

**PLAN STRATEGIQUE NATIONAL QUALITE DES SOINS ET SERVICES DE SANTE 2023-2026**

# **TABLE DES MATIERES**

[**TABLE DES MATIERES** 2](#_Toc145153207)

[**REMERCIEMENTS** 4](#_Toc145153208)

[**SIGLES ET ACRONYMES** 5](#_Toc145153209)

[**LISTE DES TABLEAUX** 6](#_Toc145153210)

[**LISTE DES FIGURES** 6](#_Toc145153211)

[**RESUME EXECUTIF** 7](#_Toc145153212)

[**INTRODUCTION** 9](#_Toc145153213)

[**1.** **DESCRIPTION DU CONTEXTE** 10](#_Toc145153214)

[**1.1.** **Contexte général** 10](#_Toc145153215)

[**1.1.1.** **Aspects géographiques** 10](#_Toc145153216)

[**1.1.2.** **Aspects démographiques** 10](#_Toc145153217)

[**1.1.3.** **Organisation administrative** 11](#_Toc145153218)

[**1.1.4.** **Contexte social et économique** 11](#_Toc145153219)

[**1.1.5.** **Stratégie de développement national** 12](#_Toc145153220)

[**1.2.** **Contexte sanitaire** 12](#_Toc145153221)

[**1.2.1.** **Organisation du système national de santé** 12](#_Toc145153222)

[**1.2.2.** **Etat de santé des populations** 14](#_Toc145153223)

[**1.3.** **Analyse de la situation de la qualité des soins et services de sante** 16](#_Toc145153224)

[**1.3.1.** **Analyse interne** 16](#_Toc145153225)

[**1.3.2.** **Analyse externe** 20](#_Toc145153226)

[**2.** **RAPPEL DE LA MISSION, VISION ET DES OBJECTIFS DE LA POLITIQUE NATIONALE QUALITE** 22](#_Toc145153227)

[**2.1.** **Vision de la politique nationale qualité** 22](#_Toc145153228)

[**2.2.** **Mission de la politique nationale qualité** 22](#_Toc145153229)

[**2.3.** **But et objectifs de la politique nationale qualité** 22](#_Toc145153230)

[**2.3.1.** **But de la politique nationale qualité** 22](#_Toc145153231)

[**2.3.2.** **Objectif général de la politique nationale qualité** 22](#_Toc145153232)

[**2.3.3.** **Objectifs spécifiques de la politique nationale qualité** 22](#_Toc145153233)

[**3.** **AXES STRATEGIQUES DU PSNQSS** 23](#_Toc145153234)

[**4.** **RESULTATS ET STRATEGIES DE MISE EN ŒUVRE DU PSNQSS** 23](#_Toc145153235)

[**4.1.** **Résultats du PSNQSS** 23](#_Toc145153236)

[**4.2.** **Cadre logique des résultats** 24](#_Toc145153237)

[**4.3.** **Stratégies de mise en œuvre du PSNQSS** 30](#_Toc145153238)

[**4.4.** **Mesures d’atténuation face aux risques** 31](#_Toc145153239)

[**5.** **PLANNING DES ACTIONS** 34](#_Toc145153240)

[**6.** **MISE EN ŒUVRE DU PLAN STRATEGIQUE** 44](#_Toc145153241)

[**6.1.** **Cadre de mise en œuvre** 44](#_Toc145153242)

[**6.1.1.** **Conseil National de qualité des services de santé** 44](#_Toc145153243)

[**6.1.2.** **Direction des établissements de soins et de réadaptation (DESR)** 44](#_Toc145153244)

[**6.1.3.** **Conseil Régional de qualité des services de santé** 44](#_Toc145153245)

[**6.1.4.** **Conseil de qualité des services de santé du district** 44](#_Toc145153246)

[**6.1.5.** **Conseil de qualité des services de santé des hôpitaux et des spécificités** 44](#_Toc145153247)

[**6.1.6.** **Cercle d’amélioration de la qualité des USP et des services des hôpitaux** 45](#_Toc145153248)

[**6.2.** **Processus de mise en œuvre** 45](#_Toc145153249)

[**7.** **SUIVI ET EVALUATION DU PLAN STRATEGIQUE** 45](#_Toc145153250)

[**7.1.** **Organes de coordination du suivi** 45](#_Toc145153251)

[**7.2.** **Mécanisme de suivi** 46](#_Toc145153252)

[**7.3.** **Evaluation du PSNQSS** 46](#_Toc145153253)

[**8.** **BUDGETISATION DU PSNQSS** 47](#_Toc145153254)

[**8.1.** **Estimation budgétaire des actions du PSNASS** **Error! Bookmark not defined.**](#_Toc145153255)

[**8.2.** **Budget global du PSNQSS** 47](#_Toc145153256)

[**8.3.** **Evolution des estimations budgétaires de 2023 à 2027** 47](#_Toc145153257)

[**8.4.** **Répartition du budget par axe stratégique du PSNQSS** 48](#_Toc145153258)

[**8.5.** **Répartition du budget par sources de financement** 49](#_Toc145153259)

[**8.6.** **Mécanisme de financement** 49](#_Toc145153260)

[**CONCLUSION** 50](#_Toc145153261)

[**ANNEXES** 51](#_Toc145153262)

[**Annexe 1 : cadre de suivi des résultats** 52](#_Toc145153263)

[**Annexe 2 : Parties prenantes et contributions à la réalisation du PSNQSS** 60](#_Toc145153264)

# 

# **REMERCIEMENTS**

L’aboutissement de ce travail d’élaboration du plan stratégique qualité 2023-2026 a été possible grâce aux efforts concertés de l’ensemble des acteurs impliqués dans la démarche qualité des soins et services de santé.

Nos remerciements vont tout d’abord à l’endroit de la DESR qui a efficacement piloté cette activité d’élaboration.

Nos remerciements vont ensuite à l’endroit de l’OMS, la GIZ et l’ONG Santé Intégré qui ont permis la réalisation de cette activité d’élaboration.

Nous remercions enfin toutes les structures sanitaires (au niveau central, DRS, DPS, USP) ainsi que les partenaires techniques et financiers qui ont permis l’aboutissement de ce travail.

# **SIGLES ET ACRONYMES**

|  |  |
| --- | --- |
| CCC | : Communication pour le Changement de Comportement |
| CHR | : Centre Hospitalier Régional |
| CHU | : Centre Hospitalier Universitaire |
| CMS | : Centre Médico-Social |
| COGES | : Comité de Gestion |
| COVID | : Coronavirus |
| CPN | : Consultation prénatale |
| CSU | : Couverture Sanitaire Universelle |
| DDS | : Direction de District Sanitaire |
| DEPP | : Direction des Etudes, de la Planification et de la Programmation |
| DESR | : Direction des Etablissements de Soins et de Réadaptation |
| DHAB | : Direction de l’hygiène et de l’Assainissement de Base |
| DHIS2 | : District Health Information Software |
| DISEM | : Direction des infrastructures Sanitaires des Equipements et de la Maintenance |
| DP | : DP |
| DPML | : Direction des Pharmacies Médicaments et Laboratoires |
| DPS | : Direction Préfectorale de la Santé |
| DRS | : Direction régionale de santé |
| FBR | : Financement Basé sur les Résultats |
| GIZ | : Gesellschaft für Internationale Zusammenarbeit |
| HD | : Hôpital de District |
| HLS | : High Level Structure (Structure logique de haut niveau) |
| IEC | : Information, Education, Communication |
| ISO | : International Organization for Standardization (Organisme International de Normalisation) |
| KFW | : Kreditanstalt für Wiederaufbau |
| LSTM | : Liverpool School of Tropical Medicine |
| MEG | : Médicament essentiel générique |
| ND | : Non disponible |
| OCDE | : Organisation de coopération et de développement économiques |
| OMS | : Organisation Mondiale de la Santé |
| PAQ | : Plan d’amélioration de la qualité |
| PCI | : Prévention et Contrôle des Infections |
| PDCA | : Plan, Do, Check, Act |
| PEV | : Programme élargi de vaccination |
| PNDS | : Plan national de développement Sanitaire |
| POS | : Procédure opératoire Standardisée |
| PRSS-SRDS | : Programme de Renforcement du Système de Santé-Santé Reproductive et Droits Sexuels |
| PSNAQSS | : Plan Stratégique National d’Amélioration de la qualité des soins et services |
| PTF | : Partenaire technique et financier |
| RFS | : Responsable de Formation Sanitaire |
| RQ | : Responsable Qualité |
| SLIPTA | : Stepwise Laboratory Improvement Process Towards Accreditation |
| SMQ | : Système de Management de la Qualité |
| SONU | : Soins Obstétricaux et Néonatal d’urgence |
| SR | : Santé de la Reproduction |
| UGP | : Unité de Gestion des Projets (Fonds Mondial) |
| UNFPA | : Fond des Nations Unies pour la Population |
| UNICEF | : Fonds des Nations Unies pour l’Enfance |
| USP | : Unité de Soins Périphérique |

# **LISTE DES TABLEAUX**

[**Tableau I :** Forces et faiblesses de l’environnement interne en 2023 16](#_Toc148380785)

[**Tableau II :** Opportunités et menaces de l’environnement externe en 2023 20](#_Toc148380786)

[**Tableau III :** résultats du PSNQSS 24](#_Toc148380787)

[**Tableau IV :** Cadre logique des résultats du PSNAQSS 25](#_Toc148380788)

[**Tableau V :** Stratégies de mise en œuvre du PSNQSS 30](#_Toc148380789)

[**Tableau VI :** Mesures d’atténuation face aux risques 32](#_Toc148380790)

[**Tableau VII :** planning des actions du PSNQSS 34](#_Toc148380791)

[**Tableau VIII :** Répartition du budget par axe stratégique du PSNQSS 48](#_Toc148380792)

# **LISTE DES FIGURES**

Figure 1 : Evolution des estimations budgétaires du plan stratégique de 2023 à 2027……**55**

Figure 2 :Répartition du budget du PSNQSS par source de financement **…………..……55**

# **RESUME EXECUTIF**

Le Togo s’est engagé dans une dynamique d’amélioration continue de la qualité des soins et services de santé. Dans ce cadre, le Ministère en charge de la Santé a mis en place en novembre 2019 une politique nationale de qualité des services de santé et un plan stratégique de mise en œuvre de cette politique qualité sur la période 2020-2022 a été élaboré et mis en œuvre. Une évaluation finale de ce plan stratégique en 2023 a permis de ressortir ses forces et faiblesses et de proposer un nouveau plan stratégique couvrant la période 2023-2026

Partant des évidences issues de l’évaluation du plan stratégique qualité 2020-2022, de l’analyse de l’environnement et de la vision et mission de la politique nationale qualité ainsi que des orientations du PNDS 2023-2027, le processus d’élaboration du Plan stratégique national qualité des soins et services (PSNQSS) 2023-2026 s’est basé sur la méthode participative afin de requérir la contribution de l’ensemble des acteurs.

Les axes stratégiques du PSNQSS 2023-2026 concernent le renforcement de la gouvernance, du leadership et de la digitalisation dans le domaine de la qualité, renforcement des ressources humaines, matérielles, financières et de la gestion documentaire qualité et l’amélioration des prestations de soins et de services.

Partant des axes stratégiques, 15 produits et 6 effets de la chaine des résultats concourent à l’impact qualité qui est la satisfaction des clients concernant les prestations de soins et services. Le cadre logique proposé présente d’une part, les résultats (produits, effets, impact) et les principaux indicateurs, d’autre part les hypothèses et risques en rapport avec l’atteintes des résultats. De même, les stratégies nécessaires à la réalisation de chaque produit ont été fixées. En outre, pour chaque risque identifié, des mesures d’atténuation ont été proposées. Un planning des actions nécessaires à la réalisation des résultats a été proposé sur la période 2023-2026.

En vue de réussir la mise en œuvre du plan stratégique, un cadre institutionnel de mise en œuvre ainsi que le processus de mise en œuvre ont été définis. De même, les organes et mécanismes de suivi-évaluation du PSNQSS ont été précisés.

La budgétisation du plan stratégique prend en compte les estimation budgétaire des actions proposées et présente l’évolution des estimations budgétaires de 2023 à 2027, la répartition du budget par axe stratégique, par sources de financement et le mécanisme de financement du plan

L’ensemble des ressources humaines, matérielles et financières du ministère en charge de la Santé sera mobilisé pour réussir la mise en œuvre et atteindre les résultats fixés.

# **INTRODUCTION**

En vue d’atteindre les objectifs du développement durable (ODD) dans le cadre de la couverture sanitaire universelle (CSU), le Togo s’est engagé dans une dynamique d’amélioration continue de la qualité des soins et services en cohérence avec sa consti­tution, sa politique nationale de santé et les orientations du Plan national de développement sanitaire (PNDS).

Depuis 2018, avec l’appui technique et financier des partenaires, le ministère de la santé, de l’hygiène publique et de l’accès universel aux soins à travers la direction des établissements de soins et réadaptation (DESR) a conduit une démarche d’assurance qualité des soins et services de santé par une phase pilote dans la région de la Kara. En novembre 2019, le Togo a adopté une politique nationale de qualité des services de santé. Dans le but d’opérationnaliser cette politique, un plan stratégique national d’amélioration de la qualité des soins et services de santé (PSNAQSS) couvrant la période 2020-2022 a été élaboré et mis en œuvre.

La mise en œuvre progressive du plan stratégique a concerné principalement trois régions sanitaires qui sont respectivement les régions de la Kara, des plateaux et centrale avec XXX formations sanitaires enrôlées. Cette démarche a été accompagné par les partenaires techniques et financiers (PTF) intervenant dans la démarche qualité. Trois ans après sa mise en œuvre, le PSNAQSS 2020-2022 était à échéance. Une évaluation finale de ce plan stratégique en juillet 2023 a permis de ressortir ses forces et faiblesses. Partant des forces, faiblesses, opportunités et menaces de l’environnement de soins et des évidences issues de l’évaluation du PSNAQSS 2020-2022, ce nouveau plan stratégique national qualité des soins et services (PSNQSS) couvrant la période 2023-2026 a été élaboré en cohérence avec les orientations du PNDS 2023-2027.

# **Processus d’élaboration**

Le processus d’élaboration du PSNQSS 2023-2026 s’est basé sur la méthode participative afin de requérir la contribution de l’ensemble des acteurs et donner ainsi des gages de succès. Il s’est déroulé en plusieurs étapes :

* la prise en compte des forces et faiblesses issues de l’évaluation du plan stratégique 2020-2022 ;
* l’analyse de la situation de la qualité des soins et services en force faiblesse opportunités et menaces (FFOM) ;
* la validation des grands axes du plan stratégique 2023-2026 au cours d’un atelier ;
* l’élaboration du plan stratégique 2023-2026 ;
* la validation technique du plan stratégique 2023-2026 au cours d’un atelier

# **DESCRIPTION DU CONTEXTE**

Cette partie est consacrée à la présentation du contexte général (géographique, démographique, administratif et socio-économique) et du contexte sanitaire du Togo.

## **Contexte général**

### **Aspects géographiques**

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.

Le climat, de type tropical, est subdivisé en deux types : le type sahélien caractéristique du nord du pays qui possède des terres moins fertiles et le type soudanien couvrant le sud avec des terres fertiles. Le climat tropical, à la fois chaud et humide, est un terreau fertile à la prolifération des agents pathogènes. Ceci explique en partie, le profil épidémiologique des pays en zone tropicale, dominée par des maladies infectieuses et parasitaires.

### **Aspects démographiques**

La population togolaise se caractérise par une croissance démographique forte, résultat d’une mortalité en baisse et d’une fécondité encore élevée malgré une baisse constatée depuis déjà plusieurs années et une prépondérance de la population féminine (51,2 %) et jeune (61,8 % ont moins de 25 ans) selon l’EDST-III 2013-2014.

En effet, le nombre moyen d’enfants par femme est passé de 7 en 1988 à 5,4 en 1998 puis à 4,8 en 2014 (EDST III 2013-2014). Il est de 4,6 selon les estimations de 2015 (Perspectives démographiques du Togo 2011-2031) proche de 4,4 observé au RGPH 2010.

Sur la base des projections[[1]](#footnote-1), la population togolaise est estimée à 8 068 000 habitants en 2022 et pourrait atteindre 9 767 000 habitants en 2031, avec une légère tendance à la prépondérance de la population féminine (50,9%) versus (49,1%) d’hommes et celle des jeunes et adolescents de moins de 15 ans (35,0%) en 2031. Cette tendance évolutive de la population implique l’importance des besoins sociaux croissant à satisfaire dans divers domaines, particulièrement en matière de santé et de ses déterminants.

### **Organisation administrative**

Le Togo compte 39 préfectures regroupées en cinq régions administratives. Le caractère spécial de la capitale Lomé et de ses environs a entrainé la création du District autonome du Grand Lomé (DAGL)[[2]](#footnote-2). Deux niveaux de décentralisation existent : la région et la commune. Le pays compte au total 117 communes.

