme paiement direct (OOP) des soins de santé, ces auteurs ont supposé qu'un seuil Z peut être accepté pour $\frac{T}{y}$

Une variété de seuil est utilisée dans la littérature (Gotsadze, Zoidze, & Rukhadze, 2009; Wagstaff & Doorslaer, 2003; Xu et al., 2007). Pour des questions de sensibilité nous retenons les seuils suivants : 5%, 10%, 20%, 30%, 40%.

Définissons un indicateur θ_i (Dépassement $\frac{T_i}{y_i} - z$ catastrophique) équivalent à y_i

Si $\frac{T_i}{y_i} \succ z$ et zéro sinon, et considérons si .
Ainsi, l'effectif de paiement catastrophique est égal à :

$$H = \frac{1}{N} \sum_{i=1}^N E_i = \mu_E \quad (6)$$

où N est la taille de l'échantillon et μ_E la moyenne de E_i .

O'donnell et al. (2008) définissent l'écart de paiement catastrophique comme le montant pour lequel les paiements directs (en proportion des dépenses totales mensuelles non alimentaires) dépasse le seuil z . Cette méthode mesure l'intensité ou la gravité des paiements catastrophiques comme suit :

$$G = \frac{1}{N} \sum_{i=1}^N \theta_i = \mu_o \quad (7)$$

La moyenne positive du dépassement (MPO) est définie comme suit :

$$MPG = \frac{\sum_{i=1}^N \theta_i}{\sum_{i=1}^N E_i} = \frac{\mu_o}{\mu_E} \quad (8)$$

Échantillonnage et collecte de données

Le Togo compte six régions sanitaires (Lomé-Commune, Maritime, Plateaux, Centrale, Kara et Savane), quarante (40) districts sanitaires et plus de 882 unités périphériques de santé (Ministère de la Santé, 2014). Cette étude porte sur la région sanitaire de Lomé-Commune (LC) avec environ 40% des bénéficiaires d'une assurance maladie. Par ailleurs, environ 74 % des médecins exercent à LC (Ministère de la Santé, 2013).

Nous avons utilisé l'approche (Lwanga, Lemeshow, & WHO, 1991) pour mesurer la taille de l'échantillon. Avec un intervalle de confiance de 95%, pour une différence de proportions, la taille de l'échantillon est donnée par :

$$(p_1 - p_2) \pm 1.96 \sqrt{\frac{p_1(1-p_1)}{n_1} + \frac{p_2(1-p_2)}{n_2}} \quad (9)$$

Où p_1 représente la proportion d'incidence de DSC parmi les ménages ayants

une assurance publique et p_2 la proportion d'incidence de DCS parmi les ménages ayant une assurance privée ; n_1 et n_2 représentent les tailles de chaque groupe.

Supposons que la taille de l'échantillon dans chaque groupe soit la même, l'équation 9 devient :

$$(p_1 - p_2) \pm 1.96 \sqrt{\frac{p_1(1-p_1) + p_2(1-p_2)}{n}} \quad (11)$$

Pour déterminer p_1 et p_2 , nous avons fait recours aux papiers publiés récemment sur les DSC. Barros, Bastos, and Dâmaso (2011) ont montré que parmi les ménages ayant une assurance privée au Brésil, les DSC variaient entre 2% et 16%.

Dans douze pays d'Amérique latine et des Caraïbes, le pourcentage de ménages ayant des DSC variait entre 1 et 25% (Knauth et al., 2011). Nous faisons l'hypothèse que la proportion des ménages ayant une assurance publique et privée réalisant des DSC est estimée respectivement à 25% et 15% au Togo.

Avec une précision absolue de 5%, la taille de l'échantillon requis est de 484 dans chaque groupe, pour un total de 968. Pour minimiser les erreurs d'échantillonnage, nous avons décidé d'augmenter la taille de l'échantillon.

Après avoir calculé l'erreur d'échantillonnage, 590 ménages assurés étaient nécessaires dans chaque groupe, soit un total de 1180 ménages assurés. La conception du questionnaire s'est basée sur les questionnaires de l'Enquête mondiale sur la santé de 2002 et les questionnaires de l'enquête démographique et de la santé de 2013 du Togo.

RESULTATS

Les caractéristiques descriptives de l'échantillon

Le Tableau 1 présente les caractéristiques de l'échantillon étudié. La structure par âge, taille

des ménages, et genre sont similaires selon qu'ils s'agissent des ménages ayant l'assurance santé publique ou privée. La structure par âge montre qu'environ 88,10% et 87,44% des chefs de ménage ayant respectivement l'assurance santé publique et privée avaient un âge compris entre 15 et 49 ans.

