

INSTITUT INTERNATIONAL
DES ASSURANCES
DE YAOUNDE (CAMEROUN)

CYCLE SUPERIEUR

**L'AVENIR DE L'ASSURANCE-
MALADIE : LE CAS DU TOGO**

MEMOIRE

de fin du Cycle III pour l'obtention du Diplôme d'Etudes Supérieures
d'Assurances
(D.E.S.A.)

Présenté et soutenu par :
ANYINEFA KOMI

Sous la Direction de :
Mme REINHARDT Povi
Chef de Département
Risques divers (G.T.A.)

11ème Promotion 1992 - 1994

REMERCIEMENTS

Au terme de ce mémoire qui consacre deux années académiques de formation professionnelle à l'Institut International des Assurances de Yaoundé (I.I.A.) et quatre (4) mois de stage pratique au Groupement Togolais des Assurances (G.T.A.), les sentiments qui m'animent expriment ma profonde reconnaissance à tous ceux qui m'ont aidé et soutenu à avancer sur ce parcours laborieux.

Mes remerciements s'adressent particulièrement à :

- mon Seigneur et Sauveur Jesus-Christ
- mon père ANYINEFA Koumedzro Henri
- ma mère née AHOPA OWO Elisabeth
- ma soeur Biova Claudine pour ses ardentés prières
- tous mes frères de sang et en Christ
- la cellule K03 du GBEEC de la cité-verte de Yaoundé
- la Direction de l'I.I.A. pour son soutien moral et matériel
- tous les chargés de cours à l'I.I.A.
- Madame RHEINHARDT Povi pour sa disponibilité
- tout le personnel du G.T.A.
- tous les cadres des différentes sociétés d'assurances qui m'ont aidé dans la rédaction de mon mémoire.
- Valéry et Paul pour leur disponibilité dans la saisie de ce mémoire

au :

- Comité des Assureurs du Togo pour son soutien financier ;
- Directeur Général du G.T.A. pour sa bienveillance ;

SOMMAIRE

	<u>PAGE</u>
INTRODUCTION	1
<u>CHAPITRE I : LE CADRE INSTITUTIONNEL ET REGLEMENTAIRE</u>	
DE L'ASSURANCE-MALADIE AU TOGO	2
1.1 Généralité sur la maladie	3
1.2 Les choix de la prévoyance-maladie au Togo	4
1.3 La protection-maladie complémentaire	10
1.4 Les insuffisances de la protection-maladie au Togo	11
<u>CHAPITRE II : L'EXPRESSION DE L'ASSURANCE-MALADIE AU TOGO ..</u>	13
2.1 Le marché	14
2.2 Les difficultés techniques de l'assurance-maladie	21
<u>CHAPITRE III : PERSPECTIVES ET SUGGESTIONS</u>	28
3.1 Les lacunes de la branche Assurance-maladie au Togo	28
3.2 Suggestions relatives aux mesures d'accompagnement de l'Etat	29
3.3 Suggestions pour l'amélioration de la pratique de l'assurance-maladie	30
CONCLUSION	34
BIBLIOGRAPHIE	35

INTRODUCTION

La maladie, bien que familière par l'expérience, n'est pas aisée à cerner techniquement étant donné la proximité d'autres notions: l'accident, l'infirmité, la grossesse, la vieillesse. De plus, on distingue les maladies professionnelles, prises en charge par la sécurité sociale, des maladies ordinaires prises en charge par les compagnies d'assurances et les institutions de prévoyance - maladie.

En tant que risque, deux critères spécifient la maladie :

- la maladie est risque social ;
- la maladie est risque assurable.

Risque social, la maladie fait l'objet des politiques de prévoyance sociale.

A ce titre, les produits d'assurance maladie sont le reflet de la créativité des assureurs pour combler les insatisfactions des couches sociales par l'exploitation des insuffisances des prestations des régimes obligatoires.

Risque assurable, la maladie appartient à une catégorie spécifique : d'une part elle est une atteinte à la personne humaine qui ne saurait faire l'objet d'une quelconque estimation monétaire ; d'autre part elle occasionne une perte économique ; les charges supportées pour le rétablissement de la santé et le manque-à-gagner dû à l'incapacité physique de travail.

L'assurance maladie telle que nous l'abordons s'inscrit dans une logique de relativité par rapport au système de sécurité sociale d'un marché donné.

Une étude sur l'avenir de l'assurance maladie au Togo nécessite donc l'examen du système de sécurité sociale en vigueur en vue de dégager les problèmes spécifiques qu'il pose et les espaces qu'il ouvre au développement de la branche maladie. C'est alors seulement qu'une appréciation objective du dynamisme et du professionnalisme des assureurs togolais pourrait être envisagée, qui permettrait des suggestions opportunes.

CHAPITRE I :

LE CADRE INSTITUTIONNEL ET REGLEMENTAIRE DE L'ASSURANCE - MALADIE AU TOGO

Qu'il s'agisse de la liste des neuf éventualités classiques de la convention de l'OCAM ⁽¹⁾ ou de la convention de l'OIT ⁽²⁾ sur la sécurité sociale, le risque maladie est pris en compte.

Cela pourrait justifier la classification de la maladie parmi les risques sociaux. Il s'agirait toutefois d'une argumentation d'autorité qui ne saurait apaiser la curiosité de l'esprit scientifique qu'il convient de rassurer.

Si, selon Emile Durkheim, le fait social peut être caractérisé par son extériorité par rapport aux consciences individuelles et par l'action coercitive qu'il exerce ou est susceptible d'exercer sur ces mêmes consciences, nous sommes bien fondés à qualifier la maladie de risque social. En effet, le risque maladie dépend des conditions de vie des populations entendues comme la résultante des politiques préventives d'hygiène et sanitaires en vigueur dans les lieux de résidence et de travail, de la qualité de l'infrastructure médicale, des contraintes économiques, des choix politiques. En outre, par ses effets et conséquences économiques, la maladie exerce une action coercitive sur l'individu, la famille, la communauté et la société.

Les intérêts en jeu justifient que le risque maladie fasse l'objet de techniques spécifiques visant à sa maîtrise par des initiatives solidaires.

Quelles solutions sont généralement adoptées par les différents systèmes de prévoyance sociale face à la maladie; quelles sont celles qui ont été retenues par les autorités togolaises et à quelles évolutions probables pourrait-on s'attendre ? Ces questions revêtent un intérêt stratégique pour l'assureur maladie dont le champ d'action se définit toujours réciproquement au domaine réservé du système de prévoyance sociale en vigueur qu'il en ait conscience ou non.

¹ La norme minimum des éventualités de sécurité sociale arrêtée par la convention no 102 de l'OIT du 24/06/1952 entrée en vigueur le 27 Avril 1955.

² Le Togo fut le premier pays à la ratifier par l'ordonnance 31 du 02 Septembre 1971 portant ratification de la convention générale de sécurité sociale de l'OCAM adoptée et signée le 29 janvier 1971.

I - I Généralités sur la maladie

Nous l'annonçons en introduction, la maladie est une notion qui n'est pas aisée à cerner et qu'il importe de préciser afin d'en tirer des conséquences techniques en matière d'assurance maladie.

1.1.1. Définition

Selon les définitions données dans les formulaires des conditions générales des compagnies du marché togolais, la maladie est toute altération de la santé constatée par une autorité médicale compétente.

Deux éléments sont à retenir dans cette définition: l'événement risque et l'événement garanti.

a) L'événement risque

Il correspond à toute altération de la santé quelle qu'en soit la cause. Ainsi donc la dégradation de la santé successive à un accident, une grossesse, la vieillesse relève du domaine de l'assurance maladie.

b) L'événement garanti

Pour l'assureur, seul un malade déclaré par une autorité médicale compétente est éligible au contrat. Par autorité compétente il faut comprendre un titulaire du diplôme de doctorat d'Etat en médecine inscrit sur la liste de l'ordre des médecins.

Ce principe apparemment simple est une cause fréquente de conflits entre les assureurs et les bénéficiaires des contrats d'assurance-maladie. En effet, le contexte socio-économique en vigueur amène les assurés à s'adresser à des auxiliaires médicaux ou "tradithérapeutes" dont les prestations ne sont pas prises en compte dans le calcul des prestations des assureurs, ce qui est difficilement accepté par les bénéficiaires.

Nous étant accordé sur le contenu de la notion de maladie, nous étudierons le traitement social qui lui a été réservé jusqu'à présent au Togo, ceci après des précisions sur certains concepts dont la maîtrise nous paraît indispensable pour la mise en oeuvre d'une politique moderne de couverture sociale en maladie.

I - II Les choix de la prévoyance maladie au Togo

Il faut d'abord distinguer la prévoyance de l'assistance et de l'assurance.

La prévoyance est du domaine exclusif de l'autorité publique; sa source est la loi. L'assistance relève de l'initiative publique et des institutions de bienfaisance. Alors que la prévoyance ouvre des obligations et des droits légaux à des prestations, l'assistance participe de la charité et est octroyée de manière discrétionnaire par les institutions qui la dispensent.

