

REPUBLIQUE TOGOLAISE
Travail – Liberté – Patrie



RÉPUBLIQUE TOGOLAISE

**MINISTRE DE LA SANTE, DE L'HYGIENE PUBLIQUE ET DE
L'ACCES UNIVERSEL AUX SOINS**

POLITIQUE NATIONALE DE SANTE Horizon 2030

Validée le 18 janvier 2023

TABLE DES MATIERES

SIGLES ET ACRONYMES	4
Introduction	6
1. Contexte général du Togo.....	7
1.1. Aspects géographiques et démographiques.....	7
1.2. Aspects socio-économiques	7
1.3. Organisation administrative.....	7
1.4. Organisation du système de santé.....	7
1.4.1. Politique sanitaire.....	7
1.4.2. Organisation générale du ministère chargé de la santé.....	8
1.4.3. Organisation de l'offre de soins.....	8
1.5. Profil épidémiologique et programmes prioritaires de santé publique	8
2. Analyse de la situation sanitaire.....	9
2.1. Etat de santé de la population.....	9
2.1.1. Morbidités, mortalités générales et espérance de vie.....	9
2.1.1.1. Espérance de vie à la naissance	9
2.1.1.2. Indicateurs de mortalités générales	9
2.1.1.3. Profil général de la morbidité	9
2.1.2. Santé de la mère.....	10
2.1.3. Santé du nouveau-né et de l'enfant	10
2.1.4. Santé des adolescents et des jeunes	10
2.1.5. Santé des personnes âgées	10
2.1.6. Santé des travailleurs.....	10
2.2. Déterminants de la santé	11
2.2.1. Sources d'approvisionnement en eau de boisson et assainissement de base	11
2.2.2. Autres déterminants de la santé	11
2.3. Performances du système de santé.....	12
2.3.1. Santé tout au long du cycle de vie	12
2.3.2. Lutte contre les maladies et les déterminants sociaux de la santé	12
2.3.3. Sécurité sanitaire et urgences de santé publique	13
2.3.4. Système de santé et couverture sanitaire universelle y compris santé communautaire.....	13
2.3.4.1. Gouvernance et pilotage du système de santé	13
2.3.4.2. Ressources humaines pour la santé	13
2.3.4.3. Financement de la santé	14
2.3.4.4. Médicaments et autres produits de santé	14
2.3.4.5. Laboratoire de biologie médicale	14
2.3.4.6. Offre de soins et services de santé	15
2.3.4.7. Santé communautaire	15
2.3.4.8. Système national d'information sanitaire	15
2.3.4.9. Recherche en santé	15
2.4. Analyse diagnostique du système national de santé du Togo en 2022.....	16
2.4.1. Analyse des forces du système national de santé du Togo en 2022.....	16
2.4.1.1. Forces structurelles et organisationnelles.....	16
2.4.1.2. Forces de l'offre de soins et services de santé	16
2.4.2. Analyse des faiblesses du système national de santé du Togo en 2022.....	17
2.4.2.1. Faiblesses structurelles et organisationnelles.....	17
2.4.2.2. Faiblesses de l'offre de soins	17
2.4.3. Analyse des opportunités et menaces du système national de santé du Togo en 2022	18
2.4.3.1. Principales opportunités du système de santé.....	18
2.4.3.2. Principales menaces du système de santé.....	18
2.4.4. Défis majeurs du système national de santé	18
2.4.4.1. Défis relatifs à la santé tout le long du cycle de vie	18
2.4.4.2. Défis relatifs à la lutte contre les maladies et les déterminants sociaux de la santé.....	18
2.4.4.3. Défis relatifs à la sécurité sanitaire et urgences de santé publique	19
2.4.4.4. Défis relatifs au système de santé, couverture sanitaire universelle et santé communautaire	19
2.4.4.5. Synthèse des défis majeurs du système de santé	20

3.	Cadre stratégique de la politique nationale de santé	21
3.1.	Cadres de référence de la politique nationale de santé	21
3.1.1.	Engagements internationaux	21
3.1.2.	Engagements régionaux	21
3.1.3.	Engagements sous-régionaux	21
3.1.4.	Références nationales	22
3.2.	Valeurs et principes de la politique nationale de santé	22
3.2.1.	Valeurs	22
3.2.2.	Principes directeurs.....	23
3.3.	Vision de la politique nationale de santé.....	23
3.4.	But de la politique nationale de santé	24
3.5.	Orientations stratégiques de la politique nationale de santé.....	24
4.	Cadre de mise en œuvre et de suivi-évaluation de la politique nationale de santé	29
4.1.	Cadre de mise en œuvre	29
4.1.1.	Organisation du système de santé.....	29
4.1.2.	Paquet d'interventions.....	29
4.1.3.	Système de référence et contre-référence.....	29
4.1.4.	Approche sectorielle.....	30
4.1.5.	Partenariats.....	30
4.2.	Mécanisme de financement de la politique nationale de santé.....	30
4.2.1.	Sources de financement	30
4.2.2.	Financements innovants	30
4.2.3.	Mécanisme de gestion des ressources mobilisées.....	31
4.3.	Cadre de suivi évaluation de la politique nationale de santé	31
4.3.1.	Dispositif de suivi et évaluation	31
4.3.2.	Mécanisme de suivi et évaluation	31
5.	Réformes, analyse et gestion des risques	32
5.1.	Pistes de réformes de la politique nationale de santé.....	32
5.2.	Analyse des risques et mesures d'atténuation.....	32
5.3.	Conditions de succès de la mise en œuvre de la politique nationale de santé.....	32
	Conclusion.....	33
	Annexe : Cadre de résultats de la politique nationale de santé	34

SIGLES ET ACRONYMES

AFD	: Agence Française de Développement
ARC	: Africa Resource Centre
ARV	: Anti-Retro-Viraux
ASC	: Agent de Santé Communautaire
BAD	: Banque Africaine de Développement
BID	: Banque Islamique de Développement
BIT	: Bureau International du Travail
BM	: Banque Mondiale
CAMEG	: Centrale d'Achat des Médicaments Essentiels et Génériques
CCIA	: Comité de Coordination Inter-Agences
CCM	: Country Coordination Mechanism
CDMT	: Cadre de Dépenses à Moyen Terme
CHR	: Centre Hospitalier Régional
CHU	: Centre Hospitalier Universitaire
CNC-SS	: Comité national de Coordination du Secteur de la Santé
COGES	: Comité de Gestion
COUSP	: Centre des Opérations d'Urgence de Santé Publique
CPN	: Consultation Pré Natale
CRT	: Croix-Rouge Togolaise
CSU	: Couverture Sanitaire Universelle
DBC	: Distribution à Base Communautaire
DESR	: Direction des Etablissements de Soins et de Réadaptation
DGAS	: Direction Générale de l'Action Sanitaire
DHAW	: Association Allemande de Lutte contre la Lèpre et la Tuberculose
DHIS-2	: District Health Information System version 2
DPML	: Direction de la Pharmacie, du Médicament et des Laboratoires
DPS	: Direction Préfectorale de la Santé
DSME	: Direction de la Santé de la Mère et de l'Enfant
ECD	: Equipe Cadre de District
ECR	: Equipe Cadre Régionale
EDST	: Enquête Démographique et de Santé -Togo
EPI	: Équipement de Protection Individuelle
FDAL	: Fin de la Défecation à l'Air Libre
FHI 360	: Family Health International
FMSTP	: Fonds Mondial de Lutte contre le Sida, la Tuberculose et le Paludisme
FS	: Formation Sanitaire
FVH	: Fièvre virale hémorragique
GAVI	: Alliance mondiale pour les Vaccins et l'Immunisation
GIZ	: Agence allemande de coopération technique
GSK	: Glaxo Smith Kline
HI	: Handicap International
HTA	: Hyper Tension Artérielle
IHP+	: Partenariat International pour la Santé et Initiatives associées (International Health Partnership)
INAM	: Institut National d'Assurance Maladie
INSEED	: Institut National de la Statistique, des Etudes Economiques et Démographiques
JSE	: Journées de santé de l'enfant
KFW	: Kreditanstalt für Wiederaufbau (institution bancaire de droit public allemande)
LBM	: Laboratoire de Biologie médicale
MAS	: Malnutrition Aigüe Sévère
MCV	: Maladies Cardio-Vasculaires
MEG	: Médicament Essentiel et Générique
MICS	: Enquête par Grappe à Indicateurs Multiples
MID	: Moustiquaire à Imprégnation Durable
MNT	: Maladies Non Transmissibles
MPE	: Maladie à Potentiel Epidémique
MRC	: Maladies Respiratoires Chroniques
MTN	: Maladies Tropicales Négligées
OMS	: Organisation Mondiale de la Santé

OOAS	: Organisation Ouest Africaine de la Santé
PCI	: Prévention et Contrôle de l'Infection
PCIMNE	: Prise en Charge Intégrée des Maladies du Nouveau-né et de l'Enfant
PCIMNE-C	: Prise en Charge Intégrée des Maladies du Nouveau-né et de l'Enfant au niveau Communautaire
PEV	: Programme Elargi de Vaccination
PIB	: Produit Intérieur Brut
PITR/RBC	: Programme des Incapacités, Traumatismes et Réadaptations à Base Communautaire
PMT	: Praticien de la Médecine Traditionnelle
PNAPP	: Programme National des Addictions aux Produits Psychoactifs
PND	: Plan National de Développement Sanitaire
PNLMC	: Programme National de Lutte contre les Maladies Chroniques
PNLP	: Programme National de Lutte contre le Paludisme
PNLS-HV-IST	: Programme National de Lutte contre le Sida, les Hépatites Virales et les Infections Sexuellement Transmissibles
PNLT	: Programme national de lutte contre la Tuberculose
PNS	: Politique Nationale de Santé
PNUD	: Programme des Nations Unies pour le Développement
PTF	: Partenaires Techniques et Financiers
PTME	: Prévention de la Transmission de la Mère à l'Enfant
PVVIH	: Personnes Vivant avec le VIH
QUIBB	: Questionnaire Unifié des Indicateurs de Base du Bien être
RC	: Relais Communautaire
RHS	: Ressources Humaines en Santé
RSI	: Règlement Sanitaire International
SIDA	: Syndrome d'Immuno Déficience Acquis
SIMR	: Surveillance Intégrée des Maladies et Riposte
SNIS	: Système National d'Information Sanitaire
SONU	: Soins Obstétricaux et Néonataux d'Urgence
STEPS	: Enquête de l'OMS sur les facteurs de Risque des Maladies Non Transmissibles
SUN	: Scaling Up Nutrition (Renforcement de la nutrition)
SURGE	: Strengthening and Using Response Group for Emergencies
TPM	: Tuberculose Pulmonaire à Microscopie
TPM+	: Tuberculose Pulmonaire à Microscopie Positive
UEMOA	: Union Economique et Monétaire Ouest Africaine
UNFPA	: Fonds des Nations Unies pour la Population
UNICEF	: Fonds des Nations Unies pour l'Enfance
UONGTO	: Union des Organisations Non Gouvernementales du Togo
USAID	: United States Agency for International Development
USP	: Unité de Soins Périphérique
VAR	: Vaccin Antirougeoleux
VIH	: Virus de l'Immunodéficience Humaine

Introduction

Offrir des soins et services de santé de qualité à toute la population togolaise avec équité, constitue l'un des soubassements qui orientent les interventions du secteur de la santé, afin de permettre à chacun de jouir du droit à la santé, que lui garantit la constitution du Togo en son article 34. Pour ce faire, le secteur de la santé a élaboré et mis en œuvre divers documents de politiques et de plans. Les derniers qui ont été mis en œuvre sont la Politique Nationale de Santé (PNS) horizon 2022 et les Plans Nationaux de Développement Sanitaire (PNDS) 2012-2015 et 2017-2022. Ces documents ont été arrimés d'une part, aux orientations internationales, notamment les Objectifs de Développement Durable (ODD), à la Politique de Santé pour Tous dans la région Africaine pour le 21^{ème} siècle (Agenda 2020) et d'autre part, aux documents nationaux, en particulier la vision nationale du Togo à l'horizon 2030 et le Plan National de Développement (PND) 2018-2022. La PNS horizon 2022 et le PNDS 2017-2022 ont par ailleurs été évalués et les résultats validés le 20 octobre 2022, suivant un processus consensuel et inclusif, impliquant toutes les parties prenantes.

La formulation de la PNS horizon 2030 s'inscrit dans cette tradition. Elle a été développée au terme d'un processus participatif et inclusif sur la base de l'état des lieux dressé à l'issue des évaluations qui ont mis en lumière de réels progrès accomplis, mais aussi d'importants défis auxquels le secteur de la santé du Togo sera confronté au cours des prochaines années.

Pour répondre à ces défis, la PNS horizon 2030 est portée par une vision dont les orientations stratégiques et les principales interventions devraient permettre une amélioration significative de l'état de santé de la population togolaise au terme de leur mise en œuvre.

1. Contexte général du Togo

1.1. Aspects géographiques et démographiques

Le Togo est situé entre 6°4' et 11°7' de latitude Nord et 0° et 1°55' de longitude Est. Pays de l'Afrique occidentale humide et côtière, il fait frontière avec le Burkina Faso au Nord, le Bénin à l'Est, le Ghana à l'Ouest et le Golfe de Guinée au Sud. Il couvre une superficie de 56 790 km² et s'étend sur une longueur de 600 km avec une largeur variant entre 50 et 150 km. Son climat est de type tropical à la fois chaud et humide. Il crée un terreau fertile à la prolifération des agents pathogènes.

La démographie togolaise se caractérise par : (i) une croissance démographique forte, résultat des effets conjugués d'une mortalité en baisse et d'une fécondité encore élevée, (ii) la prépondérance des femmes (51,2%) et (iii) la jeunesse de la population dans son ensemble dont : 61,8% ont moins de 25 ans, selon l'EDST-III 2013-2014¹.

Sur la base des projections² établies en 2011, la population togolaise pourrait atteindre 9 767 000 habitants en 2031. Cette tendance évolutive de la population implique d'importants besoins croissants à satisfaire, notamment en matière de santé et de ses déterminants avec pour corollaire, d'importants moyens à mobiliser³.

1.2. Aspects socio-économiques

L'économie togolaise est caractérisée par une accélération de la croissance économique, portée par les secteurs primaire et tertiaire et accompagnée d'un déficit budgétaire global élevé⁴. Avec un PIB par habitant estimé à 973,21 USD en 2021 (Banque mondiale), le Togo est classé parmi les pays les moins avancés (PMA). Il fait face à un taux de pauvreté encore élevé, estimé à 45,5% en 2018, caractérisé par des inégalités surtout dans les zones rurales où 58,8% des ménages vivaient en dessous du seuil de pauvreté⁵. On note également que l'inflation s'est accrue de 0,7% en 2019 à 1,8% en 2020, notamment tirée par les différentes augmentations des prix des produits pétroliers, des denrées alimentaires et boissons non alcoolisées et du coût des transports. Par ailleurs, le Togo a été affecté par les impacts de la pandémie de Covid-19, caractérisés par le ralentissement de son activité économique en 2020.