### **Contexte social et économique**

Au niveau social, le pays 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 pauvreté[[3]](#footnote-3). Et dans ce contexte, selon le Bureau International de Travail (BIT) le taux de chômage a augmenté passant de 3,4 % en 2015, à 3,9 % en 2018. En outre, la proportion des individus de plus de 18 ans ayant déclaré avoir personnellement fait objet de discrimination ou de harcèlement pour des motifs interdits par les droits de l’Homme représente 20,5 %.

Au niveau économique, le Togo a été affecté par les impacts de la pandémie de Covid-19, caractérisés par le ralentissement de son activité économique en 2020, avec un taux de croissance de 1,8 % contre 5,1% en 2019 (Banque Mondiale), dû principalement à la perte de dynamisme de l’activité du secteur secondaire. Parallèlement, l’agriculture a été impactée par les poches de sècheresse et les inondations survenues dans certaines zones, à l’instar de l’année 2019. Toutefois, le secteur tertiaire s’est affiché en hausse de 5,3 % en 2020, porté par les activités extractives (+40,2 %) qui ont bénéficié de la bonne tenue de la production du phosphate (+87 %), la production et distribution d’électricité et de gaz (+8,0 %) et la construction (+5,7 %). Du côté de la demande, les investissements (+15 %) ont principalement soutenu la croissance.

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, l’évolution des prix des « produits alimentaires et boissons non alcoolisées » et celle du prix du « transport ». Quant à l’encours de la dette, il a connu une hausse de 6,7 points par rapport à 2019 et se chiffre à 58,6 % du PIB en 2020, score au demeurant en dessous de la norme communautaire (70 %) et qui a cependant permis le rattrapage et la mise à niveau des infrastructures structurantes (UEMOA)[[4]](#footnote-4).

### **Stratégie de développement national**

Pour lutter contre la pauvreté, le Gouvernement togolais s’est engagé dès 2006 à développer des stratégies de croissance et de réduction de la pauvreté ; l’actuelle étant la Feuille de route du Gouvernement (FdR) couvrant la période 2020-2025.

Les 5 axes stratégiques définis autour de la FdR illustrent les principaux enjeux du développement du pays à savoir : les Programmes P3 : "Mise en place de la Couverture Santé Universelle" et P4 : " Elaboration et exécution d’un plan de réponse aux urgences sanitaires".

En outre le projet d'urgence des savanes dont le but est de renforcer la résilience des populations face à la menace djihadistes grandissante et aux effets néfastes de la crise sanitaire de la covid-19, en vue de l'amélioration de leurs conditions de vie

Pour faire face aux enjeux de développement, et traduire dans la réalité, la vision du Togo émergeant d’ici 2030, la PNS horizon 2030 est actuellement en cours d’adoption. Dans le cadre du budget 2023, le Gouvernement a consacré une importante enveloppe aux secteurs sociaux représentés par l’éducation, la santé et l’agriculture.

## **Contexte sanitaire**

### **Organisation du système national de santé**

* **Organisation administrative sanitaire**

L’organigramme du ministère chargé de la santé est défini par le décret n° 2012-006/PR du 07 mars 2012 portant organisation des départements ministériels. Il a été complété par l’arrêté n° 0021/2013/MS/CAB du 27 février 2013 portant organisation des services du ministère chargé de la Santé avec création d’un secrétariat général et de deux directions générales. Ainsi, les services du ministère de la santé sont composés du cabinet du ministre, des services rattachés au cabinet du ministre, de l’administration centrale, des services extérieurs et des institutions et organismes rattachés.

En octobre 2020, un rang élevé de priorité a été accordé à l’accès universel aux soins. Il s’est traduit par la création d’un ministère délégué auprès du Ministère de la Santé, de l’Hygiène Publique et de l’Accès Universel aux Soins, chargé de l’accès universel aux soins, conformément aux dispositions du décret n° 2020-080/PR du 1er octobre 2020, portant composition du Gouvernement.

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 prévu par les lois relatives à la décentralisation et à la déconcentration. Trois (03) catégories d’aires sanitaires existent : les régions sanitaires (06), les préfectures/districts sanitaires (39) et les communes sanitaires (117). C’est ainsi qu’au niveau déconcentré figurent le niveau intermédiaire, les directions régionales de la santé (dirigées par les équipes cadres de régions) et le niveau local/périphérique, les directions préfectorales de la santé (dirigées par les équipes cadres de districts).

* **Organisation de l’offre de la prestation des services et soins de santé**

Au Togo, les soins de santé sont fournis aux populations dans les structures publiques et privées (qu’elles soient associatives, confessionnelles ou libérales). L’organisation des soins est pyramidale et à trois niveaux à savoir, le premier (périphérique), le deuxième (intermédiaire) et le troisième (central).

Les soins de premier niveau sont structurés autour de trois échelons à savoir : (i) l’Agent de Santé Communautaire (ASC) qui assure par délégation les soins au niveau familial et des communautés et qui est appelé à jouer le rôle d’interface entre la communauté et les services de santé ; (ii) l’Unité de Soins Périphérique (USP) comme base du système de soins et à partir de laquelle sont menées des activités de proximité en stratégie fixe et vers les populations ; (iii) l’Hôpital de district (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 certaines spécificités régionales. Les soins de santé tertiaires sont dispensés dans trois Centres Hospitaliers Universitaires (CHU) et dans des hôpitaux spécialisés de référence.

Le nombre de formations sanitaires est passé de 1 297 en 2019 à 1 320 en 2021 selon les résultats de la mise à jour de la carte sanitaire réalisée en 2021. L’effectif total du personnel de santé du secteur public et privé en 2021 s’élève à 18 794 contre 18 372 en 2020 soit une augmentation de 422 agents. Les agents du secteur public sont estimés à 12 800 (68,11%) et ceux du secteur privé à 5 994 (31,89%) de l’effectif cumulé (Public/Privé).

Depuis le second semestre 2020, un processus d’accréditation conformément au code de la santé est en cours de mise en œuvre par une publication périodique des centres privés de soins agréés.

### **Etat de santé des populations**

* **Mortalité générale et espérance de vie**

En dépit des progrès accomplis au cours de ces dernières années, le Togo fait encore face à un niveau élevé de mortalité, comme l’indique le taux brut de mortalité, estimé à 8,2 ‰ en 2021. Ceci contraste avec l’espérance de vie à la naissance qui n’a cessé de s’améliorer au cours des dix (10) dernières années. Elle a augmenté de 57,47 ans en 2010 à 61,34 en 2020.

L’amélioration de l’espérance de vie à la naissance s’accompagne entre autres, de la constitution d’un groupe de personnes âgées, en croissance numérique au fil des années. Un groupe de population dont on sait que les besoins en santé sont spécifiques.

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%). On note que 50,2% des décès hospitaliers enregistrés au cours de cette année sont rangés sous la rubrique ‘’autres causes de décès’’. Ce qui pose la problématique des diagnostics précis et suscite des interrogations aussi bien sur les diagnostics que sur la qualité des données générées par le système d’information sanitaire. Cette mortalité hospitalière masque l’ampleur de la mortalité spécifique aux pathologies telles que le paludisme et le VIH/sida. A ce sujet, il ressort de l’évaluation du PNDS que les mortalités spécifiques du paludisme et du VIH/sida demeurent importantes estimées respectivement à 10 décès pour 100 000 et 39,9% des cas en 2021, en dépit des progrès accomplis.

* **Profil épidémiologique et programmes prioritaires de santé publique**

Le taux de mortalité néonatale (27 décès pour 1000 naissances vivantes), le taux de mortalité infanto juvénile (71 pour 1000 naissances vivantes) et le ratio de mortalité maternelle (401 décès pour 100 000 naissances vivantes), demeurent encore élevés (EDST III 2013-2014). Le paludisme contribue à alourdir les décès chez les enfants de moins de 5 ans. Les épidémies, les maladies chroniques caractérisent également le profil épidémiologique du Togo.

Pour relever les défis inhérents à ce profil, des programmes prioritaires de santé publique sont créés et portent notamment sur l’immunisation, les maladies transmissibles et non transmissibles, et les maladies tropicales négligées. Il s’agit principalement de :

* Programme Elargi de Vaccination (PEV) ;
* Programme national de lutte contre le Paludisme (PNLP) ;
* Programme national de lutte contre l’infection à VIH/sida, les hépatites virales et les infections
* sexuellement transmissibles (PNLS-HV-IST) ;
* Programme national de lutte contre la Tuberculose (PNLT) ;
* Programme national des addictions aux produits psychoactifs (PNAPP) ;
* Programme national de lutte contre les maladies chroniques (PNLMC) ;
* Programme national des maladies tropicales négligées (PNMTN) ;
* Programme des Incapacités Traumatismes et Réadaptations/Réadaptation à Base
* Communautaire (PITR/RBC) ;
* Santé de la reproduction.

## **Analyse de la situation de la qualité des soins et services de sante**

### **Analyse interne**

Le tableau I présente les forces et faiblesses de l’environnement interne en 2023

**Tableau I :** Forces et faiblesses de l’environnement interne en 2023

| **FORCES** | **FAIBLESSES** |
| --- | --- |
| **Coordination et organisation de la démarche qualité** | |
| Des programmes de santé publique concourent à l’atteinte de nombreux objectifs d’amélioration de la qualité  Des projets implémentent diverses initiatives d’amélioration de la qualité  Une politique nationale qualité est actuellement en cours de mise en œuvre  Un plan stratégique qualité a été élaboré et mis en œuvre de 2020 à 2022  Un guide national d’amélioration continue de la qualité a été élaboré et mis en œuvre  Une démarche qualité SLIPTA a été mise en place dans certains laboratoires d’analyses de biologie médicale  Une Politique Nationale de Biologie Médicale (PNBM) a été élaborée et mise en œuvre à partir d’août 2018  Un plan stratégique de développement de la biologie médicale a été élaboré et mis en œuvre en 2018  Un plan national de mise en œuvre de la démarche qualité dans les laboratoires de biologie médicale a été élaboré et mis en œuvre en 2018  Un code de la santé publique est en place  Une loi et des décrets d’applications de la CSU sont disponibles  Les textes règlementaires introduisant la gratuité de certains soins (Wezou, School Assur, traitement du paludisme, traitement ARV, traitement de la tuberculose) sont pris  Des évaluations ont été réalisées grâce à l’outil national d’évaluation de la qualité dans les formations sanitaires mettant en œuvre l’approche qualité  Des organes de coordination de la qualité ont été mises en place  Un programme national de prévention et de contrôle de l’infection a été créé  Un document de stratégie de gestion des déchets biomédicaux existe  Les procédures opérationnelles standards en PCI sont disponibles  Il existe une stratégie de polarisation de la gestion des déchets de soins  Disponibilité des textes règlementaires sur la démarche qualité dans les structures sanitaires mettant en œuvre l’approche qualité  Des protocoles de prise en charge sont disponibles dans les formations sanitaires mettant en œuvre l’approche qualité  Le DHIS2 est en place  Un modèle de dossier patient informatisé (DPI) est en phase pilote | Le conseil national de la qualité n’est pas fonctionnel  La coordination interne de la démarche qualité est insuffisante  Il n’existe pas de programme d’assurance qualité au Ministère chargé de la santé  Faible engagement de certains DRS, DPS et directeurs d’hôpitaux dans la démarche qualité  Les normes sanitaires n’ont pas pris en compte le secteur privé de soins  Il n’existe pas de politique de générication des médicaments  Il n’existe pas une autorité de régulation des pratiques médicales  De nombreux laboratoires exercent sans une autorisation officielle  Le nombre de formations sanitaires engagées dans la démarche qualité est insuffisant  Certains protocoles de prise en charge n’ont pas été mis à jour  Les procédures d’ordre organisationnel sont en nombre insuffisant  Les normes minimales en ressources humaines ne sont pas suffisamment respectées dans beaucoup de centres  L’identification des risques et la mise en place d’actions face aux risques n’ont pas été réalisées dans le PSNAQSS 2020-2022  La communication et la sensibilisation sur la qualité sont insuffisantes  La formalisation du système documentaire (politiques, stratégies, organigramme, procédures, protocoles, bonnes pratiques, indicateurs, rapportage, archivage, enregistrement qualité) est insuffisante  Les outils qualité ne sont pas complètement digitalisés |
| **Collaboration et partenariat autour de la démarche qualité** | |
| Il existe un cadre de concertation avec le secteur privé de santé | La collaboration intra et intersectorielle autour de la démarche qualité est insuffisante  Faible implication du secteur privé de soins dans la démarche qualité |
| **Renforcement des ressources humaines en faveur de la démarche qualité** | |
| Les équipes qualité ont été mises en place dans les structures implémentant la démarche qualité  Les équipes qualité mises en place ont bénéficié de renforcement des compétences (les acteurs ont été formés sur le guide national d’amélioration continue de la qualité et sur l’outil d’évaluation)  Des équipes nationales et régionales d’intervention rapide dotées de capacités opérationnelles ont été mises en place  Un programme de mentorat dans le cadre de la démarche SLIPTA a été mis en œuvre dans les laboratoires d’analyses de biologie médicale | Le personnel qualifié est insuffisant  Les compétences en management de la qualité sont insuffisantes  Les compétences en leadership sont insuffisantes  Les activités de renforcement de compétences sont insuffisantes  La mise en œuvre du plan de formation continue du personnel de santé 2017-2022 n’a pas été optimale sur la période  Les capacités des districts sanitaires à assurer la supervision formative et un coaching de qualité sont insuffisantes  Les membres des équipes qualité sont instables  Les critères d’évaluation des structures et du personnel ne sont pas disponibles  Les mécanismes d’incitation du personnel à la pratique de la qualité des soins et services de santé sont quasi inexistants |
| **Renforcement des ressources matérielles, financières et des infrastructures en faveur de la démarche qualité** | |
| Certaines formations sanitaires ont été réhabilitées et/ou construites  Des programmes de réhabilitation/construction des formations sanitaires répondant aux normes existent  Des moyens logistiques ont été mis à la disposition de certaines équipes qualité  Des financements ont été accordés aux activités d’amélioration de la qualité par l’Etat et ses PTF | De nombreuses formations sanitaires publiques ne sont pas clôturées  L’état des bâtiments est vétuste dans de nombreuses structures  Les équipements médico-techniques ne respectent pas les normes  La méthode des 5S (éliminer, ranger, nettoyer, standardiser, respecter) n’est pas appliquée  La logistique roulante est en nombre insuffisant  La maintenance préventive et curative est insuffisante  La mobilisation des ressources financières est insuffisante  Le budget accordé par le Ministère chargé de la santé à la ‘’démarche qualité’’ n’existe pas  Le recouvrement de créances auprès des assurances et des programmes sociaux publics est souvent difficile |
| **Prestations de soins et de services** | |
| De nombreuses structures de soins ont expérimenté différents mécanismes de motivation aussi bien individuels que collectifs  Une démarche qualité SLIPTA a été mise en place dans certains laboratoires d’analyses de biologie médicale  Les laboratoires de biologie médicale ont été cartographiés  Des équipes d’auditeurs nationaux et de mentors opérationnels dans le domaine des laboratoires ont été mis en place  Un important réseau d’ASC et de RC, soutenus par des leaders communautaires sont dotés de capacités pour réaliser les interventions à base communautaire  Des comités d’audits de décès maternels et néonatals sont mis en place dans les hôpitaux publics  L’exercice en clientèle privée est règlementé par l’obtention d’un agrément | De nombreuses structures de soins ne sont pas encore dans la démarche qualité  La tarification des actes et des produits de santé n’est pas affichée dans la plupart des formations sanitaires  La mise en œuvre de la PCI est insuffisante dans les structures sanitaires  La continuité des soins présente des insuffisances  La fonction de métrologie est faiblement développée  Un mécanisme formel de gestion des urgences médico-chirurgicales (AVP, AVC, et autres urgences) ayant des impacts élevés sur la mortalité n’est pas en place  L’orientation de la démarche qualité sur la disponibilité des MEG est insuffisante (ruptures en médicaments)  Des circuits parallèles de distribution des médicaments sont toujours en place  La démarche qualité des médicaments, des laboratoires d’analyses de biologie médicale et des blocs opératoires a été insuffisamment prise en compte dans le plan stratégique qualité 2020-2022  La fonctionnalité des COGES dans les formations sanitaires est faible  L’extension communautaire de la démarche qualité est insuffisante  La capacité des formations sanitaires à financer les plans d’amélioration de qualité est faible |
| **Suivi-évaluation et amélioration de la qualité** | |
| L’outil national d’évaluation de la qualité est utilisé dans de nombreuses structures  De nombreux plans d’amélioration de la qualité ont été mis en place dans les établissements de santé | Le suivi de la qualité présente des insuffisances (absence de tableaux de bord qualité…)  Certaines méthodes d’évaluation de la qualité (audit clinique, revue de pertinence des soins…) ne sont pas appliquées  L’évaluation des pratiques professionnelles n’est pas réalisée  Les domaines de veille (pharmacovigilance, biosécurité, bio sureté….) ne sont pas suivis  L’efficacité des plans d’amélioration de la qualité n’est pas évaluée  Les compétences des prestataires externes ne sont pas évaluées  Les comités d’audits des décès maternels et néonatals ne fonctionnent pas de façon optimale  L’évaluation à mi-parcours du plan stratégique qualité n’a pas été réalisée  Il n’existe pas de plan de suivi-évaluation du plan stratégique  Les revues annuelles de performances des activités n’intègrent pas la démarche qualité |