L'assurance par contre est un secteur du monde des affaires privées.

Il faut remonter à 1944, avec le plan Beveridge pour avoir une théorie générale des systèmes de prévoyance ou sécurité sociale. Les suggestions de ce plan sont les suivantes :

- La généralisation de la sécurité sociale dans un système national reposant sur des prestations uniformes
- L'unification de toutes les institutions d'assurances sociales dans un service public unique
- Un financement fiscal ou par cotisation selon la nature du risque social couvert.
- L'association des politiques d'indemnisation et de prévention.

Examinons les termes clefs de ces suggestions pour caractériser le système de prévoyance maladie au Togo.

1°) La généralisation renvoie aux bénéficiaires du système.

Le régime obligatoire de la prévoyance maladie en vigueur trouve sa source dans le statut général des fonctionnaires ⁽³⁾, le code de travail et le code de sécurité sociale.

Un constat s'impose ; les personnes concernées sont les salariés de l'économie moderne privée et publique. Les catégories les plus importantes sont les suivantes:

³ Compte tenu des informations dont nous disposons, nous ne traiterons pas du cas spécifique des agents de l'administration militaire.

- Les agents salariés de l'administration publique soumis au statut général des fonctionnaires.
- Les agents salariés de l'administration publique soumis au code du travail.
- Les salariés de l'économie privée gérés par le code du travail.
- Les salariés de l'économie privée gérés par le décret N° 89/40 pris en application de la loi n° 89-14 portant statut de la Zone Franche de transformation pour l'exportation.

2°) Les prestations

Relativement aux salariés non fonctionnaires ⁽⁴⁾ de l'économie moderne, il apparaît que la législation et la réglementation en vigueur organisent un régime comprenant des prestations de natures et de niveaux différents.

a) Nature des prestations

On distingue les prestations en nature et des prestations en espèce.

Prestations en nature

Il existe deux types de prestations en nature :

- Les prestations en nature pure destinées à éviter la fraude.
- Les prestations mixtes consistant au remboursement des dépenses effectuées pour supporter les frais médicaux et pharmaceutiques.

La législation togolaise ne prévoit pas les prestations en nature mixtes.

Dans son chapitre II, le code du travail togolais institue le Service médical inter-entreprise du travail d'après les modalités suivantes :

- Les entreprises groupant au moins mille travailleurs doivent s'assurer au minimum le service permanent d'un médecin titulaire du diplôme d'Etat de docteur en médecine et d'un ou plusieurs infirmiers. Situés dans un centre urbain, ces entreprises ne sauraient prétendre bénéficier des soins d'un

⁴ Il s'agit des agents de la fonction publique ne relevant pas du statut général de la fonction publique et les salariés de l'économie privée.

centre médical se trouvant à proximité.

- Les entreprises groupant moins de mille travailleurs et au moins cent travailleurs doivent s'assurer le service permanent d'au moins un infirmier. Les entreprises appartenant à cette catégorie et se trouvant à proximité d'un centre médical ou d'un dispensaire public peuvent utiliser ses services pour les soins à donner aux travailleurs suivant les modalités fixées par arrêté conjoint du Ministre du travail et du Ministre de la santé publique après avis du comité technique consultatif d'hygiène et de sécurité du travail.
- Les entreprises de moins de cent travailleurs sont tenues d'avoir une infirmerie avec salle d'isolement pour les cas urgents, dans laquelle le nombre de lits, le matériel et l'approvisionnement est fixé par arrêté conjoint du Ministre de la santé publique et du Ministre du travail, après avis du comité technique consultatif.

Plusieurs entreprises de cette catégories peuvent organiser des services médicaux communs à un groupe d'entreprises selon les modalités fixées par arrêté conjoint du Ministre du travail et du Ministre de la santé publique.

Selon l'article 137 du code du travail, dans chaque établissement éloigné d'un centre médical ou d'un dispensaire public et dont l'effectif moyen dépasse cent personne, une visite des travailleurs se déclarant malades est assurée chaque matin. Les femmes et les enfants des travailleurs de l'établissement peuvent se présenter à cette visite pour y être examinés, et, le cas échéant, y recevoir les soins et les traitements de première nécessité.

Selon l'article 138, en cas de maladie d'un travailleur, d'une femme ou d'un enfant logé avec lui aux frais de l'entreprise, l'employeur est tenu de leur fournir gratuitement les soins et médicaments, dans la limite des moyens définis par la réglementation.

Enfin, l'article 140 dit qu'un arrêté ministériel détermine les conditions dans lesquelles les employeurs sont obligatoirement tenus d'installer et d'approvisionner en médicaments et accessoires, les infirmeries, les salles de pansement et les boîtes de secours.

Les prestations en espèces

L'article 44 du code de travail oblige l'employeur pendant la durée de l'incapacité de travail de l'employé limité à six mois (passé ce délai, le remplacement définitif du travailleur peut intervenir après avis du médecin inspecteur du travail), en cas de maladie non professionnelle dûment constatée par un médecin agréé, en l'absence de dispositions plus favorables prévues par les conventions collectives, à verser au travailleur, une indemnité égale à :

- 30 jours au minimum de demi-salaire, si le travailleur a moins d'un an d'ancienneté.
- 2 mois au minimum de demi-salaire, si le travailleur a plus d'un an et moins de cinq ans d'ancienneté.
- 4 mois au minimum de demi-salaire, si le travailleur a au moins cinq ans d'ancienneté.

Dans le cas d'une année civile, les cinq premiers jours d'absence sont rémunérés intégralement et à plein salaire au travailleur.

b) Le niveau des prestations

Le code du travail induit trois situations théoriques de prévoyance maladie qui se traduisent par une diversité de niveaux de prestations:

- La situation des fonctionnaires de l'administration centrale,
- La situation des agents publics de l'administration centrale non fonctionnaires et ceux des collectivités publiques secondaires.
- La situation des salariés de l'économie privée moderne.

Les salariés de l'économie privée moderne

i - Les prestations en nature

Conformément aux dispositions du code de travail, on distingue deux niveaux de prestations pour cette catégorie:

- Les salariés des grandes entreprises qui bénéficient des soins d'un médecin.

-Les salariés des petites unités qui ne bénéficient que des soins infirmiers.

Notons que, hormis le cas des entreprises dont l'effectif moyen dépasse cent personnes et qui sont situées sur un site éloigné d'un centre médical, les prestations relèvent de la médecine de travail.

Le salarié et sa famille bénéficient également des prestations des centres médico-sociaux créés en application de l'article 65 du code de sécurité sociale (soins gratuits et fournitures de produits pharmaceutiques).

Les effets de la crise actuelle ont conduit à une limitation significative des prestations de ces centres.

ii - Les prestations en espèce

Les niveaux des prestations sont identiques quelque soit la taille des entreprises ⁽⁵⁾.

Une précision doit être apportée à propos des salariés relevant du régime de la Zone Franche : selon l'article 35 du décret 90/40, les entreprises bénéficiaires du régime de la Zone Franche ne sont pas soumises aux procédures et formalités prévues par le Code du Travail relatives au recrutement et au licenciement individuel et collectif ; ceci sans autres précisions. Cette disposition pourrait donner aux employeurs peu scrupuleux les moyens de contourner l'obligation de l'article 44 du Code du travail relative au risque maladie.

Les agents de l'administration centrale publique

i - Les prestations en nature

L'Etat prend en charge la moitié des frais d'hospitalisation si l'agent est admis dans un centre public. Il doit produire une attestation de service à l'admission à l'hôpital.

⁵ Se reporter à la page 7 sur la question.

ii - Les prestations en espèce

+ Le fonctionnaire

- Incapacité temporaire inférieure ou égale à neuf mois

Le fonctionnaire conserve la Totalité de son traitement pendant six mois et perçoit la moitié de son salaire les trois mois suivants.

- Incapacité temporaire supérieure à neuf mois et inférieure ou égale à cinq années.

Selon l'article 66 du Décret N° 69-113 portant modalités communes d'application du Statut Général de la Fonction Publique, le fonctionnaire atteint de tuberculose, de maladie mentale ou nerveuse, d'affection cancéreuse, de lèpre, de poliomyélite ou de toute autre maladie grave est de droit mis en congé de longue durée.

Le fonctionnaire a droit à trois années de solde entière et deux années de demi-solde.

+ L'agent public non-fonctionnaire.

Il est soumis aux dispositions de l'article 44 du code du travail ⁽⁶⁾

3°) Organisation administrative

L'organisation administrative du système de sécurité sociale Togolais relève d'un duopole ⁽⁷⁾ qui préfère à la spécialisation le regroupement dans la gestion des risques.

Le paragraphe d) du code de la sécurité sociale prévoyant la création d'autres branches ultérieurement mérite une attention particulière. Pour le moment, la prévoyance maladie, quoiqu'embryonnaire, obéit à une logique libérale et spécialisée.