Quant à ceux qui avaient un âge supérieur à 60 ans, la proportion de ceux ayant une assurance publique s'élevait à 1,36%, comparée à 2,04% de ceux ayant une assurance privée. Une proportion élevée des ménages assurés publics (44,07%) et privés (49,66%) comptaient 2 à 3 personnes (membres) dans le ménage.

Les résultats montrent également que quel que soit le type d'assurance, les chefs de ménage étaient en majorité des hommes (respectivement 71,87% et 67,98% parmi les ménages ayant une assurance publique et une assurance privée).

En ce qui concerne le niveau d'éducation du chef de ménage, une proportion élevée des chefs de ménages ayant une assurance publique (60,78%) avait atteint le niveau d'enseignement supérieur (universitaire). Par contre, une proportion très faible (0,51%) des chefs de ménages ayant une assurance privée avait atteint le niveau d'enseignement supérieur.

Il est ainsi observé une situation opposée en ce qui concerne le niveau d'éducation. La proportion des chefs de ménages ayant une assurance publique augmente à mesure que le niveau d'éducation augmente. Par contre, ceux ayant une assurance privée ont majoritairement le niveau secondaire (84,36%).

Le Tableau 1 présente les caractéristiques des dépenses des ménages par type d'assurance. La dépense mensuelle moyenne des ménages ayant une assurance publique était estimée à 319 824 FCFA, comparée au 247 127 FCFA de ceux ayant une assurance privée. Les paiements directs mensuels moyen en soins de santé étaient évalués respectivement à 31 657 FCFA et 24 042 FCFA pour les ménages ayant une assurance publique et privée.

Comportement de recours et d'utilisation de soins de santé

Le **tableau 1** illustre le comportement de recherche et d'utilisation de soins de santé, selon le type d'assurance. Les résultats montrent qu'une proportion élevée des ménages assurés faisaient recours aux centres de santé, en cas de maladie (respectivement 66,10% et 64,07% parmi les ménages ayant une assurance publique et privée). Ceux ayant optés pour l'automédication et/ou les guérisseurs traditionnels étaient évalués respectivement à 33,90% et 35,93 parmi les ménages ayant une assurance publique et privée.

Les principales raisons justifiant le non recours aux centres de santé en cas de maladie parmi les ménages ayant une assurance publique étaient les paiements directs de soins de santé (49,19%), le temps d'attente (36,80%), et la distance (36,76%). Parmi ceux ayant l'assurance privée, les principales raisons évoquées sont : la distance (48,51%), les paiements directs (42,57%), et la qualité des services de santé (23,27%).

L'obstacle majeur pour le recours aux soins de santé parmi les ménages ayant une assurance publique était les paiements directs, alors que parmi ceux ayant l'assurance privée, il s'agissait plutôt de la distance. Le temps d'attente ne représentait pas une raison majeure pour le non recours des ménages ayant une assurance privée.

Tableau 1 : Caractéristiques des ménages et de recours aux soins de santé selon le type d'assurance

Variables	Assurance Publique (AP)	Assurance privée (APR)
<i>Les caractéristiques du ménage</i>		
<i>La taille du ménage (%)</i>		
1 –	107 (18.14)	92 (15.59)
2-	260 (44.07)	293 (49.66)
4 -	138 (23.39)	108 (18.31)
6 et plus	85 (14.41)	97 (16.64)
<i>Âge du chef du ménage (%)</i>		

15 – 49	518 (88.10)	515 (87.44)
50 - 59	62 (10.54)	62 (10.54)
60 et plus	8 (1.36)	12 (2.04)
<i>Niveau d'éducation du chef du ménage (%)</i>		
Sans éducation	2 (0.34)	1 (0.17)
Préscolaire	2 (0.34)	6 (1.02)
Primaire	17 (2.89)	82 (13.95)
Collège	48 (8.15)	257 (43.71)
Lycée	161 (27.33)	239 (40.65)
Niveau supérieur (université)	358 (60.78)	3 (0.51)
<i>Genre du chef de ménage (%)</i>		
Féminin	167 (28.13)	187 (32.02)
Masculin	419 (71.87)	397 (67.98)
<i>Les dépenses du ménage</i>		
Dépenses totales mensuelles moyennes des ménages (FCFA)	319824.9	247127
Payements directs (OOPP) moyens	31657.05	24042.4
Dépenses totales de consommation alimentaire moyennes	110748.4	85078.47
<i>Comportement de recours aux soins de santé</i>		
<i>Ménage avec maladie chronique (%)</i>		
Oui	249 (42.20)	205 (34.75)
Non	341 (57.80)	385 (65.25)
<i>Recours aux soins en cas de maladie (%)</i>		
Oui	390 (66.10)	378 (64.07)
Non	200 (33.90)	212 (35.93)
<i>Raisons de non recours aux soins (%)</i>		
Distance	68 (36.76)	98 (48.51)
Temps d'attente	68 (36.80)	27 (13.37)
Pauvre qualité des services rendus	48 (25.95)	47 (23.27)

Les paiements directs des dépenses de santé	91 (49.19)	86 (42.57)
---	------------	------------

Choix du prestataire de soins de santé

Le tableau 2 présente les caractéristiques des ménages assurés selon le choix du prestataire des soins de santé.

