

---

## Actes de la deuxième conférence internationale sur la Francophonie économique

### *L'ENTREPRENEURIAT ET L'INSERTION PROFESSIONNELLE DES JEUNES ET DES FEMMES EN AFRIQUE FRANCOPHONE*

Université Mohammed V de Rabat, 2-4 mars 2020

---

## IMPACTS DES TRANSFERTS DE FONDS DES MIGRANTS SUR LES DÉPENSES DE SANTÉ DES MÉNAGES AU TOGO

**Kokouvi Kunalè MAWUENA**

Doctorant à l'Université de Lomé-Togo  
ERECI, FASEG, Université de Lomé  
[syl.mawuena@gmail.com](mailto:syl.mawuena@gmail.com)

**Mawussé Komlagan Nézan OKEY**

Enseignant Chercheur à l'Université de Lomé-Togo  
ERECI, FASEG, Université de Lomé  
[mawusse2000@gmail.com](mailto:mawusse2000@gmail.com)

**Résumé :** Les transferts de fonds des migrants ont connu une croissance remarquable au Togo passant de 337 millions de dollars en 2010 à 510 millions de dollars en 2019. En 2018, ils représentaient 8,2% du PIB; cela témoigne de leur importance dans l'économie togolaise. Les dépenses privées de santé par habitant sont passées de 8,2% à 23% entre 2000 et 2016. Malgré l'importance des transferts, les informations relatives à leurs impacts sur les dépenses de santé des ménages sont insuffisantes. L'objectif est d'évaluer les impacts des transferts de fonds des migrants sur les dépenses de santé des ménages. La méthode d'appariement des scores de propension a été utilisée pour comparer l'utilisation des services de santé par les ménages avec ou sans migrants. Les résultats obtenus permettent d'affirmer que les transferts des migrants ont un effet positif mais non significatifs sur les dépenses de santé des ménages. Une possible explication peut être donnée par la prise en charge des dépenses par l'assurance maladie ; l'Institut national d'assurance maladie (INAM). Nos résultats suggèrent que la migration contribue peu ou pas aux dépenses de santé des ménages.

**Mots clés :** Transferts de fonds, dépenses de santé, score de propension

Les idées et opinions exprimées dans les textes sont celles des auteurs et ne reflètent pas nécessairement celles de l'OFE ou celles de ses partenaires. Aussi, les erreurs et lacunes subsistantes de même que les omissions relèvent de la seule responsabilité des auteurs.

### 1. Introduction

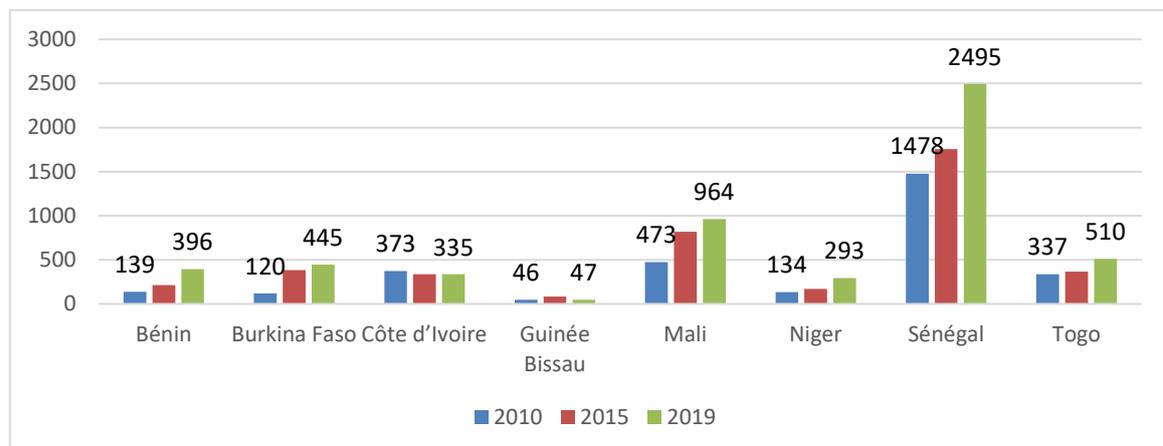
Durant ces dernières décennies, plusieurs travaux de chercheurs ont porté sur la contribution de la migration et des transferts des fonds des migrants sur le bien-être des pays. Certaines recherches ont déjà mis en évidence l'importance des transferts des fonds des migrants sur la croissance économique, le revenu des ménages, le niveau d'éducation et la santé et la réduction de la pauvreté. En effet, il est généralement

reconnu que les transferts des migrants peuvent réduire la pauvreté et les inégalités. Ils contribuent également à promouvoir les investissements dans le capital humain (santé, éducation), à encourager les décisions entrepreneuriales (Adam and Page, 2005; Bertoli, 2010 ; Woodruff and Zenteno, 2007 ; Adam and Cucuecha, 2010 ; Yang, 2008). A contrario, la migration peut avoir un effet négatif sur la santé et l'éducation des enfants, accroître le travail des enfants et créer un hasard moral sur le marché du travail (Kandel and Kao, 2001 ; Mckenzie and Rapoport, 2006).

Selon un rapport des Nations Unies<sup>1</sup>, le monde comptait 272 millions de migrants internationaux en 2019 soit une augmentation de 51 millions par rapport en 2010. Ces dernières ne représentent qu'une faible part de la population mondiale : environ 3,5 % contre 2,8% en 2000, selon les nouvelles estimations publiées par les Nations Unies. En 2019, à l'échelle régionale, l'Europe accueille le plus grand nombre de migrants internationaux (82 millions), suivie de l'Amérique du Nord (59 millions), de l'Afrique du Nord et de l'Asie occidentale (49 millions).

La contribution majeure de la migration est qu'elle draine souvent des flux financiers des pays d'accueil vers les pays d'origine des migrants. Le mouvement se fait le plus souvent des pays développés vers les pays en développement. D'après la banque mondiale en 2019, la somme des envois de fonds des pays riches vers les pays à revenu faible et intermédiaire atteint 550 milliards de dollars<sup>2</sup>. Ce chiffre pourrait faire du transfert d'argent la principale source de financement extérieur des pays en développement. La part orientée vers le continent africain est estimée à 48 milliards de dollars. De 2010 à 2019, les envois de fonds vers les pays de l'Union économique et monétaire ouest africaine (UEMOA) ont régulièrement progressé. Le graphique 1 présente l'évolution de ces transferts. En effet, selon le graphique, le Sénégal est le pays de l'UEMOA qui a le plus reçu de transferts des migrants entre 2010 à 2019. Il est suivi respectivement du Mali et du Togo. La Guinée Bissau est le pays qui a le moins reçu de transferts sur la même période.