1.3. Organisation administrative

Le Togo compte 39 préfectures regroupées en cinq régions administratives. Le caractère spécial de la capitale Lomé et de ses environs a entraîné la création du District autonome du Grand Lomé (DAGL)⁶. Deux niveaux de décentralisation existent : la région et la commune. Le pays compte au total 117 communes.

1.4. Organisation du système de santé

1.4.1. Politique sanitaire

Conformément aux dispositions de l'article 34 de la Constitution de la IV^{ème} République, l'Etat reconnaît aux citoyens le droit à la santé. Pour ce faire, les différentes politiques et stratégies mises en œuvre depuis des décennies visent à : « réduire les taux de mortalité et de morbidité liés aux maladies transmissibles et non transmissibles à travers une réorganisation et une meilleure gestion du système de santé et une amélioration continue de l'accessibilité de tous, particulièrement les plus vulnérables, dont le couple mère-enfant, aux services de santé de qualité ». Malheureusement, la mise en œuvre de ces politiques est intervenue dans un contexte socio-politique et économique difficile, généralement marqué par la raréfaction des ressources, la pandémie de Covid-19 et autres crises qui n'ont pas permis d'atteindre tous les objectifs d'amélioration de la santé attendus.

¹ Annuaire des statistiques sanitaires du Togo, ministère chargé de la santé, validé en octobre 2021

² Document des « Perspectives démographiques du Togo 2011-2031 », édition 2015, page 14, élaboré par l'Institut National de la Statistique et des Études Démographiques (INSEED)

³ Op cit, page 4

⁴ Note de cadrage macro-économique 2022 – 2026. Union économique et monétaire Ouest Africaine, avril 2022

⁵ Enquête harmonisée des conditions de vie des ménages du Togo 2018-2019, note synthétique sur les résultats de pauvreté-EHCVM 2018-2019, octobre 2020.

⁶ Articles 324 et 324-1 de la loi N°2019-006 du 26 juin 2019

1.4.2. Organisation générale du ministère chargé de la santé

Trois (3) textes déterminent l'organisation générale du ministère en charge de la santé⁷. Conformément aux dispositions de ces textes, l'organigramme du ministère chargé de la santé est constitué du cabinet du ministre, des services rattachés au cabinet du ministre, de l'administration centrale structurée autour d'un secrétariat général et de deux directions générales, des services extérieurs et des institutions et organismes rattachés et d'un ministère délégué chargé de l'accès universel aux soins.

Par ailleurs, selon les dispositions de l'arrêté n°171/2020/MSHP/CAB/SG du 19 juin 2020 portant organisation administrative des régions sanitaires, le découpage sanitaire est arrimé au découpage administratif du territoire national. Ainsi donc, le pays compte six (6) régions sanitaires, 39 préfectures / districts sanitaires et 117 communes sanitaires.

1.4.3. Organisation de l'offre de soins

Au Togo, l'organisation des soins est pyramidale et à trois niveaux : le niveau périphérique, le niveau intermédiaire et le niveau central. Au niveau périphérique, l'offre de soins et services de santé est structurée autour de trois échelons à savoir : (i) l'Agent de santé communautaire (ASC) qui assure par délégation les soins au niveau familial et des communautés 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 et (iii) l'Hôpital de district (HD) qui constitue le premier niveau de référence. Le deuxième niveau de référence et de recours est animé par les hôpitaux de région (Centres Hospitaliers Régionaux - CHR) et diverses spécificités régionales. Les soins de santé tertiaires sont dispensés dans trois Centres Hospitaliers Universitaires (CHU) et dans des hôpitaux spécialisés de référence⁸. Cette organisation regroupe un réseau dense de structures tant publiques que privées qui comptait 1 320 formations sanitaires en 2021.

Par ailleurs, une part non négligeable de l'offre de soins et services de santé est assurée par les praticiens de la médecine traditionnelle (PMT). En juillet 2022, le Togo comptait 4634 PMT, ce qui correspond à un ratio de 6 PMT pour 10.000 habitants. La médecine traditionnelle constitue un important segment de l'offre de soins, particulièrement dans les zones où la couverture en formations sanitaires publique est faible, ou encore à l'endroit des groupes de populations les plus vulnérables. Il s'avère indispensable de mieux cerner sa contribution à l'offre des soins et services de santé.

1.5. Profil épidémiologique et programmes prioritaires de santé publique

Le paludisme domine le profil épidémiologique général du pays et contribue à alourdir les décès chez les enfants de moins de 5 ans. Hormis le paludisme, le sida et la tuberculose, le pays fait également face au fardeau des autres maladies infectieuses et parasitaires et à celui des maladies non transmissibles (MNT).

Pour lutter contre ces maladies, divers programmes prioritaires de santé publique ont été mis en place. Il s'agit principalement du Programme élargi de vaccination (PEV), des programmes nationaux de lutte contre les maladies transmissibles, les maladies chroniques non transmissibles, du programme des incapacités traumatiques et réadaptations à base communautaire (PITR/RBC), du programme de santé de la reproduction, ainsi que des programmes de gestion des urgences dont le Centre des opérations d'urgence de santé publique (COUSP).

⁷ Décret n° 2012-006/PR du 07 mars 2012 portant organisation des départements ministériels, du décret n° 2020-080/PR du 1er octobre 2020, portant composition du Gouvernement et de l'arrêté n° 0021/2013/MS/CAB du 27 février 2013 portant organisation des services du ministère chargé de la Santé

⁸ SP/NDS, Rapport annuel de performance, année 2020, validé en mai 2021, page 14

2. Analyse de la situation sanitaire

2.1. Etat de santé de la population

2.1.1. Morbidités, mortalités générales et espérance de vie

2.1.1.1. Espérance de vie à la naissance

De 2010 à 2020, l'espérance de vie à la naissance est passée de 57,47 à 61,34 ans⁹. Cette amélioration s'accompagne entre autres, de la constitution d'un groupe de personnes âgées, en croissance numérique au fil des années et dont on sait que les besoins en santé sont spécifiques. Mais en dépit de cette amélioration, le Togo fait encore face à un niveau élevé de mortalité, comme l'indique le taux brut de mortalité, estimé à 8,2 ‰ en 2021¹⁰.

2.1.1.2. Indicateurs de mortalités générales

Selon l'annuaire des statistiques sanitaires de 2021, les cinq principales causes des décès hospitaliers sont : les accidents vasculaires cérébraux qui comptent pour 9,7% des cas, le paludisme (7,7%), les plaies et traumatismes (5,8%), l'infection néonatale (5,5%) et la prématurité (4,9%). Mais, cette mortalité hospitalière masque l'ampleur de la mortalité spécifique aux pathologies telles que le paludisme et le VIH/Sida, qui sont responsables respectivement de 10 décès pour 100 000 et 39,9% des cas en 2021.

2.1.1.3. Profil général de la morbidité

Maladies transmissibles

Le paludisme vient en tête des dix (10) premiers motifs de consultation aussi bien chez les enfants de moins de 5 ans (65,3%) que dans la population générale (60,6%). Viennent ensuite les infections aiguës des voies respiratoires avec respectivement 15,8% des cas chez les enfants de moins de 5 ans et 11,5% dans la population générale, suivies des gastro-entérites et colites d'origine non précisée avec 4,6% des cas chez les enfants de moins de 5 ans. S'agissant du paludisme, il constituait aussi la première cause des hospitalisations (8,9%) chez les enfants de moins de 5 ans en 2021.

La prévalence du VIH était estimée à 1,72% en 2022 dans la population sexuellement active (Spectrum, 2021) et 2418 cas de tuberculose ont été notifiés en 2021, soit une incidence de 30 cas pour 100 000 habitants, parmi lesquels 16,2% présentaient une co-infection tuberculose-VIH.

Maladies à potentiel épidémique et autres événements de santé publique

Le Togo a enregistré au cours de l'année 2021 une série d'épidémies localisées à savoir rougeole (70 cas), fièvre jaune (2 cas) et choléra (39 cas). De même en 2022, une épidémie de rougeole a sévi dans l'ensemble du pays et des cas de fièvre de Lassa et fièvre jaune ont également été enregistrés. La circulation du poliovirus de souche vaccinale a été confirmée avec quatre (4) cas chez les humains et deux (2) au niveau des prélèvements environnementaux.

Ces épidémies concernent, aussi bien les maladies évitables par la vaccination que des maladies des mains sales. Leur recrudescence atteste des faiblesses de la vaccination et de la couverture vaccinale d'une part, ainsi que la précarité des conditions d'assainissement et les limites à l'accès à l'eau potable d'autre part.

Outre ces épidémies, le Togo a enregistré son premier cas de Covid-19 le 5 mars 2020. A la date du 05 décembre 2022, le pays a notifié 39 332 cas confirmés, dont 39 035 personnes guéries, 290 décès soit une létalité de 0,7% et 7 cas actifs. Par ailleurs, d'autres événements de santé publique ont été également enregistrés et gérés aussi bien dans le secteur de la santé humaine que dans ceux de la santé animale et l'environnement : intoxication alimentaire, inondations, vents violents et épizooties de gripes aviaires.

Maladies non transmissibles

Il s'agit principalement de : (i) l'hypertension artérielle chez les adultes de 18 ans et plus dont la prévalence est évalué à 27,4% en 2021 ; (ii) du diabète dont la fréquence est estimée à 4,9% dans la même tranche d'âge au cours de la même année et (iii) du cancer du col de l'utérus dont l'incidence était de 20 cas pour 100 000 habitants en 2020.

⁹ Source : <https://fr.countryeconomy.com/demographie/esperance-vie/togo>

¹⁰ Source : Annuaire des statistiques sanitaires du Togo. MSHPAUS, 2021.

Par ailleurs, selon l'enquête menée en 2014 par le programme national de lutte contre la cécité (ARCE TOGO 2014), les prévalences de la cécité et des déficiences visuelles au Togo sont respectivement de 5,6% et de 20,8% dans la population âgée de 50 ans et plus ; la cataracte en est la première cause (64%).

Autres morbidités

Outre ces maladies, les plaies et traumatismes attribués principalement aux accidents qui surviennent sur la voie publique représentent 6,5% des motifs de consultation chez les adultes et 2,2% chez les enfants de moins de 5 ans et leur taux de mortalité est estimé en moyenne à 7,85 décès pour 100 000 habitants.

2.1.2. Santé de la mère

Les données de l'EDST-III 2013-2014 situent le ratio de mortalité maternelle à 401 décès pour 100 000 naissances vivantes. Ces décès sont dus principalement aux hémorragies (47%), à l'éclampsie (24%) et aux infections (13%). L'ampleur de cette mortalité est liée à divers facteurs, notamment : (i) l'accès limité aux soins et services de santé de qualité, particulièrement les soins prénatals, l'assistance au moment de l'accouchement et au cours du postpartum immédiat, (ii) l'incapacité à assurer une prise en charge adéquate des complications obstétricales sur l'ensemble du territoire en raison d'une opérationnalisation encore limitée des sites offrant des soins obstétricaux de qualité ; (iii) la faible disponibilité des médicaments essentiels et produits sanguins ; (iv) la faiblesse de l'offre de services de Planification Familiale (v) la faible accessibilité financière aux soins et services de santé et (vi) la faible utilisation des soins prénatals.

2.1.3. Santé du nouveau-né et de l'enfant

Ces dernières années sont marquées par une réduction des taux de mortalité infantile et infanto-juvénile qui sont passés respectivement de 49 à 42 décès pour 1000 naissances vivantes de 2014 à 2017 pour la mortalité infantile et de 88 à 71 décès pour 1000 naissances vivantes pour la mortalité infanto-juvénile. Malgré leur réduction, ces taux indiquent une importante mortalité attribuable à la charge de morbidité déterminée par : (i) la faible qualité de la prise en charge et du suivi des cas de maladies ; (ii) les faibles taux de couverture vaccinale ; (iii) l'accès encore limité à des conditions appropriées d'hygiène, à l'eau potable et à l'assainissement et (iv) par des insuffisances observées aussi bien dans la prévention de la transmission du VIH de la mère à l'enfant que dans la prise en charge de l'enfant vivant avec le VIH.

2.1.4. Santé des adolescents et des jeunes

La santé des adolescents et des jeunes est en majeure partie marquée par les problèmes de santé sexuelle et de la reproduction, notamment les grossesses précoces et leurs conséquences ainsi que les infections sexuellement transmissibles (IST) y compris le VIH/SIDA. Ces groupes de population sont aussi sujets à diverses formes de violences, aux problèmes de santé mentale, aux maladies infectieuses et non infectieuses et sont particulièrement exposés à la consommation de substances psychoactives et à divers traumatismes.

2.1.5. Santé des personnes âgées

Les personnes âgées sont confrontées au double fardeau des maladies transmissibles et non transmissibles auxquelles se superposent des problèmes de santé qui leur sont plus spécifiques, notamment l'arthrose, les polyopathologies, la démence, les troubles visuels, auditifs et autres. C'est ainsi que l'HTA représentait respectivement 68,4% et 57,7% des hospitalisations pour maladies cardiovasculaires enregistrées au Centre Hospitalier Universitaire Sylvanus Olympio (CHUSO) en 2017 et 2018¹¹. On note aussi qu'au cours de la même période, 67,3% des personnes âgées vivant à Lomé, ont eu recours à l'automédication et 20 à 40% ont utilisé des alicaments ou la pharmacopée traditionnelle pour se soigner.

2.1.6. Santé des travailleurs

Les travailleurs sont confrontés au double poids des accidents du travail et des maladies professionnelles (AT/MP) liées aux facteurs de risques professionnels aux maladies et accidents à impact professionnel. L'estimation de la charge de morbidités et des traumatismes liée au travail au Togo se situe à 240 événements

¹¹ Analyse situationnelle de la santé des personnes âgées au Togo, MSHP, Février 2020

de santé dus à 48 facteurs de risques reconnus. Ainsi en 2022, dans le district sanitaire de Kloto, 28% des agents de santé avaient été victimes d'un AT /MP à leur poste. Les AT étaient majoritairement des accidents d'exposition au sang (69,7%) ; 4/7 agents avaient déclaré avoir des TMS et 3/7 ont été victimes d'exposition d'hépatite virale et Covid-19¹².

