



RÉPUBLIQUE TOGOLAISE

MINISTÈRE DE LA SANTÉ, DE L'HYGIÈNE PUBLIQUE ET
L'ACCÈS UNIVERSEL AUX SOINS

REVUE DES INTERVENTIONS DE 2021 EN MATIÈRE DE RENFORCEMENT DU SYSTÈME DE SANTÉ

« Pour bâtir un système de santé qui, à la fois donne une réponse pertinente à un problème prioritaire de santé et en même temps contribue au renforcement du système de santé »

Validé, le 15 avril 2022

CELLULE DE COORDINATION DES INTERVENTIONS DE RENFORCEMENT DU SYSTÈME DE SANTÉ - CCI-RSS

TABLE DES MATIERES

SIGLES ET ACCRONYMES	iii
INTRODUCTION	1
1. Caractéristiques du système national de santé	2
1.1. Equité dans l'accès aux services de santé	2
1.1.1. Accessibilité géographique	2
1.1.2. Accessibilité financière	3
1.2. Assurance qualité des services	7
1.3. Ressources humaines en santé	8
1.4. Infrastructures sanitaires, équipements et logistique roulante	11
1.4.1. Infrastructures sanitaires (constructions et réhabilitations)	11
1.4.2. Equipements médico-techniques des structures sanitaires	12
1.4.3. Logistique (matériel roulant) y compris cliniques mobiles	13
1.5. Médicaments et autres produits de santé	13
1.5.1. Médicaments	13
1.5.2. Chaîne d'approvisionnement et de distribution produits de santé et des vaccins	16
1.5.3. Produits sanguins labiles (PSL)	17
1.6. Biologie médicale	18
1.7. Imagerie médicale	20
1.8. Systèmes National d'information sanitaire et recherche en santé	20
1.8.1. Système National d'Information Sanitaire (SNIS)	20
1.8.2. Recherche en santé	21
1.9. Financement de la santé	23
1.10. Gouvernance et pilotage du système de santé	26
1.10.1. Coordination des actions du secteur	26
1.10.2. Développement de l'approche contractuelle	27
1.10.3. Dialogue politique sectoriel	27
1.10.4. Régulation du secteur	28
1.10.5. Elaboration de documents de politique et de stratégies	28
1.10.6. Planification stratégique et suivi de l'exécution du budget	29
1.10.7. Transparence et redevabilité au sein du secteur	29
1.10.8. Déconcentration et décentralisation du système de santé	30
1.10.9. Système de santé communautaire	30
1.10.10. Coopération nationale, internationale et partenariat public-privé	32
2. Financements mobilisés en 2021 pour le soutien au renforcement du système de santé	32
3. Point sur les dépenses d'investissement en 2021 dans le cadre de la lutte contre Covid-19	37
4. Synthèse des principaux problèmes du système de santé	39
5. Défis majeurs du secteur en matière de renforcement du système de santé	50
6. Actions recommandées pour les prochaines années	53
CONCLUSION	60

SIGLES ET ACCRONYMES

AFD	: Agence Française de Développement
AMA	: Agence africaine du médicament
AMM	: Autorisation de Mise sur le Marché
ANADEB	: Agence Nationale d'Appui au Développement à la Base
AQS	: Assurance Qualité des Services
ARV	: Anti Rétroviral
ASC	: Agent de Santé Communautaire
ASLM	: Société Africaine de Médecine de Laboratoire
ATPC	: Assainissement Total Piloté par la Communauté
AVE	: Auxiliaire Villageois d'Elevage
BCG	: Bacille de Calmette et Guérin
FELTP	: Field Epidemiology and Laboratory Training Program
CAMEG	: Centrale d'Achat des Médicaments Essentiels et Génériques
CAPS	: Chaîne d'Approvisionnement des Produits de Santé
CARMMA	: Campagne d'Accélération de la Réduction de la Mortalité Maternelle en Afrique
CBRS	: Comité de Bioéthique pour la Recherche en Santé
CCIA	: Comité de Coordination Inter-Agences
CCM	: Country Coordination Mechanism
CDC	: Centre de Contrôle et de prévention des Maladies
CDC-SS	: Comité de District de Coordination du Secteur de la Santé
CDVA	: Centre de Dépistage Volontaire et Anonyme
CFSP	: Centre de Formation en Santé Publique
CGR	: Concentrés de Globules Rouges
CHP	: Centre Hospitalier Préfectoral
CHR	: Centre Hospitalier Régional
CHU	: Centre Hospitalier Universitaire
CMS	: Centre Médico-social
CNC-RSS	: Comité National de Coordination du Secteur de la Santé
CNTS	: Centre National de Transfusion Sanguine
Covid-19	: Coronavirus Disease 2019
CRC-SS	: Comité Régional de Coordination du Secteur de la Santé
CRTS	: Centre Régional de Transfusion Sanguine
CTA	: Combinaisons Thérapeutiques à base d'Artémisinine
DAF	: Direction des Affaires Financières
DHAB	: Direction de l'Hygiène et de l'Assainissement de Base
DHIS2	: District Health Information Software
DMDIV	: Dispositifs Médicaux de Diagnostic in vitro
DMPA-SC	: Dépo MédroxyProgestérone Acétate Sous Cutanée
DPML	: Direction de la Pharmacie, du Médicament et des Laboratoires
DTC-HepB-Hib B	: Diphtérie Tétanos Coqueluche Hépatite B Haemophilus Influenzae de type
EAM	: Ecole des Assistants Médicaux

ECD	: Equipe Cadre de District
ECR	: Equipe Cadre de Région
ENAM	: Ecole Nationale des Auxiliaires Médicaux
ENAS	: Ecole Nationale des Aides Sanitaires
ENSF	: Ecole Nationale des Sages-Femmes
EPI	: Equipement de Protection Individuel
ESTBA	: Ecole Supérieure des Techniques Biologiques et Alimentaires
FETP	: Field Epidemiology Training Program
FNFI	: Fonds National de la Finance Inclusive
FSS	: Faculté des Sciences de la Santé
GHSA	: Global Health Security Agenda
INAM	: Institut National d'Assurance Maladie
INH	: Institut National d'Hygiène
ISME-Togo	: Innovation pour la Santé des Mères et des Enfants du Togo
LBM	: Laboratoire de Biologie Médicale
LNCQM	: Laboratoire National de Contrôle de Qualité des Médicaments
LNMDME	: Liste Nationale des Médicaments et Dispositifs Médicaux Essentiels
MAPI	: Manifestations Adverses Post-Immunisation
MEAP ASC	: Matrice d'Evaluation et d'Amélioration de la Performance des Agents de Santé Communautaires
MEG	: Médicaments Essentiels Génériques
MSHPAUS	: Ministère de la Santé, de l'Hygiène Publique et de l'Accès Universel Aux Soins
MTN	: Maladies Tropicales Négligées
ODD	: Objectifs de Développement Durable
ODK	: Open Data Kit
OMS	: Organisation Mondiale de la Santé
ONG	: Organisation Non Gouvernementale
OOAS	: Organisation Ouest Africaine de la Santé
PAO	: Plan d'Action Opérationnel
PAPV	: Programme d'Appui aux Populations Vulnérables
PASMIN	: Projet d'Appui aux services de Santé Maternelle et Infantile et de Nutrition
PCD	: Poste de Collecte et de Distribution du sang
PCI	: Prévention Contrôle de l'Infection
PCIMNE	: Prise en Charge Intégrée des Maladies du Nouveau-né et de l'Enfant
PCV13	: Vaccin Pneumococcique Conjugué Valence 13
PEV	: Programme Elargi de Vaccination
PF	: Planification Familiale
PMAMSIN	: Projet de Mécanisme d'Assurance Maladie pour le Secteur Informel et de la prise en charge des Nécessiteux
PNDS	: Plan National de Développement Sanitaire
PNAFE	: Programme National d'Accompagnement des Femmes Enceintes
PRA	: Pharmacie Régionale d'Approvisionnement
PSGDSM	: Plan Stratégique de Gestion des Déchets des Soins Médicaux
PSL	: Produits Sanguins Labiles

PTA	: Plan de Travail Annuel
PTF	: Partenaire Technique et Financier
PTME	: Prévention de la Transmission du VIH de la Mère à l'Enfant
PUDC	: Programme d'Urgence de Développement Communautaire
PVVIH	: Personne Vivant avec le VIH
RAA	: Résistance Aux Antimicrobiens
RAM	: Régime d'Assistance Médical
RAMO	: Régime d'Assurance Maladie Obligatoire
REDISSE	: Regional Enhancement of Disease Surveillance System
RHS	: Ressources Humaines en Santé
Rotarix	: Rotarix
RC	: Relai Communautaire
RR	: Vaccin contre la Rougeole et la Rubéole
RSI	: Règlement Sanitaire International
SIDA	: Syndrome d'Immunodéficience Acquise
SIMR	: Surveillance Intégrée des Maladies et Riposte
SNAP	: Système National d'Approvisionnement Pharmaceutique
SNIS	: Système National d'Information Sanitaire
SONU	: Soins Obstétricaux et Néonataux d'Urgence
SONU B	: Soins Obstétricaux et Néonataux d'Urgence de Base
SONU C	: Soins obstétricaux et Néonataux d'Urgence Complets
SSRAJ	: Santé Sexuelle et de Reproduction des Adolescents et des Jeunes
Td	: Vaccin contre le Tétanos Diphtérie
TDR	: Test de Diagnostic Rapide
TPI	: Traitement Préventif Intermittent
UNICEF	: Fonds des Nations Unies pour l'Enfance
USP	: Unité de Soins Périphérique
VAA	: Vaccin anti-Amaril
VIH	: Virus de l'Immunodéficience Humaine
VMS	: Visite Médicale Systématique
VPI	: Vaccin Polio Injectable
VPO	: Vaccin Polio Oral
USP	: Unité de Soins Périphérique
VAA	: Vaccin anti-Amaril

INTRODUCTION

Le Ministère chargé de la santé avec l'appui de ses partenaires a élaboré un Plan National de Renforcement du Système de Santé (PNRSS) 2018-2022. L'objectif de ce plan est de mieux canaliser les investissements susceptibles de générer des bénéfices (effets sur les couvertures sanitaires et la santé de la population) pour le système de santé. Le défi consiste dans ce contexte à fournir une réponse à la fois spécifique et systémique à la demande d'accès des populations à des soins de qualité et de manière équitable. Il s'agit en effet de bâtir un système de santé qui à la fois donne une réponse pertinente à un problème prioritaire de santé et en même temps, contribue au renforcement du système de santé.

Cependant, deux conditions fondamentales sont identifiées pour accompagner les investissements prévus dans le PNRSS afin qu'ils soient productifs pour le système de santé : un bon suivi des tendances et effets afin de permettre éventuellement de rectifier le tir, et un effort d'évaluation et de partage des enseignements. Cela suppose qu'il est nécessaire de suivre la performance du système national de santé.

C'est ainsi que dans le cadre de la mise en œuvre du PNRSS 2018-2022, il est prévu chaque année une revue des interventions rassemblant toutes les parties prenantes pour faire le bilan des résultats obtenus afin de décider des réajustements éventuels nécessaires pour la prochaine année.

Tout comme l'année 2020, la revue 2021 des activités de renforcement du système de santé intervient dans un contexte spécifique marqué par la survenue de la pandémie à Covid-19 ayant perturbé le déroulement normal des activités prévu dans le plan. De ce fait, une partie non négligeable des ressources mobilisées ont été orientées vers la riposte contre cette pandémie.

Le présent rapport fait la synthèse des investissements réalisés dans le système national de santé en 2021. Il met également l'accent sur les ressources mobilisées dans le cadre de la lutte contre la pandémie à Covid-19 pour le renforcement du système de santé ; fait le point des grandes réalisations, les principaux problèmes, les défis majeurs du système de santé et les principales actions recommandées pour les prochaines années.

1. Caractéristiques du système national de santé

Les différents volets abordés pour décrire les caractéristiques du système national de santé portent sur :

- l'équité dans l'accès aux services de santé ;
- l'assurance qualité des services ;
- les ressources humaines en santé ;
- les infrastructures sanitaires, les équipements et la logistique roulante ;
- les médicaments et les autres produits de santé ;
- la biologie médicale ;
- l'imagerie médicale ;
- le système d'information sanitaire et la recherche en santé ;
- le financement de la santé ;
- la gouvernance et le pilotage du système de santé.

Les dépenses d'investissements réalisées dans ces différents domaines (pour le renforcement du système de santé) désignent, les dépenses ayant pour but d'obtenir un effet positif quantifiable à court et moyen terme sur les capacités de l'offre des services de santé, et à long terme, sur la santé des populations. Il s'agit des dépenses visant à obtenir une amélioration durable et plus équitable de tous les services de santé.

1.1. Equité dans l'accès aux services de santé

1.1.1. Accessibilité géographique

Le taux d'accessibilité géographique des populations aux services de santé est de 76,45%¹. Ce taux est plus faible en milieu rural qu'en milieu urbain. On dénombre en 2021, 1 320 établissements de soins tout type confondu contre 1 297 en 2020. Les travaux de constructions réalisées au cours de l'année 2021 sont en grande partie des réhabilitations et ou extensions des formations sanitaires existantes.

Afin de rapprocher les soins des populations, des efforts ont également été consentis au niveau communautaire pour augmenter la proportion de villages éloignés d'un centre de santé disposant d'un Agent de Santé Communautaire (ASC). Ces derniers sont formés sur la Prise en Charge Intégrée des Maladies du Nouveau-né et de l'Enfant au niveau Communautaire (PCIMNE-C), la Distribution à Base Communautaire de méthodes contraceptives (DBC), le suivi des femmes enceintes et la notification des décès maternels au niveau communautaire. Ainsi, la proportion de villages éloignés d'un centre de santé qui disposent d'un ASC formé sur les soins intégrés (diarrhée, pneumonie, paludisme et malnutrition) est passée de 71,90% en 2019 à 79,84 % en 2020. Cette amélioration s'explique par les efforts du Gouvernement et l'appui des partenaires techniques et financiers notamment la mise en œuvre du projet « Innovation pour la Santé des Mères et des Enfants du Togo (ISME-Togo) » dans la région Maritime et le renforcement de capacités des acteurs de terrain dans le cadre de l'approche « Communauté amie des enfants et suivi en temps réel » dans les districts sanitaires de Bassar et Kpendjal.

Parmi les établissements de soins tout type confondu, les structures privées de soins agréées représentent 10,38% (137). Par ailleurs, il est à noter qu'une classification de ces structures privées de soins sur la base des critères précis est nécessaire. Le tableau I donne la répartition des établissements de soins par type et par région en 2021.

¹ Données du DHIS2, 2020

Tableau I : Répartition des établissements de soins par type et par région en 2021

Types d'établissement de soins	Centrale	Grand Lomé	Kara	Maritime	Plateaux	Savanes	Total général
CHU	0	2	1	0	0	0	3
CHR	1	1	1	1	1	1	6
HOPITAL SPECIALISE	0	1	0	0	1	1	3
HOPITAL I	3	24	4	5	7	4	47
HOPITAL II	3	9	4	4	9	3	32
INFIRMERIE	6	3	9	1	5	4	28
USP I	94	159	113	149	198	84	797
USP II	26	201	36	34	55	19	371
AUTRES	1	19	1	1	10	1	33
Total général	134	419	169	195	286	117	1 320

Source : DEPP/Ministère chargé de la santé, Données de la carte sanitaire 2021.

1.1.2. Accessibilité financière

Plusieurs mécanismes sont mis en place pour garantir l'accessibilité financière des soins de santé. Il s'agit principalement des dispositifs d'exemption totale ou partielle des frais des soins, des mécanismes d'assurance maladie non contributifs et contributifs. Malgré l'existence de ces mécanismes, l'accessibilité financière des soins de santé reste toujours limitée pour une certaine catégorie des populations. De façon générale, beaucoup d'efforts restent à faire pour garantir une protection financière à l'ensemble de la population. Au cours de l'année 2021, les différents dispositifs mis en place ont permis d'avoir les résultats suivants :

- Prise en charge sanitaire des indigents

La prise en charge sanitaire des indigents est assurée exclusivement par l'Etat et les structures offrant les soins de santé. L'Etat, pour couvrir les soins de santé des indigents, met à la disposition des structures de soins des subventions couvrant tout ou une partie du coût des soins. En 2021, cette subvention s'élevait à 831 millions de FCFA, soit 1,4% du budget alloué au Ministère chargé de la santé suivant la loi des finances 2021 et 14% du budget total alloué aux hôpitaux. On constate que les CHU sont les premiers bénéficiaires de cette subvention avec 47% (voir tableau II ci-dessous).

Tableau II: Répartition de la subvention d'indigents aux structures de soins en 2021

Types de structures	Montants votés en 2021 (milliers de F CFA)	Poids (%)
Centres Hospitaliers Universitaires (CHU)	400 000	48,13
CHU SYLVANUS OLYMPIO	300 000	36,10
CHU CAMPUS	50 000	6,02
CHU KARA	50 000	6,02
Centres Hospitaliers Régionaux (CHR)	131 000	15,76
CHR LOME COMMUNE	6 000	0,72
CHR TSEVIE	25 000	3,01
CHR ATAKPAME	25 000	3,01
CHR SOKODE	25 000	3,01
CHR TOMDE	25 000	3,01
CHR DAPAONG	25 000	3,01

Types de structures	Montants votés en 2021 (milliers de F CFA)	Poids (%)
Centres Hospitaliers Préfectoraux (CHP)	220 000	26,47
CHP ANEHO	25 000	3,01
CHP BASSAR	17 000	2,05
CHP KPALIME	25 000	3,01
CHP VOGAN	17 000	2,05
CHP TOHOUN	17 000	2,05
CHP NOTSE	17 000	2,05
CHP BÊ	17 000	2,05
CHP TCHAMBA	17 000	2,05
CHP MANGO	17 000	2,05
CHP BADOU	17 000	2,05
CHP PAGOUDA	17 000	2,05
CHP SOTOUBOUA	17 000	2,05
Spécificités (Hôpital psychiatrique)	80 000	9,63
HOPITAL DE ZEBE	50 000	6,02
CRTS	15 000	1,81
CNAO	15 000	1,81
Total	831 000	100,00

Source : Ministère de l'Economie et des Finances, Loi de finances rectificative, gestion 2021

En effet, les dépenses au sein des hôpitaux entraînent souvent des dépenses catastrophiques pour les ménages les plus pauvres. Ainsi, le fait de privilégier ces structures dans l'allocation de la subvention paraît bénéficier aux plus pauvres. Cependant sur le terrain, il est observé une inefficacité dans l'utilisation des fonds pour indigents. A ce jour, il n'existe pas de critères objectifs de définition de l'indigence, ni de mécanismes de contrôle de l'utilisation de ces fonds alloués.

- Gratuité/Subvention des soins

Au cours de l'année 2021, tous les programmes de gratuité/subvention de soins qui existaient notamment la Prévention de la Transmission du VIH de la Mère à l'Enfant (PTME) pour la femme enceinte, la Planification Familiale (PF), le dépistage volontaire et la prise en charge du VIH, la prise en charge de la tuberculose, de la lèpre, de l'ulcère de Buruli, de la malnutrition aigüe et sévère, des patients souffrant d'insuffisance rénale (dialyse), le dépistage du paludisme, la dispensation des Combinaisons Thérapeutiques à base d'Artémisinine (CTA) et la distribution de Moustiquaires à Imprégnation Durable (MID), le traitement préventif intermittent (TPI) des femmes enceintes, etc. ont continué par fonctionner normalement.

Dans le cadre de la réduction de la mortalité maternelle et néonatale, le Gouvernement a adopté entre autres mesures, la subvention de la césarienne, effective depuis 2011 et la prise en charge des fistules obstétricales. Les ressources allouées pour la mise en œuvre de la subvention de la césarienne n'ont pas évolué depuis 2016. Elles sont de 1,058 milliards de F CFA par an depuis 2016 jusqu'en 2021 (le bénéficiaire y contribue à hauteur de 10.000 F CFA soit, environ 10% du coût total de la césarienne)². Notons qu'au cours de l'année 2021, 21 694 accouchements par césarienne ont été réalisés pour 20 753 kits utilisés contre 19 530 pour 18 276 kits utilisés

² Budget de l'Etat, gestion 2021.

en 2020. Ainsi, la proportion des femmes césarisées ayant bénéficié de la subvention est passée 93,5% en 2020 à 95,7% en 2021. Cette performance peut s'expliquer par une augmentation progressive du taux de fréquentation des centres de santé après la psychose due à la pandémie de Covid-19 dans la population au début de la pandémie en 2020 avec la baisse de fréquentation des hôpitaux.

Par rapport à la prise en charge de la fistule obstétricale, elle est devenue effective depuis le lancement de la Campagne d'Accélération de la Réduction de la Mortalité Maternelle en Afrique (CARMMA) par un engagement politique de plus haut niveau qui s'est manifesté par le financement de deux (02) campagnes de prise en charge chirurgicale des fistules obstétricales par le chef de l'Etat en 2011 et 2012 ; les Partenaires Techniques et Financiers ont pris le relais jusqu'à ce jour.

En ce qui concerne la prise en charge des PV VIH, le Gouvernement a décrété depuis novembre 2008, la gratuité des ARV. Ainsi, 8,53 milliards de FCFA ont été mobilisés en 2021 pour l'achat des ARV (1,37 milliards par l'Etat ; 5,98 milliards par le Fonds Mondial et 1,7 milliard par l'USAID – FTO).