### **Analyse externe**

Le tableau II présente les opportunités et menaces de l’environnement externe en 2023

**Tableau II :** Opportunités et menaces de l’environnement externe en 2023

| **Aspect** | **Opportunités** | **Menaces** |
| --- | --- | --- |
| **Politique** | * Engagement du gouvernement à accompagner la mise en œuvre de l’amélioration continue de la qualité des soins et services de santé | * Multitude des priorités de l’Etat * Insécurité liée à la menace terroriste dans la partie septentrionale du pays |
| **Economique et financier** | * Présence de stratégies de croissance et de réduction de la pauvreté * Appui des PTF pour la mise en œuvre de l’amélioration continue de la qualité des soins et services de santé * Partenariat Public-Privé effectif * Subvention de la prise en charge des indigents dans certains hôpitaux publics de soins | * Impact de la pandémie à COVID-19 * Faible pouvoir d’achat de la population * Cherté du coût de la vie (augmentations des prix des produits pétroliers, alimentaires, boissons, transport…) * L’Etat ne contrôle pas le respect de la tarification des actes dans le secteur public de soins * Le budget de l’Etat alloué au Ministère de la santé pour l’amélioration de la qualité est insuffisant |
| **Socio-culturelle** | * Amélioration du niveau d’instruction de la population * Existence des associations de malades * Existence de canaux de communications | * Taux de sous-emploi élevé de la population, * Difficulté de contrôle de certains canaux de communication * Persistance de certaines pratiques socio-culturelles néfastes à la qualité   des soins   * Demande et utilisation des soins et services toujours insuffisantes * Survenue d’épidémie/pandémie et catastrophe * Recours tardif aux soins et services de santé |
| **Technologique** | * Développement des applications du TIC (visioconférence, télé médecine, télé enseignement …) * Développement de la téléphonie mobile * Possibilité de partenariat avec les grandes firmes | * Cyber criminalité (virus, arnaque, fausse identification, violation du secret médical…) * Insuffisance de l’offre de maintenance au niveau national * Instabilité de la fourniture d’énergie électrique * La couverture en énergie électrique est insuffisante * Instabilité de la connexion internet * La couverture de la connexion internet est incomplète sur tout le territoire |
| **Ecologique** | * Existence d’initiatives de promotion des énergies renouvelables * Existence de sociétés de gestion des déchets biomédicaux | * Insuffisance du système urbain d’évacuation des eaux usées et/ou pluviales * Faible qualification des sociétés de gestion des déchets biomédicaux * La politique de gestion des déchets n’existe pas |
| **Légal** | Constitution de la 4ième République | * Insuffisance de textes d’application des lois * Absence de texte règlementant la dispensation des dispositifs médicaux (implants) |

# **RAPPEL DE LA MISSION, VISION ET DES OBJECTIFS DE LA POLITIQUE NATIONALE QUALITE**

## **Vision de la politique nationale qualité**

La vision de la politique de qualité des services de santé est de faire du Togo un pays où tout individu quel que soit son statut social, économique, ses opinions politiques ou ses convictions religieuses ait accès à des services de santé de qualité, à moindre risque aboutissant à sa satisfaction totale et offerts à tous les niveaux de la pyramide sanitaire tant dans les structures publiques que privées.

## **Mission de la politique nationale qualité**

La mission de la politique nationale de qualité des services de santé consiste à faire un cadrage stratégique pour garantir de façon continue les services de qualité aux clients du secteur public et privé dans le souci de satisfaire leurs besoins et attentes, de développer une culture de qualité à tous les niveaux de la pyramide sanitaire par l’établissement des normes et leur communication aux prestataires. Il s’agira de former les acteurs, de mettre en place un mécanisme de supervision, de suivi et d’évaluation et d’utiliser un système efficace de gestion de l’information et de la documentation.

## **But et objectifs de la politique nationale qualité**

### **But de la politique nationale qualité**

Le but de la politique nationale qualité est de contribuer à créer les conditions pour que tout individu vivant au Togo, sans aucune distinction, ait accès à des services de santé capables de le satisfaire sur les plans physique, mental et social dans un environnement dans lequel le prestataire s’épanouit et utilise tout son potentiel.

### **Objectif général de la politique nationale qualité**

Fixer les repères de la qualité des services de santé au Togo pour permettre une offre de soins techniquement valable, répondant aux besoins de la population dans les formations sanitaires publiques et privées à tous les niveaux de la pyramide sanitaire.

### **Objectifs spécifiques de la politique nationale qualité**

Les objectifs spécifiques de la politique nationale d’assurance qualité des services de santé sont les suivants :

* Créer un environnement institutionnel favorable à la mise en œuvre de la qualité des services ;
* Mettre en place un mécanisme harmonisé de mise en œuvre des changements visant l’amélioration continue de la qualité des services ;
* Mettre en place des mécanismes de soutien à la qualité des services ;
* Renforcer les infrastructures, les équipements et les ressources humaines dans les structures de prestation des services de santé ;
* Assurer le suivi et l’évaluation du processus d’amélioration de la qualité à tous les niveaux de la pyramide sanitaire.

# **AXES STRATEGIQUES DU PSNQSS**

S’inscrivant dans les orientations du PNDS 2023-2027, partant de la mission, de la vision et des objectifs de la PNQSS, prenant en compte les forces/faiblesses et opportunités/menaces de l’environnement en 2023, le Togo concrétisera sa politique qualité des services de santé d’ici 2026 au travers des orientations stratégiques suivantes :

* Axe 1 : renforcement de la gouvernance, du leadership et de la digitalisation dans le domaine de la qualité
* Axe 2 : renforcement des ressources humaines, matérielles, financières et de la gestion documentaire qualité
* Axe 3 : amélioration des prestations de soins et de services

# **RESULTATS ET STRATEGIES DE MISE EN ŒUVRE DU PSNQSS**

La structuration du plan stratégique qualité obéit à la logique PDCA (planifier, réaliser, évaluer et améliorer). Prenant en compte les forces/faiblesses et opportunités/menaces de l’environnement, des résultats attendus et les actions nécessaires à leur réalisation ont été identifiés par axe stratégique. Ces résultats et actions sont cohérentes avec les quatre grandes parties du management de la qualité : la planification de la qualité, l’assurance de la qualité, la maitrise de la qualité et l’amélioration de la qualité.

## **Résultats du PSNQSS**

Le tableau III présente les résultats attendus de la mise en œuvre du PSNQSS.

**Tableau III :** résultats du PSNQSS

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Produit** | **Effet** | **Impact** |
| **Axe 1 : renforcement de la gouvernance, du leadership et de la digitalisation dans le domaine de la qualité** | | **Les client(e)s sont satisfait(e)s des prestations de soins et services** |
| P.1.1. La planification de la qualité est assurée | E.1. La démarche qualité est pilotée avec efficience |
| P.1.2. La coordination dans le domaine de la qualité est renforcée |
| P.1.3. La collaboration et le partenariat dans le domaine de la qualité sont renforcés |
| P1.4. Le suivi-évaluation de la qualité est renforcé |
| P.1.5. La gestion de la qualité est digitalisée |
| **Axe 2 : renforcement des ressources humaines, matérielles, financières et de la gestion documentaire qualité** | |
| P.2.1. Les effectifs du personnel sont renforcés | E.2. Les ressources nécessaires à la démarche qualité sont disponibles |
| P.2.2. Les capacités du personnel de mise en œuvre de l’approche qualité sont renforcées |
| P.2.3. Des infrastructures et équipements de qualité sont mises à disposition |
| P.2.4. La mobilisation et la gestion financière de la démarche qualité sont renforcées |
| P.2.5. Un système de gestion documentaire qualité est en place |
| **Axe 3 : amélioration des prestations de soins et de services** | |
| P.3.1. Des soins de qualité sont offerts aux patients | E.3. Les soins et services de qualité sont accessibles à la population |
| P.3.2. La continuité et la permanence des soins sont effectives |
| P.3.3. Les conditions de bien-être des patients sont améliorées |
| P.3.4. L’approche nationale de la démarche qualité est effective dans l’ensemble des services des hôpitaux y compris les laboratoires, la pharmacie et les blocs opératoires |
| P.3.5. La démarche qualité communautaire est opérationnelle |

## **Cadre logique des résultats**

Le cadre logique des résultats présente d’une part les résultats (produits/effets) et les indicateurs. D’autre part, le cadre logique des résultats présente la correspondance des produits/effets avec les hypothèses et risques du plan stratégique. Les hypothèses représentent les conditions positives externes et internes importantes dans l’atteinte des résultats du plan. Les risques sont les facteurs négatifs externes et internes qui affectent la bonne atteinte de ces résultats. Le tableau IV présente le cadre logique des résultats du PSNAQSS.

**Tableau IV :** Cadre logique des résultats du PSNAQSS

| **Produit/Effet** | **Indicateurs** | **Hypothèse** | **Risque** |
| --- | --- | --- | --- |
| P.1.1. La planification de la qualité est assurée | Taux de réalisation physique du plan stratégique  Taux de réalisation financière du plan stratégique  Taux de réalisation du plan d’action annuel  Taux de réalisation du plan de communication | Disponibilité des ressources financières  Disponibilité de l’expertise pour la planification | Epuisement des ressources financières  Changement d’acteurs  Indisponibilité des acteurs |
| P.1.2. La coordination dans le domaine de la qualité est renforcée | Nombre d’organes (conseils/cercles) de gestion de la qualité mis en place  Taux de réalisation des rencontres de coordination  Nombre de nouvelles structures intégrées dans l’approche qualité | Bonne planification des activités  Engagement des responsables  Bonne allocation des ressources financières | Faible implication des acteurs  Indisponibilité des acteurs  Conflit d’agenda |
| P.1.3. La collaboration et le partenariat dans le domaine de la qualité sont renforcés | Taux de réalisation des réunions de concertation entre le ministère chargé de la santé, les PTF, les OSC et autres acteurs intervenants dans le domaine de la qualité | Disponibilité des acteurs  Leadership des responsables | Perte de confiance avec un partenaire  Rupture de partenariat |
| P1.4. Le suivi-évaluation de la qualité est renforcé | Pourcentage de structures de santé ayant réalisé 4 évaluations avec plans d’amélioration  Taux de réalisation des revues qualité  Taux de complétude des tableaux de bord  Taux de réalisation des plans d’amélioration de la qualité  Taux d’exécution physique du plan stratégique  Taux d’exécution financière du plan stratégique  Nombre de formations sanitaires et districts réalisant le monitoring semestriel avec identification des goulots d’étranglement  Nombre de recherche opérationnelle réalisées dans le domaine de la qualité | Implication des acteurs  Engagement des responsables  Disponibilité des ressources financières | Résistance au changement élevées  Baisse de la motivation des acteurs |
| P.1.5. La gestion de la qualité est digitalisée | Nombre d’outils paramétrés dans le DHIS2  Taux de promptitude des évaluations par district  Taux de complétude des évaluations par district  Nombre d’indicateurs intégrés dans DHIS2 | Disponibilité des outils de collecte  Bonne maitrise des outils de collecte | Panne d’appareils  Instabilité de la connexion internet  Erreur de saisie  Mouvement fréquent du personnel |
| P.2.1. Les effectifs du personnel sont renforcés | Nombre d’agents de santé qualifiés recru­tés  Pourcentage de personnel qualifié  Nombre de responsables qualité nommés au niveau des districts/régions/hôpitaux.  Pourcentage d’institution de formation des professionnels de santé ayant intégré un module AQS dans le programme de formation  Pourcentage d’équipes qualité motivées conformément au mécanisme de motivation mis en place | Disponibilité du personnel qualifié sur le marché de l’emploi  Engagement des responsables | Absentéisme au travail  Indisponibilité de personnel (évènements sociaux, maladies, invalidités…)  Baisse de la motivation de certains agents |
| P.2.2. Les capacités du personnel de mise en œuvre de l’approche qualité sont renforcées | Pourcentage de personnes formées sur l’approche qualité  Pourcentage de responsables formées sur les règles de gestion | Bonne planification et organisation des séances de formation  Disponibilité des formateurs | Indisponibilité des acteurs  Conflit de calendrier  Mobilité du personnel formé |
| P.2.3. Des infrastructures et équipements de qualité sont mises à disposition | Nombre de structures de santé ayant bénéficié de nouveaux équipements pour répondre aux normes réglementaires  Nombre de structures de santé ayant bénéficié d’une réhabilitation  Nombre de formations sanitaires nouvellement construites  Nombre de districts sanitaires disposant d’un plan de maintenance des infrastructures, équipements et matériels  Nombre d’hôpitaux disposant d’un plan de maintenance des infrastructures, équipements et matériels  Nombre de services techniques (DISEM et DRS) disposant des outils de contrôle-qualité des matériels et équipements médicotechniques | Bonne estimation des besoins  Bonne description des spécifications techniques  Mise à disposition des ressources financières  Contrôle qualité à la réception des infrastructures et équipements  Bonne maintenance des équipements | Inflation des coûts (changement du cours du marché)  Panne d’appareil  Faible rigueur dans la gestion des biens publics  Retard de réalisation de travaux  Difficultés de mobilisation des ressources |
| P.2.4. La mobilisation et la gestion financière de la démarche qualité sont renforcées | Part de l’Etat dans le financement du plan stratégique  Taux de réalisation financière du PSNAQSS  Taux de mobilisation des ressources auprès des partenaires  Nombre de tables rondes des partenaires réalisées à tous les niveaux du système de santé | Engagement des responsables  Bonne affectation des ressources  Suivi de la régularité des dépenses | Détournement de fonds  Réorientation des interventions des partenaires  Faible disponibilité de partenaires dans certaines régions |
| P.2.5. Un système de gestion documentaire qualité est en place | Taux de disponibilité des procédures et protocoles  Taux de disponibilité des textes règlementaires dans les structures de soins  Pourcentage de protocoles/procédures à jour | Implication des acteurs  Disponibilité des ressources financières | Lourdeur de la documentation qualité |
| P.3.1. Des soins de qualité sont offerts aux patients | Nombre d’évènements indésirables notifiés dans le cadre des vigilances  Score de conformité de pratique médicale aux normes  Taux de conformité des formations sanitaires aux normes de sureté | Bonne implication des acteurs | Faible appropriation des procédures/protocoles |
| P.3.2. La continuité, l’intégration et la permanence des soins sont effectives | Taux de contre-références rédigées et transmises  Nombre de formations sanitaires et districts disposant d’une flotte téléphonique et ou une plateforme électronique fonctionnelle pour la référence et contre référence | Régularité des programmes d’activités  Bonne communication  Disponibilité et implication des acteurs  Disponibilité des ressources/intrants  Disponibilité des technologies de l’information et communication | Indisponibilité des acteurs  Faible collaboration des acteurs |
| P.3.3. Les conditions d’hygiène et environnementale des usagers sont améliorées | Nombre de personnes formées sur les 5S  Pourcentage de structures de santé disposant de toilettes selon les normes | Formation des acteurs sur les 5S  Bonne implication des acteurs  Sens de l’autodiscipline | Changement d’acteurs  Non coopération des usagers |
| P.3.4. L’approche nationale de la démarche qualité est effective dans l’ensemble des services des hôpitaux y compris les laboratoires, la pharmacie et les blocs opératoires | Pourcentage de structures mettant en œuvre les plans qualité  Pourcentage de structures de santé appliquant les bonnes pratiques pharmaceutiques  Pourcentage de laboratoires mettant en œuvre la démarche SLIPTA  Pourcentage de structures respectant le circuit d’approvisionnement en médicaments  Taux d’utilisation de la check-list chirurgicale | Leadership des responsables  Sensibilisation/formation des acteurs  Bonne implication des acteurs | Démotivation des acteurs  Charge de travail élevée |
| P.3.5. La qualité des soins et services au niveau communautaire est améliorée | Pourcentage de formations sanitaires ayant réalisé au moins une fois par trimestre une évaluation de la qualité au niveau communautaire  Pourcentage de formations sanitaires ayant réalisé une fois par trimestre un dialogue communautaire  Nombre d’acteurs communautaires (CVD/COSAN) formés en approche qualité | Bonne implication des acteurs |  |
| E.1. La gouvernance, le leadership et la digitalisation dans le domaine de la qualité sont renforcés | Pourcentage des réunions de coordination réalisées | Bonne réalisation des produits | Faible implication des acteurs dans la mise en œuvre des actions contre les risques  Inefficacité des actions contre les risques |
| E2. Les ressources nécessaires à la démarche qualité sont disponibles | Pourcentage de structures conforme aux normes de ressources humaines | Bonne réalisation des produits | Faible implication des acteurs dans la mise en œuvre des actions contre les risques  Inefficacité des actions contre les risques |
| Taux de conformité des infrastructures  Taux de conformité des équipements  Pourcentage de formations sanitaires répondant aux normes en infrastructures  Pourcentage de formations sanitaires répondant aux normes en équipements | Bonne réalisation des produits | Faible implication des acteurs dans la mise en œuvre des actions contre les risques  Inefficacité des actions contre les risques |
| Taux de mobilisation des ressources du plan  Taux de réalisation financière du plan | Bonne réalisation des produits | Faible implication des acteurs dans la mise en œuvre des actions contre les risques  Inefficacité des actions contre les risques |
| Taux de conformité de la documentation qualité | Bonne réalisation des produits | Faible implication des acteurs dans la mise en œuvre des actions contre les risques  Inefficacité des actions contre les risques |
| E.3. Les soins et services de qualité sont accessibles à la population | Pourcentage de formations sanitaires disposant d’or­ganes de gestion de qualité fonctionnels  Taux de disponibilité en produits traceurs  Taux de mortalité intra hospitalière  Proportion de patients suivi sur toute la référence | Rapports d’activités et d’enquêtes | Bonne réalisation des produits |