2.2. Déterminants de la santé

2.2.1. Sources d'approvisionnement en eau de boisson et assainissement de base

En 2021, les sources d'approvisionnement en eau de boisson consommée dans les concessions se répartissaient comme suit : forages (26,7%), réseau public de distribution de l'eau par la Société Togolaise des Eaux (25,8%), puits (24,1%), eaux de surface (15,6%), autres (4,1%) et impluvium (3,7%). Cette répartition indique que la moitié (52,3%) des concessions utilisait des sources qui sont susceptibles de fournir de l'eau potable (TDE et forages). Pour toutes les autres sources, la qualité de l'eau n'est pas réellement garantie. C'est le cas particulièrement des eaux de surface (15,6% des concessions) qui sont par définition impropres à la consommation. A ce sujet, les résultats de l'enquête MICS 2017 indiquent que 69,1% des ménages consomment de l'eau de boisson polluée par E. Coli. Cette pollution est davantage observée en milieu rural avec 80,2% des ménages, contre 49,1% en ville. De même, en ce qui concerne les ouvrages d'assainissement de base, 27,0% des concessions ne disposaient d'aucune latrine ; 47,1% disposaient de latrines en bon état et 25,5% en mauvais état. L'accès limité à l'eau potable, l'utilisation des latrines en mauvais état et la pratique de la défécation à l'air libre témoignent de la précarité des conditions de vie. Cette situation explique en partie, la fréquence élevée des pics épidémiques de maladies diarrhéiques régulièrement enregistrés dans le pays.

2.2.2. Autres déterminants de la santé

Ces déterminants concernent la consommation du tabac, la consommation nocive de l'alcool, la pratique insuffisante d'une activité physique, de la consommation insuffisante de fruit et légume et divers facteurs environnementaux notamment la pollution de l'air. Ces facteurs de risque liés au mode de vie engendrent souvent des maladies chroniques non transmissibles. Ces déterminants de la santé sont complètement modifiables si l'on modifie le mode de vie.

S'agissant de la consommation du tabac, de l'alcool et de la pratique d'une activité physique, les résultats de l'enquête STEPS Togo 2021 montrent qu'en moyenne, la prévalence de la consommation du tabac dans la population générale est de 5% et celle de l'alcool concerne 62,7% de la population dont 16,4% ont une consommation abusive. De cette même enquête, il ressort également que 13,2% des adultes pratiquent des activités physiques insuffisantes et 52,0% ne sont engagés dans aucune activité à forte intensité physique. Et ceci est davantage le fait des femmes (69,2%) contrairement aux hommes (33,4%).

Par ailleurs l'enquête STEPS Togo 2021 a révélé que 9 togolais sur 10 consommaient moins de 5 portions de fruits et / ou légumes journaliers recommandées par l'OMS.

En ce qui concerne les autres facteurs environnementaux, peu de données existent sur la qualité de l'air, l'impact des produits chimiques, la protection contre les radiations, la sécurité et la santé sur les lieux de travail et de vie. En outre, diverses insuffisances observées concernent l'insalubrité des abattoirs, la faible gouvernance des circuits des produits phytosanitaires et des biopesticides, la faiblesse du système de surveillance des infections causées par des agents pathogènes résistants aux antimicrobiens, ainsi que celle qui emmaillent la sécurité et la sûreté biologiques.

Enfin, il importe de souligner que des environnements plus sains pourraient prévenir près d'un quart de la charge mondiale de morbidité. Un air pur, un climat stable, une eau saine, un assainissement et une hygiène adéquats, une utilisation sûre des produits chimiques, une protection contre les radiations, des lieux de travail sains et sûrs, des pratiques agricoles saines, des villes et des environnements bâtis favorables à la santé et une nature préservée sont autant de conditions préalables à une bonne santé.

¹² Rapport de l'enquête sur les déterminants du renforcement de la Sécurité et Santé au Travail (HealthWISE) dans le district sanitaire de Kloto, MSHPAUS, Décembre 2022

2.3. Performances du système de santé

2.3.1. Santé tout au long du cycle de vie

Les principaux progrès accomplis dans ce domaine comprennent : (i) une utilisation des soins prénatals améliorée, mais la couverture des femmes enceintes demeure encore faible, limitée à 56,0% des femmes qui ont réalisé au moins 4 contacts de soins prénatals, sans compter que d'importantes disparités sont observées en fonction des districts sanitaires ; (ii) une amélioration de la couverture en Traitement préventif intermittent du paludisme, à la Sulfadoxine pyriméthamine, mesurée à 58% en 2021 et (iii) un meilleur accès aux soins obstétricaux de base et d'urgence, le taux d'accouchements assistés par un personnel qualifié, ayant été amélioré à 70%.

Parallèlement à ces progrès, l'offre de services de planification familiale demeure encore insatisfaisante, caractérisée par : (i) une régression de l'indicateur « Couples années protection » à partir de 2020 avec 396 702 réalisations en dépit de la gratuité des méthodes modernes de planification familiale offertes aux femmes, (ii) une prévalence contraceptive mesurée à 23,2% en 2022 et (iii) un pourcentage de femmes dont on estime qu'elles ont un besoin non satisfait pour une méthode contraceptive moderne évalué à 24,5%¹³. De même, très peu d'avancées ont été réalisées en matière de santé des jeunes et adolescents. En effet : (i) le taux de natalité chez les adolescentes n'est passé que de 85 ‰ en 2010 à 79 ‰ en 2017 et (ii) sur 708 183 adolescents et jeunes âgés de 10 à 24 ans sensibilisés sur le VIH/SIDA, les IST et la prévention des grossesses précoces en 2021, seuls 18,0% ont accepté de se faire dépistés au VIH et 4,6% de jeunes filles ont adhéré et bénéficié d'une offre de méthodes moderne de contraception.

Ces insuffisances concernent également l'offre de soins et services de santé destinés aux personnes âgées, faute de services de gériatrie, de centres dédiés à la prise en charge des personnes âgées attribuées principalement au manque de ressources humaines qualifiées, aux insuffisances du plateau technique et à l'indisponibilité des médicaments généralement prescrits pour le traitement des démences dégénératives, la dépression et les troubles du sommeil.

2.3.2. Lutte contre les maladies et les déterminants sociaux de la santé

Dans ce domaine, les progrès accomplis comprennent notamment : (i) la réduction de la mortalité spécifique et de la létalité du paludisme estimées respectivement à 10 décès pour 100 000 et à 2,5% en 2021 ; (ii) la remarquable amélioration de la couverture des ménages en moustiquaires à imprégnation durable d, qui a été portée à 97,4% des ménages quoique leur utilisation demeure encore limitée à 68,1% des ménages ; (iii) une utilisation plus accrue des Combinaisons thérapeutiques à base d'Artémisinine (CTA) pour le traitement du paludisme simple : 98% des cas ; (iv) l'amélioration de l'accès à la prévention de la transmission du VIH de la mère à l'enfant et à la thérapie antirétrovirale, la couverture du territoire en sites de Prévention de la transmission du VIH de la mère à l'enfant (PTME) ayant été augmentée à 87% avec parallèlement, 79,72% de femmes enceintes séropositives couvertes par la thérapie antirétrovirale et un taux de transmission finale incluant la période d'allaitement de 16,29% en 2022 ; (v) l'amélioration de l'accès des personnes vivant avec le VIH au dépistage et thérapie antirétrovirale avec 86% qui connaissent leur statut sérologique, 82% qui sont sous ARV et 75% qui ont une charge virale supprimée et (vi) l'amélioration de la prise en charge des personnes atteintes de tuberculose caractérisée par un bon taux de succès thérapeutique des patients TB : 86%.

Mais des insuffisances persistent. Elles concernent particulièrement : (i) la non atteinte des cibles de la couverture vaccinale, ainsi que l'illustre le taux de couverture du vaccin pentavalent 3, mesuré à 89,57% en 2021. Les faibles performances du PEV sont le fait de divers goulots d'étranglement ; (ii) la réhabilitation nutritionnelle des enfants malnutris dont seuls 21% ont été pris en charge en 2021; (iii) les résultats mitigés de la lutte contre les maladies tropicales négligées et (iv) des limites observées dans la prise en charge des maladies non transmissibles, telles que seules 41,48% des structures de santé primaires offraient le paquet essentiel d'interventions pour la prise en charge intégrée des MNT ou encore les taux de prise en charge, ou de suivi médical des malades souffrant d'HTA ou de diabète estimés respectivement à 30,6 et 58,0% en 2021.

S'agissant de la réduction des déterminants de la santé, on note que : (i) le pourcentage des adultes pratiquant une activité physique modérée à intense a été mesuré à 86,80% par l'enquête STEPS en 2021 ; (ii) 35,17% de

¹³ Rapport de mesure 2022, Partenariat FP2030

villages ont été certifiés FDAL ; (iii) 79,66% des villages certifiés ont maintenu leur statut FDAL depuis la certification et 74,18% de personnes vulnérables ont accès aux latrines appropriées dans les communautés FDAL. Toutefois, la défécation à l'air libre demeure une préoccupation majeure au regard de la proportion des concessions qui jusque-là ne disposent pas d'équipements d'assainissement de base. Concernant la pollution de l'air ambiant, un programme de surveillance de la qualité de l'air a été élaboré et validé, sa mise en œuvre est en cours de lancement.

En ce qui concerne la sécurité et santé au travail, des actions ont été menées dans le cadre du renforcement de la sécurité du personnel soignant dans les formations sanitaires selon l'approche HealthWISE. Il s'agit essentiellement de : l'élaboration du plan stratégique sécurité et santé au travail pour le personnel de santé au Togo 2017-2022, la supervision de 13 centres pilotes HealthWISE, l'évaluation formative de la PCI et du HealthWISE dans 60 formations sanitaires, la formation des agents des centres de prise en charge Covid-19 et des formations sanitaires sur le HealthWISE d'urgence, la mise en place des comités régionaux et préfectoraux HealthWISE, l'élaboration des directives et protocoles de sécurité et santé au travail pour la réduction de la Covid-19 dans les formations sanitaires, l'enquête sur le HealthWISE dans le district de Kloto.

2.3.3. Sécurité sanitaire et urgences de santé publique

Dans ce domaine, la gestion des épidémies a été renforcée, mais elle demeure encore peu performante. En effet, tous les événements ou épidémies survenus au cours des cinq dernières années ont bénéficié d'une investigation dans les 48 heures qui ont suivi la notification. En plus, la gestion des épidémies a été menée dans un cadre de collaboration avec les autres secteurs entre autres ceux du « One Health ». Et depuis 2017, la proportion des épidémies qui ont fait l'objet d'une riposte dans les 14 jours suivant la date de leur notification a atteint et été maintenue à 100%. Mais les faiblesses suivantes demeurent : (i) retard dans la détection précoce et la PEC des cas de MPE, (ii) insuffisances de la préparation et la riposte, de la détection et la confirmation biologique des incidents nucléaires, radiologiques, biologiques et chimiques.

Par ailleurs, depuis 2017, un Centre des opérations d'urgences de santé publique (COUSP) a été mis en place et rendu opérationnel. Des projets de construction d'autres centres sont en cours, et une équipe d'intervention rapide en cas d'urgence (SURGE) a été mise en place pour appuyer le COUSP dans le cadre du projet des urgences sanitaires en Afrique.

2.3.4. Système de santé et couverture sanitaire universelle y compris santé communautaire

2.3.4.1. Gouvernance et pilotage du système de santé

Globalement, la gouvernance et le pilotage du système de santé ont été renforcés à tous les niveaux à travers : (i) la mise en place et le fonctionnement régulier de divers organes tels que le Comité National de Coordination du Secteur de la Santé (CNC-SS), le Comité de Coordination Inter Agence (CCIA) et le Country Coordination Mechanism (CCM) ; (ii) la signature d'une convention de collaboration avec le secteur privé de la santé et (iii) la mise en place de mécanismes de gestion et de coordination aux trois niveaux du système de santé.

Malgré ces efforts d'importants défis demeurent encore. Il s'agit notamment de : (i) la faible capacité opérationnelle des structures et des services qui limitent la qualité des soins, (ii) l'absence d'un plan de maintenance et de renouvellement des infrastructures et des équipements, (iii) des insuffisances de la formation continue du personnel, notamment celle du personnel soignant, (iv) un encadrement inadéquat des personnels de santé et des ASC (v), des faibles capacités managériales des responsables des programmes et (v) de la régression du fonctionnement des Comités de gestion des formations sanitaires.

Toutefois, la transparence et la redevabilité sont assurées au sein du secteur de la santé à travers les processus de planification, la production des rapports annuels et la tenue régulière des revues annuelles des plans, programmes et projets dans les régions et les districts sanitaires.

2.3.4.2. Ressources humaines pour la santé.

L'effectif des ressources humaines pour la santé (RHS) a été renforcé au cours des cinq dernières années avec le recrutement d'un effectif global équivalent à 72% des besoins définis par le PNDS 2017-2022. Mais d'importants besoins persistent encore. En effet, le pays comptait en 2021 un effectif global de 2 514 médecins, infirmiers et sage-femmes pour une population estimée à 7 976 000 habitants. Ce qui correspond à un ratio de

2,5 personnels soignants pour 7 932 habitants, alors que l'OMS recommande un ratio de 2,5 personnels soignants (médecins, infirmiers, sage-femmes) pour 1000 habitants. Ce qui illustre à suffisance l'ampleur des besoins en personnels qualifiés.

Parallèlement, la gestion des RHS est marquée par l'absence d'équité dans la répartition du personnel qualifié à travers le territoire national et par diverses faiblesses qui caractérisent la gestion des carrières du personnel. De ce fait, il s'avère indispensable de doter le pays d'un plan national de développement des RHS en s'assurant qu'il soit aligné sur le PNDS.

2.3.4.3. Financement de la santé

Au cours des cinq (05) dernières années, au total 444,698 milliards de francs FCFA ont été mobilisés contre 537,195 milliards FCFA prévus, soit une réalisation de 82,8%. En considérant leurs sources, 40,72% proviennent des ressources propres de l'Etat, 33,67% des partenaires et 25,61% des recettes des formations sanitaires. Cette répartition indique que les ressources internes représentent 74,39% des ressources mobilisées et traduisent une dépendance non négligeable des partenaires techniques et financiers (PTF).

La part du budget de l'Etat alloué au secteur de la santé est passée de 6,36% en 2017 à 6,95% en 2021. Ces taux d'allocations restent en deçà de l'engagement d'Abuja. Par ailleurs, la répartition de ces ressources indique que 80% ont été allouées au fonctionnement et 20% à l'investissement. Il importe ici d'attirer l'attention sur la faiblesse des allocations affectées à l'investissement, notamment aux équipements et à leur maintenance. L'amélioration des plateaux techniques et leur maintenance constituent d'importantes conditions à remplir pour espérer élargir l'offre de soins d'une part et opérer des sauts qualitatifs conséquents d'autre part.