Par ailleurs, le Programme National d'Accompagnement des Femmes Enceintes et du Nouveau-né dénommé (WEZOU) lancé par le Gouvernement en 2020 a démarré effectivement en août 2021. La mise en œuvre de ce programme a permis d'obtenir les résultats suivants au cours de la période du 26 août au 31 décembre 2021 :

- 98 550 femmes enceintes ont été enrôlées contre 193 737 attendues au cours de l'année 2021, soit un taux de réalisation de 50,87% en quatre (04) mois. En moyenne, 24 638 femmes enceintes sont enrôlées par mois dans le programme WEZOU. Plus de la moitié d'entre elles a un âge compris entre 18-28 ans.
- les 2/3 des bénéficiaires proviennent du milieu rural et le 1/3 du milieu urbain. Les bénéficiaires du programme se répartissent dans les régions comme suit : Grand Lomé 14 686 (15%), Maritime 15 862 (16%), Plateaux 20 335 (21%), Centrale 14 328 (14%), Kara 16 700 (17%) et Savanes 16 639 (17%).
- les 98 550 femmes enceintes ont bénéficié de 330 383 prestations (98 529 consultations, 71 491 tests d'albumine, 31 507 accouchements, ...).

- Assurance maladie universelle

La loi portant assurance maladie obligatoire a été adoptée le 12 octobre 2021 et promulguée le 18 octobre 2021. Cette loi prévoit deux régimes : le Régime d'Assurance Maladie Obligatoire (RAMO) et le Régime d'Assistance Médicale (RAM).

Sont assujettis au RAMO :

- les fonctionnaires et agents de l'Etat, des collectivités locales, des établissements publics et des personnes morales de droit public ;
- les membres des institutions publiques, pour la durée de leur mandat ;
- les travailleurs régis par le code du travail, notamment ceux assujettis au régime de sécurité sociale ;
- les titulaires de pension des deux (02) secteurs public et privé ;
- les travailleurs indépendants ;
- les travailleurs et opérateurs de l'économie informelle et agricole ;
- les ministres de cultes ;
- toutes autres personnes exerçant une activité non salariée ;
- les membres de famille qui sont à la charge de la personne assujettie (conjoint ou conjointe(s), enfants âgés de 21 ans au plus, enfants atteints d'un handicap sans limite d'âge dans l'impossibilité de mener une activité rémunérée).

Pour ce qui concerne le RAM, les bénéficiaires sont :

- les personnes non assujetties au RAMO et qui ne disposent pas de ressources suffisantes pour faire face aux dépenses inhérentes aux prestations médicales ;
- les ayants-droits de ces personnes (le conjoint ou conjointe(s), les enfants à charge âgés de 21 ans au plus, les enfants handicapés, sans limite d'âge, dans l'impossibilité de mener une activité rémunérée) ;
- Les pensionnaires des orphelinats, des établissements à but non lucratif hébergeant des enfants abandonnés ou adultes sans famille ;
- exceptionnellement, les enfants vivant sous le même toit que les personnes bénéficiaires du RAM et qui sont à leur charge effective.

Outre l'adoption de la loi, dans le cadre du Projet de Mécanisme d'Assurance Maladie pour le Secteur Informel et de la prise en charge des Nécessiteux (PMAMSIN), une évaluation du dispositif de prise en charge sanitaire des indigents a été faite. Les principaux résultats de cette évaluation sont :

- l'inexistence de critères prédéfinis pour identifier les indigents ;
- l'inexistence du service social dans certains hôpitaux bénéficiaires de la subvention d'indigence ;
- l'insuffisance de ressources humaines qualifiées (manque d'assistants sociaux) et logistiques au niveau des services sociaux pour une meilleure évaluation des demandes des nécessiteux ;
- l'inexistence dans certains hôpitaux de matériels informatiques pour permettre de numériser les données relatives au fonds (noms et autres informations en lien avec les bénéficiaires du fonds) ;
- les insuffisances du système d'information sanitaire qui ne permettent pas de disposer en temps réel des bases de données factuelles pour alimenter et orienter les décisions politiques ;
- l'absence de système d'information efficace pour le suivi-évaluation ;
- l'influence des responsables de certains établissements de soins qui recommandent la prise en charge de malades qui ne sont pas nécessairement indigents et l'incapacité du système à prévenir la fraude ;
- la non prise en charge par le fonds des produits pharmaceutiques qui représentent la grande partie des frais d'hôpital, limitant les soins et services offerts aux nécessiteux ;
- l'insuffisance du montant de la subvention face à l'ampleur des besoins sur le terrain ;
- l'irrégularité des missions de suivis destinées à contrôler l'utilisation des fonds ;
- le temps d'attente long pour l'évaluation du statut d'indigence ;
- l'absence de la subvention dans les formations sanitaires du niveau périphérique.

Sur la base des recommandations formulées, un nouveau mécanisme pilote d'amélioration de l'efficacité de la gestion de ce fonds est en cours de mise en place. De plus, dans le cadre du même projet, un dispositif digital d'enrôlement et de collecte des cotisations est également en cours au bénéfice des populations du secteur informel. La mise en œuvre de ces dispositifs permettra de définir les bases de la mise à l'échelle de la prise en charge des populations indigentes et celles provenant du secteur informel dans le cadre de l'assurance maladie universelle.

Par ailleurs, dans le cadre de la riposte nationale contre la Covid-19, le personnel soignant (infirmiers, médecins, professeurs, garde-malades, personnels administratifs, ...) a bénéficié de la part de l'INAM d'une assurance spéciale « décès et incapacité temporaire de travail suite à la maladie du Coronavirus ».

- Mutuelles communautaires de santé

Une mutuelle de santé est un regroupement de personnes volontaires et solidaires entre elles qui cotisent pour se prendre en charge en matière de santé. Elle est à but non lucratif, basée sur des principes de responsabilité, de participation démocratique et de solidarité. Le système de mutuelles de santé qui existe au Togo est très

peu développé et reste à harmoniser ; le régime de protection sociale n'est pas harmonisé et donc moins de 1% des dépenses de santé y transitent⁴.

- School Assur

Une autre assurance est celle offerte aux élèves à travers « School Assur », un programme de prise en charge des frais des soins de santé des écoliers et élèves des établissements publics, lancé en 2017. Pour chaque élève, un plafond annuel de 30 000 F est fixé. En trois (03) ans d'activités, c'est-à-dire à la date du 27 septembre 2020, l'initiative a permis de réaliser 1 823 560 actes de prises en charge. Au vu de sa pertinence, l'initiative a été prorogée de 12 mois alors qu'il devait s'achever le 31 août 2020. Le montant total des prestations offertes jusqu'en août 2020 s'élève à 4 770 702 789 FCFA. De façon précise, le programme a permis d'effectuer 508 282 actes de prises en charge au cours de l'année scolaire 2020-2021 soit : 202 546 consultations, 56 512 analyses médicales, 242 627 ordonnances médicales, 2 582 hospitalisations et 4 015 actes de chirurgie. A ce jour, plus de 6000 établissements scolaires ont été touchés sur tout le territoire national³.

1.2. Assurance qualité des services

En matière de qualité des soins et services de santé, des actions visant à garantir aux populations une assurance qualité de l'offre des soins ont été engagées avec l'appui des partenaires. Ainsi, des documents cadres ont été élaborés et validés avec le soutien technique et financier des partenaires (GIZ et OMS). Il s'agit de : (i) la politique d'assurance qualité des services ; (ii) la stratégie d'assurance qualité des services et (iii) le plan opérationnel de la stratégie d'assurance qualité des services. Dans la région de la Kara, le ministère chargé de la santé a mis en œuvre avec l'appui technique et financier de la GIZ (Coopération Allemande), le projet de renforcement de la qualité des services de santé. Ce projet a permis d'améliorer la performance du système de santé de la région dans les domaines Assurances Qualité des Services (AQS).

Toutefois, on note des dysfonctionnements et de comportements déviants au niveau de personnels soignants du secteur public et qui sont entre autres : (i) le mauvais accueil, (ii) une faible préoccupation pour la qualité des soins et services, (iii) le détournement de la clientèle vers une activité privée, (iv) les insuffisances qualitatives et quantitatives des supervisions formatives, (v) la perte de conscience professionnelle, le retard, l'absentéisme et (vi) le manque de redevabilité et (vii) l'absence de sanctions.

Les principales actions en matière de renforcement de la qualité et la sécurité des soins portent sur :

- le suivi de la mise en œuvre de l'approche qualité dans la région de la Kara ;
- le renforcement des capacités des acteurs du niveau national en coaching et approche qualité des services de santé ;
- la formation des administrateurs, médecins, responsables qualités des services sur l'approche qualité ;
- l'élaboration et validation d'un guide national d'amélioration de la qualité des soins et services de santé ;
- la formation des cercles de qualité dans 50 USP de la région de la Kara ;
- l'élaboration du plan stratégique de gestion des déchets solides et ménagers 2021-2024 ;
- la révision et validation du Plan stratégique de prévention des infections en intégrant les IAS ;
- l'élaboration du manuel de procédures opérationnelles standardisé pour la protection du personnel contre les infections associées aux soins (IAS) ;
- le suivi de la mise en œuvre des interventions de l'ATPC dans les régions ;
- l'amélioration des conditions d'hygiène et d'assainissement du centre d'insertion des mineurs de Cacaveli ;
- le contrôle qualité de l'eau et de l'environnement en milieu de soins ;

³ Données publiées le 23 juin 2021 sur le portail officiel de la République Togolaise

- la supervision formative à l'endroit des techniciens d'hygiène et assainissement sur les bonnes pratiques d'inspection dans les boulangeries et pâtisseries ;
- l'élaboration de documents nationaux pour la mise en œuvre de l'AQS (guide national de mise en œuvre de la politique AQS, outils d'évaluation de la qualité à tous les niveaux de la pyramide sanitaire) ;
- la finalisation des documents de protocole, de guide de poche et d'outils de surveillance des MAPI ;
- l'investigation des cas graves des effets secondaires susceptibles d'être liés à la vaccination contre la Covid-19 ;
- le renforcement des capacités du personnel du CHP Tabligbo en Prévention et Contrôle des Infections ;
- la finalisation des documents nationaux : protocole, guide de poche et outils de surveillance des MAPI et la pharmacovigilance (PV) des vaccins Covid-19 ;
- l'investigation des cas graves des effets secondaires susceptibles d'être liés à la vaccination contre la Covid-19.

1.3. Ressources humaines en santé

La situation des ressources humaines du secteur public de la santé montre une légère évolution de l'effectif sur les cinq (05) dernières années comme l'indique le tableau ci-après. A la lecture des données du tableau ci-dessous, on constate une légère évolution de l'effectif du personnel du secteur public de santé de 2017 à 2021. Cet effectif est passé de 12 378 à 12 800 entre 2020 et 2021. Il se dégage un écart positif de 422 agents soit une progression de 3,4%. Cette progression est due au recrutement de nouveaux agents de santé en 2021.

Tableau III : Evolution des effectifs du personnel de santé du secteur public par catégorie professionnelle de 2017 à 2021

Catégorie professionnelle	2017	2018	2019	2020	2021
Médecins généralistes	139	128	139	139	149
Médecins spécialistes	295	333	339	347	354
Chirurgiens-dentistes	48	13	12	7	7
Internes stagiaires	-	-	-	61	42
Pharmaciens	21	17	17	22	21
Infirmiers d'Etat	923	747	954	1 094	1 190
Sages-Femmes	496	495	627	696	772
Auxiliaires en pharmacie	0	1	29	34	45
Infirmiers auxiliaires	622	785	759	699	760
Accoucheuses auxiliaires	543	559	641	708	710
Personnel d'hygiène et d'assainissement	335	346	379	418	442
Personnel de laboratoire	448	448	510	550	593
Personnel de réadaptation fonctionnelle	232	216	235	232	252
Techniciens supérieurs de soins	854	849	839	925	1 031

Catégorie professionnelle	2017	2018	2019	2020	2021
Psychologue de la santé	45	40	37	48	61
Personnel administratif Cadre	772	487	740	1020	1003
Personnel administratif technique	130	19	118	163	250
Personnel médico- technique	158	42	16	14	18
Personnel d'appui	2131	3 204	2 373	2 324	2129
Personnel hospitalier d'appui	2 960	2182	2 791	2 877	2 967
Total	11 152	10 911	11 555	12 378	12 800

Source : Direction des Ressources Humaines /Ministère chargé de la santé, 2021.

En 2021, l'effectif du personnel de santé (18 794) est constitué de 12 800 agents du secteur public, soit 68,11 % de l'effectif total contre 5 994 du secteur privé, soit 31,89%. Sur cet effectif, les prestataires de soins (personnel médical, paramédical, hospitalier d'appui) représentent globalement 71,1% de l'effectif dont 46,11% de personnel soignants qualifiés (médical : 6,21% et paramédical : 39,90%) et 18,98% de personnel hospitalier d'appui contre 28,9% de personnel administratif. Cet effectif donne un ratio cumulé des personnels traceurs⁴ de 8,41 personnels pour 10.000 habitants contre 8,24 en 2020.

⁴ Personnels traceurs = Médecins, IDE/TSS, Sages-femmes, infirmiers auxiliaires et accoucheuses auxiliaires

Tableau IV: Répartition du personnel des secteurs public et privé par région au 31 décembre 2021

Catégories professionnelles	GRAND LOME		MARITIME		PLATEAUX		CENTRALE		KARA		SAVANES		Total par secteur		Total général
	Public	Privé	Public	Privé	Public	Privé	Public	Privé	Public	Privé	Public	Privé	Public	Privé	
Personnel médical	350	464	45	24	46	34	29	18	82	25	25	25	577	590	1 167
Médecins généralistes	55	158	21	11	24	15	14	12	21	9	14	10	149	215	364
Médecins spécialistes	236	120	21	8	21	10	14	3	51	8	11	10	354	159	513
Chirurgiens-dentistes	4	6	1	0	1	0	1	0	0	0	0	0	7	6	13
Internes	37	0	0	0	0	0	0	0	9	0	0	0	42	0	46
Pharmaciens	18	180	2	5	0	9	0	3	1	8	0	5	21	210	231
Personnel paramédical	2 087	869	696	130	986	246	606	147	826	151	594	160	5 795	1 703	7 498
Infirmiers diplômés d'Etat	388	214	143	38	222	67	118	37	176	55	143	48	1 190	459	1 649
Sage-femme	306	153	104	14	138	27	68	13	97	18	59	13	772	238	1 010
Auxiliaires en pharmacie	15	5	5	4	7	2	4	0	8	0	6	4	45	15	60
Infirmiers auxiliaires	105	61	108	30	151	28	122	29	152	21	122	34	760	203	963
Accoucheuses auxiliaires	155	23	88	10	146	22	107	22	120	13	94	11	710	101	811
Personnel d'hygiène et d'assainissement ⁵	190	6	47	0	74	1	42	1	49	1	40	2	442	11	453
Personnel de laboratoire ⁶	332	232	58	17	66	51	45	33	57	26	35	18	593	377	970
Personnel de réadaptation fonctionnelle ⁷	131	13	19	3	27	3	21	3	35	0	19	10	252	32	284
Techniciens supérieurs de soins ⁸	465	162	124	14	155	45	79	9	132	17	76	20	1 031	267	1 298

⁵ Ingénieur génie sanitaire, assistant d'hygiène, technicien supérieur génie sanitaire

⁶ Ingénieur des travaux biologiques technicien supérieur de laboratoire, Technicien de laboratoire

⁷ Masseur kinésithérapeute, orthopédistes, orthophonistes

⁸ Technicien supérieur de radio-imagerie médicale, technicien supérieur anesthésie réanimation, technicien supérieur instrumentation chirurgicale, obstétriques, oto-rhino-laryngologue, odontostomatologue, ophtalmologue, urgentiste, assistant médical, etc.

Catégories professionnelles	GRAND LOME		MARITIME		PLATEAUX		CENTRALE		KARA		SAVANES		Total par secteur		Total général
	Public	Privé	Public	Privé	Public	Privé	Public	Privé	Public	Privé	Public	Privé	Public	Privé	
Psychologues de santé	32	12	8	0	7	0	2	0	9	2	3	3	61	17	78
Personnel administratif cadre	579	272	93	15	111	47	72	28	89	36	59	63	1 003	461	1 464
Personnel technique ⁹	146	26	15	5	22	12	23	0	38	3	6	9	250	55	305
Personnel médico-technique	7	0	0	0	3	0	3	0	3	1	2	0	18	1	19
Personnel d'appui	765	596	276	94	350	282	239	160	270	131	229	175	2 129	1 438	3 567
Personnel hospitalier d'appui	649	723	483	153	576	340	392	187	482	128	385	198	2 967	1 729	4 696
Total	4 615	2 962	1 616	421	2 101	961	1 366	540	1 799	477	1 303	633	12 800	5 994	18 794
Pourcentage	24,56	15,76	8,60	2,24	11,18	5,11	7,27	2,87	9,57	2,54	6,93	3,37	68,11	31,89	100,00

Source : Direction des Ressources Humaines /Ministère chargé de la santé, 2021

⁹ Electronicien, Ingénieur/ technicien Génie civil, Génie électrique, Architectes, Télécommunication, Maintenance, informaticien, Administrateur réseau, Electricien

En ce qui concerne la production des ressources humaines en santé, elle est assurée par vingt (20) institutions de formation : dix-huit (18) publiques, une (01) confessionnelle et une (01) privée. Ces institutions ont mis sur le marché de l'emploi en 2021 du personnel médical 567 médecins spécialistes, 161 médecins généralistes, 37 pharmaciens) et 731 personnel paramédical (324 infirmiers diplômés d'Etat, 192 sages-femmes, 58 infirmiers auxiliaires d'Etat, 56 accoucheuses auxiliaires d'Etat, 28 Kinésithérapeutes d'Etat, 20 Auxiliaires d'Etat en Pharmacie, 21 Assistants d'hygiène, 13 Techniciens en anesthésie et réanimation, 08 Orthophoniste d'Etat et 10 Techniciens de radiologie et imagerie médicale).

Avec l'ouverture des écoles de formation du personnel paramédical dans les régions, le nombre du personnel formé a considérablement augmenté. Cependant, en ce qui concerne les spécialités médicales et chirurgicales, le niveau de production reste encore faible, surtout pour les spécialités chirurgicales. Malgré cette production relativement faible, le système de santé n'arrive pas à absorber tous les spécialistes formés.

Par ailleurs, les compétences en gestion/management du système de santé et en santé publique qui sont au cœur de la pratique dans différents environnements de travail ne sont pas suffisamment intégrées aux curricula.

Plusieurs activités ont été mises en œuvre en 2021 dans le cadre de l'amélioration de la gestion et de renforcement des capacités des ressources humaines en santé (RHS). Il s'agit entre autres :

- la supervision de la gestion des ressources humaines en santé ;
- l'harmonisation des outils de rapportage ;
- l'étude de la documentation des bonnes pratiques sur la rétention du personnel de santé dans les zones défavorisées ;
- l'étude de la cartographie des interventions en RHS dans le contexte de la pandémie de la Covid-19 ;
- la formation continue du personnel dans plusieurs domaines de santé (collecte et géolocalisation des données, laboratoire et maintenance biomédicale, assurance qualité, counseling PF, technologie contraceptive, soins pré et post natal et réanimation du nouveau-né et nutrition de la femme, de l'enfant et du nouveau-né, MMR/SONU, prévention et contrôle des infections, ...) ;
- le renforcement des capacités des points focaux PEV et SNIS des districts sur l'analyse et la gestion des données de la campagne de vaccination contre la COVID19 ;
- la formation des acteurs des Points d'entrée et des PF SIMR sur l'investigation géo-localisée avec l'outil GPS ;
- la formation de 15 acteurs de santé (humaine, animale, environnementale) en FETP niveau intermédiaire au CFSP de Lomé ;
- la formation des équipes d'intervention rapide (EIR) nationales, régionales et de districts.

1.4. Infrastructures sanitaires, équipements et logistique roulante

1.4.1. Infrastructures sanitaires (constructions et réhabilitations)

Sur les deux dernières années, très peu de nouvelles infrastructures ont été construites. L'essentiel des activités de renforcement des infrastructures était beaucoup plus consacré à l'extension et à la réhabilitation des infrastructures existantes. Avec une densité en infrastructure variant entre 1,6 et 1,8 entre 2015 et 2019, le pays connaît une progression en infrastructures sanitaires. Cependant, on note des disparités entre les différentes régions sanitaires. Les régions Savanes et Maritime demeurent des régions à faible densité en infrastructures sanitaires avec respectivement 51% et 75% d'indice de densité.

En 2021, plusieurs travaux de renforcement des structures sanitaires ont été exécutés. On peut citer :

- la construction de la clôture (y compris les travaux connexes : révision des tuyauteries d'alimentation et d'évacuation des eaux) de l'ancien bâtiment du ministère de la santé ;
- la construction et l'équipement de la morgue du CHP de Notsé ;
- le renforcement du système électrique et fourniture et pose de poste source du CHU SO ;
- la construction et la réhabilitation du CMS de Tado ;
- l'aménagement du laboratoire de l'hygiène appliquée, du parking et de la guérite de l'INH.

Particulièrement, dans le cadre de la lutte contre la Covid-19, plusieurs travaux ont également été exécutés :

- la construction des services de spécialités médicales au CHU Kara ;
- la construction du laboratoire de l'hôpital du district de Cinkassé ;
- la construction de logements du personnel de l'hôpital de district de Gando ;
- la construction de l'USP de Blakpa-Petsi ;
- la construction du bâtiment de consultation de l'USP de Nambouessou et de médecine de Sagbiegou ;
- la construction du laboratoire et la réhabilitation de la maternité et du logement de fonction du directeur de l'hôpital du district de Kpendjal ;
- la construction du laboratoire et la réhabilitation du CMS d'Attikoumé ;
- la réhabilitation du CMS de Djidjolé ;
- la réhabilitation du laboratoire de micro biologie du CHU SO ;
- la construction d'un forage et la réhabilitation du réseau d'eau potable du CHU Kara ;
- la construction d'un forage au CHU Campus ;
- l'extension de la buanderie des CHR Tsévié, Atakpamé, Sokodé et de Kara Tomdé ;
- la construction du Centre des Maladies Infectieuses (CMI) à Kara ;
- l'extension du laboratoire de Biologie moléculaire de l'INH Lomé ;
- la construction/réhabilitation du laboratoire, de la radiologie, du service d'admission, de la pédiatrie du CHP Tabligbo.