## **Stratégies de mise en œuvre du PSNQSS**

Le tableau V présente les stratégies de mise en œuvre du PSNQSS

**Tableau V :** Stratégies de mise en œuvre du PSNQSS

|  |  |
| --- | --- |
| **Produits** | **Stratégies** |
| P.1.1. La planification de la qualité est assurée | Elaboration de documents de planification  Mise en œuvre des plans élaborés  Elaboration/révision de documents  Elaboration de la cartographie des partenaires existants et potentiels |
| P.1.2. La coordination dans le domaine de la qualité est renforcée | Vulgarisation et diffusion de documents  Mise en place et suivi d’organes de coordination  Mise en place du financement basé sur la performance  Coordination des vigilances sanitaires  Conduite des démarches de labélisation  Communication sur la qualité |
| P.1.3. La collaboration et le partenariat dans le domaine de la qualité sont renforcés | Tenue de cadres de concertation  Plaidoyer auprès des partenaires techniques et financiers et des gouvernants  Partage de bonnes pratiques |
| P1.4. Le suivi-évaluation de la qualité est renforcé | Suivi de la qualité (supervision, revue, suivi des indicateurs)  Intégration du suivi-évaluation de la qualité dans les activités de monitoring à tous les niveaux (évaluation de performances, de compétences, de mise en œuvre de plan, des risques, de la satisfaction) |
| P.1.5. La gestion de la qualité est digitalisée | Digitalisation du système d’information sanitaire sur la démarche qualité  Renforcement de capacités des acteurs |

|  |  |
| --- | --- |
| P.2.1. Les effectifs du personnel sont renforcés | Recrutement de personnel  Intégration des services qualité dans les organigrammes  Intégration de l’approche qualité dans les programmes de formation des institutions de formation des professionnels de santé  Mise en œuvre de plan de conduite du changement |
| P.2.2. Les capacités du personnel de mise en œuvre de l’approche qualité sont renforcées | Formation continue du personnel  Formation des responsables  Coaching  Supervisions |
| P.2.3. Des infrastructures et équipements de qualité sont mises à disposition | Elaboration de catalogue  Construction, réhabilitation, d’infrastructures  Maintenance des infrastructures, équipements et matériels  Dotation en équipements, matériels médico-techniques et outils de contrôle qualité |
| P.2.4. La mobilisation et la gestion financière de la démarche qualité sont renforcées | Mise en place de plan de mobilisation des ressources financières  Renforcement de capacité des responsables  Recherche de sources de financement  Financement des activités basé sur les performances  Organisation des rencontres |
| P.2.5. Un système de gestion documentaire qualité est en place | Mise en place des outils qualité ;  Application de la procédure de gestion documentaire  Organisation de sessions d’apprentissage  Archivage des données de la qualité |
| P.3.1. Des soins de qualité sont offerts aux patients | Application des procédures organisationnelles des unités et services  Application des protocoles de prise en charge des patients  Application des outils d’aide au diagnostic  Mise en œuvre des vigilances |
| P.3.2. La continuité, l’intégration et la permanence des soins sont effectives | Référence contre-référence  Transport médicalisé des patients  Mise en place de plateformes de référence et contre référence  Etablissement de programmes de prise en charge des patients  Mise en œuvre de la télémédecine |
| P.3.3. Les conditions d’hygiène et environnementale des usagers sont améliorées | Mise en place de commodités pour les patients  Mise en œuvre de l’approche 5S (optimisation des conditions et de l’environnement de travail, du temps de travail en veillant à ce que l’environnement soit bien rangé, nettoyé, sécurisé en y instaurant de la rigueur) |
| P.3.4. L’approche nationale de la démarche qualité est effective dans l’ensemble des services des hôpitaux y compris les laboratoires, la pharmacie et les blocs opératoires | Extension de la démarche qualité à l’ensemble des services des hôpitaux  Mise en œuvre de la démarche SLIPTA  Assurance qualité des produits de santé  Régulation pharmaceutique  Démarche qualité des blocs opératoires |
| P.3.5. La qualité des soins et services au niveau communautaire est améliorée | Evaluation de la qualité au niveau communautaire  Evaluation de la qualité des interventions à base communautaire  Planification des actions communautaires  Mise en œuvre de plans d’amélioration communautaires  Formation des ASC/RC sur la démarche qualité  Habilitation des ASC  Application de normes et protocoles  Contrôle qualité des produits  Partage d’expériences  Mesure de la satisfaction client et retro information |

## **Mesures d’atténuation face aux risques**

Le tableau VI présente les mesures d’atténuation face aux risques en rapport avec l’atteinte des résultats du PSNQSS.

**Tableau VI :** Mesures d’atténuation face aux risques

|  |  |
| --- | --- |
| **Risque** | **Mesure d’atténuation** |
| Epuisement des ressources financières | Accroitre la capacité de mobilisation des ressources au niveau local  Planifier les activités avec réalisme |
| Changement d’acteurs | Prévaloir l’esprit d’équipe  Promouvoir la délégation des tâches |
| Indisponibilité des acteurs | Prévaloir l’esprit d’équipe  Opérer des remplacements d’acteurs si nécessaire et si possible  Former/informer/sensibiliser les nouveaux agents |
| Faible implication des acteurs | Sensibiliser les acteurs pour plus de participation aux activités  Mettre en place des mécanismes de reconnaissance des mérites |
| Conflit d’agenda | Assurer une bonne communication autour des activités programmées  Assurer le suivi des activités programmées et opérer les modifications de programme à temps  Faire des planifications réalistes |
| Perte de confiance d’un partenaire | Partenariat mutuellement bénéfique  Respect des engagements |
| Rupture de partenariat | Prévenir les conflits  Gérer les conflits à l’amiable  Créer un climat de confiance |
| Résistances au changement élevées | Accompagner la mise en œuvre du changement  Créer un climat de confiance |
| Baisse de la motivation des acteurs | Accompagner la mise en œuvre du changement  Promouvoir des feedbacks constructifs  Améliorer l’environnement de travail  Créer un climat de confiance |
| Panne d’appareils | Mettre en place d’un système national et décentralisé de maintenance  Assurer régulièrement les maintenances d’appareils |
| Faible couverture en connexion internet | Renforcer la couverture en connexion internet |
| Instabilité de la connexion internet | Mettre à disposition des débits de connexion adaptés |
| Erreur de saisie | Assurer régulièrement les vérifications après saisie  Renseigner lisiblement les outils de rapportage |
| Absentéisme au travail | Sensibiliser le personnel  Promouvoir le développent personnel  Améliorer l’environnement de travail |
| Maladies, invalidités… | Mettre en œuvre les services de santé au travail |
| Inflation des coûts (changement du cours du marché) | Réaliser une veille commerciale |
| Faible rigueur dans la gestion des biens publics | Sensibiliser les acteurs sur la gestion du bien public |
| Retard de réalisation de travaux | Assurer une bonne programmation, exécution et suivi des travaux |
| Détournement de fonds | Réaliser régulièrement les contrôles financiers  Sanctionner les auteurs |
| Lourdeur de la documentation qualité | Rédiger les documents à partir des besoins  Simplifier les outils qualité |
| Erreur de notification | Former les acteurs sur les techniques de notification |
| Perte de procédures/protocoles | Assurer un bon archivage de la documentation |
| Report de rendez-vous des patients | Assurer une bonne programmation  Sensibiliser le personnel sur le respect des rendez-vous  Renforcer la disponibilité du personnel soignant |
| Rupture en intrants | Assurer une bonne estimation des besoins  Assurer une bonne gestion des stocks |
| Panne d’ambulance | Assurer régulièrement les révisions et visites techniques |
| Faible coopération des usagers | Réaliser les séances de sensibilisation sur la participation communautaire |
| Mauvais état des routes/pistes | Aménager les pistes rurales |
| Faible implication des acteurs dans la mise en œuvre des actions contre les risques | Intégrer les actions contre les risques dans les plans opérationnels |
| Inefficacité des actions contre les risques | Assurer un bon suivi de la mise en œuvre des actions contre les risques  Réévaluer et mettre à jours les risques et les mesures d’atténuation |

# **PLANNING DES ACTIONS**

Le tableau VII présente le planning des actions du PSNQSS.

