

REPUBLIQUE TOGOLAISE

Travail – Liberté – Patrie



RÉPUBLIQUE TOGOLAISE

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DE LA PROTECTION SOCIALE

PLAN NATIONAL DE DEVELOPPEMENT SANITAIRE 2017-2022

Version définitive

Février 2017

Adopté le 08 février 2017 par le Gouvernement



Table des matières

Sigles et abréviations	iii
Liste des tableaux.....	vi
Liste des graphiques	vii
Liste des annexes.....	viii
Préface	1
Résumé exécutif.....	2
Introduction.....	6
Chapitre 1 : Contexte général.....	7
1.1. Aspects géographiques	7
1.2. Contexte démographique	7
1.3. Organisation administrative.....	7
1.4. Contexte économique et social	7
1.5. Stratégie de développement national.....	8
Chapitre 2 : Contexte sanitaire.....	9
2.1. Politique de santé	9
2.2. Cadre organisationnel du système national de santé.....	9
2.2.1. Organisation générale	9
2.2.2. Organisation de l'offre de soins et couverture sanitaire	10
2.2.3. Équité et protection sociale en santé	10
2.2.4. Coopération au développement et partenariats	10
2.3. Etat de santé des populations	11
2.3.1. Santé maternelle, néonatale, infanto-juvénile et des adolescents	11
2.3.2. Situation des maladies transmissibles	11
2.3.3. Etat nutritionnel	13
2.3.4. Situation des maladies non transmissibles y compris le handicap.....	14
2.3.5. Déterminants environnementaux de la santé	15
2.4. Synthèse des leçons tirées de la mise en œuvre du PNDS 2012-2015.....	15
2.5. Synthèse des principaux problèmes du secteur	16
2.6. Enjeux et défis majeurs du secteur	19
Chapitre 3 : Priorités stratégiques en matière de santé	21
3.1. Orientations nationales et internationales du PNDS	21
3.1.1. Orientations nationales.....	21
3.1.2. Orientations internationales	22
3.2. Axes stratégiques du PNDS 2017-2022	23
3.2.1. Critères de formulation du choix stratégique.....	23
3.2.2. Description des axes stratégiques	23
3.2.3. Arrimage aux objectifs nationaux et internationaux de développement sanitaire	24
3.3. Résultats attendus et stratégies de mise en œuvre par axe	25
3.3.1. Axe stratégique 1 : Accélération de la réduction de la mortalité maternelle, néonatale et infanto-juvénile et renforcement de la planification familiale et de la santé des adolescents.....	25
3.3.2. Axe stratégique 2 : Renforcement de la lutte contre les maladies transmissibles.....	30
3.3.3. Axe stratégique 3 : Amélioration de la sécurité sanitaire et la réponse aux épidémies et autres urgences de santé publique	34
3.3.4. Axe stratégique 4 : Renforcement de la lutte contre les maladies non transmissibles et promotion de la santé	35
3.3.5. Axe stratégique 5 : Renforcement du système de santé vers la CSU, y compris la santé communautaire.....	39
Chapitre 4 : Besoins en matière de ressources et d'information	52
4.1. Ressources humaines pour la santé	52
4.2. Infrastructures, équipements, matériels et logistique	53
4.3. Médicaments, vaccins et produits médicaux.....	53
4.4. Communication et informations.....	54
4.4.1. L'information sanitaire y compris l'information gestionnaire.....	54
4.4.2. La communication pour le changement de comportement (CCC)	54

4.4.3. La communication publique et le plaidoyer.....	54
Chapitre 5 : Financement du PNDS 2017-2022	55
5.1. Estimation des besoins financiers du PNDS 2017-2022	55
5.1.1. Coût global du PNDS.....	55
5.1.2. Analyse du coût global du PNDS.....	55
5.2. Scénarios de financement du PNDS : CDMT 2017 – 2019.....	59
5.2.1. Hypothèses pour l'élaboration des scénarios de financement du CDMT	59
5.2.2. Estimation des couts et des résultats d'impact par scénario.....	60
5.3. Sources potentielles de financement du PNDS.....	62
Chapitre 6 : Cadre de mise en œuvre du PNDS 2017-2022	63
6.1. Principes directeurs	63
6.2. Cadre institutionnel de mise en œuvre	63
6.3. Responsabilités dans la mise en œuvre du PNDS 2017-2022	63
6.3.1. Rôle du Gouvernement	63
6.3.2. Rôle des différents niveaux de la pyramide sanitaire.....	64
6.3.3. Rôle des autres parties prenantes	64
6.4. Modalités de mise en œuvre : Opérationnalisation du PNDS	64
6.5. Contrôle de gestion	65
6.5.1. Procédures administratives, financières et comptables	65
6.5.2. Mécanismes de contrôle	65
6.6. Conditions de succès de la mise en œuvre et risques	66
6.6.1. Conditions de succès.....	66
6.6.2. Mesures et réformes nécessaires.....	66
6.6.3. Analyse et gestion des risques	67
Chapitre 7 : Suivi & évaluation du PNDS	69
7.1. Cadre institutionnel de suivi-évaluation	69
7.2. Mécanismes de suivi et Evaluation	69
7.2.1. Supervision.....	69
7.2.2. Monitorage	69
7.2.3. Revues sectorielles	69
7.2.4. L'évaluation.....	69
Conclusion	71

Sigles et abréviations

AFD	: Agence Française de Développement
APD	: Aide Publique au Développement
ARV	: Anti-Retro-Viraux
AS/SR	: Analyse de Situation en Santé de la Reproduction
ASC	: Agent de Santé Communautaire
AVC	: Accident Vasculaire Cérébral
BAD	: Banque Africaine de Développement
BCG	: Bacille de Calmette et Guérin
BID	: Banque Islamique de Développement
BIDC	: Banque d'Investissement pour le Développement pour les pays de la CEDEAO
BIT	: Bureau International du Travail
BM	: Banque Mondiale
BOAD	: Banque Ouest Africaine pour le Développement
CAMEG	: Centrale d'Achat des Médicaments Essentiels et Génériques
CCC	: Communication pour un Changement de Comportement
CCIA	: Comité de Coordination Inter Agence
CCM	: Country Coordination Mechanism
CDMT	: Cadre de Dépenses à Moyen Terme
CHD	: Centre Hospitalier de District
CHR	: Centre Hospitalier Régional
CHU	: Centre Hospitalier Universitaire
CNAO	: Centre National d'Appareillage Orthopédique
CNLS	: Conseil National de Lutte contre le SIDA
CNTS	: Centre National de Transfusion Sanguine
COGES	: Comité de Gestion
COSAN	: Comité de Santé
COUSP	: Centre d'Opérations des Urgences de Santé Publique
CPM	: Cellule de Passation des Marchés
CPN	: Consultations Pré Natales
CR/PNDS	: Comité de Rédaction du PNDS
CRAO	: Centre Régional d'Appareillage Orthopédique
CRTS	: Centre Régional de Transfusion Sanguine
CSS VIH/SIDA	: Comité Sectoriel Santé VIH/SIDA
CT/PNDS	: Comité Technique du Plan National de Développement Sanitaire
CTP	: Chimiothérapie Préventive
DAC	: Direction des Affaires Communes
DAF	: Direction des Affaires Financières
DCI	: Dénomination Commune Internationale
DDS	: Direction du District Sanitaire
DEPP	: Direction des Etudes, de la Planification et de la Programmation
DESR	: Direction des Etablissements de Soins et de Réadaptation
DGAS	: Direction Générale de l'Action Sanitaire
DGEPIS	: Direction Générale des Etudes, de la Planification et de l'Information Sanitaire
DHAB	: Direction de l'Hygiène et de l'Assainissement de Base
DISEM	: Direction des Infrastructures Sanitaires, des Equipements et de la Maintenance
DIS	: Division de l'Information
DOTS	: Directly Observed Treatment Short course
DPML	: Direction de la Pharmacie, du Médicament et des Laboratoires
DPS	: Direction Préfectorale de la Santé
DRH	: Direction des Ressources Humaines
DRS	: Direction Régionale de la Santé
DSCPA	: Division de la Santé Communautaire et des Personnes Âgées
DSIUR	: Division de la surveillance intégrée des urgences sanitaires et de la riposte
DSME	: Direction de la Santé de la Mère et de l'Enfant
DSMI/PF	: Division de la Santé Maternelle et Infantile et de la Planification Familiale
DTC	: Diphtérie Tétanos Coqueluche
ECD	: Equipe Cadre de District
ECR	: Equipe Cadre Régionale

EDST	: Enquête Démographique et de Santé –Togo
FADS	: Fonds d'Appui au Développement Sanitaire
FAO	: Organisation des Nations Unies pour l'Alimentation et l'Agriculture
FDAL	: Fin de la Défécation à l'Air Libre
FMI	: Fond Monétaire International
GAR	: Gestion Axée sur les Résultats
GATPA	: Gestion Active de la Troisième Phase de l'Accouchement
GAVI	: Alliance mondiale pour les Vaccins et l'Immunisation
GTZ	: Deutsche Gesellschaft für Technische Zusammenarbeit
GYTS	: Global Youth Tobacco Survey
HTA	: Hypertension artérielle
IBC	: Interventions à Base Communautaire
IDE	: Infirmier Diplômé d'Etat
IHP+	: Partenariat International pour la Santé et Initiatives Apparentées
INH	: Institut National d'Hygiène
INSP	: Institut National de Santé Publique
ISO	: International Organization for Standardization
IST	: Infection Sexuellement Transmissibles
LNME	: Liste Nationale des Médicaments Essentiels
MDR-TB	: Multiple Drug Resistant Tuberculosis
MEG	: Médicament Essentiel et Générique
MICS	: Enquête par Grappe à Indicateur Multiple
MII	: Moustiquaire Imprégnée d'Insecticide
MILDA	: Moustiquaire Imprégnée d'insecticide à Longue Durée d'Action
MNT	: Maladies Non Transmissibles
ODD	: Objectif de Développement Durable
OMD	: Objectif du Millénaire pour le Développement
OMS	: Organisation Mondiale de la Santé
ONUSIDA	: Programme conjoint des Nations Unies pour la lutte contre le SIDA
PCC	: Prise en Charge des Cas
PCIMNE	: Prise en Charge Intégrée des Maladies du Nouveau-né et de l'Enfant
PCR	: Polymerase Chain Reaction
PDRH	: Plan de Développement des Ressources Humaines
PEV	: Programme Elargi de Vaccination
PIB	: Produit Intérieur Brut
PIHI	: Paquet d'Interventions à Haut Impact
PNDS	: Plan National de Développement Sanitaire
PNLP	: Programme National de Lutte contre le Paludisme
PNLS	: Programme National de Lutte contre le Sida
PNLT	: Programme National de Lutte contre la Tuberculose
PNUD	: Programme des Nations Unies pour le Développement
PSL	: Produit Sanguins et Labiles
PTA	: Plan de Travail Annuel
PTME	: Prévention de la Transmission de la Mère à l'Enfant
PVVIH	: Personnes Vivant avec le VIH/SIDA
QUIBB	: Questionnaire Unifié des Indicateurs de Base du Bien être
RSI	: Règlement Sanitaire International
SAA	: Soins Après Avortement
SARA	: Evaluation de la préparation et de la disponibilité des services
SIDA	: Syndrome d'Immuno Déficience Acquis.
SMIR	: Surveillance Intégrée des Maladies et Riposte
SMNEA/SR	: Santé de la Mère, du Nouveau-né, de l'Enfant et de l'Adolescent / Santé de la Reproduction
SMNI/PTME	: Santé Maternelle Néonatale et Infantile / Prévention de la Transmission Mère-Enfant
SNAP	: Système National d'Approvisionnement Pharmaceutique
SNF-CSU	: Stratégie Nationale de Financement de la Santé pour la Couverture Sanitaire Universelle
SNIS	: Système National d'Information Sanitaire
SONU	: Soins Obstétricaux et Néonataux d'Urgence

STEPS	: STEPwise de l'OMS pour la Surveillance ¹
TDM	: Traitement de Masse
TME	: Transmission de la Mère à l'Enfant
TPM-	: Tuberculose Pulmonaire à Microscopie Négative
TPM+	: Tuberculose Pulmonaire à Microscopie Positive
TRO	: Thérapie par Réhydratation Orale
UE	: Union Européenne
UEMOA	: Union Economique et Monétaire Ouest Africaine
UNDAF	: Plan Cadre Des Nations Unies Pour l'Aide au Développement
UNFPA	: Fond des Nations Unies pour la Population
UNICEF	: Fonds des Nations Unies pour l'Enfance
USP	: Unité de Soins Périphérique
VIH	: Virus de l'Immunodéficience Humaine
WASH	: Water Sanitation and Hygiene promotion
WHO-AFRO	: World Health Organization in the African Region
WHO-PEN	: World Health Organization Package of Essential Non-Communicable Diseases

¹ Outil de surveillance recommandé par l'OMS pour les facteurs de risque des maladies chroniques, la morbidité et la mortalité dues aux maladies chroniques.

Liste des tableaux

Tableau I : Evolution des cas et décès des Maladies à potentiel épidémique, 2010 à 2015	13
Tableau II : Principaux problèmes relevés dans l'analyse de la situation du secteur de la santé	16
Tableau III : Enjeux et défis majeurs du secteur de la santé.....	19
Tableau IV : Structure des axes stratégiques du PNDS 2017-2022	23
Tableau V : Alignement stratégique du PNDS 2017-2022 sur les objectifs nationaux et les ODD	24
Tableau VI : Evolution attendue des indicateurs d'impact de santé de la mère, de l'enfant et de l'adolescent	25
Tableau VII : Evolution attendue des indicateurs de couverture en services de santé maternelle et néonatale et infantile	26
Tableau VIII : Evolution des indicateurs de mortalité et de morbidité.....	31
Tableau IX : Evolution attendue des indicateurs de couverture en services de santé liés à la prévention et à la prise en charge des principales maladies transmissibles	31
Tableau X : Evolution des indicateurs de mortalité liés aux principales maladies à potentiel épidémique ...	34
Tableau XI : Evolution attendue des indicateurs relatifs à la prévention, la préparation et la réponse aux épidémies, le relèvement du secteur, y compris le RSI.....	34
Tableau XII : Evolution des indicateurs de mortalité et de morbidité liés aux principales maladies non transmissibles.....	36
Tableau XIII : Evolution attendue des indicateurs d'effets et de processus liés à la lutte contre les principales maladies non transmissibles	36
Tableau XIV : Evolution attendue des indicateurs traceurs du niveau national sur la période du PNDS	40
Tableau XV : Besoins en personnels additionnels	52
Tableau XVI : Projection des besoins en infrastructures.....	53
Tableau XVII : Projection des besoins en matériel roulant	53
Tableau XVIII : Répartition du budget par axe stratégique en millions de FCFA	56
Tableau XIX : Présentation du coût par sous axes du PNDS (en millions de FCFA).....	57
Tableau XX : Répartition du budget par catégorie budgétaire (en millions de FCFA).....	58
Tableau XXI : Coût par catégorie et par niveau du système de santé	59
Tableau XXII : Ratio dépenses de santé (Scenarion base).....	59
Tableau XXIII : Ratio dépenses de santé (Scenarion moyen).....	60
Tableau XXIV : Ratio dépenses de santé (Scenarion accéléré)	60
Tableau XXV : Estimation des résultats d'impact attendus en lien avec les projections de financement	60
Tableau XXVI : Sources potentielles de financement du PNDS en millions de francs CFA	62
Tableau XXVII : Contribution en valeur et en % par source de financement	62
Tableau XXVIII : Gestion des risques et menaces	67

Liste des graphiques

Figure 1 : Schéma de l'organisation pyramidale du système de santé au Togo	9
Figure 2 : Evolution des cas et des décès dus au paludisme de 2000-2015	12
Figure 3 : Incidence et mortalité liée au cancer au Togo par sexe et par type de cancer	14
Figure 4 : Projections des décès de mères et d'enfants évités sur la période 2017-2027	25
Figure 5 : Evolution du coût du PNDS.....	55
Figure 6 : Répartition du budget du PNDS par axe stratégique	56
Figure 7 : Coût du PNDS par mode de prestation.....	58
Figure 8 : Evolution des taux de mortalité maternelle (TMM) et infanto-juvénile (TMIJ) selon les trois scénarios	61
Figure 9 : Dépenses planifiées versus espace fiscal (Dépenses publique générales en santé).....	61

Liste des annexes

Annexe 1 : Méthodologie et processus d'élaboration.....	74
Annexe 2 : Analyse des goulots d'étranglement du système de santé : note méthodologique et résultats ..	77
Annexe 3 : Coûts des médicaments et des fournitures (millions de F CFA)	78
Annexe 4 : Estimation de quantités de médicaments nécessaires	79
Annexe 5 : Calendrier des activités de Suivi et Evaluation du PNDS	83
Annexe 6 : Arrêté portant création, attributions et composition du Comité Technique du PNDS 2017-2022	84
Annexe 7 : Arrêté portant création, attribution et composition de Comité de rédaction du PNDS 2017-2022	87
Annexe 8 : Liste des membres de l'Equipe restreinte de rédaction du PNDS 2017-2022	90

En 2011, le département de la santé a élaboré une nouvelle Politique Nationale de Santé (PNS), horizon 2022 après celle de 1998. Cette politique sert d'orientations stratégiques à la planification nationale et de cadre de référence pour l'ensemble des intervenants dans le secteur de la santé. Sa mise en œuvre est facilitée par les Plans Nationaux de Développement Sanitaire (PNDS) et les Cadres de Dépenses à Moyen Terme (CDMT).

Le premier PNDS élaboré pour opérationnaliser la nouvelle PNS a couvert la période 2012-2015. Sa mise en œuvre a permis d'obtenir des résultats significatifs (amélioration de la santé des enfants ; réduction de la morbidité et de la mortalité des maladies transmissibles telles que le VIH/SIDA, la tuberculose et le paludisme et certaines maladies évitables par la vaccination). Toutefois, en dépit des améliorations constatées, des insuffisances demeurent en matière de santé maternelle, de lutte contre les maladies non transmissibles, de gouvernance du secteur, d'offre de services de qualité,....

Dans le but de poursuivre les efforts déployés pour mieux cerner les nouveaux enjeux et défis auxquels le pays est confronté dans le secteur de la santé, un nouveau PNDS couvrant la période 2017-2022 est élaboré. L'élaboration de ce nouveau plan de six ans s'est inscrite dans une double perspective : le souci d'apporter des solutions aux problèmes soulevés par l'évaluation du PNDS 2012-2015, d'une part, et l'alignement sur les engagements internationaux notamment, les Objectifs de Développement Durable (ODD) dans le cadre de la mise en place de la Couverture Sanitaire Universelle (CSU), d'autre part.

Le PNDS 2017-2022 repose en effet, sur la vision d'un Togo où le niveau de santé le plus élevé possible est assuré à la population à travers le développement d'un système de santé performant basé sur des initiatives publiques et privées, individuelles et collectives, accessible et équitable, capable de satisfaire le droit à la santé de tous, en particulier les plus vulnérables.

Le PNDS 2017-2022 est le fruit d'un processus inclusif et consensuel de l'ensemble des parties impliquées dans la santé sur les priorités du secteur pour la période 2017-2022. Il fournit une orientation stratégique pour le développement des actions sectorielles et intersectorielles en matière de santé. Il est ensuite organisé autour des interventions à haut impact sur la santé de la mère et de l'enfant ; les principales maladies pourvoyeuses d'invalidité et de mortalité y compris la malnutrition, le paludisme, le VIH/SIDA, la tuberculose, les autres endémo-épidémies et les maladies non transmissibles ainsi que les déterminants des inégalités en matière de santé dont les origines sont sociales, environnementales et économiques et qui vont au-delà des influences directes du secteur de la santé et des politiques de santé.

En adoptant le PNDS 2017-2022, le Gouvernement marque ainsi sa volonté de réaliser des progrès substantiels vers l'atteinte des ODD en assumant son rôle de leadership à travers une approche « pangouvernementale » et « pan-sociétale ». Il conforte ainsi le Ministère de la Santé et de la Protection Sociale dans son premier rôle de promotion de la santé.

Je saisis cette opportunité pour présenter toutes mes félicitations à tous ceux qui se sont investis dans l'élaboration du présent PNDS, notamment les acteurs du secteur public et privé de la santé, la société civile et les Partenaires Techniques et Financiers (PTF).

Enfin, j'exhorte toutes ces parties prenantes du secteur de la santé et au-delà à s'impliquer activement pour sa mise en œuvre, son suivi et son évaluation.

Le Ministre de la Santé et de la Protection Sociale

Professeur Moustafa MIJIYAWA

Résumé exécutif

Contexte de l'élaboration du PNDS 2017-2022

Le Plan National de Développement Sanitaire (PNDS) 2012-2015, cadre d'orientation de l'action gouvernementale en matière de santé, est arrivé à échéance en 2015. Une évaluation de sa mise en œuvre a été faite en vue de guider l'élaboration d'un nouveau plan sectoriel (PNDS) pour la période 2017-2022 qui correspond à l'horizon de la Politique Nationale de Santé.

Le PNDS 2012-2015 a permis d'obtenir des résultats significatifs en termes d'amélioration du niveau de santé de la population comme la baisse de la mortalité des enfants ainsi que la forte réduction de la morbidité et de la mortalité d'un certain nombre de maladies transmissibles telles que le VIH/SIDA, la tuberculose et le paludisme ainsi que certaines maladies évitables par la vaccination.

En outre, l'année 2015 sert de transition entre les Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD) fixés en 2000 et les Objectifs de Développement Durable (ODD) qui visent à induire, dans les Etats, un développement inclusif et durable. Le troisième objectif de ces ODD cible d'ici à 2030, la réduction de la mortalité maternelle et infantile-juvénile, la fin des épidémies liées aux principales maladies transmissibles et la réduction de la mortalité précoce liée aux maladies non transmissibles.

L'élaboration du PNDS 2017-2022 s'inscrit donc dans une double perspective : le souci d'apporter des solutions idoines aux problèmes dégagés par l'évaluation du PNDS finissant d'une part et l'alignement sur les ODD dans le cadre de la mise en place de la couverture sanitaire universelle d'autre part. En effet, l'élaboration du nouveau PNDS intervient dans un contexte national favorable caractérisé par :

- la déclaration de politique générale du Gouvernement qui fait du quinquennat « 2015-2020 » celui du développement social en vue de parvenir à une croissance plus inclusive et équitable pour mieux répondre aux attentes des togolais, en particulier ceux touchés par la pauvreté et la vulnérabilité ;
- le processus d'évaluation de la mise en œuvre de la SCAPE et de formulation d'un Plan National de Développement (PND) 2018-2022 ;
- la révision par le Gouvernement avec l'appui des partenaires de la Politique Nationale de Protection Sociale de juin 2012 afin de renforcer et d'étendre le système contributif d'assurance sociale, de prévenir l'indigence et de renforcer le capital humain des populations les plus vulnérables ;
- la mise en œuvre du Programme d'urgence de développement communautaire (PUDC) lancée en 2016 qui vise à rapprocher davantage les soins des communautés vivant en zones rurales.

Méthodologie et processus d'élaboration

Le PNDS 2017-2022 est élaboré suivant un processus participatif et inclusif des principales parties prenantes du secteur de la santé (ministère de la santé et administrations partenaires, partenaires techniques et financiers, acteurs de la société civile et du secteur privé de soins).

Outre l'approche inclusive, le plan est élaboré selon une approche de planification axée sur les résultats liant les résultats attendus avec les ressources nécessaires en utilisant les évidences scientifiques autour de l'efficacité d'un certain nombre d'interventions ayant un impact fort sur les ODD liés à la santé.

Le processus d'élaboration a comporté quatre étapes clés suivantes : (i) l'évaluation du PNDS 2012-2015, (ii) l'analyse de la situation sanitaire actuelle, (iii) le développement des priorités stratégiques en matière de santé et (iv) l'élaboration d'un cadre de mise en œuvre et de suivi-évaluation.

Leçons tirées de la mise en œuvre du PNDS échu et principaux problèmes du secteur

L'évaluation du PNDS 2012-2015 et l'analyse de la situation du secteur réalisée en août 2016 ont mis en évidence des avancées importantes à capitaliser, mais aussi des insuffisances et goulots d'étranglement dans plusieurs domaines.

En matière d'acquis et de bonnes pratiques à capitaliser, on peut citer : (i) l'élaboration et la mise en œuvre des plans d'action opérationnels annuels dans les 40 districts sanitaires ; (ii) l'organisation de revues annuelles conjointes des performances aux différents niveaux du système de santé ; (iii) l'évolution positive des indicateurs de santé de l'enfant et ceux liés à la lutte contre le VIH/SIDA, la tuberculose et le paludisme.

En termes d'insuffisances, de faibles performances voire contre-performances ont été relevées dans les domaines de la lutte contre la mortalité maternelle et néonatale et du contrôle des maladies non transmissibles. Les principaux dysfonctionnements du système de santé notés sont : (i) l'insuffisance dans la gouvernance et le pilotage du secteur, (ii) l'insuffisance de ressources humaines pour la santé ainsi que la gestion non optimale de l'existant, (iii) la non utilisation systématique des médicaments essentiels et génériques et la faible disponibilité des produits sanguins, (iv) le sous financement public du secteur, (v) la gestion non efficiente des ressources mobilisées, (vi) l'importante contribution des ménages, (vii) les problèmes de promptitude, de complétude et de fiabilité des données du Système national d'information sanitaire (SNIS) qui limitent la prise de décision à tous les niveaux.

Nouveau cadre stratégique du secteur de la santé

Le PNDS 2017-2022 se décline en cinq (5) axes stratégiques en cohérence avec les priorités nationales et internationales, les enjeux et les défis majeurs du secteur. Il s'agit de :

- **Axe stratégique 1** : Accélération de la réduction de la mortalité maternelle, néonatale et infanto-juvénile et renforcement de la planification familiale et de la santé des adolescents ;
- **Axe stratégique 2** : Renforcement de la lutte contre les maladies transmissibles ;
- **Axe stratégique 3** : Amélioration de la sécurité sanitaire et la réponse aux épidémies et autres urgences de santé publique ;
- **Axe stratégique 4** : Renforcement de la lutte contre les maladies non transmissibles et promotion de la santé ;
- **Axe stratégique 5** : Renforcement du système de santé vers la Couverture Sanitaire Universelle (CSU) y compris la santé communautaire.

La mise en œuvre de l'axe stratégique 1 « *Accélération de la réduction de la mortalité maternelle, néonatale et infanto-juvénile et renforcement de la planification familiale et de la santé des adolescents* » va surtout permettre de réduire la mortalité maternelle, néonatale et infanto-juvénile pour atteindre les cibles de 250 décès maternels pour 100.000 naissances vivantes, de 17 décès néonataux et de 59 décès d'enfants de moins de 5 ans pour 1.000 naissances vivantes en fin 2022. Ces cibles correspondent à une réduction annuelle de 7,0% pour ce qui concerne la mortalité maternelle et néonatale et de 5,0% pour la mortalité infanto-juvénile. A cet effet, il s'agira d'élaborer et de mettre en œuvre un plan national intégré pour l'accélération de la réduction de la mortalité maternelle, néonatale et infanto-juvénile et le renforcement de la planification familiale et de la santé des adolescents en cohérence avec la Stratégie mondiale (2016-2030) pour la santé de la femme, de l'enfant et de l'adolescent.

En ce qui concerne le deuxième axe stratégique « *Renforcement de la lutte contre les maladies transmissibles* », il sera question de réduire d'ici à 2022 : la prévalence du VIH chez les 15 à 49 ans de 2,5% à 1,8% ; la mortalité spécifique du VIH de 83,2 à 30,6 pour 100 000 habitants ; l'incidence du paludisme de 161,0 à 40,0 ‰ ; l'incidence de la tuberculose de 58,0 à 23,0 ‰ et la prévalence des schistosomiasis de 5,0 à 0,2%. Pour y parvenir, les plans stratégiques des différents programmes, plus particulièrement ceux liés au contrôle du paludisme, du VIH/SIDA, des hépatites et de la tuberculose, ainsi que celui lié à l'élimination des principales maladies tropicales négligées (MTN), seront actualisés et mis en œuvre.

Concernant l'axe stratégique 3 « *Amélioration de la sécurité sanitaire et la réponse aux épidémies et autres urgences de santé publique* », il s'agira de développer un système de santé capable de détecter précocement et de répondre efficacement aux épidémies et autres urgences de santé publique, en assurant une couverture effective d'un certain nombre d'interventions relatives à la prévention, la préparation et la réponse aux épidémies ainsi que le relèvement du secteur. L'accent sera mis sur les approches stratégiques telles que : (i) le renforcement de la mise en œuvre du Règlement Sanitaire International (RSI) au niveau national (développement et renforcement de dispositifs et capacités des structures de veille sanitaire aux différents niveaux) ; (ii) le renforcement de la collaboration, la coordination multisectorielle et l'intégration des actions selon l'approche « Une Santé » ; (iii) l'élaboration/harmonisation et la vulgarisation des normes et procédures opérationnelles de prise en charge des urgences et des événements de santé publique ; (iv) la mise en œuvre et le suivi des plans d'opération spécifiques pour faire face à des menaces sanitaires.

Dans le domaine du « *Renforcement de la lutte contre les maladies non transmissibles et promotion de la santé* », l'objectif visé à travers cet axe (axe stratégique 4) est de réduire significativement la morbidité,

l'incapacité et la mortalité liées aux maladies non transmissibles (MNT) telles que les maladies cardiovasculaires, le cancer, le diabète, les affections respiratoires chroniques ou encore les maladies rénales chroniques, la drépanocytose, la cécité, les maladies bucco-dentaires, les traumatismes et violences, les troubles de la santé mentale et l'épilepsie.

Cet axe sera mis en œuvre à travers différentes approches stratégiques notamment : (i) le renforcement des capacités de coordination de l'action multisectorielle et de partenariats pour accélérer la lutte contre les MNT, (ii) le développement et la mise en œuvre d'un plan stratégique intégré de lutte contre les MNT assorti de plans d'action spécifiques y compris celui du handicap; (iii) la mise en œuvre optimale des dispositions de la loi relative à la production, à la commercialisation et à la consommation des cigarettes et autres produits du tabac conformément à l'esprit de la Convention-cadre de l'OMS pour la lutte anti-tabac ; (iv) la mise à l'échelle nationale de WHO-PEN (World Health Organization Package of Essential Non-Communicable Diseases) ; (v) la prise des mesures pour agir sur les déterminants environnementaux de la santé y compris la promotion de la santé et la sécurité au lieu de travail.

S'agissant du « *Renforcement du système de santé vers la Couverture Sanitaire Universelle (CSU) y compris la santé communautaire* » (axe stratégique 5), l'objectif global visé est de renforcer les six piliers du système de santé pour permettre un accès universel aux services préventifs et curatifs en vue d'une réduction durable de la mortalité et de la morbidité. Pour ce faire, l'accent sera mis sur : (i) le renforcement de la gouvernance du secteur (consolidation du rôle de leadership et de pilotage stratégique du Ministère de la santé ; renforcement du rôle et de la contribution du secteur privé, des organisations de la société civile et des ordres professionnels dans la gestion du secteur ; amélioration de la transparence et de la redevabilité ; renforcement de la participation communautaire) ; (ii) l'amélioration du financement de la santé à travers le développement et la mise en œuvre d'une stratégie nationale de financement de la santé vers la couverture sanitaire universelle ; (iii) le renforcement des ressources humaines en vue d'atténuer les besoins, de réduire les inégalités dans leur répartition et d'améliorer leurs compétences et performances ; (iv) le développement d'une offre de services et soins de santé facile d'accès et de qualité sur l'ensemble du territoire ; (v) l'amélioration de la disponibilité des médicaments et autres produits de santé de qualité dans les formations sanitaires y compris les produits sanguins labiles sécurisés ; (vi) l'accélération de la réforme du système national d'information sanitaire et la promotion de la recherche en santé.

Financement du PNDS 2017-2022

La budgétisation des actions correctrices pour lever les goulots d'étranglement identifiés, réalisée avec l'outil OneHealth, a permis d'évaluer les besoins de financement du PNDS à un coût total de 674,148 milliards F CFA pour la période 2017-2022, soit un coût moyen annuel de 112,358 milliards FCFA.

Le financement du PNDS sera soutenu par deux cadres de dépenses à moyen terme (CDMT) triennaux glissants dont le premier a été élaboré pour couvrir la période 2017-2019.

Afin d'évaluer les capacités du pays à financer le PNDS, le CDMT sectoriel pour la période 2017-2019, présente trois scénarii de l'espace budgétaire pour la santé.

La comparaison du coût total du PNDS et des ressources mobilisables par scénario indique qu'avec le scénario de base et le scénario moyen, il sera impossible de financer la mise en œuvre du PNDS. Pour y parvenir le Gouvernement et ses partenaires devront s'engager à la réalisation des conditions du scénario accéléré. Cela exige les engagements suivants :

- une augmentation sensible du budget de l'Etat alloué à la santé pour atteindre 12,0%, ce qui correspond à 7,0%, 8,0%, 9,0%, 10,0%, 11,0% et 12,0% respectivement en 2017, 2018, 2019, 2020, 2021 et 2022 ;
- une diminution progressive de la dépendance extérieure du financement de la santé ;
- une amélioration de la gestion des recettes des formations sanitaires ;
- une réduction de moitié des dépenses directes de santé des ménages (de 48% à 21,9%) grâce au développement d'un système de couverture du risque financier lié à la maladie.

En termes de ressources nécessaires à l'atteinte des objectifs fixés, le financement du PNDS par source potentielle sur la période 2017-2022 se présente comme suit : (i) 333,505 milliards F CFA de contribution de l'Etat (49,5%) ; (ii) 208,209 milliards F CFA de recouvrement des coûts (30,9%) ; (iii) 123,131 milliards F CFA d'appui des partenaires (18,3%) et (iv) 9,301 milliards F CFA de soutien des collectivités locales (1,4%).

✓ **Mise en œuvre**

Le cadre de la mise en œuvre du PNDS 2017-2022 se fonde sur trois objectifs et principes directeurs fondamentaux : (1) la collaboration intersectorielle impliquant l'institutionnalisation de l'action intersectorielle afin d'améliorer les déterminants de la santé ; (2) l'harmonisation et l'alignement de l'aide pour garantir que le budget de l'état alloué à la santé et les flux de l'aide internationale sont alignés sur les priorités du plan et utiliseront les mécanismes de gestion consensuels mis en place par le Gouvernement ; (3) la responsabilité mutuelle pour les résultats à travers le renforcement des cadres conjoints de suivi et évaluation des résultats du plan.

En effet, la mise en œuvre et la coordination des interventions du plan relèvent des organes des administrations nationales, régionales et locales appuyées par les dispositifs institutionnels de pilotage et de coordination du secteur de la santé. Ces organes de coordination veilleront à ce que les Organisations et Associations de la société civile, les acteurs du secteur privé de la santé et les Partenaires techniques et financier (PTF) soient impliqués à tous les niveaux en vue d'une prise de décision concertée sur l'ensemble des questions de santé.

Au niveau central, en dehors de l'organe central de coordination du secteur de la santé, l'administration et la coordination opérationnelle de la mise en œuvre du PNDS seront assurées par le Secrétariat Permanent du PNDS (SP/PNDS) qui sera rattaché au Secrétariat Général. Au niveau intermédiaire et opérationnel, il sera mis en place des organes régionaux et préfectoraux de coordination du secteur de la santé en vue de garantir l'effectivité de l'approche intersectorielle et de la participation de tous les acteurs du développement sanitaire.

En ce qui concerne les modalités de mise en œuvre du plan, elles seront marquées par trois actes majeurs : (i) l'adoption du plan par le Gouvernement, (ii) l'organisation d'une table ronde de mobilisation des ressources devant déboucher sur (iii) la signature d'un Compact national ou mémorandum d'entente avec les parties prenantes pour confirmer les engagements des uns et des autres dans le financement et l'accompagnement technique de la mise en œuvre du plan.

De façon pratique, l'opérationnalisation du PNDS se fera à travers un système de planification ascendante, évoluant du niveau district vers le niveau central. Cette planification ascendante permettra de disposer de plans opérationnels conformes aux réalités de chaque district sanitaire en lien avec les orientations nationales et le cadrage financier. Elle mobilisera tous les échelons de la pyramide sanitaire.

Sur le plan de contrôle de gestion, les procédures administrative, financière et comptable seront améliorées, disséminées et appliquées à tous les niveaux du système de santé. Un manuel de procédures financières et comptables sera élaboré de même qu'un tableau de bord pour retracer les situations financières interne et externe du ministère.

✓ **Suivi et évaluation de la mise en œuvre**

Le cadre institutionnel de suivi-évaluation du PNDS 2017-2022 est conforme au dispositif institutionnel mis en place dans le cadre du suivi et de l'évaluation des politiques de développement (DIPD).

En effet, le suivi et l'évaluation de la mise en œuvre du PNDS s'appuiera sur les indicateurs et cibles définis au niveau des différents axes. Un plan de suivi et évaluation du PNDS fera l'objet d'un document séparé qui sera annexé au plan. Ce plan sera assorti d'un cadre des résultats élaboré sur la base d'un nombre restreint d'indicateurs traceurs parmi ceux choisis pour apprécier les résultats escomptés de la mise en œuvre des axes stratégiques.

En ce qui concerne le mécanisme de suivi et l'évaluation, il sera fondé sur : (i) le renforcement de la supervision à tous les niveaux de la pyramide sanitaire, (ii) l'institutionnalisation du monitoring (monitoring mensuel des activités au niveau du district sanitaire et organisation des sessions semestrielles de monitoring au niveau des formations sanitaires), (iii) l'organisation des revues (semestrielles et annuelles) au niveau des régions sanitaires; une revue conjointe annuelle sera également menée au niveau central pour suivre les progrès réalisés dans la mise en œuvre des PAO, (iv) une évaluation à mi-parcours du plan à la fin de l'année 2019 pour renforcer ou réorienter au besoin les orientations stratégiques, (v) une évaluation finale de la mise en œuvre du plan en 2022 selon l'esprit de l'évaluation conjointe IHP+.

Introduction

Le PNDS 2012-2015, cadre d'orientation de l'action gouvernementale en matière de santé, est arrivé à son terme en 2015. Une évaluation de sa mise en œuvre a été faite en vue de guider l'élaboration d'un nouveau plan sectoriel (PNDS) pour la période 2017-2022 qui correspond à l'horizon de la Politique Nationale de Santé.

En effet, durant les cinq dernières années, les efforts consentis par l'Etat et ses partenaires en faveur du secteur de la santé ont permis de faire face à un certain nombre de contraintes, et par conséquent d'améliorer le niveau de santé de la population comme en témoignent la baisse de la mortalité des enfants ainsi que la forte réduction de la morbidité et de la mortalité d'un certain nombre de maladies transmissibles telles que le VIH/SIDA, la tuberculose et le paludisme et certaines maladies évitables par la vaccination.

En terme de couverture sanitaire, l'offre de soins publics et privés s'est relativement développée et la gestion des ressources humaines en santé s'est progressivement améliorée. Toutefois, en dépit de ces efforts et des améliorations constatées, des insuffisances demeurent dans plusieurs domaines (santé maternelle, lutte contre les maladies non transmissibles, gouvernance du secteur, offre de services de qualité...).

Conscient que la santé d'une nation représente un atout pour son développement socioéconomique, le gouvernement compte, durant les six prochaines années, agir de façon décisive sur certains problèmes de santé tels que la réduction de la mortalité maternelle et infantile, la structuration des actions en direction des maladies non transmissibles, l'achèvement des réformes en cours dans le secteur et l'amélioration de la qualité des services disponibles dans les établissements de soins. Il s'agira également d'œuvrer à la consolidation du Programme d'urgence de développement communautaire (PUDC) lancée en 2016 et qui constitue un engagement de l'Etat pour mieux orienter ses interventions en direction des communautés vivant en zones rurales en vue de combler les insuffisances constatées en matière d'accès aux services sociaux de base.

Au plan méthodologique, l'élaboration du PNDS 2017-2022 a été réalisée suivant un processus participatif et inclusif des principales parties prenantes du secteur de la santé (ministère de la santé et autres départements concernés, partenaires techniques et financiers, acteurs de la société civile et du secteur privé de soins). Elle repose sur : (i) les conclusions et recommandations découlant de l'évaluation finale du PNDS 2012-2015, (ii) l'analyse de la situation du secteur effectuée en août 2016 y compris l'analyse causale des goulots d'étranglement suivant les modes de prestation de services aux niveaux communautaire, des Unités de Soins Périphériques et des hôpitaux ; et (iii) des engagements nationaux et internationaux (notamment, les ODD) auxquels le Togo a souscrit.

Outre l'approche inclusive, ce plan est élaboré selon une approche de planification axée sur les résultats liant les résultats attendus avec les ressources nécessaires en utilisant les évidences scientifiques autour de l'efficacité d'un certain nombre d'interventions ayant un impact fort sur les ODD liés à la santé. Cette approche s'est appuyée sur l'utilisation des outils de planification et de programmation des stratégies de santé notamment, l'outil CHPP (Country Health Policy Process) et Onehealth Tool (OHT), recommandés par l'OMS et les autres partenaires techniques et financiers (voir note méthodologique présentée en annexe 1).

