

REPUBLIQUE TOGOLAISE

Travail – Liberté – Patrie



RÉPUBLIQUE TOGOLAISE

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

**PLAN NATIONAL DE DÉVELOPPEMENT
SANITAIRE (PNDS) 2023-2027**

Validé, le 06 mai 2023

Tables des matières

Sigles et abréviations	iv
Liste des tableaux.....	vii
Liste des graphiques	vii
Liste des annexes.....	vii
Préface	viii
Résumé exécutif.....	ix
Introduction.....	1
CHAPITRE 1 : CONTEXTE GENERAL	3
1.1. Aspects géographiques	3
1.2. Contexte démographique	3
1.3. Organisation administrative	4
1.4. Contexte économique et social.....	4
1.4. Stratégie de développement national	5
CHAPITRE 2 : CONTEXTE SANITAIRE	6
2.1. Organisation du système national de santé.....	6
2.1.1. Organisation administrative sanitaire.....	6
2.1.2. Organisation de l'offre de la prestation des services et soins de santé	6
2.2. Etat de santé des populations	7
2.2.1. Mortalité générale et espérance de vie.....	7
2.2.2. Santé de la mère	8
2.2.3. Santé du nouveau-né et de l'enfant.....	9
2.2.4. Santé de l'adolescent et du jeune.....	9
2.2.5. Santé de la personne âgée.....	9
2.2.6. Etat nutritionnel.....	10
2.2.7. Lutte contre les maladies.....	10
2.2.7.1. Maladies transmissibles.....	10
2.2.7.2. Maladies non transmissibles.....	11
2.2.7.3. Maladies à potentiel épidémique et autres évènements de santé publique	12
2.2.7.4. Maladies tropicales négligées.....	13
2.2.8. Prise en charge du handicap	13
2.2.9. Déterminants de la santé.....	14
2.2.9.1. Sources d'approvisionnement en eau de boisson et assainissement de base	14
2.2.9.2. Autres déterminants de la santé	14
2.3. Ressources et gouvernance du système de santé	15
2.3.1. Financement du système de santé.....	15
2.3.2. Ressources humaines pour la santé	18
2.3.3. Médicaments, vaccins, produits sanguins et technologies	18
2.3.4. Système d'approvisionnement des produits pharmaceutiques.....	19
2.3.5. Laboratoire de biologie médicale	20
2.3.6. Système national d'information sanitaire	20
2.3.7. Recherche en santé	20
2.3.8. Gouvernance, leadership et pilotage du système de santé	20
2.4. Sécurité et santé au travail	22
2.5. Equité et protection sociale en santé.....	22
2.6. Equité et égalité genre en santé.....	22
2.7. Coopération au développement et partenariats en santé	24
2.8. Synthèse des leçons tirées de la mise en œuvre du PNDS 2017-2022	24
2.9. Analyse des forces et faiblesses du système de santé en 2022.....	24
2.10. Enjeux et défis majeurs du secteur.....	27
2.10.1. Défis relatifs à la santé tout le long du cycle de vie	27

2.10.2. Défis relatifs à la lutte contre les maladies et les déterminants sociaux et environnementaux de la santé.....	28
2.10.3. Défis relatifs à la sécurité sanitaire et urgences de santé publique	28
2.10.4. Défis relatifs au renforcement du système de santé et couverture sanitaire universelle y compris la santé communautaire	29
2.10.5. Synthèse des défis majeurs du système de santé.....	30
CHAPITRE 3 : RAPPEL DES ORIENTATIONS DE LA POLITIQUE NATIONALE DE SANTE	31
3.1. Vision.....	31
3.2. Valeurs	31
3.3. Principes directeurs	31
3.4. Rappel des engagements nationaux et internationaux.....	32
3.4.1. Engagements internationaux.....	32
3.4.2. Engagements régionaux.....	33
3.4.3. Engagements sous-régionaux.....	33
3.4.4. Références nationales.....	33
3.5. Orientations de la Politique nationale de santé.....	34
3.5.1. But de la politique nationale de santé.....	34
3.5.2. Orientations stratégiques de la politique nationale de santé.....	34
3.5.3. Impact attendu de la mise en œuvre de la politique nationale de santé	35
CHAPITRE 4 : PRIORITES STRATEGIQUES DU PNDS 2023-2027	36
4.1. But et objectifs	36
4.1.1. But	36
4.1.2. Objectifs.....	36
4.2. Axes stratégiques	36
4.2.1. Critères de formulation des axes stratégiques.....	36
4.2.2. Description des axes stratégiques.....	37
4.2.3. Arrimage aux objectifs nationaux et internationaux de développement sanitaire	37
4.3. Impacts attendus de la mise en œuvre du PNDS.....	39
4.4. Résultats, stratégies et hypothèses de mise en œuvre par axe	39
4.4.1. Axe stratégique 1 : Système de santé et santé communautaire.....	39
4.4.1.1. Effets attendus de la mise en œuvre de l'axe 1.....	39
4.4.1.2. Cadre de résultats de l'axe 1	42
4.4.1.3. Hypothèses d'efficacité de la mise en œuvre de l'axe stratégique 1	44
4.4.2. Axe stratégique 2 : Utilisation des services essentiels de santé y compris la nutrition pour les mères, les enfants, les jeunes et adolescents et les personnes âgées	44
4.4.2.1. Effets attendus de la mise en œuvre de l'axe 2.....	44
4.4.2.2. Cadre de résultats de l'axe 2	46
4.4.2.3. Hypothèses d'efficacité de la mise en œuvre de l'axe stratégique 2	48
4.4.3. Axe stratégique 3 : Lutte contre les maladies et maîtrise des déterminants sociaux et environnementaux	48
4.4.3.1. Effets attendus de la mise en œuvre de l'axe 3.....	48
4.4.3.2. Cadre de résultats de l'axe 3	51
4.4.3.3. Hypothèses d'efficacité de la mise en œuvre de l'axe 3	52
4.4.4. Axe stratégique 4 : Réponses aux épidémies et aux autres urgences de santé publique	53
4.4.4.1. Effets attendus de la mise en œuvre de l'axe 4.....	53
4.4.4.2. Cadre de résultats de l'axe 4	53
4.4.4.3. Hypothèses d'efficacité de la mise en œuvre de l'axe 4	54
4.4.5. Axe stratégique 5 : Protection contre le risque financier lié à l'utilisation des services de santé	54
4.4.5.1. Effets attendus de la mise en œuvre de l'axe 5.....	54
4.4.5.2. Cadre de résultats de l'axe 5	55
4.4.5.3. Hypothèses d'efficacité de la mise en œuvre de l'axe 5	56