**Tableau VII :** planning des actions du PSNQSS

| **N°** | **Actions** |  | Période | | | | Responsable | Autres concernés | Coût | Source de financement |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 2023 | 2024 | 2025 | 2026 | 2027\* |
|  | **AXE 1 : renforcement de la gouvernance, du leadership et de la digitalisation dans le domaine de la qualité** | | | | | | | | | |
|  | **EFFET 1. La gouvernance, le leadership et la digitalisation dans le domaine de la qualité sont renforcés** | | | | | | | | | |
|  | **Produit 1.1. La planification de la qualité est assurée** | | | | | | | |  | |
| 1.1.1 | Elaborer le plan de suivi-évaluation du plan stratégique qualité 2023-2026 | X |  |  |  |  | DESR | DSME, DEPP, SP-PNDS, DAF, DRH, PNPCI, DRS, DPS | 6 542 250 | Etat  PTF |
| 1.1.2 | Mettre en œuvre le plan de suivi-évaluation du plan stratégique qualité 2023-2026 | X | X | X | X |  | DESR | DRS, DPS | PM | Etat  PTF |
| 1.1.3 | Elaborer le plan de communication/sensibilisation sur la qualité |  | X |  |  |  | DESR |  | 14 273 000 | Etat  PTF |
| 1.1.4 | Mettre en œuvre le plan de communication/sensibilisation sur la qualité |  | X | X | X |  | DESR |  | PM | Etat  PTF |
| 1.1.5 | Elaborer les plans d’action annuels qualité budgétisés (y compris communautaires) ; | X | X | X | X |  | DESR |  | 18 092 000 | Etat  PTF |
| 1.1.6 | Elaborer un nouveau plan stratégique qualité post 2026 |  |  |  |  | X | DESR | Autres directions MSHP | 26 963 074 | Etat  PTF |
|  | **P.1.2. La coordination dans le domaine de la qualité est renforcée** | | | | | | | | | |
| 1.2.1 | Assurer la vulgarisation et la diffusion de tous les documents élaborés |  | X |  |  |  | DESR |  | 13 569 000 | Etat  PTF |
| 1.2.2 | Réviser périodiquement les outils d’amélioration de la qualité en fonction des besoins ; | X | X | X | X |  | DESR |  | 6 784 500 | Etat  PTF |
| 1.2.3 | Elaborer/réviser les procédures manquantes |  | X |  |  |  | DESR |  | 91 466 800 | Etat  PTF |
| 1.2.4 | Réviser/mettre à jour les protocoles thérapeutiques et les ordinogrammes |  | X |  | X |  | DESR | DLM, Programmes | 91 466 800 | Etat  PTF |
| 1.2.5 | Tenir les réunions du conseil national de la qualité | X | X | X | X |  | DESR |  | 2 100 000 | Etat  PTF |
| 1.2.6 | Organiser des réunions des conseils qualité à tous les niveaux (régions, districts) | X | X | X | X |  | DESR |  | 89 712 000 | Etat  PTF |
| 1.2.7 | Mettre progressivement à échelle l’approche qualité par l’extension à d’autres formations sanitaires y compris le secteur privé | X | X | X | X |  | DESR |  | 300 000 000 | Etat  PTF |
| 1.2.8 | Poursuivre la mise en place des organes de coordination de la qualité (cercle et conseils) | X | X | X | X |  | DESR |  | PM | Etat  PTF |
| 1.2.9 | Organiser les concours qualité | X | X | X | X |  | DESR | DRS DPS | 60 000 000 | Etat  PTF |
| 1.2.10 | Faire la cartographie des partenaires intervenant dans le domaine de la qualité | X |  |  |  |  | DESR |  | 1 500 000 | Etat |
| 1.2.11 | Coordonner la mise en œuvre des vigilances sanitaires | X | X | X | X |  | DLM | COUSP | 30 000 000 | Etat  PTF |
| 1.2.12 | Mettre en place un organe de labélisation (certification accréditation) |  | X | X | X |  | SG/ DGAS |  | 30 103 500 | Etat  PTF |
| 1.2.13 | Développer un répertoire d’exigences et de documents règlementaires |  | X |  |  |  | DESR | Programmes | 10 000 000 | Etat  PTF |
| 1.2.14 | Organiser la diffusion des acquis de la mise en œuvre du plan |  |  |  |  | X | DESR |  | 20 000 000 | Etat  PTF |
|  | P.1.3. La collaboration et le partenariat dans le domaine de la qualité sont renforcés | | | | | | | | | |
| 1.3.1 | Organiser des réunions de concertation entre le ministère chargé de la santé et les PTF, les OSC et autres acteurs intervenants dans le domaine de la qualité ; |  | X | X | X |  | DESR |  | 2 100 000 | Etat  PTF |
| 1.3.2 | Intégrer la thématique de la qualité à l’ordre du jour des réunions semestrielles de concertation entre le ministère chargé de la santé et la plateforme du secteur privé de la santé (PSPS) |  | X | X | X |  | DESR |  | PM | Etat  PTF |
| 1.3.3 | Réaliser le plaidoyer auprès des partenaires techniques et financiers en faveur de la qualité ; | X | X | X | X |  | DESR |  | PM | Etat  PTF |
| 1.3.4 | Assurer la présentation des thématiques de l’approche qualité aux réunions du Comité National de Coordination du Secteur de la Santé | X | X | X | X |  | DESR |  | PM | Etat |
|  | P1.4. Le suivi-évaluation de la qualité est renforcé | | | | | | | | | |
| 1.4.1 | Assurer le suivi de la qualité (supervision, revue qualité, sessions d’apprentissage, suivi tableau de bord) | X | X | X | X |  | DESR | DRS, DPS, FS | 65 353 500 |  |
| 1.4.2 | Evaluer la mise en œuvre et l’efficacité des plans d’amélioration de la qualité ; |  | X | X | X |  | DESR | DRS, DPS, FS | 20 000 000 |  |
| 1.4.3 | Mettre en place un mécanisme de suivi continu de la satisfaction des clients (boites de suggestion, registre des plaintes, numéro vert) | X | X | X | X |  | DESR | DRS, DPS, FS | 15 000 000 |  |
| 1.4.4 | Organiser les revues annuelles des plans d’actions opérationnels qualité |  | X | X | X | X | DESR |  | 30 000 000 |  |
| 1.4.5 | Assurer le monitorage semestriel des activités | X | X | X | X | X | DESR | DRS, DPS, FS | 30 000 000 |  |
| 1.4.6 | Evaluer le plan stratégique qualité à mi-parcours |  |  | X |  |  | DESR | Comité technique | 14 900 600 |  |
| 1.4.7 | Evaluer le plan stratégique qualité en fin de période |  |  |  | X |  | DESR | Comité technique | 18 033 650 |  |
| 1.4.8 | Organiser des enquêtes de satisfaction des clients et des prestataires. |  | X |  | X |  | DESR | DRS, DPS, Communes, FS | 40 000 000 |  |
| 1.4.9 | Réaliser des recherches/action dans le domaine de la qualité |  | X |  | X |  | DESR | Universités | 40 000 000 |  |
|  | P.1.5. La gestion de la qualité est digitalisée | | | | | | | | | |
| 1.5.1 | Poursuivre le paramétrage des outils de l’approche qualité dans le DHIS 2 | X | X | X | X |  | DSNISI | DESR | 100 000 000 |  |
| 1.5.2 | Renforcer les capacités des acteurs sur l’utilisation du DHIS 2 |  | X | X | X |  | DSNISI | DESR, DRS DPS | 56 537 500 |  |
| 1.5.3 | Développer des tableaux de bord digitaux pour le suivi des indicateurs |  | X | X | X |  | DSNISI | DESR, DRS, DPS | 50 000 000 |  |
| 1.5.4 | Développer des formations certifiantes en ligne par niveau |  | X | X | X |  | DSNISI | DESR, DRH | 50 000 000 |  |
| **Axe 2 : Renforcement des ressources humaines, matérielles, financières et de la gestion documentaire qualité** | | | | | | | | | | |
| **E2. Les ressources nécessaires à la démarche qualité sont disponibles** | | | | | | | | | | |
| P.2.1. Les effectifs du personnel sont renforcés | | | | | | | | | | |
| 2.1.1 | Poursuivre le recrutement du personnel qualifié | X | X | X | X | X | DRH | FOSA | 5 904 881 778 | ETAT/structures privées de soins |
| 2.1.2 | Institutionnaliser la fonction de responsable qualité à tous les niveaux de la pyramide sanitaire | X | X | X |  |  | DRH | DEPP | PM | ETAT/PTF |
| 2.1.3 | Prendre en compte les services qualité dans l’organigramme du ministère de la santé |  | X |  |  |  | SG | DRH, DEPP | PM | ETAT/PTF |
| 2.1.4 | Intégrer l’approche qualité dans les curricula des universités et des écoles de formation ; |  | X | X | X |  | DESR | DRH | 7 673 000 | ETAT/PTF |
| 2.1.5 | Promouvoir les mécanismes de motivation des équipes qualité |  | X | X | X | X | SG | DRH | 6 784 500 | ETAT/PTF |
| 2.1.6 | Elaborer et mettre en œuvre le plan de conduite du changement dans le cadre de la démarche qualité |  | X | X | X | X |  | DRH | 7 236 800 | ETAT/PTF |
| P.2.2. Les capacités du personnel de mise en œuvre de l’approche qualité sont renforcées | | | | | | | | | | |
| 2.2.1 | Renforcer les capacités des responsables des structures et les RQ de santé sur les règles de gestion et le coaching |  | X | X | X |  | DESR | DRS | 56 537 500 | ETAT/PTF |
| 2.2.2 | Renforcer les compétences des membres des équipes qualité en management de la qualité et le leadership |  | X | X | X |  | DESR | DRS | PM | ETAT/PTF |
| 2.2.3 | Former les responsables des structures de santé et les RQ en suivi-évaluation de l’approche qualité ; |  | X | X | X |  | DESR | DRS | 56 537 500 | ETAT/PTF |
| 2.2.4 | Former les DRS, DPS, directeurs d’hôpitaux, et Médecins chefs de communes sanitaires sur le système d’évaluation des performances du personnel ; |  |  | X | X |  | DRH | DESR | 56 537 500 | ETAT/PTF |
| 2.2.5 | Former le RFS sur le système d’évaluation des performances du personnel des formations sanitaires |  | X | X | X |  | DESR | DRH | 56 537 500 | ETAT/PTF |
| 2.2.6 | Former les cercles et les conseils qualité sur l’évaluation de qualité des soins et services de santé |  | X | X | X |  | DESR | DRS | PM | ETAT/PTF |
| 2.2.7 | Former les nouveaux cercles et conseils qualité sur l’approche AQS |  | X | X | X |  | DESR | DRS | PM | ETAT/PTF |
| 2.2.8 | Former les points focaux infrastructures et équipement (hôpitaux, district et régions) sur la maintenance préventive et curative |  | X | X | X |  | DISEM | DESR | 7 236 800 | ETAT/PTF |
| 2.2.9 | Former les RFS et COGES sur la maintenance préventive et curative |  | X | X | X |  | DISEM | DESR | 45 230 000 | ETAT/PTF/structures privées de soins |
| 2.2.10 | Organiser les sessions d’apprentissage des cercles et des conseils de qualité |  | X | X | X |  | DESR | DRS | 48 000 000 | ETAT/PTF |
| 2.2.11 | Organiser le suivi-coaching des cercles de qualité et des conseils district | X | X | X | X |  | DESR | DRS | 40 000 000 | ETAT/PTF |
|  | P.2.3. Des infrastructures et équipements de qualité sont mises à disposition | | | | | | | | | |
| 2.3.1 | Elaborer le catalogue national des spécifications techniques, des matériels et équipements médicotechniques ; |  | X |  |  |  | DISEM | DESR | 15 000 000 | ETAT/PTF |
| 2.3.2 | Equiper les services techniques (DISEM et DRS) des outils de contrôle-qualité des matériels et équipements médicotechniques |  |  | X | X |  | DISEM | DESR | 275 000 000 | ETAT/PTF |
| 2.3.3 | Construire, et réhabiliter les infrastructures sanitaires suivant les normes ; | X | X | X | X |  | DISEM | DESR  DEPP | 13 442 718 961 | ETAT/collectivités locales/PTF |
| 2.3.4 | Doter les formations sanitaires en équipements et matériels (y compris le matériel roulant) conformément aux normes ; | X | X | X | X |  | DESR | DISEM | 7 338 400 000 | ETAT/collectivités locales / ONG et association/PTF |
| 2.3.5 | Assurer la maintenance des infrastructures, équipements et matériels des formations sanitaires ; | X | X | X | X |  | DISEM | DESR  DRS | 368 400 000 | ETAT/PTF |
|  | P.2.4. La mobilisation et la gestion financière de la démarche qualité sont renforcées | | | | | | | | | |
| 2.4.1 | Développer et suivre un plan de mobilisation des ressources financières ; | X | X | X | X |  | DESR | DAF | 11 081 350 | ETAT |
| 2.4.2 | Renforcer la capacité des équipes cadres (DRS et DPS) et RFS en matière de mobilisation locales des ressources |  | X |  |  |  | DESR | DAF | 51 562 200 | ETAT/PTF |
| 2.4.3 | Organiser des tables rondes des partenaires à tous les niveaux du système de santé ; |  | X | X | X |  | SG | DESR  DAF | 2 835 000 | ETAT/PTF |
| 2.4.4 | Réaliser les bilans financiers du plan stratégique et des plans opérationnels |  | X | X | X | X | DESR | DRS | PM | ETAT |
|  | P.2.5. Un système de gestion documentaire qualité est en place | | | | | | | | | |
| 2.5.1 | Mettre en place le système documentaire qualité (outils qualité et rapports) |  | X |  |  |  | DESR | DEPP | 7 673 000 | ETAT/PTF |
| 2.5.2 | Mettre en place un système d’archivage des résultats des études et recherches dans le domaine de la qualité. |  | X | X | X |  | DEPP | DESR | PM | ETAT/PTF |
|  | **Axe 3 : amélioration des prestations de soins et de services** | | | | | | | | | |
|  | **E.3. Les soins et services de qualité sont accessibles à la population** | | | | | | | | | |
|  | P.3.1. Des soins de qualité sont offerts aux patients | | | | | | | | | |
| 3.1.1 | Assurer les activités de soins dans le respect des normes et protocoles en lien avec le paquet d’activités | X | X | X | X |  | DESR | DLM/DSME/DSCPA/DRS/DPS/FS | PM |  |
| 3.1.2 | Assurer les activités d’aide au diagnostic selon les protocoles et procédures de l’approche qualité | X | X | X | X |  | DESR | DLM/DSME/DSCPA/DRS/DPS/FS | PM |  |
| 3.1.3 | Assurer la mise en œuvre des vigilances sanitaires (Pharmacovigilance, Hémovigilance, matériovigilance, biovigilance, réactovigilance, toxicovigilance…) | X | X | X | X |  | DESR | DLM/DSME/DSCPA/DRS/DPS/FS | PM |  |
|  | P.3.2. La continuité, l’intégration et la permanence des soins sont effectives | | | | | | | | | |
| 3.2.1 | Assurer la référence contre référence de qualité (mise en réseaux des moyens de transport, communication, personnel qualifié, synergie avec les collectivités locales, financement) ; | X | X | X | X |  | DSME | DRS/DPS/FS | PM |  |
| 3.2.2 | Rendre disponibles les supports de référence contre référence | X | X | X | X |  | DSME | DRS/DPS/FS | 8 593 700 |  |
| 3.2.3 | Acquérir les ambulances médicalisées | X | X | X | X |  | DEPP | DRS/DPS/FS | PM |  |
| 3.2.4 | Mettre toutes les structures sanitaires régionales y compris le niveau communautaire en flotte | X | X | X | X |  | DNISI | DRS/DPS/FS | PM |  |
| 3.2.5 | Mettre en place des plateformes de gestion de la référence et contre référence ; | X | X |  |  |  | DNISI | DRS/DPS/FS | PM |  |
| 3.2.6 | Renforcer l’organisation de la prise en charge des patients (programme de consultation, bloc opératoire, permanence, laboratoires, anesthésie…) | X | X | X | X |  | DESR | DL/DSME/DSCPA/DRS/DPS/FS | PM |  |
|  | P.3.3. Les conditions d’hygiène et environnementales des usagers sont améliorées | | | | | | | | | |
| 3.3.1 | Garantir les commodités (WC, douche) aux patients | X | X | X | X |  | DHAB | DRS/DPS/FS | PM |  |
| 3.3.2 | Assurer la gestion de l’environnement de travail selon l’approche tel que 5S | X | X | X | X |  | DHAB | DRS/DPS/FS | PM |  |
|  | P.3.4. L’approche nationale de la démarche qualité est effective dans l’ensemble des services des hôpitaux y compris les laboratoires, la pharmacie et les blocs opératoires | | | | | | | | | |
| 3.4.1 | Assurer la mise en œuvre de la démarche SLIPTA ; | X | X | X | X |  |  |  | PM |  |
| 3.4.2 | Assurer la mise en œuvre de l’assurance qualité des produits de santé et la régulation pharmaceutique |  | X | X | X |  |  |  | 16 485 950 |  |
| 3.4.3 | Mettre en œuvre une démarche qualité des blocs opératoires |  | X | X | X |  |  |  | 16 485 950 |  |
|  | P.3.5. La qualité des soins et services au niveau communautaire est améliorée | | | | | | | | | |
| 3.5.1 | Elaborer un plan d’action communautaire de la qualité |  | X |  |  |  |  |  | 9 498 300 |  |
| 3.5.2 | Mettre en œuvre le plan d’action communautaire de la qualité ; |  | X | X | X |  | DSCPA | DESR/ DRS/DPS/FS | PM |  |
| 3.5.3 | Faire l’évaluation de la qualité des interventions à base communautaire ; |  | X | X | X |  | DSCPA | DESR/ DRS/DPS/FS | 10 000 000 |  |
| 3.5.4 | Elaborer des plans d’amélioration de la qualité issus des supervisions et évaluations ; |  |  |  |  |  |  |  | 30 000 000 |  |
| 3.5.5 | Mettre en œuvre les plans d’amélioration de la qualité issus des supervisions et évaluations ; |  | X | X | X |  | DESR | DL/DSME/DSCPA/DRS/DPS/FS | 30 000 000 |  |
| 3.5.6 | Intégrer dans le curricula de formation de l’ASC/RC le module en lien avec la démarche qualité ; |  | X | X |  |  | DSCPA | DESR/ DRS/DPS/FS | PM |  |
| 3.5.7 | Instaurer un processus d’accréditation des ASC après la formation initiale (à la suite d’un stage pratique en lien avec le paquet d’activités) ; |  |  | X | X |  | DSCPA | DESR/ DRS/DPS/FS | PM |  |
| 3.5.8 | Assurer au niveau communautaire des soins dans le respect des normes et protocoles en lien avec le paquet d’activités ; |  | X | X | X |  | DSCPA | DESR/ DRS/DPS/FS | PM |  |
| 3.5.9 | Mettre en place un mécanisme de contrôle de la qualité des produits et de leur disponibilité ; | X | X | X | X |  | DPLM | DL/DESR/ DRS/DPS/FS | 36 862 450 |  |
| 3.5.10 | Mettre en place un système de recueil de satisfaction et de feedback de la communauté sur les prestations des intervenants à base communautaire ; | X | X | X | X |  | DSCPA | DESR/ DRS/DPS/FS | PM |  |
| 3.5.11 | Organiser des enquêtes de satisfactions. | X | X | X | X |  | DESR | DRS/DPS/FS | 500 000 000 |  |
|  | TOTAL | | | | | | |  | **29 808 287 913** |  |

# **MISE EN ŒUVRE DU PLAN STRATEGIQUE**

## **Cadre de mise en œuvre**

Le cadre institutionnel de mise en œuvre du présent plan stratégique repose sur l’organigramme du ministère chargé de la santé depuis le secrétariat général jusqu’aux directions de district sanitaire.

### **Conseil National de qualité des services de santé**

La mise en œuvre du plan stratégique est placée sous l’autorité du Secrétaire Général du ministère de la santé et de l’hygiène publique qui dirige le Conseil National de qualité des services de Santé. Les différentes réunions régulières dudit conseil constituent le cadre formel de suivi de la mise en œuvre de la démarche qualité et de règlement des dysfonctionnements constatés au niveau intermédiaire et périphérique.

### **Direction des établissements de soins et de réadaptation (DESR)**

La DESR en sa qualité de secrétaire du Conseil national de qualité présente au cours des réunions dudit conseil la situation de la mise en œuvre du présent plan stratégique. Elle coordonne la mise en œuvre opérationnelle du plan.

### **Conseil Régional de qualité des services de santé**

Les directions régionales de la santé sont les institutions responsables de la mise en œuvre du plan stratégique à travers les conseils régionaux de qualité des services de santé. Les questions en rapport avec la démarche qualité au niveau des hôpitaux régionaux, et des structures spécifiques régionales sont discutées au cours des réunions. Le c responsable qualité assure le secrétariat du conseil régional.

### **Conseil de qualité des services de santé du district**

Les directions des districts sanitaires seront les institutions responsables de la mise en œuvre de la stratégie de qualité à travers le conseil de qualité du district sanitaire. Le conseil aura pour principale tâche les questions de qualité au niveau de l’hôpital de district, des USP (publique et privée) au cours des réunions. Le RQ du district assure le secrétariat du conseil.

### **Conseil de qualité des services de santé des hôpitaux et des spécificités**

Le directeur de l’hôpital (CHU, CHR, HD, HC) et des spécificités est le premier responsable de la mise en œuvre du plan stratégique à travers le conseil de qualité des services de santé de l’hôpital ou de la structure spécifique. Les réunions seront consacrées aux questions de qualité dans les différents services. Un point responsable qualité est désigné pour assurer le secrétariat.

### **Cercle d’amélioration de la qualité des USP et des services des hôpitaux**

Le responsable de chaque service de l’hôpital ou de l’USP sera le premier responsable de la mise en œuvre de la stratégie de qualité à travers le cercle de qualité. Un responsable qualité est désigné pour assurer le secrétariat.

## **Processus de mise en œuvre**

Le présent plan stratégique nationale qualité des services de santé est mise en œuvre à travers des plans d’action opérationnels annuels. La planification opérationnelle globale de toutes démarche qualité découlera de document de référence nationale. L’élaboration des plans d’action opérationnels reste sous la responsabilité du secrétariat du conseil national de qualité à savoir la DESR. Ces plans opérationnels préciseront les activités à mener pour l’atteinte des résultats, les parties prenantes responsables de la mise en œuvre, les coûts, le chronogramme de ces activités. Dans le cadre de la décentralisation des activités, la mise en œuvre de ce plan sera traduite au niveau de chaque région et district sanitaire par la tenue d’un atelier de dissémination du présent plan stratégique et des plans opérationnels annuels.

# **SUIVI ET EVALUATION DU PLAN STRATEGIQUE**

Le cadre de suivi et évaluation de la mise en œuvre du présent plan stratégique sera axé sur les résultats en s’appuyant sur les organes prévus dans le document afin de garantir une bonne harmonisation et une coordination efficace. Le suivi, la revue et l’évaluation seront calqués sur le système d’information sanitaire national, on y distingue quatre niveaux de mise en œuvre (central, régional, district et communautaire).

## **Organes de coordination du suivi**

L’organe de coordination au niveau national est la direction des établissements de soins et de réadaptation (DESR) elle dispose en son sein d’une unité de suivi-évaluation qui assure la collecte et la centralisation des données. Elle travaillera en étroite collaboration avec les unités de suivi et évaluation des structures centrales. Les DRS et districts sont chargés de la coordination au niveau intermédiaire et périphérique. Au niveau régional, le responsable qualité assure la coordination. Les unités de suivi et évaluation des directions régionales centralisent les données sur la qualité. Au niveau district, les équipes cadres des districts sanitaires sont responsables de la coordination. Les unités de Suivi et d’Evaluation des districts sanitaires assurent la collecte des données.

Au niveau communautaire / village, la coordination des interventions est assurée par la Division de la Santé Communautaire et des Personnes Agées (DSCPA) au niveau national. Au niveau régional et districts, les démembrements de cette division jouent le rôle de coordination. Les organes d’exécution sont les structures (ONG/Associations) chargées de l’offre des services de santé à travers les agents de santé communautaire (ASC).

## **Mécanisme de suivi**

Le mécanisme du suivi permettra au système national de suivi et évaluation de recueillir systématiquement des informations afin de suivre les changements depuis la situation de référence jusqu’à l’effet recherché lors de la mise en œuvre des différentes initiatives d’amélioration de la qualité. Le suivi permettra d’apprécier la mise en œuvre des actions et d’y apporter au besoin des corrections. Il permettra de :

* s’assurer que le projet est exécuté comme prévu ;
* détecter les écarts éventuels et les difficultés rencontrées et y apporter les ajustements nécessaires ;
* vérifier que les ressources et les activités permettent d’atteindre les résultats escomptés.