Le financement de la santé est également caractérisé par : (i) de faibles taux de réalisation des recettes par les formations sanitaires, évalués à 67,18% de leurs prévisions au cours de la période de 2017 à 2021, en raison de diverses causes structurelles ; (ii) la faiblesse des capacités d'absorption des ressources mobilisées et (iii) par l'importance des paiements directs supportés par les ménages qui représentaient 66,2% des dépenses courantes de santé en 2019. Et ce, en dépit des dispositions prises pour la gratuité de certains soins curatifs et préventifs. Sachant que la norme de l'OMS recommande une moyenne inférieure ou égale à 30%, cet état de fait constitue une réelle barrière financière à l'accès aux soins et est susceptible d'accroître la paupérisation dans un contexte où 45,5% de la population vit en dessous du seuil de pauvreté.

2.3.4.4. Médicaments et autres produits de santé

La disponibilité des médicaments et autres produits de santé dans les Formations sanitaires (FS) a connu une légère amélioration. Les résultats de l'évaluation du PNDS 2017-2022 ont montré que le pourcentage des établissements de santé qui n'ont enregistré aucune rupture de stocks d'au moins un médicament traceur est passé de 39,0% en 2012 à 58,10% en 2021. De même, le taux des besoins non satisfaits en produits sanguins labiles est passé de 30% en 2015 à 26% en 2021.

Mais cette proportion des besoins non satisfaits reste toujours élevée au même titre que plus de 40% des FS enregistrent des ruptures de leurs stocks de médicaments. Par ailleurs, la production de ces produits demeure encore insuffisante en raison de divers facteurs notamment : (i) l'insuffisance des financements requis pour acquérir les intrants ; (ii) la mobilisation et la fidélisation peu satisfaisantes des donneurs de sang bénévoles ainsi que (iii) les faiblesses observées dans la gestion des produits sanguins dans les formations sanitaires et dans leur prescription.

2.3.4.5. Laboratoire de biologie médicale

Grâce à l'accompagnement des laboratoires de biologie médicale (LBM) réalisé à travers l'approche de mentorat avec les outils « Stepwise Laboratory Improvement Process Towards Accreditation » (SLIPTA14) et « Laboratory

¹⁴ SLIPTA est une directive (outil) développée par l'OMS qui fournit un cadre aux pays de la Région Afrique dans leurs efforts pour renforcer les services de laboratoire médical en remplissant les conditions requises de la norme ISO 15189. La directive SLIPTA décrit les éléments clés du processus d'amélioration de la qualité des laboratoires et détaille comment les États membres et les partenaires peuvent mettre en œuvre cette initiative de renforcement des systèmes de laboratoire.

Quality System Implementation (LQSI) de l'OMS, le nombre de LBM ayant au moins une étoile est passé de 04 à 14, de 2017 à 2021 pour une cible de 08. En outre, le personnel a bénéficié du renforcement de leurs compétences en matière de gestion de la biosécurité et bio sûreté dans les LBM.

2.3.4.6. Offre de soins et services de santé

Les progrès accomplis dans l'offre de soins et services de santé comprennent essentiellement : (i) une légère amélioration de la capacité opérationnelle générale des services dont le score est passé de 60% en 2012 à 68% en 2022 ; (ii) une amélioration de l'accessibilité géographique et de la qualité des soins, (iii) la mise en place de meilleures conditions pour assurer la gestion des équipements médicaux grâce la formation de personnels qualifiés en maintenance biomédicale et (iv) un recours plus accru des soins curatifs dont les taux d'utilisation ont progressé de 30,0% en 2015 à 56% en 2021.

Mais entretemps, la densité de lits d'hospitalisation pour 10 000 habitants a régressé sur la période du plan, passant de 7 en 2015 à 4,6 en 2021, pour de multiples raisons. Ceci indique le besoin de mettre en place, dans le cadre du PNDS, une stratégie cohérente de développement de l'hôpital qui intègre la réforme hospitalière.

2.3.4.7. Santé communautaire

Les progrès accomplis en matière de santé communautaire résident principalement dans : (i) la mise en place et la formation d'environ 7 500 Agents de santé communautaire (ASC) dénombrés sur toute l'étendue du territoire, (ii) la progression de la couverture des besoins en personnel de santé au niveau primaire de soins qui est passée de 36,19% en 2020 à 42,1% en 2021 et (iii) l'implication effective des ASC dans des activités telles que l'administration combinée de la Sulfadoxine Pyriméthamine et de l'Amodiaquine aux enfants dans les ménages dont la couverture a été emmenée à 98%.

Mais l'enquête menée en juillet 2021 sur la mise en œuvre de la PCIME-C et la distribution à base communautaire (DBC) des produits contraceptifs a montré que : (i) seuls 19% des ASC mettent en œuvre les quatre (04) principales interventions de la PCIME qui s'adressent au paludisme, à la malnutrition, aux diarrhées et aux IRA; (ii) 27% des ASC mettent en œuvre la DBC et (iii) seulement 7% d'entre eux mettent en œuvre à la fois les quatre interventions de la PCIME-C et la distribution à base communautaire des produits contraceptifs.

2.3.4.8. Système national d'information sanitaire

Le Système national d'information sanitaire (SNIS) a connu des progrès ces dernières années dans sa transformation digitale. La collecte des données est assurée en utilisant la plateforme dénommée District Health Information System, version 2 (DHIS-2). Cette plateforme est utilisée dans tous les districts sanitaires du pays. Mais les taux de complétude et de promptitude des rapports périodiques sont encore très variables, d'une année à l'autre (le taux de complétude qui a connu une évolution en dents de scie passant de 91% en 2017 à 89,20% en 2021 avec un pic à 96,50% en 2018). De façon globale, on note une bonne maîtrise du remplissage des outils et du système de contrôle de qualité des données par les différents acteurs. Ces progrès ont permis de produire régulièrement l'annuaire des statistiques sanitaires présentant des données ventilées par district sanitaire.

Toutefois, il est à noter que des efforts restent à faire pour que le SNIS soit la source privilégiée des données de routine et de production de connaissances. Ceci limiterait de façon considérable, le déploiement parallèle sur le terrain d'outils de collecte et d'analyses des données qui augmentent la charge de travail des acteurs. De même, le cadre réglementaire de la protection des données sanitaire à caractère personnel doit être renforcé et un accent particulier doit être mis sur la prise en compte des données des hôpitaux et des structures privées de soins dans le SNIS afin de mieux renseigner et orienter les politiques et les stratégies nationales en matière de santé.

2.3.4.9. Recherche en santé

En vue d'orienter les interventions en matière de recherche en santé, le Togo a élaboré en 2015 un plan stratégique national de la recherche en santé couvrant la période 2015-2020. La mise en œuvre de ce plan n'a pas été optimale en raison de la faible coordination nationale des activités de recherche en santé et de défaut

de financement dudit plan. Toutefois, la création par arrêté ministériel¹⁵ du comité de bioéthique pour la recherche en santé (CBRS) ainsi que les travaux de recherches réalisées durant cette période mériteraient d'être capitalisées.

2.4. Analyse diagnostique du système national de santé du Togo en 2022

L'analyse diagnostique a été faite en identifiant les forces et les faiblesses du système national de santé ainsi que ses défis majeurs.

2.4.1. Analyse des forces du système national de santé du Togo en 2022

2.4.1.1. Forces structurelles et organisationnelles

Sur le plan structurel et organisationnel les principales forces du système de santé comprennent :

- l'existence de documents stratégiques sectoriels normatifs (politiques, plans stratégiques) et d'un ensemble de textes juridiques et réglementaires qui encadrent l'offre de soins et service de santé, mettent en place des mécanismes d'exemptions partielles ou totales des frais des soins, organisent et cadrent l'exercice de la médecine traditionnelle ;
- l'existence de capacités de financement du secteur de la santé aussi bien par des fonds propres et que ceux à mobiliser auprès des partenaires ;
- l'existence d'un dense réseau de formations sanitaires capables d'offrir divers soins et services de santé de qualité ;
- la disponibilité d'un effectif minimal du personnel clé et des prestataires formés pour assurer une offre de soins et services de qualité et diverses interventions de santé publique, couplées à l'existence de réelles capacités de recrutement du personnel ;
- l'existence d'un important réseau d'ASC et de RC, soutenus par des leaders communautaires et dotés de capacités pour réaliser les interventions à base communautaire attendues, dans le cadre de la stratégie nationale d'optimisation des pratiques des ASC/RC ;
- l'existence d'équipes nationales et régionales d'intervention rapide dotées de capacités opérationnelles ;
- l'existence de programmes spécifiques tels que le PEV, dotés de capacités techniques et opérationnelles ;
- l'existence de capacités d'assurer la disponibilité permanente des intrants requis pour l'offre de soins et services de santé dans les formations sanitaires et en approche communautaire ;
- l'existence et le fonctionnement régulier de divers comités de coordination des interventions du secteur de la santé, tant au niveau stratégique, régional que communautaire ;
- l'appropriation de la plateforme DHIS-2, par les équipes de tous les districts sanitaires, couplée à la disponibilité des documents normatifs ;
- l'existence de comités sécurité et santé au travail ou comités HealthWISE dans plusieurs formations sanitaires ;
- l'existence d'un important réseau de PTF disponibles et engagés dans le secteur de la santé et
- la disponibilité d'un cadre de partenariat avec le secteur privé de soins.

2.4.1.2. Forces de l'offre de soins et services de santé

En ce qui concerne l'offre de soins et services de santé, les forces du système de santé résident essentiellement dans : (i) la pratique de la PCI et de l'approche qualité qui sont ancrées dans le fonctionnement régulier des formations sanitaires, notamment dans les maternités et blocs opératoires ; (ii) l'initiation à la démarche qualité et à la biosécurité-bio sûreté dans les laboratoires de biologie médicale ; (iii) l'existence des capacités de la confirmation biologique de la plupart des MPE ; (iv) la capitalisation effective des leçons tirées de la gestion de pandémie de Covid-19 et (v) le développement de l'expérience de mise en œuvre du Projet Services de santé essentiels de qualité pour la couverture maladie universelle.

¹⁵ Arrêté N° 0120/2008/MS/CAB/DGS du 20 Juin 2008

2.4.2. Analyse des faiblesses du système national de santé du Togo en 2022

2.4.2.1. Faiblesses structurelles et organisationnelles

Le système de santé est confronté à de multiples faiblesses structurelles et organisationnelles. Elles concernent principalement :

- l'insuffisance du financement pour la mise en œuvre des interventions relatives à la lutte contre les maladies non transmissibles, à la santé de la mère, du nouveau-né, de l'enfant, des adolescents et des jeunes y compris l'absence de mécanismes d'exemption pour la prise en charge des femmes victimes de fistules obstétricales ou encore pour la surveillance de la qualité de l'eau ;
- la faible mobilisation des ressources financières endogènes couplée à la forte dépendance du financement extérieur ;
- l'insuffisance des infrastructures, des équipements logistiques et des équipements biomédicaux à tous les niveaux de la pyramide sanitaire.
- les faibles capacités de résilience du système de santé face à la pandémie de Covid-19, ayant entraîné le ralentissement des activités des FS et des programmes de santé ;
- l'existence de nombreux goulots d'étranglement et dysfonctionnements qui fragilisent le PEV de routine, limitent l'organisation des stratégies avancées ainsi que la recherche des perdus de vue, limitent aussi la mise à échelle des services de planification familiale et autres pratiques à haut impact ou tout simplement, l'offre et la qualité des soins et services de santé dans les formations sanitaires et les communautés ;
- l'absence de stratégie couplée à une offre de soins et services de santé insuffisante et inadaptée aux besoins des adolescents des jeunes et des personnes âgées ;
- l'importance des besoins non satisfaits en médicaments, produits sanguins labiles et produits de santé de la reproduction requis pour assurer l'offre des soins et services de santé ;
- l'insuffisance numérique du personnel de santé, notamment du personnel qualifié ;
- la faible densité et la permanence limitée des interventions qui visent la prévention des maladies non transmissibles ;
- les insuffisances de la coordination des interventions de lutte contre les maladies non transmissibles, de l'approche une seule santé et des mécanismes de couverture du risque maladie ;
- l'absence de critères objectifs d'allocation des ressources et de mécanismes de suivi de la gestion ;
- l'absence d'une stratégie nationale E-santé, de dépistage et de prise en charge systématique des troubles visuels dans la population et de documents normatifs de promotion de la santé ;
- les faibles capacités des districts sanitaires pour assurer la supervision formative et un coaching de qualité ;
- des capacités opérationnelles et techniques encore limitées, des formations sanitaires et de l'Institut National de Santé Publique ;
- l'absence d'un Système d'information de Gestion logistique (SIGL) intégré, digitalisé et interopérable avec le DHIS-2 associée à la faible qualité du rapportage des données dans le DHIS-2 et de la fonctionnalité des pools du SNIS ;
- l'absence d'une autorité de réglementation/régulation pharmaceutique dotée d'une autonomie de fonctionnement suivant les directives de l'UEMOA ;
- le faible niveau de fonctionnement du Laboratoire national de contrôle qualité des médicaments, associé à l'insuffisance des infrastructures de stockage de produits de santé et au maillage limité du territoire en établissements pharmaceutiques ;
- l'absence du contrôle qualité des médicaments traditionnels améliorés et d'indicateurs d'appréciation de l'offre des soins de services de la médecine traditionnelle ;
- l'insuffisance de données sur la qualité de l'air, l'impact des produits chimiques, la protection contre les radiations, la sécurité et la santé sur les lieux de travail et de vie bien qu'ils soient déterminants pour la santé humaine et
- l'irrégularité des enquêtes pour rendre disponibles les indicateurs d'effets et d'impacts.

2.4.2.2. Faiblesses de l'offre de soins

Elles concernent principalement : (i) le non-respect par les prestataires des normes, procédures, instructions et directives techniques relatives à l'offre de soins et services de santé notamment des directives de prise en charge du paludisme, du parcours du patient dans les formations sanitaires publiques et de la prise en charge intégrée des MNT (WHOPEN) ; (ii) la couverture limitée de nombreux soins et services de santé couplées à la faiblesse de leur demande et de leur utilisation par les communautés, (iii) l'insuffisance des actions permanentes de prévention des maladies non transmissibles, des maladies mentales y compris leurs facteurs de risques et (iv) la faible satisfaction des ménages utilisant les services de santé.