CHAPITRE 5 : BESOINS EN MATIERE DE RESSOURCES ET D'INFORMATION	57
5.1. Ressources humaines pour la santé	57
5.1.1. Personnels fournisseurs de services de santé, de gestion et de soutien	57
5.1.2. Personnels de santé communautaire	59
5.1.2.1. Agents de santé communautaire	59
5.1.2.2. Relais communautaires	61
5.2. Infrastructures, équipements, matériels et logistique.....	61
5.3. Besoins en logistique roulante.....	62
5.4. Médicaments, vaccins et produits médicaux	63
5.5. Communication et informations	64
5.5.1. Information sanitaire y compris information gestionnaire.....	64
5.5.2. Communication pour la promotion de la santé	64
5.5.3. Communication publique et plaidoyer.....	65
CHAPITRE 6 : COUT ET FINANCEMENT DU PLAN	66
6.1. Estimation des besoins financiers du PNDS 2023-2027	66
6.1.1. Coût global du plan.....	66
6.1.2. Coût du plan par axe	67
6.1.3. Coût du plan par mode de prestation	68
6.1.4. Coût du plan par catégorie de dépenses	68
6.1.5. Coût du plan par catégorie et par niveau du système de santé.....	69
6.1.6. Coût du plan par région sanitaire.....	69
6.2. Scénarios de financement du PNDS : CDMT 2023–2025	70
6.2.1. Hypothèses d'élaboration des scénarii de financement du CDMT	70
6.2.2. Estimation des coûts et des résultats d'impact par scénario	71
6.3. Sources potentielles de financement du plan	74
CHAPITRE 7 : CADRE DE MISE EN ŒUVRE DU PLAN	76
7.1. Cadre institutionnel de mise en œuvre	76
7.2. Responsabilités des parties dans la mise en œuvre	76
7.2.1. Rôle du Gouvernement.....	76
7.2.2. Rôle des différents niveaux de la pyramide sanitaire	77
7.2.3. Rôle des autres parties prenantes.....	77
7.3. Modalités de mise en œuvre du PNDS	78
7.4. Contrôle de gestion et inspection des services de santé	78
7.4.1. Procédures administratives, financières et comptables	78
7.4.2. Mécanismes de contrôle.....	79
7.4.3. Inspection des services de santé.....	79
7.5. Conditions de succès de la mise en œuvre et risques	79
7.5.1. Conditions de succès.....	79
7.5.3. Analyse des risques et mesures de gestion	80
7.6. Réformes et mesures d'accompagnement nécessaires	82
7.6.1. Réformes nécessaires.....	82
7.6.2. Mesures d'accompagnement.....	84
7.7. Suivi et évaluation du plan.....	84
7.7.1. Mécanismes de suivi et évaluation	84
7.7.1.1. Supervision.....	84
7.7.1.2. Monitoring.....	85
7.7.1.3. Revues sectorielles.....	85
7.7.1.4. Evaluations	85
Conclusion.....	86
ANNEXES	87

Sigles et abréviations

AFD	: Agence Française de Développement
AMU	: Assurance Maladie Universelle
ANRP	: Autorité Nationale de Règlementation Pharmaceutique
ARV	: Anti-Retro-Viraux
ASC	: Agent de Santé Communautaire
AVC	: Accident Vasculaire Cérébrale
AVP	: Accident de la Voie Publique
CAMEG	: Centrale d'Achat des Médicaments Essentiels et Génériques
CAP	: Couple Année Protection
CAPS	: Chaîne d'Approvisionnement des Produits de Santé
CCIA	: Comité de Coordination Inter Agence
CCM	: Country Coordination Mechanism
CDC-SS	: Comité de District de Coordination du Secteur de la Santé
CDMT	: Cadre de Dépenses à Moyen Terme
CHPP	: Country Health Policy Process
CHR	: Centre Hospitalier Régional
CHU	: Centre Hospitalier Universitaire
CNC-SS	: Comité National de Coordination du Secteur de la Santé
COGES	: Comité de Gestion
CPN	: Consultations Pré Natales
CRC-SS	: Comité Régional de Coordination du Secteur de la Santé
CREN	: Centres de Réhabilitation Nutritionnelle
CSU	: Couverture Sanitaire Universelle
CTC	: Community Therapeutic Care
DAF	: Direction des Affaires Financières
DBC	: Distribution à Base Communautaire
DESR	: Direction des Etablissements de Soins et de Réadaptation
DGAS	: Direction Générale de l'Action Sanitaire
DAHW	: Association Allemande de Lutte contre la Lèpre et la Tuberculose
DHIS-2	: District Health Information System, version 2
DivSMNT	: Division de la Surveillance des Maladies Non Transmissibles
DPML	: Direction de la Pharmacie, du Médicament et des Laboratoires
DPS	: Direction Préfectorale de la Santé
DSME	: Direction de la Santé de la Mère et de l'Enfant
ECD	: Equipe Cadre de District
ECR	: Equipe Cadre Régionale
EDST	: Enquête Démographique et de Santé -Togo
EIP	: Enquête sur les Indicateurs de Paludisme
FdR	: Feuille de route du Gouvernement
FMSTP	: Fonds Mondial de Lutte contre le Sida, la Tuberculose et le Paludisme
FS	: Formation Sanitaire
FVH	: Fièvre virale hémorragique
GAVI	: Alliance mondiale pour les Vaccins et l'Immunisation
GIZ	: Agence allemande de coopération technique

GSK	: Glaxo Smith Kline
HHFA	: Harmonized Health Facility Assessment / Evaluation harmonisée des établissements de santé
HI	: Handicap International (Humanité & inclusion)
HTA	: Hypertension Artérielle
IGF	: Inspection Générale des Finances
IHP+	: Partenariat International pour la Santé et Initiatives associées (International Health Partnership)
INAM	: Institut National d'Assurance Maladie
INSEED	: Institut National de la Statistique, des Etudes Economiques et Démographiques
JSE	: Journées de santé de l'enfant
KFW	: Kreditanstalt für Wiederaufbau (institution bancaire de droit public allemande)
LBM	: Laboratoires de Biologie Médicale
LQSI	: Laboratory Quality System Implementation
MAS	: Malnutrition Aigüe Sévère
MCV	: Maladies Cardio-Vasculaires
MEG	: Médicament Essentiel et Générique
MICS	: Enquête par Grappe à Indicateurs Multiples
MID	: Moustiquaire à Imprégnation Durable
MOP	: Manuel Opérationnel des Procédures
MRC	: Maladies Respiratoires Chroniques
OHT	: One Health Tool
OMS	: Organisation Mondiale de la Santé
PAO	: Plan d'Action Opérationnelle
PCI	: Prévention et Contrôle de l'Infection
PCIMNE	: Prise en Charge Intégrée des Maladies du Nouveau-né et de l'Enfant
PCIMNE-C	: Prise en Charge Intégrée des Maladies du Nouveau-né et de l'Enfant au niveau Communautaire
PEV	: Programme Elargi de Vaccination
PIB	: Produit Intérieur Brut
PITR/RBC	: Programme des Incapacités Traumatismes et Réadaptations à Base Communautaire
PNAPP	: Programme National des Addictions aux Produits Psychoactifs
PNAS	: Plan National d'Adaptation du secteur de la santé aux effets du changement climatique
PNBM	: Politique Nationale de Biologie Médicale
PND	: Plan National de Développement Sanitaire
PNLMC	: Programme National de Lutte contre les Maladies Chroniques
PNLP	: Programme National de Lutte contre le Paludisme
PNLS-HV-IST	: Programme National de Lutte contre l'Infection à VIH/sida, les Hépatites Virales et les Infections Sexuellement Transmissibles
PNLT	: Programme national de lutte contre la Tuberculose
PNS	: Politique Nationale de Santé
PNUD	: Programme des Nations Unies pour le Développement
PSDBM	: Plan Stratégique de Développement de la Biologie Médicale
PSPS	: Plateforme du Secteur Privé de la Santé au Togo
PTME	: Prévention de la Transmission de la Mère à l'Enfant
PVVIH	: Personnes Vivant avec le VIH/Sida
QUIBB	: Questionnaire Unifié des Indicateurs de Base du Bien-être