Les résultats montrent que parmi ceux ayant recours aux centres de santé, le choix du prestataire varie selon le type d'assurance. Les ménages ayant une assurance privée ont une préférence pour les centres de santé privés, alors que ceux ayant une assurance publique ont une préférence pour les centres de santé publics.

En effet, plus de 50% des ménages ayant une assurance privée faisaient recours aux centres de santé privés, comparé au 25,32% parmi ceux ayant une assurance publique.

En ce qui concerne les raisons du choix du prestataire, quel que soit le type d'assurance, la qualité du service (disponibilité des médicaments, des tests de diagnostics et de laboratoire, du personnel et particulièrement la présence d'un médecin) et la distance pour avoir accès aux centres de santé étaient les principales raisons justifiant le choix du prestataire.

Parmi les ménages avec assurance publique ayant fait recours aux dispensaires publics, 70,83% l'avaient justifié par leurs proximités (distance). La principale raison justifiant le recours aux hôpitaux de référence était la qualité du service (respectivement 40,23% et 36,84% parmi les ménages ayant une assurance publique et privée.

Table 2 : Justificatifs du choix du centre de santé par type d'assurance

Variables	AP (%)	APR (%)
Centre de santé public (hôpitaux de référence (HR))	N=87 (22,48)	N=76 (20,43)
Distance	13.79	23.68
Bon conseil fourni par le personnel de santé	6.90	6.58
Bonne attitude du personnel de santé	3.45	6.58
Temps d'attente	1.15	3.95

Bonne qualité du service	40.23	36.84
Moins chères	14.94	14.47
Centre de santé public (hôpitaux de districts (HD))	N=130 (33,59)	N=52 (13,98%)
Distance	48.46	67.31
Bon conseil fourni par le personnel de santé	0.00	1.89
Bonne attitude du personnel de santé	0.08	3.77
Temps d'attente	4.62	5.66
Bonne qualité du service	15.38	15.09
Moins chères	1.54	1.89
Centre de santé public (dispensaires (D))	N=72 (18,60)	N=49 (13,17%)
Distance	70.83	61.22
Bon conseil fourni par le personnel de santé	4.17	10.20
Bonne attitude du personnel de santé	8.33	0.00
Temps d'attente	15.28	8.16
Bonne qualité du service	16.67	20.41
Moins chères	2.82	8.16
Centre de santé privé (CSP)	N=98 (25,32)	N=195 (52,42)
Distance	31.63	30.26
Bon conseil fourni par le personnel de santé	7.14	10.31
Bonne attitude du personnel de santé	5.10	2.58
Temps d'attente	22.45	13.92
Bonne qualité du service	28.57	20.10
Moins chères	6.12	8.25

Déterminants du comportement de recours aux soins de santé et le choix des hôpitaux

Les résultats du modèle logit à deux niveaux sont présentés dans les tableaux 3 et 4. Les résultats sont divisés en deux niveaux, avec le premier niveau reflétant le comportement de recours aux soins et le second niveau reflétant le choix du centre de santé.

Tout d'abord, nous avons examiné les Facteurs d'Inflation de la Variance (FIV) pour analyser l'existence de multi-colinéarité. La plus grande valeur du FIV est de 8,74 et la moyenne des FIV est d'environ 1,98, ce qui suggère qu'il n'y a pas une multi-colinéarité élevée. Le problème de colinéarité nous a conduit à estimer deux modèles avec des combinaisons différentes de variables explicatives.

Le Tableau 3 présente les déterminants du comportement de recours aux soins de santé. Ces résultats montrent que le genre, l'âge, et le statut d'emploi du chef de ménage n'exercent aucun effet significatif sur le comportement de recours aux soins de santé. Toutefois, ces résultats montrent que la taille du ménage impact positivement la probabilité de recours aux soins de santé. L'accroissement de la taille du ménage augmente significativement la probabilité de recours aux soins de santé, parmi les ménages assurés.

En outre, le niveau d'éducation du chef de ménage affecte significativement la probabilité de recours aux soins de santé. La probabilité de recours aux soins de santé augmente avec le niveau d'éducation du chef de ménage. Par ailleurs, et sans aucune surprise, la présence d'un membre du ménage avec une maladie chronique et la part des dépenses allouées à l'alimentation exercent un effet significatif sur la décision de recours aux soins de santé.