**Graphique 1 : Evolution des transferts de fonds dans l'UEMOA de 2010 à 2019 en million de US\$**



Source : Auteur à partir des données de la Banque Mondiale

<sup>1</sup> Rapport des Nations Unies publié le 17/09/2019

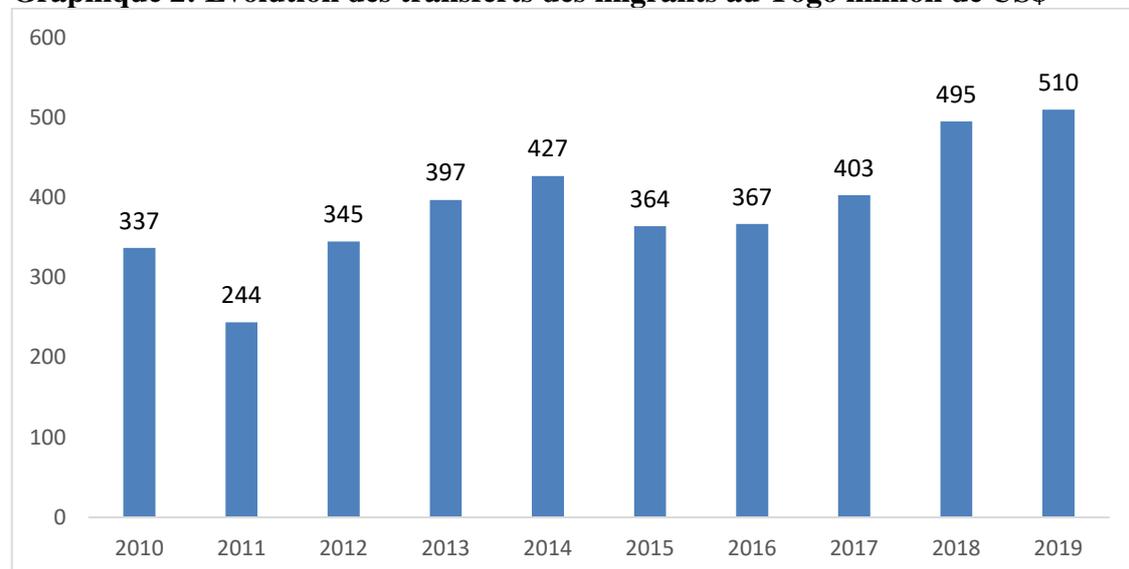
<sup>2</sup> Dernier rapport de la Banque mondiale publié le 09/09/2019 par le Knomad.

Pour beaucoup de ces pays, le volume des transferts dépasserait l'aide publique reçue de la coopération internationale. Ce qui en fait effectivement la principale source de capitaux extérieurs après les apports d'investissements directs étrangers (BM).

Cette assertion est aussi valable pour le Togo où la question du transfert de fonds des migrants constitue une des questions stratégiques au cœur des efforts visant à parvenir à l'intégration effective de la migration dans le développement. Les informations recueillies indiquent que la diaspora togolaise est l'une des plus généreuses du continent en termes d'envoi de fonds et que cet appui sert, pour l'essentiel, à maintenir l'équilibre économique et financier des familles.

Les statistiques disponibles auprès de la banque mondiale, révèlent d'importantes opérations de transfert de fonds de la diaspora togolaise vers le Togo. L'évolution globale des montants transférés de 2010 à 2019 est marquée par une croissance régulière. Cette tendance à la hausse du montant global des envois de fonds des Togolais de l'étranger se confirme comme le montre le graphique 2 ci-après.

**Graphique 2: Evolution des transferts des migrants au Togo million de US\$**



Source : Auteur avec les données de la Banque Mondiale

Des études récentes réalisées au Salvador et aux Philippines ont prouvé que les ménages bénéficiaires utilisent les transferts reçus pour faire des investissements cruciaux pour l'avenir, ce qui entraîne une augmentation de la scolarisation des enfants, une réduction du travail des enfants et une plus grande activité entrepreneuriale. Une étude de 2007, qui comprenait l'Équateur, a révélé que les envois de fonds avaient un impact positif sur la réduction de la pauvreté au niveau des ménages (14). Compte tenu des déterminants sociaux de la santé, ces investissements peuvent avoir un impact considérable sur les résultats de santé des individus et des populations

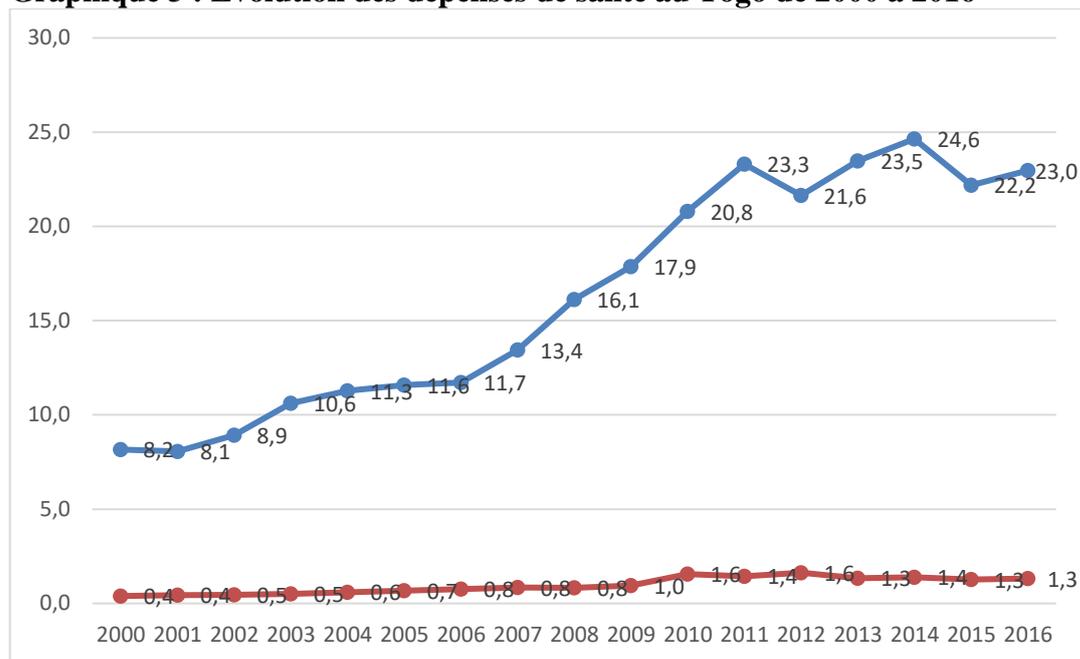
Ces transferts de fonds des Togolais de l'extérieur représentent une part substantielle du PIB réel du pays passant de 8,76 % en 2010 à 8,2% en 2018 (WDI online).