Ces différentes réalisations ont été possibles grâce aux efforts de l'Etat et à l'appui des partenaires techniques et financiers et le soutiens des bonnes volontés (nationaux).

1.4.2. Equipements médico-techniques des structures sanitaires

En 2021, des efforts sont faits pour leur renforcement et le renouvellement des équipements. La fonction de maintenance fait également l'objet d'une attention particulière en raison du nombre croissant des équipements biomédicaux. L'élaboration de la politique de maintenance et de son plan d'action, la mise en place de services de maintenance dans les CHU, CHR et certains hôpitaux de districts, le recrutement de personnel technique de la maintenance sont des actions clés développées ces dernières années.

Les principales acquisitions en 2021 sont entre autres :

Equipements de réanimation :

- Acquisition de 04 moniteurs de surveillance multiparamétrique ;
- Acquisition de 02 concentrateurs d'oxygène ;
- Acquisition de 03 incubateurs automatique et accessoires ;
- Acquisition de 02 insufflateurs manuels nouveau-né ;
- Acquisition de 01 pompes à infusion ;
- Acquisition de 04 tables de réanimation néonatale.

Equipements de bloc opératoire :

- Acquisition de 02 aspirateurs chirurgicaux et de 06 aspirateurs manuels (Ventouse).

Equipements médicaux :

- Acquisition de 21 pèses personnes et 03 pèses bébé ;
- Acquisition de 06 chariots brancards, de 03 chariots à linge et 07 chariots d'urgence avec tiroirs ;
- Acquisition de 18 bassins de lit en inox ;
- Acquisition de 06 autoclaves horizontaux ;
- Acquisition de 03 détecteurs de pouls fœtal ;
- Acquisition de 22 lits d'hospitalisation avec matelas ;
- Acquisition de 04 tables à instrument, 05 tables d'accouchement, 02 tables de photothérapie et 04 tables d'examen.

Dans le cadre de la lutte contre la Covid-19, les équipements acquis sont entre autres :

Equipements médicaux :

- Achat d'équipements biomédicaux pour la lutte contre la Covid-19

Equipements de bloc opératoire :

- Acquisition de 30 respirateurs de réanimation ;
- Dotation de 5000 oxymètres de pouls.

Divers :

- Achat d'équipements de protection contre la Covid-19 (masques à 3 plis, gels hydroalcoolique, masques N95, combinaisons de protection, visières) ;
- Acquisition d'équipements de protection individuelle/prévention de la Covid-19 ;
- Acquisition des gants de protection ;
- Achat de kits d'extraction ARN.

1.4.3. Logistique (matériel roulant) y compris cliniques mobiles

La logistique constitue l'un des leviers de la mise à échelle des interventions, du renforcement de la référence et de la supervision par niveau. En 2021, les actions réalisées pour renforcer le système de référence et contre référence et les supervisions sont entre autres l'achat d'une ambulance pour le district sanitaire de Kougnonhou (Akébou), la mise en place d'une flotte téléphonique dans la région des Plateaux et l'achat d'un véhicule 4X4 pour l'INH.

Dans le cadre de la lutte contre la Covid-19, on note l'acquisition de 100 motos tout terrain au profit des agents de suivi des cas contacts.

1.5. Médicaments et autres produits de santé

1.5.1. Médicaments

Les activités de routine liées aux fonctions de la Direction de la pharmacie, du médicament et des laboratoires (DPML) se sont poursuivies dans les domaines suivants :

- Loi et réglementation : la revue du cadre juridique du secteur pharmaceutique qui a permis d'identifier (i) les textes manquants à rédiger, (ii) les textes existants à mettre à jour et (iii) les domaines non-couverts par le livre IV du code de la santé publique ;
- Autorisations de mise sur le marché (AMM) : 923 dossiers (nouvel AMM, renouvellements, variations, abrogations) été déposés et traités dont 427 AMM données soit 46,26% ;
- Agréments : 60 dossiers d'ouverture et/ou d'exploitation relatifs aux pharmacies, dépôts pharmaceutiques, fabricants, grossistes-répartiteurs, agences de promotion pharmaceutiques, agences de distribution de dispositifs médicaux. Sur les 60 dossiers instruits, 36 licences accordées soit 60% ;

- Pharmacovigilance et autres vigilances : dans le cadre des vaccins anti Covid-19 administrés, 3 308 cas de EIM ont été notifiés dont 149 comme graves (4,50 %). On remarque que 2 919 cas sur 3 308 (88,24 %) des EIM ont été notifiés sous vaccins Covid-19 avec principalement le vaccin Astra Zeneca (2 249 cas), suivis de Pfizer (319 cas), Sinovac (178 cas) et Janssen (173 cas) ;
- Comité de bioéthique pour la recherche en santé (CBRS) : 53 protocoles ont été examinés dont 47 avis favorables ;
- Inspection pharmaceutique : toutes les pharmacies en dehors de la ville de Lomé, soit 29 ont été inspectées ;
- Accès au Laboratoire National de Contrôle de Qualité des Médicaments (LNCQM) : le LNCQM, malgré les ressources limitées, a pu réaliser un certain nombre d'activités en collaboration avec les partenaires techniques et financiers de la Direction de la Pharmacie du Médicament et des Laboratoires. Les activités prévues en 2020 comme perspectives pour 2021 ont été ainsi réalisées : (i) l'amélioration du plateau technique et logistique avec l'acquisition du MINI-LAB et d'un réfractomètre sur financement du fond mondial et (ii) la réalisation de la toute première étude à l'échelle nationale de contrôle qualité post-marketing ;
- Biologie médicale : l'avènement de la pandémie à la Covid-19 a révélé un intérêt croissant de nombreux partenaires pour soutenir davantage le secteur de la biologie médicale. Les appuis ont permis notamment (i) l'évaluation du système national des laboratoires de biologie médicale avec outil LabNet Scorecard version 4.3 et (ii) l'acquisition d'équipements biomédicaux en appui aux laboratoires de biologie médicale des CHU, CHR et Hôpitaux de district;
- Médecine et pharmacopée traditionnelles : l'organisation des praticiens de la médecine traditionnelle en association dans les six (06) régions sanitaires et la sensibilisation de 384 praticiens de la médecine traditionnelle sur la Covid-19 et les maladies à potentiel épidémique.

En outre, dans le but de contribuer à l'amélioration de la gestion des stocks des produits de santé dans les entrepôts de la CAMEG-Togo, des PRA et des préfectures sanitaires, des supervisions trimestrielles ont été organisées dans les trois (03) régions sanitaires méridionales du Togo. Il ressort de ces supervisions, une amélioration dans le remplissage des outils de gestion et de la disponibilité des produits de santé sur les sites. Ce constat est mitigé par la forte tension générée par les projets « School Assur » et « Wezou » qui connaissent un franc succès sur l'approvisionnement des produits de santé dans les formations sanitaires.

De même, des activités structurantes ont pu être planifiées et exécutées :

- la mise en place d'un site web dédié à la DPML (en cours) ;
- l'élaboration du manuel national de quantification des produits de santé ;
- l'élaboration du manuel national de quantification des produits de santé pour les maladies à potentiel épidémique notamment Ebola, fièvre de Lassa, les SRAS, choléra (en cours) ;
- l'élaboration d'un document de plaidoyer pour la mutation du statut juridique de la DPML en un organe doté de la personnalité juridique et d'une autonomie de gestion (comme le recommande le traité de l'Agence Africaine du Médicament (AMA), la loi type UA et la Directive 06-2020 du 28 sept 2020 portant statut des Autorités de Réglementation Pharmaceutique des Etats membres de l'UEMOA) ;
- la mise en place d'une cartographie des pharmacies privées prenant en compte les critères de distance et de population et intégrant le paramètre de la liste d'attente (en cours) ;
- l'élaboration des procédures relatives à la délivrance de l'autorisation de mise sur le marché des Dispositifs Médicaux de Diagnostic in vitro (DMDIV) ;
- l'élaboration de textes réglementant la valorisation des médicaments traditionnels améliorés ;
- le plaidoyer auprès de « Africa Resource Centre » (ARC) pour recruter et mettre à la disposition de la DPML, un pharmacien qui devra s'occuper de la coordination des approvisionnements des produits de santé au Togo.

On note de manière spécifique que la signature du traité de l'AMA en septembre 2021 et l'adhésion du Togo à la convention MEDICRIME sont de francs succès dans la lutte engagée contre les produits médicaux de qualité inférieure ou falsifiés.

Les principaux problèmes sont essentiellement liés aux facteurs suivants :

- les ressources humaines insuffisantes (en qualité et en quantité) ;
- les ressources financières insuffisantes et parfois lorsqu'elles sont disponibles, ne peuvent être utilisées en temps réel ;
- la DPML est une régie sous l'autorité administrative du Ministère chargé de la santé, ce qui retarde trop souvent certaines décisions pouvant améliorer les résultats attendus et les indicateurs : le passage de la DPML à un établissement public doté d'une personnalité autonome, pourrait lui permettre de passer un cap et de remplir pleinement son rôle d'Autorité/Agence Nationale de Réglementation Pharmaceutique (ANRP).

S'agissant des perspectives, la Stratégie nationale de la Chaîne d'Approvisionnement des Produits de Santé (SAPS), validée en décembre 2019, s'appuie sur cinq (5) axes de développement : (i) la gouvernance du système, (ii) l'architecture de la CAPS, (iii) la régulation de la CAPS et le contrôle de qualité des produits de santé, (iv) les ressources humaines, financières et matérielles et (v) les approvisionnements en situation d'urgence. Les stratégies et les activités identifiées dans la CAPS ont toutes été budgétisées et une conférence des PTF restent toujours à être organisée pour trouver les éventuels partenaires ayant la volonté de financer la CAPS.

Le retard accusé au démarrage de la mise en œuvre de la stratégie CAPS n'a pas été rattrapé, mais la disponibilité des produits de santé au « dernier km » est l'objectif final à atteindre, en se basant sur un système unique et intégré, soutenu par des ressources pérennes et avec l'implication des acteurs publics et privés. Cette vision ne peut être atteinte sans un appui institutionnel pour une DPML forte, c'est-à-dire dotée de ressources humaines suffisantes, de moyens techniques adéquats (véhicules pour supervision, outils efficaces, ...) et des fonctions opérationnelles.

L'objectif de la disponibilité des produits de santé au « dernier km » doit être soutenu par entre autre activités prévues pour l'année 2022 :

- la réalisation d'une étude diagnostique et l'élaboration un plan de mise en place d'un système d'information de gestion logistique (SIGL) intégré, harmonisé et digitalisé ;
- l'organisation des missions semestrielles de supervisions de la DPML pour : (i) la vérification des normes de stockage et de transport des médicaments, (ii) la qualité des produits, (iii) la qualité du SIGL et la traçabilité des médicaments ;
- le renforcement des mécanismes de coordination de la CAPS ;
- l'élaboration d'une cartographie nationale des tradipraticiens ;
- le renforcement des capacités de 29 auxiliaires en pharmacie et leur dotation en équipements (laptops, crédit internet, ...) pour assurer la fonction de point focal produits de santé aux niveaux des régions, districts et gros sites de prestations ;
- l'optimisation du fonctionnement de la CCAIM et des CRGIM dans le cadre de la stratégie CAPS ;
- la révision de la politique et l'élaboration d'une stratégie nationale de la médecine traditionnelle ;
- la mise à jour du plan directeur de la pharmacovigilance pour un appui plus efficace de la surveillance des effets secondaires liés aux produits de santé.

1.5.2. Chaîne d'approvisionnement et de distribution produits de santé et des vaccins

S'agissant de l'amélioration de la chaîne d'approvisionnement et de distribution des médicaments, les principales réalisations ont porté sur :

- l'achat de médicaments et dispositifs médicaux d'un montant de 3,6 milliards FCFA ;
- la distribution intégrée des produits subventionnés (intrants PTME, TDR, CTA, MID, autres) jusqu'aux districts sanitaires. Tous les districts sanitaires ont bénéficié d'un financement pour l'enlèvement des intrants VIH et Paludisme ;
- la supervision technique des travaux de réhabilitation de la CAMEG-TOGO sur les sites des PRA Kara et Atakpamé et le magasin central de Lomé par un bureau de contrôle ;
- la poursuite de la mise en place d'un Système de Management de la Qualité selon les normes ISO à la CAMEG-TOGO ;
- la mise en œuvre de l'initiative d'amélioration continue selon les méthodes Kaizen avec l'appui de l'institut Kaizen.

En ce qui concerne les vaccins, le renforcement du système public de distribution des vaccins a permis d'améliorer la disponibilité des vaccins sur l'ensemble du territoire national. Le Programme Elargi de Vaccination (PEV) utilise neuf (09) vaccins (BCG, VPO, VPI, DTC-HepB-Hib, PCV13, Rotarix, RR, VAA et Td) pour protéger les enfants de 0-23 mois et les femmes enceintes contre 12 maladies (tuberculose, poliomyélite, diphtérie, tétanos, coqueluche, haemophilus influenzae de type B, Hépatite B, rougeole, rubéole, fièvre jaune, infection à pneumocoque et diarrhée à rota virus).

Le pays compte cinq (05) dépôts régionaux de vaccins et consommables. Les préfectures sanitaires du Grand Lomé s'approvisionnent au dépôt national. La chaîne du froid au niveau des régions et préfectures sanitaires est composée de congélateurs et de réfrigérateurs. Le Togo a acquis trois (03) chambres froides de 30 m³ chacune qui ont été installées dans les régions Kara, Plateaux et Maritime en 2020. Le dépôt national du PEV dispose de 10 chambres froides (8 positives de +2°C à +8°C et 2 négatives de -20°C à -15°C). L'ensemble de ces chambres froides ont une capacité brute en positif de 160 000 litres soit une capacité nette de 44 136 litres et en négatif une capacité brute de 30 000 litres soit une capacité nette de 8 571 litres.

Au niveau des directions préfectorales de la santé, les capacités de stockage positif sont suffisantes dans trois (03) sur 39 préfectures. Les gaps se retrouvent au niveau de 36 préfectures. D'après l'inventaire la plus récente (décembre 2020), 18% des formations sanitaires (132/756 FS) ont des réfrigérateurs en pannes et 9% (65 FS) dans les 6 régions ne disposent pas de réfrigérateurs. Un plan d'approvisionnement en vaccins et consommables est élaboré chaque année. La méthode d'estimation des besoins en vaccins est basée sur la population cible à tous les niveaux. Selon le niveau, les rythmes d'approvisionnement sont les suivants :

- le niveau central, tous les trois mois et selon la disponibilité des vaccins et des fonds à Copenhague ;
- le niveau régional, tous les deux mois ;
- niveau district, tous les mois ;
- les formations sanitaires, tous les mois.

Au niveau central, le PEV dispose d'un grand camion de long châssis d'une capacité brute de 33 m³ pour le transport des vaccins et consommables du niveau central vers les régions. Toutes les directions préfectorales de la santé s'approvisionnent à l'aide des véhicules de supervision selon les axes bien définis. A leur tour, les formations sanitaires s'approvisionnent au niveau des préfectures de santé avec les motos. Le transport des vaccins sur toute la chaîne d'approvisionnement se fait à l'aide des glacières avec des accumulateurs conditionnés et des freeze-tag pour le rapportage des excursions de gel.

Dans le cadre du projet CCEOP 2 et 3 à travers GAVI et du renforcement des équipements de la chaîne du froid, le pays a acquis et installé en 2020, 101 réfrigérateurs électriques et 70 réfrigérateurs solaires dans les dépôts

des districts à faibles capacité de stockage et dans les formations sanitaires ne disposant pas de réfrigérateurs. Pour un suivi adéquat de la température des réfrigérateurs dans le système, le pays a acquis 1000 friedge tag qui ont été distribués dans les dépôts de districts, régions et dans les formations sanitaires

Les principales activités réalisées 2021 ont porté entre autres sur :

- l'évaluation de la qualité des données de vaccination ;
- l'organisation des missions de supervision formative semestrielle des agents PEV/SIMR des six (06) régions sanitaires ;
- l'organisation des réunions (GTCV, Groupe National Qualité des Données, groupe de travail logistique de la Santé et validation des données PEV et surveillance) ;
- l'évaluation de la gestion des vaccins (GEV) assortie d'un plan d'amélioration de la GEV ;
- la mise en œuvre en phase pilote du registre électronique de vaccination (E-tracker) ;
- la formation des points focaux de districts et de régions en gestion informatisée des vaccins (SMT) ;
- l'achat des vaccins et consommable et leur convoyage dans les régions.

1.5.3. Produits sanguins labiles (PSL)

Le Togo dispose d'un système transfusionnel déployé sur tout le territoire à travers la mise en place d'un réseau comportant deux (02) centres de transfusion sanguine (CNTS Lomé et CRTS Sokodé) et six (06) postes de collecte et de distribution de sang (PCD). Plusieurs textes règlementent les activités de production et de distribution des produits sanguins labiles (PSL). Il s'agit entre autres de la politique transfusionnelle, de la Loi sur la transfusion intégrée au Code de la Santé, du décret organisant les établissements de transfusion sanguine, des arrêtés d'application et du guide de bonnes pratiques transfusionnelles. En ce qui concerne la disponibilité des PS sécurisés, les besoins non satisfaits restent encore élevés : la proportion des besoins non satisfaits en concentrés de globules rouges (CGR) est de 26,00 % en 2021 contre 20,53 % en 2020.

Le tableau suivant résume la gestion des produits sanguins labiles de 2017 à 2021.

Tableau V: Gestion des produits sanguins labiles (PSL) de l'année 2017 à 2021

Indicateurs	Année				
	2017	2018	2019	2020	2021
Nombre de poches prévues en début de période	47 000	43 500	47 000	47 000	52 000
Nombre de poches collectées	50 023	44 526	56 220	51 530	53 662
Pourcentage de poches collectées (%)	106,43	102,35	119,62	109,64	103,20
Nombre de sorties de collectes	190	100	194	78	61
Nombre de PSL distribués	57 427	53 071	66 417	56 514	59 321
Pourcentage de besoins non satisfaits (%)	26,23	25,59	25,96	20,53	26,00

Source : Rapports annuels (2017-2021) du CNTS et CRTS

En ce qui concerne les demandes non satisfaites en PSL, l'analyse montre une augmentation de la pénurie en 2021 (26,00%) par rapport à 2020 (20,53%). Cette régression est liée à une légère baisse de la production (notamment au CNTS) avec le maintien de la suspension des collectes mobiles dans les établissements d'enseignement, combinée à une adaptation de l'activité hospitalières à la pandémie de Covid-19 ayant fait augmenter les besoins des hôpitaux en produits sanguins en 2021 par rapport à 2020. Le maintien des besoins non satisfaits à un niveau élevé cache les problèmes liés à la mauvaise prescription des PSL. Plusieurs défis restent donc à relever pour rendre disponible les PSL sur toute l'étendue du territoire. Il s'agit d'améliorer la

capacité de production des produits sanguins labiles sécurisés et de renforcer la coordination des centres de transfusion sanguine et la mobilisation des financements.

Le graphique 1 présente l'évolution mensuelle des demandes non satisfaites en CGR du 1^{er} janvier au 31 décembre 2021 comparée à la situation de l'année 2020



Figure 1: Evolution mensuelle des demandes non satisfaites en CGR du 1^{er} janvier au 31 décembre 2021 comparée à la situation de l'année 2020.

Source : Rapports annuels (2017-2021) du CNTS et CRTS

1.6. Biologie médicale

Pour pouvoir assurer à l'échelle nationale le dépistage des cas de Covid-19 et des autres maladies à potentiel épidémique, le renforcement du plateau technique des laboratoires du niveau décentralisé a encore été effectif en 2021. Ainsi l'introduction des TDR antigéniques pour davantage faciliter le dépistage des cas suspects de la Covid-19 en milieu de soins a été acté en cette même année.

C'est également dans ce cadre qu'une évaluation diligentée par la Société Africaine de Médecine de Laboratoire (ASLM) à travers un programme d'appui du CDC Africa a été conduite à l'aide de l'outil SLIPTA de l'OMS en vue d'une certification des cinq (05) laboratoires du niveau central offrant les tests PCR Covid-19. Les résultats de cette évaluation ont récompensé les laboratoires méritants dont l'INH et ont permis aux autres d'identifier les axes d'amélioration pour se mettre aux normes.

C'est aussi pour répondre aux critères des normes internationales qu'au cours de cette même année, le système national des laboratoires, à travers le projet RESAOLAB Phase 3 dans une approche « une seule » a bénéficié d'une évaluation avec l'outil Scorecard par deux (02) évaluateurs régionaux. L'objectif visé est d'aider le pays à identifier les actions devant aider tout le secteur des laboratoires aussi bien du secteur animal, humain et environnemental à faire face aux prochaines urgences de santé publique. Les propositions de pistes d'amélioration issues de cette évaluation ont été utilisées pour élaborer la partie relative à la biologie médicale du plan d'action national de sécurité sanitaire 2021-2023 avec le concours de l'OMS-Afro.

Pour faire asseoir davantage le SMQ dans les laboratoires de biologie médicale et renforcer la culture des bonnes pratiques techniques, plusieurs formations continues ont été organisées à l'attention du personnel de ces laboratoires en occurrence celles relatives au mentorat, à l'audit SMQ avec les outils appropriés tels que le SLIPTA et LQSI, à la maintenance biomédicale, à l'antibiologie et aux techniques de séquençage des virus dont le SARS-CoV2.

Les laboratoires de l'hygiène appliquée, de l'hématologie, de biochimie et de la biologie moléculaire de l'INH ont participé aux programmes d'évaluations externes de la qualité avec plus de 85 % de résultats satisfaisants

Pour continuer à doter le secteur d'arsenal réglementaire conséquent en vue de mieux encadrer le secteur, plusieurs documents normatifs ont été élaborés ou révisés et c'est le cas de la définition du plateau technique par niveaux de soins, relative aux actes, réactifs, équipement et personnel par niveau de soins et la désignation des laboratoires nationaux de référence.