La part des dépenses consacrée à l'alimentation a une relation négative et significative avec la décision de recours aux soins. La présence d'un membre du ménage avec une maladie chronique augmente la probabilité de recours aux soins de santé. La distance entre la résidence du ménage et les centres de santé est également identifiée comme étant l'un des principaux facteurs affectant la décision de recours aux soins de santé.

Tableau 3 : Déterminants de l'utilisation des soins de santé

Variables	Model 1		Model 2	
	Coefficient	z-stat	Coefficient	z-stat
Taille du ménage	0.29	(3.28)*	0.34	(4.06)*
Niveau d'éducation du chef de ménage	0.25	(1.83)**	0.17	(1.65)***
Sexe du chef de ménage (féminin)	0.21	1.26		
Age du chef de ménage	0.16	0.71		
Statut d'emploi du chef de ménage			-0.24	-1.25

Distance d'accès au centre de santé	0.36	1.88** *		
Ménage avec une maladie chronique			0.853	(5.04)*
Qualité des soins			-0.15	-0.90
La part des dépenses du ménage allouée aux dépenses alimentaires			-2.71	(-5.53)*

Note : (***) (**) (*) significatif à 1%, 5%, et 10%

Les résultats du Tableau 4 sont probablement plus intéressants en matière d'implication de politiques étant donné qu'ils déterminent le choix du centre de santé conditionnel à la recherche de traitement et au type d'assurance.

Comme résultats majeurs, le Tableau 4 montre que les ménages ayant une assurance privée font plus recours aux centres de santé privés et aux hôpitaux de référence comparé à ceux ayant une assurance publique. La probabilité de faire recours aux centres de santé privés et aux hôpitaux de référence est d'autant plus élevée quand on a une assurance privée.

Un autre résultat important concerne les personnes âgées. Les résultats montrent que la probabilité de recours aux hôpitaux de références diminue au fur et à mesure que l'âge augmente. Bien que les coefficients associés aux autres types de centres de santé ne soient pas statistiquement significatifs, leurs signes suggèrent qu'une augmentation de l'âge conduirait à une baisse de la fréquentation des centres de santé.

Un autre résultat intéressant concerne la relation entre le choix du centre de santé et la part des dépenses allouée à l'alimentation. Les résultats montrent que toute augmentation de la part des dépenses consacrée à l'alimentation réduirait le recours aux centres de santé. Les résultats montrent en outre une relation positive et significative entre la distance et le recours aux centres de santé privés et aux hôpitaux de références.

Tableau 4 : Déterminants du choix de centre de santé

Variables	Model 1				Model 2		
	CSP	HR	HD	D	CSP	HR	D
Ayant un membre de famille avec une maladie chronique	(0.87)*	(0.82)*	(0.66)**	(0.95)*			
Type d'assurance	-0.12	0.095	0.27	0.16	(0.48)**	(0.26)**	0.16
La part des dépenses du ménage allouée aux dépenses alimentaires	(-2.59)*	(-2.53)*	(-2.72)*	(-2.58)*			
Qualité des soins	-0.20	-0.22	0.004	-0.12			
Distance d'accès au centre de santé					(0.31)**	(0.55)**	-0.11
Sexe du chef de ménage					0.032	0.04	0.01
Niveau d'éducation du chef de ménage					-0.07	(-1.45)***	-0.09
Age du chef de ménage					-0.07	(-0.14)***	-0.09

Note : (***) (**) (*) significatif à 1%, 5%, et 10%

Incidence et intensité des DSC par type d'assurance-maladie

Le tableau 5 présente l'incidence (effectif) et l'intensité (dépassement) des DSC parmi les ménages assurés.

Les résultats montrent que la proportion des ménages ayant réalisés des DSC ne varie pas significativement selon le type d'assurance.

Parmi les ménages ayant une assurance publique, la proportion des ménages ayant réalisés des DSC varie de 62,36% à 4,16% à mesure que le seuil varie de 5% à 40%. En ce qui concerne les assurés privés, la proportion des ménages ayant réalisés des DSC varie de 61,15% à 3,84% à mesure que le seuil varie de 5% à 40%.

La moyenne positive du dépassement (MPO) montre que les ménages assurés publics qui ont réalisé une DSC au seuil de 25%, dépensent en moyenne 42,47% (25% + 17,47%) de leurs dépenses totales mensuelles non alimentaires en soins de santé comparé à 39,64% (25% + 14,64%) pour les ménages ayant une assurance privée.