En terme de processus, l'élaboration du PNDS 2017-2022 a comporté les étapes suivantes : (i) mise en place du cadre institutionnel et organisationnel ; (ii) lancement officiel du processus ; (iii) analyse de la situation du secteur et formulation des axes stratégiques ; (iv) développement de l'application de l'outil OneHealth ; (v) validation du diagnostic du secteur santé et des choix stratégiques par le Comité technique ; (vi) rédaction de la version préliminaire du PNDS ; (vii) validation du document du PNDS à travers trois processus de dialogue (atelier de consensus sur les résultats escomptés et les stratégies de mise en œuvre, réunion de validation par le Comité technique, validation nationale par les parties prenantes).

Le présent document décrit la situation sanitaire actuelle, définit les enjeux auxquels le système national de santé doit faire face, détaille les axes stratégiques, les résultats attendus et les orientations stratégiques par axe ainsi que les ressources nécessaires à son financement, les mesures d'accompagnement de sa réalisation et les outils pour le suivi et évaluation de sa mise en œuvre.

Ce nouveau plan stratégique constitue par excellence la base programmatique pour l'ensemble des intervenants dans le secteur de la santé au Togo pour les six (6) prochaines années et doit orienter par conséquent les allocations des différentes ressources internes et externes en faveur du secteur.

Chapitre 1 : Contexte général

Ce chapitre introductif présente brièvement le pays dans ses grandes lignes. Ceci permet d'avoir une compréhension de l'environnement social et sanitaire, des enjeux de développement ainsi que des différentes politiques publiques sectorielles pour y faire face.

1.1. Aspects géographiques

Le Togo est situé en bordure méridionale de l'Afrique Occidentale avec une superficie de 56 600 km². Il s'étire entre le Burkina Faso au nord, le Golfe de Guinée au sud, le Bénin à l'est et le Ghana à l'ouest.

Le climat est de type tropical variant sensiblement de la région méridionale à la zone septentrionale. Il est subdivisé en deux grandes zones : une zone de type soudanien au sud avec de vastes terres productives et une zone de type sahélien recouvrant la moitié nord caractérisée par une pénurie de terres fertiles. Chaud et humide, ce climat est favorable à la prolifération de vecteurs de maladies et est en partie responsable du profil épidémiologique national dominé par les maladies infectieuses et parasitaires.

1.2. Contexte démographique

Le Togo affiche une croissance démographique élevée de 2,4% par an avec un indice de fécondité de 4,8 enfants par femme. L'effectif de la population a ainsi plus que doublé en moins de 30 ans avec une population estimée à 6,8 millions d'habitants en 2010 contre 2,7 millions en 1981. Les projections de populations prévoient une hausse de 25% de la population d'ici à 2020, soit 8,5 millions d'habitants. C'est une population majoritairement jeune (60% sont âgés de moins de 25 ans et 42% ont moins de 15 ans) et rurale (62%), inégalement répartie sur le territoire national (Lomé et sa périphérie concentrent 24% de la population).

La croissance démographique élevée entraîne une forte pression sur les infrastructures et les services sociaux de base tels que l'éducation, la santé, l'accès à l'énergie et à l'eau potable, la sécurité alimentaire.

1.3. Organisation administrative

La dernière réforme administrative a réparti le pays en 5 régions administratives (du nord au sud : Savanes, Kara, Centrale, Plateaux et Maritime) et 35 préfectures. Lomé, la capitale, est subdivisée en 5 arrondissements administratifs. On dénombre également 35 communes dont 30 communes de plein exercice et 5 communes de moyen exercice¹.

La décentralisation au Togo n'est pas encore dans sa phase opérationnelle ; les collectivités territoriales ainsi que les régions n'ont pas à ce jour une autonomie administrative et financière.

1.4. Contexte économique et social

Portée par les gains de productivité dans le secteur agricole et par l'investissement public dans les infrastructures de transport, la croissance économique au Togo est restée à des niveaux élevés au cours des cinq dernières années, au-dessus de la croissance démographique. En 2015, elle s'établissait à 5,5%, et devrait se maintenir à un niveau similaire pour les prochaines années.

Toutefois, au plan budgétaire le pays a connu en 2014 un déficit de 4,9% du produit intérieur brut. La dette publique est passée de 48,6% du PIB en 2011 à 75,4% en 2015² soit un ratio d'endettement supérieur au plafond de 70% du PIB fixé par l'Union économique et monétaire ouest-africaine (UEMOA).

Sur le plan social, le Togo n'a pas enregistré des avancées significatives. Selon le rapport mondial sur le développement humain 2015, l'Indice de développement humain (IDH) du Togo est évalué à 0,484, le classant au 162^{ème} rang sur 188 pays. Cela met en exergue le déficit important en matière d'investissement, entre autres, dans les domaines sociaux de base (santé, éducation, eau/assainissement, protection sociale) qui sont les éléments clés du développement humain.

Les secteurs de l'éducation et de la santé représentent une part conséquente des dépenses publiques mais en deçà des normes internationales ou africaines, notamment en ce qui concerne l'éducation (14,2 % du budget en moyenne entre 2009 et 2014 contre une norme de 20 % selon l'engagement de Dakar), la Santé (6,8% contre une norme de 15 % d'après l'engagement d'Abuja). Des efforts supplémentaires s'avèrent donc nécessaires pour accroître ces ressources, remédier aux fortes disparités régionales dans l'affectation de ces ressources et les utiliser avec une meilleure efficacité et efficience.

¹ Cf. Loi n°2007-011 du 13 mars 2007 relative à la décentralisation et aux libertés locales

² FMI, 2016

Par ailleurs, bien que l'incidence de la pauvreté ait régressé sur la période 2011 à 2015 au niveau national, la pauvreté y est encore très répandue. En 2015, plus de la moitié des ménages (55,1%) vivaient en dessous du seuil de pauvreté monétaire, principalement en zone rurale (environ 68,9%) et parmi les ménages dirigés par une femme (57,5%).

1.5. Stratégie de développement national

Pour lutter contre la pauvreté, le Gouvernement togolais s'est engagé dès 2006 à développer des stratégies de croissance et de réduction de la pauvreté ; l'actuelle étant la Stratégie de Croissance Accélérée et de Promotion de l'Emploi (SCAPE) couvrant la période 2013-2017.

Les 5 axes stratégiques définis autour de la SCAPE illustrent les principaux enjeux du développement du pays à savoir : le développement des secteurs à fort potentiel de croissance ; le renforcement des infrastructures économiques ; le développement du capital humain, des filets de protection sociale et de l'emploi ; l'amélioration de la gouvernance ; et la promotion d'un développement plus durable, équilibré et participatif.

Alors que le Togo n'est pas parvenu à atteindre 6 des 8 objectifs du Millénaire pour le développement (OMD), il devra redoubler d'effort pour réaliser les 17 nouveaux Objectifs de Développement Durable (ODD). À la fin de l'année 2015, le pays n'avait progressé que dans les domaines de l'éducation primaire et de la lutte contre le VIH/SIDA.

Pour faire face à ces enjeux de développement, et traduire dans la réalité, la vision du Togo émergent d'ici 2030, un nouveau plan national de développement (PND) est actuellement en cours d'élaboration.

Dans le cadre du budget 2017, le Gouvernement ambitionne d'orienter davantage les dépenses publiques vers les secteurs sociaux représentés par l'éducation, la santé et l'agriculture (en moyenne 43% des dépenses). C'est dans ce contexte également que le Gouvernement a lancé le Programme d'Urgence de Développement Communautaire (PUDC) dont la mise en œuvre a été confiée au PNUD.

Chapitre 2 : Contexte sanitaire

Le chapitre 2 décrit le profil sanitaire des dernières années au Togo. Il est structuré autour des quatre thématiques suivantes : (i) la politique nationale de santé, (ii) le cadre organisationnel du système de santé togolais, les principaux problèmes de santé et goulots d'étranglement du secteur, (iii) les enseignements tirés de la mise en œuvre du PNDS finissant et (iv) les enjeux et défis majeurs du nouveau PNDS.

2.1. Politique de santé

Depuis 2010, le Togo a entamé une réforme du cadre politique et stratégique de son système de santé en s'appuyant sur les initiatives de partenariat pour la santé au niveau régional et international, notamment Health Harmonisation in Africa (HHA), IHP+. Cela s'est traduit par l'élaboration d'une nouvelle politique nationale de santé (PNS) à horizon 2022. La PNS trouve son fondement dans la Constitution de la IV^{ème} République qui garantit aux citoyens togolais le droit à la santé.

La vision de la politique de santé est d' « assurer à toute la population le niveau de santé le plus élevé possible en mettant tout en œuvre pour développer un système basé sur des initiatives publiques et privées, individuelles et collectives, accessible et équitable, capable de satisfaire le droit à la santé de tous en particulier les plus vulnérables ». La politique de santé reste basée sur les soins de santé primaires et prend en compte les engagements internationaux du Togo vis-à-vis des organisations sous régionales, régionales et mondiales en matière de santé.

Dans le souci d'apporter des réponses efficaces aux problèmes sanitaires des populations, plusieurs politiques et plans stratégiques ont été développés en conformité avec les orientations de la PNS (PNDS, 2012-2015 ; politique nationale et plan stratégique des IBC, 2015 ; politique nationale pharmaceutique, 2012 ; plan de repositionnement de la Planification Familiale, 2013-2017 ; ...).

2.2. Cadre organisationnel du système national de santé

2.2.1. Organisation générale

Le Ministère de la Santé et de la Protection Sociale est organisé selon une structure pyramidale à trois niveaux : central, intermédiaire constitué par les régions sanitaires et opérationnel basé sur le district sanitaire.

La figure n°2 ci-après schématise l'organisation pyramidale du système de santé au Togo.



Figure 1 : Schéma de l'organisation pyramidale du système de santé au Togo

Le nouvel organigramme du Ministère de la Santé et de la Protection Sociale est défini par le décret N°2012-006/PR du 07 mars 2012 portant organisation des départements ministériels qui a été complété par l'arrêté N°0021/2013/MS/CAB du 27 février 2013 portant organisation des services du Ministère de la santé avec création d'un secrétariat général et de deux directions générales, mais dont une reste toujours à pourvoir¹.

¹ Un coordonnateur est nommé par arrêté ministériel pour assurer la charge des activités de la Direction générale de l'action sanitaire (DGAS)

Il est à noter que des défis en termes de nomination aux postes clés (par exemple de direction générale de l'action sanitaire) et d'accompagnement dans le fonctionnement restent à relever.

2.2.2. Organisation de l'offre de soins et couverture sanitaire

Les soins de santé sont fournis aux populations dans des structures publiques et privées (libérales et confessionnelles). Le système de soins est organisé selon trois niveaux : primaire, secondaire, tertiaire.

Les soins de premier contact sont structurés autour de trois échelons à savoir : (i) l'Agents de Santé Communautaire (ASC) qui assure par délégation les soins au niveau familial et des communautés et qui 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 qui constitue le premier niveau de référence.

Le deuxième niveau de référence et de recours est animé par les Hôpitaux de région (CHR).

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'USP est appelée à servir de cadre de dispensation de soins intégrés, tandis que l'hôpital doit jouer le rôle majeur d'orientation-recours. On constate cependant que la recherche de cette situation optimale d'un système de soins cohérent 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.

En ce qui concerne la couverture sanitaire, d'après les résultats provisoires de la carte sanitaire 2015, les soins de santé sont fournis par le secteur public (59%) et privé (41%). Ce dernier est surtout libéral, dynamique et surtout concentré dans les grands pôles urbains principalement à Lomé où l'on enregistre une plus grande solvabilité de la demande. Il est toutefois peu régulé surtout dans son implantation géographique et pas toujours pris en compte dans la planification de l'offre des services. A cette offre, il faut ajouter, la présence d'un secteur traditionnel assez influent surtout en milieu rural mais mal connu au niveau des services de soins offerts à la population.

2.2.3. Equité et protection sociale en santé

Selon le rapport sur le profil de pauvreté, le Togo disposait en 2015 d'infrastructures qui lui permettent d'assurer une accessibilité géographique à 66,8% des populations. Mais des inégalités géographiques et sociales de santé persistent. A titre d'exemple, selon EDSTIII seulement 41,3% des accouchements sont assistés par un personnel qualifié en zone rurale, contre 91,7% en zone urbaine. La proportion de naissances assistées par du personnel de santé qualifié augmente nettement avec le quintile du bien-être économique de la mère, passant de 26,8% pour les femmes des ménages les plus pauvres à 95,3% pour les femmes des ménages les plus riches. En outre, alors que la part des plus riches ayant accès à un médecin était de 27,1%, elle n'était que de 14,5% pour les plus pauvres en milieu urbain avec des écarts plus importants en milieu rural.

Enfin l'analyse des écarts entre les groupes économiques du Togo montre que la mortalité des enfants de moins de 5 ans des 20 % les plus riches est presque trois fois moindre que celle des 20 % les plus pauvres.

Cette photographie des inégalités sociales de santé montre que le système de santé du Togo peine à apporter une réponse équitable aux besoins de santé des populations notamment en situation de vulnérabilité sociale.

Pour y remédier, différentes mesures ont été prises par l'Etat ces dernières années en vue d'améliorer l'accès aux services et soins essentiels de santé des populations, en particulier les populations démunies et vulnérables. Des efforts supplémentaires s'avèrent cependant nécessaires pour réduire les barrières financières aux soins et progresser vers la Couverture sanitaire universelle (CSU). Le processus d'élaboration d'une Stratégie nationale de financement de la santé vers la CSU (SNFS-CSU) en cours s'inscrit dans ce cadre.

2.2.4. Coopération au développement et partenariats

Les secteurs sociaux, en particulier celui de la santé, ont subi fortement le contre coup de la diminution de l'aide extérieure entre 1990 et 2005 suite à la suspension de la coopération internationale. Le climat d'apaisement sociopolitique intervenu à partir de 2006 a favorisé la reprise de la coopération avec l'UE et les institutions financières internationales.

Depuis 2010, la participation du Togo à la démarche IHP+ (mettant en œuvre les principes de la Déclaration de Paris dans le cadre de la campagne mondiale en faveur de la réalisation des OMD liés à la santé) a conduit à la signature en mai 2012 d'un Compact national entre le Gouvernement et plusieurs PTF (multi et bilatéraux) intervenant dans le secteur (Banque mondiale, OMS, UNICEF, UNFPA, ONUSIDA, Coopération française, allemande et américaine, ONG et associations internationales).

L'apport de ces PTF a ainsi été important dans le financement du PNDS 2012-2015. Le problème reste surtout la faiblesse de coordination du Ministère de la santé pour l'amélioration de l'alignement et de l'harmonisation des interventions des PTF et une meilleure prévisibilité de l'aide.

Selon la cartographie réalisée en 2016, environ 365 organisations non gouvernementales et associations participent de manière formelle au développement des activités de la santé. Cependant, elles restent surtout concentrées dans les régions Maritime et des Plateaux.

2.3. Etat de santé des populations

2.3.1. Santé maternelle, néonatale, infanto-juvénile et des adolescents

Selon les résultats des EDSTIII, 2013-2014, les estimations de mortalité maternelle, néonatale et infantile demeurent très élevées au Togo au regard des cibles des OMD :

- Le taux de mortalité maternelle est estimé à 401 décès pour 100.000 naissances vivantes; le ratio de mortalité maternelle attendu pour 2015 selon l'OMD 6 étant de 160 pour 100.000 naissances ; les $\frac{3}{4}$ des décès maternels sont dus aux causes obstétricales directes telles que les hémorragies (36,4%), l'éclampsie (23,5%), les complications d'avortement (16,9%), les infections du post-partum (14%) et la dystocie (22,3%).
- Le taux de mortalité néonatale est de 27 pour 1000 naissances vivantes pour une cible OMD de 25%o attendue en 2015 ;
- Le taux de mortalité infanto-juvénile est de 89 pour 1000 naissances vivantes contre une cible OMD fixée à 50%o en 2015 ;

Cette mortalité élevée est en partie liée à des taux de couverture en soins préventifs et curatifs essentiels toujours trop bas malgré les progrès qui ont pu être observés en matière de couverture en soins essentiels de l'enfant notamment : i) l'amélioration des conditions d'hygiène d'eau et d'assainissement, ii) l'amélioration de la qualité de la prise en charge et du suivi de l'enfant atteint de maladie telle que le paludisme, la pneumonie et la diarrhée, iii) l'amélioration de la couverture vaccinale, ainsi que la prévention de la transmission du VIH de la mère à l'enfant.

Les décès maternels sont dus en partie à i) des progrès insuffisants accomplis dans l'opérationnalisation des sites SONU pour assurer une couverture sur l'ensemble du territoire en matière de prise en charge des complications obstétricales (la cartographie des SONU a prévu 109 structures SONU potentielles dont l'effectivité en terme de fonctionnalité en 2015 ne dépasse pas 65%) ; ii) la faible disponibilité des médicaments essentiels et produits sanguins pour sauver la vie des mères et des enfants, iii) la faiblesse de l'offre de services PF (la prévalence contraceptive moderne estimée à 16,8% en 2014 est parmi les plus faibles au monde) ; iv) la faible accessibilité financière aux services de soins

Les problèmes de santé touchant les adolescents sont surtout les problèmes de santé sexuelle et de la reproduction y compris les IST et le VIH. Dans cette tranche d'âge, on note un taux de grossesse précoce de 17% (MICS4, 2010), une prévalence du VIH forte et nettement plus élevée chez les filles que chez les garçons (0,4% contre 0,1% chez les 15-19 ans ; 1,3% contre 0,5% chez les 20-24 ans) ; une consommation élevée de substances nocives à la santé (tabac, alcool et autres substances).

Globalement, en matière de santé des femmes, des enfants et des adolescents, le pays dispose d'un cadre politique cohérent. Toutefois, celui-ci peine à être appliqué en raison en partie de l'insuffisance de ressources allouées par l'Etat et des faiblesses de pilotage et de gestion du secteur.

2.3.2. Situation des maladies transmissibles

2.3.2.1. VIH/SIDA, Tuberculose, Paludisme et Hépatites virales

VIH/SIDA : selon EDSTIII, la séroprévalence de l'infection à VIH est de 2,5% chez les adultes de 15 à 49 ans ; Elle est deux fois plus élevée chez la femme (3,1%) que chez l'homme (1,7%)

La prévalence reste très élevée dans certains groupes à haut risque¹ : 11,7% chez les professionnels de sexe au niveau national avec 13,4% à Lomé² ; 13,0% chez les HSH au niveau national et 22,4% chez les HSH³ vivant à Lomé, et 5,5% chez les usagers de drogues injectables (dont 84,9% se retrouvent à Lomé)⁴.

¹ Selon l'enquête de « Surveillance de Seconde Génération » (SSG).

² Enquête comportementale et de séroprévalence du VIH chez les professionnelles de sexe au Togo, CNLS, 2015.

³ Enquête séro-comportementale de 2^{ème} génération chez les homosexuels au Togo en 2015, CNLS, 2015.

⁴ Enquête comportementale et de séroprévalence du VIH chez les utilisateurs de drogues au Togo en 2011, PNLS, 2012.

S'agissant de la prise en charge, le pourcentage de femmes enceintes séropositives ayant reçu les ARV pour réduire la TME du VIH est passée de 66,6% en 2012 à 90% en 2015. Malgré ces résultats significatifs, des progrès restent à réaliser en rapport avec les ambitions affichées dans le cadre de l'élimination de la transmission mère enfant du VIH.

Tuberculose : Selon les estimations de l'OMS, la prévalence de la tuberculose était de 81,6 en 2014 avec une mortalité de 8,8 pour 100 000 habitants; l'incidence de la tuberculose est passée de 54 en 2012 à 58 en 2014 (pour 100 000 habitants). Le taux de succès des traitements antituberculeux chez les cas de TPM+ (guéris + traitement achevé) est passé de 85% en 2012 à 87 % en 2014, mais est resté en deçà de la cible de 95% fixée pour 2015.

Paludisme : Le paludisme représente 44,9% des consultations externes, 26,4% des hospitalisations et 19,1% des causes de mortalité hospitalière en 2015¹.

L'analyse des tendances montre une incidence du paludisme en hausse (de 1 024 000 à 1 530 000 nouveaux cas sur la période 2014-2015) avec cependant une régression du taux de mortalité spécifique (cf. figure 2).

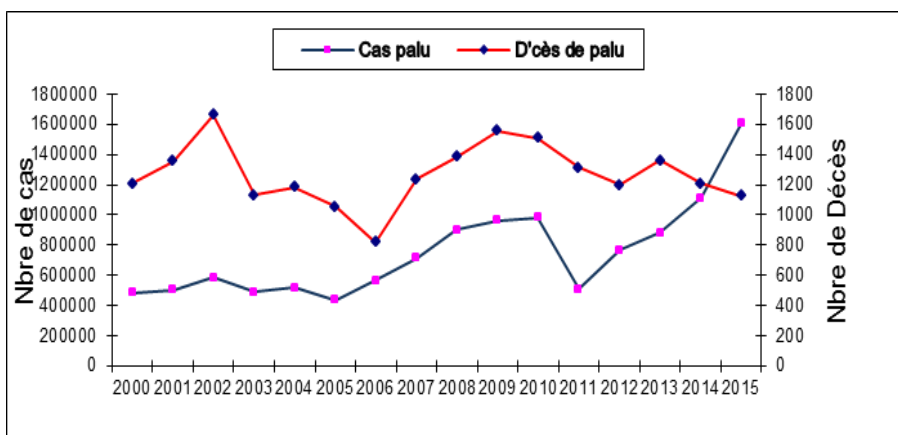


Figure 2 : Evolution des cas et des décès dus au paludisme de 2000-2015

Source : Rapport annuel 2015 PNLP

Près de la moitié des décès (47%) chez les enfants de moins de 5 ans est due au paludisme qui reste le problème majeur de santé publique au Togo.

En matière de lutte contre le paludisme, malgré une tendance de couverture en MILDA relativement satisfaisante (le pourcentage des ménages avec au moins une MII étant passé de 56,7% à 65% entre 2010 et 2014), l'utilisation effective, appréciée par le pourcentage d'enfants de moins de 5 ans ayant dormi sous MILDA la nuit dernière, a régressé passant de 57% en 2010 à 43% en 2014 avec d'importantes disparités selon les régions.

Aussi, il faut noter que le traitement préventif intermittent du paludisme chez la femme enceinte est gratuit depuis 2013. Il en est de même pour le traitement du paludisme simple chez les enfants de moins de 5 ans excepté pour le paludisme grave.

Hépatites virales : l'ampleur des hépatites virales est assez peu documentée. Cependant une enquête menée par l'Association sauvons l'Afrique des hépatites (ASADH), révèle que 10% et 2% de la population de Lomé est affectée respectivement par les hépatites B et C. Cette affection est ignorée ou méconnue de la population.

2.3.2.2. Maladies Tropicales Négligées (MTN)

Les interventions contre les MTN sont classées en deux catégories : les MTN à chimiothérapie préventive (CTP) et les MTN à prise en charge des cas (PCC).

Les interventions à chimiothérapie préventive (CTP) ont permis d'enregistrer respectivement pour les géohelminthiases et les schistosomiasis une baisse importante de la prévalence de 33% en 2009 à 11,6% en 2015 et de 23% à 5% sur la même période. Concernant l'*Onchocercose*, la prévalence a connu une régression considérable chutant de 88% à moins de 5% dans la majorité des villages de suivi et les taux de cécité quasi nuls.

¹ Annuaire des statistiques sanitaires du Togo, 2015.

Pour les MTN à prise en charge des cas (PCC) la prévalence de la lèpre était de 0,28 pour 10 000 habitants, et le nombre de cas incidents de l'Ulçère de Buruli, de 67 cas en 2014; Pour le pian, sa prévalence n'est pas connue mais 27 cas ont été notifiés en 2014 dans les régions des Savanes, Kara, Plateaux et Maritime. En ce qui concerne la *Dracunculose (Ver de Guinée)*, le Togo a été certifié comme pays ayant éradiqué la dracunculose le 22 décembre 2011.

2.3.2.3. Maladies à potentiel épidémique et risques sanitaires

Au cours de ces cinq dernières années, le paysage épidémiologique a été marqué en particulier par des épidémies de choléra, de méningite bactérienne et de rougeole avec des létalités élevés (Cf. Tableau I).

Tableau I : Evolution des cas et décès des Maladies à potentiel épidémique, 2010 à 2015

MPE	2010		2011		2012		2013		2014		2015	
	Cas	Dcd	Cas	Dcd	Cas	Dcd	Cas	Dcd	Cas	Dcd	Cas	Dcd
Choléra	75	3	33	1	74	1	168	7	262	11	35	1
Méningites	460	94	440	43	408	35	264	22	352	14	1975	127
Rougeole confirmé	120	0	162	0	239	1	289	0	151	0	20	0
Fièvre jaune	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Grippe A (H1N1) pandémique	20	0	20	0	7	0	16	0	6	0	48	0

Source : Rapports conjoints MSPS, OMS, UNICEF, 2010 à 2015

Le Togo a enregistré en 2015 deux cas de fièvre hémorragique maladies à virus Lassa (2 cas dont 1 décès) et les risques épidémiques endogènes ou d'importation des cas de maladie à virus Ébola existent.

Concernant les zoonoses¹ et les épizooties², le pays a connu au cours de la dernière décennie, la survenue des épisodes d'épizooties. Plusieurs foyers de maladies animales contagieuses dont la grippe aviaire chez la volaille domestique, la fièvre charbonneuse (préfecture de Kpendjal, région des Savanes en 2014) et la peste porcine ont ainsi été découverts entre 2007 et 2016. Mais, la plupart de ces épizooties n'ont pas été suivies de zoonoses.

Par ailleurs, l'évaluation des risques sanitaires réalisée en 2016 révèle le caractère de plus en plus récurrent de certaines situations d'urgence notamment celles causées par les inondations, les incendies qui, cumulées aux effets pervers de la pauvreté, lui confèrent un profil humanitaire devenu désormais complexe et plus préoccupant.

Face à toutes ces menaces, le Togo met en œuvre un plan de préparation et de riposte aux épidémies en lien avec le RSI (2005). Des efforts importants s'avèrent cependant nécessaires pour développer, renforcer et maintenir les capacités essentielles afin de prévenir, de détecter précocement tout type de risque et urgence sanitaire et d'y répondre efficacement.

2.3.3. Etat nutritionnel

Etat nutritionnel de l'enfant : La prévalence de la malnutrition aiguë globale (MAG) des enfants de moins de 5 ans a diminué de 14,3%³ à 6,5%⁴. En ce qui concerne la malnutrition chronique, on a enregistré ces dernières années un faible progrès⁵ : 27,9% en 2012 et 27,5% en 2013; les enfants vivant dans les régions septentrionales étant les plus exposés avec un taux de 34 % dans la région des Savanes et 32 % dans la région de la Kara⁶. Enfin, sept enfants sur dix (70 %) sont atteints d'anémie.

Etat nutritionnel des femmes en âge de procréer : Selon EDSTIII, environ trois femmes sur dix (31 %) présentaient un surpoids ou était obèse en 2014 mais cette proportion était plus élevée dans la grande agglomération de Lomé, où elle atteignait 45,7%. La prévalence de l'anémie était de 48% chez les femmes de 15 à 45 ans et de 64% chez les femmes enceintes.

¹ Infection transmissible de l'animal à l'homme

² Maladie affectant brutalement un grand nombre d'animaux

³ MICS3, 2006

⁴ EDST, 2014

⁵ Enquêtes SMART

⁶ EDST III

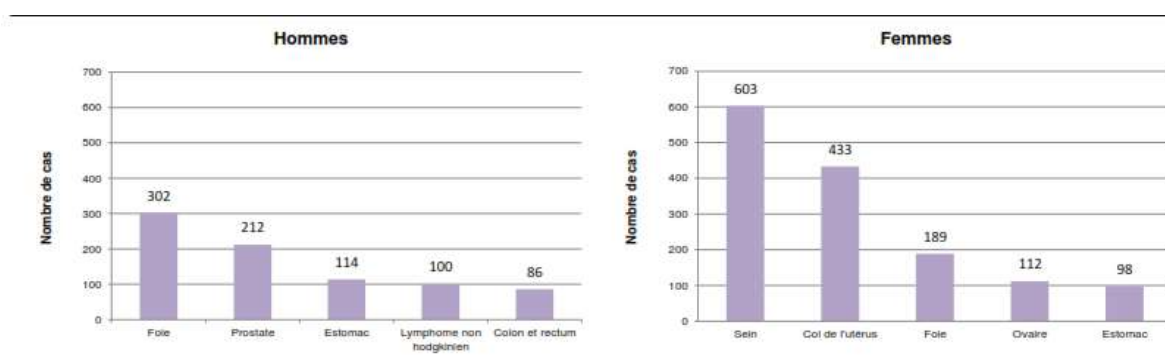
2.3.4. Situation des maladies non transmissibles y compris le handicap

La situation épidémiologique des maladies non transmissibles (MNT) au Togo est mal connue en raison d'une insuffisance de données factuelles récentes. Selon l'OMS (rapport OMS, Région Africaine sur la santé, 2013), les MNT sont devenues un important facteur de mortalité précoce et d'incapacité en Afrique subsaharienne et devraient dépasser les maladies transmissibles, maternelles comme principales causes si la tendance actuelle se poursuit.

L'enquête STEPS réalisée en 2010 a révélé que les prévalences des principales MNT, responsables de la majorité des décès par MNT, à savoir les maladies cardio-vasculaires, le diabète, les cancers et les affections respiratoires chroniques vont de 2% à 20% et sont inégalement réparties selon qu'on se trouve en zone rurale ou urbaine. La prévalence de l'hypertension artérielle, principal facteur de risque des accidents vasculaires cérébraux et des crises cardiaques, était de 19 % et celle du diabète évalué à 2,6 %, au sein de la population togolaise des 15-64 ans.

Pour ce qui est du cancer, il pose un problème majeur de santé publique au Togo comme en témoigne les données d'incidence et de mortalité présentées dans le graphique ci-dessous.

Incidence du cancer



Mortalité liée au cancer

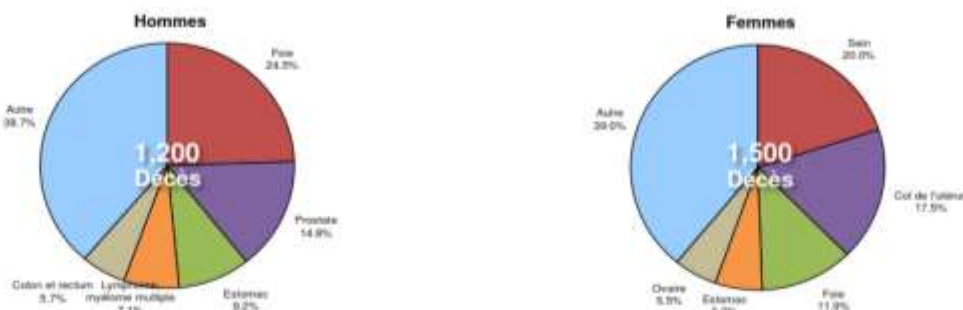


Figure 3 : Incidence et mortalité liée au cancer au Togo par sexe et par type de cancer

Source : Centre International de Recherche sur le Cancer (CIRC) de l'OMS, 2014

Les prévalences nationales des affections respiratoires chroniques ne sont pas connues. Néanmoins, les statistiques hospitalières révèlent que l'asthme souvent associé à la rhinite allergique (dans 76% des cas) représente 7% environ des consultations pédiatriques et 54% des consultations d'allergologie. Les enfants de 7 à 9 ans (44%) et de sexe masculin (64%) sont les plus concernés.

Ces MNT sont en grande partie causées par les principaux facteurs de risque communs au niveau des comportements nocifs : tabagisme, sédentarité, consommation nocive d'alcool, consommation de drogues et alimentation déséquilibrée. Concernant le tabagisme, la prévalence de la consommation du tabac chez les jeunes scolaires a légèrement régressé passant de 8,5% en 2010 à 8,1% en 2013¹, conséquence de la mise en œuvre de la Convention Cadre de Lutte antitabac au Togo². Pour ce qui est de l'usage de la drogue, il devient de plus en plus préoccupant, la prévalence de consommation de la drogue par voie injectable étant passée de 2,8% en 2011 à 3,7% en 2015. Le cannabis est de loin la drogue la plus consommée (63%) bien

¹ GYTS, 2013

² Loi 2010 du 31/12/2010 relative à la production, à la commercialisation et à la consommation des cigarettes et autres produits du tabac

qu'il existe une poly toxicomanie. La cible la plus atteinte est constituée de jeunes dont la tranche d'âge est comprise entre 20 et 34 ans.

En matière de prise en charge des MNT, de manière générale, l'insuffisance d'accès au diagnostic et aux soins spécifiques de base explique en partie l'aggravation de la situation sanitaire relative aux MNT au Togo (779 décès pour 100 000 habitants) faisant de ces dernières la première cause de décès devant les maladies transmissibles (635 décès pour 100 000 habitants)¹. Environ 11% des diabétiques sont diagnostiqués et seulement 3% sont sous traitement et irrégulièrement suivi. De même pour l'HTA sur les 700 000 hypertendus, 48 % sont diagnostiqués dont 23 % mis sous traitement et 1 % régulièrement suivi.

A ce jour, seuls 3 districts sanitaires (sur les 40 que compte le pays) ont bénéficié d'un renforcement de capacités pour la prise en charge intégrée du diabète et de l'hypertension artérielle (WHOPEN).

Enfin, s'agissant du handicap, les résultats de l'enquête QUIBB de 2015 indiquaient que 2,2% de la population souffre d'un handicap sensoriel et/ou moteur contre 1,5% en 2011. Les handicapés des membres inférieurs sont les plus nombreux avec une proportion de 34,2% suivi des mal/non-voyants (15,6%), des malades mentaux (11,1%) et des handicapés des membres supérieurs (8,8%). Ces données statistiques nationales sont probablement en dessous de la réalité. La projection de la prévalence du handicap, selon les normes de l'OMS, permet d'estimer la population vivant avec un handicap au Togo à environ 1 102 650 personnes dont 110 265 (1,5%) nécessiteraient des soins en réadaptation et 36 755 (0,5%) des appareillages orthopédiques.

1.3.5. Déterminants environnementaux de la santé

Les défis environnementaux pour la santé au Togo sont nombreux; la charge de morbidité et de mortalité des maladies est très élevée en raison du faible accès à l'eau potable et à l'assainissement. En effet, selon les résultats de l'EDSTIII, environ 38% de la population nationale n'ont pas accès à une source d'eau améliorée et seulement 13,5% de la population ont accès à des installations sanitaires améliorées avec des écarts considérables entre localités rurales et urbaines. La forte dépendance des populations vis-à-vis des produits ligneux (bois d'œuvre, bois de chauffe, charbon de bois) constitue un important facteur de déforestation qui a d'énormes conséquences telles que les inondations, l'érosion des terres etc.

Des plans d'eaux insalubres, le manque de contrôle des vecteurs ou leur contrôle peu sûr, des aliments insalubres, l'exposition aux produits chimiques, l'élimination inadéquate ou inappropriée des déchets, et des milieux professionnels non sécurisés sont aussi des risques environnementaux pour la santé que le pays subit depuis plusieurs décennies. Ces facteurs sont aujourd'hui aggravés par les conséquences négatives du changement climatique et de l'urbanisation non planifiée.

Au Togo, comme dans la plupart des pays de la sous-région, les actions sur les déterminants environnementaux pour la santé et l'intégrité des écosystèmes restent très timides. Cette situation est due à une très faible prise en compte de ces déterminants dans les politiques et stratégies de développement sanitaire jusque-là mises en œuvre par le gouvernement.

2.4. Synthèse des leçons tirées de la mise en œuvre du PNDS 2012-2015

Au terme de la mise en œuvre du PNDS 2012-2015, une évaluation a été effectuée conformément au mécanisme de suivi/évaluation. Cette évaluation a mis en évidence des avancées importantes à capitaliser mais des constats de faiblesses ont été relevés dans plusieurs domaines.

Parmi les acquis et bonnes pratiques à capitaliser, on peut citer :

- l'institutionnalisation du monitoring des activités au niveau opérationnel ;
- l'élaboration et la mise en œuvre des plans d'action opérationnels annuels au niveau des 40 districts sanitaires, axés sur les interventions à haut impact ;
- l'organisation de revues annuelles conjointes des performances aux différents niveaux du système de santé ;
- l'évaluation conjointe du PNDS 2012-2015 de manière participative, inclusive et rigoureuse ;
- l'évolution positive des indicateurs de santé de l'enfant (programme 2) et ceux liés à la lutte contre le VIH/SIDA, la tuberculose et le paludisme (Programme 3).

Par contre, les domaines où les résultats ont été peu encourageants voire contre performants ont fait l'objet d'une analyse approfondie afin de lever les goulots d'étranglement y afférents. En termes de faiblesses, on note :

- l'absence du suivi de la mise en œuvre des engagements des parties prenantes du Compact national;
- le fonctionnement non optimal du comité sectoriel santé et VIH/SIDA ;

¹ OMS : Statistiques sanitaires mondiales, 2015

- le manque de suivi de la mise en œuvre des recommandations des revues annuelles ;
- les faibles performances voire contre-performances dans la lutte contre la mortalité maternelle et néonatale ainsi que dans le contrôle des maladies non transmissibles.

Au niveau du système de santé (Programme 5) plusieurs insuffisances persistent, notamment :

- l'insuffisance de pilotage du système et du leadership du ministère ;
- la faible régulation du secteur ;
- le non achèvement de la réforme institutionnelle et organisationnelle du département ;
- la pénurie des ressources humaines pour la santé (RHS) et la gestion non optimale de l'existant ;
- la non utilisation systématique des médicaments génériques ;
- la faible disponibilité des produits sanguins ;
- la sous-utilisation des services existants en partie liée à la faible attractivité des formations sanitaires en particulier du secteur public ;
- le sous financement du secteur et le fractionnement du système de financement actuel en de multiples régimes de financement au demeurant peu efficaces ;
- la faible capacité d'absorption des ressources financières ;
- la gestion non optimale des ressources allouées ;
- Les problèmes de promptitude, de complétude et de fiabilité des données du SNIS qui handicapent la prise de décision à tous les niveaux.

Les résultats détaillés de l'analyse des piliers du système de santé ainsi que de l'analyse des goulots d'étranglements des différents modes de prestation de services sont présentés dans le rapport intitulé « **Analyse de la situation du secteur de la santé du Togo : rapport synthèse, août 2016** ».

2.5. Synthèse des principaux problèmes du secteur

Le tableau II ci-dessous récapitule les principaux problèmes relevés à travers l'analyse situationnelle actuelle du secteur de la santé :

Tableau II : Principaux problèmes relevés dans l'analyse de la situation du secteur de la santé

Composantes	Principaux problèmes	Causes immédiates	Causes sous-jacentes et/ou structurelles
Santé de la mère, de l'enfant et de l'adolescent		Accès limité des populations aux soins essentiels de qualité	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Insuffisances des structures offrant les soins obstétricaux d'urgence ; ▪ Faible accessibilité financière.
	Taux de morbidité et mortalité maternelle et néonatale encore très élevés	Faible utilisation continue et surtout faible qualité des interventions à haut impact sur la santé maternelle et infanto-juvénile (faible utilisation continue et faible couverture des services CPN, d'accouchement et de consultation post natales)	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Faible capacité opérationnelle des structures (non adéquation du personnel et du plateau technique des services de soins aux normes, etc...) ; ▪ Faible disponibilité des intrants essentiels (médicaments, produits sanguins).
	Taux mortalité infanto-juvénile toujours élevée	Incidence, prévalence et létalité des maladies transmissibles évitables élevées	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Taux de couverture en soins essentiels préventifs insuffisants (faible utilisation des MILDA) ; ▪ Faible mise en œuvre des modalités d'offre de services pour la prévention et le traitement adéquats des maladies (PCMNE communautaire, stratégies avancées /mobiles,); ▪ Faible suivi supervision des activités communautaires menées ou appuyées par les relais et ASC.