Bien qu'il ne s'agisse pas d'un phénomène nouveau, il est de plus en plus reconnu comme un facteur important dans le schéma actuel de mondialisation économique. Plus

précisément, les économistes et les décideurs s'intéressent aux énormes sommes d'argent provenant des pays d'accueil des migrants vers les pays d'origine, le plus souvent des pays à revenu élevé vers ceux à revenu moyen / faible.

Les dépenses de santé ont connu une augmentation plus rapide que la croissance de l'économie mondiale ces dernières années soit 10% du produit intérieur brut (PIB) mondial. Selon un nouveau rapport de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) sur les dépenses en santé dans le monde, celles-ci augmentent rapidement, en particulier dans les pays à revenu faible ou intermédiaire, où l'augmentation est de 6% par an en moyenne contre 4% dans les pays à revenu élevé. Les dépenses en santé sont assumées par les administrations publiques, par les individus qui paient leurs propres soins (paiements directs) et par d'autres entités telles que les régimes d'assurance-maladie facultative, les régimes prévus par les employeurs et les organisations non gouvernementales et les partenaires. Les dépenses en santé d'un pays sont assumées à 51% en moyenne par les administrations publiques et à plus de 35% par les individus sous forme de dépenses directes. L'une des conséquences de cette situation est que, chaque année, 100 millions de personnes plongent dans l'extrême pauvreté. Au Togo, les dépenses privées de santé par habitant sont passées de 8,2% en 2000 à 23% en 2016<sup>3</sup> (Graphique 3 ; WDI online).

**Graphique 3 : Evolution des dépenses de santé au Togo de 2000 à 2016**



--- Dépenses intérieures de santé privées par habitant (en \$US)

--- Dépenses générales de santé des administrations publiques nationales (en % du PIB)

Source : Auteurs à partir des données de la Banque Mondiale

Plusieurs travaux ont tenté d'évaluer l'impact des envois de fonds des migrants dans les pays d'origine ou de destination (Adams, 2011 ; Adams and Cucuecha, 2013 ; Azizi, 2018). Trois types de travaux émergent dans la littérature. La première série cherche à mesurer l'effet des envois de fonds des migrants sur le développement économique des pays d'origine des migrants (Adam and Page, 2005 ; Adams, 2011 ; Adams and Cucuecha, 2013 ; Azizi, 2017 ; De Haas, 2010 ; Afawubo and Couchoro, 2017...). La

<sup>3</sup> <https://databank.banquemondiale.org/source/health-nutrition-and-population-statistics#>

deuxième série de travaux tranche en faveur de l'inexistence d'un effet statistiquement significatif des envois de fonds des migrants sur le développement économique (Clément, 2011 ; Yang, 2011). Cependant, il est aussi argumenté que l'impact des envois de fonds des migrants peut être analysé via leur utilisation par les bénéficiaires (Mora – Rivera and al, 2019). Par ailleurs, pour les tenants de l'effet positif des envois de fonds des migrants sur le bien – être des ménages bénéficiaires, il est argumenté que ces fonds servent plutôt à la consommation finale des ménages cependant, des travaux plus récents ventent l'évidence d'un impact positif sur les investissements des ménages dont les dépenses de santé. A contrario, d'autres études de cette catégorie montrent également un effet nul ou inexistant. Ce qui prouve que la relation entre les transferts des fonds des migrants sur le bien être des ménages reste ambigu et nécessite encore des études de cas pour éclairer la littérature. Concernant le Togo, quelques études ont été réalisées mais il s'agit des études macroéconomiques : Atake (2018), Afawubo et Couchoro (2017). A notre connaissance aucune étude microéconomique n'a été réalisée sur le phénomène-

Eu égard à l'analyse de l'importance de la contribution des transferts des migrants au dépenses de santé des ménages, il se dégage des preuves empiriques montrant que la migration semble améliorer le bien-être des personnes dans leur pays d'origine. Malgré l'importance des transferts de fonds drainée par la migration, les informations liées à leurs effets sur la santé sont insuffisantes, en particulier si les transferts de fonds ont un impact positif sur l'utilisation des services de santé des ménages au Togo. Quel est le rôle des transferts de fonds des migrants dans l'état de santé des ménages bénéficiaires au Togo ? Notre article évalue les impacts des transferts de fonds des migrants sur les dépenses privées de santé des ménages au Togo. Cet objectif est atteint en comparant les indicateurs de santé des ménages avec et sans migrants et en contrôlant leur caractéristique observable par des techniques d'appariement.

Cet article vise à fournir des conseils aux décideurs politiques sur la manière d'intégrer les transferts de fonds dans les stratégies de développement du pays.

## **2. Revue de la littérature sur l'impact sanitaire des transferts de fonds des migrants**

La pertinence de la relation entre les transferts de fonds des migrants et la santé des populations des pays récipiendaires a été démontrée par d'innombrables études. Ces diverses études constituent pour les chercheurs, les leviers d'analyse théoriques et empiriques des mécanismes par lesquels les fonds transférés par les migrants affectent les dépenses de santé des familles des migrants. Dans cette revue nous présenterons d'abord les points de vue théoriques des divers auteurs et ensuite les résultats des études empiriques s'y afférant.