RC	: Relais Communautaire
RGPH	: Recensement Général de la Population et de l'Habitat
RMM	: Ratio de Mortalité Maternelle
RSI	: Règlement Sanitaire International
SIDA	: Syndrome d'Immuno Déficience Acquis
SIMR	: Surveillance Intégrée des Maladies et Riposte
SLIPTA	: Stepwise Laboratory Improvement Process Towards Accreditation
SNIS	: Système National d'Information Sanitaire
SONU	: Soins Obstétricaux et Néonataux d'Urgence
SSP	: Soins de Santé Primaires
STEPS	: STEPwise de l'OMS pour la Surveillance
TMIJ	: Taux de Mortalité Infanto-Juvénile
TMM	: Taux de Mortalité Maternelle
TMN	: Tétanos Maternel et Néonatal
TPCm	: Taux de Prévalence Contraceptive moderne
TPM	: Tuberculose Pulmonaire à Microscopie
TPM+	: Tuberculose Pulmonaire à Microscopie Positive
UEMOA	: Union Economique et Monétaire Ouest Africaine
UNFPA	: Fonds des Nations Unies pour la Population
UNICEF	: Fonds des Nations Unies pour l'Enfance
UONGTO	: Union des Organisations Non Gouvernementales du Togo
USAID	: United States Agency for International Development
USP	: Unité de Soins Périphérique
VAR	: Vaccin Antirougeoleux
VIH	: Virus de l'Immunodéficience Humaine

Liste des tableaux

Tableau I : Population par région et par sexe	3
Tableau II : Evolution des indicateurs macroéconomiques du Togo de 2018-2020	5
Tableau III : Répartition des établissements de soins par type et par région en 2022.....	7
Tableau IV : Financement du PNDS (en millions de F CFA) par catégorie de dépenses 2017-2021.....	15
Tableau V : Analyse des forces et faiblesses du système de santé du Togo en 2022	24
Tableau VI : Cadre de résultats de la politique nationale de santé.....	35
Tableau VII : Description des axes stratégiques du PNDS 2023-2027.....	37
Tableau VIII : Lien du PNDS avec les objectifs de la politique nationale de santé (PNS) à l'horizon 2030 et les Objectifs de développement durables (ODD)	37
Tableau IX : Indicateurs de mesure des impacts attendus	39
Tableau X : Cadre de résultats de l'axe 1.....	42
Tableau XI : cadre de résultats de l'axe 2	46
Tableau XII : Cadre de résultats de l'axe 3.....	51
Tableau XIII : Cadre de résultats de l'axe stratégique 4	53
Tableau XIV : Cadre de résultats de l'axe stratégique 5.....	55
Tableau XV : Besoins en personnels additionnels.....	57
Tableau XVI : Besoins en agents de santé communautaire additionnels	59
Tableau XVII : Besoins en Relais communautaire additionnels	61
Tableau XVIII : Projection des besoins en infrastructures	62
Tableau XIX : Projection des besoins en matériel roulant	63
Tableau XX : Coût des médicaments, produits et fournitures en millions de F CFA.....	63
Tableau XXI : Répartition du budget par axe stratégique en millions de F CFA.....	67
Tableau XXII : Coût par mode de prestation et d'administration (en millions de F CFA)	68
Tableau XXIII : Répartition du budget par catégorie de dépenses (en millions de FCFA)	68
Tableau XXIV : Coût par catégorie et par niveau du système de santé (en millions de F CFA)	69
Tableau XXV : Coût du plan par région sanitaire (en millions de F CFA)	69
Tableau XXVI : Ratio dépenses de santé (Scénario de base).....	70
Tableau XXVII : Ratio dépenses de santé (Scénario moyen).....	71
Tableau XXVIII : Ratio dépenses de santé (Scénario accéléré).....	71
Tableau XXIX : Résultats d'impact attendus en lien avec les projections de financement	72
Tableau XXX : Sources potentielles de financement du PNDS en millions de francs CFA	74
Tableau XXXI : Contribution en valeur et en pourcentage par source de financement	75
Tableau XXXII : Analyse des risques et mesures de gestion en fonction des déterminants	80
Tableau XXXIII : Principales réformes prévues au sein du secteur sur la période 2023-2027	82

Liste des graphiques

Figure 1 : Évolution de l'espérance de vie à la naissance de 2010 à 2020	7
Figure 2 : Principaux motifs de consultation, 2021	11
Figure 3 : Évolution du financement de la santé par l'Etat de 2001 à 2022	16
Figure 4 : Taux de réalisation des recettes par les FS publiques de 2017 à 2021	16
Figure 5 : Evolution du coût du PNDS 2023-2027 en milliards de F CFA	67
Figure 6 : Répartition du budget du PNDS par axe stratégique.....	67
Figure 7 : Evolution des taux de mortalité maternelle (TMM), néonatale (TMN) et infanto-juvénile (TMIJ) selon les trois scénarii.....	73
Figure 8 : Dépenses planifiées versus espace fiscal (Dépenses publique générales en santé).....	74

Liste des annexes

Annexe 1 : Liste des idées de projets prioritaires (par axe)	87
--	----

Préface

L'année 2022 a marqué la fin de la Politique Nationale de Santé (PNS), horizon 2022 et du Plan National de Développement Sanitaire (PNDS) 2017-2022. En effet, la mise en œuvre de ces deux documents a permis d'obtenir des résultats significatifs (amélioration de la santé de la mère et des enfants ; réduction de la morbidité et de la mortalité des maladies transmissibles telles que le VIH/SIDA, la tuberculose et le paludisme et certaines maladies évitables par la vaccination ; amélioration de la pratique de la prévention et contrôle des infections (PCI) dans les formations sanitaires, renforcement de l'effectif du personnel de la santé, gouvernance du secteur, etc.). Toutefois, en dépit des améliorations constatées, des insuffisances demeurent en matière de santé maternelle, de lutte contre les maladies non transmissibles, de gouvernance du secteur, d'offre de services de qualité...

Dans le but de poursuivre les efforts déployés pour mieux cerner les nouveaux enjeux et défis auxquels le pays est confronté dans le secteur de la santé, une nouvelle politique nationale de santé horizon 2030 est élaborée. Le présent PNDS couvrant la période 2023-2027 est le premier plan élaboré afin d'opérationnaliser la PNS horizon 2030. Son élaboration s'inscrit dans une double perspective : le souci d'apporter des solutions aux problèmes soulevés par les évaluations de la PNS horizon 2022 et du PNDS 2017-2022 d'une part, et l'alignement sur les engagements internationaux dans le cadre de la mise en place de la Couverture Sanitaire Universelle (CSU) d'autre part.

Le PNDS 2023-2027 repose en effet sur la vision d'un « Togo dans lequel les hommes, les femmes, les enfants, les jeunes, les adolescents et les personnes âgées qui y habitent pratiquent des comportements favorables à la santé, ont accès aux soins et services de santé de qualité dont ils ont besoin et qui sont offerts à un coût abordable par un système de santé performant, résilient et capable de satisfaire le droit à la santé de tous en particulier les plus vulnérables ». Il a pour but de contribuer à augmenter l'espérance de vie de la population, en permettant à tous de vivre en bonne santé et en assurant un bien-être de tous à tout âge. Sa mise en œuvre devra permettre de réduire significativement d'ici à 2030, les morbidités et les mortalités.

Le PNDS 2023-2027 est le fruit d'un processus inclusif et consensuel de l'ensemble des parties prenantes. Il fournit une orientation stratégique pour le développement des actions sectorielles et intersectorielles en matière de santé. Il est ensuite organisé autour des interventions à haut impact sur la santé de la mère et de l'enfant ; les principales maladies pourvoyeuses d'invalidité et de mortalité y compris la malnutrition, le paludisme, le VIH/SIDA, la tuberculose, les autres endémo-épidémies et les maladies non transmissibles ainsi que les déterminants des inégalités en matière de santé dont les origines sont sociales, environnementales et économiques et qui vont au-delà des influences directes du secteur de la santé et des politiques de santé.