Composantes	Principaux problèmes	Causes immédiates	Causes sous-jacentes et/ou structurelles
Lutte contre les maladies	Incidence et prévalence des maladies évitables élevées	Faibles aptitudes des populations à adopter des comportements favorables à la santé	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Promotion insuffisante des bonnes habitudes alimentaires, nutritionnelles et d'hygiène individuelle; ▪ Faible prise en compte des aspects de promotion de la santé dans les politiques publiques ; ▪ Allocation budgétaire dédiée aux activités de prévention de la maladie insuffisante.
	Qualité de la prise en charge curative des malades peu satisfaisante	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Faible Capacité opérationnelle des services (insuffisance, d'équipements et du personnel qualifié) ; ▪ Système d'assurance qualité peu performant ou inexistant ; ▪ Insuffisance de supervisions actives et formatives (encadrement adéquat des personnels de santé et ASC) ; ▪ Monitoring local/analyse et levée des goulots d'étranglement non régulier ; ▪ Absence d'un système de référence fonctionnel facilitant la circulation du patient à l'intérieur du circuit de prise en charge sanitaire. 	Absence de politique ciblée de la formation continue du personnel
		Faible utilisation des procédures opérationnelles et des protocoles pour le diagnostic et la prise en charge des cas en milieu de soins	Faiblesse de suivi, supervision formative des personnels de soins
		Faible disponibilité et accessibilité des paquets des services et de soins intégrés WHO-PEN	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Faibles capacités pour la mise en œuvre et la gestion des activités du programme intégré de lutte contre les MNT ; ▪ Insuffisance de financement du programme.
	Préparation, détection des cas et riposte tardive en cas de MPE	Capacités de surveillance épidémiologique et de riposte limitée pour faire face à toutes les urgences de santé publique	Surveillance à base communautaire des maladies ou événement de santé publique très limitée
		Capacité de diagnostic limitée des événements de santé publique de portée internationale (insuffisance de logistique, d'équipements et du personnel qualifié)	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Absence de ressources humaines qualifiées ; ▪ Plateau technique très limité.
		Application insuffisante du RSI	
Renforcement du système de santé			
Sous Composante : Gouvernance	Faiblesse de pilotage stratégique du système et de leadership du MS	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Textes réglementaires d'application du code de la santé non disponibles ; ▪ Insuffisance de communication et de coordination intra et inter sectorielle; ▪ Faible régulation du secteur, développement insuffisant 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Non achèvement de la réforme institutionnelle et organisationnelle du département ; ▪ Approche de contractualisation des soins peu effective.

Composantes	Principaux problèmes	Causes immédiates	Causes sous-jacentes et/ou structurelles
		des partenariats notamment public-privé.	
	Gouvernance insuffisante à tous les niveaux de la pyramide sanitaire	Faible performance du système de santé de district	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Capacité managériale des responsables de régions et districts sanitaires limité ; ▪ mécanismes de suivi-évaluation peu efficaces.
		Gestion du secteur (Planification sectorielle, audits et contrôle interne, redevabilité dans le secteur, suivi et évaluation) peu efficace	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Faible culture de redevabilité dans le secteur ; ▪ Absence d'un cadre fiduciaire harmonisé visant à améliorer l'efficacité et la transparence de la gestion des ressources allouées au secteur.
Sous Composante : Financement de la santé	Accessibilité financière aux soins et service de santé limitée pour les populations, en particulier les plus vulnérables	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Dépendance excessive aux paiements directs des ménages togolais ; ▪ Faiblesse du système de financement alternatif ; ▪ Faiblesse de la politique nationale dans le domaine de la protection sociale en santé. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Faible développement des mécanismes de partage des risques ; ▪ Faible coordination des différentes initiatives gouvernementales de gratuité ou de subvention existantes ; ▪ Absence de mesures d'accompagnement (disponibilité des médicaments et fournitures essentielles) pour les interventions gratuites.
	Faiblesses en matière de mobilisation, de gestion et d'utilisation optimale et équitable des ressources allouées	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Faible financement public du secteur de la santé ; ▪ Faible capacité d'absorption des ressources financières. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Faiblesse de dialogue politique intra et intersectorielle sur la question ; ▪ Faible prévisibilité, harmonisation et efficacité des financements extérieurs ; ▪ Faible efficacité et efficience dans l'allocation et l'exécution de la dépense en santé (absence de critères objectifs d'allocation des ressources et d'un mécanisme de suivi efficace de la gestion des ressources).
Sous Composante : Ressources humaines en santé (RHS)	Pénurie des ressources humaines pour la santé (RHS) et gestion non optimale de l'existant	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Ressources Humaines de qualité insuffisantes ; ▪ Répartition des ressources humaines pour la santé très inégale entre zones, régions et districts ; ▪ Gouvernance des RHS non optimale (faible productivité des RHS). 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Absence de système d'évaluation des performances ; ▪ conditions salariales et environnement professionnel peu attractifs ; ▪ absence de gestion de carrière.
Sous Composante : Prestations des services (Offre des services et de soins)	Répartition inadéquate des infrastructures, équipements	Infrastructures pas toujours en adéquation avec la demande de soins	Prise en compte des considérations politiques dans les investissements sanitaires
	Faible niveau d'utilisation des services de santé	Faible attractivité des formations sanitaires publiques	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Faiblesse de la qualité des soins ; ▪ Faible fonctionnalité des infrastructures sanitaires existantes (non adéquation des locaux et du plateau technique des services de soins aux normes ;

Composantes	Principaux problèmes	Causes immédiates	Causes sous-jacentes et/ou structurelles
			infrastructures et équipements insuffisants/vétustes/non fonctionnels) ; <ul style="list-style-type: none"> Absence d'une politique nationale et de plan de maintenance et de renouvellement des infrastructures et équipements.
Sous Composante : Médicaments et consommables médicaux	Faiblesse du système d'approvisionnement et de dispensation des médicaments et des vaccins	<ul style="list-style-type: none"> Mise en œuvre insuffisante du cadre institutionnel du secteur des médicaments et produits pharmaceutiques ; Faible disponibilité et accessibilité des médicaments de qualité. 	<ul style="list-style-type: none"> Application limitée des textes existants ; Mauvaise gestion des médicaments au niveau des formations sanitaires ; Faible pouvoir d'achat des ménages.
	Faible utilisation du médicament essentiel générique	Faible prise en compte du médicament essentiel générique par les prescripteurs	<ul style="list-style-type: none"> Résistance à la prescription du médicament essentiel générique ; Marketing social insuffisant sur les MEG.
Sous Composante : Système d'information sanitaire et recherche en santé	Problèmes de promptitude, de complétude et de fiabilité des données du SNIS pour la prise de décision à tous les niveaux	<ul style="list-style-type: none"> Faiblesse de gestion de l'information sanitaire ; Faible participation du secteur privé libéral au système d'information sanitaire. 	<ul style="list-style-type: none"> Cadre institutionnel et organisationnel du SNIS très fragmenté ; Faible coordination des différents sous-systèmes ; Faible régulation du secteur privé ; Plan stratégique de renforcement du SNIS faiblement mis en œuvre.
	Faible développement de la recherche en santé	<ul style="list-style-type: none"> Faible production et diffusion de l'information stratégique ; Faible disponibilité de bases factuelles fiables et d'utilisation des résultats de recherche dans la prise de décision en santé. 	<ul style="list-style-type: none"> Faible culture de la recherche en santé

2.6. Enjeux et défis majeurs du secteur

En se basant sur les résultats de l'évaluation du PNDS 2012-2015 et sur l'analyse des goulots d'étranglement du système de santé mettant l'accent sur les principales contraintes qui bloquent les avancées par niveau de prestations de services, cinq enjeux majeurs ont été identifiés. Les défis correspondants sont présentés dans le tableau III ci-dessous.

Tableau III : Enjeux et défis majeurs du secteur de la santé

Enjeux	DEFIS
Renforcer les acquis obtenus par le Togo dans l'atteinte des OMD et accent sur les ODD liés à la santé	<ul style="list-style-type: none"> Accélération de la réduction de la morbidité et la mortalité maternelle, néonatale, infanto-juvénile (plan d'action intégré) ; Amélioration de la santé des adolescents et des jeunes ; Renforcement de la PF ; Mise à échelle des interventions à base et sous directives communautaires Renforcement du cadre de concertation intersectoriel en matière de promotion et de prévention ; Renforcement de la fonctionnalité des structures sanitaires ; Renforcement de la couverture et de la qualité des SONU ; Amélioration de la gestion des urgences avec un système de référence contre référence fonctionnel ; Amélioration de la performance des hôpitaux ; Renforcement des acquis de la lutte contre les maladies transmissibles ; Amélioration de l'accès aux MII vers la couverture universelle ; Renforcement de la communication de proximité et du suivi pour une meilleure utilisation des MII ;

Enjeux	DEFIS
	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Amélioration de la qualité des prestations des sites PTME ; ▪ Renforcement de la gestion du PEV et du programme de nutrition ; ▪ Renforcement de la lutte contre la progression croissante de maladies non transmissibles ; ▪ Mise à l'échelle nationale de WHO-PEN; ▪ Renforcement de la coordination de la lutte contre les MNT ; ▪ Mise en place d'un registre populationnel des MNT ; ▪ Développement des mesures législatives, réglementaires et intersectorielles pour soutenir la lutte contre les MNT.
<p>Améliorer la sécurité sanitaire et la réponse aux épidémies et autres urgences de santé publique</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Renforcement de la prise en charge des maladies à potentiel épidémique, renforcement de la prévention des maladies (qui intègre des actions sur l'environnement, la faune et l'éducation pour la santé), ▪ Renforcement de la préparation et riposte aux urgences de santé et épidémies, ▪ Renforcement de la surveillance épidémiologique ; ▪ Collaboration efficace avec les autres parties prenantes au développement sanitaire dans le cadre de l'approche « Une Santé ».
<p>Améliorer l'accès universel aux soins et services de santé de qualité.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Définition du mécanisme de partage du risque maladie soutenable ; ▪ Mobilisation de financements suffisants pour la mise en place d'un système national de partage des risques ; ▪ Couverture des populations vulnérables ; ▪ Définition des modalités de participation des travailleurs du secteur informel ; ▪ Renforcement de la disponibilité des soins et services de qualité ; ▪ Coordination des efforts entre le Ministère de la Santé et de la Protection Sociale et les ministères partenaires en charge de la CSU.
<p>Renforcer le système de santé</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Renforcement de la fonctionnalité des cadres référentiels de concertation et de coordination à tous les niveaux de la pyramide sanitaire ; ▪ Renforcement de la coordination intra sectorielle ▪ Amélioration de la régulation du secteur ; ▪ Contractualisation avec le secteur privé ; ▪ Opérationnalisation de la décentralisation en matière de santé (système de santé de district); ▪ Mise en œuvre de la démarche qualité à tous les niveaux du système de santé ; ▪ Développement des ressources humaines dans le domaine de la santé, à travers l'accroissement des effectifs, leur répartition optimale sur le territoire national et l'amélioration des conditions de travail ; ▪ Prise en compte de l'approche des soins intégrés centrés sur le patient ▪ Adéquation de la carte sanitaire avec la demande de soins (investissement en infrastructures sanitaires avec une priorité sur les SONU); ▪ Renforcement du système d'information sanitaire, notamment le suivi /évaluation ; ▪ Développement d'une stratégie du financement de la santé vers la CSU ; ▪ Accélération du passage à échelle de la stratégie de transfert des compétences vers les ASC et autres stratégies contribuant à rapprocher les soins des communautés.
<p>Agir sur les déterminants sociaux et environnementaux de la santé</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Renforcement du cadre législatif, réglementaire et stratégique permettant d'atteindre les cibles ; ▪ Renforcement du partenariat avec d'autres secteurs non sanitaires pour agir sur les déterminants sociaux et environnementaux de la santé ; ▪ Prise en compte de la problématique de la santé et de l'environnement dans la définition des politiques publiques ; ▪ Renforcement de la participation communautaire dans la réponse à leurs besoins de santé ; ▪ Renforcement de la mise en application et du suivi des conventions et résolutions internationales.

Chapitre 3 : Priorités stratégiques en matière de santé

Le présent chapitre s'articule essentiellement autour des trois points suivants : (i) les orientations nationales et internationales du PNDS 2017-2022, (ii) le développement des axes stratégiques y compris l'alignement stratégique du PNDS sur les objectifs nationaux et les ODD et (iii) les résultats attendus et les principales stratégies de mise en œuvre par axe.

3.1. Orientations nationales et internationales du PNDS

Les choix stratégiques retenus dans le PNDS 2017-2022 sont alignés sur les orientations nationales et les engagements internationaux ratifiés par le Togo.

3.1.1. Orientations nationales

- *La Constitution de la République Togolaise du 14 octobre 1992*

Le droit à la santé est reconnu par la Constitution de la IV^{ème} République Togolaise du 14 octobre 1992 qui dispose en son article 34 que « l'Etat reconnaît aux citoyens le droit à la santé. Il œuvre à le promouvoir ». Le droit à la santé implique l'obligation pour l'Etat de définir des politiques, plans et stratégies à même de promouvoir, de protéger et de restaurer la santé de la population et d'en assurer la mise en œuvre effective. Il en convient que le droit à la santé n'équivaut pas seulement à un droit d'être en bonne santé, mais que le droit à la santé englobe non seulement le droit de recevoir des soins de santé adéquats et en temps utile mais également la prise en compte des facteurs déterminants de la santé tels que l'accès à l'eau salubre et potable et à un système d'assainissement, une alimentation et une nutrition correctes, des conditions de travail sûres et hygiéniques et un environnement sain ainsi qu'un accès à l'éducation et à l'information sanitaire, notamment en matière d'hygiène et de santé maternelle.

- *La Stratégie de Croissance Accélérée et de Promotion de l'Emploi (SCAPE)*

La SCAPE (2013-2017) est le document de planification nationale qui définit le cadre de référence des actions de développement à moyen terme pour réaliser la Déclaration de Politique Générale (DPG) du Gouvernement, les Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD) et la vision des autorités de faire du Togo un pays émergent d'ici 15 à 20 ans. La SCAPE se décline en cinq axes dont l'Axe 3 de Développement du capital humain, de la protection sociale et de l'emploi autour desquels s'articulent les programmes de développement sanitaire à savoir : Développement du système et des services de santé et de nutrition ; Lutte contre le VIH/SIDA ; Accès à l'eau potable et à l'assainissement ; Renforcement de la protection sociale ; Promotion de l'équité et égalité de genre et Développement des sports et des loisirs. La SCAPE identifie l'amélioration de l'état de santé des populations comme un objectif à la fois de développement social et de croissance économique.

Par ailleurs, le PNDS 2017-2022 est en cohérence avec les processus nationaux actuellement en cours en matière d'élaboration de politiques, plans et stratégies notamment l'actualisation de la politique de promotion de la protection sociale; le Plan National de Développement(PND).

- *La politique nationale de santé*

En 2011, le Togo s'est doté d'une nouvelle politique de santé dont la vision est d'assurer aux populations le niveau de santé le plus élevé possible comme décrit plus haut. Pour réaliser cette vision, la politique nationale de santé a défini cinq objectifs de développement ci-après :

- Objectif 1 : Réduire la mortalité maternelle et néonatale et renforcer la planification familiale ;
- Objectif 2 : Réduire la mortalité chez les enfants de moins de 5 ans ;
- Objectif 3 : Combattre le VIH/SIDA, le paludisme, la tuberculose et les autres maladies y compris les maladies non transmissibles (diabète, HTA, drépanocytose, maladies mentales, cancer, obésité, maladies bucco-dentaires, maladies respiratoires chroniques etc.), les maladies à potentiel épidémique et les maladies tropicales négligées ;
- Objectif 4 : Promouvoir la santé dans un environnement favorable à la santé ;
- Objectif 5 : Améliorer l'organisation, la gestion et les prestations des services de santé.

Conformément à la vision et aux objectifs, la politique nationale de santé définit huit domaines d'interventions prioritaires comme suit :

- Prévention et prise en charge des maladies au niveau communautaire ;
- Santé de la mère, du nouveau-né, de l'enfant, de l'adolescent et de la personne âgée ;
- Contrôle des maladies ;
- Accessibilité et qualité des services et soins de santé ;
- Gouvernance et pilotage du système de santé ;

- Information sanitaire ;
- Ressources humaines en Santé (RHS) ;
- Médicaments essentiels, vaccins, produits sanguins et technologies médicales ;
- Financement du secteur.

3.1.2. Orientations internationales

Sur le plan sanitaire, le Togo a souscrit à différents instruments et a ratifié de nombreux engagements sous régionaux, régionaux et internationaux en vue de la réalisation des objectifs sanitaires. Parmi ceux-ci, on peut citer :

- ✚ la Charte d'OTTAWA sur la promotion de la santé (1986) ;
- ✚ les résolutions de l'Assemblée mondiale de la Santé sur la promotion de la santé ; la promotion de la santé et les styles de vie sains ;
- ✚ la Déclaration de Libreville 2008 sur la Santé et l'Environnement en Afrique, complétée en 2010 par l'Engagement de Luanda, qui soulignait l'importance de gérer les liens entre la santé et l'environnement comme moyen de parvenir à un développement durable ;
- ✚ la Déclaration de Rio sur les déterminants sociaux de la santé (2011) visant à agir efficacement sur les déterminants environnementaux et sociaux de la santé, les conditions de vie globale de la population et les habitudes de vie ou les comportements en vue de l'amélioration de la santé de la population ;
- ✚ la Déclaration du Millénaire de l'Assemblée générale des Nations Unies relative aux huit Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD) établis en 2000 en vue d'atteindre huit cibles en matière de lutte contre la pauvreté de 2000 à 2015 ;
- ✚ l'engagement des Chefs d'Etat et de Gouvernement de l'OUA d'allouer au moins 15% de leur budget annuel à l'amélioration du secteur de la santé de 2001 à 2015 (Déclaration d'Abuja sur le VIH/SIDA, Tuberculose et autres maladies infectieuses 2001). Cet engagement a été réaffirmé dans la Déclaration de Maputo (2003) ;
- ✚ le Règlement Sanitaire International révisé (2005) dont l'objet et la portée consistent à « prévenir la propagation internationale des maladies, à s'en protéger, à la maîtriser et à y réagir par une action de santé publique proportionnée et limitée aux risques qu'elle présente pour la santé publique, en évitant de créer des entraves inutiles au trafic et au commerce internationaux » ;
- ✚ la Convention-cadre de l'Organisation Mondiale de la Santé pour la lutte antitabac (CCLAT) ratifiée en novembre 2005. La CCLAT a pour objectif « de protéger les générations présentes et futures des effets sanitaires, sociaux, environnementaux et économiques dévastateurs de la consommation de tabac et de l'exposition à la fumée du tabac ». La Convention affirme l'importance des stratégies de réduction de la demande au même titre que la réduction de l'offre pour atteindre ce but ;
- ✚ la Déclaration d'Addis-Abeba sur la Santé Communautaire (2006) ;
- ✚ la Déclaration de Ouagadougou sur les Soins de Santé Primaires et les Systèmes de Santé en Afrique (2008) qui présentent dans leurs grandes lignes les principes et les approches en matière de renforcement des systèmes de santé ;
- ✚ la Déclaration de Kampala 2006 relative à la disponibilité des ressources humaines en vue du renforcement du système de santé ;
- ✚ la Déclaration d'Alger 2008 sur le renforcement de la recherche en santé en Afrique ;
- ✚ l'Initiative Africaine pour l'Accélération de la Réduction de la Mortalité Maternelle en Afrique (CARMMA), Addis-Abeba, 2009 ;
- ✚ l'adhésion au Partenariat International pour la Santé et les initiatives apparentées (IHP+) en 2010, établi dans l'esprit de la Déclaration de Paris sur l'efficacité et la prévisibilité de l'aide au développement et du Plan d'action d'Accra, 2005. Tirant profit de cette initiative de partenariat pour la santé, le Gouvernement et ses partenaires du secteur de la santé ont procédé à la réforme du cadre politique et stratégique sectoriel (adoption d'une nouvelle politique nationale de santé (PNS), vision 2022 et du PNDS 2012-2015) et à la signature du Compact afin d'optimiser la mobilisation des ressources et leur gestion en vue de la réalisation du droit à la santé du citoyen togolais ;
- ✚ la Convention relative aux droits des personnes handicapées ratifiée en 2011 ;
- ✚ la Politique de la Santé pour Tous dans la région Africaine pour le 21^{ème} siècle : Agenda 2020 ;
- ✚ la Déclaration de Brazzaville sur la prévention et le contrôle des maladies non transmissibles (2011) ; elle a permis l'identification de domaines critiques pour agir contre les iniquités en santé ;
- ✚ le Plan d'action mondial pour les vaccins 2011-2020. Ce plan vise l'extension des avantages de la vaccination à tous les individus, quel que soit l'endroit où ils sont nés ;
- ✚ la Déclaration de Bangkok sur la couverture sanitaire universelle adoptée en janvier 2012 ;
- ✚ la Déclaration politique de Mexico sur la couverture sanitaire universelle en avril 2012 ;

- ✚ la Déclaration de Tunis sur l'optimisation des ressources, la soutenabilité et la redevabilité dans le secteur de la santé, adoptée en juillet 2012 ;
- ✚ la Résolution de l'Assemblée Générale des Nations Unies, adoptée en décembre 2012 qui invite instamment les gouvernements à accélérer la transition vers l'accès universel à des services de santé de qualité et abordables ;
- ✚ Ending Preventable Child and Maternal Deaths : A Promise Renewed (APR). Il s'agit d'un engagement pris en 2012 par 176 pays membres de l'Organisation des Nations Unies à tenir la promesse des OMD 4 et 5 et de soutenir les progrès vers ces OMD au-delà de 2015 jusqu'à ce que la mère et l'enfant ne meurent plus de causes évitables ;
- ✚ les Objectifs de Développement Durable (ODD) adoptés par l'Assemblée générale des Nations Unies en septembre 2015 ; l'objectif n°3 spécifiquement lié à la santé fixe en 2030, la réduction de la mortalité maternelle et infanto-juvénile, la fin des épidémies liées aux principales maladies transmissibles et la réduction de la mortalité précoce liée aux maladies non-transmissibles à travers un accès universel aux soins et services de santé et la promotion de comportements sains et le développement de milieux de vie favorables à la santé ;
- ✚ la Stratégie mondiale de la santé de la mère, de l'enfant et de l'adolescent pour la période 2016-2030 qui s'appuie sur les consensus mondiaux autour des ODD. Elle couvre 17 cibles sanitaires ou liées à la santé parmi les 169 cibles figurant dans les ODD.

Les sections suivantes présentent de manière détaillée l'alignement du PNDS 2017-2022 sur ces Objectifs du Développement Durable.

3.2. Axes stratégiques du PNDS 2017-2022

3.2.1. Critères de formulation du choix stratégique

La formulation des axes stratégiques du PNDS s'est effectuée sur la base des critères suivants :

- ✚ la contribution de l'axe à la réalisation des objectifs de la politique nationale de santé et des OMD/ODD ;
- ✚ la pertinence de l'option stratégique au regard du diagnostic actuel du secteur de la santé, c'est-à-dire, la capacité de l'option stratégique à contribuer efficacement à inverser les taux de morbidité et de mortalité et à prendre en compte la transition épidémiologique actuelle ;
- ✚ la faisabilité technique de l'option (les capacités institutionnelles du ministère pour sa mise en œuvre) et les réformes institutionnelles nécessaires ;
- ✚ l'atteinte des cibles (accessibilité géographique) et la réduction des dépenses de santé des ménages (accessibilité financière) ;
- ✚ l'acceptabilité de l'option par les parties prenantes, de même que les possibilités d'alliances stratégiques.

3.2.2. Description des axes stratégiques

Le PNDS 2017-2022 est décliné en cinq axes stratégiques organisés en axes d'action couvrant la santé des femmes, des enfants et des adolescents, la lutte contre la maladie et la sécurité sanitaire, et en axe transversal en matière de renforcement du système de santé dans le but d'un soutien des quatre axes précédents et d'un accès universel aux services essentiels (cf. tableau IV).

Tableau IV : Structure des axes stratégiques du PNDS 2017-2022

Types d'axe	Enoncés			
QUATRE (4) AXES D'ACTION	<u>AS1</u> : Accélération de la réduction de la mortalité maternelle, néonatale et infanto-juvénile et renforcement de la planification familiale et de la santé des adolescents	<u>AS2</u> : Renforcement de la lutte contre les maladies transmissibles	<u>AS3</u> : Amélioration de la sécurité sanitaire et la réponse aux épidémies et autres urgences de santé publique	<u>AS4</u> : Renforcement de la lutte contre les maladies non transmissibles et promotion de la santé
UN (1) AXE DE SOUTIEN	<u>AS5</u> : Renforcement du système de santé vers la Couverture Sanitaire Universelle y compris la santé communautaire			

3.2.3. Arrimage aux objectifs nationaux et internationaux de développement sanitaire

Le tableau V ci-dessous résume le lien du PNDS avec les objectifs de la politique nationale de santé (PNS) à horizon 2022 et les Objectifs de Développement Durables (ODD) liés à la santé.

Tableau V : Alignement stratégique du PNDS 2017-2022 sur les objectifs nationaux et les ODD

Axes stratégiques du PNDS	Lien avec les Objectifs nationaux et les ODD
<p><u>AS1</u> : Accélération de la réduction de la mortalité maternelle, néonatale et infanto-juvénile et renforcement de la planification familiale et de la santé des adolescents</p>	<p>Cet axe prend en compte les objectifs 1 & 2 de la PNS (voir énoncé plus haut) et les cibles ODD suivantes :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ cible 3.1 de l'ODD3 : Réduire le taux de mortalité maternelle ; ▪ cible 3.2 de l'ODD3 : Éliminer les décès évitables de nouveau-nés et d'enfants ; ▪ cibles 3.7 de l'ODD3 et 5.6 de l'ODD 5 : Assurer l'accès de tous à des services de soins de santé sexuelle et procréative ; ▪ cible 6.2 de l'ODD6 : Assainissement et hygiène adéquat, FDAL ; ▪ Cible 2.2. de l'ODD2 : Mettre fin à toutes les formes de malnutrition.
<p><u>AS2</u> : Renforcement de la lutte contre les maladies transmissibles</p>	<p>Cet axe correspond à l'objectif 3 de la PNS et aux cibles suivantes des ODD :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ cible 3.3 de l'ODD3 : Mettre fin à l'épidémie de sida, à la tuberculose, au paludisme et aux maladies tropicales négligées et combattre l'hépatite, les maladies transmises par l'eau et autres maladies transmissible ; ▪ cible 4.a.1 de l'ODD4 : Des installations sanitaires de base et équipements de base pour le lavage des mains.
<p><u>AS3</u> : Amélioration de la sécurité sanitaire et la réponse aux épidémies et autres urgences de santé publique</p>	<p>Cet axe prend en compte :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ l'objectif 3 de la PNS ; ▪ la cible 3.d de l'ODD3: Renforcer les moyens en matière d'alerte rapide, de réduction des risques et de gestion des risques sanitaires.
<p><u>AS4</u> : Renforcement de la lutte contre les maladies non transmissibles et promotion de la santé</p>	<p>Cette priorité stratégique prend en compte les objectifs 3 et 4 de la PNS et les cibles ODD suivantes :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ cible 3.4 de l'ODD3 : Réduire la mortalité due à des maladies non transmissibles et promouvoir la santé mentale ; ▪ cible 3.5 de l'ODD3 : Renforcer la prévention et le traitement de l'abus de substances psycho actives ; ▪ cible 3.6 de l'ODD3 : Diminuer de moitié à l'échelle mondiale le nombre de décès et de blessures dus à des accidents de la route ; ▪ cible 3.9 de l'ODD3 : Réduire le nombre de décès et de maladies dus à des substances chimiques dangereuses et à la pollution et à la contamination de l'air, de l'eau et du sol ; ▪ cible 3.a de l'ODD3 : Renforcer l'application de la Convention-cadre pour la lutte antitabac ; ▪ cible 12.4 de l'ODD 12 : Parvenir à une gestion écologiquement rationnelle des produits chimiques et de tous les déchets tout au long de leur cycle de vie ; ▪ cible 13.3 de l'ODD 13 : Améliorer l'éducation, la sensibilisation et les capacités individuelles et institutionnelles en ce qui concerne l'adaptation aux changements climatiques, l'atténuation de leurs effets et la réduction de leur impact et les systèmes d'alerte rapide.
<p><u>AS5</u> : Renforcement du système de santé vers la Couverture Sanitaire Universelle y compris la santé communautaire</p>	<p>Cet axe prend en compte l'objectif 5 de la PNS ainsi que les cibles ODD suivantes :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ cible 3.8 de l'ODD3: Faire en sorte que chacun bénéficie d'une couverture sanitaire universelle, comprenant une protection contre les risques financiers et donnant accès à des services de santé essentiels de qualité et à des médicaments et vaccins essentiels ; ▪ cible 3.b de l'ODD3: Donner accès à des médicaments et vaccins essentiels, appuyer la recherche et la mise au point de vaccins et de médicaments ; ▪ cible 3.c de l'ODD3: Accroître le budget de la santé et le personnel de santé dans les pays en développement ; ▪ ODD17 (Partenariat).

3.3. Résultats attendus et stratégies de mise en œuvre par axe

Le PNDS est élaboré selon l'approche de la Gestion Axée sur les Résultats (GAR) avec l'outil OneHealth, liant les niveaux de couverture attendus avec les impacts en matière de mortalité et de morbidité et avec les ressources nécessaires en utilisant les évidences scientifiques autour de l'efficacité d'un certain nombre d'interventions ayant un impact fort sur la santé notamment de la mère, du nouveau-né, de l'enfant et de l'adolescent, et sur la prévalence, l'incidence et la létalité des principales endémo-épidémies (paludisme, tuberculose, et VIH/SIDA).

L'outil OneHealth fournit ainsi une estimation a priori de l'impact attendu par axe sur la base des tendances de couvertures projetées à travers les principaux indicateurs de santé.

3.3.1. Axe stratégique 1 : Accélération de la réduction de la mortalité maternelle, néonatale et infanto-juvénile et renforcement de la planification familiale et de la santé des adolescents

3.3.1.1. Résultats d'impact attendus

Sur la base des objectifs cibles des ODD à l'horizon 2030, et tenant compte des données actuelles du pays ainsi que des goulots d'étranglement du système de santé à lever, la mise en œuvre de cet axe doit permettre de réduire la mortalité maternelle, néonatale et infanto-juvénile pour atteindre des cibles de 250 décès maternels pour 100 000 naissances vivantes, de 17 décès néonataux et de 59 décès d'enfants de moins de 5 ans en fin 2022 (Tableau VI). Ces cibles correspondent à une réduction annuelle de 7% pour ce qui concerne la mortalité maternelle et néonatale et de 5% pour la mortalité infanto-juvénile.

Tableau VI : Evolution attendue des indicateurs d'impact de santé de la mère, de l'enfant et de l'adolescent

Indicateurs	Unité	Baseline	Projection fin 2022	Projection fin 2030
Mortalité maternelle (MM)	p100.000	401	250	70
Mortalité néonatale (MNN)	p1 000	27	17	12
Mortalité infanto-juvénile (MIJ)	p1 000	88	59	25
Prévalence de la malnutrition aigüe globale chez les enfants de moins de 5 ans	p 100	6,5	3,0	1,5
Prévalence de malnutrition chronique chez les enfants de moins de 5 ans	p 100	27,5	10,0	3,0
Taux de natalité chez les adolescentes ¹	p 1000	85,0	56,0	28,0

En d'autres termes, cet axe doit, à travers la mise en œuvre équitable des interventions à haut impact dans une approche intégrée, permettre de sauver 1 120 vies de mères et 23 529 vies d'enfants supplémentaires sur la période 2017-2022 (cf. figure n°4).



Figure 4 : Projctions des décès de mères et d'enfants évités sur la période 2017-2027

Source : Développement de l'application OneHealth

¹ Taux de natalité chez les adolescentes (15 à 19 ans) pour 1 000 adolescentes du même groupe d'âge (EDST 3, 2014).

3.3.1.2 Résultats d'effet attendus

Pour atteindre les niveaux de réduction de la mortalité maternelle, néonatale et infanto-juvénile ci-dessus, la mise en œuvre du PNDS 2017-2022 devra permettre d'assurer une couverture effective minimale pour les interventions à haut impact. Les couvertures présentées dans le tableau VII suivant les modes de prestation de services sont les résultats d'effet attendus au terme de la mise en œuvre du plan.

Tableau VII : Evolution attendue des indicateurs de couverture en services de santé maternelle, néonatale et infantile

Indicateurs traceurs et niveaux de prise en charge	Baseline		Cibles PNDS (Fin 2022)
	Valeur	Sources	
1. Services à base communautaire et familiale			
Pourcentage d'enfant de moins de 5 ans dormant sous MILDA	42,9%	EDST III, 2014	80,0%
Pourcentage de nourrissons âgés de 0 à 6 mois qui sont allaités exclusivement au sein	58,0%	EDST III, 2014	80,0%
Pourcentage des enfants de moins de 5 ans avec symptômes d'IRA traités par des antibiotiques par un agent de santé communautaire et suivi à domicile	38,9%	EDST III, 2014	75,2%
Pourcentage d'enfants âgés de moins de 5 ans ayant eu le paludisme confirmé et traités avec CTA au niveau communautaire	38,0%	EDST III, 2014	90,0%
Proportion des ménages utilisant du sel adéquatement iodé	81,2%	EDST III, 2014	100%
Couverture en eau et assainissement dans les écoles publiques	25,0%	RESEN 2013	31,4%
Pourcentage de ménages pratiquant le traitement de l'eau de consommation à domicile	6,3%	EDST III, 2014	30,0%
Couverture des FS en source d'eau améliorée	67,0%	EDST III, 2014	80,0%
Taux d'accès des populations aux latrines (% de ménages utilisant les toilettes améliorées)	57,2%	QUIBB, 2015	60,5%
Taux de couverture des FS en installation d'assainissement adéquat	82,0%	EDST III, 2014	85,4%
Pourcentage de la population pratiquant la défécation à l'air libre	54,5%	EDST III, 2014	20,0%
Pourcentage de la population se lavant les mains avec du savon aux moments critiques	25,0%	MICS4, 2010	31,4%
Pourcentage de villages certifiés FDAL	17,0%	Rapport d'activité GSF, 2015	31,1%
2. Services orientés vers les populations			
Pourcentage enfants de moins de 5 ans avec diarrhée traité avec Zinc	0,1%	EDST III, 2014	47,8%
Prévalence contraceptive moderne	16,7%	EDST, 2014	35,5%
Pourcentage de jeunes femmes et hommes de 15 à 24 ans ayant eu des rapports sexuels avant l'âge de 15 ans	10,0%	EDST III, 2014	5,0%
Proportion d'adolescentes de 15-19 ans ayant commencé leur vie féconde	17%	EDST III, 2014	13%
Pourcentage de femmes enceintes ayant accompli 4 visites CPN	57,2%	EDST III, 2014	80,0%
Pourcentage d'enfants de 12-23 mois ayant reçu la vaccination contre la Rougeole	85,0%	Rapport conjoint OMS, UNICEF, 2015	94,5%
Pourcentage d'enfants de 12-23 mois ayant reçu la vaccination BCG	96,0%	EDST III, 2014	98,0%
Pourcentage d'enfants de 12-23 mois ayant reçu 3 doses de Pentavalent (DTC-HepB-Hib3)	88,0%	Rapport conjoint OMS, UNICEF, 2015	97,2%
Pourcentage d'enfants de 12-23 mois ayant reçu le vaccin contre le pneumocoque	86,0%	Rapport conjoint OMS, UNICEF, 2015	98,0%
Pourcentage d'enfants de 12-23 mois ayant reçu le vaccin contre le Rotavirus	85,0%	Rapport conjoint OMS, UNICEF ; 2015	95,2%
Pourcentage d'enfants de 12-23 mois complètement vaccinés avant l'âge de 12 mois	55,0%	EDST III, 2014	80,0%

Indicateurs traceurs et niveaux de prise en charge	Baseline		Cibles PNDS (Fin 2022)
	Valeur	Sources	
Pourcentage de nourrissons et enfants 6-59 mois ayant reçu la supplémentation en vit. A	82%	EDST III, 2014	90,0%
Pourcentage des enfants avec malnutrition aigüe recevant des aliments thérapeutiques	6,5%	Rapport Division Nutrition, 2015	15,6%
Proportion de districts ayant atteint un taux de PFA non polio de 2 pour 100 mille enfants de moins de 15 ans	45%	Rapport d'activités 2015, Division de l'Immunisation	80%
3. Soins cliniques Individuels			
Pourcentage d'accouchements assistés par du personnel de santé qualifié	61,5%	EDST III, 2014	90,0%
Pourcentage d'accouchées bénéficiant d'au moins un suivi post-natal	35,2%	Rapport d'activités DSMI/PF, 2015	75,0%
Pourcentage des grossesses avec complications traitées dans les structures SONU	7,1%	Rapport d'activités DSMI/PF, 2015	36,5%
Couverture en SONU de base (SONUB)	65,0%	Enquête SONU, 2012	80,0%
Taux de Césarienne	6,4%	Rapport d'activités DSMI/PF, 2015	10,0%
Pourcentage de femmes enceintes avec risque de prématurité traitées aux stéroïdes anténataux par un agent de Santé formé	9,1%	Rapport d'activités DSMI/PF, 2015	50,0%
Pourcentage des cas d'éclampsie traités avec du Sulfate de Mg en milieu de soins	10,6%	Rapport d'activités DSMI/PF, 2015	70,0%
Proportion de décès maternels audités	43%	Rapport de Revue Nationale 2015 des Décès Maternels	90%
Proportion de décès de nouveaux nés audités	1,12%	Rapport annuel DSMI/PF, 2015	50%
Proportion des cas de pneumonies chez les enfants traités aux antibiotiques en milieu de soins	38,6%	EDST III, 2014	80,0%
Proportion de cas de diarrhées graves chez les enfants traités au Zinc en milieu de soins	0,1%	EDST III, 2014	11,9%
Proportion de prise en charge de la malnutrition aigüe sévère	1,5%	Rapport d'activités Division Nutrition, 2015	7,5%

3.3.1.3. Stratégies de mise en œuvre

Pour atteindre les résultats ci-dessus, le Togo avec l'appui des Partenaires Techniques et Financiers (PTF) du secteur s'est engagé en 2016 dans un processus de revue intégrée des interventions de santé de la mère, du nouveau-né, de l'enfant et de l'adolescent. L'objectif principal est d'identifier les lacunes en matière de SMNE/SR et de définir les priorités devant orienter le développement d'un Plan national intégré SMNEA/SR¹ conformément au plan opérationnel proposé pour faire avancer la Stratégie mondiale pour la santé de la femme, de l'enfant et de l'adolescent, pour la période 2016-2030.

L'élaboration du plan national intégré SMNEA/SR vise à réduire la fragmentation des initiatives en orientant l'action collective en faveur de la femme, de l'enfant et de l'adolescent au niveau national ainsi que l'harmonisation des financements afin d'améliorer la couverture des interventions essentielles à haut impact et des méthodes de mise en œuvre plus efficaces.

Tout en prenant dûment en compte les enseignements tirés de la revue, le plan national intégré SMNEA/SR reposera essentiellement sur les 17 cibles sanitaires ou liées à la santé dans les ODD et les neuf (9) domaines d'action énoncés dans la Stratégie mondiale. Il s'articulera autour de stratégies adaptées aux priorités du pays dans le cadre du renforcement du système de santé (axe 5) en vue d'un continuum de soins depuis l'adolescence jusqu'à l'accouchement et la période post natale en passant par la grossesse.

Plus particulièrement, il s'agira d'assurer une offre de soins et services SMNEA/SR de qualité accessibles, adaptés, acceptables et d'améliorer la demande de ces services en privilégiant les orientations stratégiques et interventions prioritaires suivantes :

¹Il est admis que les femmes, les enfants et les adolescents font face à de problèmes de santé qui sont liés entre eux.

Orientations stratégiques	Interventions prioritaires
Renforcement du dialogue, de la coordination multisectorielle et de l'intégration des interventions de SMNEA/SR	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Dynamisation du Cadre d'action et d'engagement impliquant l'ensemble des parties prenantes (ministères concernés et leurs PTF, société civile, les privés et les médias) ; ▪ Renforcement de la communication intégrée à tous les niveaux pour une mobilisation citoyenne autour des cibles SMNEA/SR y compris les actions de communication pour le développement des communautés et la facilitation de leur adhésion à la mise en œuvre des interventions SMNEA/SR, de responsabilisation des prestataires de soins pour l'administration des soins essentiels de qualité ; de plaider auprès des Décideurs (Gouvernement, parlementaires, leaders politiques) pour l'élaboration et adoption des cadres légaux et/ou réglementaires, et l'augmentation des allocations budgétaires en faveur de la cible mère, enfant et adolescent ; ▪ Mise en application des dispositions de la Loi n° 2007-005 du 10 janvier 2007 relative à la Santé de la Reproduction.
Renforcement au niveau familial et communautaire des pratiques familiales essentielles ¹ et de la PCIMNE communautaire	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Mise à échelle des interventions à base communautaire en conformité avec la politique et plan stratégique des IBC y compris la détection des signes d'alerte chez la femme enceinte, l'orientation des femmes enceintes, la dispensation des médicaments pour la prise en charge curative des pathologies courantes dans la communauté ; ▪ Approvisionnement en intrants essentiels sous directives communautaires ; ▪ Promotion de la qualité de l'eau de boisson et l'accès aux infrastructures d'assainissement au niveau familial à travers l'Assainissement Total Piloté par la Communauté (ATPC) ; ▪ Mise en place des mécanismes communautaires fonctionnels d'audits des décès maternels et néonataux.
Renforcement de la lutte contre toutes les formes de malnutrition, en particulier contre le retard de croissance et les déficiences en micronutriments	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Promotion de l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant (allaitement maternel et alimentation complémentaire) y compris dans les contextes particuliers ; ▪ Nutrition maternelle optimale (supplémentation en fer et autres micronutriments des femmes enceintes et allaitantes, ...) ; ▪ Supplémentation en micronutriments, fortification et conseils nutritionnels, déparasitage systématique périodique au profit des enfants de 0 à 5 ans ; ▪ Organisation des Journées de Santé de l'Enfant, ▪ Dépistage et prise en charge de la malnutrition aiguë au niveau communautaire et dans les formations sanitaires ; ▪ Surveillance nutritionnelle.
Renforcement du suivi de grossesses, naissances et du post partum	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Renforcement de l'offre des fonctions essentielles SONU ▪ Renforcement de la qualité du suivi prénatal y compris la supplémentation en fer, autres micronutriments des femmes enceintes et allaitantes ; ▪ Systématisation de l'utilisation du partogramme dans les maternités ; ▪ Systématisation de la gestion du dernier stade du travail (GATPA) à travers la formation du personnel, l'utilisation d'outil de suivi et de renforcement de la supervision ; ▪ Systématisation de monitoring des fonctions SONU ; ▪ Systématisation du suivi post natal selon la norme et le protocole ; ▪ Développement et promotion des initiatives novatrices et les bonnes pratiques (les cases d'attente maternité pour l'hébergement des parturientes vivant à distance des formations sanitaires par exemple, soins maternels Kangourou).

