

8^{ème} CONFERENCE AFRICAINE SUR LA POPULATION

ENTEBBE, OUGANDA

18-22 NOVEMBRE 2019

La non couverture par l'assurance maladie de la population togolaise : essai d'explication

KONDO TOKPOVI Vénunyé Claude

Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques et
Démographiques (INSEED)

Résumé

Malgré les efforts déployés par l'Etat togolais, seulement 5,8% de la population togolaise bénéficie d'une couverture du risque maladie. De ce fait, 2,33% des togolais s'appauvrissent et 0,38% sont exposés aux dépenses catastrophiques pour des raisons de santé (EDST III, 2013-2014). Le profilage issu de l'analyse descriptive multivariée montre que les personnes non assurées sont des personnes défavorisées en termes de moyens financiers, de niveau d'instruction et de milieu de résidence alors que les personnes assurées en sont favorisées. Au niveau explicatif, la part d'explication attribuable aux caractéristiques individuelles est de 52% alors qu'elle est de 48% pour les caractéristiques contextuelles. Les effets aléatoires des milieux de résidence expliquent aussi les inégalités en matière d'assurance maladie au Togo. La hiérarchisation de tous les facteurs fait dégager deux facteurs importants contribuant plus à l'explication de la non-couverture du risque maladie : le niveau d'instruction et le statut d'occupation.

INTRODUCTION

Problème :

L'assurance maladie constitue une entente formelle aux termes de laquelle les assurés (les bénéficiaires) sont protégés des coûts liés à des prestations médicales qui sont couvertes par le régime d'assurance maladie (les prestations) (Wang et al., 2010). Elle est donc conçue pour alléger la charge financière générée par une altération de la santé, qu'elle soit causée par une maladie ou un accident.

Cependant, chaque année, environ 44 millions de ménages dans le monde, soit plus de 150 millions de personnes, doivent faire face à des dépenses catastrophiques et quelques 20 millions de ménages ou plus de 100 millions de personnes tombent dans la pauvreté à cause du coût des services de santé (K. Xu et al, 2005). Dans certains pays, chaque année jusqu'à 11% de la population est victime de ce type de difficultés financières et jusqu'à 5% est acculée à la pauvreté car les personnes doivent payer pour des soins au moment où elles les reçoivent (Rapport sur la santé dans le monde, 2010).

En payant directement de leurs poches, sans possibilité de remboursement par une tierce partie, ils sont exposés au risque d'appauvrissement quand on sait que le coût des actes du secteur privé est plus élevé que ne le permet la capacité contributive des patients (Dussault, 2006). Le rapport « The decent work agenda in Africa : 2007-2015 » de l'Organisation Internationale du Travail (OIT) indique que près de 90% de la population d'Afrique subsaharienne ne bénéficie d'aucune assurance contre les risques de maladie et d'accident.

On observe une baisse de la part des dépenses directes de santé (de 51% à 41% entre 2008 et 2012) à travers le paiement direct des ménages togolais d'une part et les efforts de développement sanitaire accompagnés d'une hausse de la part des dépenses de santé (de 22,4% à 33,3% entre 2008 et 2012) par l'État togolais dans le but d'améliorer l'accès aux soins de santé d'autre part. Quoiqu'il ait eu une baisse des dépenses de santé directes par les ménages, on remarque que ces dépenses demeurent toujours plus élevées que 15%, le seuil maximal prévu par la CSU¹.

Bien évidemment, les togolais paient directement les services de santé parce qu'ils ne disposent pas d'une couverture du risque maladie. Selon le rapport de l'EDST-III (2013-2014) c'est seulement une minorité de la population (soit 5,5%) qui bénéficie des dispositifs de protection contre le risque financier en cas de maladies. En effet, les conséquences sont bien visibles : 2,33% des ménages s'appauvrissent par des paiements directs des soins et 0,38% sont exposés aux dépenses catastrophiques de santé. Or d'après la vision vers la CSU aucun ménage ne doit s'appauvrir pour des raisons de santé ou être exposé aux dépenses catastrophiques. La non-couverture du risque maladie au Togo pose alors un problème sérieux d'accès aux soins de santé et donc d'exposition au risque d'appauvrissement à la suite des dépenses catastrophiques de santé. De ce fait, la présente étude se propose de répondre à la question suivante : *quels sont les facteurs explicatifs de la non-couverture des populations par l'assurance maladie au Togo?*

¹ Couverture Sanitaire Universelle : La couverture universelle repose sur la Constitution de l'OMS de 1948, qui proclame que la santé est l'un des droits fondamentaux de tout être humain, et sur la notion de santé pour tous définie dans la Déclaration d'Alma-Ata de 1978.

Objectifs :

Vis-à-vis du problème posé par la non couverture du risque maladie, la présente étude s'est donné comme objectifs de mesurer et de décrire l'ampleur la non-couverture par l'assurance maladie selon les différentes caractéristiques socioculturelles et économiques au Togo ; de dégager le profil des individus selon qu'ils soient couverts ou non par l'assurance maladie au Togo, d'identifier et d'hierarchiser les facteurs explicatifs de la non couverture par l'assurance maladie au Togo.

1. REVUE DE LA LITTERATURE

Une approche multidisciplinaire est nécessaire pour concevoir notre cadre d'analyse qui ne tient pas seulement compte des aspects techniques et financiers, mais aussi des dimensions sociales et associatives, ainsi que de l'insertion des systèmes dans l'organisation des systèmes de santé et dans un environnement social, culturel, économique et institutionnel (Maria-Pia Waelkens et Bart Criel, Mars 2004).

1.1. Approche économique

Cette approche met en exergue les relations existantes entre la couverture par l'assurance maladie et les conditions économiques d'une personne qui prend la décision de se prémunir contre le risque financier en cas de maladie. Vis-à-vis du bien que constitue l'assurance maladie, le consommateur adopte des comportements rationnels liés à ses contraintes économiques.

La théorie du consommateur suppose que si les consommateurs sont parfaitement informés, ils maximisent leurs utilités en fonction de la consommation de divers biens, compte tenu des prix relatifs de ceux-ci, de leurs revenus et de leurs préférences. Nombre d'auteurs ont développé des théories du consommateur à se procurer d'une assurance maladie.