Pour les ménages ayant réalisé une DSC à 40%, les ménages assurés publics ont dépassé le seuil de 24,94% comparativement à 25,15% pour les ménages assurés privés. Avec une différence non significative en termes de paiement direct, il est important de faire ressortir les facteurs susceptibles d'expliquer la divergence constatée au niveau du choix de l'hôpital. Le choix de l'hôpital serait-elle synonyme de qualité de soins de santé ?

Tableau 5 : Incidence et intensité des paiements catastrophiques en utilisant les dépenses non alimentaires

	Utilisateurs de l'assurance maladie publique					
Seuil, z (%)	5	10	15	25	30	40
Effectif (%)	62.36 (0.485)	40.70 (0.492)	24.95 (0.433)	11.82 (0.323)	7.66 (0.267)	4.16 (0.20)
Dépassement (Overshoot) (%)	8.13 (0.139)	5.56 (0.127)	3.94 (0.114)	2.06 (0.09)	1.61 (0.08)	1.04 (0.06)
Moyenne Positive de dépassement (%)	13.03 (0.157)	13.67 (0.169)	15.79 (0.183)	17.47 (0.209)	21.04 (0.216)	24.94 (0.208)
	Utilisateurs de l'assurance maladie privée					
Effectif (%)	61.15 (0.488)	42.45 (0.495)	29.30 (0.459)	15.11 (0.358)	10.31 (0.304)	3.84 (0.192)
Dépassement (Overshoot) (%)	8.70 (0.141)	6.14 (0.127)	4.34 (0.114)	2.21 (0.09)	1.61 (0.079)	0.96 (0.063)
Moyenne Positive de dépassement (%)	14.24 (0.156)	14.46 (0.162)	14.49 (0.169)	14.64 (0.187)	15.60 (0.201)	25.14 (0.216)

DISCUSSION

Cette étude examine la manière dont les systèmes nationaux d'assurance maladie publique et privée affectent le choix du prestataire de soins de santé et les dépenses directes de santé de leurs membres.

En ce qui concerne l'utilisation des soins de santé, les résultats montrent, dans un premier temps que la taille du ménage, le niveau

d'éducation du chef de ménage, la présence d'un membre du ménage avec une maladie chronique, et la part des dépenses allouées à l'alimentation impact significativement la décision de recours aux soins de santé.

Les résultats montrent que l'accroissement de la taille du ménage augmente significativement la probabilité de recours aux soins de santé, parmi les ménages assurés. Ces résultats corroborent avec ceux de (Muriithi, 2013) qui a montré qu'au Kenya, la taille du ménage est positivement corrélée aux recours aux soins de santé dans les centres de santé formels, également avec ceux de Bolduc, Lacroix, and Muller (1996) qui ont montré qu'avoir une famille à taille élevée accroît la probabilité de recours aux centres de santé publics et privés comparé à l'automédication au Bénin.

Ces auteurs justifiaient ce résultat par le fait que l'augmentation des membres du ménage ayant un emploi détournerait ces derniers de l'automédication. Une possible explication serait liée au fait que cette étude traite des ménages ayant une assurance santé, au Togo. Ainsi, la rareté des ressources conduirait les ménages de grande taille à faire valoir leurs droits d'assurance. Ce qui aurait pour conséquence d'alléger la charge financière des ménages et d'augmenter l'utilisation des centres de santé formels.

Comme espéré, le niveau d'éducation du chef de ménage impact positivement la demande de soins de santé. Ce résultat confirme l'idée selon laquelle la probabilité de faire recours aux centres de santé modernes et aux professionnels de santé comparé à l'automédication serait plus élevée parmi les individus à niveau d'éducation élevée.

Ces résultats confirment ceux réalisés en Afrique Subsaharienne (ASS) à l'exemple de ceux d'Eme Ichoku and Leibbrandt (2003) au Nigeria, de Muriithi (2013) au Kenya, et de Cissé, Luchini, and Moatti (2004) en Côte d'Ivoire, etc... mais contredisent ceux de Gertler and Van der Gaag (1990) et de Brown, Pagán, and Bastida (2009) qui ont montré que le niveau d'éducation du chef de ménage n'avait aucune relation statistiquement significative

avec le comportement de recours aux soins de santé.

De même, comme espéré, la présence d'un membre du ménage avec une maladie chronique a un coefficient significativement positif. La présence d'un membre du ménage avec une maladie chronique occasionnant des demandes de soins répétées inciterait naturellement les ménages à recourir aux soins médicaux et à des professionnels de santé (Eme Ichoku & Leibbrandt, 2003).

En outre, les résultats montrent que la part des dépenses consacrée à l'alimentation a une relation négative et significative avec la décision de recours aux soins de santé. Ces résultats corroborent avec ceux de Brown et al. (2009) et de Makinen et al. (2000). Il est évident que dans un contexte de rareté de ressources, plus les ménages allouent une part importante des dépenses à l'alimentation moins ils auront de disponibilité financière pour demander les soins médicaux même en présence d'assurance maladie. La part des dépenses allouées à l'alimentation représente une forte contrainte en matière de recours aux soins de santé.