¹ Les pratiques familiales essentielles comprennent : utilisation d'installation sanitaires hygiéniques et élimination hygiénique des déchets solides et liquides, allaitement maternel exclusif au sein jusqu'à 6 mois, distribution de la MIILDA, utilisation de SRO en cas de diarrhée, lavage des mains après usage des toilettes, utilisation du sel iodé, déparasitage, la promotion de la croissance à assise communautaire, Alimentation de complément du nourrisson à partir de 6 mois et du jeune, etc.

<i>Orientations stratégiques</i>	<i>Interventions prioritaires</i>
Renforcement de la planification familiale en combinant des stratégies fixes, avancées et communautaires	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Sécurisation des produits PF ; ▪ Mise à l'échelle des stratégies innovantes (PF Communautaire, Journées porte ouverte, stratégies mobiles et avancées etc....) ▪ Renforcement de l'offre de services PF dans le secteur privé ; ▪ Développement des services de PF spécifiques aux jeunes et aux adolescents ; ▪ Renforcement de l'information, l'éducation et la communication dans le domaine de la PF ; ▪ Renforcement du suivi des interventions de la PF.
Promotion de la santé et le développement de l'adolescent	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Renforcement du cadre de concertation intersectoriel en matière de promotion de la santé des adolescents ; ▪ Promotion des infirmeries scolaires ; ▪ Intégration des services de santé des jeunes dans les paquets des services à tous les niveaux du système de santé ; ▪ Extension des activités des pairs éducateurs ; ▪ Promotion des comportements sains (bonne alimentation, exercice physique, ni tabac, ni alcool, ni drogues, par exemple) ; ▪ Éducation sexuelle complète ; ▪ Informations, conseil et services pour une santé sexuelle et génésique complète, contraception incluse ; ▪ Prévention de la violence sexuelle ; ▪ Promotion des mesures destinées à combattre les pratiques préjudiciables comme les mutilations sexuelles féminines et les mariages précoces et forcés.
Renforcement du Programme Elargi de Vaccination (PEV)	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Renforcement de l'implication des structures privées, des communautés et des OSC dans le PEV mettant l'accent sur la communication et la mobilisation sociale en faveur de la vaccination ; ▪ Amélioration de la disponibilité et de la capacité opérationnelle des services de vaccination y compris le renforcement des compétences du personnel sur les directives du PEV, de la chaîne de froid et de la disponibilité des vaccins et consommables) à tous les niveaux ; ▪ Amélioration de la mise en œuvre de la stratégie « Atteindre Chaque District » (ACD) et de l'approche « Atteindre Chaque Enfant » (ACE) ; ▪ Intensification de la supervision en faveur des Districts Sanitaires à faibles performances vaccinales ; ▪ Intensification des activités de monitoring des activités du PEV à tous les niveaux ; ▪ Introduction de nouveaux vaccins ; ▪ Organisation des campagnes de suivi pour réduire la proportion de personnes susceptibles aux maladies évitables par la vaccination.
Amélioration de l'accès aux services de prévention de la transmission verticale du VIH et de l'hépatite virale B de la mère à l'enfant et de la syphilis	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Renforcement quantitatif et qualitatif de l'offre des services intégrés de SMNI/PTME, y compris la délégation de la fonction de prescription des ARV ; ▪ Accélération du passage à échelle du traitement par ARV de toutes les femmes enceintes séropositives ; ▪ Intégration de la prévention de la transmission mère enfant des hépatites virales, de la syphilis et du VIH dans les services de SMNEA/SR ; ▪ Introduction du vaccin contre l'hépatite B à la naissance ; ▪ Renforcement du conseil et dépistage du VIH, de la syphilis et des hépatites virales chez toutes les femmes enceintes et leurs partenaires/conjoints lors des CPN, en salle d'accouchement et en post-partum (public et privé) ; ▪ Systématisation du diagnostic précoce par PCR des enfants exposés ; ▪ Mise à jour de plans opérationnels d'élimination de la transmission mère enfant du VIH ; ▪ Suivi communautaire des familles à travers le soutien psychosocial, l'aide à l'observance du traitement, et les visites à domicile.

Orientations stratégiques	Interventions prioritaires
Renforcement de l'équité et la qualité des interventions curatives à haut impact pour la mère, l'enfant et l'adolescent telles que définies par le Child Health Epidemiology Reference Group (CHERG)	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Extension de la couverture des SONU (disponibilité des médicaments vitaux, produits sanguins et labiles, fournitures des kits d'accouchement dans toutes les structures, kits de césarienne) ; ▪ Amélioration de la disponibilité et la capacité opérationnelle des services de prise en charge dans le domaine la SMNEA/SR (personnel, directives, équipement, capacité de diagnostic, intrants essentiels y compris pour la prise en charge adéquate des urgences obstétricales, néonatales et transfusionnelles dans toutes les structures SONU C) ; ▪ Mise en place des équipes cadres de prise en charge des SONU au sein des hôpitaux ; ▪ Amélioration de la gestion des urgences avec un système de référence contre référence fonctionnel ; ▪ Institutionnalisation des audits des décès maternels et néonataux et suivi de la mise en œuvre des décisions/actions prises ; ▪ Accélération du passage à échelle de la mise en œuvre de la PCIMNE clinique y compris la prise en charge et suivi de l'enfant atteint de SIDA, le traitement de la malnutrition aiguë.
Amélioration de l'accessibilité financière et culturelle aux soins et aux services de SMNEA/SR ciblant prioritairement les populations les plus vulnérables	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Promotion de la gratuité ciblée ou la subvention de la demande ; ▪ Amélioration de la gestion de la subvention de la césarienne se basant sur les enseignements tirés de l'évaluation en cours ; ▪ Extension de la mesure de gratuité aux autres urgences obstétricales, aux accouchements et urgences transfusionnelles ; ▪ Mise en place des fonds nécessaires de compensation pour les interventions gratuites ; ▪ Elaboration d'une stratégie intégrée de financement de la santé vers la couverture sanitaire universelle (voir volet financement).

3.3.1.4. Hypothèses d'amélioration de l'efficacité

Des mesures et réformes conditionneront l'atteinte des résultats ci-dessus ; il s'agit entre autres de :

- l'opérationnalisation du Cadre d'action et d'engagement impliquant l'ensemble des parties prenantes, incluant la société civile, le secteur privé de soins et les médias ;
- la mise en œuvre du Plan de gestion des RHS notamment le Plaidoyer continu auprès du ministère de la fonction publique pour le recrutement des RHS en particulier les sages-femmes dans les USP et les médecins spécialistes dans les hôpitaux de districts, la mise en œuvre effective des mécanismes de fidélisation du personnel qualifié dans les zones difficiles d'accès ;
- l'instauration de mécanisme de rémunération/motivation, basé sur la performance (FBR) par niveau en liaison avec les principales prestations d'espacement des naissances, de suivi prénatal, d'accouchement assisté, de prise en charge de grossesses compliquées et de la césarienne ;
- la promotion de la demande des services préventifs et curatifs, et des comportements à moindre risque au profit des femmes enceintes et des enfants de moins de 5 ans ;
- l'amélioration de la gestion de la subvention de la césarienne et son élargissement aux autres urgences obstétricales ;
- l'extension des mesures de gratuité à la PCIMNE au profit des populations démunies ;
- l'élaboration et la mise en œuvre d'une stratégie nationale de financement de la santé vers la couverture sanitaire universelle ;
- l'accréditation des prestataires de soins aussi bien du secteur public que privé.

3.3.2. Axe stratégique 2 : Renforcement de la lutte contre les maladies transmissibles

3.3.2.1. Résultats d'impact attendus

Sur la base des objectifs cibles des ODD à l'horizon 2022, et tenant compte des données actuelles du pays ainsi que des goulots d'étranglement du système de santé à lever, la mise en œuvre de cet axe devrait permettre de réduire d'ici à 2022 : la prévalence du VIH chez les 15 à 49 ans de 2,5% à 1,82% ; la mortalité spécifique du VIH de 83,19 à 30,56 pour 100 000 habitants ; l'incidence du Paludisme de 153,0 à 40 ‰ ; l'incidence de la tuberculose de 58 à 23 ‰ et la prévalence des Schistosomiases (intestinale & urinaire) de 5,0 à 0,2% (cf. tableau VIII ci-dessous).

Tableau VIII : Evolution des indicateurs de mortalité et de morbidité

Indicateurs traceurs et niveaux de prise en charge	Baseline		Cibles PNDS (Fin 2022)
	Valeur	Sources	
Nombre de nouvelles infections à VIH	4 766	EPP Spectrum 2015	1 049
Prévalence du VIH chez les 15-49 ans	2,5%	EDSTIII, 2014	1,8
Mortalité spécifique due au VIH (p100.000)	83,19	PNLS, 2015	30,6
Proportion des jeunes de 15 à 24 ans vivant avec le VIH	1,2%	PNLS, 2014	1,0
Incidence du Paludisme (p.1000)	153,0	PNLP, 2015	40,0
Mortalité spécifique due au Paludisme (p100.000)	0,2	PNLP, 2015	0,1
Prévalence de la Tuberculose (p100.000)	81,6	PNLT, 2014	51,1
Incidence de la tuberculose (p.1000)	58,0	PNLT, 2014	23,0
Prévalence de la Filariose lymphatique	<1%	Rapport d'évaluation TDM, 2015	0,0
Prévalence de l'Hépatite B	10%	ASADH, 2015 ¹	6%

3.3.2.2. Résultats d'effet attendus

Pour atteindre les niveaux de réduction de la prévalence du VIH, l'incidence du paludisme et de la tuberculose, présentés ci-dessus, la mise en œuvre de l'axe 2 devra permettre d'assurer une couverture effective minimale pour les interventions à haut impact. Les couvertures présentées au tableau IX selon les différents modes de prestation de services sont les résultats d'effet attendus à terme.

Tableau IX : Evolution attendue des indicateurs de couverture en services de santé liés à la prévention et à la prise en charge des principales maladies transmissibles

Indicateurs traceurs et niveaux de prise en charge	Baseline		Cibles PNDS (Fin 2022)
	Valeur	Sources	
1. Services à base communautaire et familiale			
Pourcentage de femmes enceintes dormant sous MILDA	40,0%	EDSTIII, 2014	90,2%
Pourcentage d'enfant de moins de 5 ans dormant sous MILDA	42,9%	EDSTIII, 2014	80,0%
Pourcentage des ménages ayant bénéficié de pulvérisation intra domiciliaire d'insecticide	0,0%	PNLP, 2015	57,8%
Pourcentage de jeunes de 15 à 24 ans déclarant avoir utilisé le préservatif avec leurs partenaires	49,6%	EDSTIII 2014	90,0%
2. Services orientés vers les populations			
Pourcentage de femmes enceintes ayant reçu 3 doses de TPI pendant la grossesse	38,0%	PNLP, 2015	90,2%
Pourcentage de femmes enceintes séropositives au VIH ayant reçu des antirétroviraux dans le but de réduire le risque de transmission de la mère à l'enfant	90,0%	PNLS, 2015	100,0%
Pourcentage de PVVIH sous traitement antirétroviral ayant bénéficié de la charge virale	2,0%	PNLS, 2015	35,9%
Proportion de personnes traitées à l'ivermectine dans la population éligible	82,7%	Rapport d'évaluation TDM, 2015	≥80%
Population d'enfants d'âge scolaire traitée par le Praziquantel contre la schistosomiase	80,0%	Rapport d'évaluation TDM, 2015	94,6%
Population traitée par l'ivermectine + albendazole contre la filariose lymphatique	79,0%	Rapport d'évaluation TDM, 2015	83,5%
Population d'enfants d'âge scolaire traitée par le Mebendazole contre les géo helminthiases	80,0%	Rapport d'évaluation TDM, 2015	85,0%
Taux de couverture vaccinale contre l'Hépatite B chez les enfants de moins d'un an	NA	-	80%
3. Soins cliniques Individuels			

¹ Association sauvons l'Afrique des hépatites

Indicateurs traceurs et niveaux de prise en charge	Baseline		Cibles PNDS (Fin 2022)
	Valeur	Sources	
Pourcentage des cas de paludisme simple confirmés traités avec les CTA dans les formations sanitaires conformément aux directives nationales	86,0%	PNLP, 2015	95,0%
Pourcentage de cas de paludisme grave et correctement pris en charge chez les enfants de moins de 5 ans	69,2%	PNLP, 2015	80,3%
Pourcentage de PVVIH (adultes, adolescents et enfants) sous antirétroviraux	40,0%	PNLS, 2015	85,0%
Proportion de PVVIH sous ARV dont on sait qu'ils sont toujours en vie à 12 mois après le début du traitement	86,0%	PNLS, 2015	98,0%
Pourcentage d'enfants nés de mère séropositive au VIH qui ont subi un test virologique pour le VIH au cours de leurs deux premiers mois de vie	23,0%	PNLS, 2015	50,0%
Pourcentage de tuberculeux dépistés séropositifs au VIH recevant concomitamment le traitement antituberculeux et un traitement contre le VIH	91,0%	PNLS, 2015	98,4%
Taux de succès des traitements antituberculeux TPM+ (guéris + traitement achevé)	87,0%	PNLT, 2015	95,0%
Pourcentage des malades TB multi résistants traités par les médicaments 2 ^{ème} ligne	50,0%	PNLT, 2015	58,6%

3.3.2.3. Stratégies de mise en œuvre

La mise en œuvre de cet axe visera l'atteinte des résultats d'effets ci-dessus et relatifs plus particulièrement au contrôle du paludisme, du VIH/SIDA, des hépatites et de la tuberculose, ainsi qu'à l'élimination des principales MTN. Pour y parvenir, les plans stratégiques/directeurs des différents programmes seront actualisés prenant en compte les recommandations de l'OMS. Ces plans mis à jour s'articuleront essentiellement autour des orientations stratégiques et interventions prioritaires suivantes.

<i>Orientations stratégiques</i>	<i>interventions prioritaires</i>
Renforcement de la coordination et de l'intégration des interventions de prévention des maladies transmissibles	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Renforcement en ressources humaines qualifiées au niveau des coordinations des programmes nationaux de santé ; ▪ Amélioration des financements domestiques ; ▪ Création d'un cadre réglementaire de coordination des interventions de lutte contre les maladies transmissibles ; ▪ Amélioration de l'assainissement du milieu de vie.
Renforcement de la lutte contre le paludisme	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Renforcement des capacités communautaires de prévention et de traitement du paludisme simple au niveau communautaire et des USP ; ▪ Renforcement de la capacité opérationnelle des FS pour assurer le traitement adéquat du paludisme grave ; ▪ Renforcement de la mise en œuvre des interventions de lutte anti vectorielle dans une approche multisectorielle ; ▪ Amélioration de l'accès aux MILDA vers la couverture universelle ; ▪ Renforcement de la communication de proximité et de suivi pour une meilleure utilisation des MILDA ; ▪ Renforcement de la surveillance de la maladie.
Renforcement de la lutte intégrée contre le VIH/SIDA & l'hépatite virale	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Extension et renforcement des services offerts aux populations clés et aux populations vulnérables ; ▪ Sécurisation transfusionnelle ; ▪ Élimination des facteurs influents sur les violences basées sur le genre et les droits humains des populations clés, des jeunes et des femmes ; ▪ Intensification des interventions de préventions ciblant prioritairement les populations dans les grandes villes du Togo qui ont un poids important dans la charge de morbidité dans le pays ; ▪ Promotion de la prévention des hépatites virales ; ▪ Développement de l'accès aux services de dépistage et de traitement des hépatites virales ; ▪ Amélioration du diagnostic, de la prise en charge curative des cas de VIH/SIDA, des IST et des Hépatites virales et du suivi du couple mère-enfant.

<i>Orientations stratégiques</i>	<i>interventions prioritaires</i>
Renforcement de la lutte contre la tuberculose	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Amélioration du dépistage et du traitement de la tuberculose, y compris les formes pulmonaires à microscopie négative et les formes extra pulmonaires et l'accès à ces services aux populations vulnérables (détenus, réfugiés, enfants); ▪ Renforcement de la prise en charge des malades co-infectés TB/VIH ; ▪ Amélioration de la prise en charge de la tuberculose pharmaco-résistante ; ▪ Renforcement du cadre juridique et institutionnel en matière de lutte contre la tuberculose ; ▪ Intensification de la recherche et de l'innovation en matière de lutte contre la tuberculose ; ▪ Engagement politique avec des ressources adaptées pour les soins et la prévention ; ▪ Collaboration renforcée des communautés, des organisations de la société civile et des prestataires de soins publiques et privés.
Renforcement de la lutte contre les maladies tropicales négligées (MTN)	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Renforcement du suivi/évaluation, de la surveillance, et de la recherche opérationnelle sur les MTN ; ▪ Renforcement de la participation communautaire dans la lutte contre les MTN ; ▪ Mise à l'échelle des interventions de lutte, des traitements et des capacités de prestation de service du programme ; ▪ Renforcement de la planification axée sur les résultats, de la mobilisation des ressources et de la durabilité du financement des activités de lutte contre les MTN ; ▪ Renforcement du plaidoyer, de la coordination et de l'appropriation du programme par le gouvernement ; ▪ Renforcement de la collaboration entre les institutions nationales chargées du secteur WASH et de la lutte contre les MTN pour s'assurer que la lutte contre les MTN fasse partie du processus de prise de décisions dans la mise en œuvre des services WASH et vice-versa ; ▪ Intensification de la surveillance épidémiologique et entomologique de l'onchocercose et de la filariose lymphatique.

3.3.2.4. Hypothèses d'amélioration de l'efficacité

Des mesures et réformes conditionneront l'atteinte des résultats ci-dessus ; il s'agit essentiellement de :

- mesures visant à rapprocher l'offre de soins des communautés en particulier la délégation des compétences aux Agents de Santé Communautaire (ASC) pour la prise en charge du paludisme et des pathologies les plus courantes et les plus létales pour l'enfant) et pour la dispensation des ARV ;
- investissements ciblés répondant aux faiblesses du système actuel en vue d'améliorer la capacité opérationnelle des services spécifiques de prise en charge ;
- l'instauration de contrats de performance (FBR) par niveau en lien avec la promotion, la prévention et la prise en charge des principales maladies (paludisme, tuberculose, VIH/SIDA et autres maladies transmissibles) ;
- politique visant à réduire les coûts d'accès aux soins de santé pour les plus vulnérables et les pauvres par la gratuité de certains services (gratuité de soins pour les enfants de moins de cinq ans ;
- mesures d'accompagnement (disponibilité des médicaments et fournitures essentielles) pour les interventions gratuites ;
- l'accréditation des structures de soins des secteurs public et privé.

3.3.3. Axe stratégique 3 : Amélioration de la sécurité sanitaire et la réponse aux épidémies et autres urgences de santé publique

3.3.3.1. Résultats d'impacts attendus

La mise en œuvre de cet axe devrait permettre une réduction de la mortalité liée aux maladies à potentiel épidémique (cf. tableau X).

Tableau X : Evolution des indicateurs de mortalité liés aux principales maladies à potentiel épidémique

Indicateurs traceurs	Baseline		Cibles PNDS (Fin 2022)
	Valeur	Sources	
Taux de létalité liée à la méningite ¹	6,4%	DSIUR* 2016	< 3%
Taux de létalité liée au choléra	4,5%	DSIUR* 2015	<1%
Taux de létalité liée aux FH	50%	DSIUR* 2016	<20%
Taux de létalité liée à la rougeole	0%	DSIUR* 2016	0%

* DSIUR : Division de la Surveillance Intégrée, des Urgences et de la Riposte

3.3.3.2. Résultats d'effet attendus

Pour atteindre les résultats d'impact ci-dessus et disposer d'un système de santé capable de détecter précocement et de répondre efficacement aux épidémies et autres urgences de santé publique, le secteur de la santé devra assurer une couverture effective d'un certain nombre d'interventions relative à la prévention, la préparation et la réponse aux épidémies ainsi que le relèvement du secteur y compris le Règlement Sanitaire International (RSI). Ces couvertures devront être appréciées par les indicateurs d'effet contenus dans le tableau n° XI.

Tableau XI : Evolution attendue des indicateurs relatifs à la prévention, la préparation et la réponse aux épidémies, le relèvement du secteur, y compris le RSI

Indicateurs traceurs	Baseline		Cibles PNDS (Fin 2022)
	Valeur	Sources	
Nombre de centres d'opérations d'urgences fonctionnels	0	IHR JEET (2011)	6
Pourcentage de formations sanitaires pratiquant la PCI	19,0 %	DESR	100,0%
Pourcentage d'épidémies ou événements investigués dans les 48 heures	90,0%	DSIUR	100,0%
Taux de promptitude et complétude des rapports de surveillance épidémiologique	70,0 %	DSIUR	100,0 %
Nombre de formations sanitaires mettant en œuvre des procédures de prise en charge des urgences sanitaires	49	DSIUR	294
Proportion d'épidémie ayant bénéficié d'une réponse dans les 14 jours après la notification	33%	DSIUR	100%
Nombre d'organes de coordination multisectoriels fonctionnels (national, régional et district)	0	DSIUR	47
Nombre de bulletins épidémiologiques produits annuellement	0	DSIUR	12

3.3.3.3. Stratégies de mise en œuvre

L'épidémie de la Maladie à Virus Ebola (MVE) survenue en 2014-2015 en Afrique de l'Ouest et les épidémies de méningite et de fièvre hémorragique à virus de Lassa survenues au Togo en 2015-2016 ont révélé les faibles capacités du système de santé à détecter précocement et à répondre efficacement aux épidémies et autres urgences de santé publique. L'absence de stratégies de prévention, de préparation et de réponse appropriées aux risques et aux urgences sanitaires, entraîne des interventions inadéquates avec d'importantes pertes en vies humaines et impacte négativement sur le développement socio-économique.

Ces insuffisances seront comblées par la mise en œuvre des orientations stratégiques et interventions prioritaires ci-après :

¹ Selon l'OMS la létalité liée à la méningite doit être <10%

Orientations stratégiques	Interventions
Réduction des risques (mitigation, Prévention)	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Renforcement de la sensibilisation, l'éducation, et la communication pour un changement de comportement en faveur de la lutte contre les maladies à potentiel épidémique y compris les zoonoses ; ▪ Amélioration de la prévention des maladies évitables par la vaccination y compris celle contre la poliomyélite (cf. axe 1) ; ▪ Promotion des interventions liées à la qualité de l'eau, à l'Hygiène, et à l'Assainissement et sécurité sanitaire des aliments (cf. axe 2) ; ▪ Renforcement de la prévention et le contrôle des infections dans les formations sanitaires incluant la sécurité au travail.
Renforcement de la préparation et la réponse aux urgences de santé publique	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Renforcement de la mise en œuvre du RSI au niveau du pays ; ▪ Renforcement de la surveillance intégrée des maladies y compris le développement d'un système de surveillance à base communautaire ; ▪ Renforcement du système d'alerte précoce ; ▪ Développement des capacités techniques et logistiques des équipes multidisciplinaires d'intervention rapide (pré positionnement des intrants essentiels; préparation des équipes d'intervention rapide par des simulations ; clarification des rôles et responsabilités des acteurs) ; ▪ Renforcement des capacités techniques du laboratoire dans la confirmation des agents pathogènes et dans la sensibilité des médicaments ; ▪ Renforcement de la collaboration, la coordination multisectorielle et l'intégration des actions selon l'approche « Une Santé » ; ▪ Mise en place et opérationnalisation du COUSP (finalisation et mise en œuvre optimale du plan national de mise en place du COUSP de 2016) ; ▪ Renforcement du fonctionnement et du suivi des activités des points d'entrée/postes de santé et de contrôle de vaccination aux frontières ; ▪ Elaboration/harmonisation et vulgarisation des normes et procédures opérationnelles de prise en charge des urgences et des événements de santé publique ; ▪ Mise en œuvre et suivi des plans d'opération spécifiques ; ▪ Renforcement de l'implication de la communauté à la riposte ; ▪ Renforcement de la mobilisation des ressources.
Renforcement du relèvement post événement	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Planification du relèvement (évaluation, réhabilitation, équipement, renforcement des stocks en médicaments et matériel) ; ▪ Mise en œuvre et suivi des plans de relèvement ; ▪ Mobilisation des ressources.

3.3.3.4. Hypothèses

Des mesures et réformes conditionneront l'atteinte des résultats ci-dessus ; il s'agit essentiellement de : (i) mettre en place une unité au sein du Ministère de la Santé pour coordonner la mise en œuvre des interventions de gestion des risques, de catastrophes pour le secteur de la santé (COUSP) ; (ii) garantir la gratuité complète de la prise en charge des personnes affectées et des survivants ; (iii) instaurer un mécanisme de protection sociale pour le personnel soignant impliqué dans les épidémies ainsi que pour les survivants y compris les orphelins.

3.3.4. Axe stratégique 4 : Renforcement de la lutte contre les maladies non transmissibles et promotion de la santé

3.3.4.1. Résultats d'impact attendus

L'objectif visé à travers cet axe est de réduire significativement la morbidité, l'incapacité et la mortalité liées aux maladies non transmissibles (MNT) telles que les maladies cardiovasculaires, le cancer, le diabète, les affections respiratoires chroniques¹, ou encore les maladies rénales chroniques, la drépanocytose, la cécité, les maladies bucco-dentaires, les traumatismes et violences, les troubles de la santé mentale, la démence et l'épilepsie.

¹ Il s'agit de quatre groupes de maladies couvertes par la Stratégie mondiale de lutte contre les maladies non transmissibles responsables de la majorité des décès par MNT et en grande partie causées par quatre facteurs de risque communs au niveau des comportements nocifs.

Sur la base des objectifs cibles des ODD à l'horizon 2030, du plan d'action mondial de lutte contre les maladies non transmissibles 2013-2020 et tenant compte des données actuelles du pays ainsi que des goulots d'étranglement du système de santé à lever, la mise en œuvre de cet axe devrait permettre de réduire la charge et la mortalité attribuables à ces principales MNT sur la période 2017 à 2022 (cf. tableau XII).

Tableau XII : Evolution des indicateurs de mortalité et de morbidité liés aux principales maladies non transmissibles

Indicateurs traceurs	Baseline		Cibles PNDS Fin 2022
	Valeur	Sources	
Taux de mortalité attribuable à des maladies cardiovasculaires, au cancer, au diabète ou à des maladies respiratoires chroniques (p.100 000 habitants)	679	OMS, 2015	500
Prévalence de la consommation actuelle de tabac chez les plus de 15 ans	8,10%	Global Youth Tobacco Survey (GYTS), 2013	6%
Prévalence de l'obésité	11,2%	OMS, 2015	9,0%
Prévalence de la cécité	0,7%	ARCE, 2014	0,5%
Taux de mortalité due aux maladies cardio-vasculaires (p. 100 000 habitants)	305	OMS, 2015	150
Prévalence de l'Hypertension artérielle chez les adultes de 18 ans et plus	31,5%	OMS, 2015	25,0%
Prévalence du Diabète	8,3%	OMS, 2015	5,6%
Taux d'incidence du cancer du col de l'utérus (p. 100 000 habitants)	30	OMS, 2015	13
Taux de mortalité liée aux accidents de la route (p. 100 000 habitants)	17	OMS, 2015	10

3.3.4.2 Résultats d'effet attendus

Pour atteindre les niveaux de réduction de la mortalité et morbidité liées aux maladies non transmissibles, la mise en œuvre de cet axe devra permettre d'assurer une couverture effective minimale pour les interventions à haut impact. Les couvertures présentées au tableau XIII suivant les modes de prestation de services sont les résultats d'effet attendus à terme.

Tableau XIII : Evolution attendue des indicateurs d'effets et de processus liés à la lutte contre les principales maladies non transmissibles

Indicateurs traceurs	Baseline		Cibles PNDS Fin 2022
	Valeur	Sources	
Consommation nocive d'alcool par habitant (litre d'alcool pur)	2,3	OMS, 2015	1, 3
Pourcentage de malades souffrant d'HTA suivis médicalement	9,3%	OMS, 2015	30,0%
Pourcentage de diabétiques détectés et suivis médicalement	57,2%	OMS, 2015	63,2%
Pourcentage de structures de santé primaires offrant le paquet essentiel d'interventions pour la prise en charge intégrée des MNT (WHO-PEN)	5,0%	PNLMNT, 2014-2015	100,0%
Pourcentage de femmes âgées de 30-49 ans ayant fait au moins une fois le dépistage du cancer du col	< 1%	PNLMNT, 2014-2015	6%
Pourcentage de femmes âgées de 40-69 ans ayant fait au moins une fois le dépistage du cancer du sein par mammographie	< 1%	PNLMNT, 2014-2015	6%
Pourcentage de personnes vivant avec un handicap prises en charge en réadaptation physique	2,0%	Rapport CNAO, 2015	8,0%
Pourcentage d'adultes pratiquant une activité physique modérée à intense	80%	OMS, 2015	88%
Pourcentage de personnes ayant fait un test d'électrophorèse de l'hémoglobine	ND	-	30%

3.3.4.3. Stratégies de mise en œuvre

La mise en œuvre des différentes stratégies sera abordée à travers une approche coordonnée et intégrée basée sur des données factuelles. Les principales stratégies qui seront développées au titre de cet axe sont présentées ci-après :

Stratégies	interventions prioritaires
Renforcement des capacités, du leadership, de la gouvernance, de l'action multisectorielle et des partenariats pour accélérer la lutte contre les MNT	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Renforcement d'un cadre multidisciplinaire et intersectoriel de gestion de la lutte contre les MNT y compris le secteur privé et la société civile ; ▪ Renforcement de la gouvernance de la division de la surveillance des MNT (Amélioration de la coordination et du suivi des activités à tous les niveaux de la pyramide sanitaire ; etc.) ; ▪ Renforcement de la prise en compte des MNT dans les politiques publiques ; ▪ Approche participative d'élaboration d'un nouveau plan stratégique intégré de lutte contre les MNT ; ▪ Plaidoyer pour la prise en compte des MNT dans les politiques publiques ; ▪ Plaidoyer pour une mobilisation plus accrue des ressources en faveur des MNT et partenariats avec le privé dans la lutte contre les MNT.
Prévention des facteurs de risque des MNT	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Mise en œuvre optimale des dispositions de la loi relative à la production, à la commercialisation et à la consommation des cigarettes et autres produits du tabac y compris ses décrets d'application conformément à l'esprit de la Convention-cadre de l'OMS pour la lutte antitabac et sur la base de l'évaluation des besoins réalisée dans le pays en 2014 ; ▪ Renforcement des mesures législatives, réglementaires et intersectorielles pour soutenir les programmes MNT ; ▪ Renforcement des capacités de prévention des facteurs de risque des MNT y compris les facteurs environnementaux ; ▪ Promotion des interventions permettant de réduire les facteurs de risque modifiables de maladies non transmissibles (campagnes de sensibilisation et de dépistage précoce des facteurs de risques, promotion d'une alimentation saine équilibrée surtout en milieu scolaire ; promotion de la pratique des activités sportives, actions de communication pour le changement de comportement, de plaidoyer et de mobilisation sociale ; etc.) ; ▪ Renforcement de l'action communautaire dans la lutte contre les MNT.
Renforcement et réorientation du système de santé afin de prévenir et de combattre les maladies non transmissibles	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Mise à l'échelle nationale de WHO-PEN dans l'ensemble des districts sanitaires ; ▪ Renforcement de la disponibilité et de la capacité opérationnelle des services de santé et de réadaptation dans le domaine des affections chroniques non transmissibles (mise à disposition des formations sanitaires des directives sur le diagnostic et le traitement, formation du personnel sur la prise en charge des MNT, capacité de diagnostic et intrants nécessaires) ; ▪ Mise en œuvre de l'Initiative Urban Health pour l'équité en santé en milieu urbain ; ▪ Amélioration de l'accessibilité des personnes handicapées aux services de santé.
Promotion et soutien aux capacités nationales à mener des travaux de recherche-développement de qualité sur les maladies non transmissibles	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Développement de politique et plans de recherches sur les MNT (cartographie des MNT et recherche épidémiologique et comportementale en particulier axée sur les modes de vie et sur les déterminants des MNT ; ▪ Renforcement des capacités de recherche sur les MNT ; ▪ Promotion de l'utilisation des données de recherches sur les MNT.

Stratégies	interventions prioritaires
Renforcement de la surveillance de l'évolution et des déterminants des maladies non transmissibles	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Renforcement du système de surveillance et de collecte normalisée de données sur les facteurs de risque, l'incidence des maladies et la mortalité par cause ; ▪ Mise en place des registres sur les MNT (cancer y compris) qui soient assortis d'indicateurs permettant de mieux comprendre les besoins nationaux et les inégalités dans la prise en charge ; ▪ Evaluation des progrès de la prévention et de la lutte (Intégration des systèmes de surveillance et de suivi de la lutte contre les MNT dans le système national d'information sanitaire et institutionnalisation de l'enquête STEPSWISE et de l'enquête SARA).
Renforcement de la gestion des déterminants environnementaux de la santé	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Elaboration, avec toutes les parties prenantes, d'une stratégie nationale de santé publique, afin de relever l'importance d'une eau de boisson saine, d'un assainissement sûr et d'une bonne hygiène en tant que base de la prévention primaire et de contribuer à la réalisation de l'ODD 6 visant à «Garantir l'accès de tous à l'eau et à l'assainissement et assurer une gestion durable des ressources en eau » à l'horizon 2030 ; ▪ Développement des cadres de collaboration intersectorielle pour la gestion des déterminants de la santé (par exemple : avec le ministère de l'agriculture et de l'élevage pour le renforcement de la sécurité sanitaire des aliments ; avec les ministères en charge de l'environnement, de la salubrité publique pour l'amélioration du cadre de vie des populations, le renforcement de la gestion des ordures ménagères et eaux usées en milieu urbain, la gestion des déchets y compris les déchets biomédicaux, électroniques, électriques et chimiques); ▪ Promotion des actions de prévention de la pollution de l'eau, des sols, et de l'air ; ▪ Promotion de nouvelles approches quant à l'éducation communautaire, à l'autonomisation, à la participation et à la sensibilisation ; ▪ Renforcement de la coopération multisectorielle afin d'identifier, traiter et prévenir les incidences de la pollution atmosphérique sur la santé ; ▪ Facilitation de la recherche sur les déterminants environnementaux de la santé ; ▪ Amélioration de la surveillance de la morbidité et de la mortalité pour les maladies liées à la pollution atmosphérique ; ▪ Promotion des mesures visant à réduire les niveaux de pollution à l'intérieur des bâtiments, comme par exemple, les pratiques de cuisson, de chauffage et d'éclairage non polluantes, et l'utilisation rationnelle de l'énergie ; ▪ Renforcement des mesures nécessaires permettant de suivre la mise en œuvre des accords internationaux et des résolutions de l'Assemblée mondiale de la Santé. sur les produits chimiques et les déchets, auxquelles le pays a souscrit ; ▪ Mise en place de centres antipoison ; ▪ Actualisation et mise en œuvre du plan sanitaire national d'adaptation aux changements climatiques ; ▪ Amélioration de la communication et du plaidoyer sur les changements climatiques et la santé, et mobilisation des ressources.
Promotion de la santé et la sécurité au lieu de travail	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Renforcement de la mise en application et du suivi du Plan d'action mondial pour la santé des travailleurs 2008-2017 ; ▪ Renforcement de la sécurité du personnel soignant dans les formations sanitaires selon l'approche HEALTHWISE¹ ; ▪ Mise en œuvre des mesures visant à favoriser l'élimination des maladies liées à l'amiante ;

1 HealthWISE est une méthodologie pratique et participative visant à améliorer la qualité des structures de santé et basée sur les principes du programme du BIT «Amélioration du travail dans les petites entreprises» (WISE). Elle encourage les gestionnaires et les agents à travailler en équipe afin de promouvoir des lieux de travail sûrs et sains.

Stratégies	interventions prioritaires
	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Promotion de l'élimination des maladies liées à la pollution et aux contaminations au lieu de travail (mise en place d'équipes d'hygiène et de sécurité hospitalière dans les services de prestations de soins, etc.) ; ▪ Santé scolaire et universitaire ; ▪ Santé en milieu carcéral.
<p>Mise en place d'une politique intégrée et coordonnée de la gestion du handicap</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Amélioration du cadre juridique et réglementaire relatif au handicap (harmonisation, élaboration des textes d'application de la loi nationale du 23 avril 2004 de protection des personnes handicapées, et des conventions internationales.) ; ▪ Développement d'un plan multisectoriel pour la gestion du handicap (finalisation du plan stratégique handicap et alignement sur le PNDS) ; ▪ Renforcement de la sécurité routière et mise en place d'un système d'intervention rapide notamment sur les réseaux routiers les plus à risque d'accidents; ▪ Renforcement de la mise en œuvre des dispositions de la Loi n° 2007-005 (article 26) relative à la Santé de la Reproduction sur la prévention médicale des handicaps (counseling prénuptial, diagnostic anténatal de la drépanocytose et des autres maladies génétiques et dégénératives) ; ▪ Amélioration de l'accessibilité des personnes handicapées aux services (renforcement de la décentralisation/déconcentration des interventions de prise en charge du handicap à travers la création des centres spécialisés avec des équipes multi disciplinaires de prise en charge du handicap au niveau opérationnel) ; ▪ Mise en œuvre de l'approche « Réadaptation à Base Communautaire » développée par l'OMS dans l'ensemble des districts sanitaires.

3.3.4.4. Hypothèses

Pour une réelle efficacité des activités liées à la lutte contre les maladies non transmissibles, certaines mesures et réformes seront mises en œuvre ; il s'agit essentiellement de :

- l'opérationnalisation de l'alliance stratégique entre la santé et l'environnement, comme base d'un plan d'action concerté ;
- l'intégration des liens entre la santé et l'environnement dans les politiques, stratégies, règlements et plans nationaux de développement ;
- l'intégration des objectifs convenus dans les domaines de la santé et de l'environnement dans le Plan de National de Développement en cours d'élaboration et la mise en œuvre des programmes prioritaires intersectoriels à tous les niveaux en vue d'accélérer l'atteinte des ODD ;
- le développement des capacités nationales pour mieux prévenir les maladies liées à l'environnement, à travers l'établissement ou le renforcement des institutions s'occupant de la santé et de l'environnement ;
- le renforcement du système de santé en vue de prendre en charge les maladies non transmissibles
- l'institution de contrats de performance par niveau en liaison avec la prise en charge des principales maladies non transmissibles (cardiopathies, diabète, cancer) ;
- la promotion de partenariat national et international pour prévenir et combattre les maladies Non transmissibles ;
- l'intégration de la thématique MNT au niveau communautaire.

3.3.5. Axe stratégique 5 : Renforcement du système de santé vers la CSU, y compris la santé communautaire

L'axe stratégique 5 est un axe transversal de soutien aux quatre précédents axes d'action du PNDS et dont la mise en œuvre vise à faciliter l'atteinte de leurs résultats. Plus spécifiquement, il s'agit de renforcer les six piliers¹ du système de santé pour permettre un accès universel aux services préventifs et curatifs en vue d'une réduction durable de la mortalité et de la morbidité. Un accent particulier sera mis sur la gouvernance, le financement de la santé, les produits pharmaceutiques et les prestations de services en termes de disponibilité,

¹ Les six composantes du système de santé tels que définies par l'OMS sont : le leadership et la gouvernance, les prestations de services, les ressources humaines pour la santé, les produits pharmaceutiques, vaccins et technologies cliniques, le financement de la santé ainsi que le système d'information et de recherche.

de qualité, d'accessibilité, y compris la participation communautaire dans la réponse aux besoins de santé des communautés.

1.5.5.1. Résultats d'effet attendus

La mise en œuvre de l'axe 5 devra permettre d'atteindre les résultats d'effet ci-dessous (tableau XIV). Les cibles de ces résultats d'effet ont été estimées sur la base de l'analyse des goulots d'étranglement et les perspectives de la couverture sanitaire universelle.