- ✚ *Selon la théorie de l'utilité espérée (UE), la demande d'assurance est un choix entre une perte incertaine qui se produit avec une probabilité quand on n'est pas assuré et une certaine perte comme payer une prime d'assurance (Manning et Marquis, 1996).*
- ✚ *Théorie de l'utilité dépendante de l'État suggère que le niveau de l'utilité des consommateurs et les goûts sont influencés par leurs états de santé ou leurs statuts socioéconomiques.*
- ✚ *La théorie de la perspective remet en question les hypothèses émises par la théorie de l'UE, et affirme que le choix porte sur les perspectives de gains ou des pertes, et pas le niveau d'incertitude (Kahneman et Tversky, 2013).*
- ✚ *La théorie prospective cumulative combine la théorie de l'utilité et de la perspective : les gens attribuent des poids différents à la probabilité qu'un événement se produise (Kahneman et al., 1991).*
- ✚ *Les théories du regret et de la déception reposent sur l'hypothèse que les gens ont une aversion aux pertes et des préférences conservatrices.*

1.2. Approche culturelle

Cette approche repose sur un ensemble de travaux issus de la littérature socio anthropologique. Selon elle, les blocages culturels du développement de l'assurance maladie sont également liés aux croyances des populations qui sont en réalité un mélange d'expériences vécues et liées aux carences du système sanitaire moderne tel qu'il fonctionne actuellement. La prise en compte de cette dimension sociale est très importante dans le milieu d'étude (Kagambega, 2011). L'approche des représentations sociales a occupé une large place dans le domaine de la maladie. La notion de représentation sociale remonte à Emile Durkheim (1898) et désigne une forme de connaissance spécifique : le savoir de sens commun. Plus largement, elle est une forme de pensée sociale. « Les représentations sociales sont des modalités de pensée pratique orientées vers la communication, la compréhension et la maîtrise de l'environnement social, matériel et idéal ».

Les normes culturelles peuvent alors fortement influencer l'efficacité de la mise en œuvre d'un programme d'assurance. Par exemple, certaines personnes minimisent les risques pour leur santé tandis que d'autres s'en inquiètent particulièrement. Dans certaines sociétés, les croyances selon lesquelles le fait de prévoir l'éventualité d'une situation négative, comme la maladie, peut porter malheur, sont fortement enracinées. L'opinion publique sur le fait que l'équité sociale ou économique doit être un objectif national important, ou que les soins apportés aux pauvres et aux malades doivent être à la charge de l'ensemble de la population varie énormément selon les cultures. Ces opinions fortement ancrées dans la structure sociale définissent les limites de ce qu'il est culturellement possible de faire dans le cadre d'un programme national d'assurance maladie (Wang et al., 2010).

1.3. Approche basée sur l'offre des soins de santé

Cette approche est essentiellement biomédicale et elle tente d'expliquer la non couverture par l'assurance maladie par une offre de services de santé insuffisante. D'après les indices rassemblés par le Fonds de la CMU-C (Couverture Maladie Universelle Complémentaire) en 2003-2004, le non-recours à la CMU-C reçoit des explications diverses ayant trait à la fois aux comportements des bénéficiaires, à la construction des droits, et aux pratiques des professionnels de santé et de l'Assurance maladie (Revil, 2014).

La diffusion de l'information et la sensibilisation jouent un rôle crucial pour le succès d'un système d'assurance maladie/de prépaiement. Si cela est vrai quels que soient les systèmes ou les prestations, cela l'est plus encore lorsque les prestations concernent les services de santé prioritaires, l'un des objectifs étant justement d'accroître l'utilisation de ces derniers. Les bénéficiaires doivent bien comprendre quels sont les services couverts par le système d'assurance maladie/de prépaiement, où ils peuvent avoir accès à ces services et les frais qu'ils devront avancer pour y accéder (en cas de participation aux frais).

La disponibilité du service et la capacité des prestataires ont une influence sur le système d'assurance maladie à deux niveaux :

- ✚ La présence de professionnels de la santé et de centres de santé à proximité des populations cibles et leur capacité à offrir des services de qualité couverts par l'assurance (ont-ils les compétences et le matériel nécessaires ?)
- ✚ La volonté des prestataires de participer au programme d'assurance (Wang et al., 2010).

1.4. Les modèles explicatifs

Lorsque l'on étudie les systèmes de protection sociale, leur mode de fonctionnement et de financement, on constate qu'ils sont structurés autour de deux archétypes : le modèle bismarckien (fondé sur la conception du chancelier Bismarck), le modèle beveridgien (reposant sur les idées de l'économiste Beveridge).

Le modèle français, initié par le juriste Pierre Laroque en 1945, est « un modèle hybride », intermédiaire entre les modèles bismarckien et beveridgien. Comme le modèle anglais, il adopte le principe de l'universalité de la couverture sociale, mais son mode de financement et d'organisation relève plutôt du modèle allemand (OKOLOUMA, 2008).

Ces modèles sont assez simples et permettent d'expliquer la non-couverture par l'assurance maladie à travers quelques facteurs, étant donné que d'autres facteurs (contextuels et démographiques) quoiqu'impliqués n'y sont pas clairement définis (Batifoulier et Touzé, 2000).

1.5. Hypothèses

D'après une brève exploration des théories et travaux réalisés de certains auteurs sur l'assurance maladie, nous pouvons nous attendre aux résultats suivants :

a. Les caractéristiques individuelles influencent la non couverture du risque maladie

✚ *Les caractéristiques sociodémographiques* (l'âge, le sexe, la taille du ménage, le statut matrimonial) de l'individu influencent sa non couverture par l'assurance maladie.

✚ *Les caractéristiques socioéconomiques* (le niveau de vie de son ménage, le statut d'occupation, la rémunération salariale, l'état de santé) influencent sa non couverture par l'assurance maladie.

a. *Les caractéristiques culturelles* (l'ethnie, la religion, le niveau d'instruction) constituent des facteurs importants qui influencent la non couverture par l'assurance maladie d'un individu

b. Les caractéristiques communautaires influencent la non couverture du risque maladie

✚ *L'environnement communautaire* (le milieu de résidence, la région de résidence, la proportion des ménages pauvres et la proportion des personnes instruites dans la communauté) de l'individu influence sa non couverture par l'assurance maladie

✚ *Les facteurs institutionnels* (la qualité des soins de santé, distance géographique entre les ménages et les centres de santé, l'information sur l'assurance maladie et ses avantages, la nature des paniers de soins couverts) de l'individu influencent sa non couverture par l'assurance maladie

c. **La non couverture du risque maladie chez les individus est fortement plus influencée par les facteurs communautaires que par les facteurs individuels.**

2. METHODOLOGIE

2.1. Source de données

Les données utilisées dans le cadre de notre étude proviennent de la troisième Enquête Démographique et de Santé au TOGO (réalisée en 2013-2014 par l'Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques et Démographiques avec l'appui technique de macro ICF international). Deux questionnaires dont un questionnaire femme et un questionnaire homme ont été conçus pour assurer la collecte des données.

Selon l'EDST-III, le nombre attendu de femmes de 15-49 enquêtées avec succès est d'environ 9 955, dont 3 940 en milieu urbain et 6 015 en milieu rural. Concernant le nombre attendu d'hommes de 15-59 enquêtés avec succès, il est d'environ 4 690, dont 1 903 en milieu urbain et 2 787 en milieu rural. Notre étude s'est intéressée aux femmes et aux hommes de 15-49 ans pour des raisons d'analyse.