4°) Organisation financière

Le système de sécurité sociale Togolais a adopté la cotisation à taux fixe pour son financement et la gestion par répartition pour les prestations familiales, les risques

⁶ Ordonnance N° 39 du 12 Novembre 1973

⁷ Deux institutions étatiques gèrent la sécurité sociale des travailleurs : la caisse de retraite pour les fonctionnaires, la CNSS pour les salariés non fonctionnaires.

professionnels et la prévoyance vieillesse. Le système de prévoyance maladie pratique pour sa part un financement totalement pris en charge par l'employeur. La gestion du risque maladie de par sa nature ne saurait obéir qu'à une gestion par la technique de réparation.

Comme nous avons pu le constater dans nos développements, la prévoyance maladie demeure à un stade tout à fait embryonnaire au Togo. Cette situation peu satisfaisante de la sécurité maladie dans le monde du travail a inspiré des initiatives conventionnelles et contractuelles complémentaires.

I-III La protection - maladie complémentaire

Nous traiterons des dispositions de protection-maladie de la Convention Collective des Banques, Assurances et établissements Financiers du Togo et des avantages contractuels couramment pratiqués au sein des entreprises.

a) La convention Collective des assurances et Institutions financières.

Les prestations en espèce ont été rehaussées par rapport aux dispositions du code de travail :

Durée dans le service	Plein traitement		Demi-traitement	
	Code	Convention	Code	Convention
Jusqu'à 5 ans de service	0	1 mois	2 mois	2 mois
de 5 ans à 10 ans	0	3 mois	4 mois	3 mois
de 10 à 15 ans	0	4 mois	4 mois	2 mois
de 15 à 20 ans	0	5 mois	4 mois	1 mois
au delà de 20 ans	0	6 mois	4 mois	0

La convention améliore également les prestations en nature. En effet, l'employeur prend en charge 50% des frais occasionnés par les hospitalisations et factures émis par les hôpitaux publics ou formations sanitaires de l'administration togolaise, ceci dans la limite de la période de congé de maladie à plein et à demi-salaire du travailleur malade.

Ne sont pas pris en charge les risques suivants :

- soins dentaires
- massages
- séance de rééducation
- gymnastique corrective
- soins dispensés par les pédicures et manucures
- appareils d'orthopédie et de prothèse, lunetterie.

A propos de la famille du travailleur, en cas d'hospitalisation d'un membre dont il est responsable, l'employeur se porte caution auprès de l'établissement hospitalier du paiement des frais d'hospitalisation, dans la limite des sommes qui sont ou qui pourraient être dues au travailleur. (art 51).

Le remboursement des frais d'hospitalisation payés par l'employeur en qualité de caution est assuré par des retenus périodiques arrangées avec le travailleur.

b) Les différents arrangements contractuels couramment pratiqués

Deux systèmes prévalent : soit les employeurs accordent chaque année une indemnité forfaitaire de santé, soit ils autorisent des prêts pour dépenses de santé remboursés selon des modalités négociées.

I-IV Les insuffisances de la protection maladie au Togo

La loi et la réglementation garantit au travailleur des prestations minimales en maladies non professionnelles en obligeant l'employeur à recourir à l'auto-assurance quelque soit la nature des prestations.

Les prestations fournies dans le cadre de l'action sociale et sanitaire en général et des services médico-sociaux en particulier obéissent à la logique de l'assistance sociale.

Des ouvertures sont prévues dans le cadre d'une hypothétique extension des branches d'assurances prises en charge par la CNSS et par l'opportunité laissée aux travailleurs de créer des mutuelles.

De ces observations nous concluons à l'absence d'une véritable politique de

prévoyance maladie de la part des autorités publiques. En effet, l'auto-assurance est une technique d'assurance primaire inadaptée au domaine de la prévoyance sociale. D'autre part, après bientôt deux décennies d'application du code de travail et du code de sécurité sociale, des initiatives de création de mutuelles permettant de dépasser la pratique de l'auto-assurance continuent de se faire attendre. Cette situation devrait pousser les autorités à s'engager dans la voie d'une politique de prévoyance maladie plus évidente.

La carence de l'initiative publique ne semble pas avoir suscité très tôt l'imagination des assureurs. Depuis cinq ans, ils semblent se réveiller devant l'urgence de la situation.

Quelle est la substantialité du marché qu'ils abordent, de ses caractéristiques; quelle est la manière dont ils s'y engagent et quelles sont les difficultés qu'ils y rencontrent? Telle sera l'objet du deuxième chapitre de notre étude.

CHAPITRE II :

L'EXPRESSION DE L'ASSURANCE - MALADIE AU TOGO.

L'assurance maladie est une branche assez jeune sur le marché togolais. Les balbutiements remontent à la fin des années 1980. Elle n'a véritablement démarré qu'avec la signature de la convention professionnelle entre les assureurs et les professionnels de santé du Togo du 18 Août 1993. Les trois principales compagnies d'assurances du marché togolais (GTA, UAP, AGF) pratiquent l'assurance maladie sous différentes formules que nous préciserons.

Actuellement en phase de développement, cette branche pose des problèmes de tarification, d'organisation, d'assainissement et de gestion.

Expérimentée comme une branche délicate où les dérapages sont vite arrivés, les assureurs togolais ont conscience de sa fragilité et espèrent des mesures d'accompagnement des autorités publiques dans un domaine où l'Etat se dérobe à sa responsabilité.

Quelque puisse être le soutien de l'Etat, la santé de l'assurance maladie dépendra essentiellement du dynamisme, de l'imagination et du professionnalisme dont saura faire preuve les assureurs togolais.

GENERALITES

L'assurance maladie est connue sous le nom d'assurance individuelle maladie. Ce générique prête à confusion car les contrats concernés sont souvent des contrats de groupe. Ceci est notamment vrai au Togo où depuis le début des années 1990, les assureurs découragent les contrats personnels voire refusent d'offrir cette garantie.

Comme nous l'avons souligné en introduction générale, l'individuelle maladie est un contrat de type particulier. Il relève de la catégorie des assurances de personnes comme l'assurance vie ou l'individuel accident mais est soumis au principe indemnitaire ⁽⁸⁾. Cette particularité emporte deux conséquences juridiques auxquelles échappent les assurances sur la vie :

- L'assureur est subrogé dans les droits et actions de l'assuré contre l'éventuel responsable du dommage subi.

- La prime est exigible et susceptible de poursuites.

Spécifiquement au marché togolais, l'expression de l'assurance maladie s'articule en deux points :

- la liberté de manoeuvre importante dont bénéficie l'assureur togolais en l'absence d'un régime obligatoire soumis à un monopole public ⁽⁹⁾

- les difficultés techniques rencontrées par la branche actuellement à la recherche de ses marques au Togo.

II - I LE MARCHE

1 - 1 Etude quantitative globale

1-1-1 Estimation en valeur du marché potentiel

Nous réalisons cette estimation sur la base des statistiques suivantes:

- Evolution du PIB du Togo au cours des neufs dernières années

- Part des salaires dans le PIB depuis 1970 : 32% ⁽¹⁰⁾

- Part des salaires dans le revenu des ménages : 41% depuis 1970 (voir note n° 10)

⁸ Principe selon lequel l'assuré ne peut percevoir une indemnité supérieure à la valeur monétaire du dommage qu'il a subi.

⁹ L'assureur-maladie togolais, contrairement à son homologue français par exemple, a le privilège d'évoluer sur un marché totalement ouvert qu'il doit explorer en vue d'une conquête efficace.

¹⁰ Economie et société togolaises : chiffres, tendances et perspectives cahier 1990.

- Part des dépenses de santé dans l'affectation des revenus des ménages :
5% (voir note n° 10).

Evolution du PIB (en milliard de francs CFA)

Années	1982	1983	1984	1985	1986	1987	1988	1898	1990
PIB	269,700	298,000	315,700	342,500	367,400	375,400	410,700	429,900	446,100
Salaires	86,304	95,360	101,024	109,600	117,568	120,128	131,424	137,568	142,752
Autres revenus	124,194	137,225	145,376	157,717	169,183	172,867	189,122	197,964	205,424
Total des revenus des ménages	210,498	232,585	246,400	267,317	286,751	292,995	320,546	335,532	348,176

Du fait des troubles socio-politiques intervenus entre 1992 et 1994 et du ralentissement des activités économiques succédant à cette crise sur les trois trimestres de l'année 1994, on peut estimer que les statistiques de 1990 sont une bonne base d'appréciation.

Ainsi donc, la base du marché potentiel de l'assurance maladie se situerait à hauteur de 5% du revenu total des ménages togolais (348, 176 milliards) soit plus de 17,4 milliards.

Sur cette base, nous allons procéder à des ajustements statistiques après un test de vraisemblance avec les statistiques françaises pour déterminer le marché solvable à conquérir.