2.4.3. Analyse des opportunités et menaces du système national de santé du Togo en 2022

2.4.3.1. Principales opportunités du système de santé

Les principales opportunités dont le système de santé devrait pouvoir tirer le meilleur avantage possible concernent : (i) le développement du processus de décentralisation engagé au niveau national ; (ii) l'engagement politique en faveur de lutte contre les substances psychoactives ; (iii) l'existence d'un nombre important de partenaires engagés pour soutenir les programmes de santé, notamment ceux destinés à la santé de la mère, de l'enfant, des adolescents, des jeunes et des personnes âgées, au secteur de la biologie médicale et à assurer l'amélioration de l'accès, la qualité des soins et la CSU ; (iv) la mise en œuvre des initiatives engagées par l'OOAS en matière de santé ; (v) la présidence de la lutte contre les produits médicaux de qualité inférieure ou falsifiés en Afrique assurée par le Togo et (vi) l'élaboration des documents cadres régionaux et internationaux de développement du secteur de la biologie médicale.

2.4.3.2. Principales menaces du système de santé

Les principales menaces qui pèsent sur le système de santé comprennent : (i) la forte dépendance vis-à-vis du financement extérieur ; (ii) l'existence des crises sécuritaires, les effets du changement climatique ainsi que l'émergence ou la résurgence des épidémies notamment la pandémie de Covid-19 ; (iii) l'accentuation des rumeurs négatives sur certaines interventions, notamment la vaccination et la planification familiale ; (iv) la circulation des poliovirus dérivés des souches vaccinales ; (v) l'insuffisance d'infrastructures socio-économiques de base dans certaines zones et (vi) l'existence de circuits parallèles de distribution des médicaments et autres produits de santé.

2.4.4. Défis majeurs du système national de santé

Le système national de santé a connu des avancées significatives au cours de ces dernières années. Malgré ces avancées, l'analyse diagnostique du système a permis de mettre en évidence divers défis.

2.4.4.1. Défis relatifs à la santé tout le long du cycle de vie

Les principaux défis en lien avec la santé tout au long du cycle de vie se résument comme suit :

- l'amélioration et le maintien des taux de couverture vaccinale dans l'ensemble des districts sanitaires ;
- la mise à échelle des pratiques à haut impact sur la santé de la mère et l'enfant au Togo ;
- l'amélioration de l'accessibilité géographique et de la qualité des SONU à travers le territoire national ;
- la mise en place d'un programme de prise en charge gratuite des femmes victimes de fistules obstétricales et
- la mise en place d'une offre de soins et services de santé adaptés aux besoins spécifiques des adolescents, des jeunes et personnes âgées qui soient équitables et de qualité.

2.4.4.2. Défis relatifs à la lutte contre les maladies et les déterminants sociaux de la santé

En ce qui concerne la lutte contre les maladies et les déterminants de la santé, les défis comprennent :

- le renforcement et la diversification des mesures préventives de lutte contre les maladies (y compris les mesures de lutte contre la consommation des substances psychoactives) à travers le territoire national, avec le concours des PTF du secteur de la santé ;
- la mise en place d'un mécanisme formel de prise en charge des urgences médico-chirurgicales à tous les niveaux de la pyramide sanitaire et la réduction de la morbidité et de la mortalité liées aux accidents de la voie publique ;
- l'identification, le renforcement et la promotion des bonnes pratiques ayant contribué à la baisse du taux de mortalité due au paludisme, à l'élimination du trachome, de la filariose lymphatique et au contrôle des autres MTN en vue de leur application aux autres problèmes de santé ;
- le renforcement de la demande des soins et services de santé et l'adhésion des communautés au dépistage précoce et autres interventions visant la prévention et le traitement des maladies transmissibles et non transmissibles ;
- l'identification et le renforcement des bonnes pratiques de la surveillance des MNT à tous les niveaux du système ;
- le renforcement de la surveillance active et de la prise en charge aux niveaux districts et communautaires de la santé bucco-dentaire et du noma ;

- l'amélioration de l'accessibilité géographique et financière aux soins complets et inclusifs, sur l'ensemble du territoire ;
- le renforcement de l'implication et de l'accompagnement du secteur privé de soins et des praticiens de la médecine traditionnelle dans l'offre de soins et services de santé ;
- le renforcement des stratégies visant l'adaptation du secteur de la santé aux effets du changement climatique, ainsi que la mise en œuvre du plan d'action conjoint santé-environnement ;
- le renforcement de la promotion de la santé, du contrôle et de la surveillance de la qualité de l'eau et de la réduction de la défécation à l'air libre ;
- le renforcement de la sécurité et santé au travail du personnel de santé par la méthode HealthWISE.

2.4.4.3. Défis relatifs à la sécurité sanitaire et urgences de santé publique

Les principaux défis en lien avec la sécurité sanitaire et les urgences de santé publique comprennent :

- la mise en œuvre du Plan d'action national de sécurité sanitaire, ainsi que l'élaboration et la mise en œuvre d'un plan de contingence multirisques dans chaque région sanitaire et la poursuite du programme de mise en place et d'opérationnalisation des COUSP régionaux ;
- la mise en œuvre « rapide » des plans de riposte aux épidémies et urgences sanitaires ;
- la mise en œuvre de la surveillance à base communautaire prenant en compte la surveillance des événements ;
- le renforcement des capacités des laboratoires pour le diagnostic des maladies à potentiel épidémique et de leur intégration dans le dispositif de surveillance épidémiologique ;
- le renforcement des capacités nationales de mise en œuvre du RSI 2005, de surveillance épidémiologique et de l'interface stratégique santé, environnement, agriculture et élevage ;
- le renforcement des capacités diagnostiques et de riposte face aux risques nucléaires, radiologiques, biologiques et chimiques (NRBC) ;
- la mise en place ainsi que l'opérationnalisation de la plateforme ONE HEALTH ;
- le renforcement du contrôle sanitaire des eaux de boisson et des aliments et
- le renforcement de la prévention et le contrôle de l'infection.

2.4.4.4. Défis relatifs au système de santé, couverture sanitaire universelle et santé communautaire

Dans ces domaines les défis comprennent :

- l'augmentation graduelle du budget de l'état en faveur du secteur de la santé, à l'effet d'atteindre la cible de 15% à l'horizon 2030 ;
- la mise en place de mécanismes performants de mobilisation de ressources domestiques suffisantes (Etat, communes, ONG, OSC, secteur privé), d'optimisation des recettes des formations sanitaires et de prépaiement des soins et services de santé afin de réduire les paiements directs des ménages ;
- la mise aux normes des infrastructures ainsi que la mise en place des normes d'équipements et la pérennisation du système de management de la qualité (SMQ) dans tous laboratoires de biologie médicale ;
- l'élaboration et la mise en œuvre d'un plan de développement des ressources humaines adossé au PNDS ;
- le renforcement des plateaux techniques des formations sanitaires, dans le cadre de la mise en œuvre d'une stratégie d'acquisition et de gestion des équipements biomédicaux, y compris le système de maintenance préventive et curative des équipements de la chaîne du froid ;
- l'approvisionnement régulier des formations sanitaires, programmes et projets de santé y compris au niveau communautaire, en médicaments, fournitures techniques et autres produits de santé indispensables à l'offre de soins et services de santé ;
- l'élaboration et la mise en œuvre d'une stratégie d'optimisation des pratiques des ASC à travers le territoire national ;
- l'évaluation, l'identification des bonnes pratiques et la mise à échelle de l'approche contractuelle à la lumière des leçons apprises de l'expérience ;
- le renforcement des fonctions réglementaires de l'autorité de réglementation pharmaceutique, du contrôle et de l'inspection des structures de santé publiques et privées ;
- le renforcement de la collaboration avec le secteur privé de santé et les praticiens de la médecine traditionnelle ;
- l'accélération de l'informatisation du système de santé en vue du renforcement du SNIS, du développement d'une stratégie E-santé et de l'amélioration de la qualité de l'information sanitaire ;
- le renforcement de l'accès aux Laboratoires de contrôle qualité des médicaments et

- la prise en compte des orientations et opportunités régionales notamment la libre circulation des professionnels de santé, la création du marché régional du médicament par l'harmonisation de l'enregistrement, la coopération sanitaire au niveau régional et l'existence du centre régional de surveillance et de contrôle des maladies de l'OOAS.

2.4.4.5. Synthèse des défis majeurs du système de santé

En résumé, tous ces défis peuvent être regroupés en cinq (5) défis majeurs. Il s'agit de :

- i. la réduction de la charge de la morbidité et de la mortalité;
- ii. l'élargissement de l'offre de soins et services de santé, notamment ceux destinés aux femmes en âge de procréer, aux enfants, aux adolescents, aux jeunes et aux personnes âgées ;
- iii. l'amélioration de l'accès et de la qualité des soins et services offerts par le système de santé ;
- iv. l'amélioration de la demande et de l'utilisation des soins et services offerts ;
- v. la mobilisation et la mise à disposition des ressources et intrants requis pour assurer l'offre de soins et services de santé.

3. Cadre stratégique de la politique nationale de santé

3.1. Cadres de référence de la politique nationale de santé

3.1.1. Engagements internationaux

Etat membre de l'organisation des nations unies (ONU) et de l'Union africaine (UA), le Togo a souscrit à divers engagements internationaux qui sont pris en compte dans la Politique Nationale de Santé, horizon 2030. Il s'agit entre autres des engagements suivants :

- la Convention-cadre de l'Organisation Mondiale de la Santé pour la lutte antitabac (CCLAT) ratifiée en novembre 2005 ;
- le Règlement Sanitaire International révisé (2005) ;
- la Déclaration politique de Mexico sur la couverture sanitaire universelle en avril 2012.
- les Objectifs du Développement Durable (2015-2030) ;
- la Stratégie mondiale pour la santé numérique 2020-2025 ;
- la Stratégie globale en santé de la reproduction, maternelle, néonatale, infantile et des adolescents 2016-2030.

3.1.2. Engagements régionaux

Ces engagements relèvent de la qualité d'Etat membre de l'Union Africaine et de la région africaine de l'OMS. Il s'agit notamment de :

- la Charte africaine des droits de l'homme et des peuples (1981) ;
- la déclaration d'Alma Ata sur les Soins de santé primaires (1978), réaffirmée par la Déclaration de Ouagadougou (2008) et celle d'Astana (2018) ;
- la Déclaration des Chefs d'État et de gouvernement d'Abuja (2001) ;
- la Déclaration de Maputo (2003) sur l'agriculture et la sécurité alimentaire ;
- la Charte africaine des droits et du bien-être de l'enfant, juillet 1990 ;
- la Déclaration de Kampala 2006 relative à la disponibilité des ressources humaines en vue du renforcement du système de santé ;
- la Déclaration de Libreville sur la santé et l'environnement en Afrique (2008) ;
- la Déclaration d'Alger sur le renforcement de la recherche en santé en Afrique (2008) ;
- l'Initiative Africaine pour l'Accélération de la Réduction de la Mortalité Maternelle en Afrique (CARMMA), Addis-Abeba, 2009 ;
- la Déclaration de Tunis sur le financement de la santé (2012) ;
- la Résolution AFR/RC62/9 sur la promotion de la santé : stratégie pour la région africaine (2012) ;
- la Déclaration de Brazzaville sur les maladies non transmissibles (2012) ;
- le Cadre régional pour l'intégration des services essentiels de lutte contre les maladies non transmissibles dans les soins de santé primaires (2017) ;
- l'Engagement de Luanda sur les maladies non transmissibles (2014) ;
- l'Appel à l'action de Maurice sur le diabète, les maladies cardiovasculaires et les maladies non transmissibles (2009) ;
- la Stratégie 2010 de lutte contre la drépanocytose pour la Région africaine de l'OMS ;
- le Communiqué 2015 de l'Union africaine d'Addis-Abeba sur l'éradication des cardiopathies rhumatismales en Afrique ;
- la Déclaration d'Addis-Abeba sur l'immunisation (2015).

3.1.3. Engagements sous régionaux

Il s'agit particulièrement de cinq engagements pris par le Togo, en sa qualité d'Etat membre de la CEDEAO, à savoir : (i) la vision 2050 de la CEDEAO ; (ii) la vision 2030 de l'OOAS ; (iii) les directives et règlements de l'UEMOA sur la Santé ; (i) la Directive n° 001/CM/CIPRES du 12 décembre 2019 portant socle juridique de sécurité sociale applicable aux organismes de prévoyance sociale des états membres de la conférence interafricaine de la prévoyance sociale (CIPRES) et (v) l'engagement de Ouagadougou sur le Partenariat PF2030.

3.1.4. Références nationales

La politique nationale de santé trouve sa source dans la Constitution de la IV^{ème} République Togolaise du 14 octobre 1992, révisée par la loi n° 2002-029 du 31 décembre 2002. Le droit à la santé est reconnu par la Constitution 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 une Politique Nationale de Santé à même de promouvoir, de protéger et de restaurer la santé de la population et d'en assurer la mise en œuvre effective.

Au niveau national, le Togo a pris un ensemble de textes en faveur de l'amélioration et de la promotion de la santé des populations. Il s'agit notamment de :

- la loi-cadre de 2001 sur la Pharmacie et le Médicament au Togo ;
- la loi de 2001 relative à l'exercice de la médecine traditionnelle ;
- la loi n° 2004 -005 du 23 avril 2004 relative à la protection sociale des personnes handicapées ;
- la loi n°2006-010 du 13 décembre 2006, portant Code du Travail ;
- la loi n° 2007-005 du 10 janvier 2007 sur la santé de la reproduction ;
- la loi n° 2007-017 du 6 juillet 2007, portant Code de l'enfant ;
- loi n°2009-007 du 15 mai 2009 portant Code de la Santé Publique de la République Togolaise ;
- la loi n° 2010-004 du 09 juin 2010 portant Code de l'Eau ;
- la loi n°2010-017 du 31 décembre 2010 relative à la commercialisation, à la consommation des cigarettes et autres produits du tabac ;
- la loi n°2010-018 du 31 décembre 2010 modifiant la loi N°2005 portant protection des personnes en matière du VIH/SIDA ;
- la loi n° 2011-003 de mars 2011 instituant un régime obligatoire d'assurance maladie des agents publics et assimilés ;
- loi n°2019-006 du 26 juin 2019 portant décentralisation au Togo ;
-
- la loi n°2021-022 du 18 octobre 2021 instituant l'assurance maladie universelle en République Togolaise ;
- la loi n°2020-006/PR du 10 juin 2020 sur l'utilisation sûre, sécurisée et pacifique du nucléaire ;
- la loi n° 2019-014 du 29 octobre 2019 relative à la protection des données à caractère personnel.

3.2. Valeurs et principes de la politique nationale de santé

L'aspiration exprimée dans la vision de la PNS est soutenue par quatre valeurs cardinales : le respect du droit à la santé, l'équité, la justice sociale et la solidarité.