2.2. Méthode d'analyse descriptive

Une analyse factorielle des correspondances multiples est utilisée pour établir le profilage des personnes selon qu'elles soient couvertes ou non par l'assurance maladie.

2.3. Modélisation et interprétation

Notre modèle multiniveau à élaborer est un modèle à pentes ou à effets aléatoires basé sur la variable milieu de résidence. Dans tous les modèles partiels jusqu'au modèle complet, les pentes aléatoires seront donc incluses.

a) Le modèle vide M0 sans pentes aléatoires

Le modèle M0 sans pentes sera faite pour mettre en exergue l'hétérogénéité observée entre les communautés, en absence des effets variables du milieu de résidence sur la non-couverture par l'assurance maladie. Ce modèle permet de vérifier que l'on a bien un effet groupe en mesurant la part de la variabilité imputable au niveau communautaire. Les termes aléatoires introduits à chaque niveau permettent de fractionner la variance initiale totale entre les 2 niveaux.

Niveau 1 :

$$\blacktriangleright Y_{ij} = \beta_{0j} + e_{ij} \quad \text{avec } e_{ij} \sim N(0, \frac{\pi^2}{9})$$

Niveau 2 :

$$\blacktriangleright \beta_{0j} = \gamma_{00} + u_{0j} \quad \text{avec } u_{0j} \sim N(0, \sigma_{u0}^2)$$

$$Y_{ij} = \gamma_{00} + u_{0j} + e_{ij}$$

b) Le modèle vide M0 avec pentes aléatoires

Ce modèle permet de mettre en évidence la diminution de la variance dans le modèle vide en y introduisant les pentes aléatoires. Ceci traduira le fait que la variabilité des effets du milieu sur les individus explique en partie la non couverture du risque maladie.

Niveau 1 :

$$\text{➤ } Y_{ij} = \beta_{0j} + \beta_{1j} * MU_j + \beta_{2j} * MR_j + e_{ij} \quad \text{avec } e_{ij} \sim N(0, \frac{\pi^2}{9})$$

Niveau 2 :

- $\beta_{0j} = \gamma_{00} + u_{0j}$ avec $u_{0j} \sim N(0, \sigma_{u0}^2)$
- $\beta_{1j} = \gamma_{10} + u_{1j}$ avec $u_{1j} \sim N(0, \sigma_{u1}^2)$
- $\beta_{2j} = \gamma_{20} + u_{2j}$ avec $u_{2j} \sim N(0, \sigma_{u2}^2)$

$$Y_{ij} = \gamma_{00} + u_{0j} + (\gamma_{10} + u_{1j}) * MU_j + (\gamma_{20} + u_{2j}) * MR_j + e_{ij}$$

c) Le modèle M1 avec l'introduction des variables individuelles et du ménage X_{ij}

Niveau 1 :

Il s'agit ici d'introduire les variables individuelles et du ménage de l'individu dans le modèle vide et ensuite dégager les effets de ces variables sur la variabilité intergroupe.

$$\text{➤ } Y_{ij} = \beta_{0j} + \beta_{1j} * MU_j + \beta_{2j} * MR_j + \sum_{a=1}^p \beta_a X_a + e_{ij}$$

Niveau 2 :

- $\beta_{0j} = \gamma_{00} + u_{0j}$
- $\beta_{1j} = \gamma_{10} + u_{1j}$
- $\beta_{2j} = \gamma_{20} + u_{2j}$
- $Y_{ij} = \gamma_{00} + u_{0j} + (\gamma_{10} + u_{1j}) * MU_j + (\gamma_{20} + u_{2j}) * MR_j + \sum_{a=1}^p \beta_a X_a + e_{ij}$

d) Le modèle M2 avec l'introduction des variables communautaires Z_{ij}

Dans le modèle M2, les variables communautaires seront introduites et l'on dégagera leurs effets sur la variabilité sur le non-couverture par l'assurance maladie.

Niveau 1 :

$$\text{➤ } Y_{ij} = \beta_{0j} + \beta_{1j} * MU_j + \beta_{2j} * MR_j + e_{ij}$$

Niveau 2 :

- $\beta_{0j} = \gamma_{00} + \sum_{l=1}^q \gamma_l Z_l + u_{0j}$
- $\beta_{1j} = \gamma_{10} + \sum_{l=1}^q \gamma_l Z_l + u_{1j}$

$$\triangleright \beta_{2j} = \gamma_{20} + \sum_{l=1}^q \gamma_l \mathbf{Z}_l + u_{2j}$$

$$\triangleright Y_{ij} = (\gamma_{00} + \sum_{l=1}^q \gamma_l \mathbf{Z}_l + u_{0j}) + (\gamma_{10} + \sum_{l=1}^q \gamma_l \mathbf{Z}_l + u_{1j}) * MU_j + (\gamma_{20} + \sum_{l=1}^q \gamma_l \mathbf{Z}_l + u_{2j}) * MR_j + e_{ij}$$

e) Le modèle M3 ou le modèle complet avec l'introduction des variables individuelles et du ménage \mathbf{X}_{ij} et des variables communautaires \mathbf{Z}_l

Toutes les variables étant introduites dans le modèle, les déterminants individuels et contextuels de la non-couverture par l'assurance maladie seront identifiés.

Niveau 1 :

$$\triangleright Y_{ij} = \beta_{0j} + \beta_{1j} * MU_j + \beta_{2j} * MR_j + \sum_{a=1}^p \beta_a \mathbf{X}_a + \sum_{l=1}^q \gamma_l \mathbf{Z}_l + e_{ij}$$

Niveau 2 :

$$\triangleright \beta_{0j} = \gamma_{00} + \sum_{l=1}^q \gamma_l \mathbf{Z}_l + u_{0j}$$

$$\triangleright \beta_{1j} = \gamma_{10} + \sum_{l=1}^q \gamma_l \mathbf{Z}_l + u_{1j}$$

$$\triangleright \beta_{2j} = \gamma_{20} + \sum_{l=1}^q \gamma_l \mathbf{Z}_l + u_{2j}$$

$$\triangleright Y_{ij} = (\gamma_{00} + \sum_{l=1}^q \gamma_l \mathbf{Z}_l + u_{0j}) + (\gamma_{10} + \sum_{l=1}^q \gamma_l \mathbf{Z}_l + u_{1j}) * MU_j + (\gamma_{20} + \sum_{l=1}^q \gamma_l \mathbf{Z}_l + u_{2j}) * MR_j + \sum_{l=1}^q \gamma_l \mathbf{Z}_l + e_{ij}$$

Dans tout ce qui suit :

Y_{ij} : désigne la valeur de la variable dépendante de l'individu i du groupe j

P_{ij} : désigne la probabilité pour que Y_{ij} soit égal à 1

X_{ij} : désigne la variable individuelle ou du ménage de l'individu i dans le groupe j

Z_{ij} : désigne la variable communautaire de l'individu i dans le groupe j

γ_{00} : Constante ou grande moyenne

γ_{01} : Effet propre de la variable contextuelle Z

β_{kj} : Effet aléatoire du milieu k sur la non couverture du risque maladie

u_{0j} : Variabilité des moyennes autour de la grande moyenne ou désigne une erreur aléatoire associée à chaque groupe j supposé normalement distribuée, de moyenne nulle et de variance.