En France, la consommation de biens et services médicaux est de 8,1 % du PIB en 1989 et de 13,4 % de la consommation des ménages ⁽¹¹⁾. Si nous tenons compte de l'épargne des ménages, nous pouvons raisonnablement estimer que cette consommation pourrait s'élever à environ 10 % du revenu des ménages. Testons donc les statistiques nationales grâce à ces indicateurs du marché français de l'assurance maladie.

¹¹ L'Argus 2170 - 31 - 8 - 1990

La consommation de biens et services médicaux au Togo est de 4 % du PIB et de 5 % du revenu des ménages. Nous pouvons estimer que dans le cadre d'une étude de marché, ces statistiques sont satisfaisantes.

Le seuil de prise en charge de la consommation de biens et services médicaux par la sécurité sociale est de moins de 75 % en France en 1989 (voir note n° 11).

Si nous estimons qu'en l'absence d'un régime obligatoire d'assurance maladie, les assureurs togolais pourraient envisager raisonnablement un taux de prise en charge de 50 %, déduction faite de l'enveloppe des prestations de soin médicaux de la sécurité sociale aux salariés qui y sont affiliés (grossièrement estimée dans nos calcul à 30 % du budget de la CNSS en 1990, budget estimé à 1 % du PIB ⁽¹²⁾), soit : 17,4 milliards - $(30 \% \times 4,461) > 16$ Milliards F CFA ; si nous appliquons le taux de prise en charge, nous obtenons un marché solvable de 8 Milliards de F CFA. Notons que cette estimation ne tient pas compte de la dévaluation qui a presque doublé le coût de la santé.

En rappelant que le chiffre d'affaire du marché CIMA est d'environ cent milliards de F CFA ; celui du premier marché de la sous-région CIMA, le marché ivoirien, de 50 Milliards ; celui du 2ème marché, le marché camerounais, de 35 milliards ; le marché sénégalais, de 20 milliards et le marché togolais, de moins de six milliards, nous pouvons apprécier la bouffée d'oxygène substantielle que pourrait apporter au marché de l'assurance togolais une percée maîtrisée dans le développement de la branche maladie.

1-1-2 Segmentation par secteur d'activité.

Notre analyse exploitera le tableau de la répartition des revenus des ménages par secteur d'activité.

¹² Ce taux tient compte du rapport existant entre le budget de la Caisse Nationale de Sécurité Sociale (CNSS) et le PIB en 1971 ; sources : la sécurité sociale au Togo et l'Economie Nationale, BABASSI KAGBARA, Mémoire présenté au jury du concours de sortie du CESSS 9e promotion, 1976, page 4.

$\frac{\text{Budget CNSS 1971}}{\text{PIB Togo 1971}} = \frac{700.000.000 \text{ FCFA}}{81.900.000.000 \text{ FCFA}} = 0,85\%.$

Années	1982	1983	1984	1985	1986	1987	1988	1898	1990
Sal. Pub.	29,800	28,700	26,770	25,200	25,800	30,900	32,400	33,100	35,688
Sal. Priv.	56,504	66,660	74,254	24,400	91,763	89,228	99,024	104,468	107,064
Autres Rev.	124,194	137,225	145,376	157,717	169,183	172,867	189,122	197,964	205,424
Total	210,498	232,585	246,400	267,317	286,751	292,995	320,546	335,532	348,176

Avec l'hypothèse que le marché solvable se répartit proportionnellement aux revenus entre les différents secteurs d'activité, nous pouvons estimer que seul 31 % du marché solvable national (le marché des salariés de l'économie privée moderne) et 75 % du marché des salariés togolais est ciblé par les assureurs togolais.

Le marché solvable de l'assurance - maladie se répartirait donc selon les proportions suivantes entre les différents secteurs d'activité :

administration publiques	:	10 %
entreprises privées modernes	:	31 %
secteur informel	:	59 %

1-1-3 Segmentation géographique.

Sur la base des statistiques démographiques de l'année 1990, si nous retenons que la population urbaine togolaise représente 32,5 % de la population togolaise et que la ville de Lomé représente 55 % de la population urbaine, nous aboutissons à la configuration suivante :

Population de Lomé	:	650.000 hbts
Autres populations urbaines	:	<u>532.000 hbts</u>
Population urbaine totale	:	1.182.000 hbts
Population rurale	:	<u>2.455.000 hbts</u>
Population togolaise totale	:	3.637.000 hbts

Avec un revenu monétaire de 13.450 F / tête x hbts, les populations rurales se retrouvent avec un revenu monétaire total de 33,044 milliards, soit 9,5 % du revenu des ménages et par déduction représentent 9,5 % du marché national de l'assurance maladie.

Avec l'hypothèse que la moyenne des revenus par tête d'habitants est identique dans les différentes zones urbaines, on peut estimer que Lomé représenterait 55 % de (100 - 9,5 % du marché national) ; soit la moitié du marché national et les autres centres urbains environ 40 % du marché national.

De manière résumée, la répartition géographique du marché national de l'assurance maladie, selon nos hypothèses, serait la suivante :

Lomé	:	50%
Autres centres urbains	:	40%
Milieus ruraux	:	10%

1 - 2 Etude qualitative globale

Le critère de la position hiérarchique dans l'entreprise est parfois utilisé par les assureurs togolais pour concevoir des jeux de contrats spécifiques :

- extensions de garanties et conventions spéciales pour les cadres de direction
- extension de garanties pour les cadres adjoints
- garanties ordinaires pour le reste du personnel.

1 - 3 Etude de motivation

Selon des avis concordants, la population salariée togolaise est suffisamment sensible à l'assurance maladie. Les effets de la dévaluation ont notamment accru la sensibilité à une couverture en maladie.

Face à l'accroissement de l'intérêt pour l'assurance - maladie, l'assureur togolais est confronté à un dilemme : comment concilier la baisse du pouvoir d'achat des salariés et le doublement des frais de santé, en l'absence de toute subvention publique, en vue de concevoir des produits à la portée de la bourse des souscripteurs sans toutefois les vider de leur contenu.

Les assureurs togolais n'offrent sur le marché que la garantie de remboursement des frais médicaux et pharmaceutiques. La restriction de cette garantie aux contrats groupes limite les choix et la possibilité d'accès à l'assurance - maladie. L'ensemble du

chiffre d'affaire des branches risques divers dont fait partie la branche maladie a approché un peu moins du milliard en 1991.

La diversité des formules s'apprécie au niveau des éléments suivants :

- l'étendue territoriale
- le contenu des garanties
- le rachat des exclusions
- le jeu des plafonds de garanties
- le niveau du ticket modérateur.

Les prix pratiqués tiennent compte des éléments précédemment évoqués et de la nature du contrat ; selon qu'il s'agisse d'un contrat groupe ou d'un contrat personnel.

Une analyse des tarifs de contrats individuels de 1988 pratiqués par une société qui a cessé ce type de produit nous fournit des renseignements utiles.

La prime adulte était de 108.950 F

La prime enfant était de 76.300 F

Pour un père de famille monogame ayant quatre enfants à sa charge, la souscription d'un contrat d'assurance couvrant sa famille lui coûtait 523.100 F en prime nette et 559786 F comme prime commerciale.

En estimant à quatre fois le SMIG le revenu d'une famille de classe moyenne au Togo, soit $4 \times 15.000 \text{ F /mois} = 60.000 \text{ F /mois}$, son revenu annuel est 720.000 F /an.

La prime nette d'un contrat personnel d'assurance maladie représentait en 1988 pour cette famille un peu moins de 73 % de son revenu et la prime commerciale moins de 78 %. Il s'agit là d'une charge excessive. Avec la dévaluation, nous pouvons comprendre que les contrats personnels ne soient plus pratiqués.

La prime des contrats groupes varie selon la taille du groupe et les garanties souscrites.

C'est ainsi que pour une même compagnie et pour un même souscripteur (groupe de 400 adultes), la prime nette est :

- pour un contrat normal maladie remboursé à 80 % comprenant les garanties remboursement de frais médicaux, de chirurgie, de soins d'odonto, maternité et évacuation sanitaire :
 - 90.000 F CFA pour la prime adulte
 - 60.000 F CFA pour la prime enfant
- pour un contrat remboursé à 60 % sans évacuation sanitaire, sans soins d'odonto, sans maternité :
 - 15.000 F CFA pour la prime adulte
 - 10.000 F CFA pour la prime enfant

Concernant la distribution, les compagnies togolaises ne semblent pas avoir encore pris la mesure du caractère stratégique des réseaux de distribution dans le développement de l'assurance. Le déploiement de commerciaux rémunérés à la commission est la pratique la plus courante. Toutefois l'initiative demeure timide au point où une des compagnies a estimé pouvoir s'en passer jusqu'à présent.

Une seule compagnie a fait l'expérience d'un agent général ; elle a tourné court.