Cela se fera à travers des réunions périodiques du comité (deux par an), des supervisions, le suivi d’indicateurs de résultats du projet (cf. annexe ) et les rencontres bilans de la mise en œuvre. Tous les cadres statutaires de concertation seront mis à contribution aux différents niveaux pour apprécier la mise en œuvre du plan et détecter les goulots d’étranglement.

Des réunions de revues pour apprécier le niveau global de mise en œuvre du plan stratégique sont organisées à trois niveaux : districts, région et national. Ces réunions sont organisées une fois par trimestre au niveau des districts. Aux niveaux régional et national il y est prévu des réunions semestrielles.

## **Evaluation du PSNQSS**

La stratégie de mise en œuvre du plan stratégique sera évaluée à la fin de la période de mise en œuvre (fin 2026) par le ministère de la santé. Sur la base des résultats de cette évaluation finale, un plan quinquennal sera élaboré.

# **BUDGETISATION DU PSNQSS**

## **Budget global du PSNQSS**

Le budget global du PSNQSS 2023- 2027 est d’un montant total de vingt-neuf milliards huit cent huit millions deux cent quatre-vingt-sept mille neuf cent treize (29 808 287 913) FCFA

## **Evolution des estimations budgétaires de 2023 à 2027**

La figure 1 présente l’évolution des estimation budgétaires du plan stratégique de 2023 à 2027.

**Figure 1** : Evolution des estimations budgétaires du plan stratégique de 2023 à 2027

Les montants les plus élevés sont respectivement pour 2025, 2024 et 2023. Ces montants prennent en compte les constructions de nouvelles infrastructures sanitaires pour les 3 années et le recrutement de personnel qualifié pour 2023 et 2025.

Un recrutement est également prévu pour 2027, ce qui explique le montant de cette année par rapport à 2026.

L’annexe 3 montre le détail des estimations budgétaires du plan stratégique de 2023 à 2027.

## **Répartition du budget par axe stratégique du PSNQSS**

Le tableau VIII présente la répartition du budget par axe stratégique du PSNQSS

**Tableau VIII :** Répartition du budget par axe stratégique du PSNQSS

|  |  |
| --- | --- |
| **Axes Stratégiques** | **Montant** |
| **AXE 1 : Renforcement de la gouvernance, du leadership et de la digitalisation dans le domaine de la qualité** | **1 344 498 174** |
| **Axe 2 : Renforcement des ressources humaines, matérielles, financières et de la gestion documentaire qualité** | **27 805 863 389** |
| **Axe 3 : Amélioration des prestations de soins et de services** | **657 926 350** |
| **Budget total** | **29 808 287 913** |

L’axe stratégique 2 représente 93,3% du budget avec un montant de 27 805 863 389 FCFA contre 4,5% pour l’axe 1 (1 344 498 174 FCFA) et 2,2% pour l’axe 3 (657 926 350 FCFA). Le PSNQSS met un accent particulier sur le renforcement des ressources humaines, infrastructures et équipements afin de garantir une efficacité et sureté des actions de santé.

## **Répartition du budget par sources de financement**

La figure 2 présente la répartition du budget du PSNQSS par source de financement

**Figure 2** : Répartition du budget du PSNQSS par source de financement

La contribution de l’Etat dans le financement du plan s’élève à 23 703 470 619 FCFA. Ce qui représente XX% du budget total du plan. Les partenaires techniques et financiers contribuent à hauteur de XX% au plan avec un montant de 4 637 137 294 FCFA. Les collectivités locales et les ONG contribuent respectivement avec un montant de 1 100 760 000 FCFA et de 366 920 000 FCFA.

## **Mécanisme de financement**

Le mécanisme de financement est un processus qui permet de mobiliser des ressources financières pour financer des projets ou des programmes.

Le financement du PSNAQSS sera assuré par l’Etat, les collectivités locales, les partenaires techniques et financiers et les organisations non gouvernementales.

L’Etat participera au financement en assurant principalement le recrutement des ressources humaines qualifiées, la construction/réhabilitation et l’équipement des infrastructures sanitaires.

Les collectivités locales et les ONG assureront essentiellement l’équipement des formations sanitaires.

Les partenaires techniques et financiers contribueront aux activités de renforcement de capacités, de bonne gouvernance, de leadership et de digitalisation dans le domaine de la qualité.

# **CONCLUSION**

Le plan stratégique national qualité des soins et service a été élaboré afin de fixer les repères de la qualité des services de santé au Togo pour permettre une offre de soins techniquement valable, répondant aux besoins de la population dans les formations sanitaires publiques et privées à tous les niveaux de la pyramide sanitaire. Il présente les principaux résultats de la démarche qualité ainsi que les activités à réaliser pour l’atteinte de ces résultats. Le cadre de mise en œuvre et de suivi-évaluation a été définit. L’ensemble des ressources humaines, matérielles et financières du ministère en charge de la Santé sera mobilisé pour réussir la mise en œuvre et atteindre les résultats fixés.

# **ANNEXES**

## **Annexe 1 : cadre de suivi des résultats**

| **Produit** | **Indicateurs traceurs** | **Sources** | **Niveau de base** | **Cible 2026** | **Responsable** |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| P.1.1. La planification de la qualité est assurée | Taux de réalisation physique du plan stratégique | Rapport annuel DESR | 0% | 80% | DESR |
| Taux de réalisation financière du plan stratégique | Rapport annuel DESR | 0% | 90% | DESR |
| Taux de réalisation du plan d’action annuel | Rapport annuel DESR | 0% | 90% | DESR |
| Taux de réalisation du plan de communication | Rapport annuel DESR | 0% | 90% | DESR |
| P.1.2. La coordination dans le domaine de la qualité est renforcée | Pourcentage d’organes (conseils/cercles) de gestion de la qualité mis en place | Rapport annuel DESR | 38% | 70% | DESR |
| Taux de réalisation des rencontres de coordination | Rapport annuel DESR | ND | 100% |  |
| Nombre de nouvelles structures intégrées dans l’approche qualité | Rapport DESR | 307 | 614 | DESR |
| P.1.3. La collaboration et le partenariat dans le domaine de la qualité sont renforcés | Taux de réalisation des réunions de concertation entre le ministère chargé de la santé et les PTF les OSC et autres acteurs intervenants dans le domaine de la qualité | Rapport annuel DESR | 0% | 80% | DESR |
| P1.4. Le suivi-évaluation de la qualité est renforcé | Pourcentage de structures de santé ayant réalisé 04 évaluations par an avec plans d’amélioration | Rapport annuel DESR | ND | 80% | DESR |
| Taux de réalisation des supervisions sur la démarche qualité | Rapport de performance MSHPAUS | ND | 80% | DPS/DRS |
| Pourcentage de cercles et conseils ayant atteint au moins 80% de réalisation du plan d’amélioration de la qualité | Rapport annuel DESR | ND | 80% | DPS/DRS |
| Taux de complétude des tableaux de bord qualité | Rapport DESR | ND | 90% | DSNISI |
| Nombre de recherche opérationnelle réalisées dans le domaine de la qualité | Rapports de recherche | 0 | 2 | DESR |
| P.1.5. La gestion de la qualité est digitalisée | Nombre d’outils paramétrés dans le DHIS2 | DHIS2 | 1 | 5 | DESR/DSNISI |
| Taux de promptitude des évaluations par district | DHIS2 | ND | 80% | DSINSI |
| Taux de complétude des évaluations par district | DHIS2 | ND | 90% | DSNISI |
| Nombre d’indicateurs intégrés dans DHIS2 | DHIS2 | 0 | 10 | DSNISI |
| P.2.1. Les effectifs du personnel sont renforcés | Nombre d’agent de santé qualifiés recru­tés | Rapport DRH | 707 | 1785 | DRH |
| Nombre de responsables qualité nommés au niveau des districts/régions/hôpitaux | Rapport DESR/DRS | 32 | 104 | DESR/DRS |
| Pourcentage d’institution de formation des professionnels de santé ayant intégré un module AQS dans le programme de formation | Programme de formation des professionnels de santé des institutions | 0 | 16 | Institutions de formation |
| Pourcentage d’équipe qualité motivée conformément au mécanisme de motivation mis en place | Rapport DESR/DRS | 0 | ??? | DRS/DPS/RFS |
| Pourcentage de personnel technique de santé qualifié | Rapport DRH | 51% | 57% | DRH |
| P.2.2. Les capacités du personnel de mise en œuvre de l’approche qualité sont renforcées | Nombre de personnes formées sur l’approche qualité (management de la qualité et le leadership, suivi-évaluation, évaluation des performances du personnel, système d’évaluation des performances du personnel des formations sanitaires) | Rapport annuel DESR | ND | 3000 | DESR |
| Pourcentage de cercles de qualité formés sur l’évaluation de qualité des soins et services de santé | Rapport annuel DESR | 14% | 90% | DESR |
| Pourcentage de nouveaux cercles et conseils qualité formés sur l’approche AQS | Rapport annuel DESR | 0% | 80% | DESR |
| Nombre de personnes formées sur la maintenance préventive et curative des équipements et matériels médicotechniques | Rapport annuel DISEM | ND | 450 | DISEM |
| Pourcentage de responsables formées sur les règles de gestion et le coaching | Rapport annuel DESR | ND | 50% | DESR |
| Nombre de sessions d’apprentissage des cercles et des conseils de qualité | Rapport annuel DESR | ND | 156 | DESR |
| Pourcentage de conseil de qualité formés sur l’évaluation de qualité des soins et services de santé | Rapport annuel DESR | 64% | 100% | DESR |
| P.2.3. Des infrastructures et équipements de qualité sont mises à disposition | Un catalogue national des spécifications techniques, des matériels et équipements médicotechniques est disponible | Rapport annuel DISEM  Catalogue | 0 | 1 | DISEM |
| Nombre de structures de santé ayant bénéficié de nouveaux équipements pour répondre aux normes réglementaires | Rapport DISEM | ND | 500 | DISEM |
| Nombre de structures de santé ayant bénéficié d’une réhabilitation | Rapport annuel DISEM | 16 | 158+GIZ | DISEM |
| Nombre de formations sanitaires nouvellement construites | Rapport annuel DISEM | ND | 200 | DISEM |
| Nombre de districts sanitaires disposant d’un plan de maintenance des infrastructures, équipements et matériels.  . | Rapport annuel DISEM | ND | 39 | DISEM/DPS |
| Nombre d’hôpitaux disposant d’un plan de maintenance des infrastructures, équipements et matériels | Rapport annuel DISEM | ND | 58 |  |
| Nombre de services techniques (DISEM et DRS) disposant des outils de contrôle-qualité des matériels et équipements médicotechniques | Rapport annuel DISEM/DRS | 00 | 07 | DISEM/DRS |
| P.2.4. La mobilisation et la gestion financière de la démarche qualité sont renforcées | Part de l’Etat dans le financement du plan stratégique | Rapport DAF | ND | 60% | DAF |
| Un plan de mobilisation des ressources financières est disponible | Rapport DAF | 0 | 1 | DAF |
| Taux de réalisation financière du PSNAQSS | Rapport DESR | 0 | 80% | DESR |
| Taux de mobilisation des ressources auprès des partenaires | Rapport DESR | 0 | 80% | DESR |
| Nombre de tables rondes des partenaires réalisées à tous les niveaux du système de santé | Rapport DESR | 0 | 3 | DESR |
| P.2.5. Un système de gestion documentaire qualité est en place | Un système d’archivage des résultats des études et recherches dans le domaine de la qualité disponible | Rapport DESR | 00 | 01 | DESR |
| Nombre de protocoles/procédures à jour | Rapport DESR | ND | ?? | DESR |
| P.3.1. Des soins de qualité sont offerts aux patients | Nombre d’évènements indésirables notifiés dans le cadre des vigilances |  |  |  |  |
| Taux de conformité des formations sanitaires aux normes de sureté |  |  |  |  |
| Score de conformité de pratique médicale aux normes | Rapports d’audit qualité | 40% | 80% |  |
| P.3.2. La continuité, l’intégration et la permanence des soins sont effectives | Taux de contre-références rédigées et transmises  Nombre de formations sanitaires et districts disposant d’une flotte téléphonique et ou une plateforme électronique fonctionnelle pour la référence et contre référence  Nombre de formations sanitaires et districts réalisant le monitoring semestriel pour l’identification des goulots d’étranglement |  |  |  |  |
| Nombre de personnes formées sur les 5S  Pourcentage de structures de santé disposant de toilettes selon les normes | Rapports de monitorage des PAO | 60% | 80% |  |
| P.3.3. Les conditions d’hygiène et environnementale des usagers sont améliorées | Nombre de personnes formées sur les 5S par région | Rapports d’évaluation de qualité | 0 | 1500 |  |
| Pourcentage de structures de santé disposant de toilettes selon les normes | DHAB Rapports d’évaluation de qualité | ND | 80% |  |
| P.3.4. L’approche nationale de la démarche qualité est effective dans l’ensemble des services des hôpitaux y compris les laboratoires, la pharmacie et les blocs opératoires | Pourcentage de structures mettant en œuvre les plans qualité |  |  | 100% |  |
| Pourcentage de structures de santé appliquant les bonnes pratiques pharmaceutiques |  |  | 100% |  |
| Pourcentage de laboratoires mettant en œuvre la démarche SLIPTA |  |  |  |  |
| Pourcentage de structures respectant le circuit d’approvisionnement en médicaments |  |  | 100% |  |
| Taux d’utilisation de la check-list chirurgicale |  |  | 100% |  |
| P.3.5. La qualité des soins et services au niveau communautaire est améliorée | Pourcentage de formations sanitaires ayant réalisé au moins une fois par trimestre une évaluation de la qualité au niveau communautaire  Pourcentage de formations sanitaires ayant réalisé une fois par trimestre un dialogue communautaire  Nombre d’acteurs communautaires (CVD/COSAN) formés en approche qualité | Rapport d’activités des formations sanitaires |  |  |  |
| E.1. La gouvernance, le leadership et la digitalisation dans le domaine de la qualité sont renforcés | Pourcentage de comités assurant un pilotage avec efficacité  Pourcentage de structures disposant d’un suivi-évaluation opérationnel |  |  |  |  |
| E2. Les ressources nécessaires à la démarche qualité sont disponibles | Pourcentage de structures conforme aux normes de ressources humaines | Rapport annuel DRH | 0% | 50% | DRH |
| Taux de conformité des infrastructures  Taux de conformité des équipements  Pourcentage de formations sanitaires répondant aux normes en infrastructures  Pourcentage de formations sanitaires répondant aux normes en équipements | DISEM | ND  ND | 50%  50% | DISEM |
| Taux de mobilisation des ressources du plan  Taux de réalisation financière du plan | Rapport DESR | 0% | 80% | DESR |
| Taux de conformité de la documentation qualité | Rapport annuel DRS/DPS/FOSA | 0% | 100% | DESR |
| E.3. Les soins et services de qualité sont accessibles à la population | Pourcentage de formations sanitaires disposant d’or­ganes de gestion de qualité fonctionnels  Taux de disponibilité en produits traceurs  Délai de prise en charge des urgences médicales  Délai de prise en charge des urgences obstétricales  Taux de mortalité intra hospitalière |  |  |  |  |

## **Annexe 2 :** **Parties prenantes et contributions à la réalisation du PSNQSS**

| **Partie prenante** | **Contribution au projet** |
| --- | --- |
| Structures centrales du Ministère en charge de la santé  DRS et Districts | Coordination de la mise en œuvre du PSNQSS  Accompagnement technique et financier dans la mise en œuvre  Suivi-évaluation du PSNQSS  Diligence dans l’élaboration des textes d’application |
| Ministère des finances | Mise à disposition des ressources financières |
| PTF | Accompagnement technique et financier |
| Formations sanitaires (publiques et privées) et personnel de prise en charge des patients | Mise en œuvre des activités du plan stratégique  Prise en charge des patients |
| Partenaires sociaux | Accompagnement social |
| Patients | Collaboration et participation à la prise en charge  Participation aux actions communautaires |
| Association de patients | Participation à la prise en charge des patients |
| Ministère chargé de l’action sociale | Accompagnement social |
| Instituts et écoles de formation en santé | Formation du personnel de santé  Conduite d’activités de recherche |
| CNTS | Mise à disposition de produits sanguin labiles |
| Laboratoire national de santé publique | Contrôle de qualité laboratoire |
| Centrale d’achat des médicaments essentiels génériques | Approvisionnement régulier en médicaments |
| Ordre professionnel de santé (des médecins, Pharmaciens, chirurgiens dentistes, infirmiers, sage-femme) | Veiller au respect de l’éthique et de la déontologie au cours des soins |
| Sociétés savantes nationales et internationales | Appui technique |
| Prestataire externes de service (nettoyage, gardiennage jardinage, restauration) | Réalisation des prestations externes |
| Mairie | Appui à la sensibilisation |
| Opérateurs économiques | Contribution financière à la réalisation des actions |
| Assurances et caisses de sécurité sociale | Respect des délais de traitement dossiers de remboursement |