Tableau XIV : Evolution attendue des indicateurs traceurs du niveau national sur la période du PNDS

Indicateurs traceurs	Baseline		Cibles PNDS Fin 2022
	Valeur	Sources	
Taux d'accessibilité géographique	70,9 %	Rapport Carte sanitaire, 2015	90%
Taux d'utilisation des soins curatifs	30%	DIS, 2015	50%
Pourcentage de villages ruraux qui disposent d'un agent de santé communautaire formé sur les soins intégrés (diarrhée, pneumonie, paludisme)	44,0 %	Rapport performance MSPS, 2015	80,0%
Densité de personnel de santé (ratio pour 10.000 habitants)	6,9	Rapport Carte sanitaire, 2015	10,0
Taux de couverture des besoins en personnels de santé au niveau primaire de soins	62,4%	Rapport Carte sanitaire, 2015	90,0%
Taux de disponibilité des intrants essentiels au niveau communautaire	ND		80,0%
Pourcentage d'établissements de santé sans rupture de stock d'au moins un médicament traceur (au cours des trois derniers mois)	39,0%	Enquête SARA 2012	80,0%
Proportion des besoins satisfaits en matière de transfusion sanguine	30%	CNTS, 2015	≤5%
Nombre de laboratoire de biologie médicale ayant progressé d'une étoile par outil SLIPTA par année	0	Div Laboratoires	10
Part du budget de l'Etat alloué au secteur de la santé	6,07%	MSPS, DAC, 2015	12,0%
Dépense de santé des ménages (Out of Pocket)	47,3 %	CNS, 2010	21,9%
Taux d'exécution des dépenses publiques de santé	73,6%	MSPS, 2015)	95,0%
Dépense de santé du reste du monde en pourcentage des dépenses totales de santé	12, 3%	WHO-AFRO, 2016	≥12%
Part de la dépense publique de santé du niveau périphérique (district USP, niveau communautaire) en pourcentage des dépenses publiques de santé	70,1%	Rapport 2014 DAF	75,0%
Pourcentage d'établissements scolaires (avec un effectif ≥ à 1000 élèves) disposant d'une infirmerie avec un personnel qualifié	30,0%	Div SJA 2013	80,0%
Pourcentage de districts disposant d'un centre d'écoute spécifique pour jeune	48,0%	Div SJA 2015	90,0%
Pourcentage de la population couverte par un mécanisme de partage de risque	5,8%	WHO-AFRO, 2016	10%
Couverture des services de santé essentiels (Indice Global de disponibilité et de capacité opérationnelle des services de santé)	60%	SARA, 2012	80%
Pourcentage d'établissements offrant des services de soins obstétricaux d'urgence fonctionnels	65%	Enquête SONU 2015	90%
Pourcentage d'hôpitaux offrant la césarienne disposant les éléments traceurs le jour d'évaluation	57%	SARA, 2012	80%
Taux d'infections post opératoires	ND		Réduction de 75% d'ici à 2022
Taux de complétude des données du SNIS	ND		80%
Pourcentage de structures sanitaires inspectées	ND		80%

Indicateurs traceurs	Baseline		Cibles PNDS Fin 2022
	Valeur	Sources	
Pourcentage des recommandations de l'organe de coordination sectorielle mises en œuvre	20%	Rapport de performances MSPS, 2015	80%
Pourcentage de COGES fonctionnels	58%	Rapport de performances MSPS, 2015	90%

1.5.5.2. Stratégies de mise en œuvre des différents piliers

En tenant compte des principales insuffisances et contraintes retenues dans la partie analyse de situation et des orientations stratégiques de mise en œuvre des axes, la revitalisation du système de santé et la santé communautaire reposera essentiellement sur les stratégies présentées ci-après par pilier :

1) Renforcement de la gouvernance et du pilotage du système de santé

Pour améliorer la faible gouvernance et l'insuffisance du pilotage du secteur relevées comme principaux goulots d'étranglement du système de santé togolais, les stratégies suivantes seront développées :

✓ **Stratégie 1.1 : Renforcement du leadership du ministère, du dialogue et de la coordination des interventions au sein du secteur**

Il s'agira pour le ministère en charge de la santé de promouvoir un dialogue politique multisectoriel en faveur du secteur de la santé au regard de la pluralité des intervenants dans le secteur afin de garantir une plus grande cohérence des interventions.

De manière opérationnelle, il faudra renforcer le fonctionnement des organes de concertation et de coordination sur les politiques sectorielles y compris la mise en place des sous-comités thématiques pour un meilleur suivi de la mise en œuvre du PNDS. A cet effet, chacun de ces comités devra disposer d'un règlement intérieur clair avec des cahiers de charge et les moyens de fonctionnement.

Au niveau décentralisé, des organes de coordination sectorielle régionaux et préfectoraux seront mis en place conformément aux orientations du Dispositif institutionnel de coordination, de suivi et de l'évaluation des politiques de développement (DIPD). Un appui substantiel sera octroyé à ces structures du niveau opérationnel pour l'organisation logistique des réunions de concertation entre toutes les parties prenantes. Celles-ci se tiendront lors des ateliers d'élaboration des plans d'action opérationnels annuels (PAO) et de suivi conjoint des performances des formations sanitaires.

La collaboration intra et intersectorielle ainsi que la coordination des actions des différents acteurs notamment les Partenaires Techniques et Financiers (PTF), les Organisations de la Société Civile (OSC), le secteur privé de la santé et les communautés seront renforcées en vue de garantir la cohérence, la synergie et la complémentarité nécessaires de leurs actions avec celles de l'Etat.

Du point de vue intra sectoriel, il s'agira de mettre en place un mécanisme de partage d'information au sein de chaque niveau et entre les différents niveaux du système de santé.

Sur le plan inter sectoriel, il importe surtout de s'assurer de l'implication et de la participation des acteurs des autres secteurs de développement à la résolution de certains problèmes de santé qui ont un caractère multisectoriel, ou dont les causes sous-jacentes relèvent des autres secteurs, à travers la mise en place des cadres de collaboration fonctionnels. Ainsi, les groupes de travail inter sectoriels suivants seront mis en place : santé-environnement, santé-eau-assainissement, santé-élevage, santé-nutrition, santé-urgences et catastrophes, santé-éducation/enseignement, santé-protection sociale, santé-service de santé des armées, santé-transport, santé-commerce, etc.

✓ **Stratégie 1.2 : Développement de l'approche contractuelle**

Pour répondre de manière adéquate aux besoins de santé de plus en plus croissants et contribuer à l'atteinte des objectifs d'amélioration de la santé de la population, l'accent sera mis sur le développement d'un partenariat entre les différents intervenants du secteur. Cela suppose une définition claire des interactions et interrelations entre ces différents intervenants ainsi que des rôles, fonctions et obligations contractuelles des parties. Dans cette perspective, l'actualisation, et la mise en œuvre de la politique nationale d'approche contractuelle, qui fixe le cadre de collaboration entre parties prenantes devient un enjeu majeur. Ainsi, il s'agira de : (i) documenter et capitaliser les expériences d'approche contractuelle en cours dans le pays, (ii) créer un environnement juridique et institutionnel approprié à l'expression du partenariat et des relations contractuelles ; (iii) renforcer les capacités du ministère de la santé dans la promotion et le suivi de l'approche contractuelle ; (iv) favoriser les conventions avec les sociétés privées pour la mobilisation des financements innovants et capter leurs

participations dans la mise en œuvre du PNDS ; (v) renforcer la pérennité de l'offre de soins du sous-secteur privé par la mise en place de l'approche contractuelle avec l'Etat.

✓ **Stratégie 1.3 : Amélioration du cadre législatif et réglementaire du secteur**

L'amélioration du cadre législatif et réglementaire du secteur impliquera la mise en place ou la poursuite des réformes engagées au cours de la mise en œuvre des PNDS précédents, la révision de certains textes existants et/ou l'élaboration de nouveaux textes pour assurer un fonctionnement optimal du système de santé adapté. Ces réformes porteront entre autres sur : (i) le financement basé sur les résultats (FBR), (ii) la réforme de la formation et de la gestion des ressources humaines pour la santé y compris des mesures de fidélisation du personnel qualifié en zone rurale, (iii) la couverture sanitaire universelle en santé, (iv) l'achèvement de la mise en application du nouveau cadre organique en l'adaptant aux réalités du secteur, (v) les mesures de gratuité de certains soins pour les enfants de moins de 5 ans et de subvention de la césarienne, (vi) la réforme hospitalière, (vii) la réforme du secteur pharmaceutique y compris la restructuration de la CAMEG, (viii) le développement du partenariat avec le secteur privé dans l'offre des soins et services de santé au travers de la contractualisation, (ix) la mise en place des mécanismes de l'inspection et de contrôle, (x) la participation communautaire ; (xi) la réforme du SNIS, etc.

Dans ce contexte, le cadre juridique sera amélioré par l'élaboration des textes d'application manquants relatifs à la loi portant code de la santé publique en particulier dans les domaines suivants : la régulation du secteur privé de soins, les produits pharmaceutiques, la médecine traditionnelle, l'hygiène et assainissement du milieu. Il s'agira également d'élaborer et de diffuser le manuel intégré de procédures de gestion prenant en compte les directives de la comptabilité publique et les procédures spécifiques de gestion des fonds provenant d'autres sources de financement, notamment les fonds de recouvrement de coûts, le financement des PTF. Ceci facilitera le suivi et l'application des mesures disciplinaires. Le cadre juridique ci-dessus évoqué visera à corriger les pratiques illicites à tous les niveaux de la pyramide sanitaire.

Pour compléter ce dispositif, un système d'assurance qualité verra également le jour pour ce qui concerne les prestations de soins et services de santé. Ceci nécessitera l'accréditation des prestataires privés et un renforcement des organes de régulation existant, tels que les ordres professionnels, l'autorité nationale de régulation pharmaceutique, etc.

✓ **Stratégie 1.4 : Amélioration de la transparence et de la redevabilité**

Pour ce qui concerne la transparence, il s'agira de développer des mécanismes d'expression libre des bénéficiaires (lignes vertes téléphoniques, boîtes à suggestions, enquêtes d'opinion) et d'instaurer des mesures incitatives pour les suggestions pertinentes. Par ailleurs, une gestion participative s'appuyant sur les organes formels de gestion, sera promue à tous les niveaux de la pyramide, afin de renforcer la transparence du processus de gestion.

La redevabilité quant à elle sera assurée à travers un renforcement des cadres de résultats (revues et évaluations conjointes des performances) et des missions d'audit et de contrôle à tous les niveaux de la pyramide sanitaire. Ces contrôles et audits seront menés tant dans le domaine des prestations de services (audit des décès par exemple) que dans celui de la gestion administrative et financière. Au terme de ces missions d'audits et de contrôles, l'application des mesures tant positives que négatives sera renforcée à tous les niveaux de la pyramide sanitaire ; de même que la mise en œuvre des recommandations.

Par ailleurs, les responsables de tous les niveaux de la pyramide sanitaire seront encouragés à développer et à mettre en œuvre des mécanismes de contrôle interne afin que ceux-ci s'enracinent dans la culture managériale.

✓ **Stratégie 1.5 : Renforcement du lien logique entre la planification stratégique, l'allocation, et le suivi de l'exécution du budget**

Afin de garantir une allocation efficiente des ressources dans le secteur, il est impératif de renforcer le lien logique entre les différentes opérations de planification stratégique, de programmation, d'allocation et de suivi de l'exécution du budget. Pour ce faire, il faudra renforcer la planification opérationnelle à tous les niveaux, assurer la cohérence et l'ancrage des budgets prévus dans les plans opérationnels à celui du PNDS, et développer un système d'information et de suivi de l'exécution budgétaire.

Il s'agira dans cette stratégie de renforcer les capacités opérationnelles des acteurs des services centraux et déconcentrés (districts sanitaires et hôpitaux autonomes) en matière de monitoring des activités sanitaires, d'élaboration des plans d'action budgétisés, d'élaboration des rapports de performance.

✓ **Stratégie 1.6 : Renforcement de la déconcentration et la décentralisation dans le secteur**

Le processus de déconcentration/décentralisation dans le secteur sera renforcé pour consolider la responsabilité des acteurs à tous les niveaux du système de santé. Cette stratégie portera sur trois aspects : (i) une décentralisation administrative renforçant le pouvoir de décision et d'action des régions et districts sanitaires en matière de construction, d'équipement, d'entretien et de gestion des formations sanitaires (le cadre réglementaire sera amélioré par l'élaboration des textes pour éclaircir les points insuffisamment définis comme la composition et le mandat de l'équipe cadre de région – ECR, l'équipe cadre de district – ECD, les COGES et les organes de gestion des structures autonomes) ; (ii) une décentralisation financière et matérielle permettant d'orienter davantage les ressources vers les niveaux opérationnels ; (iii) une décentralisation de la gestion des ressources humaines (recrutement et redéploiement de personnels). Certaines des mesures à mettre en place sont détaillées dans la composante relative au développement des ressources humaines en santé (RHS).

Il sera aussi question pour le niveau central et régional d'apporter un appui institutionnel nécessaire au renforcement du système de santé du district conformément aux directives et orientations du cadre conceptuel du district sanitaire préconisées par l'OMS.

Ce processus de décentralisation du système de santé se fera en lien avec la décentralisation territoriale¹ à travers des actions comme le renforcement des capacités des élus locaux en gouvernance sanitaire locale, la planification et la mobilisation des ressources locales pour la santé, l'élaboration de protocole entre l'union des associations des collectivités locales et le ministère de la santé pour la prise en compte des déterminants sociaux de la santé dans les politiques et programmes de développement local.

✓ **Stratégie 1.7 : Renforcement de la participation communautaire au développement sanitaire**

La mise en œuvre de cette stratégie comprendra des actions inscrites dans le plan stratégique des interventions à base communautaire (IBC) 2016-2020 dans le cadre de la mise en œuvre de la politique nationale des IBC, telles que : (i) la redynamisation des COGES, (ii) le renforcement de l'engagement et la participation communautaire dans les interventions en soins de santé (gouvernance, planification, prestation, auto surveillance, motivation pérenne des ASC) et les expériences de financement basé sur la performance (PBF communautaire), (iii) l'amélioration des interactions entre les services de santé et les communautés desservies, (iv) le développement des mécanismes de partage mutuel d'informations notamment avec les organes de développement à la base (comités de santé, eau, agriculture) et les OSC.

2) Amélioration du financement de la santé

Afin de garantir de façon durable l'accès de tous à des services essentiels de santé de qualité, le pays s'est engagé depuis 2013 à développer et à mettre en œuvre une Stratégie nationale de financement de la santé vers la couverture sanitaire universelle (SNFS-CSU). Les actions prises avec le soutien des PTF comprennent : (i) la sensibilisation des parties prenantes aux concepts clés de la CSU, (ii) la constitution d'une base factuelle solide en support de développement de cette stratégie à travers la réalisation d'études complémentaires (étude sur les financements innovants pour la santé, revue et analyse du système de financement de la santé au Togo, évaluation de la subvention de la césarienne, étude sur les comptes nationaux de santé), (ii) la rédaction d'une ébauche de la stratégie nationale de financement de la santé.

L'aboutissement de ce processus permettra de disposer au cours de l'année 2017, d'une stratégie nationale de financement de la santé en cohérence avec la politique nationale de protection sociale en cours d'actualisation sous le leadership du Gouvernement.

En tenant compte des préoccupations identifiées en matière de fonctionnement du système de financement de la santé au Togo, la SNFS-CSU sera axée sur le développement des trois fonctions du financement de la santé (collecte des fonds, mise en commun et achat des prestations) définies par la Banque Mondiale et l'OMS pour s'acheminer vers la CSU. Elle s'articulera autour de stratégies et mesures suivantes :

✓ **Stratégie 2.1 : Rationalisation et renforcement des mécanismes du financement de la santé**

Le cadre institutionnel du financement de la santé sera renforcé. Pour ce faire, les textes portant sur les responsabilités des structures techniques en charge de la gestion des fonctions du financement de la santé seront élaborés. Il s'agira de renforcer le cadrage budgétaire pour garantir une allocation équitable des fonds disponibles entre les différents niveaux de façon à optimiser les bénéfices pour la santé. A cet effet, un effort dans la redéfinition des subventions d'exploitation sur l'activité des formations sanitaires est nécessaire.

Pour s'assurer que les districts sanitaires reçoivent les ressources nécessaires pour réaliser les améliorations attendues, il conviendrait de baser la définition des budgets des niveaux intermédiaire et périphérique sur des critères d'allocation liés aux besoins (comme la taille de la population ciblée, la charge de morbidité, le taux de

¹ Conformément à la Loi n° 2007-011 du 13 mars 2007 Portant décentralisation et liberté locale qui confère aux collectivités locales (commune, préfecture et région) des domaines de compétences, dont la santé.

pauvreté, les infrastructures et équipements existants, le niveau d'utilisation, la qualité des indicateurs fournis, etc.), tout en renforçant la transparence et la reddition de compte.

Il s'agira également de restructurer le mécanisme actuel de paiement « à l'acte » et envisager un mécanisme plus efficient adapté au contexte du pays tel que le paiement hybride¹, le paiement à la performance, le paiement à l'épisode, le prix de la journée avec définition du contenu, le paiement par capitation². Ces mécanismes de paiement semblent prometteurs et appropriés en ce sens qu'ils devraient inciter les prestataires de soins à porter une plus grande attention aux coûts et à la qualité de soins.

Enfin, la gouvernance financière sera renforcée à travers différentes mesures telles que : (i) le développement d'un système national d'information comptable et financière par la production régulière des comptes de la santé; (ii) la maîtrise de la gestion des financements au niveau de l'administration sanitaire (maîtrise des procédures de l'Etat et des PTF, renforcement des capacités en gestion financière, en élaboration et exécution du budget aux différents niveaux du système de santé) ; (iii) l'amélioration de la redevabilité et de la transparence (renforcement du suivi, du contrôle et d'audits internes et externes de la gestion des ressources matérielles et financières, lutte contre la corruption).

✓ **Stratégie 2.2 : Amélioration des capacités d'absorption des ressources accordées au Ministère en charge de la santé**

Dans un contexte de contraintes budgétaires (rareté de ressources) et en parallèle des besoins et défis de plus en plus importants, il est impératif d'améliorer la capacité d'absorption des crédits alloués au Ministère de la santé. Ceci concernera en particulier les crédits d'investissement de l'Etat et les ressources mises à disposition dans le cadre de signature de conventions dont les taux d'exécution ont été les plus faibles. Pour ce faire, une attention sera portée sur un suivi rigoureux de l'exécution des budgets et un rapportage régulier et fiable de l'utilisation des allocations par centre budgétaire. L'introduction d'un mécanisme de consultation périodique de suivi de l'exécution du budget (trimestrielle par exemple) et d'un système de rappel périodique systématique à l'attention des responsables de centres budgétaires complètera ce dispositif.

✓ **Stratégie 2.3 : Renforcement de la mobilisation des ressources financières pour la santé**

Il s'agit dans cette stratégie de mettre en place une plateforme de dialogue financier sectoriel (interne au sein du ministère de la santé et entre le ministère de la santé et toutes les parties prenantes). Cette plateforme servira au renforcement du plaidoyer pour : (i) une allocation plus importante du budget national en faveur de la santé, l'objectif étant de porter la part du budget de l'Etat consacré à la santé à au moins 12% sur toute la durée de mise en œuvre du PNDS; (ii) l'identification des opportunités de financement additionnelles aux niveaux national (y compris partenariat public-privé) et extérieur en parallèle avec l'amélioration de la gestion du recouvrement des coûts dans les formations sanitaires.

La possibilité de mobiliser des ressources domestiques destinées au secteur de la santé par l'introduction de mécanismes de financement innovants a été documentée à travers l'étude portant sur l'exploration du potentiel de mobilisation des ressources domestiques cité plus haut. Cette étude a permis d'identifier des pistes potentiellement intéressantes et faisables pour le Togo. Les résultats de l'étude seront inclus dans les travaux à venir sur le volet « collecte de fonds » de la future stratégie de financement. Le choix définitif de mécanismes et l'affectation des ressources additionnelles potentielles nécessiteront une réflexion plus approfondie avec les ministères en charge de l'Economie, des Finances, de la planification et les autres institutions impliquées dans la mobilisation des ressources.

L'amélioration du cadre de dialogue politique sectoriel avec les PTF devrait faciliter l'harmonisation des procédures des partenaires extérieurs ainsi que leur alignement sur les priorités nationales. Elle pourrait également faciliter la mise en place d'un Fonds Commun d'appui au PNDS détaillé dans la stratégie suivante.

✓ **Stratégie 2.4 : Mise en commun des fonds**

La mise en commun des fonds est une autre fonction clé du financement de la santé et un outil important de gestion de l'aide au développement dans le secteur. A cet effet, un Fonds d'appui au développement sanitaire (FADS) sera mis en place avec l'appui des partenaires du secteur dans la perspective d'un panier commun pour le financement du PNDS.

L'arrimage aux principes de la Déclaration de Paris sera renforcé. Pour y parvenir, un dialogue sera entrepris avec les partenaires du secteur à travers les approches projets pour les inciter à rejoindre le FADS. Un deuxième niveau de plaidoyer sera fait pour qu'au sein du FADS, les fonds fongibles soient privilégiés (aux fonds ciblés) ; car ils sont plus adaptés pour la réalisation de l'ODD 3 qui nécessite une approche holistique.

¹On parle d'un système de paiement hybride quand, dans une structure de soins ou dans un système de santé, on utilise deux ou plusieurs modes de paiement de façon simultanée pour le paiement des prestations.

²Mécanisme de paiement consistant à payer un forfait au prestataire non pas par cas de maladie mais par personne couverte par le système d'assurance durant une période déterminée

Enfin, un nouveau COMPACT national autour de la mise en œuvre du PNDS sera signé entre le Gouvernement et les PTF pour assurer une meilleure cohérence de l'aide au développement destiné au secteur de la santé ainsi qu'une meilleure prévisibilité des financements externes. Le Compact précisera entre autres : (i) les modalités de suivi et évaluation des engagements des parties signataires, (ii) les réformes que le gouvernement devra engager pour créer les conditions d'un passage à l'appui budgétaire sectoriel pour les partenaires au développement qui le peuvent.

✓ **Stratégie 2.5 : Amélioration de l'efficience des dépenses publiques de santé**

Les efforts relatifs à l'augmentation des ressources pour la santé ne suffiront pas à elles seules s'ils ne sont pas combinés à la recherche d'une efficience dans l'utilisation de ces ressources. Il s'agira in fine de « produire plus de santé avec les ressources existantes » conformément à la Déclaration de Tunis sur l'optimisation des ressources, la soutenabilité et la redevabilité dans le secteur de la santé.

A cet effet, des actions visant à inciter à une plus grande performance économique (en terme d'efficacité administrative et d'efficience) seront mises en œuvre notamment : (i) la définition des indicateurs pertinents pour suivre l'impact des mécanismes de paiement des prestataires sur la quantité, la qualité, et l'efficience des prestations ; (ii) la mise en place de modalités de tarification adéquates (analyse des coûts des prestations, révision des modalités d'acquisition et de tarification des biens et services dans les secteurs public et privé partenaire) ; (iii) l'introduction du FBR, approche reconnue pour son potentiel à améliorer la performance des systèmes de santé, de la qualité des soins et de la productivité ; (iv) le respect de la carte sanitaire pour éviter par exemple l'implantation des structures de santé les unes à côté des autres sans gain réel en termes de couverture sanitaire.

D'autres mesures relatives à la prescription médicale seront utilisées, telles que : la généralisation de l'utilisation des ordigrammes et protocoles thérapeutiques, la promotion et l'utilisation systématique des médicaments essentiels et génériques dans un cadre général de maîtrise des dépenses de soins.

✓ **Stratégie 2.6 : Développement de mécanismes de partage du risque maladie**

Afin de réduire les paiements directs et le poids des dépenses de santé sur les ménages, des mécanismes de partage du risque maladie seront développés ; l'objectif ici étant de réduire le paiement direct des ménages de moitié (de 43% à 21,9%) sur la période de mise en œuvre du PNDS 2017-2022.

Il s'agira de promouvoir des approches de protection des risques financiers sur la base des mécanismes assuranciers existants notamment, l'assurance maladie pour les travailleurs du secteur public et son extension pour couvrir graduellement les populations de tous les secteurs (privés formel et informel, populations vulnérables et indigents). A cet effet, le cadre institutionnel de gestion du système du partage du risque maladie sera renforcé et une stratégie de mise en place de la couverture santé universelle sera développée en collaboration avec les autres départements ministériels concernés en particulier le ministère en charge de la protection sociale.

3) Renforcement des Ressources Humaines en Santé (RHS)

Les initiatives menées actuellement par les pouvoirs publics en faveur d'un soutien aux ressources humaines Les initiatives menées actuellement par les pouvoirs publics en faveur d'un soutien aux ressources humaines en santé (RHS) avec l'appui des PTF¹ devraient à terme permettre au Togo de progresser dans l'amélioration de la situation sanitaire. Parmi les mesures déjà prises on peut citer : (i) la déconcentration de la formation à travers l'implantation d'écoles paramédicales en dehors de Lomé ; (ii) le recrutement « régionalisé » de personnel de santé en vue d'accroître l'accès aux personnels de santé dans les zones rurales ou reculées. Toutefois, les RHS restent insuffisantes surtout dans les zones rurales et celles difficiles d'accès. La gestion de ces personnels n'est pas optimale. De plus, la qualité de la formation initiale et continue reste à améliorer. L'élaboration d'un nouveau plan quinquennal de développement des ressources humaines (PDRH 2016-2020) vise à combler les lacunes relevées ci-dessus. Le PDRH s'articule autour de quatre stratégies présentées ci-dessous.

✓ **Stratégie 3.1 : Amélioration de la dotation des structures de santé en RHS**

La dotation selon les normes des structures sanitaires en RHS est une condition sine qua non d'atteinte des résultats du PNDS. Cette stratégie sera concrétisée par (i) l'actualisation et la mise en œuvre du plan de

¹ L'AFD a apporté un appui au ministère de la santé sur la question des RHS à travers le projet PAGRHSM sur la période 2011-2015; ce projet visait à : (i) améliorer la qualité, la disponibilité et la gestion des ressources humaines en Santé ; (iii) assurer l'accessibilité à des médicaments essentiels de qualité sur l'ensemble du territoire. Bien que ce projet touche trois domaines d'activités, celui des ressources humaines reste la composante majeure. Dans ce domaine, L'OMS a soutenu aussi la création d'une base analytique pour la planification stratégique et le développement des RHS. Ainsi, un ensemble d'analyses et travaux portant sur cette question a déjà été effectué. Il a fourni une base pour l'élaboration du nouveau PDGRH 2016-2020.

formation continue ; (ii) la mise en œuvre du plan pluriannuel de recrutement du personnel de santé ; (iii) l'ouverture de nouvelles filières de licence en fonction des besoins telles que l'anesthésie réanimation, l'aide laboratoire, l'instrumentation chirurgicale et l'ophtalmologie ; (iv) la formation de plus de spécialistes médicaux. Il faudra pour cela, renforcer les partenariats et la collaboration avec les autres départements ministériels plus spécifiquement les ministères chargés de l'enseignement supérieur, de la fonction publique et des finances, afin de tirer parti de la contribution de tous à cet effort d'adéquation des RHS.

✓ **Stratégie 3.2 : Amélioration de la répartition des RHS en faveur des zones déficitaires**

Il s'agira de procéder à : (i) la capitalisation de l'approche régionalisée du recrutement des RHS ; (ii) la création d'un cadre légal de la gestion de la mobilité et de fidélisation du personnel ; (iii) la mise en place des mesures incitatives en faveur des personnels exerçant en zones difficiles d'accès ; (iv) au renforcement du partenariat public privé pour la promotion de l'installation des médecins dans les zones de faible couverture sanitaire.

✓ **Stratégie 3.3 : Amélioration de la qualité des RHS**

Cette stratégie sera mise en œuvre à travers un renforcement des connaissances des bénéficiaires sur le système de soins et services et le développement d'un système d'accréditation des institutions de formation et des sites de stage des personnels de la santé en conformité avec les orientations de l'OOAS.

✓ **Stratégie 3.4 : Renforcement de la gouvernance et le leadership des structures chargées de la gestion des RHS**

L'amélioration de la gestion rationnelle des RHS est un autre impératif pour l'atteinte des objectifs cibles du PNDS. Pour y parvenir, des mesures seront prises portant entre autres sur : (i) l'amélioration du cadre institutionnel de la gestion des ressources humaines en santé ; (ii) le renforcement des capacités de gestion des RH au niveau central, régional et district ; (iii) le renforcement du système d'information des RHS ; (iv) la mise en place d'un cadre de dialogue social pour la prévention des conflits sociaux ; (v) la mise en œuvre d'un système d'évaluation du personnel conformément à l'approche de Gestion Axée sur les Résultats et au nouveau système d'évaluation prévu par le nouveau statut général de la fonction publique et son décret d'application ; (iv) le renforcement des capacités managériales des institutions de formation.

✓ **Stratégie 3.5 : Moralisation du secteur et lutte contre les pratiques professionnelles déviantes dans les établissements de soins**

Le ministère de la santé mènera un certain nombre d'actions pour mieux informer les usagers des établissements de soins sur leurs droits et obligations et mettra en parallèle un programme de lutte contre les comportements déviantes dans les formations sanitaires qui s'articulera autour des interventions suivantes : (i) renforcement des actions d'information et de transparence (mise en place des procédés d'écoute des doléances et plaintes des usagers des établissements de soins, campagnes de sensibilisation du grand public sur les droits et les obligations du citoyen à l'égard des établissements, création des comités locaux de transparence au sein des hôpitaux, etc.), (ii) vulgarisation et facilitation de l'accès à l'information du citoyen au niveau des établissements de soins.

4) Développement d'une offre de services et soins de santé facile d'accès et de qualité sur l'ensemble du territoire

Dans ce domaine, il s'agira d'améliorer l'accès aux soins de santé préventifs et curatifs de qualité pour les populations, particulièrement celles vivant en zones rurales isolées et les plus vulnérables. Pour ce faire, quatre stratégies de mise en œuvre ont été identifiées.

✓ **Stratégie 4.1 : Rapprochement de l'offre de soins des communautés**

Cette stratégie passe par plusieurs actions parmi lesquelles on peut citer : (i) le renforcement de l'offre en stratégies avancées et d'autres stratégies novatrices de fourniture de services essentiels de santé aux populations des zones éloignées ou difficiles d'accès à travers par exemple des cliniques mobiles et l'organisation des campagnes foraines de consultations et de soins spécialisés ; (ii) la mise à échelle des interventions à base communautaire selon la politique nationale ; l'objectif ici étant de porter la couverture des villages situés à plus de 5 kilomètres d'une formation sanitaire en agents de santé communautaire (ASC) formés sur le paquet intégré et dotés d'intrants requis à hauteur de 90% pour permettre aux familles éloignées des formations sanitaires d'avoir accès aux soins préventifs et curatifs essentiels ; (iii) la construction/réhabilitation/extension et équipement des infrastructures sanitaires en particulier au niveau opérationnel et en adéquation avec la carte sanitaire.

Par ailleurs, d'autres mesures seront mises en œuvre, notamment une présence plus fréquente du personnel de santé au sein des communautés dans le cadre de la supervision des activités menées ou appuyées par les ASC et les relais communautaires tels que les médiateurs, les pairs éducateurs, les groupes de soutien, etc.,

le renforcement du plaidoyer auprès des ministères concernés pour le désenclavement des zones difficiles d'accès par la construction des pistes rurales.

✓ **Stratégie 4.2 : Développement d'un système d'assurance qualité en milieu de soins**

Pour ce faire, les normes et procédures d'assurance de qualité de soins et services de santé seront définies pour les services publics, privés et communautaires. Ces normes serviront de base pour l'évaluation de la qualité des services et soins de santé et pour l'accréditation des structures de santé. L'accent sera mis sur le monitoring régulier pour l'analyse des performances des formations sanitaires y compris l'évaluation de leur productivité et la levée des goulots d'étranglement.

Les autres actions prioritaires à mener dans ce domaine sont entre autres : l'évaluation de la pratique de soins, la formation et la sensibilisation des professionnels de la santé, la vulgarisation de la charte des patients et l'organisation des cercles de qualité dans toutes les formations sanitaires. Pour cela, la Direction des Etablissements de Soins et de Réadaptation (DESR) sera dotée de moyens suffisants pour le suivi et le contrôle de cette activité.

Dans ce cadre d'amélioration de la qualité des soins, une attention sera portée sur des interventions telles que : (i) la poursuite du renforcement des capacités du personnel technique sur l'utilisation des ordinogrammes et protocoles thérapeutiques standards y compris le suivi de leur application effective ; (ii) le renforcement des supervisions actives et formatives (encadrement adéquat des personnels de santé et ASC) ; (iii) la mise en place du dossier médical électronique et la télémédecine et (iv) le développement d'un système de maintenance (préventive et curative) des équipements medicotechniques en prenant en compte une externalisation des activités de maintenance.

✓ **Stratégie 4.3 : Opérationnalisation du système de référence et contre référence**

L'opérationnalisation du système de référence et contre référence se fera en capitalisant les expériences menées au niveau de certaines régions sanitaires à travers la production et l'utilisation des outils de référence et de contre référence ainsi que la mise en place de la logistique et des procédures de transfert des patients en vue d'assurer la continuité de soins à tous les niveaux de la pyramide sanitaire y compris les établissements privés de soins.

✓ **Stratégie 4.4 : Promotion de l'utilisation de services**

Cette stratégie sera mise en œuvre à travers : (i) le développement de la communication avec la population sur les services de soins des formations sanitaires et les paquets de services offerts notamment l'amélioration de l'accueil, l'organisation des journées portes ouvertes, les émissions sur les radios locales, la distribution de prospectus, la mise en place de points d'informations et d'accompagnement dans les établissements de soins ; (ii) la facilitation de l'accès des personnes couvertes par l'assurance maladie et les mutuelles de santé aux services et soins de santé en renforçant la collaboration avec les institutions de prépaiement.

5) Amélioration de la disponibilité des médicaments et autres produits de santé de qualité

Pour cette composante, quatre stratégies seront mises en œuvre en lien avec les constats majeurs relevés dans l'analyse de la situation.

✓ **Stratégie 5.1 : Renforcement de la chaîne d'approvisionnement et de distribution des médicaments**

L'opérationnalisation complète du système national d'approvisionnement pharmaceutique (SNAP)¹ mis en place par le ministère de la santé en 2014 sera prioritaire afin de garantir la disponibilité des médicaments essentiels et génériques (MEG) de qualité dans les formations sanitaires et au niveau communautaire.

Il s'agira, à travers cette stratégie, de renforcer l'appui à la CAMEG Togo pour l'achèvement du processus de restructuration engagé en vue d'assurer un rôle central en matière d'approvisionnement pharmaceutique dans le secteur public et de mise en œuvre de la stratégie nationale de promotion des médicaments essentiels et génériques. Parmi les réformes entreprises et qui devront être consolidées telles que décrites dans le plan stratégique (PS) 2016-2020 de la CAMEG, on peut noter: (i) l'augmentation du fonds de roulement (FdR) afin d'améliorer le pouvoir d'achat de la Centrale et permettre un approvisionnement adapté, (ii) la mise en œuvre d'une démarche d'assurance qualité pharmaceutique, (iii) la mise en place d'un nouvel organigramme qui a induit un plan social afin de rationaliser ses effectifs, (iv) la définition d'un nouveau modèle de gestion des médicaments.

¹ cf. Arrêté 022/2014/MS/Cab/SG/DPLET

Sur l'ensemble de la chaîne de distribution, aussi bien la CAMEG Togo que les formations sanitaires doivent être renforcées en capacités de stockage sans oublier la chaîne de froid, en dotant particulièrement les districts de dépôts pharmaceutiques répartiteurs. Cette stratégie doit s'intégrer dans l'harmonisation des circuits de distribution des produits de santé du recouvrement de coûts et des produits subventionnés (vaccins, VIH, paludisme, tuberculose, PF, MTN, césarienne, etc.), avec un accent sur : (i) la maîtrise de la consommation des MEG par le renforcement du processus de gestion des médicaments (estimation des besoins, rythme des commandes, circuit d'achat et d'approvisionnement, supervision et contrôle) ; (ii) l'intégration des données du médicament dans le SNIS pour améliorer le suivi de la gestion du médicament.

Enfin, il sera mis sur pied une politique de développement et de promotion des industries pharmaceutiques locales, de la médecine et de la pharmacopée traditionnelles (renforcement de la Division de la médecine traditionnelle, mise en place d'un cadre fonctionnel de collaboration et de concertation entre le ministère et les associations des praticiens de médecine traditionnelle).

✓ **Stratégie 5.2 : Renforcement des mécanismes d'assurance qualité**

En matière de contrôle de qualité des médicaments, il faut souligner que des investissements importants ont été consentis pour se conformer aux standards de qualité internationaux. Parmi les mesures prises, on peut citer : (i) la création du Laboratoire national de contrôle qualité des médicaments (LNCQM) ; (ii) l'élaboration de textes d'application du volet médicament de la loi portant code de la santé publique, (iii) le renforcement du système des agréments pour les structures pharmaceutiques, (iv) la mise en place d'un comité d'experts pour l'évaluation des médicaments et la Commission Nationale d'Enregistrement des Médicaments.

Il s'agira durant la période de mise en œuvre de ce nouveau plan stratégique de rendre fonctionnel le laboratoire national de contrôle de qualité des médicaments à travers notamment l'adoption des textes institutionnels en vue de son démarrage, la dotation de ressources humaines et moyens logistiques requis.

Afin d'assurer la qualité des médicaments à leur admission, le processus de sélection des fournisseurs sera renforcé en mettant un accent sur les critères de sélection des fournisseurs d'une part, et de qualité et de pré-qualification des médicaments à acquérir d'autre part.

Par ailleurs, la lutte contre les médicaments de qualité inférieure/falsifiés et la vente illicite des médicaments sera intensifiée à travers (i) un renforcement des capacités technique et logistique des services de contrôle et d'inspection de la Direction de la pharmacie, du médiateur et des laboratoires (DPML), (ii) une meilleure collaboration avec les autres parties prenantes telles que les forces de l'ordre, les services de douanes, la justice, la société civile (associations des consommateurs).

Enfin, le système national de pharmacovigilance sera renforcé à travers la sensibilisation et la formation des acteurs, l'opérationnalisation du système de notification, d'imputabilité et de prise de décision.

✓ **Stratégie 5.3 : Promotion de l'usage rationnel des médicaments essentiels génériques (MEG) de qualité**

Afin de favoriser une utilisation rationnelle des médicaments, les capacités des prescripteurs et les connaissances des populations seront renforcées. La prescription et l'utilisation de médicaments essentiels sous leur forme générique sera privilégiée. Les professionnels de la santé seront sensibilisés et formés à la prescription sous Dénomination Commune Internationale (DCI) et au respect des ordinogrammes et protocoles thérapeutiques nationaux. Dans la vision de l'accès universel aux soins de santé, la prescription et le remboursement des médicaments sous leur forme générique sera encouragée. La promotion des médicaments sera davantage régulée.

Par ailleurs, le contrôle de qualité des médicaments génériques sera particulièrement renforcé pour leur meilleure crédibilité auprès des prescripteurs et des bénéficiaires.

Enfin, des mesures seront prises pour réduire les coûts des médicaments et ainsi faciliter leur accessibilité financière aux populations.

6) Renforcement de la disponibilité des produits sanguins labiles (PSL) sécurisés dans les formations sanitaires

Pour remédier aux besoins non satisfaits du sang et ses dérivés encore très élevés, le Ministère de la Santé mettra en œuvre une série de mesures pour accroître la disponibilité des produits sanguins labiles (PSL) sécurisés dans les structures de soins en vue de réduire la mortalité maternelle et infantile et de prévenir les infections par le VIH/SIDA et les hépatites.

✓ **Stratégie 6.1 : Renforcement du cadre réglementaire et institutionnel de la transfusion sanguine**

Il s'agira surtout de la mise en application des dispositions de la Loi sur la transfusion sanguine intégrée au code de la santé de 2009 et du Décret¹ organisant les établissements de transfusion sanguine au Togo.

Pour faire face aux nombreux défis dans le domaine de la transfusion, il est nécessaire d'élaborer une politique nationale en matière de transfusion sanguine et un plan stratégique visant à garantir un système transfusionnel opérationnel et une couverture adéquate des besoins en PSL.

A cet effet, il sera mis en place un *Programme National de la Transfusion Sanguine* (PNTS) au sein de la DPML pour la mise en œuvre et le suivi évaluation du plan stratégique. L'organisation du système transfusionnel sera complétée par la création d'un Centre Régional de Transfusion Sanguine (CRTS) à Dapaong pour desservir la région des savanes.

Par ailleurs, afin d'assurer une coordination optimale à tous les niveaux de la pyramide sanitaire, un comité national et des comités régionaux de transfusion sanguine seront mis en place pour accompagner le PNTS.

Enfin, le Ministère de la Santé renforcera sa collaboration et les partenariats avec les OSC (Croix Rouge Togolaise et autres ONG impliquées) ainsi que, les institutions de formation et les PTF afin de garantir un dispositif de collecte efficace de sang et la pérennité du financement du programme.