3.2.1. Valeurs

Respect du droit à la santé

Le respect du droit à la santé est fondamental. La PNS met l'homme au centre de ses interventions, dans le respect de ses besoins, de ses particularités et tout au long de son cycle de vie.

Équité

Chaque citoyen togolais doit avoir un accès aux soins et services de santé de qualité dont il a besoin et au moment où ils sont requis pour lui.

Justice sociale

L'équité dans l'accès aux soins et services de santé de qualité repose sur la justice sociale, afin de garantir à chacun l'exercice de son droit à la santé.

Solidarité

En lien avec la justice sociale, l'accès équitable aux soins et services de santé de qualité sera soutenue par une redistribution appropriée des ressources disponibles, en vertu du principe de solidarité de l'ensemble de la nation face aux risques encourus en matière de santé.

3.2.2. Principes directeurs

En sus de ces valeurs cardinales, la mise en œuvre de la Politique nationale de santé repose sur les principes directeurs suivants :

Complémentarité et cohérence des interventions

A travers ses fonctions de définition des normes, de régulation et d'arbitrage et en tant que garant de la santé de la population, l'Etat doit assurer et veiller à la cohérence, à la qualité et à la complémentarité des interventions sectorielles en lien avec la santé de la population.

Efficacité et efficience

La stratégie de mise en œuvre de la politique de santé doit être basée sur des interventions efficaces, efficientes et reconnues à haut impact, elles-mêmes fondées sur des évidences.

Complémentarité des soins et services de santé

L'offre des soins et services de santé est organisée en veillant à la complémentarité des interventions de prévention de la maladie, avec celles qui visent la promotion et la restauration de la santé.

Continuité de soins et services de santé

L'offre des soins et services de santé est organisée en veillant à leur acceptabilité et à ce que leur continuité soit garantie tout au long du parcours de soins.

Couverture universelle en santé

En lien étroit avec l'équité dans l'accès aux soins et services de santé de qualité, la couverture universelle sera basée sur l'extension à tous de la protection sociale en santé à travers un financement suffisant, équitable et durable.

Participation et appropriation communautaire

La participation et l'appropriation communautaire sous-tendent l'application de l'approche des Soins de santé primaires (SSP) dans la mise en œuvre de la Politique nationale de santé. Ce sont d'importants déterminants du succès des interventions qui visent l'amélioration de la demande et de l'utilisation des soins et services de santé.

Participation du secteur privé à l'offre de soins et services de santé

Le secteur privé participe à l'accomplissement des missions du service public dans l'offre de soins et services de santé de qualité, dans le strict respect des lois et règlements de la République. Le partenariat public - privé est vivement encouragé à cet effet dans divers domaines devant contribuer à améliorer l'accès aux médicaments essentiels et au renforcement du système de santé dans son ensemble.

Gestion axée sur les résultats

Les interventions de la Politique nationale de santé sont planifiées et mises en œuvre selon les principes de la gestion axée sur les résultats et de la redevabilité. Les actions doivent se baser sur une chaîne de résultats définissant clairement les relations entre ressources, activités, produits et résultats.

Respect des engagements régionaux et internationaux

Il s'agit pour la mise en œuvre de la Politique nationale de santé et des plans qui vont en dériver, de tenir compte de l'environnement régional et international à travers le respect pris par le Togo dans différents domaines.

3.3. Vision de la politique nationale de santé

La vision de la politique nationale de santé à l'horizon 2030 est : **« un Togo dans lequel les hommes, les femmes, les enfants, les jeunes, les adolescents et les personnes âgées qui y habitent pratiquent des comportements favorables à la santé, ont accès aux soins et services de santé de qualité dont ils ont besoin et qui sont offerts à un coût abordable par un système de santé performant, résilient et capable de satisfaire le droit à la santé de tous en particulier les plus vulnérables ».**

3.4. But de la politique nationale de santé

Le but de la Politique Nationale de Santé, à l'horizon 2030, est de contribuer à augmenter l'espérance de vie de la population, en permettant à tous de vivre en bonne santé et en assurant un bien-être de tous à tout âge.

Ce but sera atteint à travers les objectifs stratégiques ci-après :

- assurer aux mères, aux enfants, aux jeunes et adolescents et aux personnes âgées, des prestations de services spécifiques de qualité pour leur santé et bien-être ;
- renforcer les capacités de lutte contre les maladies et la maîtrise des facteurs sociaux et environnementaux qui déterminent l'état de santé des populations ;
- bâtir un système de santé résilient et capable de répondre efficacement aux épidémies et autres urgences de santé publique ;
- améliorer l'accès des populations, particulièrement les plus vulnérables aux services essentiels, aux médicaments, aux vaccins et autres produits de santé de qualité à un coût abordable.

3.5. Orientations stratégiques de la politique nationale de santé

La réalisation de la vision et du but de la politique nationale de santé repose principalement sur quatre (4) orientations stratégiques (OS) fondées sur les dimensions clés du système de santé pour une offre de services et soins de santé de qualité, les thématiques émergentes liées à l'innovation dans le domaine de la santé, la protection de la population contre le risque financier lié à l'utilisation des services de santé, les urgences sanitaires et les déterminants sociaux de la santé. Il s'agit en effet de :

- **OS1** : Amélioration de la disponibilité et de l'utilisation des services spécifiques de santé par les mères, les enfants, les jeunes et adolescents et les personnes âgées.
- **OS2** : Renforcement des capacités de lutte contre les maladies et la maîtrise des déterminants sociaux de la santé.
- **OS3** : Renforcement de la résilience du système de santé et de ses capacités de réponses aux épidémies et autres urgences de santé publique.
- **OS4** : Amélioration de l'accès des populations, particulièrement les plus vulnérables aux services essentiels, aux médicaments, aux vaccins et autres produits de santé de qualité.

L'impact attendu de la mise en œuvre de ces quatre (04) orientations stratégiques est le suivant : « **Les morbidités et mortalités sont significativement réduites d'ici à 2030** ».

3.5.1. OS1 : Amélioration de la disponibilité et de l'utilisation des services spécifiques de santé par les mères, les enfants, les jeunes et adolescents et les personnes âgées

L'orientation stratégique 1 vise à assurer aux mères, aux enfants, aux jeunes et adolescents et aux personnes âgées, des prestations de services spécifiques de qualité pour leur santé et bien-être.

Il est attendu de la mise en œuvre de cette orientation stratégique, le résultat stratégique suivant : « **Les prestations de services spécifiques de qualité sont offerts et accessibles aux mères, aux enfants, aux jeunes et adolescents et aux personnes âgées pour leur santé et bien-être d'ici à 2030** ».

Pour atteindre ce résultat stratégique, deux résultats d'effets ci-après sont attendus : (i) la charge de morbidité et de mortalité maternelle, néonatale et infanto juvénile est sensiblement réduite et (ii) la santé des adolescents, des jeunes et des personnes âgées est promue.

Effet attendu 1.1 : La charge de morbidité et de mortalité maternelle, néonatale et infanto juvénile est sensiblement réduite

Les principales interventions nécessaires pour réduire la charge de morbidité et de mortalité maternelle, néonatale et infanto juvénile d'ici à 2030 sont : (i) l'accroissement de la couverture du territoire en formations sanitaires de premier contact offrant des paquets de soins et services essentiels complets et de qualité, (ii) le renforcement des initiatives et approches communautaires développées pour l'accès des enfants de moins de 5

ans aux soins et services de santé de qualité et (iii) le renforcement des capacités opérationnelles du PEV, de la mise en œuvre et du suivi de l'approche « Atteindre chaque enfant dans chaque district ».

Effet attendu 1.2 : La santé des adolescents, des jeunes et des personnes âgées est promue

La promotion de la santé des adolescents, des jeunes et des personnes âgées se fera à travers : le développement et la mise en œuvre des stratégies de promotion de la santé des adolescents et des jeunes et des personnes âgées ; l'extension et le renforcement de l'offre de soins et services de santé de l'adolescent ; la promotion de la santé sexuelle et reproductive impliquant les OSC destinée aux adolescents et aux jeunes, notamment aux élèves ; le développement de « solides » programmes de santé scolaire, d'éducation sexuelle complète et de lutte contre les grossesses non désirées destinés aux adolescents et aux jeunes.

3.5.2. OS2 : Renforcement des capacités de lutte contre les maladies et la maîtrise des déterminants sociaux de la santé

L'orientation stratégique 2 vise à renforcer les capacités de lutte contre les maladies et la maîtrise des facteurs sociaux et environnementaux qui déterminent l'état de santé de la population.

Le résultat stratégique attendu de la mise en œuvre de cette orientation stratégique est le suivant : « **Les capacités de lutte contre les maladies et la maîtrise des déterminants sociaux de la santé sont renforcées d'ici à 2030** ».

Pour ce faire, six (06) principaux résultats d'effets sont formulés pour l'atteinte de ce résultat stratégique : (i) les capacités de lutte contre les maladies transmissibles, des maladies non transmissibles et des maladies tropicales négligées sont renforcées ; (ii) la prise en charge des personnes vivant avec un handicap physique est améliorée ; (iii) les capacités de dépistage et de prise en charge des causes de malvoyance et de cécité sont renforcées ; (iv) la santé mentale et la prise en charge des troubles mentaux sont promues ; (v) les capacités de lutte contre les autres maladies sont renforcées et (vi) la promotion de la santé et des comportements favorables à la santé est renforcée.

Effet attendu 2.1 : Les capacités de lutte contre les maladies transmissibles, des maladies non transmissibles et des maladies tropicales négligées sont renforcées

Trois (03) principales interventions permettront l'atteinte de l'effet 2.1 : (i) le renforcement de la lutte contre les maladies transmissibles ; (ii) le renforcement de la lutte contre les maladies tropicales négligées et (iii) le renforcement de la lutte contre les maladies non transmissibles (MNT).

Pour ce faire, il convient en matière de :

- *Renforcement de la lutte contre les maladies transmissibles*, de porter l'attention sur les actions suivantes : le renforcement des compétences des équipes chargées de la surveillance intégrée des maladies et des personnels responsables de la prévention et de la prise en charge du paludisme, du VIH-Sida et de la tuberculose ; l'extension et le renforcement des capacités opérationnelles des services de proximité assurant le diagnostic, le traitement des patients tuberculeux ; l'amélioration de la couverture et la qualité de l'offre de soins et services de santé destinés aux patients ; le renforcement des interventions à base communautaire dans la lutte contre les maladies transmissibles ; la mise à échelle de toutes les interventions de lutte contre les maladies transmissibles ; la lutte contre les effets des maladies climato-sensibles et le renforcement des capacités opérationnelles des équipes de surveillance épidémiologique.
- *Renforcement de la lutte contre les maladies tropicales négligées*, de mettre l'accent sur : l'amélioration de l'accès au traitement des cas et des complications de toutes les MTN à tous les niveaux ; le renforcement des capacités opérationnelles du programme de lutte contre les MTN ; la mise en œuvre intégrée des interventions pour les MTN ; la surveillance et de recherche opérationnelle sur les MTN.
- *Renforcement de la lutte contre les maladies non transmissibles (MNT)*, d'agir sur : l'amélioration de l'offre et l'accès aux soins et services spécialisés de prise en charge des maladies cardiovasculaires, des cancers, du diabète, des maladies respiratoires chroniques ; le renforcement des compétences techniques du personnel de santé en prise en charge des MNT ; la place d'un mécanisme de gestion des urgences médico-chirurgicales (AVP, AVC et autres urgences) ; le renforcement de la surveillance des maladies non

transmissibles à tous les niveaux et l'amélioration de la qualité et l'accès aux soins et services de détection, de prévention des malnutritions et de réhabilitation nutritionnelle.

Effet attendu 2.2 : La prise en charge des personnes vivant avec un handicap physique est améliorée

L'amélioration de la prise en charge des personnes vivant avec un handicap physique consistera à renforcer la disponibilité et la capacité opérationnelle des services de réadaptation dans le domaine des affections chroniques non transmissibles et à améliorer l'utilisation des services de la réadaptation de qualité par la population.

Effet attendu 2.3 : Les capacités de dépistage et de prise en charge des causes de malvoyance et de cécité sont renforcées

L'accent sera mis sur deux principales interventions : le renforcement du dépistage des maladies oculaires et l'amélioration de l'accessibilité des populations aux soins oculaires inclusifs.

Effet attendu 2.4 : La santé mentale et la prise en charge des troubles mentaux sont promues

Les principales interventions devant faciliter la promotion de la santé mentale et la prise en charge des troubles mentaux porteront sur : le renforcement de la prévention des substances psychoactives, toxiques et nocives en milieu scolaire et extrascolaire ; le développement et la mise œuvre d'une stratégie multisectorielle destinée à empêcher l'accès des jeunes et adolescents aux substances psychoactives, toxiques et nocives y compris le tabac, l'alcool, les autres drogues et nouveaux produits émergents de ces substances ; le renforcement des compétences techniques du personnel de santé en diagnostic et prise en charge des troubles mentaux et des addictions ; le renforcement de la législation sur les substances psychoactives et son application indépendante des industriels de tabac, d'alcool et substances.

Effet attendu 2.5 : Les capacités de lutte contre les autres maladies sont renforcées

L'attention sera portée sur le renforcement des compétences techniques des acteurs impliqués dans la lutte contre les maladies bucco dentaires et le renforcement de la surveillance active du Noma dans les districts, la recherche des cas et leur prise en charge.

Effet attendu 2.6 : La promotion de la santé et des comportements favorables à la santé est renforcée

Les principales interventions pour promouvoir la santé et les comportements favorables à la santé concernent : la création d'un cadre de promotion de la santé impliquant toutes les parties prenantes ; le renforcement de l'engagement communautaire pour la réussite et la pérennisation des projets de développement sanitaire ; l'amélioration de l'accès des populations aux infrastructures d'assainissement au niveau familial, à l'hygiène et l'assainissement du milieu ainsi qu'à l'eau de boisson saine dans les concessions ; la mise en œuvre des campagnes de sensibilisation des populations en vue de l'adoption d'une alimentation saine et des comportements favorables à la santé et le renforcement de la sécurité et santé sur les lieux de travail.

3.5.3. OS3 : Renforcement de la résilience du système de santé et de ses capacités de réponses aux épidémies et autres urgences de santé publique

L'orientation stratégique 3 vise à bâtir un système de santé résilient, capable de répondre efficacement aux épidémies et autres urgences de santé publique. Ainsi, d'ici à 2030, le résultat stratégique attendu de la mise en œuvre de cette orientation est le suivant : **« Le système de santé est résilient et capable de répondre efficacement aux épidémies et autres urgences de santé publique ».**

Pour atteindre ce résultat stratégique, deux résultats d'effets ci-après sont attendus : (i) les capacités de préparation et de riposte aux épidémies et autres urgences de santé publique sont renforcées et (ii) les centres des opérations d'urgence de santé publique (COUSP) sont mis en place et opérationnels.