Dans le cadre des travaux théoriques, Rosenstock-Strecher, et Becker (1988) ont mis en place un modèle qui tente d'expliquer les déterminants de la demande de santé. Ils se concentrent sur l'attitude et les croyances de l'individu, et sur leur état de santé. Les fonds transférés par les migrants dans leur pays d'origine ont été ajouté comme l'un des facteurs explicatifs du modèle. Ils concluent alors que l'ampleur des transferts de fonds dépend de l'existence d'une motivation suffisante : la croyance que l'on est vulnérable à un problème de santé grave, la croyance selon laquelle le respect d'une recommandation particulière en matière de santé serait bénéfique pour réduire la

menace perçue à un coût subjectivement acceptable (le coût désigne les obstacles perçus qui doivent être surmontés afin de suivre la recommandation en matière de santé notamment le côté financier). Ce même point est défendu par des auteurs comme Ambrosiuse et Cuecuecha (2013) ; Cevallos et Chi (2012) ; Ponce et al (2011) ; ces auteurs notent que le recours aux transferts de fonds est davantage associé aux situations d'urgence qu'aux soins préventifs car ces derniers allègent le fardeau de la dette des ménages avec des migrants en cas de crise de santé. Hildebrandt et McKenzie (2005), partant de la fonction de production de Grossman (1972) dans laquelle l'état de santé et la durée de la vie sont considérés comme la conséquence des choix individuels et collectifs d'investissement en santé avec pour but de cerner les canaux par lesquels les envois de fonds impactent la santé des ménages des migrants, montrent par la méthode de la variable instrumentale que les enfants dans les ménages des migrants ont des taux de mortalité infantile plus bas que ceux des enfants provenant des ménages des non migrants. Ils révèlent que ces envois ont une répercussion sur l'acquisition des connaissances en matière de santé, connaissances qui peuvent aussi être transmises d'une famille de ménages migrants vers ceux des non-migrants dans la même communauté. Selon eux, le moyen le plus évident par lequel la migration peut avoir une incidence positive sur l'état nutritionnel des enfants est l'augmentation du revenu et de la richesse des ménages, puis la capacité des ménages à acheter des intrants nutritionnels et médicaux. Les envois de fonds affectent ainsi la santé des membres des ménages des migrants, en assouplissant les contraintes de liquidité qui, autrement, restreindraient l'accès aux soins de santé (Amuedo-Dorantes and Pozo, 2009).

L'analyse des effets des transferts de fonds sur les performances de santé n'a pas uniquement fait l'objet des travaux théoriques, elle a aussi fait l'objet de plusieurs travaux empiriques. Ainsi partant de données macroéconomiques, Chauvet et al (2009) montrent à travers un panel de 109 pays en développement que les transferts des migrants et l'aide publique réduisent significativement les taux de mortalité infantile et infanto-juvénile représentant le développement humain.

Dans son étude portant sur le Togo, Atake (2018) montre que la migration joue un rôle important dans l'amélioration et l'utilisation des services de santé maternelle et infantile au Togo. La preuve est que la migration contribue grandement à l'amélioration de la naissance à l'hôpital, l'aide aux accouchements qualifiés, soins prénatals et postnataux au Togo. Les résultats de l'étude sont conformes à celles des études antérieures dans les pays en développement, qui ont montrées que la migration, par le biais des transferts, améliore l'accès à la santé des enfants, la santé maternelle et l'utilisation des soins de santé de qualité et réduit par conséquent le taux de mortalité infantile. Ces résultats suggèrent alors que l'on peut améliorer sensiblement les services de santé maternelle et infantile notamment en mettant en œuvre des politiques assurant l'utilisation efficiente des fonds transférés par les migrants tout comme le modèle des pays africains subsahariens, tels que le Mali et la république démocratique du Congo (RDC), où les transferts des migrants contribuent énormément à la construction d'infrastructures sanitaires (hôpitaux et cliniques), ce qui permet d'améliorer à la fois la santé des familles des migrants et des non-migrants dans les pays d'origine.

### 3. Approche méthodologie d'analyse de l'impact des transferts de fonds des migrants

Nous nous inspirons de la méthode d'appariement qui provient de la contribution fondamentale de Rosenbaum et Rubin reprise par Atake (2018) pour réaliser l'analyse d'impacts. L'idée fondamentale de l'appariement statistique est d'identifier un nombre suffisant de candidats qui ressemblent étroitement aux unités traitées dans un vaste réservoir de potentielles observations comparables. La correspondance du score de propension est utilisée pour examiner l'impact des transferts de fonds des migrants sur l'utilisation des services de santé maternelle et infantile. La méthode compare l'utilisation des services de santé par les ménages ayant un migrant dans leur ménage avec ceux n'ayant pas de migrant dans leur ménage. De manière assez générale, la méthode consiste à estimer le modèle suivant :

$$Y_i = f(X_i, D_i) + \mu_i$$

Les ménages de l'échantillon peuvent avoir un migrant,  $D_i = 1$  ou non,  $D_i = 0$ . Pour le ménage  $i$ ,  $Y$  représente les indicateurs d'utilisation des services de santé suivants : Consultation, prise de tension, hospitalisation, analyse médicale, vaccination, soins prénatal, soins post natal, bilan de santé, accouchement etc...

#### Procédure du score de propension et estimation des effets du traitement

Alors que les bénéficiaires ayant un migrant dans leur ménage diffèrent des bénéficiaires sans migrant selon les covariables de référence, les ménages traités (t) seront différents des personnes témoins (c), introduisant potentiellement un biais dans les estimations des impacts des transferts de fonds des migrants. Il est donc important de classer les ménages bénéficiaires potentiels dans les groupes t et c avant l'analyse des données. Nous avons donc sélectionné clés qui, à notre avis, pourraient avoir un effet à la fois sur la migration et sur l'utilisation des services de santé.

#### Analyse descriptive des variables

Ce qui précède nous permet d'identifier les variables tableau ci-dessous comme des variables d'appariement.

**Tableau 1 : variables et mesure**

Variables	Mesure
<b>Variable Expliquée</b>	
Dépenses de santé des ménages	
<b>Variable explicative</b>	
Age du chef de ménage	
Sexe du chef de ménage	1. Homme, 2. Femme
religion,	1. Musulman, 2. Chrétien
niveau d'éducation	1. Primaire, 2 secondaire, 3. Supérieur
taille du ménage	Nombre d'individu
accès à l'eau potable	1. Oui, 0. Non
possession de logement	1. Oui, 0. Non
Assainissement	1. Oui, 0. Non
milieu de résidence,	1. Urbain, 2. Rural
Région	1. Maritime, 2. Plateaux, 3. Centrale, 4. Kara, 5. Savanes
Indice de richesse	1. Pauvre, 2. Plus pauvre, 3. Riche, 4. Plus riche
Possession de moyen de déplacement	

### Construction des scores de propension

La régression logit a été utilisée pour estimer les scores de propension dont l'équation est la suivante :

$$\begin{aligned} \text{Score de propension} &= \text{Logit prévu } (T=t) \\ &= b_0 + b_1X + b_2X^2 + b_3X^3 + \dots + b_{12}X^{12} \end{aligned}$$

$T$  = le traitement (réception de transfert)

$t=1$  si le ménage reçoit de transfert et  $t=0$  si non

$X_i$  = vecteur de variables explicative

Nous avons ensuite fourni des estimations de densité de noyau des scores de propension pour ménages avec des migrants et des échantillons de groupe témoin. Étant donné que les deux groupes peuvent différer sur les covariables de référence, nous avons utilisé une méthode d'équilibrage des groupes pour atteindre l'équilibre.