Actuellement, les compagnies d'assurances traitent avec les courtiers du marché localisés à Lomé (environ neuf). Leur intervention ne semble pas contribuer à l'extension du marché de l'assurance. Les courtiers semblent plutôt se contenter de reprendre des affaires traitées en direct par les compagnies pour les replacer dans d'autres compagnies, voire dans la même compagnie moyennant commissions.

Ainsi, selon nos enquêtes dans une société du marché, sur quinze contrats groupe en porte-feuille, sept lui auraient été apportés par les courtiers dont seulement trois affaires nouvelles.

Le taux de commission servi aux courtiers varierait entre 17 % et 22 %.

Celui servi aux commerciaux serait de 10 %.

D'une manière globale, nous estimons que pour le marché de l'assurance en général et pour la branche maladie en particulier, beaucoup d'efforts restent à accomplir pour la motivation et la conquête du marché.

II - II Les difficultés techniques de l'Assurance Maladie

2 - 1 La tarification et sa maîtrise.

Dans le principe, la prime est fonction :

- de la nature des prestations
- de l'âge de l'assuré
- de la formule de garantie choisie (gros risques, petits risques)
- de l'état de santé de l'assuré

a) La nature des prestations

Etant entendu qu'il s'agit de contrats de remboursement de frais de santé, la difficulté quant à la nature des frais de santé concerne leur extrême diversité tant au niveau des honoraires des professionnels de santé, des tarifs des hôpitaux que des prix des produits pharmaceutiques. La Convention Professionnelle de Santé-Comité des Assureurs du Togo, par la nomenclature générale des actes médicaux, chirurgicaux et biologiques apporte un début de solution.

Par cette convention, un inventaire exhaustif des prestations médicales et une uniformisation des facturations et des cotation des actes ont été réalisés (voir annexe).

La nomenclature générale des actes professionnels de la convention est celle publiée en 1990 par l'UCANSS (Union des Caisses Nationales de Sécurité Sociale) française.

La tarification de la nomenclature repose sur deux notions:

- la lettre clef selon la nature des soins par spécialité correspond à un maximum en unités monétaires.
- le coefficient qui est un nombre indiquant la valeur relative de chaque acte professionnel.

Exemple 1 : Lavage d'estomac.

Cet acte relève de la médecine générale qui correspond à la ligne omnipraticiens. Le coefficient de cet acte est 10. Ainsi donc, le maximum d'honoraire à réclamer au patient est calculé ainsi : $500 \times 10 = 5.000$

Exemple 2 : Ablation de l'appendice.

Lettre clef KC, coefficient : 50.

MAXI frais de bloc : 1.000 F

MAXI frais d'anesthésie ⁽¹³⁾ : $25 \times 900 \text{ F} = 22.000 \text{ F}$

MAXI frais d'intervention : $50 \times 900 \text{ F} = \underline{45.000 \text{ F}}$

68.500 F

Depuis la signature de la convention, les prestations servies au titre des contrats d'assurance ont pour référence les tarifs de la nomenclature.

Si la difficulté des tarifs des actes médicaux et d'hospitalisation a trouvé une solution, le problème des prix des produits pharmaceutiques reste tout entier et appelle des mesures en vue d'une amélioration de l'environnement de l'assurance maladie.

b) L'âge de l'assuré

Le cadre des contrats groupe rend ce critère superflu. Toutefois, une approche rigoureuse de la tarification pourrait suggérer la détermination de l'âge équivalent du groupe par des méthodes de calcul actuariel.

c) Formule de garantie choisie

Les assureurs togolais ne semblent pas avoir opté pour une distinction nette entre des contrats gros risques et des contrats petits risques. Les produits servis garantissent à la fois les gros et les petits risques. Une extension à l'individuelle accident est parfois accordée.

La classification qui se dessine actuellement, encouragée par les effets de la dévaluation, consiste à exclure la garantie évacuation sanitaire (il s'agit d'une garantie

¹³ Si l'anesthésie a été réalisé par le médecin.

que certains estiment relever de l'assurance-assistance plutôt que de l'assurance-maladie) des garanties ordinaires par le moyen des options relativement à l'étendue territoriale du contrat.

d) L'état de santé de l'assuré.

En assurance groupe, la faiblesse du risque d'antisélection conduit les assureurs à la formalité du questionnaire médical pour l'exclusion des risques déjà réalisés. Toutefois, dans le contexte sociologique du Togo, où la solidarité extensive est encore très vivante, certaines situations suggèrent aux assureurs de soumettre à un contrôle médical rigoureux toutes les nouvelles adhésions à la mutualité lorsque le groupe est déjà constitué.

2-2 Quelques points critiques de la tarification

a) Les plafonds

Les systèmes de plafonnement pratiqués sont de trois types:

- les garanties illimitées;
- le plafond uniforme pour toutes les garanties;
- les plafonds différenciés selon les garanties.

La préoccupation de l'assureur est de limiter les dérapages par la réduction de son engagement.

Il est important de s'interroger sur l'efficacité du plafonnement.

Reprenons l'exemple N° 2 du contrat de 400 personnes de la page 24.

Avec un plafond de 1.500.000F/cfa par personne, le taux d'efficacité est de :

$$\frac{\text{Prime nette } (^{14}) \times 0,6}{1.500.000 \times 0,8 \times 400} = \frac{36}{480} = 7,5\%$$

Cela signifie que si sur 400 personnes, trente atteignent le plafond, le résultat technique du contrat sera déficitaire.

¹⁴ Nous supposons que la prime pure = 60% de la prime nette et le ticket modérateur de 20%.

D'autre part le taux de découvert risqué par la société est de:

$$\frac{(1,5 \text{ millions} \times 400) - 60 \text{ millions}}{36 \text{ millions}} = \frac{540}{36} \quad \begin{array}{l} 15 \text{ fois la prime} \\ \text{pure du contrat} \end{array}$$

b) Le ticket modérateur

Il est appelé dans les autres branches franchises absolues. Toutefois, son caractère demeure incertain puisqu'il vise en fait la moralisation du risque et pourrait être assimilé à un découvert obligatoire sans en remplir contractuellement les exigences ⁽¹⁵⁾.

Sur le marché togolais, la faiblesse du pouvoir d'achat et les effets de la dévaluation militent tant en faveur de la réduction du niveau du ticket modérateur que de sa hausse.

A la souscription, en considérant le niveau de la prime à payer, on peut être tenté d'élever le niveau du ticket modérateur jusqu'à 50% pour rendre la prime accessible au souscripteur. Toutefois, en cours de contrat, les effets conjugués de la faiblesse générale des niveaux de revenus au Togo, de la baisse notoire du pouvoir d'achat des ménages suite à la flambée des prix (et notamment celle des produits pharmaceutiques) se traduiront dans l'application du contrat par l'inconfort des bénéficiaires. En effet, souvent en difficultés financières, la charge de 50% pourrait être excessive pour leur budget. C'est ici qu'apparaît l'intérêt de la distinction entre la garantie des petits risques et celle des gros risques.

c) Les résultats techniques

D'une manière générale, les résultats techniques sont en moyenne déficitaires ⁽¹⁶⁾.

La clause d'ajustement insérée dans les contrats permet, sous certaines limites, un rééquilibrage du contrat

La clause portant sur l'exercice suivant, le souscripteur pourrait choisir de résilier le contrat, ce qui ne permettrait pas à l'assureur d'amortir dans le temps les pertes consommées.

¹⁵ Interdiction de rachat auprès d'un éventuel assureur.

¹⁶ Au dire de tous les responsables maladie des trois principales compagnies que nous avons interrogé.

2-3 La gestion du contrat

La gestion des contrats d'assurance maladie est lourde et demande un minimum de culture médicale. Dans les sociétés d'assurances, le personnel chargé de la branche maladie a bénéficié de séminaires de formation médicale à cet effet. C'est seulement alors qu'ils ont été outillés en vue du traitement rigoureux des dossiers médicaux permettant de limiter les abus et la fraude. En effet, le médecin conseil ne saurait intervenir qu'exceptionnellement.

Pour les entreprises ayant un personnel important(exemple: CET, OTP, UTB, etc...), la souscription d'un contrat d'assurance maladie a suscité la nécessité de mobiliser un agent pour assurer l'interface avec l'assureur. Ceci permet d'éviter l'allongement des délais dans la procédure d'indemnisation lié aux vices de forme dans la présentation des dossiers de remboursement.

L'importance que pourrait occuper la branche maladie dans le portefeuille des sociétés d'assurances suggère une estimation sérieuse des frais de gestion des contrats maladie.

A propos des commissions servies sur les contrats maladie (17-22%), le caractère éminemment social que revêt l'assurance - maladie au Togo et sa situation plus que fragile suggèrent que l'on s'interroge sur leur opportunité et sous quelles conditions.

2 - 4 Les dérapages

Selon le responsable de la branche maladie de l'UAP, l'assurance-maladie est un objet précieux et fragile que tous les acteurs en présence ont intérêt à préserver par un comportement responsable. Des situations déplorables sont malheureusement observées de la part :

des assurés :

une mentalité à vouloir faire de l'assurance maladie un moyen d'arrondir les fins de mois difficiles par la fraude.