En adoptant le PNDS 2023-2027, le Gouvernement marque ainsi sa volonté de réaliser des progrès substantiels vers l'atteinte des ODD en assumant son rôle de leadership à travers une approche « pangouvernementale » et « pansociétale ». Il conforte ainsi le Ministère chargé de la santé dans son premier rôle de promotion de la santé.

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

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

**Le Ministre de la Santé, de l'Hygiène
Publique et de l'Accès Universel aux Soins**

Professeur Moustafa MIJIYAWA

• Contexte de l'élaboration du PNDS 2023-2027

Le Plan national de développement sanitaire (PNDS) 2017-2022, cadre de mise en œuvre des orientations de la Politique nationale de santé (PNS), est arrivé à échéance en 2022. Une évaluation de sa mise en œuvre a été faite en vue de guider l'élaboration d'un nouveau plan pour la période 2023-2027.

Le PNDS 2017-2022 a permis d'obtenir des résultats significatifs en termes d'amélioration du niveau de santé de la population comme (i) la réduction de la létalité maternelle de causes obstétricales dans les formations sanitaires, (ii) l'augmentation du taux d'accouchements assistés, (iii) la baisse de la mortalité spécifique due au paludisme et de la létalité du paludisme chez les enfants de moins de 5 ans, (iv) la baisse de nouvelles infections à VIH, (v) l'augmentation de la proportion de femmes positives au VIH sous ARV, (vi) l'amélioration de la pratique de la prévention et contrôle des infections (PCI) dans les formations sanitaires, (vii) le renforcement de l'effectif du personnel de la santé à travers les recrutements successifs, (viii) la mise en place du comité national de coordination du secteur de la santé (CNS-SS), nouvel organe de gouvernance et de pilotage des actions du secteur et (ix) l'augmentation du pourcentage de Comités de gestion (COGES) fonctionnels etc.

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

L'évaluation de la PNS horizon 2022 et du PNDS 2017-2022 a mis en évidence non seulement des avancées importantes à capitaliser, mais aussi des insuffisances et goulots d'étranglement dans plusieurs domaines.

En matière d'acquis et de bonnes pratiques à capitaliser, on peut citer : (i) l'élaboration et la mise en œuvre des plans d'action opérationnels annuels dans les 39 *préfectures* sanitaires ; (ii) l'organisation de revues annuelles conjointes des performances aux différents niveaux du système de santé ; (iii) l'évolution positive des indicateurs de santé de la mère et de l'enfant et ceux liés à la lutte contre le VIH/SIDA, la tuberculose et le paludisme.

En termes d'insuffisances, de faibles performances voire contre-performances ont été relevées dans les domaines de la lutte contre les maladies non transmissibles (augmentation de la prévalence de l'hypertension chez les adultes de plus de 18 ans, augmentation de la prévalence de l'obésité, ...) et sur d'autres aspects clés (baisse de la proportion de femmes enceintes dormant sous MID, ...).

Les principaux dysfonctionnements du système de santé notés sont : (i) l'insuffisance dans la gouvernance et le pilotage du secteur, (ii) la non intégration de l'approche « la santé dans toutes les politiques sectorielles », (iii) l'insuffisance de ressources humaines pour la santé ainsi que la gestion non optimale de l'existant, (iv) la non utilisation systématique des médicaments essentiels et génériques et la faible disponibilité des produits sanguins, (v) le sous financement public du secteur, (vi) la gestion non efficiente des ressources mobilisées, (vii) l'importante contribution des ménages, (viii) les problèmes de promptitude, de complétude et de fiabilité des données du Système national d'information sanitaire (SNIS) limitant la prise de décision à tous les niveaux ; (ix) la vulnérabilité du secteur de la santé face aux effets des changements climatiques.

En outre, le Togo s'est inscrit pour l'atteinte des Objectifs de développement durable (ODD) qui visent à induire, dans les Etats, un développement inclusif et durable. Le troisième objectif de ces ODD cible d'ici à 2030, la réduction de la mortalité maternelle et infantile-juvénile, la fin des épidémies liées aux principales maladies transmissibles, la réduction de la mortalité précoce liée aux maladies non transmissibles et la Couverture sanitaire universelle (CSU), comprenant une protection contre les risques financiers et donnant accès à des services de santé essentiels de qualité et aux médicaments

et vaccins essentiels sûrs, efficaces, de qualité et d'un coût abordable. Quant à l'ODD 13, il vise à lutter contre les changements climatiques et à renforcer le système de santé contre ses effets néfastes.

L'élaboration du PNDS 2023-2027 s'inscrit donc dans une double perspective : apporter des solutions idoines aux problèmes dégagés par l'évaluation du PNDS finissant d'une part, et aligner les interventions sur les ODD d'autre part.

En effet, l'élaboration du nouveau PNDS intervient dans un contexte national caractérisé par :

- la mise en œuvre de la feuille de route Gouvernementale « 2020-2025 » qui vise le développement social en vue de parvenir à une croissance plus inclusive et équitable pour mieux répondre aux attentes des togolais, en particulier ceux touchés par la pauvreté et la vulnérabilité ;
- la mise en œuvre du Programme d'urgence pour la région des Savanes (PURS) afin d'accélérer l'accès des populations aux services sociaux de base prioritaires pour répondre à la menace sécuritaire dans ladite région ;
- l'adoption de la loi instituant l'assurance maladie universelle du 18 octobre 2021 afin de renforcer et d'étendre le système contributif d'assurance sociale, de prévenir l'indigence et de renforcer le capital humain des populations les plus vulnérables.

• **Méthodologie et processus d'élaboration**

Le PNDS 2023-2027 est élaboré suivant un processus participatif et inclusif des principales parties prenantes du secteur de la santé (ministère chargé de la santé et autres ministères sectoriels, partenaires techniques et financiers, acteurs de la société civile et du secteur privé de soins).

Outre le caractère inclusif, le plan est élaboré selon une approche de planification axée sur les résultats en utilisant les évidences scientifiques.

Le processus d'élaboration a suivi quatre étapes clés : (i) l'évaluation de la PNS horizon 2022 et du PNDS 2017-2022, (ii) l'analyse de la situation sanitaire actuelle, (iii) le développement des priorités stratégiques en matière de santé et (iv) l'élaboration d'un cadre de mise en œuvre et de suivi-évaluation.

• **Cadre stratégique du secteur de la santé**

Le PNDS 2023-2027 se décline en cinq (5) axes stratégiques en cohérence avec les priorités nationales et internationales, les enjeux et les défis majeurs du secteur. Il s'agit de :

- **Axe 1** : Système de santé et santé communautaire ;
- **Axe 2** : Utilisation des services essentiels de santé y compris la nutrition par les mères, les enfants, les jeunes et adolescents et les personnes âgées ;
- **Axe 3** : Lutte contre les maladies et maîtrise des déterminants sociaux et environnementaux ;
- **Axe 4** : Réponses aux épidémies et aux autres urgences de santé publique ;
- **Axe 5** : Protection contre le risque financier lié à l'utilisation des services de santé.

La mise en œuvre de l'axe stratégique n°1 permettra d'améliorer : (i) l'accessibilité géographique de 76,45% à 90%, (ii) l'utilisation des soins curatifs de 56,5% à 70%, (iii) la couverture des besoins en personnels de santé au niveau primaire de soins de 42,1% à 80%, (iv) la couverture des services de santé essentiels de 68% à 80% etc. pour un budget prévisionnel de 519,835 milliards F CFA.

En ce qui concerne l'axe stratégique 2, sa mise en œuvre doit permettre de réduire la mortalité maternelle, néonatale et infanto-juvénile pour atteindre des cibles de 258 décès maternels pour 100 000 naissances vivantes, de 14 décès néonataux pour 1000 naissances vivantes, de 47 décès d'enfants de moins de 5 ans pour 1000 naissances vivantes et d'augmenter l'espérance de vie à la naissance de 61,34 à 64 ans en fin 2027 pour un budget de 93,284 milliards F CFA.