### Groupe d'équilibrage : correspondance

La principale méthode utilisée est celle du voisinage le plus proche. Cette méthode d'appariement consiste à sélectionner une unité en condition d'appariement et à comparer son score de propension avec une unité en condition  $c$  qui a le score de propension le plus proche. La paire correspondante est retirée de la base de données et le processus se poursuit jusqu'à ce que toutes les paires correspondent. Pour éviter une "non-concordance", nous spécifions un pied à coulisse pour établir une distance maximale entre les scores de propension des deux groupes. Nous avons utilisé un pied à coulisse de 0,25 écart type de différence dans les scores de propension.

## **Contrôle du solde des covariables**

La procédure consiste à établir si, lors de l'étape d'équilibrage des groupes, nous avons pu atteindre l'équilibre sur chacune des covariables de base utilisées dans le calcul des scores de propension. Un bon score de propension devrait aider à équilibrer la distribution des variables sélectionnées dans les deux groupes. Ainsi, nous avons présenté des graphiques comparant la différence moyenne normalisée entre les conditions *t* et *c* avant et après l'appariement sur les scores de propension.

## **Analyse de sensibilité pour les estimateurs d'appariement**

La méthode d'appariement utilisée est basée sur l'hypothèse d'une indépendance conditionnelle avec des caractéristiques observables. Cette hypothèse peut ne pas être satisfaisante si nous ajoutons une caractéristique non observée au modèle en plus des caractéristiques observables. Pour vérifier la robustesse des résultats, nous avons utilisé l'analyse de sensibilité proposée par Nannicini et l'approche de délimitation proposée par Becker et Caliendo.

## **Analyse de sensibilité basée sur la simulation**

Supposons que l'hypothèse d'indépendance conditionnelle n'est pas satisfaite, mais elle l'est si une variable binaire supplémentaire peut être observée. Ce facteur de confusion potentiel peut être simulé dans les données et utilisé comme covariable supplémentaire en combinaison avec l'estimateur d'appariement. Le rapprochement des deux estimations : celles appariées et celles non appariées sur le facteur de confusion simulé montre la robustesse des résultats de référence.

## **Approche limitative**

Il est question de déterminer quand est-ce qu'une variable non observable peut avoir une influence sur le processus de sélection afin de limiter les implications de l'analyse d'appariement. Les limites de Rosenbaum fournissent des preuves de la mesure dans laquelle les résultats significatifs dépendent de l'hypothèse d'indépendance conditionnelle. Pour la sensibilité dans le calcul de l'impact par effet de traitement moyen sur le traité (ATT), cette étude utilise également la correspondance de rayon et la correspondance de noyau. Toutes les estimations ont été faites avec le logiciel STATA 15.

Les données utilisées dans cet article proviennent de l'enquête du questionnaire des indicateurs de base de bien-être réalisée entre le 15 Août et le 05 Septembre 2015 par l'Institut national de la statistique et des études économiques et démographiques (INSEED).

## **4. Résultats et discussions**

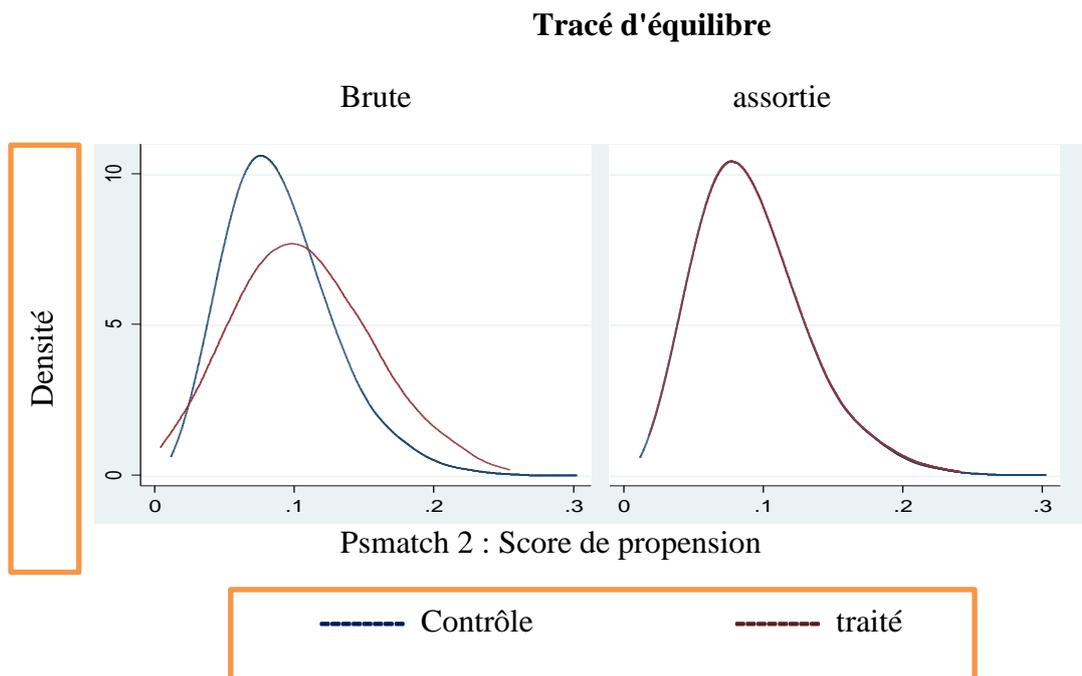
### **Distribution des scores de propension**

La figure 1 montre les courbes de densité de noyaux des scores de propension estimés pour l'ensemble du groupe de traitement (ménages avec migrants) et le groupe de contrôle (ménages sans migrants). Les graphiques montrent que la distribution du

groupe de ménages qui ont un migrant est décalée vers la droite par rapport au groupe de contrôle ce qui montre qu'il y a une forte chance de bénéficier des transferts de fonds des migrants, ce qui a un impact sur les dépenses de santé.

Après l'appariement, on constate qu'il n'y a plus de différence entre le groupe traité et le groupe de contrôle. Les deux courbes sont confondues et semblables. On peut dire que le matching entre les ménages bénéficiaires des transferts et les ménages non bénéficiaires a été effectué avec succès.