✓ **Stratégie 6.2 : Renforcement des capacités de production et de distribution**

Cette stratégie sera mise en œuvre à travers des mesures telles que (i) l'amélioration des capacités opérationnelles des Centre régionaux de transfusion sanguine (Lomé et Sokodé) et des six postes de collecte et de distribution de sang existants à travers le pays en terme de disponibilité de compétences appropriées, de fournitures d'intrants essentiels requis et d'application des bonnes pratiques de sécurité transfusionnelle; ii) la construction d'un troisième centre de transfusion dans la région des Savanes pour mieux répondre aux besoins et demandes de la population sur l'ensemble du territoire ; iii) la mise en place de banques de sang dans tous les hôpitaux de référence publics et privés.

En outre, des mesures seront prises pour améliorer l'usage rationnel du sang et des dérivés sanguins, la maintenance préventive des équipements biomédicaux, la maîtrise de la traçabilité de la transfusion sanguine, la communication, la mobilisation et la fidélisation des donneurs bénévoles.

✓ **Stratégie 6.3 : Réduction des barrières financières d'accès au sang**

Cette stratégie vise à garantir l'accès des populations vulnérables aux soins d'urgence notamment pour la cible mère et enfant à travers l'instauration des prix forfaitaires accessibles aux populations pauvres voir la gratuité de sang. Cette amélioration de l'accessibilité financière devra être soutenue par une mobilisation de fonds nécessaires de compensation pour garantir le fonctionnement optimal des établissements de transfusion sanguin.

Pour ce faire, des mesures seront prises telles que : i) l'amélioration du dialogue politique interne au niveau ministère de la Santé et avec les ministères concernés pour accroître de façon significative la ligne budgétaire dédiée à la transfusion sanguine répondant ainsi à la nécessité de réduire considérablement les besoins non couverts en PSL; ii) le plaidoyer pour la mise en place d'initiatives pérennes de subvention/gratuité de sang ou de dispositifs de prépaiement en faveur des populations les plus pauvres et des populations vulnérables (par exemple l'introduction du kit de transfusion sanguine dans la subvention de la césarienne tout en améliorant la gestion de celle-ci; l'inclusion de la transfusion sanguine dans les prestations sur le fonds d'indigence, etc.).

7) Renforcement des capacités du secteur de la biologie médicale pour améliorer la qualité de l'offre de services

En matière de renforcement des laboratoires, la stratégie va consister à mieux coordonner les différents appuis au secteur en vue d'asseoir un système performant de gestion des laboratoires de biologie médicale pour leur permettre de jouer pleinement leurs rôles d'aide au diagnostic. Pendant la durée de mise en œuvre du plan, l'accent sera mis sur les stratégies suivantes :

✓ **Stratégie 7.1 : Mise en place du cadre juridique et réglementaire de l'exercice de la biologie médicale**

La mise en œuvre de cette stratégie passera par l'élaboration des textes encadrant la pratique de la biologie médicale dont ceux relatifs (i) aux conditions d'exercice dans le secteur privé et de la biologie délocalisée, (ii) à la Procréation Médicalement Assistée, (iii) à la désignation des Laboratoires Nationaux de Référence, (iv) à la définition d'une tarification harmonisée des actes de biologie par niveau de soins, (v) à la mise en place du

¹ DECRET N°2007-047/PR du 05 avril 2007 portant organisation des établissements de transfusion sanguine au Togo.

processus de contrôle et d'homologation des Dispositifs Médicaux de Diagnostic In Vitro (DMDIV), (vi) et à la mise en place de la Commission Nationale de Biologie Médicale.

✓ **Stratégie 7.2 : Mise en place d'un système de management de la qualité dans les laboratoires**

L'accent sera mis sur : (i) la mise en place d'un système national de Management de la Qualité (MQ) basé sur la norme ISO 15189 avec des pôles de référence pour chaque spécialité qui assurera les contrôles de qualité dans les différents laboratoires tant publics que privés, (ii) l'inscription de la plupart des laboratoires à l'Évaluation Externe de la Qualité (EEQ), (iii) la mise sur pied de la Commission Nationale de Biologie Médicale, (iv) la mise en réseau à des fins de sous-traitance, de participation à la gestion des maladies à potentiel épidémique, de la surveillance épidémiologique, de partenariat public-privé et de transfert de compétences, (v) l'organisation des supervisions normatives et formatives des laboratoires avec les outils SLIPTA et LQSI de l'OMS en vue de relever les écarts dans les laboratoires intermédiaires et périphériques et apporter des actions correctives, (vi) la mise en place de système standardisé et informatisé de gestion interne des données, et l'élaboration d'outil standardisé de collecte de données, (vii) la mise en place d'un processus d'analyse régulière des données recueillies pour des implications de décisions de santé publique, (viii) la mise en place des mesures relatives à la biosécurité et bio-sûreté dans les laboratoires de biologie médicale conformément à la norme ISO 15190.

✓ **Stratégie 7.3 : Amélioration des infrastructures et équipements biomédicaux**

Un accent sera mis sur le développement des ressources humaines de haut niveau et la formation en des spécialités d'appui au secteur (Management de la qualité, métrologie, ingénierie biomédicale...). Concernant les infrastructures et l'acquisition des équipements biomédicaux, la démarche stratégique consistera à : (i) la définition de plateau technique par niveau de soins et par type de laboratoires avec les actes minimum à réaliser, (ii) contrôle et qualification des équipements biomédicaux en don ou en achat conformément à la composition des équipements définis par niveau de soins, (iii) la définition d'un plan d'approvisionnement des réactifs et consommables par des représentants agréés par le Ministère en charge de la santé, (iv) l'élaboration et la mise en œuvre d'un plan national de maintenance et d'amortissement des équipements biomédicaux, et (v) la redéfinition des plans directeurs de conception des locaux conformes aux principes de la biosécurité et bio-sûreté.

8) Renforcement du système d'information sanitaire (SNIS) et développement de la recherche en santé

Dans ce domaine, il s'agira surtout d'assurer la disponibilité en temps réel d'information sanitaire de qualité pour une prise de décision basée sur les évidences aux différents niveaux de la pyramide sanitaire. Pour y parvenir deux stratégies de mise en œuvre sont proposées.

✓ **Stratégie 8.1 : Accélération de la réforme du SNIS**

La mise en œuvre de cette stratégie comprendra des actions relatives à : (i) l'actualisation des outils de gestion du SNIS en vue de réduire leur fragmentation et multiplication actuellement observées sur le terrain (harmonisation des indicateurs et révision des outils de collecte de l'information) ; (ii) le renforcement de l'informatisation du SNIS par la mise à échelle de la plateforme DHIS2 (District Health Information Software) suite à l'expérience pilote menée dans huit districts d'information sanitaire; (iii) la mise à jour du plan stratégique de renforcement du SNIS 2013-2017 afin d'adresser les problèmes inhérents au SNIS qui ont été identifiés lors de l'analyse de la situation ; l'objectif étant de disposer à terme d'un système intégré d'information pour la gestion globale de la connaissance ; (iv) la promotion de la cybersanté à travers l'utilisation des technologies de l'information et de la communication (TIC) pour soutenir l'offre de soins, améliorer la rapidité et la précision des rapports sur la santé publique et faciliter le contrôle et la surveillance des maladies (télémédecine, mobile health et gestion électronique des dossiers patients).

D'autres mesures seront prises comme le renforcement des capacités de gestion du SNIS à tous les niveaux par la formation en gestion de données, saisie, analyse et utilisation de l'information pour la prise de décision et l'action ainsi que leur dotation d'outils techniques et de procédures ; le contrôle et l'audit systématiques des données sanitaires à différentes étapes pour s'assurer de leur fiabilité et de leur qualité ; le développement d'un observatoire national de santé pour rendre les informations accessibles à toutes les parties prenantes ; la production régulière des rapports annuels sur la situation sanitaire ainsi que leur diffusion ; le renforcement de la collaboration avec l'Institut National de la Statistique, des Etudes Economiques et Démographiques (INSEED) dans un cadre multisectoriel de développement de l'information au niveau national.

✓ **Stratégie 8.2 : Promotion de la recherche en santé**

La prise de décisions s'appuiera sur les données probantes de qualité à travers le développement de la recherche en santé avec un accent particulier sur la recherche opérationnelle visant à prouver l'efficacité de stratégies innovantes ainsi que la promotion de la cybersanté.

La promotion de la recherche opérationnelle en santé passera par l'amélioration des capacités institutionnelles dans les domaines de la régulation, de la coordination et de la vulgarisation des produits de la recherche conformément à la Déclaration d'Alger sur la recherche en santé (2008). De plus, les capacités des acteurs en matière de recherche en santé, surtout ceux du niveau opérationnel, devront également être améliorées.

Les mécanismes de financement pérenne de la recherche en santé devront être mis en place. Les priorités en matière de recherche en santé seront centrées sur : les maladies infectieuses, les cancers, les maladies cardiovasculaires, les maladies nutritionnelles, les maladies professionnelles et accidents de travail, et le système de santé¹.

1.5.5.3. Hypothèses

L'efficacité de la mise en œuvre de l'axe stratégique 5 conditionne l'atteinte des résultats d'impacts présentés dans les précédents axes. Pour une réelle efficacité des interventions liées au renforcement du système de santé togolais, des mesures et réformes seront mises en œuvre, telles que i) la mise en place d'une cellule de coordination des interventions de renforcement du système de santé fonctionnelle chargée d'animer, de promouvoir et de faciliter la mise en œuvre de l'axe 5 du PNDS ; ii) l'opérationnalisation des commissions thématiques autour des composantes RSS au sein du Comité sectoriel Santé et VIH/SIDA ; iii) la mobilisation effective d'une assistance technique en appui la mise en œuvre de l'axe 5 du PNDS sur la période de 2017-2018.

D'autres mesures et réformes transversales sont développées dans le chapitre relatif au cadre de mise en œuvre du PNDS.

1 Plan Stratégique National de la Recherche en Santé au Togo, 2015-2020

Chapitre 4 : Besoins en matière de ressources et d'information

Les besoins en ressources concernent les besoins indispensables pour l'atteinte des résultats d'effet de l'axe 5 (renforcement du système de santé vers la CSU, y compris le système de santé communautaire) du PNDS et les besoins additionnels pour atteindre les couvertures effectives en interventions essentielles retenues dans les quatre premiers axes. L'outil d'analyse utilisé pour l'estimation de ces besoins est le « *OneHealth* ».

4.1. Ressources humaines pour la santé

Les besoins en ressources humaines pour la santé ont été estimés sur la base de l'effectif disponible au 31 décembre 2015. Les projections des effectifs des RHS requis entre 2017 et 2022 sur la base de l'outil *OneHealth* montrent que le système de santé du Togo aura globalement besoins de 4 520 personnels additionnels en rapport avec le scénario retenu pour l'atteinte des résultats du PNDS. Ces estimations, pour l'ensemble des catégories de personnels nécessaires pour le fonctionnement du système de santé, sont présentées dans le tableau XV ci-dessous.

Tableau XV : Besoins en personnels additionnels

Catégorie professionnelle	Effectifs disponibles (2015)	Besoins en personnel						
		2017	2018	2019	2020	2021	2022	Total
Médecins généralistes	97	11	11	11	10	11	11	65
Médecins spécialistes	264	43	46	45	42	40	45	261
Chirurgiens-dentistes	18	4	3	4	4	3	4	22
Pharmaciens	17	11	10	11	11	10	11	64
Masters paramédicaux	47	4	5	4	4	5	4	26
Techniciens supérieurs de soins	396	42	44	44	41	38	35	244
Infirmiers diplômés d'Etat	827	101	93	78	87	74	72	505
Personnel de salubrité publique	378	98	102	105	107	100	93	605
Personnel de laboratoire	407	38	30	35	33	26	25	187
Psychologue de santé	19	1	1	1	0	1	0	4
personnel de réadaptation fonctionnelle	231	39	46	43	42	39	37	246
Auxiliaires en pharmacie	0	32	31	31	31	32	32	189
Sages-femmes d'Etat	412	24	25	24	25	25	24	147
Infirmiers auxiliaires d'Etat	514	71	93	78	87	84	72	485
Accoucheuses auxiliaires d'Etat	457	94	100	94	94	93	93	568
Personnel administratif cadre	1107	46	48	45	45	49	45	278
Personnel administratif de soutien	4970	92	91	92	92	91	92	550
Garde malade	88	12	13	12	12	13	12	74
Total	10 249	763	792	757	767	734	707	4 520

Pour chaque année, il faudra disposer en plus de l'effectif existant, en moyenne de 753 agents toutes catégories confondues pour prétendre atteindre les résultats escomptés. Pour les personnels traceurs, ces données montrent qu'il faudra recruter en moyenne par an 11 médecins généralistes, 45 médecins spécialistes, 11 pharmaciens, 84 infirmiers diplômés d'Etat et 25 sages-femmes.

Eu égard aux écarts que présente cette situation des besoins comparés à l'effectif existant sur la période du plan, des dispositions adéquates doivent être prises pour assurer la production et la mise à disposition de ces ressources humaines car l'absence de ces ressources constituerait un goulot pour évoluer vers l'atteinte des résultats d'effet et la couverture sanitaire universelle. Plus encore, la capacité des institutions de formation en santé devra être renforcée pour assurer la production de ce personnel nécessaire.

Pour ce faire, une action de plaidoyer doit être menée envers les parties prenantes (ministère de la fonction publique, ministère de l'économie et des finances, voire le gouvernement) impliquées dans le recrutement du personnel pour assurer la mise en œuvre effective des interventions.

4.2. Infrastructures, équipements, matériels et logistique

Pour atteindre la couverture sanitaire escomptée, il s'agira d'abord de rendre fonctionnelles certaines structures sanitaires existantes qui nécessitent des reconstructions, des réhabilitations ou des équipements additionnels (20 à 40% de ces structures). Par ailleurs, il sera nécessaire d'en construire de nouvelles dans les zones reculées en tenant compte de la carte sanitaire. La situation des besoins en construction et en réhabilitation est présentée dans le tableau ci-après.

Tableau XVI : Projection des besoins en infrastructures

Types d'établissements	2017	2018	2019	2020	2021	2022	Total
Nombre total d'établissement à réhabiliter							
Hôpital de District type 1	0	0	0	0	5	10	15
Hôpital de District type 2	0	0	0	0	2	5	7
USP1	0	36	38	48	53	87	262
USP2	0	28	36	39	44	66	213
CHR	0	0	0	0	3	3	6
CHU	0	0	0	0	0	3	3
Nombre total d'établissements à construire							
Hôpital de District type 1	0	0	1	5	7	7	20
Hôpital de District type 2	0	0	2	2	2	2	8
USP1	0	1	5	9	9	15	39
USP2	0	1	5	5	7	9	27
CHR	0	0	0	0	0	0	0
CHU	0	0	0	0	0	0	0

Pour ce qui concerne la logistique roulante (ambulances, véhicules, motos, vélos, etc.) en particulier, elle constitue un des leviers de la mise à échelle des prestations préventives, du renforcement de la référence et de la supervision par niveau.

Pour une amélioration de la disponibilité du sang sécurisé, des véhicules de collecte mobile de sang doivent être acquis au profit des centres de transfusion sanguine.

L'ensemble des besoins en logistiques nécessaires est retracé par le tableau suivant :

Tableau XVII : Projection des besoins en matériel roulant

Récapitulatif des véhicules	2 016	2 017	2 018	2 019	2 020	2 021	2 022
Ambulance	-	17	16	23	28	33	37
Véhicule de supervision	-	-	7	10	14	17	18
Camions	-	5	1	1	1	1	1

4.3. Médicaments, vaccins et produits médicaux

L'estimation des besoins en médicaments, vaccins et consommables essentiels a été faite en ciblant certains médicaments (ARV, antituberculeux, contraceptifs, produits de soins obstétricaux, néonataux et infanto-juvénile, vaccins, produits sanguins et produits de nutrition) et en se référant aux plans stratégiques des programmes concernés.

Ces besoins en médicaments et consommables essentiels ont été estimés en relation avec les niveaux de couverture en interventions essentielles à haut impact planifiées pour le PNDS. Les quantités nécessaires par médicament et consommables essentiels ainsi que leurs coûts figurent dans les tableaux de projection en annexes 3 et 4.

Le système d'approvisionnement, de stockage et de distribution doit garantir la disponibilité à différents niveaux de ces médicaments et consommables essentiels. Dans ce cadre, un processus a été enclenché par la DPML, la CAMEG et l'ensemble des districts sanitaires pour définir des paniers de médicaments et consommables essentiels traceurs par niveau de soins. Ce processus qui vient en complément des stratégies proposées pour améliorer la disponibilité et l'accès aux médicaments développées dans l'axe 5 du présent PNDS, nécessite d'être consolidé.

Dans le contexte de la réforme du système de santé, l'amélioration du système national d'approvisionnement pharmaceutique passera par la prise en compte et la maîtrise de la chaîne d'approvisionnement logistique en produits de santé. Afin d'atteindre cet objectif, il est indispensable de procéder à la mise en place d'une plateforme de coordination des interventions en rapport avec cette chaîne, tout en assurant la surveillance de tous les produits de santé par des vigilances appropriées.

4.4. Communication et informations

La mise en œuvre du PNDS s'appuiera essentiellement sur les types d'informations et de communication suivants :

4.4.1. L'information sanitaire y compris l'information gestionnaire

La production de l'information sanitaire y compris l'information gestionnaire consistera à fournir l'information stratégique de qualité sur les différents domaines programmatiques et financiers du PNDS. Dans ce cadre, la mise en place d'un système d'information sanitaire intégré des différents sous-systèmes y compris le sous-système d'enquêtes sanitaires périodiques est nécessaire. De même, la promotion du système d'Evaluation des Technologies de la Santé comme base pour la prise de décision doit être soutenue. Pour ce faire, plusieurs mesures sont détaillées dans le cadre de la réforme du Système National d'Information Sanitaire (SNIS) traitée dans l'axe 5 en vue de faire du SNIS, un outil performant de pilotage du développement sanitaire et un support à la promotion de la culture de gestion axée sur les résultats et de prise de décisions basées les évidences.

4.4.2. La communication pour le changement de comportement (CCC)

La communication pour le changement de comportement (CCC) représente un volet important de la mise en œuvre du PNDS. Dans le cadre du renforcement de la promotion de la santé, un plan stratégique intégré de promotion de la santé y compris la CCC sera développé et mis en œuvre afin d'éviter la fragmentation des actions de promotion de la santé. Les actions de CCC viseront à la fois : (i) l'adoption de comportements favorables à la santé, (ii) le renforcement de l'utilisation des services, (iii) l'implication effective des communautés au développement sanitaire.

4.4.3. La communication publique et le plaidoyer

Un plan sectoriel de communication pour le développement sanitaire qui prend en compte à la fois les besoins de communication interne et externe du Ministère de la Santé sera développé et mis en œuvre afin d'informer régulièrement la population sur le secteur (sa stratégie, ses réalisations ainsi que ses défis en termes de forces, faiblesses, opportunités et contraintes). Cette action visera à mobiliser l'ensemble des acteurs en faveur du développement du secteur y compris la mobilisation de ressources financières.

La mise en œuvre du plan sectoriel permettra également au Ministère de la Santé de renforcer les capacités techniques sur les processus de dialogue entre parties prenantes du secteur.

L'utilisation des Technologies de l'information et de la Communication (TIC) et la communication de proximité seront renforcées afin d'atteindre ces objectifs.

Chapitre 5 : Financement du PNDS 2017-2022

Ce chapitre présente le volume global du financement nécessaire pour la mise en œuvre du PNDS 2017-2022. Cette présentation des besoins financiers du PNDS comprend : i) l'évaluation des coûts des interventions à haut impact permettant de lever les goulots d'étranglements identifiés au cours de l'analyse de la situation du secteur en adéquation avec les ODD y compris une analyse du coût global en fonction des différents paramètres, ii) l'évaluation des capacités du pays à financer le PNDS à travers l'élaboration du Cadre de Dépenses à Moyen Terme (CDMT) sectoriel pour la période 2017-2019 et, iii) les sources potentielles de financement du plan.

5.1. Estimation des besoins financiers du PNDS 2017-2022

5.1.1. Coût global du PNDS

L'estimation des besoins réels de financement du PNDS 2017-2022 a été réalisée avec l'outil OneHealth. Cet outil permet d'estimer les coûts des interventions, en fonction des niveaux de leur mise à échelle en vue d'atteindre les objectifs fixés. Il permet également une estimation des impacts sur la santé.

Les paramètres suivants ont été déterminants pour l'estimation du coût global du PNDS : (i) les cibles annuelles de couvertures visées par chaque programme, service et système de santé pour la période 2017-2022 ; (ii) les coûts unitaires extraits des plans des différents programmes, ou estimés en utilisant la méthode qualitative (intuitive¹ et analogique²); (iii) les stratégies et les interventions prioritaires définies pour l'atteinte des objectifs sanitaires liés aux engagements internationaux et nationaux.

Le coût total du PNDS (2017-2022) est évalué à **674,148 milliards FCFA** soit un coût moyen annuel de **112,358 milliards FCFA**. Le coût par tête d'habitant est estimé à **9 153 FCFA** en 2017 et s'établira à **16 927 FCFA** en 2022, soit un taux d'accroissement annuel moyen de 9,18%.

En comparaison au financement du CDMT 2012-2014, ce montant correspond à un accroissement de 18%.

En considérant la figure 5 ci-dessous, on note une progression des besoins de financement de la santé sur la période 2017-2022.

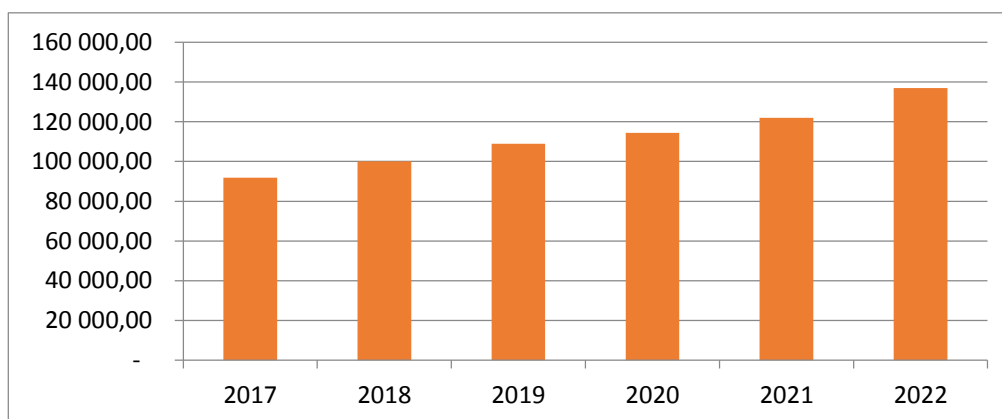


Figure 5 : Evolution du coût du PNDS

Source : Développement de l'application OneHealth

5.1.2. Analyse du coût global du PNDS

En fonction des paramètres énumérés ci-dessus, l'outil OneHealth a permis de désagréger le coût global du PNDS par (i) axe stratégique; (ii) par sous axes ou programmes, (iii) par mode de prestation, (iv) par catégorie de dépenses et niveau de système de santé.

¹La méthode intuitive est basée sur l'expérience de l'estimateur.

²La méthode analogique permet d'évaluer le coût unitaire d'une activité par comparaison avec les activités qui ont déjà été réalisées et dont les coûts sont connus.

5.1.2.1. Coût par axe du PNDS 2017-2022

La répartition du budget selon les axes du PNDS est présentée dans le tableau ci-dessous :

Tableau XVIII : Répartition du budget par axe stratégique en millions de FCFA

Budget par axe du PNDS	2017	2018	2019	2020	2021	2022	Total
Axe1: Accélération de la réduction de la mortalité maternelle, néonatale et infantile et renforcement de la planification familiale et de la santé des adolescents	23 087	24 293	25 324	26 354	27 456	28 452	154 965
Axe2: Renforcement de la lutte contre les maladies transmissibles	12 907	14 077	14 781	16 492	17 482	19 095	94 834
Axe3: Amélioration de la sécurité sanitaire et la réponse aux épidémies et autres urgences de santé publique	6 478	7 143	7 936	8 375	8 977	10 357	49 266
Axe4: Renforcement de la lutte contre les maladies non transmissibles et la promotion de la santé	5 811	6 155	6 527	6 679	7 018	7 694	39 883
Axe5: Renforcement du système de santé vers la CSU y compris la santé communautaire	43 500	48 418	54 338	56 594	60 996	71 355	335 202
Total	91 782	100 085	108 906	114 493	121 928	136 954	674 149

L'analyse du tableau montre que le financement de l'axe 5 : *Renforcement du système de santé vers la CSU y compris la santé communautaire* représente quasiment la moitié du budget global, soit 49,72%. Ceci est compatible avec le caractère transversal et de soutien de cet axe aux autres axes d'actions.

La figure ci-dessous présente la répartition du budget par axe stratégique du PNDS

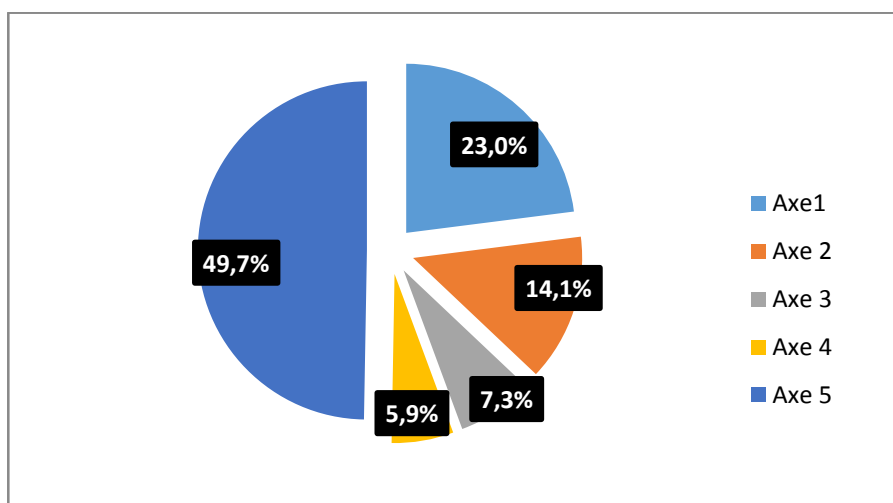


Figure 6 : Répartition du budget du PNDS par axe stratégique

Source : Développement de l'application OneHealth

5.1.2.2. Coût par sous-axe du PNDS 2017-2022

Tableau XIX : Présentation du coût par sous axes du PNDS (en millions de FCFA)

Axes	Sous axes	2 017	2 018	2 019	2 020	2 021	2 022	Total
Axe1: Accélération de la réduction de la mortalité maternelle, néonatale et infantile et renforcement de la planification familiale et de la santé des adolescents	Amélioration de la santé maternelle	1 430,4	1 606,0	1 772,4	1 926,8	2 096,6	2 232,9	11 065,3
	Amélioration de la santé infantile	12 471,9	12 997,1	13 513,4	14 017,0	14 528,4	15 008,6	82 536,5
	Amélioration de la santé des jeunes et adolescents	2 730,8	2 973,5	3 161,7	3 358,7	3 615,1	3 868,7	19 708,4
	Renforcement de la Planification Familiale	3 446,9	3 559,7	3 679,4	3 801,7	3 948,7	4 073,4	22 509,8
	Promotion des bonnes pratiques nutritionnelles	893,1	1 081,0	1 151,6	1 215,7	1 231,4	1 261,5	6 834,2
	Renforcement du PEV	1 986,8	1 947,9	1 897,5	1 834,4	1 798,5	1 729,1	11 194,2
	Promotion des pratiques familiales essentielles	126,6	127,3	147,8	199,3	237,2	278,0	1 116,2
Axe2: Renforcement de la lutte contre les maladies transmissibles	Lutte contre le Paludisme	7 821,8	8 121,3	8 401,9	8 933,5	9 179,4	10 014,2	52 472,1
	Lutte contre la tuberculose	1 269,3	1 329,4	1 390,2	1 440,2	1 522,5	1 569,3	8 521,0
	Lutte contre le VIH	3 086,7	3 860,3	4 209,1	5 020,5	5 671,7	6 297,4	28 145,6
	Lutte contre les MTN	729,3	765,8	779,9	1 098,3	1 107,9	1 214,4	5 695,5
Axe3: Amélioration de la sécurité sanitaire et la réponse aux épidémies et autres urgences de santé publique	Prévention et contrôle de l'infection	3 252,0	3 306,7	3 330,2	3 349,5	3 429,8	3 497,1	20 165,2
	Renforcement de la Surveillance épidémiologique	2 558,8	2 848,1	3 196,4	3 329,0	3 588,0	4 197,4	19 717,8
Axe4: Renforcement de la lutte contre les maladies non transmissibles et la promotion de la santé	Réduction des facteurs de risques liés aux MNT	430,6	469,7	512,8	576,2	618,4	681,3	3 289,1
	Prise en charge des MNT	625,4	671,0	722,2	808,4	854,9	936,9	4 618,8
	Promotion de la santé	5 422,2	6 001,9	6 701,1	6 990,4	7 503,5	8 738,6	41 357,6
Axe5: Renforcement du système de santé vers la CSU y compris la santé communautaire	Développement des Ressources humaines pour la santé	14 234,3	14 686,4	15 131,4	15 575,2	16 027,6	14 637,0	90 291,9
	Accessibilité géographique aux soins de santé de qualité	16 626,8	20 732,1	25 878,1	27 239,4	30 837,9	41 910,8	163 225,1
	Renforcement du système logistique	123,9	123,9	123,9	184,2	184,2	446,7	1 186,9
	Renforcement du système	3 064,9	3 146,1	3 181,3	3 274,9	3 320,2	3 422,1	19 409,4

Axes	Sous axes	2 017	2 018	2 019	2 020	2 021	2 022	Total
	d'information sanitaire							
	Financement de la santé	9 401,0	9 668,0	9 943,0	10 226,3	10 516,9	10 815,8	60 571,0
	Renforcement de la Gouvernance et du pilotage du système de santé	49,1	61,7	80,6	93,7	109,4	123,0	517,5
	Total	91 782,5	100 084,9	108 905,8	114 493,4	121 928,4	136 954,1	674 149,0

5.1.2.3. Coût par mode de prestation

Le graphique ci-dessous présente le niveau de financement nécessaire pour la mise en œuvre des interventions du PNDS selon les différents modes de prestations.

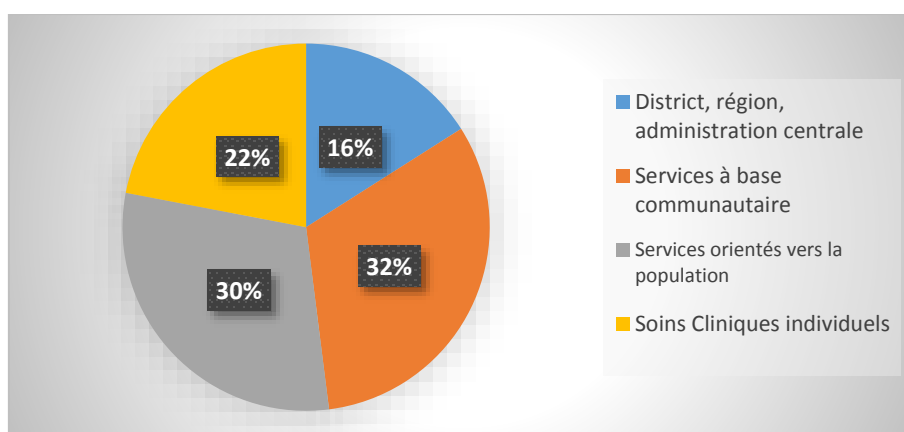


Figure 7 : Coût du PNDS par mode de prestation

Source : Développement de l'application OneHealth

L'analyse du graphique montre que les services à base communautaire et les services orientés vers la population représentent 62% du financement nécessaire ; les soins cliniques individuels représentent 22% alors que la gestion ou l'administration du système représente 16%.

5.1.2.4. Coût par catégorie de dépenses

Le tableau ci-dessous présente les affectations budgétaires du PNDS 2017 – 2022 par catégorie de dépenses.

Tableau XX : Répartition du budget par catégorie budgétaire (en millions de FCFA)

Budget par catégorie de dépense	2017	2018	2019	2020	2021	2022	Total
Investissements	18 346,1	23 160,4	29 158,3	30 740,3	34 836,4	48 014,3	184 255,9
Equipements et matériels	5 724,0	7 226,1	9 097,4	9 591,0	10 868,9	14 980,5	57 487,8
Infrastructures	10 879,3	13 734,1	17 290,9	18 229,0	20 658,0	28 472,5	109 263,8
Maintenance	1 742,9	2 200,2	2 770,0	2 920,3	3 309,5	4 561,4	17 504,3
Fonctionnement	73 436,3	76 924,5	79 747,4	83 753,0	87 092,1	88 939,8	489 893,1
Fonctionnement courant	22 364,4	22 941,5	23 336,2	24 780,5	25 581,5	27 149,7	146 153,8
Médicaments et intrants essentiels	33 573,0	35 425,4	37 252,8	39 072,9	40 914,8	42 737,6	228 976,4
Personnel	17 499,0	18 557,5	19 158,4	19 899,6	20 595,8	19 052,5	114 762,8
Renforcements des capacités	752,7	1 279,5	1 356,8	1 575,8	1 739,7	1 832,5	8 537,1
Rémunérations et autres avantages	16 746,2	17 278,1	17 801,6	18 323,8	18 856,0	17 220,0	106 225,7
Grand total	91 782,5	100 084,9	108 905,8	114 493,4	121 928,4	136 954,1	674 149,0

En considérant le tableau ci-dessus, 72,7% du budget est alloué au fonctionnement dont 47% aux Médicaments et intrants essentiels et 23% aux dépenses de personnel ; 27,3% aux dépenses d'investissements.

5.1.2.5. Coût par catégorie et par niveau du système de santé

L'analyse du tableau ci-dessous montre que 52,6% du budget est orienté vers le niveau périphérique ; 26,3% vers le niveau central et 21,1% au niveau intermédiaire.

Tableau XXI : Coût par catégorie et par niveau du système de santé

Budget par catégorie	Niveau Central	Niveau Intermédiaire	Niveau Périphérique	Total
Investissements	48 459,3	38 878,0	96 918,6	184 255,9
Equipements et matériels	15 119,3	12 129,9	30 238,6	57 487,8
Infrastructures	28 736,4	23 054,7	57 472,7	109 263,8
Maintenance	4 603,6	3 693,4	9 207,3	17 504,3
Fonctionnement	128 841,9	103 367,4	257 683,8	489 893,1
Fonctionnement courant	38 438,5	30 838,5	76 876,9	146 153,8
Médicaments et intrants essentiels	60 220,8	48 314,0	120 441,6	228 976,4
Personnel	30 182,6	24 215,0	60 365,2	114 762,8
Renforcements des capacités	2 245,3	1 801,3	4 490,5	8 537,1
Rémunérations et autres avantages	27 937,4	22 413,6	55 874,7	106 225,7
Grand total	177 301,2	142 245,4	354 602,4	674 149,0

5.2. Scénarii de financement du PNDS : CDMT 2017 – 2019

Le financement du PNDS sera soutenu par deux (2) cadres de dépenses à moyen terme (CDMT) triennaux glissants dont le premier a été élaboré pour couvrir la période 2017-2019. C'est ainsi que pour évaluer les capacités du pays à financer le PNDS, le CDMT sectoriel pour la période 2017-2019, présente trois scénarii de l'espace budgétaire pour la santé.

Cette présentation en trois scénarii fournit un instrument de dialogue entre le Ministère de la Santé et ses partenaires gouvernementaux (en particulier le Ministère des Finances) et internationaux (les PTF du secteur), sur la base des résultats pouvant être attendus en fonction des ressources potentiellement mobilisables. Ceci permet ainsi au Gouvernement et à ses partenaires de négocier les meilleurs choix du financement du secteur de la santé en tenant compte : (i) des résultats potentiels en termes d'amélioration des indicateurs de santé, (ii) du niveau des ressources mobilisées et (iii) de la capacité de création d'un espace budgétaire plus ou moins large.

5.2.1. Hypothèses pour l'élaboration des scénarii de financement du CDMT

Les hypothèses utilisées pour les trois scénarii sont basées d'une part sur des projections de l'évolution des agrégats macroéconomiques (ressources de l'Etat) tels que la croissance économique, d'autre part sur les engagements pris au niveau international (la réalisation des ODD) et la volonté de réduire la contribution directe des ménages et la dépendance du pays vis-à-vis de l'aide extérieure affectée à la santé.

Scénario de base : Il est considéré comme une situation de référence où les agrégats macroéconomiques sont à un niveau relativement faible. (Tableau n°XXII).

Tableau XXII : Ratio dépenses de santé (Scénario de base)

Ratio dépenses de santé	2017	2018	2019
Taux de croissance du PIB (en %)	5,10	5,18	5,26
Dépenses publiques de santé (en milliards de FCFA)	39,31	40,67	42,07
Budget Etat alloué à la santé (en %)	6,07	6,09	6,11
Apport global des Partenaires/ Ressources externes de santé en % de DTS (%)	9,13	9,46	9,81
Paiements directs des ménages en % de DTS (%)	41,5	41,4	41,3

Scénario moyen : Ce deuxième scénario dit scénario moyen est défini dans ce CDMT comme étant la situation pendant laquelle, la production intérieure brute est améliorée. Il correspond à une évolution relative des agrégats macroéconomiques et du budget alloué au Ministère de la Santé.

Tableau XXIII : Ratio dépenses de santé (Scénario moyen)

Ratio dépenses de santé	2017	2018	2019
Taux de croissance du PIB (en %)	5,10	5,38	5,66
Dépenses publiques de santé (en milliards de FCFA)	43,12	47,25	51,37
Budget Etat alloué à la santé (en %)	6,07	6,12	6,17
Apport global des Partenaires/ Ressources externes de santé en % de DTS (%)	6,07	8,76	7,79
Paiements directs des ménages en % de DTS (%)	41,5	40,3	39,1

Scénario accéléré : Il constitue le scénario idéal permettant d'ici 2030 d'atteindre les ODD dans le secteur de la santé (réduction du taux de mortalité maternelle jusqu'à 70 pour 100.000 naissances vivantes). Ce troisième scénario plus optimiste que les deux précédents prévoit une croissance économique plus forte, une hausse conséquente des ressources de l'Etat allouées à la santé (tableau XXIV).

Tableau XXIV : Ratio dépenses de santé (Scénario accéléré)

Ratio dépenses de santé	2017	2018	2019
Taux de croissance du PIB (en %)	5,30	5,40	5,86
Dépenses publiques de santé (en milliards de FCFA)	48,37	57,63	65,59
Budget Etat alloué à la santé (en %)	6,13	7,5	8,93
Apport global des Partenaires/ Ressources externes de santé en % de DTS (%)	9,13	7,90	7,72
Paiements directs des ménages en % de DTS (%)	41,5	39,5	32,3

5.2.2. Estimation des coûts et des résultats d'impact par scénario

Le tableau XXV ci-dessous présentant les estimations des résultats d'impact attendus en lien avec les projections de financement permet une analyse comparative de ces trois scénarii

Tableau XXV : Estimation des résultats d'impact attendus en lien avec les projections de financement

	Unité	Baseline	Scénario de base	Scénario moyen	Scénario accéléré
Projections de financement selon le scénario (CDMT 2017-2019)	Milliards FCFA		272,739	283,721	300,776
Impacts					
Mortalité maternelle	p100.000 naissances vivantes	401,00	336,29	289,14	259,14
Mortalité néonatale	p.1 000 naissances vivantes	27,00	26,14	24,00	20,57
Mortalité infanto-juvénile	p.1 000 naissances vivantes	88,01	68,29	65,29	61,01
<i>Vies sauvées</i>	Nombre		23 988	33 870	40 096

L'analyse montre que le scénario accéléré constitue le scénario idéal permettant d'ici à 2030 d'atteindre les ODD dans le secteur de la santé (par exemple une réduction du taux de mortalité maternelle jusqu'à 70 pour 100 000 naissances vivantes). En d'autres termes, le choix du scénario accéléré pour le financement du PNDS permettra de sauver 1 120 vies de mères et 23 529 vies d'enfants supplémentaires sur la période du PNDS, soit au total 40.096 vies sauvées à travers la mise en œuvre des axes stratégiques retenus.

Par contre, à financement constant (scénario de base) ou selon le scénario moyen, il n'en sera pas de même pour ce qui concerne l'atteinte des cibles ODD d'ici à 2030. En effet, le scénario moyen permettra d'amorcer une réduction des taux de mortalité maternelle, néonatale et infanto-juvénile mais de manière insuffisante pour

atteindre les cibles du PNDS. Avec le scénario de base, on est encore très loin des objectifs du PNDS d'ici à 2022.