Concernant l'axe stratégique n°3, sur la base des objectifs cibles des ODD à l'horizon 2030, et tenant compte des données actuelles du pays ainsi que des goulots d'étranglement du système de santé à

lever, la mise en œuvre de cet axe devrait permettre de : (i) améliorer le pourcentage de femmes enceintes ayant reçu au moins 3 doses de TPI lors des visites prénatales pendant leur dernière grossesse menée à terme au cours des deux dernières années de 53% à 80%, (ii) réduire les nouvelles infections au VIH de 75%, (iv) réduire la mortalité totale par les maladies non transmissibles de 649,4 à 400 (p100.000) pour un budget de 308,179 milliards F CFA.

La mise œuvre de l'axe n°4, permettra de disposer d'un système de santé capable de détecter précocement et de répondre efficacement aux épidémies et autres urgences de santé publique (maintenir à 100% la proportion d'épidémies ayant bénéficié d'une réponse dans les 14 jours après la notification). En outre le secteur de la santé devra renforcer la mise en œuvre de l'approche « One Health ». Le budget prévisionnel de cet axe est estimé à 30,229 milliards F CFA.

S'agissant de l'axe stratégique 5, sa mise en œuvre devra permettre de réduire les dépenses de santé des ménages par paiement direct en pourcentage de la dépense courante de santé de 66,2% à 21,9%, d'augmenter la proportion de la population couverte par le régime unique d'assurance maladie de 5,37% à 60%. Le budget prévisionnel de cet axe est estimé à 114,139 milliards F CFA.

- **Financement du PNDS 2023-2027**

La budgétisation des actions correctrices pour lever les goulots d'étranglement identifiés, réalisée avec l'outil One Health, a permis d'évaluer les besoins du PNDS à un coût total de 1 065,666 milliards FCFA pour la période 2023-2027, soit un coût moyen annuel de 213,133 milliards FCFA. Le financement du PNDS sera soutenu par deux cadres de dépenses à moyen terme (CDMT) glissants dont le premier élaboré pour couvrir la période 2023-2025 et le second couvrira la période 2026-2027. Afin d'évaluer les capacités du pays à financer le PNDS, le CDMT sectoriel pour la période 2023-2025, présente trois scénarii de l'espace budgétaire pour la santé.

La comparaison du coût total du plan et des ressources mobilisables par scénario indique qu'avec le scénario de base et le scénario moyen, il sera difficile de financer la mise en œuvre du plan. Pour y parvenir le Gouvernement et ses partenaires devront s'engager à la réalisation des conditions du scénario accéléré. Cela exige les engagements suivants : (i) une augmentation sensible des dépenses publiques générales pour la santé pour atteindre 11% en 2027, ce qui correspond à 6,4% en 2023 ; 7,5% en 2024 ; 8,7% en 2025 ; 9,8% en 2026 et 11,0% en 2027; (ii) une diminution progressive de la dépendance extérieure du financement de la santé ; (iii) une amélioration de la gestion des recettes des formations sanitaires ; (iv) une réduction de 52,4% des dépenses directes de santé des ménages (de 55,5% en 2023 (cible projetée) à 21,9% en 2027) grâce à l'opérationnalisation du système de couverture du risque financier lié à l'utilisation des services de santé (assurance maladie universelle – AMU).

En termes de ressources nécessaires à l'atteinte des objectifs fixés, le financement du PNDS par source potentielle sur la période 2023-2027 se présente comme suit : (i) 481,086 milliards F CFA de contribution de l'Etat (45,1%) ; (ii) 289,004 milliards F CFA d'appui des partenaires (27,1%) ; (iii) 245,519 milliards F CFA de recouvrement des coûts (23,0%) ; et (iv) 50,057 milliards F CFA de soutien des collectivités locales (4,7%).

- **Cadre de mise en œuvre et de suivi-évaluation du PNDS 2023-2027**

- **Mise en œuvre**

Le cadre de la mise en œuvre du PNDS 2023-2027 se fonde sur trois objectifs et principes directeurs fondamentaux : (i) la collaboration intersectorielle impliquant l'institutionnalisation de l'action intersectorielle afin d'améliorer les déterminants de la santé, (ii) l'harmonisation et l'alignement de l'aide pour garantir que le budget de l'état alloué à la santé et les flux de l'aide internationale sont alignés sur les priorités du plan et utiliseront les mécanismes de gestion consensuels mis en place par le Gouvernement, (iii) la responsabilité mutuelle pour les résultats à travers le renforcement des cadres conjoints de suivi et évaluation des résultats du plan.

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

Au niveau central, en dehors du Comité national de coordination du secteur de la santé (CNC-SS), l'administration et la coordination opérationnelle de la mise en œuvre du PNDS seront assurées par le Secrétariat permanent du PNDS (SP/PNDS). Au niveau intermédiaire et opérationnel, il sera mis en place des Comités régionaux et préfectoraux de coordination du secteur de la santé (CRC-SS, CPC-SS) en vue de garantir l'effectivité de l'approche intersectorielle et de la participation de tous les acteurs du développement sanitaire.

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

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

Sur le plan de contrôle de gestion, les procédures administrative, financière et comptable seront améliorées, disséminées et appliquées à tous les niveaux du système de santé. Le manuel intégré de procédures administratives, budgétaires, financières et comptables du ministère élaboré en 2020 et approuvé par arrêté interministériel n°102/2021/MSHPAUS/MEF du 02 avril 2021, sera révisé, de même un tableau de bord pour retracer les situations financières interne et externe du ministère.

▪ *Suivi et évaluation de la mise en œuvre*

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

En ce qui concerne le mécanisme de suivi et l'évaluation, il sera fondé sur : (i) le renforcement de la supervision à tous les niveaux de la pyramide sanitaire, (ii) l'institutionnalisation du monitoring (réunions de coordination mensuelles des activités au niveau du district sanitaire et organisation des sessions semestrielles de monitoring au niveau des formations sanitaires), (iii) l'organisation des revues (semestrielles et annuelles) au niveau des régions sanitaires, une revue annuelle sera également organisée au niveau central pour suivre les progrès réalisés dans la mise en œuvre des PAO, (iv) une évaluation à mi-parcours du plan à la fin de l'année 2025 pour renforcer ou réorienter au besoin les orientations stratégiques et (v) une évaluation finale de la mise en œuvre du plan en 2027.

Introduction

Le PNDS 2017-2022, cadre de mise en œuvre des orientations de la politique nationale de santé, est arrivé à son terme en 2022. Une évaluation de sa mise en œuvre a été faite en vue de guider l'élaboration d'un nouveau PNDS pour la période 2023-2027.

En effet, durant les cinq dernières années, les efforts consentis par l'Etat et ses partenaires en faveur du secteur de la santé ont permis de faire face à un certain nombre de contraintes et par conséquent d'améliorer le niveau de santé de la population comme en témoignent la réduction de la létalité maternelle de causes obstétricales dans les formations sanitaires, l'augmentation du taux d'accouchements assistés, la baisse de la mortalité spécifique due au paludisme et de la létalité du paludisme chez les enfants de moins de 5 ans. Au titre des autres domaines clés, on note la baisse de nouvelles infections à VIH, l'augmentation de la proportion de femmes VIH+ sous ARV, l'amélioration de la pratique de la PCI dans les formations sanitaires, l'augmentation de l'effectif des ressources humaines à travers les recrutements successifs, la mise en place du CNC-SS, nouvel organe de gouvernance et de pilotage des actions du secteur et l'augmentation du pourcentage de COGES fonctionnels.