Etant donné que nous allons utiliser une régression logistique multiniveau nous aurons alors l'équation suivante :

$$\text{Logit}(P_{ij}) = \log\left(\frac{P_{ij}}{1-P_{ij}}\right) = Y_{ij}$$

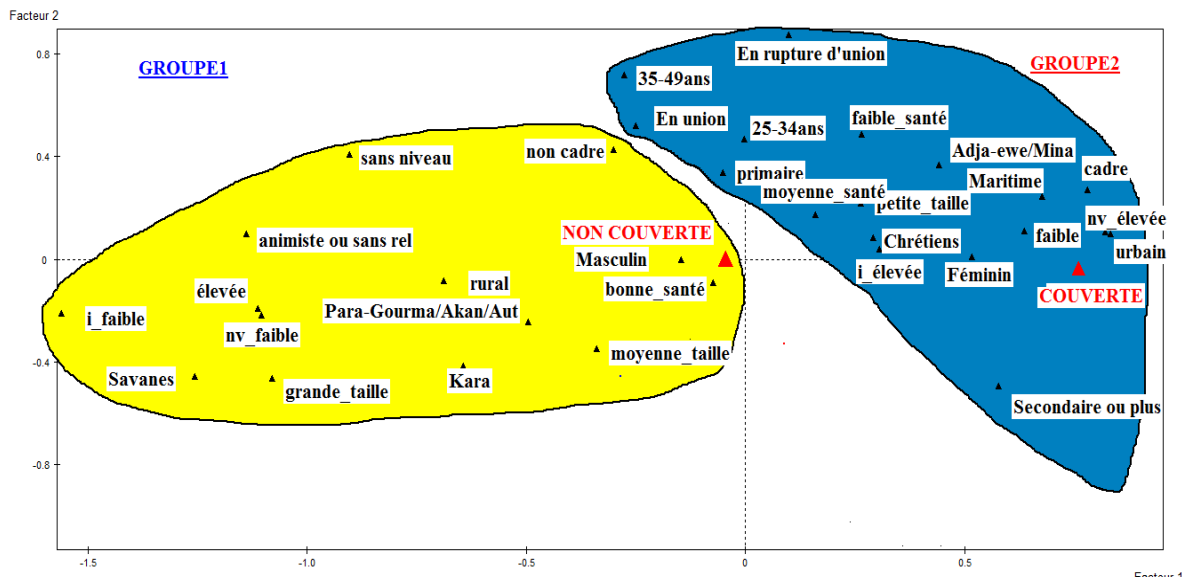
On obtient alors comme équation finale :

$$Y_{ij} = \log\left(\frac{P_{ij}}{1-P_{ij}}\right) = (\gamma_{00} + \sum_{l=1}^q \gamma_l \mathbf{Z}_l + u_{0j}) + (\gamma_{10} + \sum_{l=1}^q \gamma_l \mathbf{Z}_l + u_{1j}) * MU_j + (\gamma_{20} + \sum_{l=1}^q \gamma_l \mathbf{Z}_l + u_{2j}) * MR_j + \sum_{l=1}^q \gamma_l \mathbf{Z}_l + e_{ij}$$

3. ANALYSE DES RESULTATS

3.1. Caractéristiques des groupes selon le graphique ci-dessus

Après l'analyse des correspondances multiples, nous aboutissons au plan factoriel suivant qui dégage deux groupes de personnes selon qu'elles disposent ou non d'une couverture par l'assurance maladie.



Le premier groupe à gauche, est constitué des personnes non couvertes par l'assurance maladie. Ces personnes sont issues des communautés dont la proportion des personnes instruites est faible et des communautés dont la proportion des ménages pauvres est élevée. Elles résident en milieu rural et dans les régions de Kara et des Savanes. Les personnes non couvertes par l'assurance maladie vivent dans les ménages de taille moyenne ou élevée, et dans les ménages de niveau de vie faible ou dans les ménages dont les chefs de ménages sont de hommes. Ces personnes sont aussi de bonne santé et sont sans niveau d'étude. Elles sont de religion animiste ou sont sans religion et sont du groupe ethnique Para-Gourma/Akan/Aut et sont des travailleurs non cadres.

Le deuxième groupe à droite, est constitué des personnes couvertes par l'assurance maladie. Ces personnes sont issues des communautés dont la proportion des personnes est élevée ou des communautés dont la proportion des ménages pauvres est faible. Elles résident en milieu urbain et dans la région Maritime. Les personnes couvertes par l'assurance maladie vivent dans les ménages de taille petite, dans les ménages de niveau de vie élevée ou dont les chefs de ménages sont des femmes. Ces personnes sont aussi de faible ou moyenne santé et de niveau d'étude primaire ou secondaire ou plus. Elles sont de religion chrétienne, du groupe ethnique Adja-ewe/Mina, et sont des travailleurs cadres. Elles sont aussi de groupe d'âge 25-34 ans ou 35-49 ans et sont en union ou en rupture d'union.

3.2. Modèles multiniveaux

3.2.1. Le modèle vide à pentes constantes

Le modèle vide à pentes constantes (Cf. Tableau 3.1) est significatif au seuil de 1% (Wald $\chi^2(0) = 0$ et $P > \chi^2 = 0,000$). Ce modèle présente une partie fixe constituée de la constante et une partie aléatoire constituée aussi de la variance de cette constante appelée encore variance communautaire résiduelle et significativement différente de zéro au seuil de 1 pour 1000. Ce résultat traduit aussi le fait que l'analyse multiniveau est appropriée pour expliquer la non-couverture du risque maladie au Togo. La part de l'hétérogénéité non observée entre les communautés est de 33,87%.

Pour expliquer la non-couverture du risque maladie, il est jugé pertinent dans une telle étude, d'introduire l'effet variable ou aléatoire des milieux de résidence dans le modèle étant donné que les milieux de résidence dans la réalité, n'influencent pas de la même façon la non-couverture des personnes par l'assurance maladie au sein d'une même communauté.