Un état des lieux des laboratoires des cinq (05) CHR du Togo, a été également réalisé et les gaps en matière d'infrastructures et d'équipements par rapport à la norme définie ont été mis en exergue pour faciliter l'appui adapté à apporter pour répondre aux besoins réels de ces laboratoires ; ce qui leur permet de répondre aux normes internationales en la matière et davantage contribuer à jouer leur rôle dans la surveillance épidémiologique et le diagnostic des maladies. Plusieurs partenaires techniques ont soutenu le secteur pour ces différentes réalisations dont la GIZ, OMS, Fondation Mérioux, CDC Atlanta, CDC Africa, ASLM.

Entre autres actions, on peut citer :

- dans le cadre juridique et réglementaire de l'exercice de la biologie médicale :
 - la rédaction de procédures relatives à la délivrance de l'autorisation de mise sur le marché des DMDIV ;
 - l'élaboration des textes portant désignation des laboratoires nationaux de référence (LNR) ;
 - l'élaboration des drafts révisés du plateau minimum d'activités par niveau de soins ;
 - l'appui à la cellule sectorielle de gestion de la crise de la pandémie à Covid-19 par l'élaboration des documents normatifs pour le diagnostic biologique des cas de Covid-19.
- concernant l'amélioration du système de la qualité dans les laboratoires :
 - l'évaluation du système national des laboratoires de biologie médicale avec outil LabNet Scorecard version 4.3 ;
 - la signature de contrat de contrôle de qualité des laboratoires ;
 - l'acquisition du système d'information du laboratoire (SIL).
- dans le cadre du renforcement des compétences du personnel :
 - la formation des auditeurs sur la norme ISO 19011, sur la check-list SLIPTA et sur les techniques et méthodes d'audits dans les laboratoires de biologie médicale ;
 - la formation des mentors à l'outil LQSI, à la check-list SLIPTA et aux techniques d'audits dans les laboratoires de biologie médicale ;
 - la formation de deux (02) personnels de laboratoire au DIU d'antibiologie à Bobo Dioulasso au Burkina Faso ;
 - la formation de deux (02) personnels (ingénieur et technicien) de laboratoire en maintenance biomédicale à l'EPAC au Bénin.
- par rapport aux infrastructures et équipements :
 - la réalisation d'un état des lieux des infrastructures et équipements clés des laboratoires des cinq (05) centres hospitaliers régionaux (avec proposition de plan, équipements, DAO et budgets estimatifs pour la mise aux normes « laboratoire par laboratoire ») ;

- l'acquisition d'équipements biomédicaux en appui aux laboratoires de biologie médicale des CHU, CHR et Hôpitaux de district du Togo ;
- l'appui en équipements biomédicaux aux laboratoires de biologie médicale pour améliorer le dépistage des cas de Covid-19 ;
- Travaux d'aménagement du laboratoire de l'hygiène appliquée, du parking et de la guérite de l'INH ;
- Extension du laboratoire de Biologie moléculaire de l'INH ;
- l'achat d'équipements biomédicaux en appui aux laboratoires par INH ;
- l'achat d'équipements biomédicaux pour la lutte contre la Covid-19.

1.7. Imagerie médicale

Les formations sanitaires disposent d'un plateau technique d'imagerie qui permet la prise en charge à des degrés divers. Ce plateau technique est composé de scanners, d'équipements de radiodiagnostic et d'échographie. Les trois (03) CHU disposent de scanners dont deux sont en panne (CHU SO et CHU Kara), des salles de radiologie et d'échographie. Dans les six (06) CHR, le plateau technique est composé de salles de radiologie et d'échographie. Treize (13) des 39 districts sanitaires disposent d'un plateau technique d'imagerie médicale de base.

L'entretien de ces équipements n'est pas toujours fait suivant les normes requises (maintenances et contrôles techniques périodiques) faute de réglementation en la matière d'où les risques de pannes majeures ainsi que d'exposition des utilisateurs (personnels et usagers) à des dangers, particulièrement ceux liés aux effets biologiques des rayonnements ionisants non maîtrisés. Afin de limiter les risques liés à la radioprotection, un comité interministériel a été mis en place pour préparer la création d'une autorité de réglementation de la radioprotection et de la sûreté nucléaire ; ce qui a conduit le 10 juin 2020 à l'adoption d'un projet de loi sur l'utilisation sûre, sécurisée et pacifique du nucléaire par l'Assemblée nationale togolaise. Le comité a réalisé en 2021 des inventaires des sources de rayonnements ionisants dans les formations sanitaires, les mines, les aéroports et les industries.

1.8. Systèmes National d'information sanitaire et recherche en santé

1.8.1. Système National d'Information Sanitaire (SNIS)

Le SNIS est un ensemble composé de différents sous¹⁰ systèmes d'information, gérés par différentes structures au sein du ministère chargé de la santé sous la coordination de la Direction du Système National d'Information Sanitaire et de l'Informatique (DSNISI).

Il est décentralisé avec la mise en place des points focaux dans les structures déconcentrées. Toutefois, il est important de noter que le SNIS fait actuellement l'objet d'une attention particulière au regard de l'orientation vers les résultats. Il existe un plan directeur du SNIS 2018-2022 pour prendre en compte les problématiques émergentes. Ce plan a conduit à la mise à échelle du logiciel « District Health Information Software (DHIS2) » dont l'objectif est de disposer à terme d'un système intégré d'information pour la gestion globale de la connaissance avec les données issues de l'ensemble des sous-systèmes. A ce jour, l'utilisation du DHIS2 est effective pour toutes les parties prenantes dans le processus de collecte et d'analyse des données dans le système de santé ; ce qui a permis une amélioration de la qualité des données.

En 2021, les principales actions réalisées sont entre autres :

- la production de l'annuaire statistique sanitaire 2020 ;

¹⁰ Sous système de surveillance, sous système de gestion des programmes, sous système de gestion des ressources humaines, sous système de routine, sous système à base communautaire, sous système des finances

- l'organisation des revues SNIS annuelles régionales ;
- la révision des indicateurs et des outils spécifiques des hôpitaux et spécificités national dans le DHIS 2 ;
- la révision des outils de collecte des données (RMA) des programmes ;
- le développement de la phase pilote et l'extension du DHIS2 communautaire dans tous les districts ;
- les missions de triangulation et de supervision ;
- les missions conjointes de supervision des points focaux PEV et SNIS sur l'utilisation de WHO DATA quality ;
- l'évaluation et la restitution des résultats de l'évaluation de la phase pilote du DHIS2 communautaire dans la région des Plateaux ;
- la validation des indicateurs et les outils révisés des supports du système national d'information sanitaire ;
- le paramétrage des outils révisés dans le DHIS2 ;
- l'acquisition de matériel informatique (3 ordinateurs portatifs, 1 vidéoprojecteur et 1 rouleau de multiprise) ;
- le renforcement des capacités des points focaux PEV et SNIS des districts sur l'analyse et la gestion des données de la campagne de vaccination contre la COVID19.

Malgré ces efforts, des actions doivent être entreprises afin de : (i) rendre régulière la tenue des réunions des pools SNIS à tous les niveaux pour la validation des données, (ii) rendre exhaustive la collecte des données du secteur privé, (iii) mobiliser le financement suffisant pour le renforcement du SNIS en ressources (acquisition des véhicules de supervision, acquisition du matériel informatiques pour la gestion des données). L'instabilité de la connexion internet constitue, une grande menace pour le SNIS.

En termes de perspectives, il s'agit de :

- organiser régulièrement les missions de triangulation des données à tous les niveaux ;
- développer le module DHIS2 Covid tracker dans les formations sanitaires ;
- mettre à jour le schéma directeur d'informatisation du MSHPAUS ;
- développer et mettre en place le module dossier médical électronique patient dans huit (08) hôpitaux.

1.8.2. Recherche en santé

La politique nationale de santé, horizon 2022 accorde une importance particulière à la recherche en santé. En vue d'orienter les interventions en matière de recherche en santé, le Togo a élaboré en 2015 un Plan stratégique national de la recherche en santé 2015-2020. Ce plan stratégique tient compte des engagements internationaux auxquels le pays a souscrit. Entre autres engagements, on peut citer : la déclaration de Mexico sur la recherche en santé adoptée en novembre 2004, la déclaration d'Abuja sur la recherche en santé de mars 2006, la déclaration d'Accra sur la recherche en santé pour le contrôle de la maladie et le développement adoptée en juin 2006, la déclaration d'Alger sur la recherche pour la santé dans la région africaine adoptée en juin 2008.

On note une faible coordination nationale des activités de recherche en santé du fait que la mise en œuvre de ce plan stratégique n'a pas été optimale en raison de la non mise en place d'un comité de coordination de la recherche en santé et du comité technique de la recherche en santé. Cependant, quelques actions ont été menées dans le cadre de la recherche en santé. Depuis 2008, le Togo dispose d'un Comité de Bioéthique pour la Recherche en Santé (CBRS) créé par arrêté ministériel¹¹. En effet, en vue de renforcer la fonctionnalité du CBRS, un arrêté a été pris pour renouveler les membres dudit comité.

Plusieurs études et recherches ont été effectuées en 2021 dans les domaines suivants :

¹¹ Arrêté N° 0120/2008/MS/CAB/DGS du 20 Juin 2008

Nutrition :

- l'étude sur l'investissement case en nutrition ;
- le diagnostic de l'intégration de la nutrition dans les politiques, stratégies, plans et programmes.

Santé de la mère et de l'enfant :

- l'étude de la cartographie des ONG ayant des activités de communication et IBC dans la région de la Kara avec leurs sites d'intervention et les approches qu'elles développent sur les thématiques de santé maternelle (PF, CPN, CPON.) néonatales et infantile ;
- l'étude de base destinée à renseigner la situation de départ ou de référence par rapport aux principaux indicateurs de la communication pour la santé de la reproduction et de la distribution à base communautaire ;
- l'étude qualitative sur les motivations des actuelles utilisatrices de contraceptions modernes et les déterminants de leur changement de comportement en vue de développer des stratégies pour les non utilisatrices ;
- la recherche-action sur les déterminants de mortalité hospitalière liée au paludisme chez les enfants de moins de 5 ans dans les hôpitaux de référence des districts de Bassar et de Guérin-Kouka ;
- la recherche-action sur les déterminants des accouchements à domicile dans le district de Dankpen en 2020.

Maladie Tropicale Négligée (MTN) :

- l'évaluation de l'impact du traitement à l'ivermectine sur le vecteur de l'onchocercose dans la région Centrale.

VIH/SIDA :

- l'évaluation de la mise en œuvre de la délégation des tâches (d.t) dans les formations sanitaires (sites PECM/PTME) au Togo.

Tuberculose :

- l'étude sur la co-infection tuberculose-VIH ;
- l'étude sur la prise en charge des patients tuberculeux ;
- la mise en œuvre des activités de recherche (DotsCom, CETA et projet traitement par voie orale) ;
- l'étude sur la prise en charge des patients tuberculeux multi-résistants.

Biologie médicale :

- l'évaluation de l'effet antiplasmodial de la chloroquine chez les sujets co-infectés par SARS-CoV-2 et Plasmodium falciparum, reçus au CHR Lomé Commune pour la prise en charge de la Covid-19 ;
- l'efficacité et la tolérance clinique de l'Artéméther luméfantrine (AL) et de la Dihydroartémisinine-pipéraquline (DHA-PQ) utilisés pour le traitement du paludisme à Plasmodium falciparum non compliqué sur deux sites sentinelles au Togo en 2021 ;
- l'évaluation de la performance du test de diagnostic rapide de marque parahit® utilise pour le diagnostic biologique du paludisme au Togo ;
- l'enquête d'évaluation d'impact du traitement de masse au praziquantel et à l'albendazole sur les schistosomoses et les géohelminthoses au Togo ;
- la prévalence de l'Anguillulose dans la région des Plateaux au Togo.

Santé communautaire :

- l'étude sur la cartographie de l'implémentation de la PCIME Communautaire et la DBC au Togo ;

- l'auto-évaluation des interventions à base communautaire avec utilisation de l'outil « Matrice d'Evaluation et d'Amélioration de la Performance des Agents de Santé Communautaires (MEAP ASC)» dans le cadre du processus de professionnalisation des ASC au Togo.

Autres études :

- les comptes de la santé de 2017, 2018 et 2019 ;
- l'enquête SARA 2021.

Cependant, la recherche en santé est confrontée à beaucoup de faiblesses. Sur le plan de la gouvernance, le mécanisme de coordination de l'activité de recherche n'est pas encore opérationnel. Le CBRS présente quelques faiblesses liées à son fonctionnement : (i) sa méconnaissance par beaucoup d'acteurs de la recherche ; (ii) la lenteur dans l'étude des dossiers avec pour conséquence, le faible intérêt des investigateurs de recherches à soumettre les dossiers ; (iii) l'insuffisance de suivi des études autorisées et (iv) l'insuffisance de ressources financières.

La faible capacité nationale dans la vulgarisation des résultats de recherches en santé induit une valorisation insuffisante des résultats dans la prise des décisions. Le système de documentation et d'archivage des produits de la recherche en santé n'est pas suffisamment développé. Les trois (03) plateformes de diffusion des résultats de recherche (site web du ministère chargé de la santé, le Country Health Policy Process (CHPP), le site Human Resource Web (HRWeb)) ne sont pas assez utilisées. De plus, les résultats des recherches disponibles ne sont que rarement transformés en outils d'aide à la décision (type notes d'information stratégique).

En matière de financement de la recherche en santé, le Togo a adhéré à plusieurs engagements internationaux¹². Cependant, le pays ne dispose pas de mécanisme permanent de coordination et de suivi du financement alloué à la recherche en santé prenant en compte les différentes cibles citées plus haut. L'absence d'un tel mécanisme ne permet pas de mesurer avec précision le niveau actuel des financements. A titre d'exemple, les comptes de la santé 2016 estiment à 17,5 millions de FCFA, les dépenses consacrées à la « recherche et développement dans le domaine de la santé », soit 0,01% des dépenses courantes de la santé. Ce montant est en deçà des recommandations de la déclaration d'Alger (2% des dépenses nationales¹³ de santé et au moins 5% de l'aide extérieure destinée aux projets et programmes de santé).

1.9. Financement de la santé

Le financement des activités du secteur de la santé est assuré par l'Etat, les Partenaires Techniques et Financiers et le recouvrement des coûts (recettes propres) des formations sanitaires. Selon les résultats des comptes de la santé de 2017 à 2019, le Togo a consacré 6,3% de son PIB aux dépenses courantes de santé en 2019. Sur la période de 2017 à 2019, les dépenses de santé de l'Etat sont restées pratiquement constantes et tournent autour de 20% des dépenses totales en santé. Ces comptes ont montré que l'Etat vient en deuxième position des sources de financement de la santé après les ménages. Voir tableau VI.

¹² C'est le cas par exemple de la Déclaration d'Alger lors de la Conférence ministérielle sur la recherche en santé dans la région africaine 23 au 26 juin 2008, où les Etats s'étaient engagés à "affecter à la recherche et au renforcement des capacités dans ce domaine, au moins 2 % des dépenses nationales de santé et au moins 5 % de l'aide extérieure destinée aux projets et programmes de santé, et investir davantage dans la recherche pour améliorer les systèmes de santé.

¹³ Dépenses faites sur ressources internes

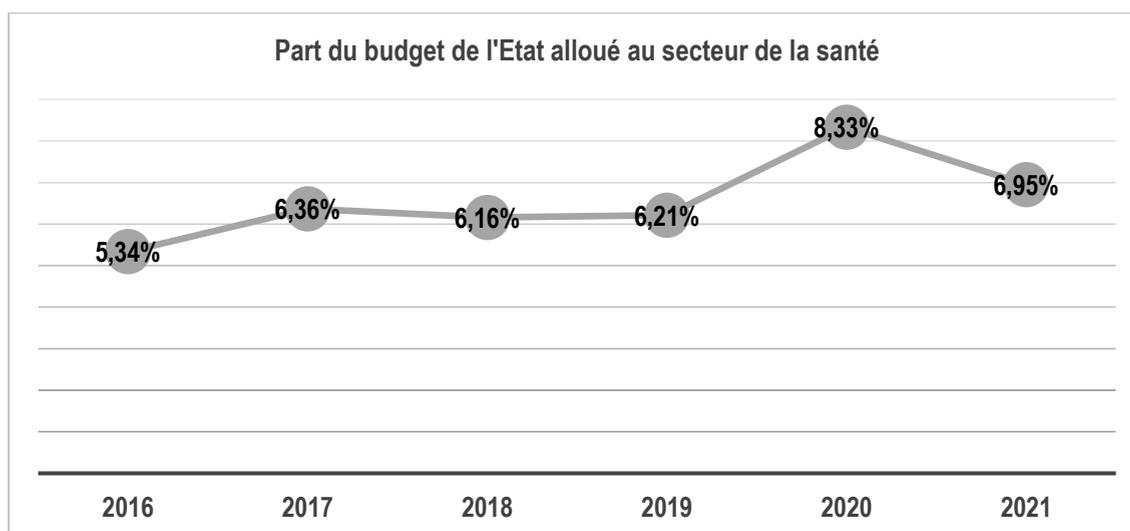
Tableau VI: Ratios des dépenses de santé au Togo, années 2017 à 2019

INDICATEURS	2017	2018	2019
Dépense courante de santé (DCS) en % de la Dépense totale de santé (DTS)	94,3	92,9	93,9
Dépense totale de santé (DTS) en % du Produit intérieur brut (PIB)	6,9	6,7	6,3
Dépense totale de santé (DTS) par habitant	35 196,1	34 817,3	33 877,5
Dépense totale de santé de l'Etat en % du budget de l'Etat Exécuté	6,5	7,9	7,3
Dépenses des régimes de financement obligatoire (RegObl) en % de la Dépense courante de santé (DCS)	31,1	26,3	23,9
Dépenses des Régimes volontaires de paiement privé des soins de santé en % de la Dépense courante de santé	68,9	73,7	76,1
Dépenses de santé des ménages par paiement direct en % de la Dépense courante de santé (DCS)	61,5	64,7	66,2
Dépenses de soins préventifs (DepSP) en % de la Dépense courante de santé (DCS)	13,1	10,3	10,5
Dépenses de soins curatifs (DepSC) en % de la Dépense courante de santé (DCS)	26,9	29,7	31
Dépenses des médicaments/biens de santé (DepM) en % de la Dépense courante de santé (DCS)	57,4	62,5	60,6
Dépenses de santé publique domestique (PUB-D) en % de la Dépense courante de santé (DCS)	16,1	16,7	15,1
Dépense d'assurance maladie sociale (RegAM) en % de la Dépense courante de santé (DCS)	2,5	2,7	3,5
Dépenses de santé externe transitant par le gouvernement (EXT-G) en % des Dépenses de santé externes (EXT)	99,9	100	96,9
Dépenses de salaires payés par l'Etat au personnel de santé en % des Dépenses de santé publique domestique	50,2	54,9	47,7
Dépenses publiques en soins de santé primaires (SSP) en % de la Dépense courante de santé (DCS)	10,5	11	9
Dépenses publiques de santé en % des dépenses totales de santé	20,6	22,5	18,9
Dépenses publiques de santé en % des dépenses courantes de santé	21,9	24,3	20,2
Dépenses de santé des ménages en % des dépenses totales de santé	58,5	60,6	62,7
Dépenses de soins préventifs en % des dépenses totales de santé	12,3	9,5	9,8
Dépenses de soins curatifs en % des dépenses totales de santé	25,3	27,5	29,1
Dépenses de médicaments en % des dépenses totales de santé	54,1	58	56,9
Dépenses de santé du reste du monde en % des dépenses totales de santé	14,7	9,3	10
Dépenses assurance maladie en % dépense totale de santé	6,3	7,9	9,1
Dépenses assurance maladie en % dépense de santé des ménages	10,8	13,1	14,5
Dépenses gouvernement par habitant	7 253,4	7 842,8	6 411,9
Dépenses ménages par habitant	20 589,0	21 115,1	21 252,7
Dépenses gouvernement en pourcentage du PIB	1,4	1,5	1,2
Dépenses de formation brute de capital en % de dépense totale de santé	5,6	7,1	6,1
Dépense de recherche en santé en % de DCS	0,053	0,045	0,048

Source : Ministère chargé de la santé, Comptes de la Santé (2017 à 2019)

En ce qui concerne la part du budget général de l'Etat alloué au ministère chargé de la santé, l'analyse montre une tendance en dents de scie de 2016 à 2021. En effet, la proportion du budget général de l'Etat allouée à la santé est passée respectivement de 5,14% (51,47/1002,2 milliards de FCFA) en 2016 à 4,63% (56,82/1227,423 milliards) en 2017 puis de 4,4% (58,05/1310,54 milliards) en 2018 à 4,28 % (59,20/1381,86 milliards F CFA) en 2019 et de 6,52% (95,43/1463,8 milliards FCFA) en 2020 à 5,04%(85,82/1702,9 milliards FCFA)¹⁴ en 2021.

En considérant le budget général alloué au secteur de la santé (y compris les autres départements et institutions) et le service de la dette dans le budget général de l'Etat¹⁵, on constate que la part du budget allouée au secteur de la santé est passée de 6,08% en 2016 à 7,32 % en 2017, de 7,28% en 2018 à 6,78% en 2019 et de 9,51% en 2020 à 6,95% en 2021. Ceci en dépit des engagements pris au sommet d'Abuja par les chefs d'Etats et de Gouvernements de consacrer au moins 15 % du budget général de l'Etat au secteur de la santé.