## **Annexe 3 : Budget du PSNQSS par année de 2023 à 2027**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **N°** | **Actions** | Période | | | | | **Coût** |
| 2023 | 2024 | 2025 | 2026 | 2027\* |
|  | **Axe 1 : renforcement de la gouvernance, du leadership et de la digitalisation dans le domaine de la qualité** | | | | | |  |
|  | **EFFET 1. La gouvernance, le leadership et la digitalisation dans le domaine de la qualité sont renforcés** | | | | | |  |
|  | **Produit 1.1. La planification de la qualité est assurée** | | | | | |  |
| 1.1.1 | Elaborer le plan de suivi-évaluation du plan stratégique qualité 2023-2026 | **6 542 250** |  |  |  |  | **6 542 250** |
| 1.1.2 | Mettre en œuvre le plan de suivi-évaluation du plan stratégique qualité 2023-2026 |  |  |  |  |  | **PM** |
| 1.1.3 | Elaborer le plan de communication/sensibilisation sur la qualité |  | **14 273 000** |  |  |  | **14 273 000** |
| 1.1.4 | Mettre en œuvre le plan de communication/sensibilisation sur la qualité |  |  |  |  |  | **PM** |
| 1.1.5 | Elaborer les plans d’action annuels qualité budgétisés (y compris communautaires) ; |  | **4 523 000** | **4 523 000** | **4 523 000** | **4 523 000** | **18 092 000** |
| 1.1.6 | Elaborer un nouveau plan stratégique qualité post 2026 |  |  |  |  | **26 963 074** | **26 963 074** |
|  | **P.1.2. La coordination dans le domaine de la qualité est renforcée** | | | | | |  |
| 1.2.1 | Assurer la vulgarisation et la diffusion de tous les documents élaborés |  | **6 784 500** | **3 392 250** | **3 392 250** |  | **13 569 000** |
| 1.2.2 | Réviser périodiquement les outils d’amélioration de la qualité en fonction des besoins |  | **3 392 250** | **3 392 250** |  |  | **6 784 500** |
| 1.2.3 | Elaborer/réviser les procédures manquantes |  | **91 466 800** |  |  |  | **91 466 800** |
| 1.2.4 | Réviser/mettre à jour les protocoles thérapeutiques et les ordinogrammes |  | **45 733 400** |  | **45 733 400** |  | **91 466 800** |
| 1.2.5 | Tenir les réunions du conseil national de la qualité | **525 000** | **525 000** | **525 000** | **525 000** |  | **2 100 000** |
| 1.2.6 | Organiser des réunions des conseils qualité à tous les niveaux (régions, districts) | **22 428 000** | **22 428 000** | **22 428 000** | **22 428 000** |  | **89 712 000** |
| 1.2.7 | Mettre progressivement à échelle l’approche qualité par l’extension à d’autres formations sanitaires y compris le secteur privé |  | **150 000 000** | **75 000 000** | **75 000 000** |  | **300 000 000** |
| 1.2.8 | Poursuivre la mise en place des organes de coordination de la qualité (cercle et conseils) |  |  |  |  |  | **PM** |
| 1.2.9 | Organiser les concours qualité | **6 000 000** | **12 000 000** | **18 000 000** | **24 000 000** |  | **60 000 000** |
| 1.2.10 | Faire la cartographie des partenaires intervenant dans le domaine de la qualité | **1 500 000** |  |  |  |  | **1 500 000** |
| 1.2.11 | Coordonner la mise en œuvre des vigilances sanitaires | **4 000 000** | **10 000 000** | **10 000 000** | **6 000 000** |  | **30 000 000** |
| 1.2.12 | Mettre en place un organe de labélisation (certification et accréditation) |  | **10 034 500** | **10 034 500** | **10 034 500** |  | **30 103 500** |
| 1.2.13 | Développer un répertoire d’exigences et de documents règlementaires |  | **10 000 000** |  |  |  | **10 000 000** |
| 1.2.14 | Organiser la diffusion des acquis de la mise en œuvre du plan |  |  |  |  | **20 000 000** | **20 000 000** |
|  | **P.1.3. La collaboration et le partenariat dans le domaine de la qualité sont renforcés** | | | | | |  |
| 1.3.1 | Organiser des réunions semestrielles de concertation entre le ministère chargé de la santé et les PTF, les OSC et autres acteurs intervenants dans le domaine de la qualité |  | **700 000** | **700 000** | **700 000** |  | **2 100 000** |
| 1.3.2 | Intégrer la thématique de la qualité à l’ordre du jour des réunions semestrielles de concertation entre le ministère chargé de la santé et la plateforme du secteur privé de la santé (PSPS) |  |  |  |  |  | **PM** |
| 1.3.3 | Réaliser le plaidoyer auprès des partenaires techniques et financiers en faveur de la qualité |  |  |  |  |  | **PM** |
| 1.3.4 | Assurer la présentation des thématiques de l’approche qualité aux réunions du Comité National de Coordination du Secteur de la Santé |  |  |  |  |  | **PM** |
|  | **P1.4. Le suivi-évaluation de la qualité est renforcé** | | | | | |  |
| 1.4.1 | Assurer le suivi de la qualité (supervision, revue qualité, sessions d’apprentissage, suivi tableau de bord) | **8 713 800** | **21 784 500** | **21 784 500** | **13 070 700** |  | **65 353 500** |
| 1.4.2 | Evaluer la mise en œuvre et l’efficacité des plans d’amélioration de la qualité |  | **6 666 667** | **6 666 667** | **6 666 667** |  | **20 000 000** |
| 1.4.3 | Mettre en place un mécanisme de suivi continu de la satisfaction des clients (boites de suggestion, registre des plaintes, numéro vert) | **2 000 000** | **5 000 000** | **5 000 000** | **3 000 000** |  | **15 000 000** |
| 1.4.4 | Organiser les revues annuelles des plans d’actions opérationnels qualité |  | **7 500 000** | **7 500 000** | **7 500 000** | **7 500 000** | **30 000 000** |
| 1.4.5 | Assurer le monitorage semestriel des activités |  | **7 500 000** | **7 500 000** | **7 500 000** | **7 500 000** | **30 000 000** |
| 1.4.6 | Evaluer le plan stratégique qualité à mi-parcours |  |  | **14 900 600** |  |  | **14 900 600** |
| 1.4.7 | Evaluer le plan stratégique qualité en fin de période |  |  |  | **18 033 650** |  | **18033650** |
| 1.4.8 | Organiser des enquêtes de satisfaction des clients et des prestataires. |  | **20 000 000** |  | **20 000 000** |  | **40 000 000** |
| 1.4.9 | Réaliser des recherches/action dans le domaine de la qualité |  | **20 000 000** |  | **20 000 000** |  | **40 000 000** |
|  | **P.1.5. La gestion de la qualité est digitalisée** | | | | | |  |
| 1.5.1 | Poursuivre le paramétrage des outils de l’approche qualité dans le DHIS 2 | **5 000 000** | **80 000 000** | **10 000 000** | **5 000 000** |  | **100 000 000** |
| 1.5.2 | Renforcer les capacités des acteurs sur l’utilisation du DHIS 2 |  | **28 268 750** | **14 134 375** | **14 134 375** |  | **56 537 500** |
| 1.5.3 | Développer des tableaux de bord digitaux pour le suivi des indicateurs |  | **25 000 000** | **12 500 000** | **12 500 000** |  | **50 000 000** |
| 1.5.4 | Développer des formations certifiantes en ligne par niveau |  | **30 000 000** | **10 000 000** | **10 000 000** |  | **50 000 000** |
| **Axe 2 : Renforcement des ressources humaines, matérielles, financières et de la gestion documentaire qualité** | | | | | | |  |
|  | **E2. Les ressources nécessaires à la démarche qualité sont disponibles** | | | | | |  |
|  | **P.2.1. Les effectifs du personnel sont renforcés** | | | | | | |
| 2.1.1 | Poursuivre le recrutement du personnel qualifié | **1 904 881 778** |  | **2 000 000 000** |  | **2 000 000 000** | **5 904 881 778** |
| 2.1.2 | Institutionnaliser la fonction de responsable qualité à tous les niveaux de la pyramide sanitaire |  |  |  |  |  | **PM** |
| 2.1.3 | Prendre en compte les services qualité dans l’organigramme du ministère de la santé |  |  |  |  |  | **PM** |
| 2.1.4 | Intégrer l’approche qualité dans les curricula des universités et des écoles de formation (Elaboration et tests des modules) |  | **7 673 000** |  |  |  | **7 673 000** |
| 2.1.5 | Promouvoir les mécanismes de motivation des équipes qualité |  | **1 696 125** | **1 696 125** | **1 696 125** | **1 696 125** | **6 784 500** |
| 2.1.6 | Elaborer et mettre en œuvre le plan de conduite du changement dans le cadre de la démarche qualité |  | **7 236 800** |  |  |  | **7 236 800** |
|  | **P.2.2. Les capacités du personnel de mise en œuvre de l’approche qualité sont renforcées** | | | | | |  |
| 2.2.1 | Renforcer les capacités des responsables des structures et les RQ de santé sur les règles de gestion et le coaching |  | **28 268 750** | **14 134 375** | **14 134 375** |  | **56 537 500** |
| 2.2.2 | Renforcer les compétences des membres des équipes qualité en management de la qualité et le leadership |  |  |  |  |  | **PM** |
| 2.2.3 | Former les responsables des structures de santé et les RQ en suivi-évaluation de l’approche qualité |  | **28 268 750** | **14 134 375** | **14 134 375** |  | **56 537 500** |
| 2.2.4 | Former les DRS, DPS, directeurs d’hôpitaux, et Médecins chefs de communes sanitaires sur le système d’évaluation des performances du personnel |  | **28 268 750** | **14 134 375** | **14 134 375** |  | **56 537 500** |
| 2.2.5 | Former les RFS sur le système d’évaluation des performances du personnel des formations sanitaires |  | **28 268 750** | **14 134 375** | **14 134 375** |  | **56 537 500** |
| 2.2.6 | Former les cercles et les conseils qualité sur l’évaluation de qualité des soins et services de santé |  |  |  |  |  | **PM** |
| 2.2.7 | Former les nouveaux cercles et conseils qualité sur l’approche AQS |  |  |  |  |  | **PM** |
| 2.2.8 | Former les points focaux infrastructures et équipement (hôpitaux, district et régions) sur la maintenance préventive et curative |  | **3 618 400** | **1 809 200** | **1 809 200** |  | **7 236 800** |
| 2.2.9 | Former les RFS sur la maintenance préventive et curative |  | **22 615 000** | **11 307 500** | **11 307 500** |  | **45 230 000** |
| 2.2.10 | Organiser les sessions d’apprentissage des cercles et des conseils de qualité |  | **8 000 000** | **16 000 000** | **24 000 000** |  | **48 000 000** |
| 2.2.11 | Organiser le suivi-coaching des cercles de qualité et des conseils district | **5 714 286** | **11 428 571** | **11 428 571** | **11 428 571** |  | **40 000 000** |
|  | **P.2.3. Des infrastructures et équipements de qualité sont mises à disposition** | | | | | |  |
| 2.3.1 | Elaborer le catalogue national des spécifications techniques, des matériels et équipements médicotechniques ; |  | **15 000 000** |  |  |  | **15 000 000** |
| 2.3.2 | Equiper les services techniques (DISEM et DRS) des outils de contrôle-qualité des matériels et équipements médicotechniques |  |  | **170 000 000** | **105 000 000** |  | **275 000 000** |
| 2.3.3 | Construire, et réhabiliter les infrastructures sanitaires suivant les normes | **3 635 183 882** | **3 816 059 343** | **5 991 475 736** |  |  | **13 442 718 961** |
| 2.3.4 | Doter les formations sanitaires en équipements et matériels (y compris le matériel roulant) conformément aux normes | **2 145 200 000** | **2 738 400 000** | **2 454 800 000** |  |  | **7 338 400 000** |
| 2.3.5 | Assurer la maintenance des infrastructures, équipements et matériels des formations sanitaires |  | **122 800 000** | **122 800 000** | **122 800 000** |  | **368 400 000** |
|  | **P.2.4. La mobilisation et la gestion financière de la démarche qualité sont renforcées** | | | | | |  |
| 2.4.1 | Développer et suivre un plan de mobilisation des ressources financières |  | **11 081 350** |  |  |  | **11 081 350** |
| 2.4.2 | Renforcer la capacité des équipes cadres (DRS et DPS) et RFS en matière de mobilisation locales des ressources |  | **51 562 200** |  |  |  | **51 562 200** |
| 2.4.3 | Organiser des tables rondes des partenaires au niveau national |  | **945 000** | **945 000** | **945 000** |  | **2 835 000** |
| 2.4.4 | Réaliser les bilans financiers du plan stratégique et des plans opérationnels |  |  |  |  |  | **PM** |
|  | **P.2.5. Un système de gestion documentaire qualité est en place** | | | | | |  |
| 2.5.1 | Mettre en place le système documentaire qualité (outils qualité et rapports) |  | **7 673 000** |  |  |  | **7 673 000** |
| 2.5.2 | Mettre en place un système d’archivage des résultats des études et recherches dans le domaine de la qualité |  |  |  |  |  | **PM** |
|  | **Axe 3 : Amélioration des prestations de soins et de services** | | | | | |  |
|  | **E.3. Les soins et services de qualité sont accessibles à la population** | | | | | |  |
|  | **P.3.1. Des soins de qualité sont offerts aux patients** | | | | | |  |
| 3.1.1 | Assurer les activités de soins dans le respect des normes et protocoles en lien avec le paquet d’activités |  |  |  |  |  | **PM** |
| 3.1.2 | Assurer les activités d’aide au diagnostic selon les protocoles et procédures de l’approche qualité |  |  |  |  |  | **PM** |
| 3.1.3 | Assurer la mise en œuvre des vigilances sanitaires (Pharmacovigilance, Hémovigilance, matériovigilance, biovigilance, réactovigilance, toxicovigilance…) |  |  |  |  |  | **PM** |
|  | **P.3.2. La continuité, l’intégration et la permanence des soins sont effectives** | | | | | |  |
| 3.2.1 | Assurer la référence contre référence de qualité (mise en réseaux des moyens de transport, communication, personnel qualifié, synergie avec les collectivités locales, financement) ; |  |  |  |  |  | **PM** |
| 3.2.2 | Rendre disponibles les supports de référence contre référence | **1 227 671** | **2 455 343** | **2 455 343** | **2 455 343** |  | **8 593 700** |
| 3.2.3 | Acquérir les ambulances médicalisées |  |  |  |  |  | **PM** |
| 3.2.4 | Mettre toutes les structures sanitaires régionales y compris le niveau communautaire en flotte |  |  |  |  |  | **PM** |
| 3.2.5 | Mettre en place des plateformes de gestion de la référence et contre référence |  |  |  |  |  | **PM** |
| 3.2.6 | Renforcer l’organisation de la prise en charge des patients (programme de consultation, bloc opératoire, permanence, laboratoires, anesthésie…) |  |  |  |  |  | **PM** |
|  | **P.3.3. Les conditions d’hygiène et environnementales des usagers sont améliorées** | | | |  |  |  |
| 3.3.1 | Garantir les commodités (WC, douche) aux patients |  |  |  |  |  | **PM** |
| 3.3.2 | Assurer la gestion de l’environnement de travail selon l’approche tel que 5S |  |  |  |  |  | **PM** |
|  | **P.3.4. L’approche nationale de la démarche qualité est effective dans l’ensemble des services des hôpitaux y compris les laboratoires, la pharmacie et les blocs opératoires** | | | | | |  |
| 3.4.1 | Assurer la mise en œuvre de la démarche SLIPTA ; |  |  |  |  |  | **PM** |
| 3.4.2 | Assurer la mise en œuvre de l’assurance qualité des produits de santé et la régulation pharmaceutique ; |  | **5 495 317** | **5 495 317** | **5 495 317** |  | **16 485 950** |
| 3.4.3 | Mettre en œuvre une démarche qualité des blocs opératoires |  | **5 495 317** | **5 495 317** | **5 495 317** |  | **16 485 950** |
|  | **P.3.5. La qualité des soins et services au niveau communautaire est améliorée** | | | | | |  |
| 3.5.1 | Elaborer un plan d’action communautaire de la qualité |  | **9 498 300** |  |  |  | **9 498 300** |
| 3.5.2 | Mettre en œuvre le plan d’action communautaire de la qualité |  |  |  |  |  | **PM** |
| 3.5.3 | Faire l’évaluation de la qualité des interventions à base communautaire |  | **3 333 333** | **3 333 333** | **3 333 333** |  | **10 000 000** |
| 3.5.4 | Elaborer des plans d’amélioration de la qualité issus des supervisions et évaluations |  | **10 000 000** | **10 000 000** | **10 000 000** |  | **30 000 000** |
| 3.5.5 | Mettre en œuvre les plans d’amélioration de la qualité issus des supervisions et évaluations |  | **10 000 000** | **10 000 000** | **10 000 000** |  | **30 000 000** |
| 3.5.6 | Intégrer dans le curricula de formation de l’ASC/RC le module en lien avec la démarche qualité |  |  |  |  |  | **PM** |
| 3.5.7 | Instaurer un processus d’accréditation des ASC après la formation initiale (à la suite d’un stage pratique en lien avec le paquet d’activités) |  |  |  |  |  | **PM** |
| 3.5.8 | Assurer au niveau communautaire des soins dans le respect des normes et protocoles en lien avec le paquet d’activités ; |  |  |  |  |  | **PM** |
| 3.5.9 | Mettre en place un mécanisme de contrôle de la qualité des produits et de leur disponibilité ; |  | **36 862 450** |  |  |  | **36 862 450** |
| 3.5.10 | Mettre en place un système de recueil de satisfaction et de feedback de la communauté sur les prestations des intervenants à base communautaire |  |  |  |  |  | **PM** |
| 3.5.11 | Organiser des enquêtes de satisfactions |  | **250 000 000** |  | **250 000 000** |  | **500 000 000** |
|  | TOTAL | **7 748 916 667** | **7 905 584 216** | **11 133 560 084** | **952 044 748** | **2 068 182 199** | **29 808 287 913** |