Cette mentalité provient des systèmes d'auto-assurance qui prévalaient dans la

plupart des entreprises qui contractent actuellement une assurance-maladie ⁽¹⁷⁾.

Le caractère assez laxiste de telles systèmes a permis le développement d'une culture de fraude permettant le détournement de l'auto-assurance maladie à d'autres fins. Les contrats d'assurance qui ont succédé à ce système ont rendu la fraude plus laborieuse mais pas impossible. Certains bénéficiaires installés dans la fraude l'ont budgétisée et voient en l'assureur un usurpateur de droits acquis et ne sont pas prêts à jouer loyalement avec les nouvelles règles de jeu.

Des professionnels de santé :

bien qu'étant les premiers bénéficiaires du développement de l'assurance maladie par la clientèle qu'elle leur assure, nombreux sont ceux, parmi eux, qui, du fait d'un comportement irresponsable, risquent de compromettre son avenir. Deux attitudes sont à déplorer chez les professionnels de santé :

- le réflexe de la surfacturation dès qu'ils sont en présence d'un patient assuré. C'est ainsi que par cette mentalité, les tarifs de la nomenclature, sensés être des maxima, sont systématiquement adoptés dès qu'ils ont affaire à un bénéficiaire d'assurance.
- la connivence dans la fraude avec les assurés voulant transformer l'assurance maladie en une source de revenus supplémentaires ou faire supporter un tiers par l'assureur.

L'assurance - maladie est désormais une réalité en pleine expansion dans le paysage de l'assurance au Togo. A l'heure actuelle où le budget social de l'Etat fait office de symbole plutôt que de moyen réel d'action, où l'Etat a des difficultés pour payer chaque fin du mois les salaires de ses agents, il est fort peu probable qu'il s'engage à moyen terme dans la prise en charge d'une couverture sociale en maladie qui, dans tous les pays qui l'ont organisée, a coûté des subventions publiques substantielles. Il est d'ailleurs remarquable de constater que dans son discours programme du 24 Juin 1994, prononcé devant l'Assemblée Nationale, concernant sa politique de santé, Monsieur le Premier Ministre n'ait fait mention que des stratégies traditionnelles de politiques de santé initiées jusqu'à présent:

¹⁷ Voir Page 11 sur la question

- assainissement de l'environnement;
- éducation des populations;
- investissement dans l'infrastructure médicale;
- entretien, approvisionnement et équipement des centres hospitaliers publics;
- formation et recyclage du personnel médical;
- résolution de la question urgente de la disponibilité et du coût élevé des produits pharmaceutiques;
- recours à la pharmacopée traditionnelle;
- réduction des inégalités dans la répartition de l'infrastructure sanitaire;
- promotion de la médecine privée;
- mobilisation de l'aide sociale.

Il n'apparaît dans ce programme aucun soupçon d'un recours à la sécurité sociale comme instrument de politique de santé publique. Et pourtant, après plus d'un quart de siècle de lutte pour l'amélioration des conditions de vie sanitaires des populations d'Afrique Noire, il est évident que les politiques préconisées jusqu'ici ont montré leur limite et leur inefficacité et sont complètement dépassées dans le contexte de crise des finances publiques et de l'accroissement exponentiel des besoins lié à l'explosion démographique. L'Etat providence qui entretient une mentalité d'assisté est passé de mode à l'avantage de l'Etat incitateur qui doit aider, avec ses maigres ressources, les citoyens oeuvrant pour se prendre en charge. Dans cette optique, seul le couple prévoyance-assurances maladies pourrait permettre des progrès significatifs dans l'effort de résolution des problèmes de santé publique.

En d'autres termes, l'environnement normal et adéquat qui permet le développement de l'assurance-maladie est l'existence d'un régime obligatoire de protection maladie; le Togo ne fera pas exception à cette logique sans dommages. Comment y parvenir sans attendre une implication directe de l'état et sur la base des acquis actuels; tel sera la trame de nos suggestions

CHAPITRE III :

PERSPECTIVES ET SUGGESTIONS

3.1 Les lacunes de la branche assurance-maladie au Togo

La principale lacune de la branche maladie est sa contrainte de faire de la prévoyance par l'assurance.

L'assurance est certes une formule de protection sociale plus heureuse que toutes les autres techniques classiques de garantie (la responsabilité civile, l'assistance, l'épargne). En effet, elle permet le transfert de la responsabilité du sinistre sur un groupe : la mutualité. Toutefois, elle n'est pas adaptée à la prévoyance sociale car il y a une corrélation entre le prix de l'assurance et les prestations dispensées. En matière de prévoyance sociale, il ne doit pas y avoir de lien entre les prestations et les cotisations; étant entendu que le but poursuivi est de soulager les couches défavorisées. Alors qu'en assurance se couvre qui en a les moyens; en prévoyance, est couvert qui n'a pas les moyens. La prévoyance sociale utilise certes les techniques et concepts de l'assurance mais elle relève de la redistribution des revenus et exploite dans toute sa mesure les avantages de la loi des grands nombres.

Les assureurs ont donc intérêt à suggérer le concours de l'Etat en vue de la promotion d'institutions privées de Prévoyance Maladie (IPM). Le succès du montage d'un système de Prévoyance Maladie permettra l'atténuation des maux de l'assurance-maladie dont l'ampleur nous semble être un corollaire du cercle vicieux du régime d'assurance-prévoyance actuel : la fraude, le coût élevé des prestations, les infrastructures défaillantes, la limitation de la gamme des produits offerts, l'inadaptation des produits aux besoins et aux ressources des populations, l'absence de confiance entre les assureurs et la population, la défaillance des réseaux de distribution.

La réussite d'une transition vers l'assurance-maladie comme prestation complémentaire à un régime obligatoire de prévoyance-maladie dépend pour une bonne part de l'imagination, du sérieux et du professionnalisme dont saura faire preuve les assureurs; mais aussi de l'engagement de l'Etat. Quels appuis peut-on

raisonnablement solliciter des autorités?

3.2 Suggestions relatives aux mesures d'accompagnement de l'Etat.

Les mesures d'accompagnement suivantes pourraient être aisément accordées par l'Etat si effectivement le gouvernement togolais considère, en conformité avec le discours programme du Premier Ministre, que le capital humain est la plus grande richesse du Togo (¹⁸) :

rendre obligatoire la protection maladie pour permettre de bénéficier des avantages de la loi des grands nombres;

renforcer l'environnement judiciaire et légal pour la répression contre la fraude en assurance-maladie tant à l'égard de l'assureur complaisant, de l'assuré fraudeur que du professionnel de santé complice;

défiscaliser l'assurance maladie pour faire baisser les coûts et encourager sa consommation;

interdire les commissions en assurance-maladie à cause du caractère social de cette branche :

on pourrait être tenté de préconiser une mesure moins radicale, à savoir la limitation des commissions. L'expérience montre que pour les assurances obligatoires, lorsque la réglementation limite les commissions, les professionnels de l'assurance trouvent toujours les moyens de contourner la loi;

promouvoir, réglementer et contrôler la gestion d'institutions privées de prévoyance maladie (IPM) dans l'intérêt des populations. Les assureurs pourraient bénéficier de contrats de gestion de ces institutions (pour une diffusion des expériences acquises) sans toutefois être responsables de leur équilibre technique ;

réglementer le mode de financement des IPM afin de réaliser la redistribution des revenus. A ce titre, les sources de financement des IPM pourraient être :

+ des cotisations par prélèvement direct sur salaires

¹⁸ Une des conditions nécessaires pour qu'une population constitue un capital est qu'elle soit en bonne santé. Dans le cas contraire, elle est plutôt une charge; un handicap au développement.

+ des taxes sur les autres assurances de personnes.

+ les impôts sur les revenus des personnes physiques et morales.

L'Etat ne saurait s'engager franchement à soutenir les assureurs que si par leur sérieux et leur professionnalisme, ils s'attirent sa confiance.

3 - 3 Suggestions pour l'amélioration de la pratique de l'assurance-maladie.

1) Il serait judicieux que les assureurs diffèrent dans cette phase exploratoire leur appétit du gain pour une maîtrise technique et institutionnelle de l'assurance-maladie en renforçant une coopération entre professionnelles.

Cette approche du marché permettra :

- de créer un cadre propice à une saine concurrence.
- d'accroître l'efficacité dans la lutte contre la fraude par l'échange d'informations et d'expériences
- d'échapper aux enchères des intermédiaires d'assurances
- d'éviter de tomber dans le gouffre des enchères de garanties qui ne respectent pas les équilibres techniques.