Tableau 3.1: Modèle vide à pentes constantes

MODELE VIDE A PENTES CONSTANTES	
PARAMETRES	COEFFICIENT
<i>Paramètre fixe</i>	
Constante	35,14548***
<i>Paramètres aléatoires</i>	
Variance communautaire	1,685383***
Coefficient de corrélation intra-communautaire (%)	33,87534

* $p < 0,1$, ** $p < 0,05$, *** $p < 0,01$

3.2.2. Modèle vide avec pentes aléatoires

Le modèle vide avec pentes aléatoires (Cf. Tableau 3.2) est significatif au seuil de 1% (Wald $\chi^2(0) = 0$ et $P > \chi^2 = 0,000$). Elle permet d'obtenir la variabilité non observée du phénomène (la non-couverture par l'assurance maladie) entre les communautés en absence des variables explicatives. Cette variabilité non observée est mesurée par la variance communautaire (soit 1,3) et elle est significativement différente de zéro au seuil de 1 pour 1000 selon le test de χ^2 . La part de l'hétérogénéité non observée de cette dernière entre les communautés est donc de 28,44%. Cette hétérogénéité entre les communautés vis-à-vis de la non-couverture par l'assurance maladie est aussi expliquée par la ressemblance des personnes au sein de ces communautés.

L'analyse faite ici intègre les pentes aléatoires des milieux urbains et ruraux qui traduisent l'effet de ces derniers sur la non-couverture du risque maladie des personnes dans les communautés. On observe alors une diminution de la variance communautaire et celle du coefficient de corrélation intra-classe. En effet, la variabilité de la non-couverture par l'assurance maladie des individus au sein des communautés s'explique aussi par la variabilité des effets de leurs milieux sur eux.

Tableau 3.2 : Modèles vide avec pentes aléatoires

MODELE VIDE AVEC PENTES ALEATOIRES	
PARAMETRES	COEFFICIENT
Paramètre fixe	
Constante	37.11092 ***
Paramètres aléatoires	
Variance communautaire	1.307848***
Variance de la pente aléatoire en milieu urbain	0.6972968
Variance de la pente aléatoire en milieu rural	3.46e-23
Coefficient de corrélation intra-communautaire	0.284456

* $p < 0,1$, ** $p < 0,05$, *** $p < 0,01$

3.2.3. Modèle M1 avec l'introduction des variables individuelles (l'âge, le sexe, la taille du ménage, le statut matrimonial, le niveau de vie de son ménage, le statut d'occupation, la rémunération salariale, l'état de santé, l'ethnie, la religion, le niveau d'instruction)

Le modèle individuel (Cf. *Tableau 3.3*) est significatif au seuil de 1% (Wald $\chi^2(18) = 680,93$ et $\text{Prob} > \chi^2 = 0.0000$). La variance communautaire (soit 0,79) est significativement différente de zéro au seuil de 1 pour 1000 selon le test de χ^2 . L'introduction des variables individuelles fait diminuer la variance communautaire de 52,89%.

En effet, la part d'explication de la non-couverture du risque maladie par les facteurs individuelles est de 52,89%. L'introduction de ces variables dans le modèle vide M0 fait diminuer aussi l'hétérogénéité non observée entre les communautés de 28% à 19%, soit une variation de 9%. Ainsi, l'effet de ces variables individuelles sur la non-couverture du risque maladie va donc se traduire par une diminution de la ressemblance entre les individus au sein des communautés.

Tableau 3.3 Modèle individuel avec pentes aléatoires

MODELE INDIVIDUEL	
Paramètres	Communauté
Variances	0,7915325 ***
Variance de la pente aléatoire en milieu urbaine	0,2171081
Variance de la pente aléatoire en milieu rural	5,73E-12
Taux de variation de la variance par rapport au modèle vide (%)	52,89
Coefficients de corrélation intra groupes (%)	0,1939365

* $p < 0,1$, ** $p < 0,05$, *** $p < 0,01$

3.2.4. **Modèle M2 avec l'introduction des variables contextuelles** (le milieu de résidence, la région de résidence, la proportion des ménages pauvres et la proportion des personnes instruites dans la communauté)

Le modèle contextuel (Cf. *Tableau 3.4*) est significatif au seuil de 1% (Wald $\chi^2(17) = 112,45$ et $\text{Prob} > \chi^2 = 0,0000$). La variance communautaire (soit 0,867) est significativement différente de zéro au seuil de 1 pour 1000 selon le test de χ^2 .

Le modèle M2 fait introduire les variables contextuelles dans le modèle vide. Cette introduction des variables entraîne une diminution de la variance communautaire de 48,34%, proportion qui représente la part d'explication de la non-couverture par l'assurance maladie des personnes par les facteurs contextuels. Ainsi la présence des variables contextuelles introduites dans le modèle vide fait donc diminuer l'hétérogénéité entre les communautés de 28% à 20%, soit une variation de 8%.

Tableau 3.5 Modèle contextuel avec pentes aléatoires

MODELE CONTEXTUEL	
Paramètres	Communauté
Variances	0,867920 ***
Variance de la pente aléatoire en milieu urbain	0,0000394
Variance de la pente aléatoire en milieu rural	0,0388949

Taux de variation de la variance par rapport au modèle vide (%) 48,34

Coefficients de corrélation intra groupes (%) 0,2087458

$p^* < 0,1$, $**p < 0,05$, $***p < 0,01$

3.2.5. Hiérarchisation des variables

Pour hiérarchiser les facteurs explicatifs de la non-couverture par l'assurance maladie, la contribution de chaque variable est déterminée dans le modèle en vue de classer son pouvoir explicatif. En effet, la contribution de chaque variable est aussi importante que celle-ci a d'explication. Cette hiérarchisation des variables s'est faite à partir du calcul de la contribution (C_i) de chacune des variables à l'explication du comportement considéré, mesurée par la statistique du Khi-deux du modèle. Cette contribution est donnée par la formule suivante (Kochou et Rwenge, 2014):

$$C_i = \frac{X_{\text{modèle complet}}^2 - X_{\text{modèle complet sans facteur } i}^2}{X_{\text{modèle complet}}^2}$$

Tableau 3.6 Contributions relatives des variables à l'explication de la couverture du risque maladie

Variables explicatives	Khi-deux du modèle complet	Khi-deux du modèle complet sans la variable	Contribution (%)	Rang
Niveau d'instruction	722	613,88	14,975	1
Statut d'occupation	722	619,25	14,231	2
Age	722	637,72	11,673	3
Ethnie	722	658,51	8,794	4
Statut matrimonial	722	698,14	3,305	5
État de santé	722	698,77	3,217	6
Région de résidence	722	700,00	3,047	7
Sexe du chef de ménage	722	711,70	1,427	8
Religion	722	712,19	1,359	9
Proportion des ménages pauvres dans la communauté	722	712,38	1,332	10
Milieu de résidence	722	713,66	1,155	11