Le Gouvernement compte, durant les cinq prochaines années, agir de façon décisive sur certains problèmes de santé tels que : (i) l'amélioration de l'utilisation des services spécifiques de santé y compris la nutrition par les mères, les enfants, les jeunes et adolescents et les personnes âgées, (ii) le renforcement des capacités de lutte contre les maladies et de la maîtrise des déterminants sociaux et environnementaux, (iii) le renforcement de la résilience du système de santé et de ses capacités de réponses, aux autres urgences de santé publique et aux impacts des changements climatiques sur la santé, (iv) le renforcement du système de santé et du système communautaire pour un accès équitable aux services essentiels de santé et (v) le renforcement des mécanismes de protection contre le risque financier lié à l'utilisation des services de santé.

Il s'agira également d'œuvrer à l'atteinte des objectifs de la Feuille de route gouvernementale 2020-2025 qui constitue un engagement de l'Etat pour mieux orienter ses interventions en vue de combler les insuffisances constatées en matière d'accès aux services sociaux de base.

Au plan méthodologique, l'élaboration du PNDS 2023-2027 a été réalisée suivant un processus participatif et inclusif des principales parties prenantes du secteur de la santé (ministère chargé de la santé et autres départements concernés, partenaires techniques et financiers, acteurs de la société civile et du secteur privé de soins). Elle repose sur : (i) les conclusions et recommandations découlant de l'évaluation finale de la PNS horizon 2022 et du PNDS 2017-2022 et (ii) des engagements nationaux et internationaux (notamment les ODD) auxquels le Togo a souscrit.

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

En terme de processus, l'élaboration du PNDS 2023-2027 a suivi les étapes ci-après : (i) mise en place du cadre institutionnel et organisationnel, (ii) lancement officiel du processus, (iii) analyse de la situation du secteur et formulation des axes stratégiques, (iv) développement de l'application de l'outil One Health, (v) validation du diagnostic du secteur santé et des choix stratégiques par le comité technique, (vi) rédaction de la version préliminaire du PNDS et (vii) validation du document du PNDS à travers trois

processus de dialogue (atelier de consensus sur les résultats escomptés et les stratégies de mise en œuvre, réunion de validation par le CNC-SS, validation nationale par les parties prenantes).

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

Ce nouveau plan stratégique constitue par excellence le cadre programmatique pour l'ensemble des intervenants dans le secteur de la santé au Togo pour les cinq (5) prochaines années. Il oriente par conséquent les allocations des différentes ressources internes et externes pour le développement du secteur.

CHAPITRE 1 : CONTEXTE GENERAL

Le chapitre décrit le contexte général du Togo en mettant l'accent sur les points suivants : aspects géographiques, contexte démographique, organisation administrative, contexte économique et social.

1.1. Aspects géographiques

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

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

1.2. Contexte démographique

La démographie togolaise se caractérise par : (i) une croissance démographique forte, résultat d'une mortalité en baisse et d'une fécondité encore élevée malgré une baisse constatée depuis déjà plusieurs années et (ii) une prépondérance de la population féminine. Entre 2010 et 2022, la population togolaise s'est accrue en moyenne de 2,3% par année. A ce rythme, elle doublera dans 31 ans¹.

Selon les résultats du cinquième recensement général de la population et de l'habitat (RGPH-5)², la population togolaise est de 8 095 498 habitants en 2022 contre 6 191 155 habitants en 2010 (RPGH-4, 2010) ; les femmes représentent 51,3% (4 150 988) et les hommes, 48,7% (3 944 510). Selon le milieu de résidence, 57,1% de la population vit en milieu rural et 42,9% en milieu urbain.

Par région, Grand Lomé concentre 27,0% de la population suivie la région des Plateaux (20,2%), la région Maritime sans Grand Lomé (16,6%), la région des Savanes (14,1%), la région de la Kara (12,2%) et la région Centrale (9,8%). Le tableau I présente la population par région.

Tableau I : Population par région et par sexe

Région	Masculin	Féminin	Ensemble	Poids (%)
Grand Lomé	1 060 504	1 127 872	2 188 376	27,0%
Maritime sans Grand Lomé	642 876	703 739	1 346 615	16,6%
Plateaux	806 154	829 792	1 635 946	20,2%
Centrale	397 336	398 193	795 529	9,8%
Kara	488 225	497 287	985 512	12,2%
Savanes	549 415	594 105	1 143 520	14,1%
Togo	3 944 510	4 150 988	8 095 498	100,0%

Source : Résultats définitifs du RGPH-5, 2022, INSEED,

<https://inseed.tg/presentation-des-principaux-resultats-definitifs-du-rgph-5/>

¹ <https://inseed.tg/presentation-des-principaux-resultats-definitifs-du-rgph-5/>

² Institut National de la Statistique et des Études Démographiques, Résultats définitifs du RGPH-5, 2022.

La tendance évolutive de la population implique l'importance des besoins sociaux croissant à satisfaire dans divers domaines, particulièrement en matière de santé et de ses déterminants, un accent particulier étant mis sur la santé des groupes spécifiques. Il s'agit notamment de la santé des enfants de moins de 5 ans, ainsi que celle des adolescents et des jeunes. C'est aussi le cas de la santé des femmes en âge de procréer et celle des personnes âgées. Faire face à tous ces besoins, implique une attention accrue et une mobilisation d'importants moyens.

1.3. Organisation administrative

Le Togo compte 39 préfectures regroupées en cinq régions administratives. Le caractère spécial de la capitale Lomé et de ses environs a entraîné la création du District Autonome du Grand Lomé (DAGL)³. Deux niveaux de décentralisation existent : la région et la commune. Le pays compte au total 117 communes.

1.4. Contexte économique et social

Le pays fait face à un taux de pauvreté encore élevé, estimé à 45,5% en 2018, caractérisé par des inégalités surtout dans les zones rurales où 58,8% des ménages vivaient en dessous du seuil de pauvreté⁴. Dans ce contexte, selon le Bureau International de Travail (BIT) le taux de chômage a augmenté passant de 3,4% en 2015 à 3,9% en 2018.

En outre, la proportion des individus de plus de 18 ans ayant déclaré avoir personnellement fait objet de discrimination ou de harcèlement pour des motifs interdits par le droit international de l'homme représente 20,5%.

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

L'inflation s'est accrue de 0,7% en 2019 à 1,8% en 2020, notamment tirée par les différentes augmentations des prix des produits pétroliers, l'évolution des prix des « produits alimentaires et des boissons non alcoolisées ainsi que celle du coût du « transport ». Quant à l'encours de la dette, il a connu une hausse de 6,7 points par rapport à 2019 et se chiffre à 58,6% du PIB en 2020, score au demeurant en dessous de la norme communautaire (70%), qui a cependant permis le rattrapage et la mise à niveau des infrastructures structurantes (UEMOA)⁵.

Le tableau suivant présente les détails sur l'évolution des indicateurs macroéconomiques du Togo.