Les courbes montrent que la distribution des deux groupes (celui des ménages possédant des migrants et celui des ménages sans migrants) sont identiques.



**Fig. 1 La distributions des scores de propension.**

### Covariables : statistiques descriptives

Dans cette section, nous examinons les différences entre les ménages avec migrants et les ménages sans migrants en ce qui concerne un large éventail de caractéristiques individuelles et d'informations sur les ménages. Le tableau 1 présente en détail les caractéristiques des individus et des ménages. Les résultats montrent que les ménages avec des migrants ont tendance à être plus jeunes et sont clairement plus instruits que les ménages sans migrants. Dans cet article, nous estimons le niveau de vie des ménages en fonction de la possession de certains biens durables et moyens de transport. Ici, nous constatons qu'une plus grande proportion du groupe traité a accès à des toilettes modernes et à de l'eau potable dans leur maison. Enfin, le tableau 1 présente la régression logit de l'appartenance à des ménages avec ou sans migrants sur ces caractéristiques observables. Le pourcentage des ménages avec ou sans migrants peut être influencé par le lieu, l'éducation, le sexe et la religion.

## Impact des transferts

**Tableau 2 : Evaluation d'impact**

Transferts	Nearest – Neighbor	Radius	Kernel	Stratification
	ATT	ATT	ATT	ATT
Total	0,073 (0,208)	0,166 (0,148)	0,154 (0,150)	0,132 (0,881)
Extérieurs	0,326 (0,351)	0,336 (0,229)	0,337 (0,237)	0,351 (0,234)
Intérieurs	0,162 (0,261)	0,067 (0,186)	0,070 (0,191)	0,080 (0,187)

Les statistiques de student obtenues sont inférieures à 1,64. Les résultats ne sont pas significatifs au seuil de 10% quelques soient les transferts. Les résultats obtenus présagent donc un effet positif mais non statistiquement significatif des transferts des migrants sur les dépenses de santé des ménages. Les résultats sont donc contradictoires à la théorie économique et aux résultats antérieurs.

## Discussion

Ces résultats concordent avec les résultats de certains auteurs à l'instar de De Bojorquez et al (2009) qui conclut dans son étude que le fait d'avoir un mari à l'étranger augmente les risques de dépression chez les femmes mexicaines de migrants aux Etats-Unis même parmi celles qui ont un accès suffisant de ressources financières liés aux transferts de fonds. Mazzucato et al (2016) montre que les envois de fonds des migrants n'ont pas d'impact sur la santé des enfants vivant dans les pays d'origine dans le cas où l'un des parents migrants a divorcé à travers une analyse pluridimensionnelle entre les conséquences de la migration parentale sur la santé des enfants dans 2760 ménages au Ghana et 2168 au Nigeria à cause de la portée plus grande des chocs liés à cette séparation parentale.

Cependant, ces résultats sont en contradiction avec ceux de la majorité des auteurs qui ont travaillé sur le sujet. López-Cevallo et Chi (2012) à partir des analyses microéconomiques trouvent que l'émigration et les transferts des migrants améliorent l'accès aux médicaments et aux services de santé curatifs, en particulier pour les ménages à faible revenu. Leur étude révèle que le revenu additionnel pour un foyer équatorien de famille migrant devient particulièrement pertinent, étant donné que 95% des dépenses de santé sont hors de la poche c'est-à-dire provenant des transferts reçus. Pour Orozco et Ferro (2009) la tendance mondiale actuelle de la réduction dans les envois de fonds pourrait avoir une incidence négative sur les familles migrantes qui avaient la capacité de payer les services de santé les plus coûteux. Afawubo et Couchoro, (2017) montrent à partir d'un panel des pays de l'UEMOA sur la période

2010-2014 que l'impact des envois de fonds interagissant avec les dépenses de santé est positif et significatif en corrélation avec la croissance économique de l'échantillon dans lequel les dépenses de santé sont supérieures au niveau médian.

Une possible explication de ce résultat contre intuitif peut être donnée par les raisons suivantes :

- *Offre de soins encore faible*

Selon le rapport annuel de performance du Ministère de la santé et de l'hygiène publique (2018), Les soins de santé sont fournis aux populations dans des structures publiques et privées (libérales et confessionnelles). Le système de soins au Togo est organisé selon trois niveaux : primaire, secondaire et tertiaire

Les soins primaires sont structurés autour de trois échelons à savoir : (i) l'Agent de Santé Communautaire (ASC) qui assure par délégation, les soins au niveau familial et des communautés (il est appelé à jouer le rôle d'interface entre la communauté et les services de santé) ; (ii) l'Unité de Soins Périphérique (USP) comme base du système de soins et à partir de laquelle sont menées des activités de proximité en stratégie fixe et vers les populations ; (iii) l'Hôpital de district (HD) qui constitue le premier niveau de référence ;

Les soins secondaires sont offerts au niveau des hôpitaux régionaux qui constituent le deuxième niveau de référence et de recours pour les Hôpitaux de Districts (HD) ; Les soins de santé tertiaires sont dispensés dans les trois Centres Hospitaliers Universitaires (CHU) que compte le pays et dans des hôpitaux spécialisés de référence. Dans l'option stratégique de renforcement des Soins de Santé Primaire (SSP), l'unité de soin périphérique (USP) est appelée à servir de cadre de dispensation de soins intégrés, tandis que l'hôpital doit jouer le rôle de centre de référence de ces USP. On constate cependant que la recherche de cette situation optimale d'un système cohérent de soins se heurte toujours à des problèmes. La plupart des hôpitaux nationaux et régionaux continuent de dispenser les soins de premiers recours normalement dévolus aux structures périphériques. Par ailleurs, on constate que le Togo n'a pas, à ce jour, une politique hospitalière devant permettre d'assurer le développement du système hospitalier visant un « système de santé intégré ». Les équipements hospitaliers sont en nombre insuffisant. En effet, en 2014, on note en moyenne 4579 personnes pour 1 lit d'hospitalisation<sup>4</sup>. Il est à noter un nombre insuffisant de ressources humaines inégalement réparti. Le nombre de médecins spécialistes (234) est supérieur à celui des médecins généralistes (134) et un effectif important de personnel administratif d'appui (3136) par rapport au personnel hospitalier d'appui (2294). Des cliniques mobiles ont été déployées dans cinq (05) régions sanitaires (à raison d'une par région à l'exception de la région Lomé-commune). Toutefois, ces cliniques mobiles ne sont pas encore fonctionnelles.