Source : Exploitation des données de l'EDST III, 2013-2014

Tableau 3.7 : Tableau récapitulatif des modèles multiniveaux utilisés

VARIABLES	Modèle M0	Modèle M1	Modèle M2	Modèle M3
	Odds Ratio	Odds Ratio	Odds Ratio	Odds Ratio
<i>GROUPE D'ÂGE</i>				
15-24ans		Réf		Réf
25-34ans		0,77*		0,8
35-49ans		0,24***		0,25***
<i>NIVEAU D'INSTRUCTION</i>				
sans niveau		7,93***		6,85***
primaire		3,54***		3,34***
Secondaire ou plus		Réf		Réf
<i>RELIGION</i>				
chrétiens		Réf		Réf
musulmane		1,13		1,29*
animiste ou sans religion		3,79***		3,05***
<i>ETHNIE</i>				
Adja-ewe/Mina		1,58***		1,69***
Kabye/Tem		0,53***		0,53***
Para- Gourma/Akan/Autres ethnies		Réf		Réf
<i>SEXE DU CHEF DE MÉNAGE</i>				
masculin		Réf		Réf
féminin		1,41***		1,42***
<i>STATUT MATRIMONIAL</i>				
Célibataire		1,52***		1,61***
En union		Réf		Réf
En rupture d'union		3,29***		3,4***
<i>STATUT D'OCCUPATION</i>				
cadre		0,27***		0,29***
non cadre		Réf		Réf
non occupé		0,45***		0,45***

<i>SEXE</i>				
homme		1,14		1,1
femme		Réf		Réf
<i>ETAT DE SANTÉ</i>				
bonne_santé		Réf		Réf
moyenne_santé		0,68***		0,69***
faible_santé		0,46***		0,45***
<i>TAILLE DU MÉNAGE</i>				
petite_taille		Réf		Réf
moyenne_taille		0,9		0,87
grande_taille		1,04		0,92
<i>REGION</i>				
Maritime			Réf	Réf
Plateaux			1,4	1,86***
Centrale			0,31***	0,54***
Kara			0,82*	1,24
Savanes			0,57	0,64
<i>MILIEU DE RÉSIDENCE</i>				
urbain			0,55***	0,70*
rural			Réf	Réf
<i>PROPORTION DE MÉNAGE PAUVRES DANS LA COMMUNAUTÉ</i>				
faible			Réf	Réf
Élevée			2,09***	1,85**
<i>PROPORTION DE PERSONNES INSTRUITES DANS LA COMMUNAUTÉ</i>				
i_faible			Réf	Réf
i_élevée			2,99***	1,48 ns
Observations	13426	13426	13426	13426
Chi2		680,93	112,45	715,98

* $p < 0,1$, ** $p < 0,05$, *** $p < 0,01$

Source : Exploitation des données de l'EDST III, 2013-2014

3.2.6. Discussions des résultats

Nos résultats indiqués par le Tableau 3.7 montrent qu'une part importante soit 52% d'explication de la non-couverture par l'assurance maladie est attribuable aux caractéristiques individuelles. Aussi les caractéristiques du contexte expliquent significativement, soit 48% la non-couverture du risque maladie des individus. Ce résultat infirme l'hypothèse selon laquelle « la non couverture du risque maladie chez les individus est fortement plus influencée par les facteurs communautaires que par les facteurs individuels ». Les deux caractéristiques combinées expliquent à 58% le phénomène étudié.

Nos analyses tiennent compte de la variabilité des effets du milieu sur les comportements des individus. D'autres auteurs ayant fait travaux similaires à notre étude et s'inscrivant dans un cadre d'accès aux soins de santé ont aussi mis en exergue les effets aléatoires de certaines caractéristiques jugées plus pertinentes sur les comportements des individus. En effet, une étude faite au Cameroun sur l'analyse des dépenses catastrophiques de santé chez les patients infectés par le VIH dans le but de les protéger contre les risques financiers liés à leur maladie, fait ressortir des effets aléatoires de la variable « consultation d'un tradipraticien » sur le risque pour un patient infecté par le VIH de faire de dépenses catastrophiques (Marcellin et al., 2008).

Par rapport au modèle vide, on observe alors une diminution de la variance résiduelle communautaire à l'introduction des pentes aléatoires de la variable milieu de résidence, telle que la variabilité de l'effet du milieu urbain est plus élevée que celle du milieu rural quel que soit le modèle. De façon explicite, la non-couverture par l'assurance maladie des personnes au Togo s'explique aussi par la variabilité de l'effet du milieu urbain sur celles-ci. Les comportements d'un individu à un autre ne diffèrent presque pas sous l'effet du milieu rural. En clair, la relation entre le fait de résider en milieu urbain et la probabilité d'être couverte par l'assurance maladie diffère d'un individu à un autre tandis que cette relation est presque nulle pour ceux qui vivent en milieu rural.

La non couverture du risque maladie des personnes au Togo étant plus influencée par les facteurs individuels que par les facteurs communautaires, le niveau d'instruction et le statut d'occupation constituent des facteurs importants du phénomène.

Niveau d'instruction

Le niveau d'instruction influence significativement la non-couverture du risque maladie au seuil de 1%. Par rapport aux personnes ayant un niveau d'étude secondaire et plus, toutes choses égales par ailleurs, celles qui sont sans niveau d'étude ou celles ayant un niveau d'étude primaire courent plus de risque de pas être couvertes par l'assurance maladie.

Les résultats relatifs au niveau d'instruction sont conformes à ceux obtenus par Dubois (2002), Bolhaar et al., (2012) et Ismail (2015) pour qui les individus ayant bénéficié d'une

instruction formelle accorderaient une plus grande attention aux risques sanitaires et seraient plus ouverts à l'innovation et auraient de plus grandes facultés à comprendre l'intérêt du système mutualiste. Ainsi les personnes instruites acquièrent les attitudes telles que (l'hygiène, les activités sportives et les pratiques alimentaires) à adopter pour protéger leurs santés qui constituent déjà une forme de prévention contre les dépenses de santé.

En dehors de cette forme de prévention, plus les personnes sont instruites plus elles ont la notion du risque maladie et savent faire une analyse coûts/bénéfices avant de se procurer volontairement d'une police d'assurance. Aussi un niveau d'instruction élevé atteint par une personne la prédispose à un emploi formel leur permettant obligatoirement ou volontairement de bénéficier d'une assurance maladie.

L'hypothèse suivante alors confirmée : « plus le niveau d'instruction augmente, plus la probabilité pour un individu de ne pas être couvert par une assurance maladie diminue ».