Dans cette logique, les assureurs pourraient se passer des bénéfices techniques et se contenter des produits financiers:

En prenant pour référence le taux des produits financiers des risques divers (cette rubrique englobe les assurances-maladies) de 1990, 7%, il n'est pas impossible d'atteindre un taux de 10% avec plus d'habileté dans les placements financiers. Avec un taux de 10% pour un marché solvable de huit (8) Milliards ⁽¹⁹⁾, les produits financiers pourraient atteindre 800 millions de FCFA correspondant à environ 80% du chiffre d'affaire de l'ensemble des branches risques divers réalisé en 1991.

2) Les assureurs pourraient s'accorder pour concevoir des produits qui respectent la distinction entre garanties gros risques et garanties petits risques. Les contrats gros risques (exemple : garantie hospitalisation, interventions chirurgicales et actes de spécialistes) pourraient être totalement pris en charge par les employeurs avec un ticket modérateur réduit. Les contrats petits risques (garanties complémentaires aux

contrats gros risques) pourraient être proposés en option personnelle ou groupe aux salariés bénéficiaires d'une garanties gros-risques. Les garanties petits-risques pourraient être supportées par les travailleurs avec un ticket modérateur élevé et des plafonds. Cette approche du marché préparera la cohabitation de la prévoyance et de l'assurance.

3) Les assureurs devraient s'informer et étudier les avantages sociaux dont bénéficient les différentes catégories de travailleurs afin de concevoir des produits adaptés à leur situation (contractuels, militaires, marins, salariés expatriés, personnel d'établissements publics, parlementaires, personnel de la zone Franche, etc...). Ces produits compléteront ou renforceront les avantages dont ils bénéficient déjà. Ce pourrait être une pédagogie efficace d'éducation à l'assurance-maladie.

4) Les assureurs pourraient organiser des campagnes de sensibilisation et d'information sur l'assurance-maladie en vue de responsabiliser les différents partenaires de cette branche.

5) Les assureurs devraient organiser et renforcer les moyens d'action (en ressources matériels; humaines; informations) pour une lutte efficace contre la fraude. Il pourraient par exemple promouvoir un corps d'inspecteurs de sinistres chargés de veiller au grain et de poursuivre devant les tribunaux les auteurs de tentatives d'escroqueries en assurance avec une publicité dissuasive.

6) Pour la maîtrise des charges de remboursement des produits pharmaceutiques, les assureurs pourraient dresser chaque année une liste de produits de consommation courante et leurs équivalents de luxe coûtant plus cher. Un système de ticket modérateur à niveau variable selon la catégorie du produit utilisé pourrait décourager l'utilisation de produits pharmaceutiques de luxe sur le dos de l'assurance.

7) Toujours en vue de maîtriser les charges de remboursement des frais de santé, les professionnels de la santé et les pharmaciens pourraient être mis en concurrence par des appels d'offre dans le cadre de contrats de fourniture ou de prestation annuelle à tacite reconduction.

¹⁰ Confère page 16.

8) A propos des évacuations sanitaires qui grèvent sérieusement les portefeuilles de l'assurance-maladie, les assureurs ont intérêt à approfondir la réflexion pour déterminer si cette prestation est bien à sa place dans les contrats-maladies.

En effet, cette garantie rompt l'homogénéité du portefeuille. L'enveloppe minimum à prévoir pour une hospitalisation en France est de 60 millions de FCFA, non compris les frais de voyage qui pourraient s'effectuer sur civière (une civière correspond à trois places assises).

9) Pour compléter la convention assureurs-professionnels de santé, il importe de conventionner ces derniers afin que chaque assuré soit informé de la liste des cabinets, cliniques et pharmacies en relation privilégiée avec les assureurs pour éviter les méprises. Cette initiative pourra permettre la diffusion du système de tiers-payants plus confortable pour les bénéficiaires et plus efficace dans la lutte contre la fraude.

10) Le recours aux prestations en nature ne doit pas échapper aux assureurs car cette alternative présente des avantages certains:

- . elle limite les détournements.
- . elle pourrait permettre d'améliorer l'infrastructure sanitaire nationale si les assureurs prennent l'initiative, avec des partenaires intéressés (entreprises, CNSS, privés, organismes internationaux), d'investir en infrastructure, équipement, formation.

Les assureurs ont dès à présent les moyens d'encourager la création de centres médico-sociaux inter-entreprises en pratiquant des rabais sur les tarifs des entreprises dont les salariés bénéficient des prestations normales d'un centre médico-social. Les rabais seront fonction du niveau et de la qualité des soins fournis par ces centres.

11) Pour la qualité du service, et la maîtrise de la fraude, les assureurs pourraient monter un réseau d'assistantes sociales qui seraient en outre chargées de l'éducation des assurés.

Ceci permettrait de contenir la pratique de la médecine parallèle. Les assistantes sociales pourraient aussi faire office de réseau de distribution de l'assurance-maladie.

12) Finalement, les assureurs doivent rechercher à coopérer avec les acteurs de la

société civile (associations, corporations, syndicats, ONG, autorités publiques et notamment la toute nouvelle Direction Générale du Développement Social) pour penser un système de prévoyance-maladie libéral dans lequel ils apporteront leur savoir-faire.

13) Une fois la phase exploratoire terminée, la généralisation de l'assurance pourrait être entamée au niveau des populations suivantes :

population scolarisée, population en apprentissage professionnelle.

La conquête de ces populations est stratégique pour plusieurs raisons :

elle représente une tranche importante de l'ensemble de la population togolaise (> 50 %) ;

c'est un bon risque du fait de la jeunesse de ces populations ;

elles constituent un bon investissement pour l'avenir car, une fois habituée à la consommation des produits d'assurances pendant la jeunesse, parvenus à l'âge de la responsabilité, leurs éléments seront plus accessibles à l'assurance.

14) Les assureurs doivent notamment faire preuve d'imagination pour concevoir des produits de gestion simple susceptibles d'intéresser les travailleurs de l'économie informelle souvent allergiques aux formalités administratives. Comme nous l'avions estimé dans l'étude de marché, l'économie informelle représente la plus grande part du marché solvable de l'assurance-maladie (59%) qu'on ne saurait se permettre d'ignorer.

Il pourrait s'agir de garanties gros risques avec une clause de prise en charge (tiers-payant) et remboursement forfaitaire de frais pharmaceutiques.

La remarque suivante termine nos suggestions :

l'assurance-maladie revêt un enjeu capital pour la population togolaise toute entière et spécifiquement pour l'avenir du marché togolais de l'assurance.

Politiquement, son caractère social doit être constamment rappelé ; commercialement, l'assurance-maladie devrait être considérée comme un produit d'appel qui améliorera l'image de marque de l'assureur et entretiendra un climat de confiance entre lui et la population.

CONCLUSION

Contrairement à une idée reçue, il existe des régimes de protection-maladie obligatoires au Togo. Ces régimes concernent exclusivement les travailleurs salariés togolais. ils demeurent à un stade embryonnaire et ont été initiés de manière parcellaire en l'absence d'un plan général de prévoyance-maladie. Ces régimes recourent abusivement à l'auto-assurance.

Parallèlement, les assureurs prennent des initiatives en assurance-maladie sans une grande préoccupation de l'existant, ce qui nous semble une démarche hasardeuse.

L'expérience des cinq (5) dernières années dans la branche maladie confirme que le risque de maladies constitue un marché substantiel qu'il faut néanmoins aborder avec beaucoup de précautions et des encouragements de l'Etat.

Les préoccupations sociales et politiques de l'Etat sont bien connues qu'il importe de concilier avec la loi du profit qui s'impose aux assureurs.

Entre la prévoyance qui a pour priorité les couches sociales défavorisées et l'assurance qui est un luxe pour les classes sociales aisées, l'assureur togolais saura-t-il s'en tirer à bon compte ? La question reste toute entière pour laquelle nous avons essayé d'initier une réflexion.

Notre étude demande à être approfondie à bien des égards :

- sur le plan de la situation sanitaire des populations togolaises ;
- sur le plan des expériences des autres pays du marché CIMA ;
- sur le plan des systèmes populaires de protection sociale ;
- sur le plan de la réassurance ;
- sur le plan fiscal et budgétaire.

Puissent nos réflexions et suggestions susciter d'autres recherches ! nous aurions oeuvré utile.

BIBLIOGRAPHIE

- Cours d'assurances individuel accident-maladie de Madame REINHARDT Povi
niveau BTS
- Le Code de la Sécurité Sociale du Togo
- Le Code du Travail du Togo
- Le Statut Général de la Fonction Publique du Togo
- Convention de l'OCAM du 29 Janvier 1971
- Convention n° 102 de l'OIT
- Décret n° 89/40 pris en application de la loi n° 89/14 portant statut de la Zone
Franche
- L'Argus 2170 - 31 - 8 - 1990
- Economie et Société Togolaise : chiffres, tendances et perspectives, cahier 1990
- La Sécurité Sociale au Togo et l'Economie Nationale, Babassi KAGBARA, 1976
- Convention du 18 Août 1993 entre le Comité des Assureurs du Togo et le Conseil
National de l'Ordre des médecins, pharmaciens, chirurgiens, dentistes et médecins
vétérinaires.
- La Convention Collective des Banques, Assurances et Etablissements Financiers du
Togo.