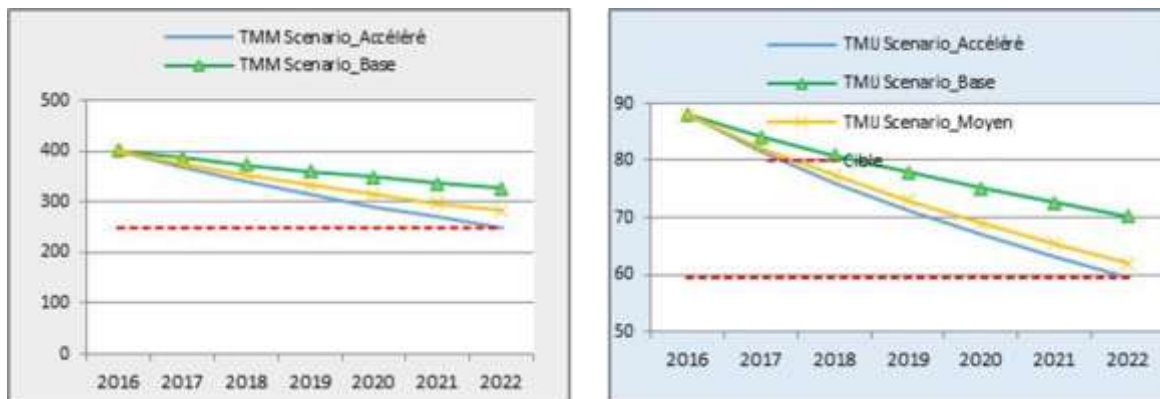


Figure 8 : Evolution des taux de mortalité maternelle (TMM) et infanto-juvénile (TMIJ) selon les trois scénarii

Source : Développement de l'application OneHealth

La comparaison du coût total du PNDS et des ressources mobilisables par scénario (figure n°9) indique qu'avec le scénario de base et le scénario moyen, il sera impossible de financer la mise en œuvre du PNDS. Pour y parvenir le Gouvernement et ses partenaires devront s'engager à la réalisation des conditions du scénario accéléré. Cela exige les engagements suivants :

- une augmentation sensible du budget de l'Etat alloué à la santé pour atteindre 12%, ce qui correspond à 7,0%, 8,0%, 9,0%, 10,0%, 11,0% et 12,0% respectivement en 2017, 2018, 2019, 2020, 2021 et 2022 ;
- une diminution progressive de la dépendance extérieure du financement de la santé ;
- une amélioration de la gestion des recettes des formations sanitaires ;
- une réduction de moitié des dépenses directes de santé des ménages (de 48% à 21,9%) grâce au développement d'un système de couverture du risque financier lié à la maladie.

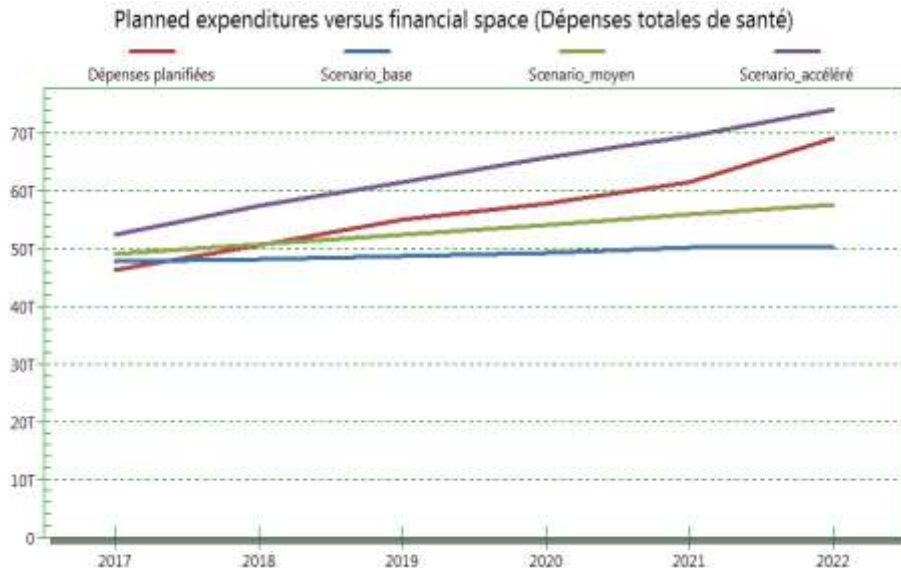


Figure 9 : Dépenses planifiées versus espace fiscal (Dépenses publique générales en santé)

Source : Développement de l'application OneHealth

5.3. Sources potentielles de financement du PNDS

Le financement dans le secteur de la santé sera essentiellement le fait de l'Etat, des partenaires au développement et des populations.

Les ressources nécessaires à l'atteinte des objectifs fixés dans le PNDS se présenteraient par source de financement comme ci-après :

Tableau XXVI : Sources potentielles de financement du PNDS en millions de francs CFA

Sources/Année	2017	2018	2019	2020	2021	2022
Etat	42 908,6	47 790,8	53 091,9	56 960,8	61 879,0	70 874,1
Partenaires	17 567,2	18 765,7	19 820,6	20 494,0	21 763,9	24 719,8
Recouvrement de cout	30 664,5	32 577,6	34 686,5	35 378,5	36 212,7	38 689,5
Collectivités locales	642,5	950,8	1 306,9	1 660,2	2 072,8	2 670,6
Total	91 782,75	100 084,9	108 905,80	114 493,40	121 928,40	136 954,10

Selon le rapport d'évaluation du PNDS 2012-2015, la contribution de l'Etat togolais est estimée à 34,7% du financement global, les partenaires techniques et financiers 43,80% et les recettes issues des formations sanitaires à 21,5%. La contribution nominale de chaque source de financement augmente d'un scénario à un autre. Cependant en termes de proportion, on s'attend à une augmentation annuelle de la part de l'Etat, une réduction de la part des recettes des formations sanitaires et à une diminution en proportion de la contribution des partenaires.

Le tableau suivant donne une estimation de la contribution en valeur et en pourcentage de chaque source de financement par scénario (en millions de FCFA).

Tableau XXVII : Contribution en valeur et en % par source de financement

Sources/Année	2017		2018		2019		2020		2021		2022	
	Valeur	%	Valeur	%	Valeur	%	Valeur	%	Valeur	%	Valeur	%
Etat	42 908,6	46,8	47 790,8	47,8	53 091,9	48,8	56 960,8	49,8	61 879,0	50,8	70 874,1	51,8
Partenaires	17 567,2	19,1	18 765,7	18,7	19 820,6	18,2	20 494,0	17,9	21 763,9	17,8	24 719,8	18,0
Recouvrement de coût	30 664,5	33,4	32 577,6	32,6	34 686,5	31,9	35 378,5	30,9	36 212,7	29,7	38 689,5	28,3
Collectivités locales	642,5	0,7	950,8	1,0	1 306,9	1,2	1 660,2	1,5	2 072,8	1,7	2 670,6	2,0
Total	91 782,75	100	100 084,9	100	108 905,8	100	114 493,4	100	121 928,4	100	136 954,1	100

S'appuyant sur les leçons apprises de l'évaluation du PNDS 2012-2015, le dispositif institutionnel envisagé vise une construction progressive mais efficace de l'approche sectorielle qui permettra à terme de (i) renforcer davantage le leadership du Ministère de la Santé, (ii) consolider la coordination technique à tous les niveaux de la pyramide sanitaire, (iii) raffermir le partenariat et une mobilisation coordonnée des ressources en faveur du PNDS.

6.1. Principes directeurs

Les principes directeurs qui vont guider la mise en œuvre du PNDS et la répartition des rôles des différents acteurs sont précisés ci-dessous :

- l'option stratégique du district sanitaire (avec les trois échelons : communautaire, USP et HD) comme seule unité opérationnelle de planification et de mise en œuvre des SSP dans le respect des principes d'intégration, de continuité, de globalité des soins centrés sur la personne ;
- la décentralisation administrative et financière effective dans le respect des attributions et missions de chaque niveau de la pyramide sanitaire ;
- la mobilisation et l'allocation des ressources suffisantes et leur utilisation efficace pour une prestation intégrée des services de santé essentiels permettant de réaliser l'accès universel ; la collaboration intersectorielle impliquant l'institutionnalisation de l'action intersectorielle coordonnée afin d'améliorer les déterminants de la santé ;
- l'harmonisation et alignement de l'aide pour garantir que le budget de l'état alloué à la santé et les flux de l'aide internationale sont alignés sur les priorités du PNDS et utiliseront les mécanismes de gestion consensuels mis en place par le Gouvernement ;
- la responsabilité mutuelle pour les résultats à travers le renforcement des cadres conjoints de suivi et évaluation des résultats du PNDS.

6.2. Cadre institutionnel de mise en œuvre

La mise en œuvre du PNDS 2017-2022 et la coordination des interventions relèvent des organes des administrations nationales, régionales et locales appuyées par les dispositifs institutionnels de pilotage et de coordination du secteur de la santé. Ces organes de coordination veilleront à ce que les Organisations et Associations de la société civile, les acteurs du secteur privé de la santé et les PTF soient impliqués à tous les niveaux en vue d'une prise de décision concertée sur l'ensemble des questions de santé.

Au niveau central, le Secrétariat Technique de l'organe de coordination du secteur de la santé sera élargi aux autres sous-comités multisectoriels existants dans le secteur (CCM, CCIA, etc.) et aux commissions thématiques pour plus d'efficacité et de cohérence.

En dehors de l'organe central de coordination du secteur de la santé, l'administration et la coordination opérationnelle de la mise en œuvre du PNDS seront assurées par le **Secrétariat Permanent du PNDS (SP/PNDS)**. Il sera rattaché au Secrétariat Général du Ministère de la Santé et doté de moyens humains et matériels conséquents. Un Arrêté du Ministre en charge de la santé précisera la nouvelle composition de cet organe, ses missions, ses attributions et son fonctionnement.

Au niveau intermédiaire et opérationnel, il sera mis en place des organes régionaux et préfectoraux de coordination du secteur de la santé (les textes équivalents à ceux de l'organe central pour le niveau régional et préfectoral seront pris à cet effet) en vue de garantir l'effectivité de l'approche sectorielle, de la transparence et de la participation de tous les acteurs du développement sanitaire de mise en œuvre du PNDS.

Le secrétariat technique des organes régionaux et préfectoraux sera assuré par les Equipes cadres des directions régionales et préfectorales de la santé. Les réunions multisectorielles de validation des PAO et de suivi évaluation des performances de sa mise en œuvre au niveau local seront présidées par le Préfet.

6.3. Responsabilités dans la mise en œuvre du PNDS 2017-2022

6.3.1. Rôle du Gouvernement

Le Gouvernement est responsable de la réalisation des objectifs du présent PNDS. Le PNDS a été adopté en Conseil des Ministres le 8 février 2017 et sa mise en œuvre sera assurée par le Ministère de la Santé. Le Gouvernement mobilisera les ressources internes et externes nécessaires à la mise en œuvre du PNDS.

Le Ministère de la Santé assurera la gestion des ressources mises à sa disposition pour la réalisation des objectifs du plan en liaison avec le Ministère de l'Economie et des Finances, le Ministère de la Planification du Développement, les partenaires techniques et financiers, la société civile et le secteur privé.

Le Ministre de la Santé informera annuellement le Gouvernement de l'évolution de la mise en œuvre du PNDS sur la base du rapport annuel de performance du secteur ou du rapport du Comité Sectoriel Santé/VIH.

6.3.2. Rôle des différents niveaux de la pyramide sanitaire

Le PNDS 2017-2022 sera mis en œuvre aux trois niveaux du système national de santé selon les attributions de chacun d'eux suivants :

Le niveau central de l'administration sanitaire va, en plus de la finalisation de la réforme en cours (élaboration/actualisation des politiques, stratégies, textes réglementaires et normes) assurer l'encadrement des régions et districts sanitaires dans leur rôle d'organisation des soins de santé primaires. Tout ceci implique la mise en place d'une équipe cadre du niveau central, avec des compétences nécessaires dans la gestion des soins de santé primaires et au besoin avec l'expertise internationale sur la gestion axée sur les résultats, la négociation, la contractualisation, l'élaboration des stratégies sectorielles, la production de l'information stratégique et le suivi-évaluation des politiques, plans et stratégies.

Enfin, le niveau central assurera la mobilisation des financements extérieurs dans le cadre des initiatives globales de la santé.

Le niveau régional retrouvera son rôle primordial d'assurer un encadrement technique de proximité et logistique des districts sanitaires et services de santé à caractère régional (CHR, CRTS, CRAO) pour la mise en œuvre des orientations stratégiques définies par le niveau central. A cet effet, les directions régionales de la santé seront renforcées avec des équipes cadres répondant au profil des postes. Elles seront dotées de compétences en matière de planification, d'exécution, de suivi budgétaire et de passation de marchés.

Le district sanitaire est le niveau opérationnel de mise en œuvre des interventions du PNDS. Dans ce cadre, le renforcement de la performance du système de santé de district s'avère nécessaire. Pour y parvenir, il sera indispensable de renforcer i) les capacités gestionnaires des équipes cadres de district (ECD), ii) les capacités cliniques, techniques et gestionnaires des services de santé de manière à améliorer la disponibilité et l'accessibilité des paquets d'interventions à haut impact sur la réduction de la morbidité et de la mortalité en particulier de la mère et de l'enfant.

6.3.3. Rôle des autres parties prenantes

Les autres acteurs du système de santé que sont les populations bénéficiaires, les organisations de la société civile, le secteur privé de soins, les partenaires au développement bi et multi latéraux sont parties prenantes de la réalisation des objectifs du PNDS. Ils contribueront, en ce qui les concerne, à l'exécution des interventions prévues dans le cadre du plan. Leurs interventions s'inscrivent dans le domaine du plaidoyer, de la mobilisation des ressources, du financement, de l'appui technique et de la coordination opérationnelle.

Par ailleurs, les Ordres et associations des professionnels de santé seront mis à contribution pour veiller à leur participation active au développement du secteur de la santé en prenant une part active aux commissions techniques et groupes de travail de l'organe de coordination du secteur. Il en sera de même des syndicats des professionnels et personnels de santé qui seront en concertation régulière avec le Ministère de la Santé pour s'assurer du respect des obligations contractuelles. Leur rôle sera prépondérant dans la vulgarisation du code de conduite du fonctionnaire de l'administration publique. Ils participeront également aux différentes revues et évaluations de la performance du secteur.

Enfin, l'implication des autres secteurs connexes dans la mise en œuvre du PNDS sera renforcée à travers des actions intersectorielles qui seront menées avec le service de santé de l'Armée nationale et les secteurs de l'eau, de l'éducation, de l'hygiène, de l'agriculture, etc.

6.4. Modalités de mise en œuvre : Opérationnalisation du PNDS

Après adoption du PNDS par le Gouvernement, il sera organisé sous le patronage du Premier Ministre, une table ronde de mobilisation des ressources. Un Compact national ou mémorandum d'entente sera signé avec chaque partie prenante pour confirmer les engagements des uns et des autres dans le financement et l'accompagnement technique de la mise en œuvre du plan stratégique.

La préparation de la mise en œuvre du PNDS nécessitera sa diffusion et sa vulgarisation auprès des acteurs de la mise en œuvre aux niveaux central et décentralisé et auprès des élus nationaux.

L'opérationnalisation du PNDS se fera à travers un système de planification ascendante, évoluant du niveau district vers le niveau central. Cette planification ascendante permettra de disposer de plans opérationnels conformes aux réalités de chaque district sanitaire en lien avec les orientations nationales et le cadrage financier. Elle mobilisera tous les échelons de la pyramide sanitaire.

Le niveau central se chargera de : (i) l'élaboration de Cadres de Dépenses à Moyen Terme (CDMT) sectoriels et les plans pluriannuels pour les périodes 2017-2019 et 2020-2022 qui serviront d'outil de dialogue et de négociation pour la mobilisation des ressources suffisantes à la mise en œuvre des plans opérationnels; ii) l'accompagnement aux régions dans l'élaboration des matrices de cadrage annuel définissant les objectifs de couverture/effet ou résultats attendus, les cibles, les principales stratégies et actions ainsi que les cadrages financiers; (ii) l'appui technique aux hôpitaux (CHU et CHR) et spécificités dans l'élaboration de leurs plans annuels.

Les Directions régionales de la santé apporteront un appui technique aux districts dans l'élaboration de leurs plans opérationnels annuels (PAO) intégrés et les consolideront au niveau régional. Les ECR veilleront que les plans des districts soient en conformité avec les cadrages régionaux.

Le district sanitaire élaborera de manière participative son PAO assorti d'objectifs annuels en prenant en compte les micro-plans des Unités de soins périphériques confectionnés avec l'implication des communautés.

6.5. Contrôle de gestion

Dans un souci d'efficacité et de transparence de gestion, le Ministère de la Santé mettra en place des mécanismes opérationnels de contrôle et procédera à des contrôles et des inspections à tous les échelons de la pyramide sanitaire.

6.5.1. Procédures administratives, financières et comptables

Les procédures de gestion administrative, financière et comptable seront améliorées, disséminées et appliquées à tous les niveaux du système de santé. A cet effet, un manuel de procédures financières et comptables sera élaboré. Ce manuel définira clairement les responsabilités dans l'imputation des ressources, le calendrier de transmission et de publication des rapports d'exécution du budget.

En ce qui concerne les structures autonomes, le manuel de procédures sera mise à jour en tenant compte des réformes administratives.

L'application de ces manuels de procédures nécessitera le renforcement des capacités des agents en charge de la gestion financière et comptable. De plus les membres des Conseils d'Administration et les administrateurs des hôpitaux et autres responsables impliqués dans la gestion seront formés sur la bonne gouvernance et sur les mécanismes de contrôle et d'audit interne.

Pour faciliter le suivi des données financières et comptable, un tableau de bord retraçant les situations financières interne et externe du ministère sera élaboré.

6.5.2. Mécanismes de contrôle

Les actions de l'Inspection Générale de la Santé seront renforcées en rapport avec l'Inspection Générale des Finances et l'Inspection d'Etat. L'Inspection générale des services de santé procédera principalement au contrôle administratif, financier et sanitaire des établissements et services relevant du Ministère de la Santé et veillera à la diffusion ainsi qu'à l'application de la législation, de la réglementation et des normes en vigueur.

Il s'agira également de mesurer et d'expliquer les écarts entre les réalisations et les objectifs et moyens assignés et de conduire des enquêtes de suivi des dépenses jusqu'à destination.

En outre, la Direction des Affaires Financières (DAF), veillera en liaison avec l'Inspection Générale des Finances, au suivi de la régularité des opérations comptables et financières des établissements et services.

Les autres directions de moyens, la DISEM et la DRH vont respectivement assurer l'inventaire régulier du patrimoine du Ministère et le contrôle annuel des effectifs.

Les directions régionales de la Santé seront chargées en rapport avec la DAF d'assurer le contrôle des opérations comptables et financières des établissements de leur circonscription.

Le Cabinet s'assurera chaque année de la qualité du contrôle interne du Ministère de la Santé.

6.6. Conditions de succès de la mise en œuvre et risques

6.6.1. Conditions de succès

L'efficacité de la mise en œuvre de cette stratégie sectorielle repose sur les principales conditions suivantes :

- le respect de l'engagement politique pris au plus haut niveau en faveur d'une forte implication du budget dans le social, la santé en particulier ; et pour la réalisation des ODD. Cela devra se traduire en termes i) de renforcement de leadership national, ii) de mobilisation suffisante des ressources nécessaires, (iii) de régulation et de contrôle efficace à tous les niveaux ;
- l'engagement des PTF pour un réel accompagnement de cette stratégie ; la redéfinition du niveau de négociation des financements avec les partenaires doit être officialisée par un « Compact national » pour une meilleure prévisibilité des ressources externes ;
- le renforcement de la participation communautaire ; le partenariat communautaire dans le système de santé étant un élément clef permettant de réduire les disparités dans l'accès aux soins de santé de base et garantissant un certain « contrôle citoyen » sur la mise en œuvre de cette stratégie sectorielle. A cela, il faudra associer des initiatives de renforcement des capacités des familles à être elles-mêmes les moteurs du changement des comportements nécessaires à l'amélioration de leur état de santé.

6.6.2. Mesures et réformes nécessaires

L'efficacité du PNDS nécessitera la mise en place de réformes et mesures d'accompagnement dans les domaines suivants : i) la gouvernance et le pilotage stratégique, ii) le financement de la santé ; (iii) la gestion des ressources humaines ; iv) la gestion des médicaments, réactifs, consommables et dispositifs médicaux essentiels et (v) la prestation des services.

Pour ce qui concerne la gouvernance et le pilotage, il s'agit de : i) l'achèvement de la réforme institutionnelle et organisationnelle du département, ii) la mise en place des commissions thématiques (6) au sein du Secrétariat Technique du Comité Sectoriel Santé et VIH et la création au niveau déconcentré des comités régionaux et préfectoraux de coordination sectorielle ; iii) la mise en place des groupes de travail inter sectoriels ; iv) l'élaboration et la mise en œuvre d'une politique d'approche contractuelle pour le développement du partenariat avec le secteur privé dans l'offre des soins et services de santé ; v) la mise en place des mécanismes de l'inspection et de contrôle, vi) la régulation des pratiques professionnelles (mise en place d'un comité d'éthique professionnelle, implication des ordres professionnels dans la régulation des pratiques professionnelles des secteurs public et privé, renforcement institutionnel) ; vii) la participation communautaire) ; viii) la réforme du SNIS etc.

Concernant le financement de la santé, trois réformes majeures seront nécessaires dans le sillage du développement et la mise en œuvre de la SNFS-CSU ; il s'agit : i) de la mise en place du Fonds d'appui au développement sanitaire (FADS) dans la perspective d'un panier commun pour le financement du PNDS formalisé par la signature du Compact national et l'adoption d'une charte de bonne conduite entre Partenaires du Compact ; ii) de l'introduction du Financement Basé sur les Résultats (FBR) ; iii) Institutionnalisation des comptes de la santé (CS) et des revues des dépenses publiques de santé pour le suivi des dépenses de santé. Ces réformes seront conduites par le Ministère de la Santé qui se dotera d'un groupe thématique financement de la santé assez outillé incluant les administrations publiques concernées et les partenaires au développement.

Pour ce qui est de la gestion des médicaments, réactifs, consommables et dispositifs médicaux, il s'agira de poursuivre les réformes et mesures initiées dans le secteur pharmaceutique y compris la restructuration de la CAMEG et la mise en œuvre effective du SNAP en vue d'améliorer la disponibilité et l'utilisation des médicaments essentiels de qualité ; la lutte contre les contrefaçons et les médicaments de la rue ; etc.

S'agissant du développement des ressources humaines en santé, il s'agira de mettre en œuvre les principales mesures et réformes suivantes : i) la décentralisation/déconcentration de la formation et la gestion des ressources humaines ; ii) la mise en œuvre des mesures de fidélisation du personnel qualifié en zone rurale ; iii) la mise en place de mécanisme d'évaluation des performances individuelles et collectives du personnel ; iv) la mise en œuvre du plan directeur de la formation continue ; iv) le développement d'une politique d'absorption des personnels formés et de gestion du personnel de santé à tous les niveaux.

Pour ce qui concerne la prestation des services de santé, une réforme visant à développer un système national d'assurance qualité des services de prévention, de promotion et prise en charge des cas dans les structures sanitaires devra être réalisée. Une telle réforme permettra d'améliorer la qualité des soins et la

sécurité des patients dans les formations sanitaires. Cette réforme sera accompagnée de la réforme hospitalière pour mieux organiser l'offre de soins et de services par niveaux dans le secteur de la santé. En effet, la réforme doit avoir pour but de permettre à chaque acteur hospitalier de mieux comprendre ses droits, ses obligations et ses responsabilités vis-à-vis de l'institution et des malades. L'hôpital doit contribuer de façon significative à l'amélioration de l'état de santé de la population. Par ailleurs, il s'agira de mettre en œuvre les réformes portant sur la cogestion des formations sanitaires et sur le transfert des compétences vers les ASC en vue d'une meilleure implication de la communauté dans les interventions de santé et d'assurer le continuum des soins.

6.6.3. Analyse et gestion des risques

Les principaux risques identifiés sont relatifs à la disponibilité des ressources essentielles, la gouvernance et le leadership, le financement du secteur et le suivi évaluation de même que la participation du niveau communautaire. L'analyse de ces risques et leur gestion sont développées dans le tableau ci-dessous :

Tableau XXVIII : Gestion des risques et menaces

Déterminants	Risques potentiels	Mesures de prévention/ correction
Disponibilité des intrants essentiels	Non achèvement de la restructuration de la CAMEG lui permettant de disposer des capacités requises pour assurer pleinement sa mission	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Accélérer la mise en œuvre des réformes engagées à ce niveau ▪ Fournir un appui pour une mise en œuvre optimale du plan stratégique 2016 – 2020 de la CAMEG
	Résistance des agents de santé à appliquer les dispositions du SNAP (persistance des circuits parallèles d'acquisition et de vente des médicaments et consommables médicaux au niveau des formations sanitaires, faible utilisation des génériques)	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Organiser des missions conjointes (DPLM-CAMEG-DRS) régulières d'inspection pharmaceutique et application des sanctions ▪ Renforcer l'information des prestataires à tous les niveaux tout en régulant les visites des délégués médicaux
	Non disponibilité des intrants essentiels aux ASC et relais communautaires	Intégrer les besoins du niveau communautaire dans la gestion de la logistique des médicaments, des réactifs et autres consommables des structures périphériques
Disponibilité des RH	Difficultés à assurer une disponibilité à minima des personnels de soins qualifiés dans les structures périphériques accentuant ainsi l'inéquité dans la disponibilité de l'offre de service.	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Renforcer le dialogue auprès du ministère de la fonction publique et des autres départements concernés pour le recrutement des personnels médicaux et paramédicaux selon les besoins à minima ; ▪ Accélérer la mise en œuvre des initiatives de fidélisation du personnel dans les zones rurales éloignées
	Faible intérêt accordé à la mise en œuvre effective du PDRH 2016-2020	Développer les actions de plaidoyer au plus haut niveau pour une mise en œuvre effective du PDRH 2016-2020
Financement de la santé	Conjonctures économiques nationales et/ou mondiales peu favorables pour une mobilisation suffisante des ressources en faveur du PNDS	Elaborer une stratégie de financement de la santé sur la base des financements innovants et la mettre en œuvre
	Absence d'une couverture maladie pour la majorité de la population en particulier les couches les plus vulnérables malgré les mesures de subventions et de gratuité	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Accélérer la mise en place des mécanismes de couvertures sanitaires prévus dans le PNDS ▪ Renforcer le plaidoyer pour le financement de la santé et le partage du risque maladie
	Accès limité des populations aux paquets d'offre de service de qualité (problème de disponibilité dans les structures publiques par exemple, de spécialistes, des examens complémentaires et des médicaments)	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Accélérer la mise en œuvre des stratégies visant à rapprocher les soins des communautés ▪ Assurer l'organisation et l'application des normes d'assurance qualité des soins

Déterminants	Risques potentiels	Mesures de prévention/ correction
	Déséquilibre de financement au détriment des niveaux opérationnels en particulier des USP et niveau communautaire	Mettre en place de mécanismes d'allocation et de suivi de l'efficacité des dépenses publiques de santé ressources
Gouvernance	Lenteur dans l'adoption des réformes nécessaires pour la mise en œuvre efficace de la stratégie	Développer des mécanismes de gestion du changement
	Le niveau central reste impliqué dans les activités opérationnelles au détriment de ses missions stratégiques.	Développer des mécanismes de gestion axée sur les performances à tous les niveaux
	Difficulté des partenaires à s'intégrer dans une approche sectorielle	Renforcement du dialogue et des outils de gestion stratégique du secteur y compris un Compact national
Participation du niveau communautaire	Risque de démotivation des agents de santé communautaire (ASC)	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Harmoniser les pratiques de motivation des ASC ▪ Développer le volet « financement basé sur la performance communautaire » en associant l'Etat, les collectivités locales, les partenaires dans son financement et sa mise en œuvre
Suivi évaluation	Absence de données factuelles en raison du non-respect des périodicités de réalisation des études et enquêtes	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Plaidoyer pour une mobilisation des ressources en faveur de la recherche en santé ▪ Mettre en place un cadre permanent de concertation regroupant les différents acteurs (DGEPI, INSEED, et Autres institutions de recherche ...)
	Retard dans l'harmonisation des indicateurs et outils de collecte des données du SNIS faute de consensus des programmes sur une liste restreinte d'indicateurs à renseigner par le système de routine	Renforcer l'information des responsables de Programmes sur la base d'un référentiel à élaborer pour guider le dialogue

Chapitre 7 : Suivi & évaluation du PNDS

Le suivi et l'évaluation de la mise en œuvre du PNDS 2017-2022 s'appuiera sur les indicateurs et cibles définis au niveau des différents axes.

Un plan de suivi & évaluation du PNDS fera l'objet d'un document séparé qui sera joint en annexe. Ce plan sera assorti d'un cadre des résultats (ou de mesure des performances) élaboré sur la base d'un nombre restreint d'indicateurs traceurs parmi ceux choisis pour apprécier les résultats escomptés de la mise en œuvre des axes stratégiques du PNDS.

Ce plan de suivi et évaluation déterminera la manière dont les données seront collectées, analysées et diffusées à tous les niveaux de la pyramide sanitaire. Il précisera les acteurs impliqués, leurs rôles et responsabilités, le mécanisme de suivi évaluation et les indicateurs traceurs de mesure de performance et leurs cibles annuelles.

Les outils du suivi et de l'évaluation existants seront révisés, complétés et utilisés aux différents niveaux de la pyramide sanitaire.

7.1. Cadre institutionnel de suivi-évaluation

Le cadre institutionnel de suivi-évaluation du PNDS est conforme au dispositif institutionnel mis en place dans le cadre du suivi et de l'évaluation des politiques de développement (DIPD) décrit dans le précédent chapitre.

7.2. Mécanismes de suivi & Evaluation

7.2.1. Supervision

La supervision sera renforcée à tous les niveaux de la pyramide sanitaire. En effet, chaque niveau de la pyramide sanitaire élaborera un plan de suivi et de supervision des activités sanitaires. La supervision s'effectuera en cascades comme suit : le niveau central supervisera les Equipes cadres régionales, qui à leur tour feront le suivi rapproché des équipes-cadres de districts sanitaires. Celles-ci assureront des supervisions intégrées des agents de santé des établissements du district selon la périodicité définie. Enfin, des mesures seront prises pour une présence plus fréquente et plus effective du personnel de santé au sein des communautés pour la supervision des activités communautaires menées ou appuyées par les ASC et les relais communautaires.

Des missions conjointes de supervision seront organisées avec les partenaires au développement afin de s'assurer de la bonne exécution des activités programmées sur le terrain. Elles se dérouleront tous les six mois. Le rapport de supervision sera assorti de recommandations qui feront l'objet d'un plan de mise en œuvre.

7.2.2. Monitoring

L'institutionnalisation du monitoring devra être effective. Il est prévu le monitoring mensuel des activités au niveau du district sanitaire et l'organisation des sessions semestrielles de monitoring au niveau des formations sanitaires, basées sur l'analyse des goulots d'étranglement suivant les différents modes de prestations de services (communautaire, services orientés vers les populations et soins cliniques individuels) assorties de micro-plans de résolution. Pour renforcer l'efficacité de ce mécanisme, le processus d'amélioration de son contenu sera engagé.

7.2.3. Revues sectorielles

Des revues (semestrielles et annuelles) seront organisées au niveau des régions sanitaires pour servir de cadre de réflexion en vue de veiller à l'efficacité de la mise en œuvre du PNDS. Celles-ci seront précédées des activités de monitoring au niveau du district sanitaire.

Une revue conjointe annuelle sera également menée au niveau central pour suivre les progrès réalisés dans la mise en œuvre des PAO. A l'issue de chaque revue annuelle, le Secrétariat Permanent du PNDS élaborera un rapport avec des recommandations précises et en assurera le suivi.

7.2.4. Evaluations

Une évaluation à mi-parcours du PNDS interviendra à la fin de l'année 2019 pour renforcer ou réorienter au besoin les orientations stratégiques. Elle portera à la fois sur les processus et les progrès réalisés (en termes d'amélioration des couvertures) vers les résultats d'impact attendus. L'évaluation à mi-parcours visera aussi bien l'appréciation du niveau d'atteinte des objectifs intermédiaires du PNDS que des aspects administratifs, financiers et techniques de mise en œuvre des plans d'action opérationnels.

Il est prévu également une évaluation finale de la mise en œuvre du PNDS en 2022 selon l'esprit de l'évaluation conjointe IHP+. Elle utilisera les données des enquêtes nationales telles que MICS, EDST ; STEPS; QUIBB, SARA pour apprécier les résultats d'impact.

Elle portera aussi sur les financements mobilisés annuellement et globalement par rapport aux montants prévus en utilisant les résultats de Revue des dépenses publiques de santé ainsi que les Comptes Nationaux de Santé. Cette évaluation finale dont les objectifs seront définis en concertation avec les différents acteurs, contribuera à l'élaboration du prochain plan stratégique (Voir le calendrier des activités suivi et évaluation à l'annexe 5).

Conclusion

Les défis complexes et émergents enregistrés en matière de santé au Togo nécessitent une approche plus dynamique et plus innovante dans le développement du secteur de la santé.

La pauvreté et les inégalités spécifiques surtout en milieu rural et à la périphérie des grandes villes qui influent sur la charge de la maladie d'une part et le niveau encore très élevé des dépenses de santé des ménages d'autre part, commandent de prendre des mesures énergiques pour remédier à cette situation.

Le présent Plan National de Développement Sanitaire (PNDS 2017-2022), élaboré selon l'approche de gestion axée sur les résultats et les réformes du secteur qui y sont préconisées, constitue un cadre stratégique cohérent pour l'action permettant de réduire les inégalités d'accès aux soins et services de qualité afin de combler le retard que connaît le pays dans la réalisation des objectifs sanitaires et l'amélioration de la santé des populations.

Il vise à mettre en place un système de santé amélioré et plus résilient, susceptible de promouvoir la santé, de prévenir la maladie et de la prendre en charge, et d'assurer la sécurité sanitaire.

En effet, les objectifs cibles du PNDS 2017-2022 sont cohérents avec les Objectifs de Développement Durable et la couverture sanitaire universelle.

Les stratégies et les lignes d'actions retenues ont fait l'objet d'un large consensus qui a été facilité par l'approche participative ayant guidé la phase d'élaboration.

L'un des facteurs clé de succès de la mise en œuvre de ce plan sera l'engagement actif de toutes les parties prenantes et son suivi-évaluation avec un système approprié de reddition de compte.

Références

1. Ministère de la planification du développement du Togo, Document indicateurs de suivi des objectifs de développement durable et leurs métadonnées, janvier 2016.
2. Ministère de la planification du développement du Togo, Rapport bilan de mise en œuvre de la SCAPE en 2013, 2014 et 2015.
3. Ministère de la santé du Togo, Budgets 2014, 2015 et 2016.
4. Ministère de la santé du Togo, Cadre des dépenses à moyen terme secteur santé 2012-2014.
5. Ministère de la santé du Togo, Normes sanitaires du Togo, Tome I, Normes pour les structures de soins de santé, août 2013.
6. Ministère de la santé du Togo, Normes sanitaires du Togo, Tome II, Normes pour les Ecoles de Formation des professionnels de santé, août 2013.
7. Ministère de la santé du Togo, Normes sanitaires du Togo, Tome III, Normes pour les Spécificités Nationales, août 2013.
8. Ministère de la santé du Togo, Normes sanitaires du Togo, Tome IV, Normes des structures d'administration et de gestion du système de santé au Togo, août 2013.
9. Ministère de la santé du Togo, Plan d'action de gestion des risques liés aux catastrophes : 2014-2017 (secteur santé).
10. Ministère de la santé du Togo, Plan de Suivi Evaluation du PNDS 2012-2015.
11. Ministère de la santé du Togo, Plan national de développement sanitaire (PNDS) 2012-2015.
12. Ministère de la santé du Togo, Plan national de l'hygiène et de l'assainissement de base (PNHAB) au Togo : 2014-2018.
13. Ministère de la santé du Togo, Plan stratégique de développement du Centre National de Transfusion Sanguine, 2013-2017.
14. Ministère de la santé du Togo, Plan stratégique national 2011-2015 révisé avec projection à 2017.
15. Ministère de la santé du Togo, Plan stratégique national de la recherche en santé au Togo : 2015-2020.
16. Ministère de la santé du Togo, Plan stratégique national de lutte contre la tuberculose au Togo 2015-2019.
17. Ministère de la santé du Togo, Plan stratégique pharmaceutique national : 2013-2015.
18. Ministère de la santé du Togo, Politique nationale d'Approche Contractuelle, décembre 2003.
19. Ministère de la santé du Togo, Politique nationale de santé, 2011.
20. Ministère de la santé du Togo, Politique pharmaceutique nationale, 2012.
21. Ministère de la Santé et de la Protection Sociale du Togo, Analyse de la situation du secteur de la sante du Togo : Rapport synthèse, Août 2016.
22. Ministère de la Santé et de la Protection Sociale du Togo, Plan national d'action de prévention et de contrôle de l'infection (PCI) au Togo, Octobre 2015.
23. Ministère de la Santé et de la Protection Sociale du Togo, Plan pluriannuel complet 2016-2020 du Programme élargi de vaccination.
24. Ministère de la Santé et de la Protection Sociale du Togo, Plan stratégique 2016-2020 de la Centrale d'Achat des Médicaments Essentiels et Génériques (CAMEG).
25. Ministère de la Santé et de la Protection Sociale du Togo, Plan stratégique national des interventions à base communautaire (IBC) 2016-2020 du Togo.
26. Ministère de la Santé et de la Protection Sociale du Togo, Plan stratégique de gestion des déchets médicaux : 2016-2020.
27. Ministère de la Santé et de la Protection Sociale du Togo, Rapport final de l'évaluation du Plan national de développement sanitaire (PNDS) 2012-2015, mai 2016.
28. OMS Togo, IHP+, Country Health Intelligence Portal (CHIP) 2010, www.healthintelligenceportal.org.
29. OMS, Rapport sur la santé dans le monde, Le financement des systèmes de santé : le chemin vers une couverture universelle, 2010.
30. OMS/Bureau Régional de l'Afrique, Atlas des statistiques sanitaires de la Région africaine 2016.
31. Organisation Ouest Africaine de la Santé (OOAS) de la CEDEAO, Plan stratégique : 2016-2020.
32. Présidence de la République Togolaise, Plan stratégique national de lutte contre le VIH et le Sida : 2016-2020
33. Présidence de la République Togolaise, Stratégie de croissance accélérée et de promotion de l'emploi (SCAPE) : 2013-2017.
34. Présidence de la République Togolaise, Stratégie de croissance accélérée et de promotion de l'emploi (SCAPE) : 2013-2017

35. Présidence de la République Togolaise, Systèmes des Nations-Unies : Plan cadre des Nations-Unies pour l'Aide au Développement (UNDAF) 2014-2018.
36. République Togolaise, Forum politique de haut niveau : Rapport sur l'état d'avancement de l'intégration des ODD dans les instruments nationaux de planification du développement, mai 2016.
37. République Togolaise, Mémoire pour la mise en œuvre du Plan national de développement sanitaire : (PNDS) 2012-2015 : Compact entre le gouvernement et les partenaires techniques et financiers du secteur de la santé, 2012.
38. République Togolaise, Plan d'Actions 2014-2018 de la Stratégie nationale de protection sociale, mai 2014.
39. République Togolaise, Stratégie nationale de protection sociale, mai 2014.
40. Résolution 68/261 de l'Assemblée générale des Nations-Unies, Liste finale des indicateurs proposés pour les objectifs de développement durable (Annexe IV ; E/CN.3/2016/2/Rev.1).

Annexe 1 : Méthodologie et processus d'élaboration

Au plan méthodologique, l'élaboration du PNDS 2017-2022 a été conduite selon l'approche de la Gestion Axée sur les Résultats (GAR), liant les résultats attendus avec les ressources nécessaires en utilisant les évidences scientifiques autour de l'efficacité d'un certain nombre d'interventions ayant un impact fort sur les ODD liés à la santé. Cette méthodologie s'est appuyée sur le Guide de l'OMS pour l'élaboration d'une Politique nationale de santé et d'un Plan stratégique national de santé, ainsi que sur l'utilisation d'outils de planification et de programmation des stratégies de santé notamment l'outil CHPP (Country Health Policy Process)¹ et Onehealth Tool², recommandés par les principaux partenaires techniques et financiers (PTF).

En terme de processus, l'élaboration du PNDS 2017-2022 s'est déroulée selon une approche séquentielle définie de manière participative. Ce processus s'est articulé autour des étapes majeures suivantes :

- la mise en place du cadre institutionnel et organisationnel ;
- le lancement officiel du processus ;
- l'analyse de la situation du secteur et la formulation des axes stratégiques ;
- le développement de l'application de l'outil OneHealth ;
- la validation du diagnostic du secteur de la santé et des choix stratégiques par le Comité technique ;
- la rédaction de la version préliminaire du PNDS ;
- la validation du document du PNDS à travers trois processus de dialogue (atelier de consensus sur les résultats escomptés et les stratégies de mise en œuvre, réunion de validation par le Comité Technique, validation nationale par les parties prenantes).

II.1. Mise en place du cadre institutionnel et organisationnel

Deux organes ont été mis en place pour assurer la gestion du processus. Il s'agit du Comité de rédaction et du Comité technique.