---

<sup>4</sup> Division Informations Statistiques, Études et Recherches / Ministère de la santé (DISER/MS).

- *Recours à la médecine traditionnelle*

Incidé par le fait qu'au Togo, comme partout en Afrique Subsaharienne, les populations s'engouent pour la médecine traditionnelle avec les statistiques estimées entre 80 et 85% des populations de l'Afrique Subsaharienne qui y ont recours, Gnanadi (2018) analyse le recours des populations de Lomé à la médecine traditionnelle et Projet de son intégration au système sanitaire du Togo. L'étude a porté sur 210 non praticiens de la médecine traditionnelle et 22 praticiens de la médecine traditionnelle de la population du Grand Lomé. Sur le plan statistique, 60,3% des usagers ont déclaré que la satisfaction et l'efficacité les guident vers la médecine traditionnelle. Ils sont aussi relativement nombreux (14,18%) à déclarer que les échecs thérapeutiques de la médecine moderne les conduisent vers la médecine traditionnelle. Les « non usagers » par contre rechignent à recourir à la médecine traditionnelle à cause des organes de plantes et dangerosité. D'autres éléments dits périphériques guident aussi bien le choix des « usagers » et des « non usagers ». Par rapport aux variables sociodémographiques et culturelles, les tests statistiques renseignent que les populations choisissent la médecine traditionnelle sans distinction de sexe, d'âge, de catégorie socioprofessionnelle et de religion. Mais le niveau scolaire participe faiblement à ce choix.

- *Création et l'opérationnalisation de l'Institut national d'assurance maladie (INAM)*

La raison la plus plausible est la création et l'opérationnalisation de l'INAM au Togo. En effet, depuis que le Togo a accédé à son indépendance en 1960, la prise en charge des personnes vulnérables a toujours été au centre de sa politique de développement. Cette politique fut matérialisée par la création des régimes de pension tels que la Caisse nationale de sécurité sociale (CNSS) et la Caisse de retraite du Togo (CRT). Ces régimes ont pour rôle de garantir les vieux jours de leurs membres et de voler à leurs secours en situation de vulnérabilité. Ainsi donc, au-delà de ces Institutions étatiques et privées, l'Etat avec l'appui des partenaires techniques et financiers a développé des politiques de prise en charge de la population face aux risques financiers liés à la maladie. Dans cette dynamique, il était mis sur place depuis 1961 au Centre hospitalier universitaire (CHU) de Lomé, un système de prise en charge des frais des consultations et d'hospitalisation des agents publics. Force est de constater que ce fond n'a pas connu une longue durée au regard du caractère croissant des agents de la fonction publique et de l'environnement circonscrit à ce fond.

En 1973, l'Etat a initié une mesure d'évacuation sanitaire des agents publics, mesure suspendue en 2001. Faut-il aussi se poser la question si cette mesure fut vulgarisée et si les fonctionnaires dont leur prise en charge nécessite l'évacuation ont réellement bénéficié de ce fond ?

Au cours des dernières décennies, le Togo a enregistré plusieurs projets et programmes de prise en charge des personnes vivant avec le VIH, des projets de subvention des maladies tropicales négligées, des projets axés sur la lutte contre le paludisme, de l'accès aux médicaments grâce aux centrales d'achat des médicaments génériques installées sur toute l'étendue du territoire et dans lesquelles s'approvisionnent les formations sanitaires au bénéfice des couches sociales à revenu faible. Cependant, aucun de ces projets n'a connu la forme d'une assurance maladie proprement dite qui

offrent des services de proximité entraînant depuis 2012 un chamboulement dans le système sanitaire au Togo et ayant un impact sur les dépenses de santé des ménages. Une dizaine de compagnies d'assurance et une vingtaine de courtiers sont actifs sur le marché togolais de l'assurance.

Ces compagnies commercialisent deux catégories de produits couvrant les « risques sociaux ». Il s'agit des contrats Vie et des contrats Incendie, accidents, risques divers et transport (IARDT) dans lesquels se trouve la couverture santé. Pour ce qui est de la couverture santé, ces compagnies d'assurances proposent des produits qui s'orientent essentiellement vers les groupes (en général de 20 personnes ou familles et plus). La prise en charge des prestations est définie avec les responsables de ces groupes et faite pour la plupart des temps dans les établissements de soins privés et dans certaines structures sanitaires publiques bien ciblées. Les contrats sont également plafonnés à un certain montant de dépenses annuelles. Sans que cela ne soit la règle, sont exclus de ces contrats les personnes retraitées et celles souffrant d'affection de longue durée à la date de la signature des contrats. Quant aux relations avec les professionnels de santé, elles reposent sur des contrats triennaux fixant les tarifs à appliquer et les obligations respectives. Cependant, au regard des conditions de souscription de ces contrats et des montants des primes à payer, ce privilège demeure l'apanage d'une poignée de couche sociale et dont le reste de la population abandonnée alors à son propre sort.

Malgré les politiques de santé en vue de réduire les risques financiers liés à la maladie, l'accès aux soins de santé constitue donc une cause d'appauvrissement, d'endettement et de la paupérisation de la population. Dans cet ordre d'idée, en 2006, le gouvernement et les syndicats se sont inscrits dans des accords tripartis consacrés à une protection sociale pour tous et l'assurance maladie a été retenue comme la porte d'entrée de cette protection sociale pour tous. Cette couverture maladie dénommée INAM fut institué par la loi N°2011-035/PR du 09 Mars 2011 au profit des agents publics et assimilés et a été lancée officiellement le 05 Septembre 2011. Les fonctionnaires d'Etat et assimilés ont constitué le groupe cible, le socle sur lequel est bâtie cette assurance maladie.