AVENANT A LA CONVENTION DU 18 AOÛT 1993
ENTRE LE COMITE DES ASSUREURS DU TOGO ET LE CONSEIL
NATIONAL DE L'ORDRE des médecins, pharmaciens, chirurgiens
dentistes et médecins vétérinaires

Les deux parties après discussions ont convenu de ce qui suit :

ANNEXE

TARIF EN VIGUEUR SUIVANT LA NOMENCLATURE DES ACTES MEDICAUX ET
BIOLOGIQUES

NATURE DES SOINS PAR SPECIALITE	LETTRES CLES	MAXIMUM (F.CFA)
OMNIPRATICIENS		
- Consultation	C	5.000
- Consultation de nuit . .	CN	6.500
- Visite de jour, de nuit et du dimanche	V	10.000
SPECIALISTES		
- Consultation	CS	6.500
- Consultation de nuit . .	CSN	7.500
- Visite de jour, de nuit et du dimanche	VS	12.500
CHIRURGIE		
- Actes de chirurgie, anesthésie, spécialité . .	K et KC	900
- frais de bloc	K	1000
ELECTRO-RADIOLOGIE		
- Electro-radiologiste qualifiés	ZG	650
- Spécialiste de l'appareil digestif	ZG	650
- Pneumo-phtisiologue qualifié	ZM	600
- Rhumatologue qualifié .	ZM	600
- Autres	ZP	500

NATURE DES SOINS PAR SPECIALITE	LETTRES CLES	MAXIMUM (F.CFA)
ANALYSES BIOLOGIQUES	ZE	500
- Analyses & examens de laboratoire	B	130
- Prélèvement biologique	KB	750
CHIRURGIEN DENTISTE		
- Consultation	C	5.000
- Visite	V	10.000
- Consultation de nuit . .	CN	6.500
- Extraction, chirurgie .	D ou DC	800
- Soins conservateurs et preventifs effectuées par chirurgien dentiste . .	SCP	900
stomatologue	SPM	900
AUXILIAIRES MEDICAUX		
- Masseur	AMM	650
- Infirmier	AMI	500
- Pédicure	AMP	650
- Orthophoniste	AMO	650
- Orthopédiste	AMY	650
- Assistant Médicaux . .	AMS	650
- Sage-femme	SI	650
- Soins infirmiers par sage-femme	SFI	500

FORFAIT MAXIMUM JOURNEE

MEDECINE	1ère catégorie	14.500
	2ème catégorie	7.500
	3ème catégorie	5.500
CHIRURGIE	1ère catégorie	15.500
	2ème catégorie	9.000
	3ème catégorie	6.500
SOINS INTENSIFS	Hors catégorie	19.500

FORFAIT MAXIMUM ACCOUCHEMENT

ACCOUCHEMENT	SAGE-FEMME	MEDECIN
Simple	20.000	45.500
Gémellaire	30.000	65.000

Toutes les autres dispositions sont inchangées.

Fait à Lomé le 18 mai 1994.

Pour Le Comité des Assureurs du Togo

Pour Le Conseil National de l'Ordre
des médecins, pharmaciens, chirurgiens-
dentistes et médecins vétérinaires

Mr NAMBEA Kossi

Pr Etienne NAKPANE

Dialyse péritonéale :	
• pose d'un cathéter permanent	30
• surveillance d'une séance de dialyse péritonéale périodique par un médecin présent en permanence, y compris les interventions pour incidents ou acci- dents éventuels	20
• séance de dialyse péritonéale pour insuffisance rénale aiguë (y compris la pose et le changement de cathéter). Cet honoraire peut s'ajouter aux hono- raires prévus au titre XV (Actes divers), chapitre II (Réanimation continue)	50

CHAPITRE III. — ESTOMAC ET INTESTIN

Tubage pour études biologiques des liquides gastriques et duodénaux	10
II Gastroscope	30
• avec biopsie	40
Gastrobiopsie par sonde à aspiro-section	10
II Endofibroscopie œsogastro-duodénale	40
II Avec biopsie ou ablation d'une tumeur bénigne	50
II Endofibroscopie sélective avec cathétérisme des voies biliai- res, pancréatiques ou les deux, avec ou sans biopsie, avec un cliché radiographique	100
Biopsie du grêle par sonde à aspiro-section, y compris le contrôle radioscopique	30
XVII Rectosigmoïdocolofibroscopie jusqu'à l'angle gauche	30
• avec biopsie(s), quel qu'en soit le nombre	40
• avec ablation d'un ou plusieurs polypes et éventuel- lement biopsie(s), quel qu'en soit le nombre	50
Rectosigmoïdocolofibroscopie au-delà de l'angle gauche avec établissement d'un compte rendu détaillé	50
• avec biopsie(s), quel qu'en soit le nombre	60
• avec ablation d'un ou plusieurs polypes et éventuel- lement biopsie(s), quel qu'en soit le nombre	70
Rectosigmoïdocolofibroscopie totale, au-delà de l'angle droit, avec établissement d'un compte rendu détaillé	80
• avec biopsie(s), quel qu'en soit le nombre	90
• avec ablation d'un ou plusieurs polypes et éventuel- lement biopsie(s), quel qu'en soit le nombre	100
Lavage d'estomac	10
Changement de sonde à demeure (type gastrostomie)	5
Traitement d'une perforation d'ulcère gastro-duodénal par aspiration continue, suivie ou non d'intervention, par jour (maximum trois jours)	15
Aspiration continue et rééquilibration hydro-électrolytique concomitante pour occlusion intestinale suivie ou non d'intervention, par jour	10
Cet acte effectué au cours ou à la suite d'une intervention est couvert par le coefficient global de cette intervention.	
Ouverture ou abouchement à la peau d'un viscère digestif ..	60 KC 30
Traitement chirurgical des ulcères gastro-duodénaux ou d'autres lésions de l'estomac par gastrectomie des 2/3 ; vagotomie accompagnée de pyloroplastie, de gastro- entérostomie ou d'antrectomie	150 KC 80
Gastrectomie totale	200 KC 110
Gastrectomie élargie avec splénectomie ou pancréatectomie partielle	250 KC 110

Intervention itérative sur l'estomac comportant dégastro-entérostomie plus gastrectomie	200 KC 110
Traitement chirurgical des fistules cutanées des viscères creux	100 KC 35
Toute anastomose entre deux viscères ou deux segments de viscères digestifs	100 KC 75
Traitement chirurgical des anomalies anatomiques ou fonctionnelles de la jonction gastro-œsophagienne ou du diaphragme	150 KC 75
Traitement chirurgical de la sténose hypertrophique du pylore	80 KC 35
Réséction segmentaire du grêle	100 KC 60
Laparotomie pour syndrome occlusif ou péritonéal du nouveau-né (y compris le traitement des lésions viscérales éventuelles)	150 KC 90
Plasties intestinales ou mésentériques pour prévention ou traitement des occlusions du grêle, quelle que soit la technique	150 KC 90
Traitement de l'invagination intestinale par lavement baryté (sous contrôle radiographique, toute surveillance comprise, avec clichés)	30
Ablation de l'appendice	50 KC
L'ablation de l'appendice effectuée au cours d'une intervention et à la faveur d'une incision pratiquée pour une affection autre que l'appendicite ne peut donner lieu à honoraires. Elle n'est cotée que si elle nécessite une laparotomie particulière.	
Ablation du diverticule de Meckel	60 KC 30
Colectomie segmentaire avec ou sans rétablissement immédiat de la continuité	120 KC 75
Hémi-colectomie élargie	150 KC 90
Colectomie totale	250 KC 130

CHAPITRE IV. — FOIE, VOIES BILIAIRES, PANCRÉAS

Cholécystotomie ou cholécystostomie	60 KC—30
Cholécystectomy	80 KC 40
Cholédocotomie ou hépaticotomie avec ou sans cholécystectomy	150 KC 90
Majoration pour intervention itérative sur les voies biliaires	30 KC 20
Reconstitution de la voie biliaire principale après interruption de sa continuité	200 KC 110
Anastomose bilio-digestive directe sur la voie biliaire principale	150 KC 60
Anastomose bilio-digestive sur la voie biliaire principale par l'intermédiaire d'une anse grêle	200 KC 90
Anastomose bilio-digestive sur un canal biliaire hilair ou intra-hépatique y compris les anastomoses viscérales complémentaires	250 KC 130
Chirurgie transduodénale de la papille et de l'ampoule de Vater	100 KC 60
Drainage d'un abcès du foie	60 KC 30
Traitement par laparotomie des kystes hydatiques du foie	100 KC 30
Traitement des lésions étendues, complexes ou multiples du foie nécessitant une thoracophréno-laparotomie	200 KC 110
Réséction segmentaire du foie	120 KC 40
Hépatectomie réglée	250 KC 130