Occupation

Le statut d'occupation influence significativement la non-couverture par l'assurance maladie au seuil de 1%. Toutes choses égales par ailleurs, les travailleurs cadres ont moins de risque de ne pas être couverts par l'assurance maladie que les travailleurs non cadres. Contrairement à ce qu'on attendait, les personnes non occupées ont moins de chance de ne pas être couvertes par l'assurance maladie que les travailleurs non cadres.

Ces résultats confirment en partie ceux de Raynaud (2005), Obinna Onwujekwe et Edit V. Velényi (2010), Revil (2014) pour qui le risque de ne pas être assuré est plus élevé chez les inactifs et les ouvriers non qualifiés que ceux qui travaillent dans le secteur formel. Dans le contexte togolais la plupart (soit 70,3%) des individus actifs travaillent dans le secteur informel. L'auto emploi et les emplois de famille, peu qualifiés et à faible productivité, constituent 91% des emplois dans le secteur privé. Ainsi ces personnes n'éprouvent pas une nécessité de se couvrir volontairement du risque maladie d'autant plus que les moyens financiers sont faibles. Par contre toutes les personnes travaillant dans le secteur public et qui sont des assimilées sont obligatoirement assurées. Il faut noter que parmi les inactifs, il y a une plus grande part des jeunes n'exerçant aucune activité, mais bénéficiant de l'assurance de leurs parents. Ce qui pourrait expliquer le fait que les inactifs ont moins de chance de ne pas être non assurés que les travailleurs non cadres.

L'hypothèse suivante est alors vérifiée : « les personnes travaillant dans le secteur informel courent plus de risque de ne pas être couvertes par une assurance maladie que celles travaillant dans le secteur formel ».

Quelques limites

Il faut soulever le fait que notre étude est confrontée à quelques limites suivantes :

- ❖ Les données relatives à l'offre des soins de santé, ne sont pas disponibles dans notre base de données de l'EDST III (2013-2014). Ces données étant contextuelles, elles permettraient d'améliorer nos résultats issus de la régression logistique multiniveau et

auraient rendu notre analyse plus pertinente afin de mieux comprendre comment les facteurs liés aux soins de santé influencent la non-couverture du risque maladie.

- ❖ Notre étude n'a pas pris en compte une analyse qualitative nécessaire pour compléter les informations issues de l'EDS III (2013-2014) afin de cerner dans son entièreté la non-couverture du risque maladie au Togo.
- ❖ Notre population cible est constituée des personnes (femmes et hommes) âgées de 15 à 49 ans. Les données disponibles sur une population cible de 0 à 80 ans pourraient affiner notre analyse sur les personnes du troisième âge orienter les décisions à leur égard sur l'accès aux soins de santé.

CONCLUSION

D'après l'Assemblée générale des Nations unies : « la couverture sanitaire universelle consiste à veiller à ce que l'ensemble de la population ait accès, sans discrimination, à des services de base, définis au niveau national, pour ce qui est de la promotion de la santé, de la prévention, du traitement et de la rééducation ou soins palliatifs, et à des médicaments de base sûrs, abordables, efficaces et de qualité, tout en faisant en sorte que leur coût n'entraîne pas de difficultés financières pour les usagers, en particulier les pauvres, les personnes vulnérables et les couches marginalisées de la population ». Cependant, la non-couverture par l'assurance maladie est un problème remarquable au Togo bien que les autorités togolaises se sont lancées dans une lutte pour l'atteinte de la couverture sanitaire universelle.

La présente étude s'était alors donnée comme objectifs de mesurer et de décrire l'ampleur la non-couverture par l'assurance maladie selon les différentes caractéristiques socioculturelles et économiques au Togo ; de dégager le profil des individus selon qu'ils soient couverts ou non par l'assurance maladie au Togo, d'identifier et d'hiérarchiser les facteurs explicatifs de la non-couverture par l'assurance maladie au Togo.

Une revue de la littérature basée sur les théories et les travaux des auteurs ayant abordé le même sujet a permis de cerner le problème sur toutes les dimensions. Ainsi, à l'issue des analyses faites sur les résultats observés dans la présente étude, des informations pertinentes se dégagent.

❖ *Au niveau descriptif*

Une analyse différentielle de la non-couverture par l'assurance maladie révèle des associations de celle-ci avec toutes les autres variables de notre étude au seuil de 1%. L'analyse factorielle des correspondances multiples fait ressortir deux groupes de personnes : un groupe vulnérable qui présente les caractéristiques culturelles, économiques, démographiques qui selon la revue de la littérature pourraient les exposer à la couverture du risque maladie et un autre groupe de personnes bénéficiant de cette couverture.

❖ *Au niveau explicatif*

L'analyse multiniveau utilisée pour l'analyse explicatif a été très utile pour relever une forte part d'explication de la non couverture du risque maladie attribuable non seulement aux individus mais aussi aux communautés. Aussi cette analyse a permis de faire ressortir l'influence différentielle des milieux de résidence sur le comportement des individus en matière de couverture par l'assurance maladie. En effet, la part d'explication attribuable aux caractéristiques individuelles est de 52% alors qu'elle est de 48% pour les caractéristiques contextuelles. Par ailleurs, les effets aléatoires des milieux urbain et rural sur les individus s'expliquent par le fait qu'en milieu urbain, certains individus bénéficient de l'assurance et d'autres pas alors qu'en milieu rural, presque personne ne s'assure. La hiérarchisation de tous les facteurs fait dégager deux facteurs importants contribuant plus à l'explication de la non-couverture du risque maladie : le niveau d'instruction et le statut d'occupation.

✚ **Recommandations**

Au regard des résultats obtenus dans notre travail et des limites de notre étude, nous formulons les recommandations suivantes.

➤ *Au niveau politique*

❖ **Au ministère de la santé et de la protection civile au Togo**

- Renforcer l'architecture de la CSU proposée à travers la vulgarisation des mutuelles de santé accessible à moindre coût pour permettre aux travailleurs non cadres (menuisiers, artisans, agriculteurs...etc.), aux jeunes aux personnes en rupture d'union (notamment les veuves) de bénéficier des soins de santé.
- Exiger une couverture du risque maladie obligatoire aux coûts favorables des employés dans le secteur privé vis-à-vis de leurs employeurs.

❖ **Au ministère des enseignement primaire, secondaire et de la formation professionnelle**

- Insérer dans l'enseignement des disciplines visant à sensibiliser dès la base les élèves sur la couverture des dépenses en cas de maladie
- Exiger aux parents par le biais des directeurs d'écoles, une culture de la protection sociale à travers la couverture du risque maladie de leurs enfants scolarisés.

➤ *Au niveau scientifique*

❖ **A la direction de l'Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques et Démographiques (INSEED)**

- Faire des enquêtes spécifiques quantitatives et qualitatives sur la protection sociale (assurance maladie, pensions retraites) au Togo.
- Introduire les données relatives à l'offre des soins de santé pendant la collecte de celles de l'EDST (Enquête Démographique et de Santé au Togo).