En ce qui concerne le choix du prestataire de soins de santé, les résultats conduisent à des implications de politiques importantes. Le type d'assurance, l'incidence et l'intensité des paiements directs de santé influencent simultanément le choix de l'hôpital. Dans un contexte caractérisé par une différence non significative en termes de paiement direct, il est constaté des décisions divergentes en ce qui concerne le choix de l'hôpital, selon le type d'assurance.

Les résultats montrent que les ménages ayant une assurance privée font plus recours aux centres de santé privés et aux hôpitaux de référence comparé à ceux ayant une assurance publique. La probabilité de recours aux centres de santé privés et aux hôpitaux de références est d'autant plus élevé qu'on a une assurance privée. Plusieurs raisons peuvent être évoquées pour justifier cette divergence de choix de l'hôpital.

En général, les ménages ayant une assurance privée font recours à des hôpitaux spécifiques affiliés au système national

d'assurance privé particulièrement les hôpitaux privés et les hôpitaux de références. Bien que certains centres de santé privés soient affiliés au système national d'assurance publique, il est constaté la réticence des professionnels de santé dans certains établissements privés à accepter les ménages ayant l'assurance publique. Ces centres de santé accordent plus de temps, d'importance et d'attention à ceux ayant une assurance privée. Ces résultats suggèrent qu'il existe dans le contexte togolais une sélection des patients au profit de ceux ayant une assurance privée.

Dans les hôpitaux de références et en général les hôpitaux publics, les ménages ayant l'assurance publique sont confrontés aux longs temps d'attente et à de lourdes formalités administratives avant l'accès aux soins de santé. Il a été également démontré que le personnel de santé consacre moins de temps aux hôpitaux publics au profit des hôpitaux privés (Atake, 2015). A cela s'ajoute dans le secteur public des absences inexpliquées et trop de temps passé au repos (Atake, 2015).

On en déduit donc que le système de santé offre de meilleure qualité de soins aux ménages ayant une assurance privée comparé à ceux ayant une assurance publique. Ces résultats suggèrent un renforcement des capacités, des moyens et de la gouvernance des services en charge du contrôle médical et qualité des soins. Une autre possible raison expliquant la préférence accordée aux ménages ayant une assurance privée réside dans les mécanismes de remboursement des hôpitaux.

Il est constaté un retard dans le remboursement des hôpitaux entraînant le rejet des bons de prises en charge des ménages ayant l'assurance publique par les hôpitaux autres que les hôpitaux de références. Ces résultats suggèrent que des mesures idoines devraient être prises pour que le remboursement des hôpitaux se fasse dans un délai acceptable. Par ailleurs, il est également constaté des conflits entre les prestataires de soins de santé et les institutions en charge de la gestion de l'assurance publique en ce qui concerne les critères de remboursement.

Les actes médicaux et médicaments sont délivrés et remboursés en fonction de 3

critères : la nature de l'affection, le niveau d'efficacité et le rapport bénéfices/risques. Malheureusement, il est constaté des interprétations différentes desdits critères par les parties prenantes. Comme implications de politiques, il est important que les décideurs renforcent la sensibilisation en ce qui concerne les règles de prise en charge et les critères de remboursement des actes médicaux et des médicaments.

Un autre résultat important concerne les personnes âgées. Les résultats montrent que la probabilité de recours aux hôpitaux de références diminue à mesure que l'âge augmente. Quel que soit le type d'assurance, les personnes âgées font de moins en moins recours aux hôpitaux particulièrement les hôpitaux de références qui traitent en principe les maladies chroniques, les cas sévères, les urgences, les services de réanimations, de permanence des soins, de chirurgie dont sont victimes particulièrement les personnes âgées.

Dans un contexte où les ménages ayant une assurance publique dépense en moyenne 51,04% de leurs dépenses totales mensuelles nettes des dépenses alimentaires en soins de santé (au seuil de 30%), les personnes âgées en majorité des retraités seraient incitées à éviter le recours aux centres de santé modernes comme l'indique les résultats du Tableau 4. Il en est de même au Nigeria où Odaman et Ibiezugbe (2014) ont montré que les personnes âgées fréquentaient les guérisseurs traditionnels, faisaient de l'automédication, ou visitaient directement les pharmacies sans prescription d'un personnel de santé en cas de maladie.

Ces résultats suggèrent aux décideurs de proposer urgemment une politique d'assurance maladie spécifique aux personnes âgées. Pour limiter le non recours aux hôpitaux et l'appauvrissement des personnes âgées, des politiques de services hospitaliers gratuits ou fortement subventionnés devraient être envisagés.