³ Articles 324 et 324-1 de la loi N°2019-006 du 26 juin 2019

⁴ [Enquête](#) harmonisée des conditions de vie des ménages du Togo 2018-2019, note synthétique sur les résultats de pauvreté-EHCVM 2018-2019, octobre 2020

⁵ UEMOA, Note de cadre macroéconomique 2021-2025, 1^{ère} édition, mai 2021

Tableau II : Evolution des indicateurs macroéconomiques du Togo de 2018-2020

Indicateur	2018	2019	2020
PIB nominal (en mds)	3950,4	4230,5	4359,9
Secteur primaire (%)	3,2	1,9	1,3
Secteur secondaire (%)	3,9	6,5	5,3
Secteur tertiaire (%)	6,6	4,5	0,9
Croissance du PIB	5	5,5	1,8
Finances publiques et dette (% du PIB)	76,2	72,6	68,7(b)
Recettes fiscales (%)	12,5	13	12,2
Solde global (% du PIB)	-0,6	-0,9	-7
Encours de la dette (%)	55,5	51,9	58,6
Balance des paiements (mio de FCFA)	17,0	170,2	240,7(c)
Masse monétaire (mds)	1 726,00	1804,3	2012,8

Source : Département des Politiques Economiques et de la Fiscalité intérieure/Commission de l'UEMOA

(b) Statista 2023

(c) BCEAO, balance des paiements et positions extérieurs du Togo, 2020

1.4. Stratégie de développement national

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

Cette dernière est articulée autour de trois axes stratégiques déclinés en 10 ambitions et 42 projets et réformes prioritaires. Parmi ces projets prioritaires, le P3 : "Mise en place de la Couverture Santé Universelle" et P4 : "Elaboration et exécution d'un plan de réponse aux urgences sanitaires" visent à répondre aux défis de l'heure du secteur de la santé. Ces défis justifient l'élaboration et la mise en œuvre du projet d'urgence des savanes dont le but est de renforcer la résilience des populations face à la menace et aux conséquences du débordement de la crise du sahel et aux effets néfastes de la crise sanitaire de la Covid-19.

CHAPITRE 2 : CONTEXTE SANITAIRE

Le chapitre 2 décrit l'organisation générale du système national de santé ; l'état de santé des populations ; les ressources et la gouvernance du système de santé ; la sécurité santé au travail ; l'équité et la protection sociale en santé ; l'égalité, l'équité genre en santé ; la coopération au développement et partenariats en santé ; la synthèse des leçons tirées de la mise en œuvre du PNDS 2017-2022 ; l'analyse des forces et faiblesses du système de santé en 2022 ; les enjeux et défis majeurs du secteur de la santé.

2.1. Organisation du système national de santé

2.1.1. Organisation administrative sanitaire

Le Togo compte 39 préfectures regroupées en cinq régions administratives. Le caractère spécial de la capitale Lomé et de ses environs a entraîné la création du District Autonome du Grand Lomé (DAGL) dirigé par un gouverneur. Deux niveaux de décentralisation existent : la région et la commune.

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

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

Selon les dispositions de l'arrêté n°171/2020/MSHP/CAB/SG du 19 juin 2020 portant organisation administrative des régions sanitaires, le découpage sanitaire est arrimé au découpage administratif prévu par les lois relatives à la décentralisation et à la déconcentration. Trois (03) catégories d'aires sanitaires existent : les régions sanitaires (06), les préfectures ou districts sanitaires (39) et les communes sanitaires (117). C'est ainsi qu'au niveau déconcentré figurent le niveau intermédiaire, les directions régionales de la santé (dirigées par les équipes cadres de régions) et le niveau local/périphérique, les directions préfectorales de la santé (dirigées par les équipes cadres de districts).

2.1.2. Organisation de l'offre de la prestation des services et soins de santé

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

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

Le nombre de formations sanitaires est passé de 1 297 en 2019 à 1 320 en 2021 selon les résultats de la mise à jour de la carte sanitaire réalisée en 2021 puis à 2 152 en 2022.

Tableau III : Répartition des établissements de soins par type et par région en 2022

Types d'établissement de soins	Grand Lomé	Maritime	Plateaux	Centrale	Kar a	Savanes	Total général
CHU	2	0	0	0	1	0	3
CHR	1	1	1	1	1	1	6
HOPITAL SPECIALISE	1	1	1	0	0	1	4
HOPITAL II	9	3	9	3	4	4	32
HOPITAL I	70	13	11	3	5	5	107
USP II	252	40	62	24	36	19	433
USP I	671	219	260	113	130	97	1490
INFIRMERIE	29	4	10	9	9	7	68
AUTRES	4	1	4	0	0	0	9
Total général	1039	282	358	153	186	134	2152

Source : DEPP/Ministère chargé de la santé, Données de la carte sanitaire 2022.

L'effectif total du personnel de santé du secteur public et privé en 2021 s'élève à 18 794 contre 18 372 en 2020 soit une augmentation de 422 agents. Les agents du secteur public sont estimés à 12 800 (68,11%) et ceux du secteur privé à 5 994 (31,89%) de l'effectif cumulé (Public/Privé).

Conformément au code de la santé, un processus d'accréditation est en cours de mise en œuvre depuis le second semestre 2020. La liste des centres privés de soins agréés est publiée périodiquement.

2.2. Etat de santé des populations

2.2.1. Mortalité générale et espérance de vie

En dépit des progrès accomplis au cours de ces dernières années, le Togo fait encore face à un niveau élevé de mortalité, comme l'indique le taux brut de mortalité, estimé à 8,2 ‰ en 2021. Ce qui contraste avec l'espérance de vie à la naissance qui n'a cessé de s'améliorer au cours des dix (10) dernières années. Elle a augmenté de 57,47 ans en 2010 à 61,34 ans en 2020. Cette croissance est plus élevée chez les femmes que chez les hommes, comme l'illustre la figure suivante.

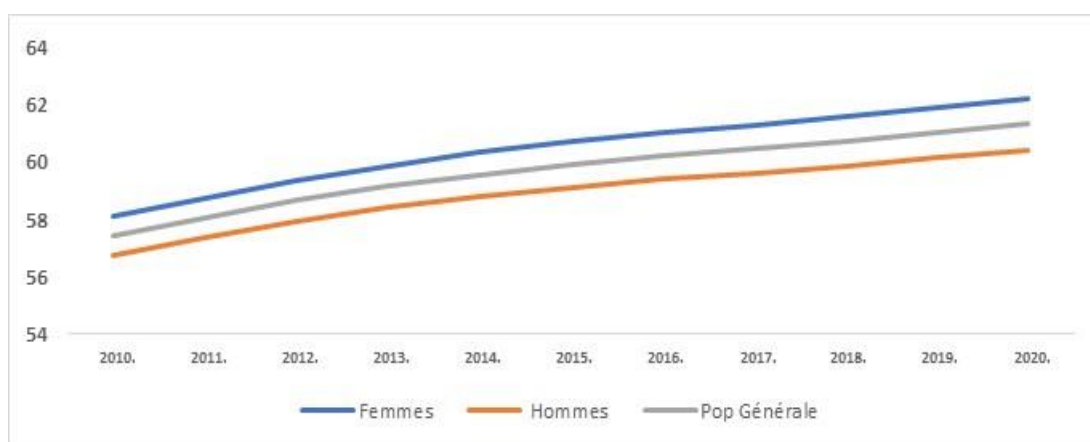


Figure 1 : Évolution de l'espérance de vie à la naissance de 2010 à 2020

Source : EIP 2017-2020

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

Selon l'annuaire des statistiques sanitaires de 2021, les cinq principales causes des décès hospitaliers sont : les accidents vasculaires cérébraux qui comptent pour 9,7% des cas, le paludisme (7,7%), les plaies et traumatismes (5,8%), l'infection néonatale (5,5%) et la prématurité (4,9%).

On note que 35,40% des décès hospitaliers enregistrés au cours de cette année sont rangés sous la rubrique "autres causes de décès". Cela s'explique par la non exhaustivité des diagnostics sur l'outil de collecte (RMA)¹ mis à la disposition des hôpitaux et des formations sanitaires du niveau périphérique (USP)².