Effet attendu 3.1 : Les capacités de préparation et de riposte aux épidémies et autres urgences de santé publique sont renforcées

Il s'agira de poursuivre les efforts déjà engagés en mettant l'accent sur : le renforcement des capacités et l'amélioration des performances de l'Institut national de santé publique (INSP) ; la redynamisation de l'Institut national de coordination de la surveillance et du contrôle des maladies de santé publique (INCSM) ; le développement de stratégies de gestion conjointe des épidémies tenant compte de l'implication des secteurs « One Health » ; le renforcement des capacités opérationnelles des acteurs de la surveillance, de détection et de confirmation biologique des maladies à potentiel épidémique, des zoonoses et des autres événements de santé ; la mise en place d'un plan de réorganisation d'urgence intégrant la réallocation des ressources en cas

de crise, la riposte à l'urgence et la continuité des soins et services de routine ; le renforcement de l'intégration des données de la santé animale, environnementale et hydrométéorologique avec les données de santé humaine ; la mise en place d'une cellule « Changements Climatiques et Santé ».

Effet attendu 3.2 : Les centres des opérations d'urgence de santé publique (COUSP) sont mis en place et opérationnels

Les principales interventions porteront sur : le renforcement du fonctionnement du COUSP ainsi que la visibilité de ses actions dans la gestion des urgences, la création et opérationnalisation des COUSP hors Lomé ; le renforcement des capacités opérationnelles et des compétences des équipes d'intervention rapide ; la mise en place et le fonctionnement régulier des cadres nationaux, régionaux et locaux de l'interface stratégique santé, environnement, élevage et agriculture ; le renforcement des capacités opérationnelles nationales, régionales et locales pour la mise en œuvre de l'approche une seule santé.

3.5.4. OS4 : Amélioration de l'accès aux services essentiels de santé de qualité à un coût abordable

L'orientation stratégique 4 vise à améliorer l'accès des populations, particulièrement les plus vulnérables aux services essentiels, aux médicaments, aux vaccins et autres produits de santé de qualité à un coût abordable.

Comme résultat stratégique de la mise en œuvre de cette orientation, il est attendu d'ici à 2030, le résultat suivant : **« Les populations, particulièrement les plus vulnérables, ont un accès universel aux services essentiels, aux médicaments, aux vaccins et autres produits de santé de qualité à un coût abordable ».**

De façon spécifique, pour atteindre ce résultat stratégique, six (06) résultats d'effets ci-après sont attendus : (i) la gouvernance, le pilotage et le leadership du secteur sont renforcés ; (ii) le financement et l'utilisation des ressources financières allouées au secteur de la santé sont améliorés ; (iii) les capacités opérationnelles du système de santé sont renforcées ; (iv) l'accès des populations aux soins et services de qualité sur l'ensemble du territoire national est renforcé ; (v) le cadre de partenariat et la collaboration inter multisectorielle fonctionnent efficacement ; (vi) la disponibilité de l'information sanitaire de qualité pour la prise de décision est améliorée.

Effet attendu 4.1 : La gouvernance, le pilotage et le leadership du secteur sont renforcés

Il s'agira principalement de mettre l'accent sur : le renforcement du cadre juridique de l'offre de soins et services de santé dans sa globalité ; le renforcement du cadre de planification opérationnelle, de suivi de la mise en œuvre des interventions et de redevabilité à tous les niveaux de la pyramide sanitaire ; le développement et la mise en œuvre de la réforme hospitalière ; la mise en place du cadre de réglementation pharmaceutique (création d'une agence de réglementation pharmaceutique) ; le renforcement de l'intégration des soins et de la complémentarité des interventions ; la réorganisation des services du ministère chargé de la santé (révision de l'organigramme) et le renforcement des capacités opérationnelles de ses services administratifs mis en place ; la révision du cadre statutaire des agents de santé ; la mise en place d'un cadre de dialogue avec les parties prenantes pour le transfert de certaines compétences aux collectivités territoriales.

Effet attendu 4.2 : Le financement et l'utilisation des ressources financières allouées au secteur de la santé sont améliorés

Les principales interventions pour l'amélioration du financement et l'utilisation des ressources financières allouées au secteur de la santé consisteront à : la mobilisation de ressources additionnelles pour l'accroissement du financement de la santé (augmentation régulière des allocations de l'Etat, développement de mécanismes alternatifs et innovants de financement en faveur de la santé, complémentaires au budget de l'état) ; le renforcement de l'efficacité de l'affectation et l'utilisation des ressources financières allouées à la santé, l'extension et le renforcement des dispositifs de l'assurance maladie universelle ; l'accélération de la mise en œuvre de la couverture santé universelle ; l'amélioration du cadre de coordination et de suivi des mécanismes d'assurance maladie universelle.

Effet attendu 4.3 : Les capacités opérationnelles du système de santé sont renforcées

Les interventions de renforcement des capacités du système de santé porteront sur : le développement d'un plan d'amélioration de l'infrastructure sanitaire centrée sur la carte sanitaire, la mise en place des plans de développement des ressources humaines en santé (RHS) intégrant l'ensemble des fonctions de gestion prévisionnelle des emplois et des compétences du secteur ; la création et l'opérationnalisation de nouveaux centres régionaux de transfusion sanguine ; le renforcement de la disponibilité de produits sanguins labiles de qualité ; l'amélioration de la disponibilité, la gestion et l'utilisation rationnelle des médicaments essentiels et

génériques (MEG) et autres produits de santé requis ; le développement d'une politique cohérente d'acquisition et de gestion des équipements biomédicaux et des équipements logistiques, conformément aux normes et standards et la mise en place des plans de gestion des déchets biomédicaux.

Effet attendu 4.4 : L'accès des populations aux soins et services de qualité sur l'ensemble du territoire national est renforcé

Le renforcement de l'accès des populations aux soins et services de qualité sera effectif grâce aux interventions suivantes : le développement de l'assurance qualité ; la mise en place des soins et services de santé centrés sur les patients ; le développement d'une stratégie E-santé et la mise en place d'une stratégie d'optimisation des agents de santé communautaire / relais communautaire sur l'offre de paquets de soins intégrés.

Effet attendu 4.5 : Le cadre de partenariat et de collaboration inter-multisectorielle fonctionnent efficacement

Le bon fonctionnement du cadre de partenariat et la collaboration inter-multisectorielle passera par : le renforcement des mécanismes de collaboration multisectorielle pour une prise en charge systématique des sujets transversaux ; la dynamisation et le suivi du fonctionnement régulier des comités interministériels existants ; la mise en place des mécanismes collaboratifs de gestion de l'approvisionnement en médicaments stratégiques sur l'ensemble de la chaîne logistique et l'accélération de la mise en place de la plateforme une seule santé.

Effet attendu 4.6 : L'information sanitaire de qualité est disponible pour la prise de décision

L'amélioration de la disponibilité de l'information sanitaire de qualité à tous les niveaux y compris le niveau communautaire et le secteur privé pour la prise de décision passera par : le renforcement et l'optimisation de l'utilisation de la plateforme DHIS-2 dans l'ensemble des districts sanitaires ; le développement et la mise en œuvre d'un plan d'informatisation de la gestion des hôpitaux, le renforcement des capacités des acteurs sur la production, le contrôle qualité et l'utilisation de l'information sanitaire ; le développement d'un mécanisme sécurisé d'archivage et de gestion électronique des documents et la mise en place des normes et orientations en matière de sécurité des données à caractère personnel.

4. Cadre de mise en œuvre et de suivi-évaluation de la politique nationale de santé

4.1. Cadre de mise en œuvre

4.1.1. Organisation du système de santé

Le système de santé du Togo est organisé en une pyramide sanitaire à trois niveaux : central, intermédiaire et périphérique. Le niveau central est composé du cabinet du ministre, des directions centrales et des institutions de santé à portée nationale ; le niveau intermédiaire est constitué des directions régionales de la santé (DRS), des CHR et autres institutions régionales et le niveau périphérique composé des directions préfectorales de la santé (ou districts sanitaires), des formations sanitaires et des agents de santé communautaires (ASC).

La mise en œuvre de la PNS se base sur les plans nationaux de développement sanitaires et le cadre de dépenses à moyen terme de chaque plan. Des plans d'actions opérationnels déclinent annuellement les interventions des différents acteurs pour la réalisation des objectifs de la politique.

La PNS s'exécute à travers les mécanismes de mise en œuvre, de gestion et de coordination aux trois niveaux du système de santé, décrits ci-dessous :

Au niveau central

- le Comité National de Coordination du Secteur de la Santé (CNC-SS) ;
- les comités spécifiques : CCM, CCIA... ;
- le Conseil d'administration au niveau des CHU, des spécificités nationales et autres institutions nationales de santé publique.

Au niveau régional

- le Comité Régional de Coordination du Secteur de la Santé (CRC-SS) ;
- l'Équipe Cadre Régionale (ECR), coordonnée par le directeur régional de la santé ;
- le Conseil d'Administration au niveau des Centres hospitaliers régionaux (CHR) et des institutions régionales de santé publique.

Au niveau préfectoral/District sanitaire

- le Comité de District de Coordination du Secteur de la Santé (CDC-SS) ;
- l'Équipe cadre de district (ECD), coordonnée par le directeur préfectoral de la santé ;
- le Conseil d'Administration au niveau des hôpitaux autonomes de district ;
- le COGES au niveau des hôpitaux de district non autonomes et des unités de soins périphériques.

Au niveau communal

- le comité communal de santé ;
- l'équipe cadre communale.

4.1.2. Paquet d'interventions

En vue d'assurer une prestation équitable de soins à travers le pays, des paquets d'interventions différents sont définis pour chacun des niveaux du système de prestation de soins (communautés, formations sanitaires de premier contact et structure de référence). Le contenu du paquet est adapté en priorité aux interventions à fort potentiel d'impact et d'efficacité avérée en vue d'atteindre les objectifs de la politique sanitaire. La définition des paquets d'interventions prend en compte simultanément : les besoins prioritaires de santé, les contraintes financières de l'Etat et de la population.

4.1.3. Système de référence et contre-référence

Dans l'approche d'une meilleure prise en charge des urgences médicales, obstétricales et chirurgicales, la politique nationale de santé définit l'orientation des malades entre les différents niveaux de soins de la pyramide sanitaire de la manière suivante :

- les centres hospitaliers universitaires (CHU) et les institutions spécialisées de santé de portée nationale jouent le rôle de troisième niveau de référence ;

- les centres hospitaliers régionaux (CHR) jouent le rôle de deuxième niveau de référence pour les hôpitaux de districts de la région et
- les hôpitaux de district (HD) représentent le premier niveau de référence pour les USP (CMS et Dispensaires) du district.

Le pays a développé une initiative à base communautaire dans laquelle les ASC réfèrent les sujets qu'ils prennent en charge, vers les USP dans le cadre de PCIMNE-C. L'opérationnalisation du système de référence et contre référence doit s'appuyer au cours de la période de mise en œuvre de la politique à l'horizon de 2030 sur le développement de E-Santé à travers la digitalisation du système, la formation du personnel urgentiste équipé et son déploiement adéquat à travers toute l'étendue du territoire national.

4.1.4. Approche sectorielle

La politique nationale de santé s'applique dans le cadre de la vision Togo 2030 et des stratégies de développement durable à travers l'implication des secteurs qui contribuent à l'amélioration de l'état de santé et se caractérise par une concertation et collaboration intersectorielle et multisectorielle à tous les niveaux. La Feuille de route 2020-2025 est en cours de mise en œuvre avec une vision spécifique pour le secteur de la santé qui détient le lead de deux projets prioritaires que sont : la mise en place de la couverture sanitaire universelle (P3) et l'élaboration et l'exécution d'un plan de riposte aux urgences sanitaires (P4). Dans ce cadre, le ministère chargé de la santé coordonne et facilite l'approche sectorielle de la santé pour le développement.

4.1.5. Partenariats

Les différentes parties prenantes du partenariat du secteur de la santé sont :

- les partenaires bilatéraux et multi multilatéraux, y compris la coopération sanitaire avec les pays voisins ; (accords de coopération, prise en charge des citoyens circulant dans l'espace de la CEDEAO) ;
- les ordres, associations professionnelles et sociétés savantes ;
- les délégués des professionnels de la santé et organisations syndicales ;
- le secteur privé et la médecine traditionnelle ;
- les communautés et les Organisations de la société civile (OSC) telles que les organisations représentant les patients (association des diabétiques, des drépanocytaires, tuberculeux, PVVIH et autres.

4.2. Mécanisme de financement de la politique nationale de santé

4.2.1. Sources de financement

Le financement de la PNS horizon 2030 sera assuré par l'Etat, les collectivités territoriales, le secteur privé de soins et le secteur privé général (à travers le partenariat public privé), les partenaires bilatéraux et multilatéraux ainsi que les ONG et Associations nationales et internationales. L'apport attendu de chaque partie sera formalisé à travers des mémorandums d'entente (Compact) pour le soutien à la mise en œuvre des plans nationaux de développement sanitaire qui seront issus de la PNS. Il est envisagé que la progression du financement de la santé par l'Etat obéira à un rythme d'au moins 1,5 points chaque année par rapport à 2022 (5,5%) jusqu'à atteindre en 2030 les 15% recommandé par l'engagement d'Abuja d'avril 2001.

S'agissant des autres financements extérieurs, il est supposé que l'engagement des partenaires aux côtés du gouvernement permet de mobiliser davantage de ressources dans l'esprit des principes de la déclaration de Paris sur l'efficacité de l'aide au développement pour le secteur.

4.2.2. Financements innovants

Les financements innovants sont des opportunités de lever des fonds additionnels au financement traditionnel de la santé. Des actions concrètes doivent permettre de réaliser les trois objectifs clés poursuivis par le dialogue national sur le financement de la santé de février 2017 à savoir : (i) identifier les mécanismes de financement domestiques pouvant faire l'objet d'une mise en œuvre ; (ii) mettre en place une plateforme pour la mobilisation du financement domestique ; (iii) élaborer la feuille de route pour la mise en œuvre des mécanismes domestiques de financement identifiés pour soutenir et augmenter le financement national en lien avec la stratégie nationale de financement de la santé.