Source : Direction des Affaires Financières/Ministère chargé de la santé, Rapport gestion 2021

Figure 2: Evolution de la part du budget de l'Etat allouée au secteur de la santé (2016-2021)

L'optimisation de la mobilisation des financements ainsi que leur gestion efficace attendue à travers la signature¹⁶ du deuxième Compact le 10 décembre 2019 entre le Gouvernement et les partenaires au développement du secteur de la santé est un défi majeur pour le système de santé. C'est dans cette perspective que le ministère chargé de la santé avec l'appui des partenaires a élaboré en 2020, un manuel intégré des procédures administratives, budgétaires, financières et comptables. Ce manuel a été validé le 25 septembre 2020 et approuvé le 02 avril 2021 par un arrêté interministériel¹⁷ (ministre chargé de la santé et ministre de l'économie et des finances).

En dehors de ce manuel, le nouveau Compact doit permettre au secteur de la santé d'établir un cadre unique et harmonisé pour une aide accrue, efficace et plus prévisible pour accélérer l'atteinte des objectifs du PNDS 2017-2022. La mise en œuvre de la stratégie nationale de financement de la santé permettra de réduire la fragmentation du système de financement de la santé pour une meilleure équité dans l'accès aux soins de santé et dans la contribution financière.

¹⁴ Loi des finances rectificative 2021

¹⁵ Financement du secteur de la santé est constitué du budget alloué au ministère de la santé et les le financement de la santé dans les autres institutions de l'Etat. Dans le calcul dénominateur, le service de la dette est exclu du budget général

¹⁶ Les signataires du compact sont le Gouvernement, la société civile, le secteur privé, les partenaires du développement bilatéraux et multilatéraux, les acteurs non étatiques du niveau national et autres parties prenantes.

¹⁷ Arrêté interministériel N°102/2021/MSHPAUS/MEF du 02 avril 2021 portant approbation du manuel intégré de procédures administratives, budgétaires, financières et comptables.

1.10. Gouvernance et pilotage du système de santé

1.10.1. Coordination des actions du secteur

La coordination des actions du secteur de la santé est assurée par le Comité National de Coordination du Secteur de la Santé (CNC- SS) créé le 14 novembre 2019 par Arrêté N°215/2019/MSHP/CAB/SG en remplacement du Comité Sectoriel Santé VIH (CSS/VIH) dont le fonctionnement n'a pas été optimal. Le CNC-SS est un organe de renforcement du leadership et de dialogue politique en santé. Il est chargé d'orienter les politiques et stratégies de développement sanitaire ainsi que le suivi de leur mise en œuvre et l'alignement des interventions menées par différents acteurs sur le plan national de développement sanitaire. Il est présidé par le ministre chargé de la santé. Le CNC-SS dispose de quatre (04) commissions thématiques : la commission « santé tout au long du cycle de la vie », la commission « lutte contre les maladies et déterminants sociaux de la santé », la commission « sécurité sanitaire et urgences de santé publique » et la « commission renforcement du système de santé et couverture sanitaire universelle ». Il est représenté au niveau de chaque région et district sanitaire respectivement par le comité régional de coordination du secteur de la santé (CRC-SS) et le comité de district de coordination du secteur de la santé (CDC-SS). L'un des défis majeurs est la fonctionnalité de ce comité au niveau central, régional qu'opérationnel étant bien entendu que ce comité a aussi la lourde responsabilité d'assurer le suivi des engagements pris par les parties signataires du nouveau compact.

En 2021, le CNC-SS a tenu une réunion pour faire le point sur la préparation pour le déploiement et l'introduction du vaccin contre la Covid-19, présenter la feuille de route du Gouvernement 2020-2025 du ministère chargé de la santé, le manuel intégré des procédures administratives, budgétaires, financières et comptables et le projet d'évaluation et d'élaboration de la politique nationale de la santé et du PNDS.

Il existe également des sous-comités multisectoriels tels que le Comité de Coordination Inter Agence (CCIA) et le Country Coordination Mechanism (CCM). En 2021, le CCIA a tenu trois (03) réunions qui ont permis de discuter sur les points suivants : (i) la demande de soutien du Togo à GAVI ALLIANCE pour l'organisation de la campagne de vaccination et de suivi chez les enfants de 9 mois à 5 ans contre la rougeole et la rubéole ; (ii) les conclusions de l'audit des programmes de soutien de GAVI au Togo conduit par le Département Audit des Programmes de GAVI en collaboration avec le Cabinet BAGE ; (iii) les résultats de 2020 et du premier trimestre 2021 du Programme Elargi de Vaccination (PEV).

Quant au CCM Togo, il a organisé en 2021, quatre (4) réunions dont une (01) virtuelles dans le contexte de la pandémie à corona virus et trois (03) visites de terrain. Les réunions organisées ont permis de : (i) faire le suivi des subventions de NFM3 ainsi que les résultats escomptés et (ii) faire la restitution des travaux des visites de terrain. En dehors de ces réunions, le CCM a organisé deux (02) réunions de feedback de la société civile qui ont permis aux membres titulaires de revenir vers leur base pour expliquer les différents sujets débattus au CCM en 2021.

En termes d'activité, le CCM a élaboré une note conceptuelle pour la riposte contre la Covid-19 à hauteur de 3,5 millions d'euros. La note conceptuelle a été jugée bonne et stratégiquement ciblée. Par ailleurs le CCM Togo comme tous les CCM, a été évalué sur demande du Fonds mondial par les experts internationaux assorti d'un plan d'amélioration en vue de son évolution vers la transition. Par cette évaluation on comprend que, le financement du Fonds mondial est appelé à finir et les pays devront évoluer vers l'appropriation et la pérennisation des acquis de la gestion des subventions du Fonds mondial. Un plan d'amélioration a été élaboré et est en train d'être mis en œuvre.

Au niveau régional et district, le suivi de la coordination des interventions est assuré par les équipes cadres de régions et districts sanitaires au cours des réunions hebdomadaires.

Par ailleurs, dans le cadre de la gestion de la crise sanitaire liée à la Covid-19, le ministère chargé de la santé a mis en place une Cellule Sectorielle de Gestion de la Crise (CSGC) liée à la Covid-19, dirigée par le ministre chargé de la santé. Cette cellule assure la gestion de toutes les actions de riposte à la pandémie à Covid-19 au ministère chargé de la santé en adéquation avec les directives et orientations du Gouvernement.

A ces mécanismes s'ajoute, la coordination des interventions à base communautaire et le monitoring annuel intégré des activités des bénéficiaires secondaire et OSC des trois (03) subventions du Fonds mondial.

1.10.2. Développement de l'approche contractuelle

S'agissant de la réforme de gestion par l'approche contractuelle, elle est implantée dans sept (07) formations sanitaires : CHU-SO, CHU Kara, CHR Atakpamé, CHR Sokodé, CHR Dapaong, CHP Blitta, CMS Siou. En effet, la réforme a d'abord connu une phase pilote où la contractualisation a été pratiquée dans les hôpitaux d'Atakpamé et de Blitta en juin 2017, avant d'être étendue en 2018 dans d'autres centres comme le CHU-SO, le CHU-Kara, les CHR de Dapaong et de Sokodé et le CMS de Siou. Elle embrasse ainsi des entités appartenant aux trois niveaux de la pyramide sanitaire.

Au CHU-SO, la contractualisation a d'abord concerné les services de laboratoire, de radiologie, de pharmacie et de la morgue avant d'être étendue à la totalité des services. La réforme est régie par une convention entre le ministère chargé de la santé et une entité non étatique. Elle repose sur les bases suivantes : la formation sanitaire garde son statut public ; l'Etat garde son rôle et ses prérogatives ; l'organigramme de la formation sanitaire reste en place ; la société contractante s'insère dans l'organigramme, apporte un appui à la gestion de la formation sanitaire par la mise en place d'outils permettant une gestion orthodoxe, inclusive et transparente (elle n'y injecte pas de ressources, et est rémunérée par l'Etat pour ses prestations de gestion) ; un comité de trésorerie est mis en place et décide, sur la base des recettes de la formation sanitaire, des dépenses dictées par les priorités de la formation retenues de façon consensuelle.

Il faut noter que la mise en œuvre de cette approche a permis : (i) d'améliorer la disponibilité des équipements et des intrants et de renforcer le plateau technique ; (ii) d'augmenter la fréquentation des centres (20%) ; (iii) d'augmenter le nombre d'actes réalisés ; (iv) d'améliorer la disponibilité en médicaments (> 95%) ; (v) d'améliorer les conditions d'assainissement des centres (salubrité des centres) ; (vi) d'augmenter le chiffre d'affaires des formations sanitaires de 12,915 milliards de FCFA en 2018 à 20,645 milliards de FCFA en 2021, soit une augmentation de 60% et (vii) renforcer la pertinence du diagnostic des besoins. Pour l'année 2021, trois (03) nouvelles formations sanitaires notamment le CHR Sokodé, le CHU-Kara et le CHR Dapaong ont été enrôlées.

Au total, dans les 557 092 373 F CFA qui ont été mobilisés en 2021 pour la mise en œuvre de l'approche contractuelle dans les formations sanitaires¹⁸, 492 083 480 F CFA ont été exécutés.

1.10.3. Dialogue politique sectoriel

En vue de renforcer le dialogue politique sectoriel et la collaboration entre le ministère chargé de la santé, les autres départements ministériels et les partenaires techniques et financiers, un nouveau compact a été élaboré et signé le 10 décembre 2019 pour soutenir la mise en œuvre du PNDS 2017-2022. En effet, la signature de ce Compact est une étape importante vers une harmonisation des procédures de gestion conformément à l'esprit de la Déclaration de Paris et du Plan d'Action d'Accra. Un meilleur suivi de la mise en œuvre de ce Compact permettra de mieux

¹⁸Rapport 2020 de la Cellule de Coordination de l'Approche Contractuelle

coordonner l'aide extérieure et de renforcer l'esprit de redevabilité et de transparence dans l'utilisation des financements du secteur.

1.10.4. Régulation du secteur

Au cours de l'année 2021, des textes ont été pris pour renforcer le cadre juridique du secteur. Il s'agit essentiellement des textes relatifs à la couverture sanitaire universelle, à la réglementation et à la gestion de la pandémie à Covid-19.

Aussi, 94 certificats de salubrité et 140 autorisations (57 pour installation, 48 pour exploitation et 35 pour renouvellement)¹⁹ ont été délivrés respectivement aux structures de production d'eau et à des structures sanitaires privées.

Les principaux nouveaux textes qui ont été adoptés en 2021 sont entre autres :

- loi n°2021-022 du 18 octobre 2021 instituant l'assurance maladie universelle en République togolaise ;
- décret n°2021-087/PR du 25 août 2021 portant création du programme national d'accompagnement de la femme enceinte et du nouveau-né ;
- décret n°2021-130 du 1^{er} décembre 2021 fixant les missions et attributions de l'Institut d'assurance maladie en matière d'assurance maladie universelle ;
- arrêté n°311/2021/MSHPAUS/CAB du 2 novembre 2021 portant retrait de la licence d'exploitation d'un laboratoire d'analyse de biologie médicale ;
- arrêté n°312/2021/MSHPAUS/CAB/SG du 2 novembre 2021 fixant les conditions de désignation et d'attributions d'un laboratoire national de référence de biologie médicale au Togo ;
- arrêté n°313/2021/MSHPAUS/CAB/SG du 3 novembre 2021 portant désignation du laboratoire national de référence pour la tuberculose ;
- arrêté n°361/2021/MSPHAUS/CAB/SG du 8 décembre 2021 portant création d'un comité d'étude des conditions et modalités d'organisation du service de la garde de nuit, les jours fériés et les week-ends dans les établissements publics de soins.

En dehors des textes législatifs et réglementaires, une série d'activités ont été réalisées pour analyser le cadre juridique existant afin de l'adapter aux réalités du secteur de la santé.

La première phase de cette activité a consisté à la validation du rapport d'analyse du cadre juridique par tous les acteurs impliqués dans la gestion des urgences de santé publique. La deuxième phase avait pour objectif la formation des acteurs impliqués dans la gestion des urgences sur les douze (12) caractéristiques que doit revêtir une loi d'urgence de santé publique efficace. La troisième phase a permis de faire un examen exhaustif du cadre juridique actuel sur la base des douze (12) caractéristiques d'une loi efficace de santé publique afin de doter le Togo d'un arsenal juridique pour répondre efficacement à tous les événements de santé publique.

1.10.5. Elaboration de documents de politique et de stratégies

En 2021, plusieurs documents de politiques et de stratégies ont été élaborés :

- le plan national intégré de communication sur la SSR/SMI ;
- les documents de stratégies et de suivi des organisations de la société civile et réseau des PVVIH ;
- la stratégie de prévention des IST/VIH ;
- le plan stratégique de prévention des infections en intégrant IAS ;
- les directives de l'épidémiologie-surveillance des maladies et événements à potentiels épidémiques liés à la faune sauvage ;
- le guide de mentorat sur l'offre des soins intégrés de planification familiale du post-partum, de soins maternels, néonataux, infantiles et de nutrition au Togo ;

¹⁹ Rapport annuel d'activité 2021, DESR

- le guide de mentorat sur l'offre des soins intégrés de planification familiale du post-partum, de soins maternels, néonataux, infantiles et de nutrition au Togo ;
- les outils de collecte des données et des indicateurs en tenant compte de l'intégration des services de planification familiale du post-partum, de soins maternels, néonataux, infantiles et de nutrition ;
- le manuel de procédures opérationnelles standardisé pour la protection du personnel contre les IAS ;
- le Plan de gestion intégrée des vecteurs de zoonoses et des pesticides ;
- le guide national d'amélioration de la qualité des services de santé (GIZ, Santé intégrée, Amplify PF) ;
- la stratégie nationale pour le vieillissement en bonne santé au Togo ;
- le plan d'action national pour la santé des adolescents et jeunes 2020-2021 ;
- le Kit National d'Orientation en santé des adolescents et des jeunes.

1.10.6. Planification stratégique et suivi de l'exécution du budget

Dans le cadre de la mise en œuvre de la réforme budgétaire de l'UEMOA, le ministère a élaboré le budget programme 2022-2024. Ce budget programme est organisé en quatre (04) programmes :

- Programme 1 « Pilotage et soutien des services du ministère chargé de la santé » ;
- Programme 2 « Offre de soins de santé de qualité et lutte contre la maladie » ;
- Programme 3 « Couverture sanitaire universelle » ;
- Programme 4 « Réponse aux urgences sanitaires ».

De plus, le programme d'investissement public (PIP) 2022-2024 a été élaboré conformément à la lettre de cadrage du ministère de l'économie et des finances.

Au niveau des régions et districts sanitaires, des plans d'action opérationnels (PAO) sont élaborés et validés de manière participative avec tous les acteurs concernés y compris la société civile et les communautés. Les services centraux du ministère élaborent leur plan de travail annuel en lien avec leur plan stratégique, le budget de l'Etat et le plan de travail annuel des partenaires techniques et financiers.

Cependant, il existe des difficultés de compilation et de mise en commun des différents plans de travail. En ce qui concerne les hôpitaux régionaux, nationaux ainsi que les spécificités, le processus de planification reste limité à l'élaboration du budget équilibré en dépenses et en recettes. Ces budgets sont soumis à l'approbation des conseils d'administration.

En matière de suivi de l'exécution du budget, deux (02) missions de suivi de l'exécution budgétaire ont été organisées dans seize (16) structures sanitaires (CHP Amlamé, CHP Elavagnon, CHP Sotouboua, CMS Bapuré, CMS Bourkou, CMS Kambolé, CMS Agbandi, CMS Morétan, USP Koumondè, USP Kouméa, USP Gamé, USP Asrama, USP Atchanvé, USP Kolokopé, USP Adogli et USP Tchébébé.

Le rapport annuel de performance 2020 du ministère a été élaboré ainsi que plusieurs missions de suivi et de supervisions ont été réalisées entre autres la supervision des points focaux PEV et SNIS sur l'utilisation de Who data quality, la mise en œuvre des activités du projet PEPFAR au Togo et des activités du PNDS 2017-2022 au niveau opérationnel.

1.10.7. Transparence et redevabilité au sein du secteur

Les efforts visant une meilleure gestion et une bonne utilisation des ressources au sein du secteur de la santé se poursuivent. En matière de suivi et évaluation, il existe un cadre commun de suivi et évaluation des résultats du plan national de développement sanitaire. Le suivi de ces résultats lors des revues annuelles conjointes a contribué à l'amélioration des performances dans le secteur.

En 2021, plusieurs actions ont été menées entre autres :

- l'audit comptable et financier des exercices 2017 et 2018 de REDISSE ;
- le contrôle de gestion et d'audit interne dans les structures sanitaires suivantes : i) DPS Lacs, USP Agbodrafo et Anfoin ; ii) DPS Haho, USP Amakpapé et Wahala ; iii) DPS Agou, USP Amoussoukopé et Avétonou et iv) DPS Vo, USP Akoumapé et Wogba ;
- les revues annuelles 2020 des activités sanitaires des régions ;
- la revue régionale annuelle 2020 du système national d'information sanitaire ;
- l'audit externe de l'exercice 2020 de la subvention RSS2 ;
- l'évaluation des interventions des OSC impliquées dans le cadre de la mise en œuvre de la subvention RSS2 ;
- l'évaluation externe des régions sanitaires ;
- la revue 2020 des activités de renforcement du système de santé (RSS) en prélude à la revue nationale.

1.10.8. Déconcentration et décentralisation du système de santé

Le Togo est organisé en cinq (05) régions administratives. En 2020, une réforme administrative induite par l'arrêté n°171/2020/MSHP/CAB/SG du 19 juin 2020 portant organisation administrative des régions sanitaires, organise le secteur de la santé en six (6) régions sanitaires, 39 préfectures sanitaires (districts sanitaires) et 117 communes sanitaires. Seules 13 communes sanitaires sont fonctionnelles (avec nomination des médecins de communes sanitaires).

Chaque région sanitaire est administrée par une Direction Régionale de la Santé (DRS) et chaque préfecture sanitaire par une Direction Préfectorale de la Santé (DPS). Les actions des DRS sont coordonnées par les Equipe Cadres de Région (ECR) et celles des DPS, par les Equipes Cadre de District (ECD). Il faut également noter que chaque région et préfecture sanitaire dispose d'une ligne de crédit dans le budget général de l'Etat.

1.10.9. Système de santé communautaire

L'option de l'implication de la communauté a été renforcée par l'initiative de Bamako en 1987 et réaffirmée à la conférence internationale sur la santé communautaire dans la région africaine, tenue à Addis-Abeba en Ethiopie en Novembre 2006 et par la Déclaration de Ouagadougou au Burkina Faso en avril 2008 renforcée par la déclaration de la conférence internationale sur les soins de santé primaires à Astana au Kazakhstan en octobre 2018. Le Togo, fort de cette expérience, a élaboré en 2009 une politique nationale des Interventions à Base Communautaire (IBC), mise en œuvre à travers le plan stratégique 2016-2020. Les paquets d'IBC sont des interventions développées ayant un impact sur la réduction de la morbidité et de la mortalité infanto juvénile et maternelle. Dans la mise en œuvre des IBC, l'Agent de Santé Communautaire (ASC) est formé pour rapprocher les soins des communautés. Il est désigné par sa communauté sur la base de critères précis.

En 2021, le Togo compte environ 7 500 ASC. Le pourcentage de villages situés à plus de 5 km d'une USP et disposant d'au moins un ASC formé sur les soins intégrés (PCIMNE-Communautaire : diarrhée, pneumonie, paludisme et malnutrition) est passé de 79,84% en 2020²⁰ à 72,7% en 2021²¹.

En ce qui concerne la gestion de la participation communautaire, elle est assurée par les Comités de gestion (COGES). En 2021, on compte 394 COGES fonctionnels sur 646 soit 61% contre 36,19% en 2020 selon les critères de fonctionnalité. Cette augmentation serait due au renouvellement de plusieurs COGES dont les membres ont été formés sur la cogestion. Néanmoins, une évaluation externe serait nécessaire pour apprécier la fonctionnalité des COGES. La répartition de ces COGES et le nombre de villages situés à plus de 5 Km disposant d'au moins un ASC formé en PCIMNE-C par région sanitaire sont présentés dans le tableau VII ci-dessous :

²⁰ Rapport annuel de performance 2020 du ministère, août 2021

²¹ Données de la DSCPA, 2021

Tableau VII : Fonctionnalité des COGES en disponibilité des ASC PCIMNE dans les villages à plus de 5 km

Régions sanitaires	COGES Fonctionnel			Village à plus de 5km disposant d'au moins un (01) ASC formé en PCIMNE-C		
	Numérateur	Dénominateur	%	Numérateur	Dénominateur	%
GRAND LOME	21	33	63,6	43	92	46,7
MARITIME	29	131	22	460	1217	38
PLATEAUX	87	187	46,5	1533	1627	94,2
CENTRALE	77	90	85	495	510	97,1
KARA	108	117	93	479	721	66,4
SAVANES	72	88	81,8	560	746	75,1
TOTAL 2021	394	646	61	3570	4913	72,7

Source : Données collectées auprès de la DSCPA, 2021

Les actions menées en 2021 dans le cadre du renforcement du système de santé communautaire sont :

- l'analyse situationnelle de la santé des personnes âgées au Togo ;
- l'élaboration d'une stratégie nationale pour le vieillissement en bonne santé au Togo ;
- le renforcement de capacités des membres de COGES des districts sanitaires de la Kozah et de Haho en mobilisation de ressources domestiques ;
- l'organisation de réunions trimestrielles du comité de coordination des interventions à base communautaire ;
- l'organisation d'un monitoring annuel intégré des activités des bénéficiaires secondaires et OSC des trois (03) subventions du Fonds Mondial ;
- la réalisation d'une cartographie de l'implémentation de la PCIME Communautaire et la DBC au Togo ;
- réalisation d'une auto-évaluation des interventions à base communautaire avec utilisation de l'outil « Matrice d'évaluation et d'amélioration de la performance des agents de santé communautaires (MEAP ASC) » dans le cadre du processus de professionnalisation des ASC au Togo ;
- l'appui au renforcement de capacité des ASC/RC sur la PCIME-C, l'approche CFC-RTM et sur la PF-C ;
- le suivi de la motivation des ASC/RC venant de l'Etat et de l'Unicef (Kara et Savanes) ;
- la prise en charge de la motivation des Agents de Santé Communautaire ;
- le renforcement des capacités de gestion comptable et financière de POSCVI-TOGO (dotation d'un coffre-fort et de 2 disques externes) ;
- la formation des COGES ;
- l'acquisition de vélos pour les ASC des districts sanitaires de Sotouboua et Mò ;
- la dynamisation de 100 nouveaux PAPAS CHAMPIONS identifiés dans les 14 districts prioritaires suivi de leur briefing sur l'approche et les activités ;
- l'échange, suivi et orientation avec les responsables des OSC intervenant dans la mobilisation sociale pour la vaccination dans les 14 districts prioritaires ;
- la formation des acteurs communautaires dans les 80 USP appuyées par ProSanté dans la région de la Kara (tontines, clubs des mères, papas champions, grand-mères, revendeuses, ...) aux domaines santé de reproduction et droits sexuels, Covid-19 et à la communication interpersonnelle ;
- la formation du personnel OSC/Réseau de lutte contre le VIH ;

- la supervision des membres de 18 COGES dans la Kozah et formation des membres de 24 COGES supplémentaires dans la région de la Kara à leurs rôles et responsabilités et aux outils de gestion.