BIBLIOGRAPHIE

BOIDIN B. (2012), « Extension de l'assurance maladie et rôle des mutuelles de santé en Afrique : les leçons de l'expérience sénégalaise », *Économie publique/Public economics*, n°28-29/2012/1-2, pp. 47–70.

BOLHAAR J. ET AL. (2012), « A dynamic analysis of the demand for health insurance and health care », *European Economic Review*, Vol 56, n°4, pp. 669–690.

CHAIX B., ET CHAUVIN P. (2002), « L'apport des modèles multiniveaux dans l'analyse contextuelle en épidémiologie sociale : une revue de la littérature [The contribution of multilevel models in contextual analysis in the field of social epidemiology : a review of literature] », *Rev Epidemiol santé publique*, Vol 50, pp. 489–99.

DEFOURNY J., ET FAILON J. (2011), « Les déterminants de l'adhésion aux mutuelles de santé en Afrique subsaharienne : un inventaire des travaux empiriques », *Mondes en développement*, Vol 1, n°153, pp. 7–26.

HADDAD S. ET AL. (1998), « Measuring lay people's perceptions of the quality of primary health care services in developing countries. Validation of a 20-item scale », *International Journal for Quality in Health Care*, Vol 10, n°2, pp. 93–104.

KOCHOU S.H., ET RWENGE M.J. (2014), « Facteurs sociaux de la non-utilisation des services de soins prénatals ou de leur utilisation inadéquate en Côte d'Ivoire », *African Evaluation Journal*, Vol 2, n°1, pp. 1–12.

LAVILLE J.-L. (2010), « Grand résumé de " Politique de l'association", Paris, Éditions du Seuil, 2010 », *Sociologie S*, pp. 1-23.

MANNING W.G., ET MARQUIS M.S. (1996), « Health insurance: the tradeoff between risk pooling and moral hazard », *Journal of health economics*, Vol 15, n°5, pp. 609–639.

MUSANGO L. ET AL. (2004), « Le profil des membres et des non membres des mutuelles de santé au Rwanda : le cas du district sanitaire de Kabutare », *Tropical Medicine & International Health*, Vol 9, n°11, pp. 1222–1227.

MARCELLIN F. ET AL. (2008), « Determinants of unplanned antiretroviral treatment interruptions among people living with HIV in Yaoundé, Cameroon (EVAL survey, ANRS 12-116) », *Tropical medicine & international health*, Vol 13, n°12, pp. 1470–1478.

N'GUESSAN C.F.J. (2008), « Le consentement des ménages ruraux à payer une prime d'assurance maladie en Côte d'Ivoire », *Revue d'économie du développement*, Vol 16, n°1, pp. 101–124.

RAYNAUD D. (2005), « Les déterminants individuels des dépenses de santé : l'influence de la catégorie sociale et de l'assurance maladie complémentaire », *Etudes et résultats*, Vol Février 2005, n°378, pp. 7-12.

WAELEKENS M.-P., ET CRIEL B. (2004a), « Les mutuelles de santé en Afrique sub-Saharienne », *Etats des lieux et réflexions sur un agenda de recherche*. Washington : World Bank, pp. 99.

KAHNEMAN D., ET TVERSKY A. (2013), « Prospect theory: An analysis of decision under risk », in *Handbook of the fundamentals of financial decision making: Part I*, World Scientific, pp.99–127.

OBINNA ONWUJEKWE, ET EDIT V. VELENYI (2010), « Nigeria », in *PREKER A.S. ET AL., Global marketplace for private Health Insurance : strength in numbers* World Bank Publications, Washington, D.C.20433, pp.349-367.

TEH-WEI HU, ET XIAO-HUA YING (2010), « China », in *PREKER A.S. ET AL., Global marketplace for private Health Insurance : strength in numbers*, World Bank Publications, Washington, D.C.20433, pp.263-292.

DUSSAULT G. (2006), *L'assurance maladie en Afrique francophone : améliorer l'accès aux soins et lutter contre la pauvreté*, Wagshinton DC, 596 p.

JUTTING J. (2003), *Health insurances for the poor? Determinants of participation in community-based health insurances schemes in rural Senegal. Technical paper No. 204*, OECD Development Center, 30 p.

PREKER A.S. ET AL. (2009), *Global marketplace for private Health Insurance : strength in numbers*, World Bank Publications, 532 p.

WANG H. ET AL. (2010), *Manuel sur l'assurance maladie : comment l'opérationnaliser*, Edition française, Bethesda, Maryland, Projet Health Systems 20/20, Abt Associates Inc, 141 p.

ABLAWA AKPE ADODZO D.-E. (2012), *Une étape vers la couverture sanitaire universelle : évaluation de la performance de l'assurance maladie obligatoire et de l'institut national d'assurance maladie au Togo*, Mémoire de Master en MBA, CESAG, Dakar, 125 p.

ISSA A. (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 Tomde*, Mémoire de DESS en Economie de la santé, Dakar, 85 p.

KAGAMBEGA M. (2011), *l'assurance maladie au Burkina Faso : De la logique thérapeutique des acteurs sociaux, à l'appropriation des systèmes de mutualisation des risques sanitaires*, Thèse de doctorat en sociologie, Université de Bordeaux 2, 329 p.

NGUENG Z. (2010), *Les inégalités sociales de dépenses de santé au Cameroun*, Mémoire de master en démographie, Université de Youndé II Soa, IFORD, 151 p.

ISMAIL S. (2015), *Evaluation Economique de la réforme de l'assurance maladie en Tunisie*, Thèse de doctorat en Sciences économiques, Université Paris Dauphine-Paris IX, 249 p.

OKOLOUMA A. (2008), *La protection sociale au Cameroun*, Mémoire de DEA en Economie, Université de Youndé II Soa, Yaoundé, 78 p.

REVIL H. (2014), *Le " non-recours" à la Couverture maladie universelle : émergence d'une catégorie d'action et changement organisationnel*, Thèse en Science Politique mention Politiques Publiques, Université de Grenoble, 614 p.

Comité National de Promotion de la Protection Sociale (2015), *Système de financement de la santé au Togo : Revue et analyse du système*, Togo, 14p.

COOPAMI Formation en protection sociale, orientation santé (2015), *Le système de protection sociale en santé*, Togo, 15p.

DGSCN (2015), *Rapport final de l'enquête démographique et de santé au Togo, EDS3-Togo*, 332 p. + annexes.

Organisation Mondiale de la Santé (OMS) (2010), *Résumé du rapport sur le financement des systèmes de santé : le chemin vers une couverture universelle*, 22p.