Enfin, les résultats traduisent une relation positive et significative entre la distance et le recours aux centres de santé privés et de références. Ces résultats indiquent que la distance pour accéder aux centres de santé est un obstacle majeur à l'accès et l'utilisation des

soins médicaux. Ceci est conforme aux résultats de Musoke et al. (2014) et de Prosser (2004) qui ont montré que la distance pour accéder aux centres de santé était l'un des défis majeurs respectivement en Ouganda et au Kenya.

Cette étude présente certaines limites. Compte tenu du fait que cette étude s'est focalisée sur les ménages assurés dans une seule région sanitaire, la généralisation des résultats peut être limitée. En outre, l'absence des informations sur le type de compagnies d'assurance privées et d'autres facteurs spécifiques aux différents fournisseurs tels que la qualité des soins sont aussi des limites.

Les données sur les dépenses utilisées pour la mesure des différents indicateurs ont été auto-déclarées et n'ont pas été vérifiées à partir d'autres sources. Nous ne pouvons donc pas ignorer l'existence d'erreur de mesure dans l'évaluation des dépenses de santé directes et des dépenses de santé catastrophiques.

CONCLUSION

Cette étude avait pour objectif d'analyser l'effet des programmes d'assurance publique et privée sur le choix du prestataire de soins de santé et la protection financière des ménages assurés au Togo.

Un modèle logit imbriqué et les méthodes de paiements catastrophiques ont été utilisés à cet effet. Selon les résultats, il apparaît que la taille du ménage, le niveau d'éducation du chef de ménage, la distance pour accéder aux centres de santé, la présence d'un membre du ménage avec une maladie chronique, et la part des dépenses allouées à l'alimentation impact significativement la décision de recours aux soins de santé.

Comme résultats majeurs, il ressort que les ménages ayant une assurance privée font plus recours aux centres de santé privés et aux hôpitaux de référence comparé à ceux ayant une assurance publique.

Ces résultats montrent également que les personnes âgées évitent de recourir aux centres de santé privés et aux hôpitaux de références en raison des coûts élevés. Plusieurs

implications politiques se dégagent de cette étude.

(i) Un renforcement des capacités, des moyens et de la gouvernance des services en charge du contrôle médical et qualité des soins est nécessaire,

(ii) Des mesures idoines devraient être prises pour que le remboursement des hôpitaux se fasse dans un délai acceptable,

(iii) Il est important que les décideurs renforcent la sensibilisation en ce qui concerne les règles de prise en charge et les critères de remboursement des actes médicaux et des médicaments,

(iv) Une politique d'assurance maladie spécifique aux personnes âgées est indispensable.

REFERENCES BIBLIOGRAPHIE

- Andersen, R. M. (1995). Revisiting the behavioral model and access to medical care : does it matter? *Journal of health and social behavior*, 1-10.
- Atake, E.-h. (2015). Technical efficiency of public hospitals in Togo : A directional distance function approach. *Economics Bulletin*, 35(3), 1752-1764.
- Banque Mondiale. (2015). *World Development Indicators*.
- Barros, A. J., Bastos, J. L., & Dâmaso, A. H. (2011). Catastrophic spending on health care in Brazil: private health insurance does not seem to be the solution. *Cadernos de saude publica*, 27, s254-s262.
- Bignandi. (2014). La protection sociale en santé au Togo.
- Bolduc, D., Lacroix, G., & Muller, C. (1996). The choice of medical providers in rural Benin : a comparison of discrete choice models. *Journal of health economics*, 15(4), 477-498.
- Brown, H. S., Pagán, J. A., & Bastida, E. (2009). International competition and the demand for health insurance in the US : evidence from the Texas–Mexico border region. *International journal of health care finance and economics*, 9(1), 25-38.
- Cameron, A. C., Trivedi, P. K., Milne, F., & Piggott, J. (1988). A microeconomic model of the demand for health care and health insurance in Australia. *The review of economic studies*, 55(1), 85-106.
- Cavagnero, E., Carrin, G., Xu, K., & Aguilar-Rivera, A. M. (2006). Health financing in Argentina : an empirical study of health care expenditure and utilization. Argentina : Ministry of Health of Mexico.
- Chomi, E. N., Mujinja, P. G., Enemark, U., Hansen, K., & Kiwara, A. D. (2014). Risk distribution across multiple health insurance funds in rural Tanzania. *Pan African Medical Journal*, 18(1).
- Cissé, B., Luchini, S., & Moatti, J.-P. (2004). Recouvrement des coûts et demande de soins dans les PED. *Revue française d'économie*, 18(4), 111-149.
- Département de santé publique. (2015). Enquête de satisfaction des bénéficiaires de l'INAM. Lomé : Faculté des Sciences de la Santé (Université de Lomé).
- Ekman, B. (2007). Catastrophic health payments and health insurance: Some counterintuitive evidence from one low-income country. *Health policy*, 83(2), 304-313.
- Eme Ichoku, H., & Leibbrandt, M. (2003). Demand for healthcare services in Nigeria : A multivariate nested logit model. *African Development Review*, 15(2- 3), 396-424.
- Gertler, P., Locay, L., & Sanderson, W. (1987). Are user fees regressive?: The welfare implications of health care financing proposals in Peru. *Journal of econometrics*, 36(1-2), 67-88.
- Gertler, P., & Van der Gaag, J. (1990). The willingness to pay for medical care : evidence from two developing countries.
- Gotsadze, G., Zoidze, A., & Rukhadze, N. (2009). Household catastrophic health expenditure: evidence from Georgia and its policy implications. *BMC health services research*, 9(1), 69.
- Hidayat, B., Thabrany, H., Dong, H., & Sauerborn, R. (2004). The effects of mandatory health insurance on equity in access to outpatient care in Indonesia. *Health policy and planning*, 19(5), 322-335.
- IMF. (2014). *World Economic Outlook (WEO) database*.