Pour atteindre ces objectifs, l'INAM a ouvert des bureaux dans les six (06) régions administratives du pays sous la dénomination de délégation régionale. Les délégations régionales ont pour mission de mettre en application tous les plans d'action et stratégies de l'INAM et, de par leur proximité avec les assurés, les prestataires et les organismes employeurs, faciliter les flux d'information dans la perspective d'une amélioration progressive des prises en charge en vue de la satisfaction totale des bénéficiaires. Dans le souci de bien gérer ce régime d'assurance maladie et dont les résultats concluants pourront garantir sa crédibilité auprès de l'Etat dans sa politique de la croissance accélérée qui est d'assurer la sécurité sociale à tous les togolais à l'horizon 2030, l'INAM a conçu les outils et a établi des règles de prise en charge médicale des assurés et de leurs ayants droit. Toutefois, faut-il reconnaître des difficultés liées à leur définition, à leur utilisation par le personnel soignant qui de par leur passé n'a jamais fait face à une assurance maladie d'envergure nationale couvrant tous les fonctionnaires de l'Etat et assimilés. Des fonctionnaires et assimilés qui sont répartis sur toute l'étendue du territoire et dont leur prise en charge est effective dans toutes les formations sanitaires publiques, privées et confessionnelles de même que dans les officines avec pour particularité l'utilisation des outils et l'application des règles conçus à cet effet. Ces outils et règles de prise en charge font l'objet des formations et des recyclages du personnel soignant des formations sanitaires. Cependant, l'INAM ne

cesse d'enregistrer des erreurs, des anomalies et des dérapages dans les prises en charge des assurés entraînant des retenues drastiques sur les factures de prestation et ayant un impact sur la qualité des prises en charge des assurés d'une part, et sur la qualité de partenariat entre les deux parties d'autre part.

## 5. Conclusion

Nous avons utilisé un appariement par score de propension avec une sensibilité basée sur la simulation pour appairer les estimateurs afin de comparer empiriquement les indicateurs d'utilisation des dépenses de santé des ménages avec et sans migrants. Nous avons constaté que les transferts n'impactent pas les dépenses de santé des ménages. Nos résultats suggèrent que la migration internationale et les transferts qui s'en suivent n'ont aucun effet sur les obstacles à l'utilisation des services de santé des ménages. Les transferts des migrants pourront impacter des dépenses d'autres secteurs tels que l'éducation et la pauvreté. Les efforts de réforme des secteurs sensibles aux transferts des migrants au Togo devraient être identifiés afin d'être pris en compte.

## Références

1. Adams RH, Page J. Do international migration and remittances reduce poverty in developing countries? *World Dev* 2005;33:1645e69.
2. Adams, R.H., and A. Cuecuecha 2010 "Remittances, household expenditure and investment in Guatemala", *World Development*, 38(11): 1626–1641. <https://doi.org/10.1016/j.worlddev.2010.03.003>.
3. Atake, E. H. The impacts of migration on maternal and child health services utilisation in Sub-Saharan Africa: evidence from Togo. *Public health*, 2018, vol. 162, p. 16-24
4. Afawubo K. & Couchoro K., (2017): "Do remittances enhance the economic growth effect of private health expenditures in West African Economic and Monetary Union?", *Economics Bulletin*, 37 (2), 1247-1264.
5. Amuedo-Dorantes, C & Pozo, S, 2010. Accounting for remittance and migration effects on children's schooling. *World Development* 38(12), 1747–59.
6. BCEAO. Synthèse des résultats des enquêtes sur les envois de fonds des travailleurs migrants dans les pays de l'UEMOA. 2013.
7. Castaldo, A., and B. Reilley 2007 "Do Migrant Remittances Affect the Consumption Patterns of Albanian Households?", *South-Eastern Europe Journal of Economics*, 1(1): 25–54.
8. De Wenden CW. Les migrations internationales, un enjeu mondial. In: Presses de Sciences Po, editor. *Les questions migratoires au XXI<sup>e</sup> siècle*; 2014. p. 21e76.
9. Fitchen, J. M. (1995). Spatial Redistribution of Poverty through Migration of Poor People to Depressed Rural Communities 1. *Rural Sociology*, 60(2), 181-201.
10. Frank R, Hummer RA. The other side of the paradox: the risk of low birth weight among infants of migrant and nonmigrant households within Mexico. *Int Migr Rev* 2002;36:746e65.
11. Gubert F, Lassourd T, Mesple-Soms S. Do remittances affect poverty and inequality? Evidence from Mali. 2010.
12. INSEED (2011). Togo: profil de pauvreté 2006 -2011.
13. Levitt, P. (1997). Transnationalizing community development: The case of migration between Boston and the Dominican Republic. *Nonprofit and Voluntary Sector Quarterly*, 26(4), 509-526.

14. Lu Y. Household migration, remittances and their impact on health in Indonesia. *Int Migrat* 2013;51:e202e15.
15. McKenzie D. Beyond remittances: the effects of migration on Mexican households. In: *International migration remittances and the brain drain*. McMillan and Palgrave; 2005. p. 123e47.
16. McKenzie DJ, Sasin MJ. Migration, remittances, poverty, and human capital: conceptual and empirical challenges. Washington DC: World Bank; 2007.
17. McKenzie, D., and H. Rapoport 2007 “Network effects and the dynamics of migration and inequality: Theory and evidence from Mexico”, *Journal of Development Economics*, 84(1): 1–24. <https://doi.org/10.1016/j.jdeveco.2006.11.003>
18. Moucheraud C, Worku A, Molla M, Finlay JE, Leaning J, Yamin AE. Consequences of maternal mortality on infant and child survival: a 25-year longitudinal analysis in Butajira Ethiopia (1987e2011). *Reprod Health* 2015;12:S4.
19. Mutema G. Religion and African migration: a survey. *Religion Compass* 2010;4:271e86.
20. Nannicini T. Simulation-based sensitivity analysis for matching estimators. *Stata J* 2007;7:334.
21. Nguyen MC, Winters P. The impact of migration on food consumption patterns: the case of Vietnam. *Food Pol* 2011;36:71e87.
22. Ratha D. Leveraging migration for Africa: remittances, skills, and investments. Washington DC: World Bank; 2011.
23. Rosenbaum PR, Rubin DB. The central role of the propensity score in observational studie for causal effects. *Biometrika*
24. Solomon H. Migration to southern Africa: a comparative perspective. *Afr Insight* 1994;24:60e71.
25. Sumata C. Migradollars and poverty alleviation strategy issues in Congo. 2002.
26. Terrelonge SC. For health, strength, and daily food: the dual impact of remittances and public health expenditure on household health spending and child health outcomes. *Rev Econ Stud* 2014; 50:1397e410.
27. World Bank. Migration and remittances factbook. Washington DC: The International Bank for Reconstruction and Development; 2016.
28. Woodruff, C., and R. Zenteno 2007 “Migration networks and microenterprises in Mexico”, *Journal of Development Economics*, 82(2): 509–528. <https://doi.org/10.1016/j.jdeveco.2006.03.006>.
29. Yang, D. 2008 “International migration, remittances and household investment: Evidence from Philippine migrants’ exchange rate shocks”, *The Economic Journal*, 118(528): 591–630. <https://doi.org/10.1111/j.1468-0297.2008.02134.x>.