Annexe 4 : Coûts par Source de financement

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **N°** | **Actions** | **Source de financement** | | | | |
| **ETAT** | **PTF** | **Collectivités Locales** | **ONG** | **Total** |
|  | **Axe 1 : renforcement de la gouvernance, du leadership et de la digitalisation dans le domaine de la qualité** |  | | | | |
|  | **EFFET 1. La gouvernance, le leadership et la digitalisation dans le domaine de la qualité sont renforcés** |  | | | | |
|  | **Produit 1.1. La planification de la qualité est assurée** |  | | | | |
| 1.1.1 | Elaborer le plan de suivi-évaluation du plan stratégique qualité 2023-2026 |  | **6 542 250** |  |  |  |
| 1.1.2 | Mettre en œuvre le plan de suivi-évaluation du plan stratégique qualité 2023-2026 |  |  |  |  |  |
| 1.1.3 | Elaborer le plan de communication/sensibilisation sur la qualité |  | **14 273 000** |  |  |  |
| 1.1.4 | Mettre en œuvre le plan de communication/sensibilisation sur la qualité |  |  |  |  |  |
| 1.1.5 | Elaborer les plans d’action annuels qualité budgétisés (y compris communautaires) ; | **18 092 000** |  |  |  |  |
| 1.1.6 | Elaborer un nouveau plan stratégique qualité post 2026 |  | **26 963 074** |  |  |  |
|  | **P.1.2. La coordination dans le domaine de la qualité est renforcée** |  | | | | |
| 1.2.1 | Assurer la vulgarisation et la diffusion de tous les documents élaborés |  | **13 569 000** |  |  |  |
| 1.2.2 | Réviser périodiquement les outils d’amélioration de la qualité en fonction des besoins |  | **6 784 500** |  |  |  |
| 1.2.3 | Elaborer/réviser les procédures manquantes |  | **91 466 800** |  |  |  |
| 1.2.4 | Réviser/mettre à jour les protocoles thérapeutiques et les ordinogrammes |  | **91 466 800** |  |  |  |
| 1.2.5 | Tenir les réunions du conseil national de la qualité | **2 100 000** |  |  |  |  |
| 1.2.6 | Organiser des réunions des conseils qualité à tous les niveaux (régions, districts) | **89 712 000** |  |  |  |  |
| 1.2.7 | Mettre progressivement à échelle l’approche qualité par l’extension à d’autres formations sanitaires y compris le secteur privé |  | **300 000 000** |  |  |  |
| 1.2.8 | Poursuivre la mise en place des organes de coordination de la qualité (cercle et conseils) |  |  |  |  |  |
| 1.2.9 | Organiser les concours qualité |  | **60 000 000** |  |  |  |
| 1.2.10 | Faire la cartographie des partenaires intervenant dans le domaine de la qualité |  | **1 500 000** |  |  |  |
| 1.2.11 | Coordonner la mise en œuvre des vigilances sanitaires | **30 000 000** |  |  |  |  |
| 1.2.12 | Mettre en place un organe de labélisation (certification et accréditation) | **30 103 500** |  |  |  |  |
| 1.2.13 | Développer un répertoire d’exigences et de documents règlementaires | **10 000 000** |  |  |  |  |
| 1.2.14 | Organiser la diffusion des acquis de la mise en œuvre du plan |  | **20 000 000** |  |  |  |
|  | **P.1.3. La collaboration et le partenariat dans le domaine de la qualité sont renforcés** |  | | | | |
| 1.3.1 | Organiser des réunions semestrielles  de concertation entre le ministère chargé de la santé et les PTF, les OSC et autres acteurs intervenants dans le domaine de la qualité | **2 100 000** |  |  |  |  |
| 1.3.2 | Intégrer la thématique de la qualité à l’ordre du jour des réunions semestrielles de concertation entre le ministère chargé de la santé et la plateforme du secteur privé de la santé (PSPS) |  |  |  |  |  |
| 1.3.3 | Réaliser le plaidoyer auprès des partenaires techniques et financiers en faveur de la qualité |  |  |  |  |  |
| 1.3.4 | Assurer la présentation des thématiques de l’approche qualité aux réunions du Comité National de Coordination du Secteur de la Santé |  |  |  |  |  |
|  | **P1.4. Le suivi-évaluation de la qualité est renforcé** |  | | | | |
| 1.4.1 | Assurer le suivi de la qualité (supervision, revue qualité, sessions d’apprentissage, suivi tableau de bord) |  | **65 353 500** |  |  |  |
| 1.4.2 | Evaluer la mise en œuvre et l’efficacité des plans d’amélioration de la qualité |  | **20 000 000** |  |  |  |
| 1.4.3 | Mettre en place un mécanisme de suivi continu de la satisfaction des clients (boites de suggestion, registre des plaintes, numéro vert) | **15 000 000** |  |  |  |  |
| 1.4.4 | Organiser les revues annuelles des plans d’actions opérationnels qualité |  | **30 000 000** |  |  |  |
| 1.4.5 | Assurer le monitorage semestriel des activités |  | **30 000 000** |  |  |  |
| 1.4.6 | Evaluer le plan stratégique qualité à mi-parcours |  | **14 900 600** |  |  |  |
| 1.4.7 | Evaluer le plan stratégique qualité en fin de période |  | **18 033 650** |  |  |  |
| 1.4.8 | Organiser des enquêtes de satisfaction des clients et des prestataires. |  | **40 000 000** |  |  |  |
| 1.4.9 | Réaliser des recherches/action dans le domaine de la qualité |  | **40 000 000** |  |  |  |
|  | **P.1.5. La gestion de la qualité est digitalisée** |  | | | | |
| 1.5.1 | Poursuivre le paramétrage des outils de l’approche qualité dans le DHIS 2 |  | **100 000 000** |  |  |  |
| 1.5.2 | Renforcer les capacités des acteurs sur l’utilisation du DHIS 2 |  | **56 537 500** |  |  |  |
| 1.5.3 | Développer des tableaux de bord digitaux pour le suivi des indicateurs |  | **50 000 000** |  |  |  |
| 1.5.4 | Développer des formations certifiantes en ligne par niveau |  | **50 000 000** |  |  |  |
|  | **Axe 2 : Renforcement des ressources humaines, matérielles, financières et de la gestion documentaire qualité** |  | | | | |
|  | **E2. Les ressources nécessaires à la démarche qualité sont disponibles** |  | | | | |
|  | **P.2.1. Les effectifs du personnel sont renforcés** |  | | | | |
| 2.1.1 | Poursuivre le recrutement du personnel qualifié | **5 904 881 778** |  |  |  |  |
| 2.1.2 | Institutionnaliser la fonction de responsable qualité à tous les niveaux de la pyramide sanitaire |  |  |  |  |  |
| 2.1.3 | Prendre en compte les services qualité dans l’organigramme du ministère de la santé |  |  |  |  |  |
| 2.1.4 | Intégrer l’approche qualité dans les curricula des universités et des écoles de formation (Elaboration et tests des modules) |  | **7 673 000** |  |  |  |
| 2.1.5 | Promouvoir les mécanismes de motivation des équipes qualité |  | **6 784 500** |  |  |  |
| 2.1.6 | Elaborer et mettre en œuvre le plan de conduite du changement dans le cadre de la démarche qualité |  | **7 236 800** |  |  |  |
|  | **P.2.2. Les capacités du personnel de mise en œuvre de l’approche qualité sont renforcées** |  | | | | |
| 2.2.1 | Renforcer les capacités des responsables des structures et les RQ de santé sur les règles de gestion et le coaching |  | **56 537 500** |  |  |  |
| 2.2.2 | Renforcer les compétences des membres des équipes qualité en management de la qualité et le leadership |  |  |  |  |  |
| 2.2.3 | Former les responsables des structures de santé et les RQ en suivi-évaluation de l’approche qualité |  | **56 537 500** |  |  |  |
| 2.2.4 | Former les DRS, DPS, directeurs d’hôpitaux, et Médecins chefs de communes sanitaires sur le système d’évaluation des performances du personnel |  | **56 537 500** |  |  |  |
| 2.2.5 | Former les RFS sur le système d’évaluation des performances du personnel des formations sanitaires |  | **56 537 500** |  |  |  |
| 2.2.6 | Former les cercles et les conseils qualité sur l’évaluation de qualité des soins et services de santé |  |  |  |  |  |
| 2.2.7 | Former les nouveaux cercles et conseils qualité sur l’approche AQS |  |  |  |  |  |
| 2.2.8 | Former les points focaux infrastructures et équipement (hôpitaux, district et régions) sur la maintenance préventive et curative |  | **7 236 800** |  |  |  |
| 2.2.9 | Former les RFS sur la maintenance préventive et curative |  | **45 230 000** |  |  |  |
| 2.2.10 | Organiser les sessions d’apprentissage des cercles et des conseils de qualité | **24 000 000** | **24 000 000** |  |  |  |
| 2.2.11 | Organiser le suivi-coaching des cercles de qualité et des conseils district |  | **40 000 000** |  |  |  |
|  | **P.2.3. Des infrastructures et équipements de qualité sont mises à disposition** |  | | | | |
| 2.3.1 | Elaborer le catalogue national des spécifications techniques, des matériels et équipements médicotechniques ; |  | **15 000 000** |  |  |  |
| 2.3.2 | Equiper les services techniques (DISEM et DRS) des outils de contrôle-qualité des matériels et équipements médicotechniques |  | **275 000 000** |  |  |  |
| 2.3.3 | Construire, et réhabiliter les infrastructures sanitaires suivant les normes | **13 442 718 961** |  |  |  |  |
| 2.3.4 | Doter les formations sanitaires en équipements et matériels (y compris le matériel roulant) conformément aux normes | **3 669 200 000** | **2 201 520 000** | **1 100 760 000** | **366 920 000** |  |
| 2.3.5 | Assurer la maintenance des infrastructures, équipements et matériels des formations sanitaires | **368 400 000** |  |  |  |  |
|  | **P.2.4. La mobilisation et la gestion financière de la démarche qualité sont renforcées** |  | | | | |
| 2.4.1 | Développer et suivre un plan de mobilisation des ressources financières | **11 081 350** |  |  |  |  |
| 2.4.2 | Renforcer la capacité des équipes cadres (DRS et DPS) et RFS en matière de mobilisation locales des ressources | **20 624 880** | **30 937 320** |  |  |  |
| 2.4.3 | Organiser des tables rondes des partenaires au niveau national |  | **2 835 000** |  |  |  |
| 2.4.4 | Réaliser les bilans financiers du plan stratégique et des plans opérationnels |  |  |  |  |  |
|  | **P.2.5. Un système de gestion documentaire qualité est en place** |  | | | | |
| 2.5.1 | Mettre en place le système documentaire qualité (outils qualité et rapports) |  | **7 673 000** |  |  |  |
| 2.5.2 | Mettre en place un système d’archivage des résultats des études et recherches dans le domaine de la qualité |  |  |  |  |  |
|  | **Axe 3 : Amélioration des prestations de soins et de services** |  | | | | |
|  | **E.3. Les soins et services de qualité sont accessibles à la population** |  | | | | |
|  | **P.3.1. Des soins de qualité sont offerts aux patients** |  | | | | |
| 3.1.1 | Assurer les activités de soins dans le respect des normes et protocoles en lien avec le paquet d’activités |  |  |  |  |  |
| 3.1.2 | Assurer les activités d’aide au diagnostic selon les protocoles et procédures de l’approche qualité |  |  |  |  |  |
| 3.1.3 | Assurer la mise en œuvre des vigilances sanitaires (Pharmacovigilance, Hémovigilance, matériovigilance, biovigilance, réactovigilance, toxicovigilance…) |  |  |  |  |  |
|  | **P.3.2. La continuité, l’intégration et la permanence des soins sont effectives** |  | | | | |
| 3.2.1 | Assurer la référence contre référence de qualité (mise en réseaux des moyens de transport, communication, personnel qualifié, synergie avec les collectivités locales, financement) ; |  |  |  |  |  |
| 3.2.2 | Rendre disponibles les supports de référence contre référence | **8 593 700** |  |  |  |  |
| 3.2.3 | Acquérir les ambulances médicalisées |  |  |  |  |  |
| 3.2.4 | Mettre toutes les structures sanitaires régionales y compris le niveau communautaire en flotte |  |  |  |  |  |
| 3.2.5 | Mettre en place des plateformes de gestion de la référence et contre référence |  |  |  |  |  |
| 3.2.6 | Renforcer l’organisation de la prise en charge des patients (programme de consultation, bloc opératoire, permanence, laboratoires, anesthésie…) |  |  |  |  |  |
|  | **P.3.3. Les conditions d’hygiène et environnementales des usagers sont améliorées** |  | | | | |
| 3.3.1 | Garantir les commodités (WC, douche) aux patients |  |  |  |  |  |
| 3.3.2 | Assurer la gestion de l’environnement de travail selon l’approche tel que 5S |  |  |  |  |  |
|  | **P.3.4. L’approche nationale de la démarche qualité est effective dans l’ensemble des services des hôpitaux y compris les laboratoires, la pharmacie et les blocs opératoires** |  | | | | |
| 3.4.1 | Assurer la mise en œuvre de la démarche SLIPTA ; |  |  |  |  |  |
| 3.4.2 | Assurer la mise en œuvre de l’assurance qualité des produits de santé et la régulation pharmaceutique |  | **16 485 950** |  |  |  |
| 3.4.3 | Mettre en œuvre une démarche qualité des blocs opératoires |  | **16 485 950** |  |  |  |
|  | **P.3.5. La qualité des soins et services au niveau communautaire est améliorée** |  | | | | |
| 3.5.1 | Elaborer un plan d’action communautaire de la qualité |  | **9 498 300** |  |  |  |
| 3.5.2 | Mettre en œuvre le plan d’action communautaire de la qualité |  |  |  |  |  |
| 3.5.3 | Faire l’évaluation de la qualité des interventions à base communautaire |  | **10 000 000** |  |  |  |
| 3.5.4 | Elaborer des plans d’amélioration de la qualité issus des supervisions et évaluations | **10 000 000** | **20 000 000** |  |  |  |
| 3.5.5 | Mettre en œuvre les plans d’amélioration de la qualité issus des supervisions et évaluations | **10 000 000** | **20 000 000** |  |  |  |
| 3.5.6 | Intégrer dans le curricula de formation de l’ASC/RC le module en lien avec la démarche qualité |  |  |  |  |  |
| 3.5.7 | Instaurer un processus d’accréditation des ASC après la formation initiale (à la suite d’un stage pratique en lien avec le paquet d’activités) |  |  |  |  |  |
| 3.5.8 | Assurer au niveau communautaire des soins dans le respect des normes et protocoles en lien avec le paquet d’activités |  |  |  |  |  |
| 3.5.9 | Mettre en place un mécanisme de contrôle de la qualité des produits et de leur disponibilité | **36 862 450** |  |  |  |  |
| 3.5.10 | Mettre en place un système de recueil de satisfaction et de feedback de la communauté sur les prestations des intervenants à base communautaire |  |  |  |  |  |
| 3.5.11 | Organiser des enquêtes de satisfactions |  | **500 000 000** |  |  |  |
|  | **TOTAL** | **23 703 470 619** | **4 637 137 294** | **1 100 760 000** | **366 920 000** | **29 808 287 913** |

1. 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) [↑](#footnote-ref-1)
2. Articles 324 et 324-1 de la loi N°2019-006 du 26 juin 2019 [↑](#footnote-ref-2)
3. [Enquête](file:///C:\Users\kawele\Desktop\Tdr%20pour%20l'évaluation%20de%20PNDS%20et%20PNS\Enquete) harmonisée des conditions de vie des ménages du Togo 2018-2019, note synthétique sur les résultats de pauvreté-EHCVM 2018-2019, octobre 2020 [↑](#footnote-ref-3)
4. UEMOA, Note de cadre macroéconomique 2021-2025, 1ère édition, mai 2021 [↑](#footnote-ref-4)