Dans le cadre de la riposte contre la Covid-19, 105 membres de 21 associations des personnes âgées fonctionnelles ont été formés sur l'importance de la vaccination anti Covid-19, sur le respect des mesures barrières et sur la nécessité de se faire vacciner contre la Covid-19. Ces membres formés poursuivront les activités de sensibilisation trimestrielles à l'endroit de leurs pairs dans les districts sanitaires en collaboration avec les comités de veille et de riposte locales jusqu'en 2023.

1.10.10. Coopération nationale, internationale et partenariat public-privé

Sur le plan national, le ministère chargé de la santé entretient des liaisons étroites avec l'ensemble de ses partenaires techniques et financiers, les ONG/associations nationales, la Plateforme du Secteur Privé de la Santé au Togo (PSPS-TOGO), les autres ministères et institutions ayant des interventions dans le domaine de la santé.

En 2021, une séance de briefing de 105 membres de 21 Associations des personnes âgées fonctionnelles sur la nécessité et l'importance de la vaccination anti Covid-19 et sur les mesures barrières. Deux (02) réunions de concertation entre le MSHPAUS et la plateforme du secteur privé de la santé ont été organisées avec la PSPS-TOGO. Les échanges ont porté sur : (i) contribution du secteur privé de la santé à l'amélioration de la couverture vaccinale Covid-19 ; (ii) le rôle du secteur privé de santé du Togo face aux défis de l'accès universel aux soins (disponibilité, accessibilité, éligibilité), l'assurance maladie universelle ; (iii) le rôle et la responsabilité du secteur privé de santé dans la lutte contre la Covid-19.

2. Financements mobilisés en 2021 pour le soutien au renforcement du système de santé

Selon les données recueillies auprès des différents services du ministère chargé de la santé et les partenaires techniques et financiers, les ressources mobilisées (exécutées) pour la mise en œuvre des interventions de renforcement du système de santé en 2021 s'élèvent à **58 784 858 221 F CFA** pour une prévision de **69 559 214 607 F CFA**, soit un taux de réalisation de **84,5%**. Les **58 784 858 221 F CFA** mobilisés représentent **190,0%** du coût planifié pour l'année 2021 au titre du Plan National de Renforcement du Système de Santé (PNRSS) 2018-2022 (soit **30 940 568 000 FCFA**) et **96,4%** du coût planifié au titre de l'année 2021 de l'Axe 5 du PNDS 2017-2022 « Renforcement du système de santé vers la CSU y compris la santé communautaire » (soit **60 996 000 000 FCFA**). Voir tableau VIII ci-dessous.

Il est important de préciser que le dépassement du budget prévisionnel du PNRSS est en partie lié aux ressources mobilisées dans le cadre de la pandémie à Covid-19. C'est l'exemple des ressources mobilisées pour le renforcement de la chaîne d'approvisionnement et de distribution des médicaments et vaccins (**36 359 512 758 F CFA** mobilisés contre **1 705 350 000 F CFA** prévus).

Par source de financement, **29%** (**16 833 579 972 F CFA/58 784 858 221 F CFA**) des ressources ont été mobilisées par l'Etat, **65%** par les Partenaires Techniques et Financiers (**38 391 309 551 F CFA/58 784 858 221 F CFA**) et **6%** (**3 559 968 697/58 784 858 221 F CFA**) par les structures sanitaires (ressources propres).

Tableau VIII : Financements mobilisés en 2021 pour le soutien au RSS

Piliers	Montant planifié (A)	Montant exécuté (B)	Part (%) B/A*100	Sources de financement		
				Etat	Budget autonome	PTF
Gouvernance et pilotage du système de santé	8 374 173 779	7 169 192 606	85,6	6 012 366 693	-	1 156 825 913
Financement de la santé	19 030 200	18 798 343	98,8	-	-	18 798 343
Ressources Humaines en Santé (RHS)	3 242 586 770	3 086 474 248	95,2	112 325 520	1 957 977 699	1 016 171 029
Services et soins de santé	8 396 331 354	6 673 427 748	79,5	2 232 477 740	622 468 201	3 818 481 807
Médicaments et autres produits de santé	45 134 321 017	37 882 842 538	83,9	6 320 018 208	902 705 843	30 660 118 486
Produits sanguins labiles (PSL)	2 074 169 500	1 878 256 500	90,6	1 870 087 000	-	8 169 500
Biologie médicale	1 534 383 738	1 477 460 295	96,3	286 304 811	-	1 191 155 484
Information sanitaire et recherche en santé	784 218 249	598 405 943	76,3	-	76 816 954	521 588 989
Total	69 559 214 607	58 784 858 221	84,5	16 833 579 972	3 559 968 697	38 391 309 551

Source : Données collectées auprès des services du ministère chargé de la santé et des partenaires, gestion 2021

Par pilier, **64,4%** des ressources mobilisées ont été consacrées aux médicaments et autres produits de santé ; **12,2%** à la gouvernance et pilotage du système ; **11,4%** aux services et soins de santé. Les autres piliers représentent moins de **12%** des ressources mobilisées. Voir tableau IX.

Tableau IX : Financements mobilisés en 2021 par pilier du système de santé

Piliers	Montant exécuté	Part (%)
Gouvernance et pilotage du système de santé	7 169 192 606	12,2
Financement de la santé	18 798 343	0,0
Ressources Humaines en Santé (RHS)	3 086 474 248	5,3
Services et soins de santé	6 673 427 748	11,4
Médicaments et autres produits de santé	37 882 842 538	64,4
Produits sanguins labiles (PSL)	1 878 256 500	3,2
Biologie médicale	1 477 460 295	2,5
Information sanitaire et recherche en santé	598 405 943	1,0
Total	58 784 858 221	100,0

Source : Données collectées auprès des services du ministère chargé de la santé et des partenaires, gestion 2021

Par domaine d'intervention des piliers :

- Sur les **7 169 192 606 F CFA** de ressources mobilisées pour la gouvernance et le pilotage du système de santé, **75,3%** (**5 397 182 013 F CFA**) représentent le montant des passations des marchés ; **6,9%** (**492 083 480 FCFA**) ont été consacrés à l'approche contractuelle ; **5,9%** (**426 204 774 F CFA**) au renforcement du système de

santé communautaire ; **3,7%** (**266 742 777 F CFA**) à l'élaboration de documents de politique et de stratégies ; **3,5 %** (**251 050 016 FCFA**) au renforcement du leadership, du dialogue et de la coordination des interventions au sein du secteur. Le reste des ressources ont été consacrés aux activités de suivi, supervision et monitoring des interventions (**3,3%** ; **238 340 720 FCFA**), de redevabilité au sein du secteur (**1,0%** ; **69 903 261FCFA**), de renforcement du cadre législatif et réglementaire du secteur (**0,3 %** ; **23 707 265 FCFA**) et de renforcement du partenariat public-privé (**0,1 %** ; **3 978 300 FCFA**).

- S'agissant du financement de la santé (**18 798 343 F CFA**), la totalité des ressources ont été consacrées à la mobilisation des ressources financières pour la santé y compris les capacités d'absorption des ressources accordées au ministère chargé de la santé.
- Concernant les Ressources Humaines en Santé (RHS), sur les **3 086 474 248 FCFA** mobilisés, **72,1%** (**2 225 827 825 F CFA**) ont été consacrés à la dotation des structures de santé en RH, **27,6%** (**852 836 451 FCFA**) au renforcement des capacités des RHS. Le reste des ressources a permis d'améliorer la gouvernance et le leadership des structures chargées de la gestion des ressources humaines **0,3%** (**7 809 973 F CFA**).
- Quant aux services et soins de santé, sur les **6 673 427 748 FCFA** mobilisés, **49,4%** (**3 298 082 224 F CFA**) ont été consacrés à l'acquisition d'équipements médico-techniques des structures sanitaires (renforcement du plateau technique) ; **45,7%** (**3 046 997 354 F CFA**) ont permis de construire/réhabiliter les infrastructures sanitaires et de les équiper ; **2,4%** (**163 195 520 FCFA**) au renforcement du système d'assurance qualité en milieu de soins ; **2,1 %** (**141 500 000 F CFA**) à l'acquisition de la logistique (matériel roulant) y compris cliniques mobiles. Le reste des ressources **0,4%** (**23 652 650 F CFA**) ont servi au renforcement du système de référence et contre référence.
- En ce qui concerne les médicaments et les autres produits de santé, sur les **37 882 842 538 F CFA** mobilisés, **59,2%** (**22 426 243 820 F CFA**) pour la chaîne d'approvisionnement et de distribution des vaccins ; **36,8%** (**13 933 268 938 F CFA**) à la chaîne d'approvisionnement et de distribution des médicaments ; **4,0%** (**1 516 638 780 F CFA**) aux produits et technologies médicaux essentiels. Sur les **22 426 243 820 F CFA** mobilisés pour l'achat des vaccins, **16 045 955 645 F CFA** soit près des $\frac{3}{4}$ (**71,5%**) ont permis l'achat des vaccins contre la Covid-19.
- Par rapport aux produits sanguins labiles (**1 878 256 500 FCFA**), la presque totalité des ressources mobilisées **99,7%** (**1 873 197 000 CFA**) a servi au renforcement des capacités de production et de distribution des PSL. Le reste **0,3%** (**5 059 500 FCFA**) a été alloué au renforcement du cadre réglementaire et institutionnel de la transfusion sanguine.
- En matière de biologie médicale (**1 477 460 295 FCFA**), la presque totalité **94,6%** (**1 398 131 279 F CFA**) des ressources mobilisées a été allouée aux infrastructures et équipements biomédicaux. Le reste **5,4%** a contribué au renforcement du système de management de la qualité dans les laboratoires **5,1%** (**74 863 666 FCFA**) et au renforcement du cadre juridique et réglementaire de l'exercice de la biologie médicale **0,3%** (**4 465 350 FCFA**).
- Concernant l'information sanitaire et la recherche en santé (**598 405 943 FCFA**), **60,7 %** (**363 288 162 FCFA**) ont été consacrés à la recherche en santé. Le reste des ressources mobilisées a été dédié au renforcement de nouvelles Technologies de l'Information et de la Communication (NTIC) et la cybersanté **20,7%** (**123 951 254 FCFA**) et à l'accélération de la réforme du système d'information sanitaire **18,6%** (**111 166 527 F CFA**).

Tableau X : Financements mobilisés en 2021 par domaine d'intervention (en millions de F CFA)

Piliers	Domaines d'intervention	Montant exécuté	%
Gouvernance et pilotage du système de santé	Leadership, dialogue et coordination des interventions au sein du secteur	251 050 016	3,5
	Elaboration de documents de politique et de stratégies	266 742 777	3,7
	Approche contractuelle	492 083 480	6,9
	Cadre législatif et réglementaire du secteur	23 707 265	0,3
	Transparence et recevabilité au sein du secteur	69 903 261	1,0
	Passation des marchés publics	5 397 182 013	75,3
	Planification stratégique, allocation, et suivi de l'exécution du budget	238 340 720	3,3
	Déconcentration et décentralisation dans le secteur	-	-
	Système de santé communautaire	426 204 774	5,9
	Partenariat public-privé	3 978 300	0,1
	Total « Gouvernance et pilotage du système de santé »	7 169 192 606	100,0
Financement de la santé	Financement de la santé	-	-
	Mobilisation des ressources financières pour la santé y compris capacités d'absorption des ressources accordées au Ministère de la santé	18 798 343	100,0
	Total «Financement de la santé »	18 798 343	100,0
Ressources Humaines en Santé (RHS)	Dotation des structures de santé en RHS	2 225 827 825	72,1
	Qualité et renforcement des capacités des RHS	852 836 451	27,6
	Gouvernance et leadership des structures chargées de la gestion des RHS	7 809 973	0,3
	Total «Ressources Humaines en Santé (RHS)»	3 086 474 248	100,0
Services et soins de santé	Infrastructures sanitaires (constructions et réhabilitations)	3 046 997 354	45,7
	Equipements médico-techniques des structures sanitaires (renforcement du plateau technique)	3 298 082 224	49,4
	Logistique (matériel roulant) y compris cliniques mobiles	141 500 000	2,1
	Système d'assurance qualité en milieu de soins	163 195 520	2,4
	Système de référence et contre référence	23 652 650	0,4
	Total «Services et soins de santé »	6 673 427 748	100,0
Médicaments et autres produits santé	Chaîne d'approvisionnement et de distribution des médicaments	13 933 268 938	36,8
	Chaîne d'approvisionnement et de distribution des vaccins	22 426 243 820	59,2
	Assurance qualité des médicaments et autres produits de santé	6 691 000	0,0

Piliers	Domaines d'intervention	Montant exécuté	%
	Usage rationnel des médicaments essentiels génériques (MEG) de qualité	-	-
	Produits et technologies médicaux essentiels	1 516 638 780	4,0
	Total «Médicaments et autres produits de santé »	37 882 842 538	100,0
Produits sanguins labiles (PSL)	Cadre réglementaire et institutionnel de la transfusion sanguine	5 059 500	0,3
	Capacités de production et de distribution	1 873 197 000	99,7
	Total «Produits sanguins labiles (PSL) »	1 878 256 500	100,0
Biologie médicale	Cadre juridique et réglementaire de l'exercice de la biologie médicale	4 465 350	0,3
	Système de management de la qualité dans les laboratoires	74 863 666	5,1
	Infrastructures et équipements biomédicaux	1 398 131 279	94,6
	Total «Biologie médicale »	1 477 460 295	100,0
Information sanitaire et recherche en santé	Réforme du système d'information sanitaire (SNIS)	111 166 527	18,6
	Nouvelles Technologies de la Communication et de l'Information (NTIC) et cybersanté	123 951 254	20,7
	Recherche en santé	363 288 162	60,7
	Total « Information sanitaire et recherche en santé »	598 405 943	100,0
GRAND TOTAL		58 784 858 221	100,0

Source : Données collectées auprès des services du ministère chargé de la santé et des partenaires, gestion 2021

En ce qui concerne l'apport des partenaires, il représente **65,3%** de l'ensemble des ressources mobilisées en 2021 pour soutenir les activités de renforcement du système de santé, soit **38 391 309 551 sur 58 784 858 221 FCFA**. Par partenaire, on a : **48,5%** ont été apportés par Gavi Alliance, **18,4 %** le Fonds mondial, **10,9 %** par la Banque mondiale, **8,6 %** par la Coopération Allemande, **5,3%** par l'UNFPA et **3,1 %** par l'USAID (FTO). L'apport des autres partenaires n'est pas des moindres (voir tableau ci-dessous XI).

Tableau XI : Apport de chaque partenaire dans les financements mobilisés en 2021

N°	Partenaires	Apport (en F CFA)	Part (%)
1	GAVI Alliance*	18 605 001 042	48,5
2	Fonds Mondial	7 074 548 394	18,4
3	Banque mondiale	4 171 269 487	10,9
4	Coopération Allemande (Ministère Allemand de la Coopération Economique et du Développement, GIZ, KFW)	3 302 492 680	8,6
5	UNFPA	2 053 927 706	5,3
6	USAID (FTO)	1 173 805 508	3,1
7	PNUD	561 324 000	1,5
8	ONUSIDA	393 685 823	1,0
9	UNICEF	366 329 118	1,0

N°	Partenaires	Apport (en F CFA)	Part (%)
10	Plan InternationalTogo	148 187 009	0,4
11	Fondation Mérieux/Resaolab 3	132 973 783	0,3
12	Santé Intégrée	86 120 570	0,2
13	OOAS	85 030 294	0,2
14	OMS	70 393 537	0,2
15	PEPFAR (President's Emergency Plan for AIDS Relief)	47 080 915	0,1
16	DAHW	28 385 157	0,1
17	Compassion Internationale	18 309 500	0,0
18	CDC Atlanta/Projet GHSA	17 530 000	0,0
19	Union Internationale contre laTuberculose et les Maladies Respiratoires	15 239 754	0,0
20	Resolve to Save lives	14 362 440	0,0
21	IntraHealth	10 776 000	0,0
22	CHAI	5 101 600	0,0
23	OADEL	4 277 430	0,0
24	AMP Health	4 006 198	0,0
25	Projet WANETAM ROLNR	1 151 606	0,0
TOTAL		38 391 309 551	100,0

* La part importante de GAVI Alliance dans les financements mobilisés s'explique par la valorisation des vaccins contre la Covid-19 alloués par le Mécanisme COVAX au Togo, soit **16 045 955 645 F CFA**.

Source : Données collectées auprès des services du ministère chargé de la santé et des partenaires, gestion 2021

3. Point sur les dépenses d'investissement en 2021 dans le cadre de la lutte contre Covid-19

L'année 2021 a été marquée par la persistance de la pandémie à Covid-19 survenue en 2020 et qui a perturbé le déroulement normal des activités de routine. Ainsi, pour lutter contre cette pandémie, la plupart des ressources mobilisées ont été réorientées vers les activités de riposte. Elles ont permis de réaliser plusieurs activités : (i) l'élaboration des bulletins semestriels ONE HEALTH sur la surveillance des maladies à potentiel épidémique ; (ii) l'examen du cadre juridique à l'aune des 12 caractéristiques d'une loi d'urgence de santé publique et la validation du rapport d'analyse du cadre juridique sanitaire ; (iii) le renforcement des capacités des acteurs (membres des associations des personnes âgées, tradithérapeutes, points focaux PEV, SNIS et SMIR, acteurs des points d'entrée et de santé (humaine, animale, environnementale, personnel de santé ; (iv) l'exécution des travaux de construction/réhabilitation d'infrastructures sanitaires (spécialités médicales au CHU de Kara ; laboratoire de Djarkpanga et du CHP Cinkassé ; logements du RFS et de la SFE de l'hôpital de district de Gando ; USP de Blakpa-Petsi, de Nambouessou ; service de médecine de Sagbiégou, maternité et logement de fonction du DPS de l'hôpital du district de Kpendjal ; CMS d'Attikoumè et de Djidjolé ; locaux du service administratif du CMS Cacaveli ; laboratoire de micro biologie du CHU SO ; réseau d'eau potable du CHU Kara ; forage au CHU Campus ; buanderie des CHR Tsévié, Atakpamé, Sokodé et Kara Tomdè ; Centre des Maladies Infectieuses - CMI à Kara, laboratoire, radiologie, service des admissions et pédiatrie du CHP Tabligbo ; (v) l'acquisition des équipements de riposte ; (vi) l'acquisition de vaccins, de kits d'extraction ARN, des réactifs de dépistage de la Covid-19 et l'équipement des CTS en matériel de production et de conservation du sang, etc.

Sur les **58 784 858 221 F CFA** de dépenses d'investissement pour le renforcement du système de santé en 2021, **40,2% (23 647 891 305 FCFA)** ont été mobilisées dans le cadre de la lutte contre la Covid-19. Sur les **23 647 891 305 F CFA**, l'apport des partenaires représente **91,0% (21 520 641 883 F CFA)**, celui de l'Etat et des structures de santé (fonds propres) est respectivement de **8,8% (2 074 459 832 FCFA)** et **0,2% (52 789 590 FCFA)**.

Tableau XII : Dépenses d'investissement en 2021 dans le cadre de la lutte contre Covid-19

Dépenses	Montant exécuté	Dépenses par source de financement					
		Etat		Budget autonome (hôpitaux)		PTF	
		Montant	%	Montant	%	Montant	%
Dépenses d'investissement pour la lutte contre Covid-19 (a)	23 647 891 305	2 074 459 832	8,8	52 789 590	0,2	21 520 641 883	91,0
Dépenses totales d'investissement RSS (b)	58 784 858 221	16 833 579 972	28,6	3 559 968 697	6,1	38 391 309 551	65,3
% dépenses Covid-19 (a/b)	40,2%	12,3%		1,5%		56,1%	

Source : Données collectées auprès des services du ministère chargé de la santé et des partenaires, gestion 2021

La situation détaillée de l'apport des partenaires est présentée dans le tableau XIII ci-dessous.