- Kamgnia, B. (2006). Use of Health Care Services in Cameroon. *International Journal of Applied Econometrics and Quantitative Studies*, 3, 2.
- Knaul, F. M., Wong, R., Arreola-Ornelas, H., Méndez, O., Bitran, R., Campino, A. C., . . . Rathe, M. (2011). Household catastrophic health expenditures: a comparative analysis of twelve Latin American and Caribbean Countries. *salud pública de méxico*, 53, s85-s95.
- Lwanga, S. K., Lemeshow, S., & WHO. (1991). Sample size determination in health studies: a practical manual.
- Makinen, M., Waters, H., Rauch, M., Almagambetova, N., Bitrán, R., Gilson, L., . . . Ubilla, G. (2000). Inequalities in health care use and expenditures: empirical data from eight developing countries and countries in transition. *Bulletin of the World Health Organization*, 78(1), 55-65.
- McIntyre, D., Thiede, M., Dahlgren, G., & Whitehead, M. (2006). What are the economic consequences for households of illness and of paying for health care in low-and middle-income country contexts? *Social Science & Medicine*, 62(4), 858-865.
- Ministère de la Santé. (2013). Principaux indicateurs de santé. Lomé : Ministère de la Santé.
- Ministère de la Santé. (2014). Principaux indicateurs de Santé.
- Muriithi, M. K. (2013). The determinants of health-seeking behavior in a Nairobi slum, Kenya. *European Scientific Journal*, ESJ, 9(8).
- O'Donnell, O., van Doorslaer, E., Rannan-Eliya, R., Somanathan, A., Garg, C. C., Hanvoravongchai, P., . . . Tin, K. (2005). Explaining the incidence of catastrophic expenditures on health care : Comparative evidence from Asia. *EQUITAP* (5).
- O'donnell, O., Van Doorslaer, E., Wagstaff, A., & Lindelow, M. (2008). Analyzing health equity using household survey data. Washington, DC : World Bank.
- OMS. (2005). World Health Assembly concludes: adopts key resolutions affecting global public health.
- OMS. (2014a). 500+ Organizations Launch Global Coalition to Accelerate Access to Universal Health Coverage.
- OMS. (2014b). Qu'est-ce que la couverture universelle en matière de santé ? .
- OMS, & Banque Mondiale. (2015). New report shows that 400 million do not have access to essential health services.
- Sahn, D. E., Younger, S. D., & Genicot, G. (2003). The demand for health care services in rural Tanzania. *Oxford Bulletin of Economics and Statistics*, 65(2), 241-260.
- Sun, X., Jackson, S., Carmichael, G., & Sleight, A. C. (2009). Catastrophic medical payment and financial protection in rural China : evidence from the New Cooperative Medical Scheme in Shandong Province. *Health economics*, 18(1), 103.
- Wagstaff, A., & Doorslaer, E. v. (2003). Catastrophe and impoverishment in paying for health care : with applications to Vietnam 1993–1998. *Health economics*, 12(11), 921-933.
- Xu, K., Evans, D. B., Carrin, G., Aguilar-Rivera, A. M., Musgrove, P., & Evans, T. (2007). Protecting households from catastrophic health spending. *Health affairs*, 26(4), 972-983.
- Xu, K., Jeong, H.-S., Saksena, P., Shin, J.-W., Mathauer, I., & Evans, D. (2010). Financial risk protection of national health insurance in the Republic of Korea: 1995–2007. *World health report*.