4.2.3. Mécanisme de gestion des ressources mobilisées

Conformément à l'esprit de redevabilité, l'exécution des ressources financières mobilisées issues des différentes sources de financement doit autant que possible respecter les règles de gestion administrative et financière en vigueur au Togo. Ainsi, des efforts d'harmonisation des pratiques des partenaires techniques et financiers du secteur de la santé sont encore nécessaires pour parvenir à la mise en place d'un cadre fiduciaire commun.

Concernant les partenaires intervenant dans l'appui budgétaire global ou sectoriel, le Ministère de l'économie et des finances est le garant de l'exécution de la dépense publique. En effet, l'appui budgétaire permet de réduire le déficit budgétaire de l'Etat. Par ce biais, il doit contribuer à augmenter la part du secteur de la santé dans le budget de l'Etat conformément à l'engagement d'Abuja.

De la même manière, pour les ressources propres de l'Etat, le Ministère de l'économie et des finances veillera au respect des principes généraux de finances publiques et du code des marchés publics pour l'exécution de toutes les dépenses publiques entreprises par l'Etat.

Par rapport aux partenaires non engagés dans l'appui budgétaire, des mécanismes seront mis en place d'un commun accord entre l'Etat et ces derniers, pour exécuter les ressources financières allouées, à l'instar des procédures du système harmonisé de transfert des fonds (HACT) utilisé par les agences du système des Nations Unies.

4.3. Cadre de suivi évaluation de la politique nationale de santé

4.3.1. Dispositif de suivi et évaluation

La mise en œuvre de la politique nationale de santé, horizon 2030, sera réalisée à travers des plans de développement sanitaire successifs et chacun d'eux sera doté d'un plan de suivi-évaluation (PSE). A cet effet, des outils et dispositifs de collecte, de contrôle de qualité, d'analyse des données jusqu'à la prise de décisions basée sur les preuves probantes seront décrits.

Les organes existants à tous les niveaux de la pyramide veilleront chacun en ce qui le concerne à rendre le dispositif fonctionnel en collectant, utilisant, transmettant à temps, des données et informations pertinentes sur le système de santé.

4.3.2. Mécanisme de suivi et évaluation

Le suivi et l'évaluation de la mise en œuvre de la présente politique de santé se font à travers les différents plans nationaux et d'actions annuels subséquents y compris le plan unique de suivi évaluation. Le processus de suivi et d'évaluation des PNDS sera réalisé à travers :

- la revue annuelle/revue sectorielle du document d'orientation nationale (post PND), la revue à mi-parcours (revue annuelle de la troisième année), les évaluations ;
- les enquêtes : RGPH, MICS, EDST, STEPS, QUIBB et SARA ; revue des dépenses publiques du secteur de la santé : Enquête budget et consommation des ménages, Comptes de la Santé, Comptes Nationaux etc.
- la prise en compte dans le suivi, des indicateurs des autres secteurs (eau, éducation, routes, agriculture, élevage, environnement etc.) qui ont un impact sur la santé.

5. Réformes, analyse et gestion des risques

5.1. Pistes de réformes de la politique nationale de santé

Les orientations stratégiques de la politique nationale de santé horizon 2030 et leurs interventions induisent une série de perspectives de réformes du système de santé, au regard de leur importance et de leur caractère structurant de l'offre de soins et services de santé. Ces perspectives concernent notamment :

1. le financement de la santé ;
2. la décentralisation du système de santé ;
3. la réforme hospitalière ;
4. le système de transfusion sanguine ;
5. la réforme du secteur pharmaceutique ;
6. la révision du cadre statutaire du personnel de la santé ;
7. la réglementation du secteur privé de soins et ;
8. la digitalisation des services de santé.

Le développement de ces perspectives de réformes fera l'objet d'analyse plus approfondie et de définition de leur contenu dans le cadre de l'élaboration et l'exécution des plans de mise en œuvre de la politique.

5.2. Analyse des risques et mesures d'atténuation

Les risques majeurs susceptibles d'affecter la mise en œuvre de la politique nationale de santé, horizon 2030 et leurs mesures d'atténuation sont présentés ci-après :

Baisse de régime postCovid-19

- Maintenir les activités de sensibilisation ;
- Renforcer les contrôles sanitaires à différents niveaux.

Insuffisance du financement

- Faire un audit pour rechercher des solutions adaptées pour booster le taux d'absorption des financements sur les projets/programmes ;
- Mettre en œuvre une stratégie de mobilisation de ressources plus adaptée (y compris les financements domestiques, notamment via les financements innovants) ;
- Mettre en œuvre une politique d'efficience allocative des ressources mobilisées.

Insécurité dans la partie septentrionale du pays

- Accélérer la mise en œuvre du plan d'urgence.

Insuffisance du personnel qualifié

- Renforcer le plaidoyer pour un recrutement régulier et conséquent
- Assurer une répartition efficiente du personnel disponible
- Mettre en place un mécanisme de motivation du personnel, basé sur la performance.

5.3. Conditions de succès de la mise en œuvre de la politique nationale de santé

Le succès de la mise en œuvre de la politique nationale de santé repose sur l'adhésion et la redevabilité de tous les acteurs et tous les partenaires ainsi que sur l'engagement national au plus haut niveau afin d'assurer un niveau de santé le plus élevé possible à la population. La mise en œuvre de la politique de santé nécessite une coordination intra et multisectorielle afin d'atteindre les résultats escomptés car la santé est l'affaire de tous et un droit garantissant le développement économique du Togo.

Conclusion

L'élaboration de toute nouvelle politique ou stratégie, requiert un état des lieux objectif et exhaustif qui permet de cerner, sur les bases des expériences antérieures, l'ensemble des points forts, ceux à améliorer et aussi les éléments clés d'orientation pour aider à booster les performances du système. Ainsi, une analyse de type forces, faiblesses, opportunités et menaces a été faite et les défis majeurs du secteur ont été identifiés.

Sur cette base, une nouvelle vision (horizon 2030) a été définie, suivie d'un but et d'un résultat d'impact (les morbidités et mortalités sont réduites de façon significatives d'ici à 2030) auquel sont attachés quatre (04) résultats d'effet : (i) les mères, les enfants, les jeunes et adolescents et les personnes âgées utilisent les services spécifiques pour leur santé et bien-être d'ici à 2030, (ii) les capacités de lutte contre les maladies et la maîtrise des déterminants sociaux de la santé sont renforcées d'ici à 2030, (iii) le système de santé est résilient et capable de répondre efficacement aux épidémies et autres urgences de santé publique d'ici à 2030 et (iv) les populations, particulièrement les plus vulnérables, ont un accès universel aux services essentiels, aux médicaments, aux vaccins et autres produits de santé de qualité à un coût abordable d'ici à 2030. Pour chaque résultat d'effet, des orientations stratégiques et des interventions permettant d'atteindre chacun d'eux ont été définies.

La mise en œuvre des interventions de la politique nationale de santé, horizon 2030 sera exécutée par les organes du système de santé aux différents niveaux de la pyramide sanitaire. Pour en faciliter la mise en œuvre et le suivi-évaluation, un cadre de résultats, un cadre de mise en œuvre et un dispositif de suivi-évaluation sont définis ; les risques et les conditions de succès de la politique sont également identifiés.

Les interventions de la politique nationale de santé horizon 2030 ont vocation de porter d'importantes réformes du système de santé du Togo, en raison de leur importance et caractère structurant. De ce fait, l'adhésion de l'ensemble des parties prenantes est indispensable pour garantir le succès de sa mise en œuvre.

Annexe : Cadre de résultats de la politique nationale de santé

Indicateurs	Référence			Cible 2027	Cible 2030
	Année	Valeur	Source		
Impact : Les morbidités et mortalités sont réduites de façon significative d'ici à 2030					
1. Taux de mortalité néonatale (p.1000 naissances vivantes)	2017	27	MICS6	14	10
2. Taux de mortalité infanto juvénile (p.1000 naissances vivantes)	2017	71	MICS6	47	35
3. Ratio de mortalité maternelle (p.100 000 naissances vivantes)	2014	401	EDST	258	225
4. Taux de mortalité attribuable à des maladies cardiovasculaires, au cancer, au diabète ou à des maladies respiratoires chroniques (p.100 000 habitants)	2019	649	OMS	500	480
Résultat stratégique 1 : Les mères, les enfants, les jeunes et adolescents et les personnes âgées utilisent les services spécifiques pour leur santé et bien-être d'ici à 2030					
Effet attendu 1.1 : La charge de morbidité et de mortalité maternelle, néonatale et infanto juvénile est sensiblement réduite					
5. Pourcentage d'enfant de 0 à 11 mois ayant reçu 3 doses de Penta	2021	89,57%	PEV	95,0%	95,0%
6. Pourcentage de femmes enceintes ayant accompli le nombre minimal de contacts de soins prénatals	2021	45%	DSME	75,0%	85,0%
Effet attendu 1.2 : La santé des adolescents, des jeunes et des personnes âgées est promue					
7. Pourcentage de formations sanitaires publiques offrant des services adaptées (espaces aménagés et équipés, personnel formé, rapport d'activités) aux adolescents et jeunes	2021	2%	Div.SJA, Rapport annuel	10,0%	15,0%
8. Nombre de service de gériatrie de référence national fonctionnel	2021	0	DSCPA	1	1
Résultat stratégique 2 : les capacités de lutte contre les maladies et la maîtrise des déterminants sociaux de la santé sont renforcées d'ici à 2030					
Effet attendu 2.1 : les capacités de lutte contre les maladies transmissibles, des maladies non transmissibles et des maladies tropicales négligées sont renforcées					
9. VIH : niveau d'atteinte du premier « 95 »	2022	86%	PNLS	95%	95%
10. Proportion d'hôpitaux offrant des services spécialisés de prise en charge des maladies cardiovasculaires et des maladies mentales	2021	24%	DivSMNT	40%	50%
11. Proportion de formations sanitaires dispensant les soins de santé primaires qui offrent la prise en charge intégrée des maladies non transmissibles	2021	41,48%	DivSMNT	80%	100%
12. Couverture programmatique à l'ivermectine	2021	93,36%	PNMTN, rapport TDM 1 ^{er} tour 2021	≥ 95%	≥ 95%
Effet attendu 2.2 : La prise en charge des personnes vivant avec un handicap physique est améliorée					
13. Pourcentage de personnes vivant avec un handicap prises en charge en réadaptation physique	2021	79%	CNAO, Rapport 2021	88,0%	90,0%
Effet attendu 2.3 : Les capacités de dépistage et de prise en charge des causes de malvoyance et de cécité sont renforcées					
14. Taux de chirurgie de la cataracte (par million d'habitants)	2021	1 123	PNLC, Rapport 2021	1 700	2000

Indicateurs	Référence			Cible 2027	Cible 2030
	Année	Valeur	Source		
Effet attendu 2.4 : La santé mentale et la prise en charge des troubles mentaux sont promues					
15. Pourcentage de formations sanitaires offrant un service en matière de santé mentale	2022	3,1%	PNAPP	50%	10,0%
Effet attendu 2.5 : Les capacités de lutte contre les autres maladies sont renforcées					
16. Pourcentage des districts qui assurent la surveillance de la santé bucco-dentaire et le noma	47%	2022	Div MNT/MTN	100%	100%
Effet attendu 2.6 : La promotion de la santé et des comportements favorables à la santé est renforcée					
17. Pourcentage d'adultes de 18 à 69 ans pratiquant une activité physique selon les recommandations de l'OMS	2021	86,8%	STEPS	95,0%	97,0%
18. Taux d'accès des populations aux latrines (% de ménages utilisant les toilettes améliorées)	2017	44,6%	MICS, 2017	70,0%	72,0%
Résultat stratégique 3 : Le système de santé est résilient et capable de répondre efficacement aux épidémies et autres urgences de santé publique d'ici à 2030					
Effet attendu 3.1 : Les capacités de préparation et de riposte aux épidémies et autres urgences de santé publique sont renforcées					
19. Proportion d'épidémie ayant bénéficié d'une réponse dans les 14 jours après la notification	2021	100,0%	COUSP	100,0%	100,0%
20. Létalité liée au choléra	2021	12,82%	COUSP	<1%	<1%
Effet attendu 3.2 : Les centres des opérations d'urgence de santé publique (COUSP) sont mis en place et opérationnels					
21. Nombre de COUSP créés et fonctionnels	2022	01	COUSP	4	6
Résultat stratégique 4 : Les populations, particulièrement les plus vulnérables, ont un accès universel aux services essentiels, aux médicaments, aux vaccins et autres produits de santé de qualité à un coût abordable d'ici à 2030					
Effet attendu 4.1 : La gouvernance, le pilotage et le leadership du secteur sont renforcés					
22. Pourcentage de réunions du comité national de coordination du secteur organisées	2022	100%	PV, CNC-SS	100%	100%
23. Pourcentage de régions et districts ayant organisé la revue annuelle de performance	2021	100%	Rapports consolidés des revues	100%	100%
Effet attendu 4.2 : Le financement et l'utilisation des ressources financières allouées au secteur de la santé sont améliorés					
24. Dépense de santé des ménages par paiement direct en pourcentage de la dépense courante de santé	2019	66,2%	Compte de la santé	50,2%	40,0%
Effet attendu 4.3 : Les capacités opérationnelles du système de santé sont renforcées					
25. Taux d'accessibilité géographique	2021	76,5%	Rapport évaluation du PNDS, 2022	90%	95%
26. Taux de couverture des besoins en personnels de santé au niveau primaire de soins	2022	42,1%	Rapport évaluation du PNDS, 2022	80,0%	
27. Pourcentage d'établissements de santé sans rupture de stock d'au moins un médicament traceur (au cours des trois derniers mois)	2021	57,0%	SARA	80,0%	85,0%

Indicateurs	Référence			Cible 2027	Cible 2030
	Année	Valeur	Source		
Effet attendu 4.4 : L'accès des populations aux soins et services de qualité sur l'ensemble du territoire national est renforcé					
28. Couverture des services de santé essentiels (Indice Global de disponibilité et de capacité opérationnelle des services de santé)	2021	68,0%	SARA	80,0%	85,0%
29. Pourcentage de villages ruraux qui disposent d'un agent de santé communautaire formé sur les soins intégrés (diarrhée, pneumonie, paludisme)	2021	76,9%	Rapport performance MSHPAUS	90,0%	95,0%
Effet attendu 4.5 : Le cadre de partenariat et la collaboration inter-multisectorielle fonctionnent efficacement					
30. Nombre de cadres de partenariat et de collaboration inter-multisectorielle fonctionnels	-	ND	- Rapport performance MSHPAUS	Décompte	Décompte
Effet attendu 4.6 : L'information sanitaire de qualité est disponible pour la prise de décision					
31. Taux de promptitude des rapports du SNIS	2021	77,3%	Annuaire des statistiques sanitaires	85%	95%