Tableau XIII : Situation détaillée des dépenses d'investissement pour le soutien à la lutte contre Covid-19 par source

N°	Partenaires	Apport (en F CFA)	Part (%)
1	Gavi Alliance	12 711 380 920	59,1
2	Banque mondiale	4 081 158 927	19,0
3	Coopération Allemande (Ministère Allemand de la Coopération Economique et du Développement, GIZ, KFW)	2 913 427 351	13,5
4	UNFPA	820 868 587	3,8
5	Fonds Mondial	577 763 910	2,7
6	ONUSIDA	201 414 111	0,9
7	Fondation Mérieux/Resaolab 3	110 250 000	0,5
8	Santé Intégrée	74 830 800	0,3
9	RESOLVE TO SAVE LIVES	14 362 440	0,1
10	Plan International Togo	8 749 200	0,0
12	OMS	6 435 637	0,0
TOTAL		21 520 641 883	100,0

Source : Données collectées auprès des services du ministère chargé de la santé et des partenaires, gestion 2021

4. Synthèse des principaux problèmes du système de santé

Composantes	Principaux problèmes	Causes immédiates	Causes sous-jacentes et/ou structurelles
Gouvernance	- Faiblesse dans la coordination des actions du secteur	<ul style="list-style-type: none"> - Fonctionnement non optimal du cadre unique de coordination des actions du secteur, - Insuffisance de coordination des actions des partenaires du secteur ; - Absence de cadre de concertation et de dialogue entre le ministère chargé de la santé et les partenaires ; - Faible anticipation sur les problèmes de coordination des actions du secteur. 	<ul style="list-style-type: none"> - Faible disponibilité des acteurs ; - Insuffisance des ressources pour le fonctionnement ; - Faible motivation des acteurs.
	- Faiblesse dans la gestion des structures de santé	<ul style="list-style-type: none"> - Absence de reddition des comptes ; - Faible application des sanctions ; - Retard dans le processus de réforme hospitalière. 	<ul style="list-style-type: none"> - Non-respect des textes régissant les structures sanitaires ; - Insuffisance dans l'application des procédures de gestion financière et comptable ; - Faible culture de redevabilité ; - Faible capacité managériale des responsables des structures sanitaires ; - Faible mise en œuvre des recommandations des audits
	- Développement anarchique des structures privées informelles	<ul style="list-style-type: none"> - Non application des textes règlementaires, - Insuffisance de textes règlementaires régissant le secteur privé, - Positionnement de la Direction des Etablissements de Soins et de Réadaptation dans l'organigramme ne lui donnant pas de marge de manœuvre d'action directe sur le terrain ; - Faiblesse dans la coordination des actions du secteur privé par la PSPS-Togo ; - Absence de cadre intersectoriel de régulation des activités du secteur privé de soins (santé-justice-sécurité) ; - Faiblesse dans la coordination des actions des ONG intervenant dans la santé. 	<ul style="list-style-type: none"> - Insuffisance dans l'élaboration de textes d'application du code de la santé ; - Faible diffusion des textes ; - Méconnaissance des textes par les populations et certains professionnels de santé.

Composantes	Principaux problèmes	Causes immédiates	Causes sous-jacentes et/ou structurelles
	- Treize (13) communes sanitaires fonctionnelles sur	- Non nomination des médecins chefs des communes sanitaires restantes	
Financement de la santé	- Faible allocation des ressources financières à la santé (5,04% du budget de l'Etat alloué à la santé en 2021)	- Non exploitation du potentiel de financements domestiques surtout les mécanismes de financement innovants pour la santé.	- Faible mise en œuvre des conclusions du dialogue national
	- Fragmentation du système de financement de la santé au Togo	- Absence de cadre institutionnel de mobilisation des ressources pour la santé.	- Absence d'une structure unique de mobilisation, de mise en commun et d'achat stratégique des services
	- Faible capacité d'absorption des ressources mobilisées surtout les ressources externes	- Lourdeur des procédures de passation de marchés publics surtout pour l'achat des produits de santé, Multiplicité des procédures dans le secteur (surtout des procédures des partenaires).	- Faible suivi dans l'exécution du budget surtout le budget d'investissement.
Ressources humaines en santé (RHS)	- Insuffisance qualitative et quantitative des ressources humaines pour la santé (RHS) et gestion non optimale de l'existant	- Faible disponibilité (en quantité et en qualité) des RHS ; - Inégale répartition des RHS par région ; - Absence de mécanismes de fidélisation des RHS dans les zones difficiles d'accès ; - Gouvernance non optimale de l'existant ; - Faible rendement des RHS ; - Faible capacité de financement de la formation ; - Insuffisance de recrutement de personnel qualifié ; - Mise en œuvre non harmonieuse du plan de renforcement des capacités du personnel (besoins du secteur vs offre).	- Irrégularité des concours de recrutement dans la fonction publique ; - Absence de système d'évaluation des performances du personnel de santé ; - Conditions salariales et environnement professionnel peu attractifs ; - Absence de plan de gestion de carrière ; - Insuffisance de matériel didactique dans les écoles de formation pour la pratique.

Composantes	Principaux problèmes	Causes immédiates	Causes sous-jacentes et/ou structurelles
Médicaments et autres produits de santé	- Rupture de médicaments et produits de santé aux points de stockage (CAMEG, PRA, ...)	<ul style="list-style-type: none"> - Non maîtrise des besoins des formations sanitaires en médicaments et autres intrants, - Insuffisance des infrastructures de stockage de médicaments, - Non-respect des délais de livraison par les fournisseurs. 	<ul style="list-style-type: none"> - Absence de procédures et d'outils intégrés de quantification des besoins ; - Absence de recapitalisation de la CAMEG-TOGO ; - Inadéquation des procédures nationales en ce qui concerne l'achat des produits de santé.
	- Faible disponibilité des produits de santé jusqu'au dernier kilomètre	<ul style="list-style-type: none"> - Faible trésorerie des formations sanitaires pour l'acquisition de stocks adéquats ; - Non-respect des procédures de gestion de stocks des produits de santé ; - Mauvaise quantification des besoins en produits de santé. 	<ul style="list-style-type: none"> - Non-respect du circuit de distribution des médicaments des points de stockage vers les points de prestation ; - Faible capacité de stockage dans les formations sanitaires ; - Formations sanitaires difficiles d'accès notamment en temps de pluie ; - Insuffisance des référentiels de gestion.
	- Persistance de la faible couverture vaccinale dans certains districts	<ul style="list-style-type: none"> - Rupture de certains vaccins ; - Mauvaise gestion des stocks de vaccins et consommables de vaccination ; - Résistance de certains ménages à la vaccination ; - Chaîne de froid défaillante au niveau opérationnel ; - Insuffisance dans la mise en œuvre de l'ACD/ACE. 	<ul style="list-style-type: none"> - Faible couverture des structures sanitaires en équipements homologués de la chaîne du froid ; - Insuffisance de matériels roulants notamment pour les stratégies de vaccination (mobiles et avancées) ; - Insuffisance de personnels dédiés à la vaccination dans certaines formations sanitaires (service de vaccination non disponibles tous les jours, faible fréquence de stratégie avancées) ; - Insuffisance de communication sur la vaccination.

Composantes	Principaux problèmes	Causes immédiates	Causes sous-jacentes et/ou structurelles
	<ul style="list-style-type: none"> - Besoins non satisfaits en matière de PSL 	<ul style="list-style-type: none"> - Prescriptions et utilisation irrationnelles des PSL (péréemption des PSL dans certains points de prestation) ; - Insuffisance dans la mobilisation des donneurs pour la collecte de sang ; - Insuffisance d'intrants pour la qualification des poches collectées ; - Absence d'un mécanisme de collecte et de gestion des réactions adverses chez les donneurs et les receveurs de PSL ; - Non fonctionnalité des banques de sang dans les formations sanitaires. 	<ul style="list-style-type: none"> - Insuffisance de la subvention de l'Etat au CNTS/CRTS/PCD ; - Insuffisance de personnels dans les centres de transfusion sanguine et PCD ; - Insuffisance de matériels roulants pour les sorties de collectes et le transport des PSL ; - Insuffisance de communication autour de la transfusion sanguine ; - Non fonctionnalité des comités hospitaliers de sécurité transfusionnelle et d'hémovigilance ; - Faiblesse du système de notification des effets secondaires des donneurs et receveurs ; - Non disponibilité d'équipements de conservation des PSL.
Equité dans l'accès aux services de santé (accessibilité géographique et financière)	<ul style="list-style-type: none"> - Couverture insuffisante des soins intégrés au niveau communautaire par les ASC 	<ul style="list-style-type: none"> - Insuffisance de renforcement de capacités des ASC pour la mise en œuvre du paquet intégré ; - Insuffisance de motivation des ASC ; - Verticalité des interventions des partenaires sur le terrain ; - Paquet intégré PCMNE-C non opérationnel dans tous les districts. 	<ul style="list-style-type: none"> - Faible maîtrise de la croissance de la population et les besoins en services socio-économiques de base qui en découlent telle que la santé ; - Inexistence des partenaires dans certaines régions pour soutenir la PCMNE-C ; - Insuffisance d'intrants dans la mise en œuvre de la PCMNE- C - Faiblesse dans la coordination des IBC à tous les niveaux du système de santé.
	<p>-62,7% de dépenses de santé en pourcentage des dépenses totales de santé sont à la charge des ménages (Comptes de la santé, 2017,2018 et 2019)</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Faible couverture de la population par un mécanisme assurantiel et des mutuelles de santé ; - Fragmentation des mécanismes assurantiels existants ; - Faible disponibilité des services et soins de base de qualité ; - Non-respect de la pyramide sanitaire dans la recherche des soins par la population ; - Faiblesse des subventions. 	<ul style="list-style-type: none"> - Absence d'un organe unique de gestion de l'assurance maladie universelle ; - Insuffisance de mise en œuvre des soins de santé primaires ; - Méconnaissance de la pyramide sanitaire par les populations

Composantes	Principaux problèmes	Causes immédiates	Causes sous-jacentes et/ou structurelles
	- Absence de critères fiables d'identification des indigents	- Difficulté dans la définition des critères de l'indigent ; - Faible mécanisme de contrôle de l'utilisation des fonds.	- Absence de critères objectifs de définition de l'indigence.
Infrastructures sanitaires, équipements et logistique roulante	- 29% de la population n'a pas accès aux services de santé (accessibilité géographique)	- Investissements insuffisants dans la construction et l'équipement des formations sanitaires, - Insuffisance de coordination des investissements dans la construction et l'équipement des formations sanitaires ; - Non-respect de la carte sanitaire.	- Absence de plan d'investissement dans la construction et l'équipement des formations sanitaires ; - Influence politique dans les décisions d'implantation de nouvelles formations
	- Insuffisance de logistique roulante (ambulances, véhicules de services, cliniques mobiles)	- Investissements insuffisants dans le renforcement de la logistique roulante ; - Faiblesse dans le suivi de la logistique roulante ; - Faible implication de la DISEM dans l'étude des besoins exprimés et dans l'attribution de matériel roulant ; - Insuffisance de coordination des investissements dans l'acquisition de la logistique roulante	- Absence de plan d'investissement de la logistique roulante y compris le plan de suivi ; - Influence politique dans les décisions d'acquisition et attribution de matériel roulant ; - Insuffisance de l'enveloppe affectée pour l'acquisition du matériel roulant.
	- Insuffisance de maintenance préventive et curative à tous les niveaux	- Insuffisance de personnel qualifié ; - Insuffisance de matériel de maintenance ; - Insuffisance dans la mise en œuvre du plan d'action de maintenance ;	- Non valorisation du secteur de maintenance ; - Absence d'une école de formation en maintenance biomédicale; - Manque de formation et de mise à niveau.

Composantes	Principaux problèmes	Causes immédiates	Causes sous-jacentes et/ou structurelles
	- Non-respect des délais de livraison de construction d'infrastructures et d'équipements sanitaires.	-Retard de financement des projets de construction d'infrastructures et d'équipements sanitaires ; -Faible connaissance des procédures de décaissement par les opérateurs - Difficulté de coordination du suivi et évaluation des projets de construction d'infrastructures et équipements sanitaires.	- Financement insuffisant ; - Insuffisance de communication entre les acteurs.
	- Insuffisance des sanitaires dans les formations sanitaires publiques selon les normes ;	- vétusté des installations ; -manque d'entretien des installations sanitaires	- Absence de plan de renouvellement des installations sanitaires.
Assurance qualité des services	- Insuffisance d'un plateau technique adéquat.	- Absence d'un plan de renforcement du plateau technique des formations sanitaires ; - Non actualisation et non-respect des normes sanitaires.	- Absence d'un plan d'investissement du plan de renforcement du plateau technique des formations sanitaires ; - Insuffisance de financement.
	- Rupture de certains intrants dans le cadre de l'offre de soins gratuits.	- Lourdeur dans les procédures d'achat des produits de santé ; - Insuffisance de logisticiens formés ; - Insuffisance dans la gestion des produits de santé.	- Conditions de stockage des intrants non respectées ; - Non maîtrise du calcul de stock de sécurité.
	- Absence de mécanisme d'auto évaluation de la qualité des soins dispensés dans certaines formations sanitaires.	- Inexistence du comité d'assurance qualité dans certaines formations sanitaires ; - Comités assurance qualité non fonctionnels dans certaines formations sanitaires.	- Absence de textes instituant les comités d'assurance qualités à tous les niveaux.
		- Absence de culture d'assurance qualité des services chez les prestataires.	- Insuffisance de suivi dans l'application de la stratégie d'assurance qualité des services

Composantes	Principaux problèmes	Causes immédiates	Causes sous-jacentes et/ou structurelles
Biologie médicale	- Faible coordination des activités de la biologie médicale	<ul style="list-style-type: none"> - Faible fonctionnalité des sections de la Division des Laboratoires (DL) ; - Insuffisance des documents normatifs encadrant les activités de la biologie médicale ; - Inexistence de la commission nationale de Biologie médicale ; - Insuffisance de collaboration entre la DL et ses entités centrales, dépendantes et avec le secteur privé ; - Non fonctionnalité des comités scientifiques des entités centrales dépendantes de la DL (INH, CNTS). 	<ul style="list-style-type: none"> - Désorganisation du système avec la pandémie (toutes les expertises sont tournées vers la gestion de la pandémie) ; - Insuffisance de ressources humaines ; - Absence de textes d'application pour la mise sur pied de la commission nationale de la Biologie médicale ; - Insuffisance du respect des textes en vigueur ; - Faible partenariat public-privé ; - Difficultés de structuration des comités.
	- Insuffisance dans l'offre et de la qualité des examens de biologie médicale	<ul style="list-style-type: none"> - Insuffisance de mise en œuvre du système de management de la qualité (démarche qualité, élaboration des procédures, CIQ, EEQ, ...) selon la norme ISO 15189 dans les LBM ; - Non application des procédures opératoires standardisées élaborées ; - Absence d'activité de métrologie dans les LBM ; - Faiblesse du système de maintenance biomédicale des équipements de laboratoire ; - Absence d'un plan d'amortissement des équipements biomédicaux des LBM ; - Faible fonctionnalité du système national de la gestion de la biosécurité et biosûreté organisé dans les laboratoires ; - Absence d'identification, de classification et d'inventaire au niveau national des risques biologiques et des agents pathogènes ; - Insuffisance de la mise en œuvre des mesures de biosécurité et biosûreté conformément aux directives nationales et internationales dans les LBM. 	<ul style="list-style-type: none"> - Insuffisance en ressources humaines qualifiées et de certaines spécialités (DES) ; - Biologie clinique, Métrologie, Management de la qualité, Biosécurité) ; - Insuffisance de formation continue du personnel ; - Insuffisance de supervision et de contrôle des LBM ; - Absence de service de métrologie dans les structures sanitaires abritant les LBM ; - Insuffisance de services biomédicaux avec les plateaux techniques adéquats (personnel et équipement) dans les structures abritant les laboratoires ; - insuffisance des compétences en maintenance biomédicale ; - Insuffisance d'investissement ; - Faible fonctionnalité de l'organe national chargé de la biosécurité et biosûreté ; - Insuffisance des directives et réglementations nationales relatives à la biosécurité/biosûreté.

Composantes	Principaux problèmes	Causes immédiates	Causes sous-jacentes et/ou structurelles
	<ul style="list-style-type: none"> - Faiblesse du système d'approvisionnement, de gestion, et de la distribution des intrants de la BM 	<ul style="list-style-type: none"> - Absence d'une politique de mutualisation des commandes de réactifs et consommables (commandes groupées) ; - Absence de cadre réglementaire pour l'homologation des DMDIV du secteur de la BM ; - Insuffisance des procédures de gestion des équipements et des réactifs des LBM ; - Absence de système de traçabilité et de gestion des stocks de réactifs et consommables des laboratoires, 	<ul style="list-style-type: none"> - Faiblesse de la mission régaliennne de la CAMEG en termes, d'approvisionnement et de gestion ; - Insuffisance de contrôle des réactifs de LBM ; - Absence de liste nationale d'agrément des équipements et consommables dédiés à la pratique de la BM ; - Inadéquation des procédures d'acquisition des équipements biomédicaux ; - Insuffisance d'évaluation régulière des fournisseurs par les laboratoires (conformément à la norme ISO 15189) ; - Insuffisance d'implémentation du SMQ dans les LBM ; - Faible collaboration entre les LBM et les services de gestion des intrants dans les structures sanitaires ; - Insuffisance de ressources dédiées aux activités de la BM ; - Insuffisance de la réactovigilance.
	<ul style="list-style-type: none"> - Faiblesse du système de convoyage des échantillons de biologie médicale pour les urgences et menaces de santé publique. 	<ul style="list-style-type: none"> - Insuffisance des moyens logistiques. 	<ul style="list-style-type: none"> - Mécanisme de convoyage des matières infectieuse non pérenne (transport interne et vers les laboratoires à l'étranger) ;

Composantes	Principaux problèmes	Causes immédiates	Causes sous-jacentes et/ou structurelles
	<ul style="list-style-type: none"> - Faible implication des laboratoires du secteur privé dans le système de surveillance des événements de santé publique. 	<ul style="list-style-type: none"> - Faiblesse du système de gestion des données ; - Insuffisance dans la surveillance de la résistance aux antimicrobiens ; - Insuffisance dans la surveillance des MNT. 	<ul style="list-style-type: none"> - Inexistence d'un réseau national des laboratoires de biologie médicale ; - Absence de la liste des acteurs de collecte des données de la RAM (sites, contact,...) ; - Non appropriation de la fiche de collecte par les acteurs ; - Absence d'identification de circuits formalisés pour la collecte des sites vers le niveau central ; - Absence de définition des paramètres de surveillance des MNT.
Imagerie médicale	<ul style="list-style-type: none"> - Absence de scanners fonctionnels dans les CHU et CHR 	<ul style="list-style-type: none"> - Investissements insuffisants pour l'acquisition des scanners ; - Faiblesse dans le suivi d'acquisition des scanners. 	<ul style="list-style-type: none"> - Absence de plan d'investissement pour l'acquisition des scanners y compris le plan de suivi ; - Influence politique dans les décisions d'acquisition des scanners.
	<ul style="list-style-type: none"> - Absence d'équipements d'imagerie et radiologie médicale (IRM) dans les CHU 	<ul style="list-style-type: none"> - insuffisance d'investissements pour l'acquisition d'équipements d'IRM 	<ul style="list-style-type: none"> - Absence de plan d'investissement pour l'acquisition d'IRM
	<ul style="list-style-type: none"> - Insuffisance de maintenance préventive et curative à tous les niveaux 	<ul style="list-style-type: none"> - Manque de formation et de mise à niveau ; - Insuffisance de ressources financières. 	<ul style="list-style-type: none"> - Méconnaissance du secteur de la maintenance ; - Absence d'une école de formation en maintenance biomédicale.
	<ul style="list-style-type: none"> - Insuffisance d'un plateau technique adéquat des équipements d'imagerie médicale 	<ul style="list-style-type: none"> - Absence d'un plan de renforcement du plateau technique des formations sanitaires ; - Non actualisation et non-respect des normes sanitaires. 	<ul style="list-style-type: none"> - Insuffisance d'investissement pour le renouvellement ou le renforcement du plateau technique des formations sanitaires ; - Financement insuffisant.
	<ul style="list-style-type: none"> - Insuffisance de personnel qualifié 	<ul style="list-style-type: none"> - Insuffisance de recrutement de personnel qualifié en IRM ; - Mise en œuvre non harmonieuse du plan de renforcement des capacités du personnel (besoins du secteur et offres de service). 	<ul style="list-style-type: none"> - Insuffisance de matériel didactique dans les écoles de formation pour la pratique ; - Insuffisance de financement.