Le Comité technique

Par arrêté N° 090/2016/MSPS/CAB/SG/DGEPIS du 22 juin 2016, le Ministre de la Santé et de la Protection Sociale a mis en place un Comité technique placé sous la coordination du Secrétaire Général.

Le Comité technique est composé des représentants des ministères sectoriels, des Partenaires Techniques et Financiers, de la société civile et des acteurs du secteur de la santé. Il a pour mission d'examiner les rapports d'étapes et les documents intermédiaires issus de ce processus.

Le Comité de rédaction

Le Comité de rédaction a été mis en place par arrêté N° 089/MSPS/CAB/SG/DGEPIS du 22 juin 2016. Il est composé de 27 membres (cadres nationaux des différents départements et Staff techniques des PTF) et placé sous la coordination de la Directrice générale des études, de la planification et de l'information sanitaire.

Le Comité de rédaction est chargé de rédiger le PNDS 2017-2022 et son cadre de dépenses à moyen terme (CDMT) 2017-2019. Le Comité peut faire appel à toute personne ressource dont les compétences sont jugées nécessaires sur une thématique spécifique.

II.2. Lancement officiel du processus d'élaboration du PNDS 2017-2022

Le processus d'élaboration du nouveau PNDS pour la période 2017-2022 a été lancé officiellement le 02 août 2016 par le Ministre de la Santé et de la Protection Sociale au cours de la réunion du Comité Sectoriel « Santé

¹ Le CHPP est une plateforme de dialogue sectoriel, dont l'analyse réfère à des informations qualitatives et quantitatives visant à faciliter dans le secteur de la santé les processus de planification stratégique et de prise de décision et ; cet outil a été adopté par PTF principaux au niveau mondial pour l'analyse stratégique de la performance des systèmes de santé. La structure du CHPP comporte dix domaines à savoir : (i) contexte général du pays, (ii) leadership et gouvernance, (iii) prestation de services, (iv) ressources humaines, (v) produits médicaux, vaccins, infrastructures et matériel, (vi) financement, (vii) système d'information sanitaire, (viii) politiques publiques, (ix) couverture universelle et, (x) impact sur la santé.

² Le OneHealth Tool a été développé conjointement par PTF afin d'appuyer les pays dans leur exercice de planification et de budgétisation. Il permet l'estimation des coûts des interventions dans le domaine de la santé, sur la base progrès à réaliser en vue d'atteindre les objectifs fixés, y compris une estimation des répercussions possibles sur la santé ; il intègre l'analyse des goulots d'étranglement et des coûts des programmes. La budgétisation des actions correctrices utilisées pour lever les goulots d'étranglement identifiés permet d'avoir une estimation réelle des besoins de financement de la santé.

& VIH/SIDA» consacrée à la présentation des résultats de l'évaluation du Plan National de Développement Sanitaire (PNDS) 2012-2015.

II.3. Analyse de la situation du secteur et définition des axes stratégiques du PNDS 2017-2022

Conformément à la feuille de route du processus, un atelier national de consensus sur l'analyse de la situation du secteur et les axes stratégiques du PNDS 2017-2022 a été organisé du 09 au 12 août 2016 à Kpalimé avec la participation des différentes parties prenantes (Gouvernement, secteur privé, société-civile et partenaires techniques et financiers).

A l'issue des travaux, trois (3) résultats majeurs ont été obtenus : (i) une analyse des goulots d'étranglement ayant permis de dégager les contraintes immédiates, sous-jacentes et structurelles qui bloquent les avancées par niveau (communautaire, unités de soins périphériques et hôpitaux)¹ ; (ii) une analyse de la situation des piliers du système de santé du pays et des questions transversales qui ont permis de dégager les forces, les faiblesses, les opportunités et les menaces et enfin, (iii) un consensus établi sur cinq (5) axes stratégiques de mise en œuvre du PNDS 2017-2022 au terme d'une analyse approfondie effectuée sur la base des données probantes du profil sanitaire du Togo.

II.4. Développement de l'application « OneHealth »

Le pays a opté de réaliser le costing (estimation réelle des besoins de financement de la santé) et d'élaborer le Cadre de Dépense à Moyen Terme (CDMT) du nouveau PNDS avec OneHealth Tool. Cet outil permet l'estimation des coûts des interventions dans le domaine de la santé, sur la base de progrès à réaliser en vue d'atteindre les objectifs fixés, y compris une estimation des impacts attendus. L'outil intègre également l'analyse des goulots d'étranglement et des coûts des actions correctrices utilisées pour lever les goulots d'étranglement identifiés.

Le développement de l'application « OneHealth » s'est déroulé suivant différentes étapes comprenant :

- une phase de collecte de données (identification des données manquantes, visites des programmes nationaux pour le recueil des données);
- la formation sur OneHealth : 35 cadres nationaux (membres du CR/PNDS et chargés de suivi-évaluation des programmes) ont été formés sur l'outil pendant 5 jours (22 au 26 août 2016) avec l'appui d'un expert international. La formation a consisté à développer l'application par les participants à partir des données collectées ;
- la consolidation de l'application OneHealth à travers : (i) des réunions de validation des données de couverture et impacts avec les responsables de Programmes et autres parties prenantes ; (ii) des travaux d'analyse de la cohérence des résultats et de révision des données, et (iii) et l'évaluation du niveau de complétude et de la stabilité de l'application ;
- la définition et proposition des scénarii en rapport avec l'espace budgétaire et estimation du gap de financement.

Limites de l'application

La précision de l'analyse et de la modélisation dépend beaucoup de la qualité des données disponibles. Si les données de l'EDSTIII et les données collectées dans le cadre de l'élaboration du CHPP ont permis de rassembler un très grand nombre d'informations, beaucoup d'éléments relatifs à l'offre de soins, à l'épidémiologie, au coût unitaire des intrants nécessaires au système de santé étaient manquantes. Elles ont dû être estimées par consensus avec les experts du gouvernement, de l'OMS et de l'UNICEF impliqués dans le processus.

II.5. Validation du diagnostic du secteur de la santé et des choix stratégiques

Le Comité Technique/PNDS s'est réuni le 07 octobre 2016 pour examiner le rapport de l'analyse de la situation du secteur et les axes stratégiques du nouveau PNDS retenus à l'issue de l'atelier national de consensus. Cette première session de travail du Comité technique a été conduite par le Secrétaire Général du ministère, président du CT/PNDS. A l'issue des discussions, le diagnostic sectoriel et les cinq axes stratégiques ont été validés après reformulation du 5^{ème} axe.

¹ L'analyse des goulots d'étranglement pour la provision, l'accès et l'utilisation des interventions et le choix de stratégies correctrices pour lever les goulots identifiés a été réalisée en suivant la méthodologie de Tanahashi (Health Service Coverage and its evaluation, Dr Tanahashi, WHO 1978. [http://whqlibdoc.who.int/bulletin/1978/Vol56-No2/bulletin_1978_56\(2\)_295-303.pdf](http://whqlibdoc.who.int/bulletin/1978/Vol56-No2/bulletin_1978_56(2)_295-303.pdf)).

II.6. Rédaction du PNDS 2017-2022

Suite aux travaux de groupes mis en place au sein du CR/PNDS, un atelier de consolidation a été organisé du 18 au 21 octobre 2016. Il a réuni 40 participants membres du comité de rédaction et personnes ressources sous la coordination de la Directrice Générale en charge de la planification stratégique du Ministère de la Santé. Les travaux ont été soutenus par des experts nationaux (le Secrétaire Général du Ministère de la Santé et le Directeur de la Planification du Ministère en charge de la planification et du développement) et internationaux (le Représentant du Bureau de l'OMS au Togo et l'Economiste Principal du PNUD) ; ceci a permis de garantir une qualité technique à la rédaction.

Les travaux du groupe restreint mis en place suite à l'atelier et les concertations techniques effectuées suite à l'atelier ont permis de finaliser la rédaction du PNDS.

II.7. Validation du PNDS 2017-2022

Le processus de validation du PNDS a comporté trois niveaux de dialogue suivants :

- le premier niveau de dialogue a consisté en l'organisation d'un atelier de consensus sur les résultats escomptés et les stratégies de mise en œuvre des cinq axes stratégiques ainsi que sur le cadre de mise en œuvre et de suivi & évaluation du PNDS. L'atelier, organisé du 28 au 29 novembre 2016 à Lomé a regroupé différents acteurs du secteur, conformément aux dispositions de la feuille de route. Il a permis de vérifier la valeur informative des données et de s'accorder sur le contenu des différents chapitres du PNDS ;
- le deuxième niveau de dialogue a porté sur l'examen du document par le Comité technique. A cet effet, une réunion du CT/PNDS s'est tenue le 02 décembre 2016. Cette réunion a permis de recueillir les commentaires et contributions d'amélioration pour la finalisation du document ;
- le troisième niveau de dialogue a consisté en un atelier de validation nationale du PNDS 2017-2022; l'objectif ici étant d'assurer une appropriation du document par les parties prenantes du secteur qui servira de cadre de référence pour la planification des actions de développement sanitaire au Togo au cours des six prochaines années.

Pour ce 3ème niveau de dialogue, le plan a été présenté aux membres du gouvernement, sous forme d'un séminaire gouvernemental le 19 janvier 2017 avant d'être adopté le 08 février 2017 par le Gouvernement.

Annexe 2 : Analyse des goulots d'étranglement du système de santé : note méthodologique et résultats

L'analyse des goulots d'étranglement qui est centrale dans le processus de planification repose sur le principe que la couverture effective d'une intervention est directement liée à cinq déterminants de couverture :

- trois déterminants d'offres de soins : i) disponibilité en produits essentiels ; ii) disponibilité en ressources humaines ; iii) accessibilité géographique.
- deux déterminants d'utilisation : i) utilisation initiale ; ii) utilisation adéquate

Ces déterminants sont liés l'un à l'autre de manière séquentielle (l'offre doit être disponible pour pouvoir être utilisée de manière initiale, et l'utilisation initiale est un pré requis pour une utilisation adéquate).

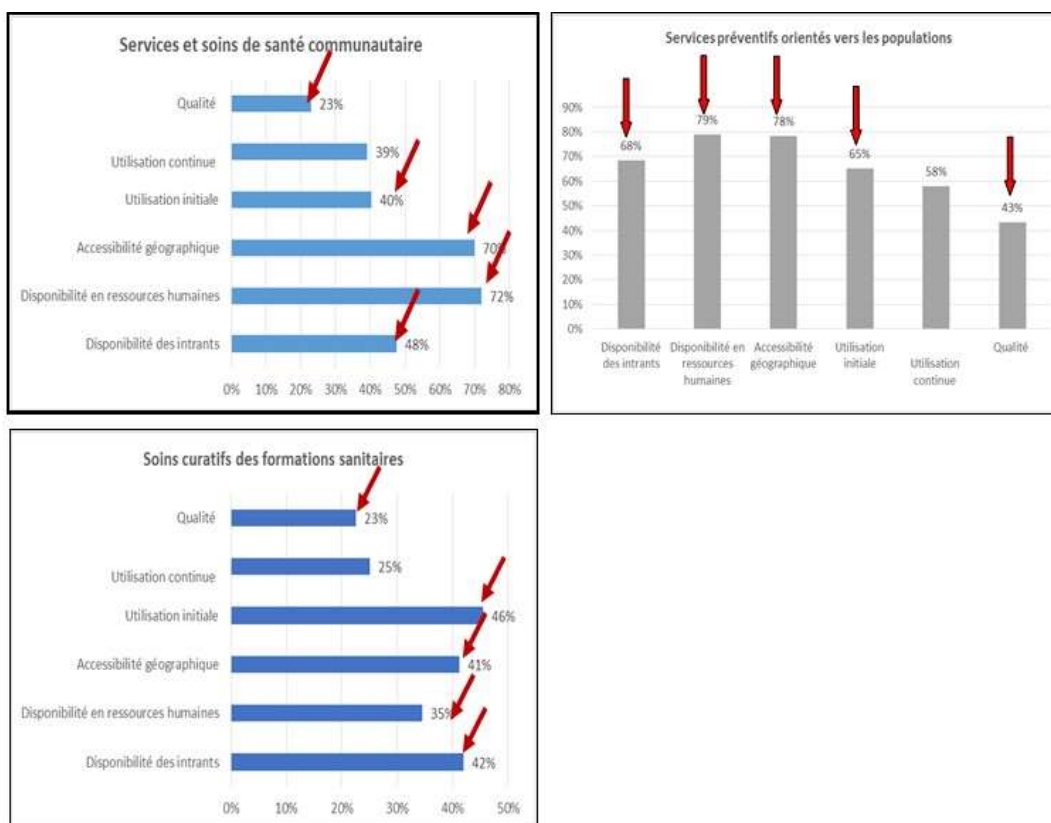
La représentation graphique des déterminants facilitant l'identification des goulots d'étranglement, sert de base à la discussion pour identifier les contraintes et choisir des stratégies correctrices.

Cette analyse est ainsi faite pour les trois modes de prestations de services d'un système de santé :

- santé communautaire et familiale ;
- soins préventifs populationnels en stratégies avancées ;
- soins cliniques curatifs.

Pour chacun des trois modes de prestations de services, quatre interventions spécifiques au mode de provision sont utilisées pour représenter sa performance (principe d'intervention traceuse).

Les graphiques ci-dessous présentent un résumé des résultats de l'analyse des goulots d'étranglement du système de santé du Togo.



Sources : Ministère de la Santé et de la Protection Sociale (Base line, 2016), Togo

Annexe 3 : Coûts des médicaments et des fournitures (millions de F CFA)

Médicaments, produits et fournitures (F CFA)	2017	2018	2019	2020	2021	2022	Total
Anti-paludique : Médicaments et fournitures	2 857	2 967	3 075	3 181	3 284	3 383	18 748
Santé infantile : Médicaments et fournitures	535	580	619	651	676	694	3 756
Produits contraceptifs	2 821	2 902	2 987	3 077	3 166	3 257	18 211
VIH/SIDA : Médicaments et fournitures	1 617	1 967	2 316	2 676	3 048	3 442	15 066
Tuberculose : Médicaments et fournitures	539	656	772	892	1 016	1 147	5 022
Vaccins	1 724	1 677	1 619	1 550	1 469	1 378	9 418
<i>Equipement, meubles et véhicules</i>	<i>4 678</i>	<i>4 854</i>	<i>5 027</i>	<i>5 195</i>	<i>5 357</i>	<i>5 513</i>	<i>30 625</i>
MII	153	173	190	204	215	224	1 159
Fournitures de santé maternelle	14 211	14 835	15 443	16 033	16 604	17 155	94 281
Fournitures de nutrition	205	209	213	214	215	215	1 271
Tous les autres médicaments et fournitures	4 770	5 259	5 764	6 292	6 880	7 477	36 442
Total des médicaments et des fournitures (millions de F CFA)	36 129	38 099	40 044	41 985	43 952	45 907	233 998

Annexe 4 : Estimation de quantités de médicaments nécessaires

Médicaments nécessaires	2 017	2 018	2 019	2 020	2 021	2 022	Total
Abacavir (ABC), tablet, 300 mg	31 731	402 315	491 545	587 567	691 114	804 658	3 008 930
Acetyl salysilic acid (aspirin), tablet, 75 mg	1 190 871	1 974 244	2 813 135	3 710 676	4 670 499	5 696 673	20 056 098
Albendazole, tablet, 400 mg	5 423 388	5 611 840	5 798 766	5 983 538	6 165 038	6 339 326	35 321 896
Amitriptyline, 50 mg tab	11 458 054	12 474 839	13 562 765	14 723 579	15 959 953	17 275 623	85 454 813
Amlodipine, tablet, 10 mg	851 232	987 908	1 129 312	1 274 842	1 425 115	1 579 342	7 247 751
Amoxicillin, caplet, 250 mg	1 083 793	1 227 186	1 371 129	1 511 282	1 652 453	1 789 087	8 634 930
Amoxicillin, powder/oral suspension, 125 mg/5 ml	851 230	987 908	1 129 312	1 274 842	1 425 115	1 579 342	7 247 759
Ampicillin, powder for injection, 500 mg, vial	929 366	959 569	981 111	993 967	997 269	990 373	5 851 655
Artemether + Lumefantrine, tablets, 20 + 120 mg, 6 x 1 blister	19 053	19 486	1 993	20 391	20 838	21 284	103 045
Artesunate + Amodiaquine, tablets, 50 mg + 153 mg, 3 + 3 blister	85 718 948	89 016 185	92 259 766	95 431 800	98 514 692	101 490 513	562 431 904
Artusenate, 20 mg/ml, 1 ml ampoule	612	845	1 058	124	1 382	1 489	5 510
Atenolol, tablets, 50 mg	3 804 691	5 211 656	6 704 459	8 285 609	9 960 525	11 732 542	45 699 482
Atropine sulphate, injection, 1 mg in 1 ml ampoule	19 053	19 486	1 993	20 391	20 838	21 284	103 045
Auramine O, 50g (bottle)	2 899	2 924	2 948	2 972	307	3 099	15 149
AZT (60 mg) + 3TC (30 mg) + NVP (50 mg)	899 254	859 951	801 293	732 671	650 582	588 986	4 532 737
AZT + 3TC + NVP	214 263	204 898	190 922	174 571	155 012	140 336	1 080 002
AZT 10 mg/ml + 3TC 10 mg/ml + LPV/r (80 + 20 mg/ml)	64 928	6 209	57 855	529	46 973	42 526	219 020
Benzathine benzylpenicillin, powder for injection, 2.4 million IU	24 482	29 349	33 663	37 374	40 409	42 731	208 008
Cefazolin, ampoule, 500 mg	4 963	4 878	47 693	4 639	44 846	43 052	150 071
Ceftriaxone, powder for injection, 250 ml vial	367	507	635	744	829	894	3 976
Cephalotin, 100 ml vial	500	679	833	961	1 059	1 126	5 158
Ciprofloxacin, 250 mg / 5 ml	61	84	106	124	138	149	662
Ciprofloxacin, tablet, 250 mg	50 209	59 459	68 811	77 648	87 192	96 436	439 755
Cloxacillin	306	422	529	620	691	745	3 313
Dexamethasone, 1 ml injection, 4 mg/ml	42 771	62 687	80 918	97 274	111 492	123 333	518 475

Diazepam, injection, 5 mg/ml, in 2 ml ampoule	18 107	18 721	19 331	1 994	20 517	21 073	99 743
Didanosine(ddl), capsule, 400 or 250 mg	563 916	714 984	873 562	1 044 209	1 228 229	1 430 017	5 854 917
Efavirenz (EFV), tablet, 600 mg	4 047 136	4 931 279	5 796 340	6 672 399	7 565 144	8 497 784	37 510 082
Enalapril, tablet, 20 mg	3 419 409	4 499 878	5 642 159	6 847 279	8 119 098	9 459 022	37 986 845
Epinephrine, ampoule, 1 mg/ml	8 133	8 027	7 879	7 693	7 464	7 191	46 387
Erythromicine solution 125 mg/ml	306	422	529	620	691	745	3 313
Erythromycine, tablet, 250 mg	413 868	413 288	409 082	401 328	389 776	374 173	2 401 515
Ferrous Salt + Folic Acid, tablet, 200 + 0.25 mg	6 944 624	7 687 201	8 279 899	8 716 195	8 983 885	9 069 980	49 681 784
Ferrous Salt + Folic Acid, tablet, 60 + 0.4 mg	1 665 266	1 684 999	1 692 717	1 688 780	1 671 890	2 877 323	11 280 975
Ferrous salt, tablets, 60 mg	10 477 565	11 257 020	11 995 011	12 670 823	13 267 834	13 771 413	73 439 666
Fluconazole 2 mg/ml	612	845	1 058	124	1 382	1 489	5 510
Fluoxetine, 20 mg tab	22 916 107	24 949 679	27 125 530	29 447 158	31 919 906	34 551 246	170 909 626
Folic acid, tablet, 5 mg	612	845	1 058	124	1 382	1 489	5 510
Furosemide inj 10mg/ml 2ml amp	367	507	635	744	829	894	3 976
Gentamicin inj 10 mg/ml 2 ml amp	13 219	15 205	17 276	19 362	21 553	2 376	88 991
Gentamicine eye drops 0.3%/5ml	49	68	85	99	111	119	531
Gentamycine, injection, 40 mg/ml in 2 ml vial	343 856	351 585	356 123	357 462	355 277	349 368	2 113 671
Hydralazine, powder for injection, 20 mg ampoule	3 253	4 514	5 652	6 658	7 518	8 218	35 813
Iodized oil, 200 mg caplet	618 192	615 672	609 029	598 882	58 491	566 873	3 067 139
Iron syrup, 20 mg/ml	5 612 981	6 030 547	6 425 899	6 787 941	7 107 768	7 377 543	39 342 679
Ivermectine	6 672 992	6 889 721	7 111 568	7 338 944	7 570 581	7 795 911	43 379 717
Ketamine, 10 ml vial, 50 mg/ml	2 481	2 439	2 385	232	2 242	2 153	11 932
Lamivudine (3TC), tablet, 150 mg	20 921 321	25 582 013	30 176 956	34 862 843	39 670 739	44 724 366	195 938 238
Lopinavir/ritonavir (LPV/r), tablet, 200/50 mg	6 898 054	8 745 987	10 685 769	12 773 196	15 024 208	17 492 562	71 619 776
Magnesium sulfate, injection, 500 mg/ml in 10-ml ampoule	15 049	16 572	17 884	18 958	19 756	20 275	108 494
Mebendazole, chewable tablet, 500 mg	444 286	45 544	466 028	476 213	485 801	492 704	2 410 576
Methylated ethanol for spirit lamps, bottle of 2.5 L	2 899	2 924	2 948	2 972	307	3 099	15 149
Methylene blue, 100g (bottle)	2 899	2 924	2 948	2 972	307	3	12 053
Methylergometriline, Injection 0.2 mg/ml, 1 ml amp	305	401	504	615	734	862	3 421

Metronidazole, injection, 500 mg in 100 ml vial	175 484	182 244	187 237	190 445	191 678	191	927 279
Metronidazole, oral solution 200 mg/5 ml	61	84	106	124	138	149	662
Nevirapine (NVP), tablet, 200 mg	12 222 756	14 892 959	17 505 530	20 151 314	22 847 495	25 664 162	113 284 216
Nevirapine, oral solution, 10 mg/ml	1 303	1 158	1 046	944	851	765	6 067
Nevirapine, tablet, 200 mg	1 086	965	871	787	709	638	5 056
Nifedipine	28 514	41 791	53 946	64 849	74 328	82 222	345 650
Oxytocin, injection, 10 IU in 1 ml ampoule	270 952	285 079	296 291	304 558	309 567	311 097	1 777 544
Paracetamol, tablet, 100 mg	770 244	885 038	1 004 741	1 125 282	1 251 921	1 379 466	6 416 692
Paracetamol, tablet, 500 mg	3 072 396	3 278 425	3 455 099	3 601 150	3 712 595	3 786 841	20 906 506
Paraffin compress	245	338	423	496	553	596	2 651
Permethrin shampoo/sol. 1%, 100ml bottle	245	338	423	496	553	596	2 651
Permetrine cream 5%	245	338	423	496	553	596	2 651
Pethidine, 50 mg/ml, 2 ml ampoule	26 903	27 331	27 561	27 599	27 423	27 021	163 838
Phenol crystals colourless, 5Kg	2 899	2 924	2 948	2 972	307	3 099	15 149
Potassium permanganate, 250g (bottle)	2 899	2 924	2 948	2 972	307	3 099	15 149
Praziquantel, 600 mg	698 099	715 086	731 086	746 367	760 628	770 663	4 421 929
Prednisolone, tablet, 5 mg	223 824	339 751	46 367	595 965	737 307	888 191	2 831 405
Procaine benzylpenicillin, powder for injection, 1 g (= 1 million IU) in vial	13 202	13 506	1 365	13 633	13 444	1 307	56 457
Pyrantel 125 mg tablet	367	507	635	744	829	894	3 976
ReSoMal, 42 g sachet for 1 liter	245	338	423	496	553	596	2 651
Salbutamol, syrup, 2 mg/5 ml	80 329	92 305	104 793	117 369	13 058	143 887	551 741
Salbutamol, tablet, 4 mg	77 024	88 504	100 474	112 528	125 192	137 947	641 669
Sodium chloride, injectable solution, 0,9 %, 500 ml	104 146	127 705	14 851	166 354	180 908	191 869	785 833
Stavudine (d4T), capsule, 40 mg	8 614 123	10 499 558	12 345 682	14 216 568	16 124 390	18 118 693	79 919 014
Sulfamethoxazole + trimethropin, oral suspension, 240 mg, 100 ml	33 628	36 838	3 849	38 697	37 515	35 015	185 542
Sulfamethoxazole + trimethropin, tablet 400 mg + 80 mg	1 224 386	1 353 891	1 456 837	1 533 531	1 582 783	1 603 879	8 755 307
Sulfamethoxazole + trimethropin, tablet, 100 mg + 20 mg	612	845	10 579	124	13 819	14 894	40 873
Tenofovir (TDF), tablet, 300 mg	2 024 817	2 499 895	2 977 365	3 472 713	3 989 383	4 540 349	19 504 522

Tenofovir (TDF)/Emtricitabine (FTC), tablet, 300/200 mg	811 889	999 229	1 186 379	1 379 505	1 579 932	1 792 730	7 749 664
Tetracycline eye ointment, 1 %, tube 5 mg	3 959	3 985	3 971	3 918	3 822	368	20 023
Tetracycline, tablet, 500 mg	4 073	5 345	672	8 205	9 793	11 491	39 579
Therapeutic spread, sachet 92g/CAR-150	88 123	121 679	152 342	17 856	198 989	214 479	793 468
Vaginal Foaming Tablet, Neo Sampooon, tube of 20 tablets	110 064	11 322	116 531	120 024	123 508	127 068	608 517
Vitamin A, caplet, 100,000 IU	18 263 514	18 296 297	18 222 577	18 045 773	17 751 713	17 333 623	107 913 497
Vitamin A, caplet, 200,000 IU	2 938 978	2 976 884	2 976 059	2 930 701	2 839 594	2 725 941	17 388 157
Vitamin A, caplet, 50,000 IU	29 511	31 424	33 062	344	35 419	36 099	165 859
Water for injection, 10 ml ampoule	436 266	433 439	428 135	420 511	410 299	39 738	2 168 388
Zidovudine (AZT), capsule, 300 mg	10 302 499	12 356 175	14 416 322	16 539 257	18 738 658	21 071 444	93 424 355
Zinc oxide ointment, 10%	612	845	1 058	124	1 382	1 489	5 510
Zinc, tablet, 20 mg	546 868	1 065 154	1 574 153	2 063 515	2 568 016	3 062 478	10 880 184

Annexe 5 : Calendrier des activités de Suivi et Evaluation du PNDS

		2017	2018	2019	2020	2021	2022	
Activités S&E	Enquêtes/Etudes	<ul style="list-style-type: none"> - Enquête SARA - Enquête STEPS - Enquête CAP VIH/Dangers liés à la grossesse - Enquête couverture utilisation moustiquaires imprégnées - Enquêtes nutritionnelles - Enquêtes de prévalence contraceptive 	-					Enquête d'évaluation de la satisfaction des populations
	Systèmes de suivi	- Monitoring semestriel des districts	- Monitoring semestriel des districts	- Monitoring semestriel des districts	- Monitoring semestriel des districts	- Monitoring semestriel des districts	- Monitoring semestriel des districts	- Monitoring semestriel des districts
	Evaluations	-	-	- Evaluations mi-parcours du PNDS	-	-	-	- Evaluations finale du PNDS
	Reuves	<ul style="list-style-type: none"> - Revue semestrielle de régions - Revue annuelle du secteur 	<ul style="list-style-type: none"> - Revue semestrielle de régions - Revue annuelle du secteur 	<ul style="list-style-type: none"> - Revue semestrielle de régions - Revue annuelle du secteur 	<ul style="list-style-type: none"> - Revue semestrielle de régions - Revue annuelle du secteur 	<ul style="list-style-type: none"> - Revue semestrielle de régions - Revue annuelle du secteur 	<ul style="list-style-type: none"> - Revue semestrielle de régions - Revue annuelle du secteur 	<ul style="list-style-type: none"> - Revue semestrielle de régions - Revue annuelle du secteur
	Activités d'appui	- Missions de supervision	-	-	-	-	-	-
Références de Planification	Grandes étapes de l'évaluation finale du PNDS	-	-	-	-	-	-	
	Renforcement des capacités en S&E	<ul style="list-style-type: none"> - Formation en GAR - Formation en planification S&E - Formation en SISE 	-	-	-	-	-	
	Utilisation de l'information	-	-	-	-	-	-	

MINISTRE DE LA SANTE ET DE
LA PROTECTION SOCIALE

REPUBLIQUE TOGOLAISE
Travail - Liberté - Patrie

CABINET

SECRETARIAT GENERAL

DIRECTION GENERALE DES ETUDES, DE LA
PLANIFICATION ET DE L'INFORMATION SANITAIRE

ARRETE N° 090/2016/MSPS/CAB/SG/DGEPIS

Portant création, attributions et composition du Comité Technique du Plan National de Développement Sanitaire (PNDS) 2016-2022

LE MINISTRE DE LA SANTE ET DE LA PROTECTION SOCIALE

Vu le décret n°2011-178/PR du 07 décembre 2011, fixant les principes généraux d'organisation des départements ministériels ;

Vu le décret n°2012-004/PR du 29 février 2012, relatif aux attributions des ministres d'Etat et ministres ;

Vu le décret n°2012-006/PR du 07 mars 2012 portant organisation des départements ministériels ;

Vu le décret n°2015-048/PR du 28 juin 2015 portant composition du Gouvernement ;

Vu l'arrêté n° 0021/2013/MS/CAB/SG du 27 février 2013 portant organisation du ministère de la santé.

ARRETE :

Article 1^{er} : Il est créé au Ministère de la Santé et de la Protection Sociale, dans le cadre de l'élaboration du Plan National de Développement Sanitaire (PNDS) 2016-2022, un **Comité Technique**.

Article 2 : Le Comité Technique est chargé d'assurer le suivi du processus d'élaboration du Plan National de Développement Sanitaire (PNDS) 2016-2022. Il a pour tâches de :

- examiner les rapports du comité de rédaction, ainsi que les versions provisoires des documents clés ;
- procéder aux amendements ;
- formuler des recommandations afin d'améliorer la qualité des rapports ;
- valider les rapports.

Article 3 : Le comité technique est composé comme suit :

Président : Professeur Gado Agarassi NAPO-KOURA, Secrétaire Général du Ministère de la Santé et de la Protection Sociale,

Membres :

1. **Dr TCHAMDJA Potougnima**, Conseiller Technique, Ministère de la santé et de la Protection Sociale ;
2. **Professeur VOVOR Ahoefa**, Directrice Générale des Etudes, de la Planification et de l'Information Sanitaire, Ministère de la santé et de la Protection Sociale ;
3. **Mr. BIGNANDI Palakimyem**, Directeur Général de la Protection Sociale, Ministère de la santé et de la Protection Sociale ;
4. **Mr. BAMBAAH Djerkbary**, Directeur Général de la Planification et du Développement, Ministère de la Planification du Développement ;
5. **Mr. KAMAGA Paul**, Secrétaire Technique DSRP, Ministère de la Planification du Développement ;
6. **Mr. KPOGO Yao**, Directeur Général de l'Action Sociale, Ministère de l'Action Sociale, de la Promotion de la Femme et de l'Alphabétisation ;
7. **Mr. AWUNOR Komlan Mensah**, Directeur Général, Ministère de la Fonction Publique, du Travail et de la Réforme Administrative ;
8. **Mr. N'GUSSAN Kokou**, Directeur Général de l'Institut National de la Statistique, des Etudes Economiques et Démographiques (INSEED) ;
9. **Mr. DOEVI Abbékoué**, Directeur Général de la mobilisation de l'aide et du partenariat, Ministère de l'Economie, des Finances et de la Planification du Développement ;
10. **Mr. PANIAH Kofi**, Directeur du Contrôle Financier, Ministère de l'Economie, des Finances et de la Planification du Développement ;
11. **Mr. AMLALO Mensah Sédo**, Directeur de la décentralisation, Ministère de l'Administration Territoriale, de la Décentralisation et des Collectivités Locales ;
12. **Professeur BALOGOU Agnon**, Enseignant-chercheur à la Faculté des Sciences de la Santé, Université de Lomé ;
13. **Mr. GBETOGLO Dodji**, Expert en recherche, enseignant et formateur URD ;
14. **Mr. DJENDA Abeyeta**, Directeur Exécutif de l'Union des ONG du Togo (UONGTO) ;
15. **Mr. AGBISSO Wanata**, Directeur du Développement Communautaire, Ministère du Développement à la Base de l'Artisanat, de la Jeunesse et de l'Emploi des Jeunes ;
16. **Dr FIADJOE Moïse**, Plateforme du Secteur Privé de Soins au Togo ;
17. **Un Représentant du PNUD ;**
18. **Un Représentant de l'UNICEF ;**
19. **Un Représentant de l'UNFPA ;**
20. **Un Représentant de l'OMS ;**
21. **Un Représentant de l'ONUSIDA ;**
22. **Un Représentant du Plan International-Togo ;**
23. **Un Représentant de l'AFD.**

Article 4 : Le comité se réunit une fois par mois et chaque fois que de besoin sur convocation de son président.

Article 5 : Le comité technique bénéficie du soutien administratif de la Direction Générale des Etudes, de la Planification et de l'Information Sanitaire (DGEPIIS) lors de ses sessions de travail et peut faire appel à toute personne ressource dont les compétences sont jugées nécessaires pour l'éclairer sur une question spécifique.

Article 6 : Le présent arrêté qui prend effet à compter de sa date de signature sera communiqué partout où besoin sera.

Lomé, le **22 JUIN 2016**

**Professeur
Moustafa MIJIYAWA**

SIGNE

AMPLIATIONS :

MS/CAB	1
SG	1
MASPFA	1
MEFPD	1
MDBAJEJ	1
MFPTRA	1
MATDCL	1
DGEPIIS	1
Intéressés	23

Pour Ampliations
Le Secrétaire Général



Professeur NAPO-KOURA Gado Agarassi

MINISTERE DE LA SANTE ET DE
LA PROTECTION SOCIALE

REPUBLICQUE TOGOLAISE
Travail - Liberté - Patrie

CABINET

SECRETARIAT GENERAL *R,0 f*

DIRECTION GENERALE DES ETUDES, DE LA
PLANIFICATION ET DE L'INFORMATION SANITAIRE *PDNE*

ARRETE N° 089 /2016/MSPS/CAB/SG/DGEPIS
Portant création, attributions et composition du Comité de rédaction du Plan National
de Développement Sanitaire (PNDS) 2016-2022

LE MINISTRE DE LA SANTE ET DE LA PROTECTION SOCIALE

Vu le décret n°2011-178/PR du 07 décembre 2011, fixant les principes généraux
d'organisation des départements ministériels ;

Vu le décret n°2012-004/PR du 29 février 2012, relatif aux attributions des ministres d'Etat et
ministres ;

Vu le décret n°2012-006/PR du 07 mars 2012 portant organisation des départements
ministériels;

Vu le décret n°2015-048/PR du 28 juin 2015 portant composition du Gouvernement ;

Vu l'arrêté n° 0021/2013/MS/CAB/SG du 27 février 2013 portant organisation du ministère de
la santé.

ARRETE :

Article 1^{er} : Il est créé au Ministère de la Santé et de la Protection Sociale, un **comité de
rédaction** du Plan National de Développement Sanitaire (PNDS) 2016-2022.

Article 2 : Le Comité de rédaction a pour tâches de :

- rédiger l'analyse de la situation ;
- définir les axes prioritaires du PNDS 2016-2022 ;
- définir le cadre logique des résultats ;
- définir les stratégies, interventions prioritaires et réformes du secteur ;
- faire la revue des dépenses et le cadrage macroéconomique ;
- élaborer le CDMT 2016-2018 et le schéma de financement du PNDS 2016-2022 ;
- définir les modalités de mise en œuvre et de suivi-évaluation (y compris les conditions
de succès, la gestion des risques et les réformes nécessaires).

Article 3 : Le comité de rédaction est composé comme suit :

Président : **Professeur VOVOR Ahoefa**, Directrice Générale des Etudes, de la Planification
et de l'Information Sanitaire, Ministère de la santé et de la protection sociale.

MSPS/DGEPIS Tel. : 22 21 38 01 Email : dgepis_dgepismsps@yahoo.fr BP : 386

Membres :

1. **Mr. BAKUSA Dankom**, Chef division de la Planification et de la Carte Sanitaire à la DGEPIIS ;
2. **Mr. KOUASSI Koame**, Chef Division des Etudes et Recherche à la DGEPIIS ;
3. **Dr WOTOBE Kokou**, Chef Division Programmation et Coopération à la DGEPIIS ;
4. **Dr TCHANILEY Ganiou**, Chef Division des Informations Sanitaires à la DGEPIIS ;
5. **Mr. BOULOUFEI Manzama Ezzo**, Chef Division Formation et Renforcement de Capacité du personnel à la DRH ;
6. **Mr. OURO-NILE Nassirou**, Chef Division des Technologies de l'Information et de la Communication à la DGEPIIS ;
7. **Mr. BOMBOMA Laré Namiyete**, Coordonnateur Adjoint RSS-GAVI ;
8. **Mr. ISSA Aboubakar**, Chargé du financement/comptes de la santé, DGEPIIS ;
9. **Mr. ZIGAN Mawunyon**, Chargé du PNDS/ODD/SCAPE à la DGEPIIS ;
10. **Mme KPELLE Essi Dogbéda**, Sociologue, DGEPIIS ;
11. **Mr. KONDO-KAO Kokou**, Chargé du PNDS/ODD/SCAPE à la DGEPIIS;
12. **Mr. KAWELE Bouzoum**, Chargé du PNDS/ODD/SCAPE à la DGEPIIS
13. **Mme ABIDJI Sika**, Comptable gestionnaire au PASMIN ;
14. **Mme AGBETROBOU Mawuena A.** à la DAC ;
15. **M. MOSSIYAMBA Sewédé**, Suivi-évaluation à l'UGP;
16. **Dr TCHAMDJA Kpatcha**, DPLET;
17. **Dr DEGBEY Yawo**, DESR ;
18. **Mr. SOSSAH Wadagni Rémi**, Point focal OOAS;
19. **Mr. SALAKA Kao Tanang**, DSC/MTN/Chargé S&E;
20. **Mme ISSIFOU Alima**, Secrétariat technique DSRP
21. **Mr. ALASSANI Fousséni**, Ministère de l'Economie, des Finances et de la Planification du Développement/Chargé d'études
22. **Dr DRAVE Mamadou**, Senior Expert, Programme de Partenariat UE-OMS ;
23. **Dr PEKELE Minzah**, MPN OMS Togo;
24. **Mr. SALAMI Machikourou**, Consultant national, Programme de Partenariat UE-OMS;
25. **Mr. ETOUDJI Albert**, Chargé du Suivi-évaluation, UNFPA ;
26. **Dr YEBADOKPO Sourou André**, Expert Santé Maternelle, UNFPA ;
27. **Dr AFANOU Akouété** ; Conseiller Santé, UNICEF.

Article 4 : Le comité se réunit deux fois par semaine et chaque fois que de besoin sur convocation de son président.

Article 5 : Le comité de rédaction bénéficie du soutien administratif de la Direction Générale des Etudes, de la Planification et de l'Information Sanitaire (DGEPIS) lors de ses sessions de travail et peut faire appel à toute personne ressource dont les compétences sont jugées nécessaires pour l'éclairer sur une question spécifique.

Article 6 : Le présent arrêté qui prend effet à compter de sa date de signature sera communiqué partout où besoin sera.

Lomé, le **22 JUIN 2016**

**Professeur
Moustafa MIJIYAWA**

AMPLIATIONS :

MS/CAB	1
SG	1
OMS	1
UNICEF	1
UNFPA	1
MEFDP	1
MATDCL	1
DGEPIS	1
ST-DSRP	1
UGP	1
Intéressés	27

SIGNE

Pour Ampliations
Le Secrétaire Général



Professeur NAPO-KOURA Gado Agarassi

Annexe 8 : Liste des membres de l'Equipe restreinte de rédaction du PNDS 2017-2022

N°	Noms & prénoms	Tel.	Email
Ministère de la Santé et de la Protection Sociale			
1	Pr VOVOR Ahoéfa	90 19 48 89	avovor@yahoo.fr
2	Dr WOTOBE Kokou	90 30 43 10	wotobemarin@yahoo.fr
3	Mr ISSA Aboubakar	90 00 63 90	sadiktoure@yahoo.fr
4	Mr ZIGAN Mawunyo	90 95 65 94	mawunyozigan@yahoo.fr
5	Mme ISSIFOU Alima	90 72 55 52	Issifou04@gmail.com
Organisation Mondiale de la Santé (OMS) / Bureau du Togo			
6	Dr DRAVE Mamadou	97 32 04 04	dravem@who.int
7	Dr PEKELE Minzah	99 13 22 54	pekelem@who.int
8	Mr SALAMI Machikourou	90 04 32 74	salami@yahoo.com