Composantes	Principaux problèmes	Causes immédiates	Causes sous-jacentes et/ou structurelles
Système d'information sanitaire et recherche en santé	- Fonctionnement non encore optimal du système intégré de gestion de l'information sanitaire	<ul style="list-style-type: none"> - Tenue irrégulière des réunions des pools SNIS à tous les niveaux pour la validation des données ; - Saisie incomplète des données dans le DHIS2 par les RFS ; - Absence d'outils propres aux structures hospitalières ; - Non exhaustivité de la collecte des données du secteur privé ; - Insuffisance de matériels (tablettes et d'ordinateurs) pour la gestion des données ; - Rupture fréquente des outils de collecte des données ; - Existence des outils de collecte parallèles. 	<ul style="list-style-type: none"> - Instabilité de la connexion internet ; - Mouvements des points focaux et des RFS ; - Exigences des Programmes de santé.
	- Faible vulgarisation des résultats de recherche en santé	<ul style="list-style-type: none"> - Faible implication de la division en charge de la recherche en santé dans les activités de recherche des autres projets et programmes du ministère chargé de la santé ; - Inexistence du comité de coordination et du comité technique de recherche en santé ; - Faible utilisation des résultats de recherche en santé ; - Absence d'une base de données nationale de produits de recherche en santé ; - Faible couverture par les travaux de recherche, des domaines du système de santé et des déterminants de la santé. 	<ul style="list-style-type: none"> - Insuffisance dans l'exécution du plan stratégique de la recherche en santé ; - Absence d'un cadre légal et réglementaire spécifique encadrant la recherche en santé ; - Insuffisance de communication sur l'existence du CBRS.
Santé communautaire	- Insuffisance de motivation des ASC	<ul style="list-style-type: none"> - Absence de statut juridique clair de l'ASC ; - Traitement différencié et souvent inéquitable des motivations des ASC. 	<ul style="list-style-type: none"> - Actions multiples non coordonnées des PTF intervenant dans le secteur. - Inexistence d'un panier commun pour la motivation des ASC ; - Non harmonisation du paquet des ASC.
	- 30% de villages éloignés d'un centre de santé (plus de 5 km) ne disposent pas d'ASC formés en PCIMNE.	<ul style="list-style-type: none"> - Insuffisance dans la coordination des IBC à tous - Non actualisation de la cartographie des IBC et des ASC. 	<ul style="list-style-type: none"> - Insuffisance de moyens financiers

Composantes	Principaux problèmes	Causes immédiates	Causes sous-jacentes et/ou structurelles
	<ul style="list-style-type: none"> - 39% des COGES ne sont pas fonctionnels. 	<ul style="list-style-type: none"> - Non renouvellement de certains GOGES ; - Les nouveaux COGES ne sont pas formés dans certaines formations sanitaires ; - Insuffisance de supervision des COGES. 	<ul style="list-style-type: none"> -Insuffisance de moyens financiers pour la formation des membres de COGES-Insuffisance de monitoring de la fonctionnalité des COGES à travers les critères de fonctionnalité et de performance des COGES au niveau des districts sanitaires
	<ul style="list-style-type: none"> - Insuffisance dans l'utilisation des données liées aux IBC à tous les niveaux I. 	<ul style="list-style-type: none"> - Insuffisance de coordination des IBC à tous les niveaux ; - Existence de plusieurs points focaux par rapport à chaque programme ; - Absence de centralisation de toutes les données IBC auprès d'un PF unique ; - Insuffisance de la disponibilité de données communautaire dans le DHIS2 clinique. 	<ul style="list-style-type: none"> -Insuffisance de fonctionnalité des sections santé communautaires prévues au niveau des districts et régions sanitaires

5. Défis majeurs du secteur en matière de renforcement du système de santé

Composantes	Défis majeurs
Gouvernance	<ul style="list-style-type: none"> - Rendre fonctionnel le Comité National de Coordination du Secteur de la Santé (CNC SS) tant au niveau central, régional qu'opérationnel - Etendre l'approche contractuelle à d'autres formations sanitaires ; - Renforcer le cadre de suivi des structures contractuelles (mettre en place une équipe de suivi, former coacher et élaborer les outils et procédures) ; - Réaliser une évaluation externe de la stratégie « approche contractuelle » - Rendre opérationnelles toutes les communes sanitaires ; - Renforcer le fonctionnement du service d'inspection général des services de
Financement de la santé	<ul style="list-style-type: none"> - Définir les critères d'allocation des fonds indigents dans les hôpitaux publics autonomes ; - Evaluer les coûts des prestations dans les formations sanitaires en vue d'harmoniser la tarification des prestations ; - Adopter les mécanismes alternatifs de paiement des prestataires, - Réduire la fragmentation du système de financement de la santé et mobiliser des ressources additionnelles pour la mise à échelle des interventions.
Ressources humaines en santé (RHS)	<ul style="list-style-type: none"> - Evaluer le plan de développement des ressources humaines en santé (PDGRHS) 2016-2020 et élaborer un plan transitoire ; - Recruter à un rythme régulier (annuellement), les RHS qualifiées en quantité suffisante et assurer leur meilleure répartition ; - Finaliser et mettre en œuvre le mécanisme de fidélisation des RHS dans les zones défavorisées ; - Financer la formation continue du personnel de santé surtout des spécialistes médicaux et paramédicaux ; - Evaluer les performances des agents de la santé ; - Elaborer un plan de carrière des agents du ministère chargé de la santé ; - Poursuivre la nomination des médecins-chefs dans les communes sanitaires restantes ; - Renforcer les capacités de gestion des structures chargées de la gestion des RHS, des finances et de contrôle de gestion et de l'audit interne.
Médicaments et autres produits de santé	<ul style="list-style-type: none"> - Rendre disponibles et accessibles tous les médicaments essentiels jusqu'au dernier kilomètre ; - Rendre disponibles et accessibles les vaccins prioritaires et consommables jusqu'au dernier kilomètre ; - Augmenter les couvertures vaccinales de tous les antigènes ; - Renforcer les équipements de la chaîne du froid au niveau des districts ; - Renforcer la collaboration avec les structures privées ; - Renforcer l'approche 2YL (vaccination dans la deuxième année de vie) ; - Assurer la disponibilité permanente des vaccins et consommables ; - Assurer la couverture de l'ensemble des besoins en PSL ; - Renforcer le système de pharmacovigilance, d'hémovigilance et de management de la qualité des produits de santé y compris les vaccins et les PSL.

Composantes	Défis majeurs
Equité dans l'accès aux services de santé (Accessibilité géographique et	<ul style="list-style-type: none"> - Mettre en œuvre la stratégie nationale de financement de la santé pour la couverture sanitaire universelle ; - Valider les critères d'allocation des fonds d'indigents aux hôpitaux de même
Infrastructures sanitaires, équipements et logistique roulante	<ul style="list-style-type: none"> - Réviser les normes en matière d'infrastructures et d'équipements sanitaires ; - Respecter les normes sanitaires ; - Elaborer et valider un plan d'investissements de construction et l'équipement des infrastructures sanitaires ; - Mettre en place un mécanisme de suivi des investissements de la logistique roulante ; - Mettre en œuvre la politique et le plan de maintenance - Améliorer le taux d'accessibilité géographique à plus de 80% en 2021 ; - Appuyer l'initiative Togo sans défécation à l'air libre (TOGO-SANDAL).
Assurance qualité des services	<ul style="list-style-type: none"> - Améliorer la qualité des soins offerts aux populations
Biologie médicale	<ul style="list-style-type: none"> - Renforcer le cadre législatif et réglementaire de la BM ; - Améliorer l'offre et la qualité des prestations de BM à tous les niveaux du système sanitaire ; - Mettre en place un système pérenne et sécurisé de transport des matières infectieuses à l'échelle nationale ; - Renforcer l'implication de tous les LBM dans la surveillance des événements de santé publique y compris la RAM ; - Agrandir les locaux des laboratoires régionaux et de l'INH ; - Étendre les prestations de l'antenne de Kara au contrôle de qualité de l'eau et des aliments et assurer la vaccination dans le cadre du RSI.
Système d'information sanitaire et recherche en santé	<ul style="list-style-type: none"> - organiser régulièrement les missions de triangulation des données à tous les niveaux ; - Développer le module DISH2 COVID tracker dans les formations sanitaires ; - Mettre à jour le Schéma directeur d'informatisation du MSHPAUS ; - Développer et mettre en place le module dossier médical électronique patient dans 8 hôpitaux ; - Rendre optimale le fonctionnement du système intégré de gestion de l'information sanitaire ; - Etendre les travaux de recherche en santé à tous les domaines du système de santé et des déterminants de la santé ; - Vulgariser les résultats de recherche en santé ; - Mettre en place un comité de coordination et un comité technique de recherche en santé, - Evaluer le plan stratégique de la recherche en santé 2015-2020 ; - Elaborer un nouveau plan stratégique de recherche en santé.

Santé communautaire

- Actualiser les documents normatifs des IBC suivant le nouveau contexte de décentralisation en cours
- Finaliser la cartographie des ASC/RC en cours puis assurer leur immatriculation dans les communes
- Améliorer les conditions de vie et de travail des ASC/RC à travers l'optimisation de leurs pratiques ;
- Assurer une meilleure offre des services et soins de santé communautaire ;
- Améliorer la fonctionnalité des COGES ;
- Rendre disponible les données intégrées liées aux IBC.

6. Actions recommandées pour les prochaines années

Composantes	Défis majeurs	Actions recommandées	Coût de l'action
Gouvernance	- Rendre fonctionnel le Comité National de Coordination du Secteur de la Santé (CNC SS) tant au niveau central, régional qu'opérationnel	- Elaborer le règlement intérieur du CNC-SS	1 250 000
		- Tenir les réunions du CNC-SS à tous les niveaux (central, régional et préfectures sanitaires) et mettre en place un mécanisme de suivi des recommandations	15 500 000
	- Rendre fonctionnel l'inspection générale des services de santé	- Prendre un texte pour rendre fonctionnel l'inspection des services de santé	-
	- Réaliser une évaluation externe de la stratégie « approche contractuelle »	- Faire une évaluation externe de la première phase de la contractualisation des formations sanitaires	25 000 000
	- Renforcer le cadre de suivi des structures contractuelles (mettre en place une équipe de suivi, former coacher et élaborer les outils et procédures).	- Mettre en place une équipe de suivi ; - Sensibiliser les acteurs sur l'approche contractuelle en vue de son appropriation	PM
	- Etendre l'approche contractuelle à d'autres formations sanitaires	- Enrôler de nouvelles formations sanitaires dans la contractualisation.	PM
	- Rendre opérationnelles toutes les communes sanitaires.	- Prendre un texte pour nommer les médecins-chefs pour les autres communes sanitaires.	-
Financement de la santé	- Renforcer les capacités des acteurs à l'utilisation du manuel intégré des procédures administratives, budgétaires, financières et comptables	- Former les acteurs à l'utilisation du manuel intégré des procédures administratives, budgétaires, financières et comptables.	PM
	- Valider les critères d'allocation des fonds indigents dans les hôpitaux publics autonomes	- Allouer des fonds d'indigence en tenant compte des critères retenus	PM
	- Réduire la fragmentation du système de financement de la santé et mobiliser des ressources additionnelles pour la mise à échelle des interventions	- Evaluer les coûts des prestations dans les formations sanitaires	PM
		- Adopter les mécanismes alternatifs de paiement des prestations	PM
	- Organiser un forum national sur le financement de la santé vers la couverture sanitaire universelle	PM	
Ressources humaines en santé (RHS)	- Recruter à un rythme régulier, les RHS qualifiées en quantité suffisante et assurer leur meilleure répartition	- Faire un plaidoyer auprès du ministère de l'économie et des finances afin d'organiser annuellement, un concours de recrutement d'au moins 1207 agents de santé	

Composantes	Défis majeurs	Actions recommandées	Coût de l'action
	- Réduire la fragmentation du système de financement de la santé et mobiliser des ressources additionnelles	- Mettre en œuvre le guide de mobilité du personnel de santé	PM
	- Mettre en place des mécanismes de fidélisation des RHS dans les zones difficiles d'accès	- Développer et mettre en place des mécanismes de fidélisation des RHS dans les zones difficiles d'accès	PM
	- Financer la formation continue du personnel de santé	- Mettre en œuvre le plan de formation du personnel de santé	940 160 000
	- Evaluer les performances des agents de la santé.	- Développer et utiliser les outils d'évaluation du personnel de santé	PM
	- Elaborer un plan de carrière pour les agents de santé	- Recruter un cabinet pour l'élaboration du plan de carrière	3 340 000
	- Renforcer les capacités de gestion des structures chargées de la gestion des RHS	- Renforcer la gestion informatisée du personnel à travers l'implémentation du logiciel de gestion des	11 000 000
		- Renforcer les capacités du personnel des structures chargées de la gestion des RHS	18 200 000
	Médicaments et autres produits de santé	- Renforcer la disponibilité et l'accessibilité de tous les médicaments essentiels jusqu'au dernier kilomètre	- Mettre en œuvre la stratégie de la CAPS validée en décembre 2019
- Réaliser une étude diagnostique et élaborer un plan de mise en place d'un SIGL intégré, harmonisé et digitalisé			163 989 250
- Réaliser des études pour la mise en place d'un plan national de distribution des produits de santé			68 125 667
- Augmenter le capital de la CAMEG-TOGO			2 000 000 000
- Mettre en place des outils LEAN dans l'organisation et le maintien du Système de management de la qualité à la CAMEG-TOGO ainsi sa déclinaison à tous les niveaux			360 000 000
- Elaborer un plan budgétisé d'intégration des produits SR dans la chaîne de distribution des produits de santé par la CAMEG-TOGO			14 730 962
- Lutte contre les Produits Médicaux de Qualité Inférieure ou Falsifié (PMQIF ou faux Médicaments)		- Renforcer le contrôle qualité des médicaments (LNCQM, Inspection)	PM
		- Renforcer le système de pharmacovigilance	PM
		- Réviser le code de la santé publique	PM

Composantes	Défis majeurs	Actions recommandées	Coût de l'action
	Renforcer la disponibilité et l'accessibilité des vaccins prioritaires jusqu'au dernier kilomètre	- Renforcer toute la logistique servant à la gestion des vaccins (3 chambres froides à installer, maintenance préventive des réfrigérateurs, ...)	PM
		- Améliorer les outils pour la traçabilité des vaccins (du transport à la vaccination)	PM
		- Introduction de nouveaux vaccins (Hépatite B à la naissance, MenAfriVac, VPI2)	PM
		- Renforcer la stratégie urbaine de la vaccination	PM
	Assurer la couverture de l'ensemble des besoins en Produits Sanguins Labiles (PSL)	- Améliorer la capacité de production des produits sanguins labiles sécurisés de 59321 à 80 000	PM
		- Mobiliser des ressources nécessaires (Etat, PTF, ...) en faveur des CNTS/CRTS/PCD pour atteindre une collecte annuelle de 80 000 poches de sang	4 080 000 000
		- Renforcer la coordination des centres de transfusion sanguine et la mobilisation des financements	PM
		- Renforcer le système d'hémovigilance et de management de la qualité des PSL	PM
Equité dans l'accès aux services de santé (accessibilité géographique et financière)	Equité dans l'accès aux services de santé (accessibilité géographique et financière)	- Mettre en œuvre la stratégie nationale de financement de la santé pour la couverture sanitaire universelle	PM

Composantes	Défis majeurs	Actions recommandées	Coût de l'action
Infrastructures sanitaires, équipements et logistique roulante	- Respecter les normes d'infrastructures et d'équipements en conformité avec la carte sanitaire	- Disposer d'hôpitaux de références pour le pays	PM
		- Doter toutes les formations sanitaires SONU B et C d'équipements et d'ambulances	1 500 000 000
		- Réactualiser les normes d'infrastructures et d'équipements	30 000 000
		- Elaborer les textes du cadre institutionnel et juridique de la maintenance hospitalière et la gestion durable des équipements	57 500 000
		- Renforcer les capacités d'interventions des services de maintenance hospitalière	2 273 600 000
	- Renforcer les capacités de prise en charge des structures sanitaires et spécificités nationales	- Acquérir et installer une centrale de production d'oxygène, air comprimé et vide	334 526 556
		- Acquérir des bouteilles d'oxygène de 7,5 m3	560 700 000
		- Acquérir et installer des générateurs d'oxygène	43 500 000
		- Acquérir et installer un groupe électrogène de 800Kva	125 000 000
		- Acquérir et installer des équipements de laboratoires	100 000 000
		- Approvisionner régulièrement en matériels et consommables pour la prise en charge des patients atteints de Covid-19	1 500 000 000
	- Elaborer et valider un plan d'investissements des constructions et d'équipement des infrastructures sanitaires	- Elaborer un plan d'investissement des constructions et d'équipement des infrastructures sanitaires	15 000 000
		- Valider le plan d'investissement des constructions et d'équipement des infrastructures sanitaires	10 000 000
	- Améliorer le taux d'accessibilité géographique à plus de 80% en 2021	- Construire, réhabiliter et équiper les formations sanitaires	PM
	- Appuyer l'initiative Togo sans défécation à l'air libre (TOGO-SANDAL)	- Mettre en œuvre les activités de l'initiative TOGO-SANDAL pour la couverture universelle	186 764 410

Composantes	Défis majeurs	Actions recommandées	Coût de l'action
Assurance qualité des services	- Amélioration de la qualité des soins offerts aux populations	- Rendre fonctionnels les comités d'assurance qualité à tous les niveaux	PM
		- Accréditer les établissements sanitaires privés	PM
		- Rendre fonctionnels les comités d'audits de décès maternels	PM
		- Rapporter les infections associées aux soins	PM
		- Evaluer la qualité des soins dans les hôpitaux	90 000 000
		- Mettre en place un mécanisme de référence et contre référence	50 000 000
		- Renforcer des capacités des acteurs pour la détection et de prise en charge des cas de Covid-19 dans les	2154 500
		- Réaliser le monitoring semestriel des formations sanitaires SONU	40 000 000
		- Améliorer la gestion des urgences dans les hôpitaux	PM
		- Reprographier et diffuser le document du plan stratégique de la PCI	5 000 000
		- Former le personnel sur les axes stratégiques de la PCI	20 000 000
Biologie médicale	- Renforcer le cadre législatif et réglementaire de la biologie médicale	- Elaborer les textes et documents normatifs pour l'exercice de la BM et assurer la fonctionnalité des commissions techniques et scientifiques de la DL et de ses organes	3 254 121
	- Améliorer l'offre et la qualité des prestations de BM à tous les niveaux du système sanitaire	- Renforcer le système de management de la qualité y compris la gestion et l'approvisionnement en intrants, la maintenance biomédicale et la biosécurité dans tous les LBM	1 882 298 230
		- Renforcer les compétences du personnel (programme mentorat technique) et améliorer la gestion des données de biologie médicale	PM

Composantes	Défis majeurs	Actions recommandées	Coût de l'action
		- Créer deux antennes de l'INH à l'intérieur du pays (Atakpamé et Kara)	6 171 599
	- Mettre en place à l'échelle nationale un système pérenne et sécurisé de transport des matières infectieuses	- Créer un cadre formel de convoyage des matières infectieuses et fournir les moyens logistiques suffisants et adéquats (en interne et à l'international)	204 414 000
	- Renforcer l'implication de tous les LBM dans la surveillance des événements de santé publique y compris la RAM	- Mettre en place un réseau national des laboratoires en améliorant ceux existants en un système unique de surveillance des événements de santé publique	618 436 252
Imagerie médicale		- Doter tous les CHU et CHR des scanners corps	7 200 000 000
		- Doter le CHU Sylvanus Olympio et le CHU Kara d'unIRM	3 500 000 000
		- Doter les CHU SO et Kara d'une unité de radiothérapie	9 000 000 000
		- Acquérir les échographes, les mammographes et les tables radio numérisées pour les 03 CHU, 06 CHR et 37 CHP	13 720 000 000
	- Elaborer le plan d'investissement et d'acquisition des équipements d'imagerie médicale	- Elaborer le plan d'investissement d'acquisition des équipements d'imagerie médicale	15 000 000
Système d'information sanitaire et recherche en santé	- Assurer le fonctionnement optimal du système intégré de gestion de l'information sanitaire	- Finaliser le paramétrage des données des programmes dans le DHIS2	PM
		- Intégrer les informations manquantes dans le DHIS2 aux RMA de collecte de donnée pour le suivi des indicateurs du PNDS notamment les données financières, des campagnes de vaccination et les enquêtes	PM
		- Elaborer les RMA des grandes structures hospitalières à renseigner dans le DHIS2	12 022 968
		- Réviser les RMA pour prendre en compte les nouvelles désagréations des indicateurs	12 022 968
		- Prendre en compte le nouveau découpage des aires sanitaires dans le DHIS 2	PM

Composantes	Défis majeurs	Actions recommandées	Coût de l'action
		- Recycler/Former le personnel sur le DHIS 2	200 000 000
		- Développer le module e-Tracker pour le suivi individuel des malades	PM
		- Elaborer des bulletins trimestriels sur les indicateurs clés selon la situation épidémiologique de chaque district	PM
	- Divulguer les résultats de recherche en santé	- Evaluer le plan stratégique de recherche en santé 2015-2020	PM
		- Elaborer un nouveau plan stratégique de recherche en santé	PM
		- Créer une base dynamique de centralisation des résultats des études et recherches en santé	PM
		- Organiser chaque année, la semaine de vulgarisation des résultats des études et recherches en santé	PM
		- Mettre en place un comité de coordination et un comité technique de recherche en santé	PM
		- Elaborer les comptes de la santé de 2020 et finaliser les comptes de 2017, 2018, 2019	89 922 000
	Santé communautaire	- Actualiser les documents normatifs des IBC suivant le nouveau contexte de décentralisation en cours	<ul style="list-style-type: none"> - Réviser la politique nationale des IBC - Réviser le manuel de procédure des IBC - Finaliser le guide de l'ASC - Réviser les documents de formation des COGES - Réviser le manuel intégré, guide du formateur et livret de l'ASC
- Améliorer les conditions de vie et de travail des ASC/RC à travers l'optimisation de leurs pratiques		<ul style="list-style-type: none"> - Finaliser la cartographie des ASC ; -Immatriculer les ASC au niveau des communes ; - Mobilisation de ressources pour réaliser une phase pilote du nouveau format des ASC ; - Elaborer la cartographie des ASC ; - Organiser la formation certifiante des ASC. 	1 050 500 000

CONCLUSION

La revue des interventions de renforcement du système de santé s'inscrit dans le cadre cohérent du suivi et évaluation du PNDS 2017-2022. C'est un cadre dans lequel se reconnaissent tous les acteurs y compris les partenaires. En effet, la revue 2021 des interventions de renforcement du système de santé (troisième édition dans le cadre de la mise en œuvre du PNDS 2017-2022/PNRSS 2018-2022) est un cadre de dialogue où tous les acteurs œuvrant pour l'amélioration de la performance du système de santé ont analysé les investissements réalisés en 2021 tout en mettant en exergue ceux intervenus dans le cadre de la lutte contre la Covid-19.

Du point de vue méthodologique, l'analyse des réalisations a permis non seulement d'apprécier les bénéfices induits par les investissements pour le système de santé (effets sur les couvertures sanitaires), mais aussi d'identifier les problèmes et défis auxquels le système national de santé fait face.

Cette revue a également permis de révéler l'urgence de privilégier les investissements dans le système de santé axés sur des actions qui tiennent compte d'une part, de l'efficacité et la pertinence des actions et d'autre part, des priorités stratégiques formulées dans le PNDS.