Mais, cette mortalité hospitalière masque l'ampleur de la mortalité spécifique aux pathologies telles que le paludisme et le VIH/sida. A ce sujet, il ressort que les mortalités spécifiques du paludisme et du VIH/sida demeurent importantes estimées respectivement à 10 décès pour 100 000 et 28,94 décès pour 100 000 habitants³ en dépit des progrès accomplis.

2.2.2. Santé de la mère

Les données de l'EDST-III 2013-2014 situent le ratio de mortalité maternelle à 401 décès pour 100 000 naissances vivantes. Ce ratio estimé en 2021 par les agences du Système des Nations Unies reste élevé à 399 décès pour 100 000 naissances vivantes en dépit des efforts accomplis. Ces décès sont dus principalement à des causes obstétricales directes à savoir les hémorragies (47%), l'éclampsie (24%) et les infections (13%).

L'ampleur et la gravité de ces problèmes sont liées : (i) à l'accès limité aux soins et services de santé de qualité, notamment les soins prénatals, l'assistance au moment de l'accouchement et au cours du postpartum immédiat, (ii) aux progrès insuffisants accomplis dans l'opérationnalisation des sites offrant des soins obstétricaux avec pour conséquence l'incapacité à assurer une prise en charge adéquate des complications obstétricales sur l'ensemble du territoire, (iii) au dysfonctionnement du système de référence et contre référence (iv) à la faible disponibilité des médicaments essentiels et produits sanguins pour sauver la vie des mères et des enfants, (v) à la faiblesse de l'offre de services de planification familiale, (vi) à la faible accessibilité financière aux services de soins et (vii) à une faible utilisation continue des soins prénatals.

S'agissant de la planification familiale, il ressort du rapport de mesure 2022 publié par le Partenariat FP2030 que la prévalence contraceptive est passée de 16,1% en 2012 à 23,2% en 2022 pour toutes les femmes, soit un gain de 7,1 % au cours de la période. Parallèlement, le pourcentage de femmes dont on estime qu'elles ont un besoin non satisfait pour une méthode contraceptive moderne n'a été réduit que de 28,2% à 24,5%. Pour les femmes en union, la prévalence contraceptive est passée de 15,6% en 2012 à 26,3% en 2022 soit un gain de 10,7%. Les besoins non satisfaits sont passés de 36,9% à 32,2%.

Par ailleurs, le rapport d'évaluation du PNDS 2017–2022 donne un éclairage supplémentaire sur la situation. Globalement, ces résultats montrent une évolution de l'indicateur Couple Année Protection (CAP) de 2017 à 2019 et une régression à partir de 2020. Ces réalisations sont insuffisantes pour espérer atteindre les cibles des engagements pris par le Togo à savoir augmenter le taux de prévalence

¹ RMA : rapport mensuel d'activités

² USP : unité de soins périphérique

³ Spectrum 2023 Version 6.26

contraceptive moderne (TPCm) chez les femmes en union de 23,1% en 2020 à 32% en 2026 et de 20,4% en 2020 à 29,5% en 2026 chez toutes les femmes.

Ces faiblesses traduisent entre autres, les difficultés qu'éprouve le pays à mettre en place les cadres stratégiques ainsi que les normes, procédures et interventions dont l'impact est reconnu sur la santé maternelle. L'insuffisance des ressources et les faiblesses du pilotage et de gestion du secteur de la santé figurent parmi les causes de cet état de fait.

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

Selon le rapport d'évaluation du PNDS 2017 – 2022, la santé de l'enfant a connu une réelle amélioration au cours des dernières années, traduite par la réduction des taux de mortalité infantile et infanto-juvénile. Ces taux sont passés respectivement de 49 à 42 décès pour 1000 naissances vivantes de 2014 à 2017 pour la mortalité infantile et de 88 à 71 décès pour 1000 naissances vivantes pour la mortalité infanto-juvénile, au cours de la même période. Pendant cette période la mortalité néonatale est restée stable (27 pour 1000 naissances vivantes) alors qu'elle contribue pour 35% à la mortalité infanto-juvénile. En dépit des progrès accomplis, ces taux indiquent malgré tout, une importante mortalité attribuable à la charge de morbidité qui est caractérisée par le poids du paludisme, des infections respiratoires aiguës, des maladies diarrhéiques, des plaies et traumatismes pour la mortalité infanto-juvénile ; et la prématurité, l'asphyxie et les infections sévères pour la mortalité néonatale.

En effet, cette importante mortalité est en partie attribuée à : (i) la faible qualité de la prise en charge et du suivi de l'enfant atteint de maladies telles que le paludisme, la pneumonie et la diarrhée, et la malnutrition aiguë sévère (ii) de faibles taux de couverture vaccinale ; (iii) l'accès encore limité à des conditions appropriées d'hygiène, à l'eau potable et à l'assainissement, et (iv) à des insuffisances observées aussi bien dans la prévention de la transmission du VIH de la mère à l'enfant que dans la prise en charge de l'enfant vivant avec le VIH.

2.2.4. Santé de l'adolescent et du jeune

La santé des adolescents et des jeunes est en grande partie marquée par : (i) les grossesses précoces et leurs conséquences ; (ii) les infections sexuellement transmissibles (IST) y compris le VIH/sida ; (iii) diverses formes de violences ; (iv) les problèmes de santé mentale et (v) les maladies infectieuses et non infectieuses. Enfin, ils sont particulièrement exposés à la consommation de substances psychoactives et à divers traumatismes.

Au cours de ces dernières années, les indicateurs de santé des adolescents et des jeunes n'ont évolué que très peu, à l'instar du taux de natalité chez les adolescentes qui est passé de 85‰ en 2010 à 79 ‰ en 2017. S'agissant du VIH/sida, la prévalence de cette maladie chez les jeunes âgés de 15–24 ans a connu une régression passant de 0,70% en 2019 à 0,64% en 2021. Sachant que l'influence des hommes en matière de sexualité est particulièrement importante, ce progrès, quoique minime pourrait trouver une partie de ses explications dans la connaissance du VIH/sida. En effet, elle est meilleure chez les garçons (34,8%) comparativement aux filles (25,7%) selon les résultats de l'enquête MICS⁶. Toutefois, quel que soit le sexe, les jeunes ont une faible connaissance du VIH/sida, qui par ailleurs continue à se propager dans ce groupe d'âge.

2.2.5. Santé de la personne âgée

Les personnes âgées forment un groupe de population constitué de personnes très vulnérables sur le plan socio-économique. En matière de santé, elles sont confrontées au double fardeau des maladies transmissibles et non transmissibles. Leurs problèmes de santé spécifiques sont : l'arthrose, les polyopathologies, la démence, les troubles visuels et auditifs. En ce qui concerne les maladies non transmissibles, l'Hypertension artérielle (HTA) représentait respectivement 68,4% et 57,07% des

hospitalisations pour les maladies cardiovasculaires au Centre Hospitalier Universitaire Sylvanus Olympio (CHU-SO) en 2017 et 2018. On note aussi qu'au cours de la même année, 67,3% d'entre eux ont eu recours à l'automédication et 20 à 40% ont utilisé des alicaments ou la pharmacopée traditionnelle pour se soigner à Lomé.

Les personnes âgées souffrent souvent d'une série de problèmes de santé associés à des systèmes immunitaires compromis qui les rendent moins aptes à compenser les effets de certains risques environnementaux, tels que la pollution de l'air, et les exposent davantage aux maladies graves liées aux insectes et à l'eau. Leur mobilité limitée accroît leur risque d'être exposées.

2.2.6. Etat nutritionnel

Le Togo, à l'instar de la majorité des pays d'Afrique subsaharienne, n'échappe pas à la malnutrition sous toutes ses formes. Ainsi, la prévalence du retard de croissance est de 23,80% tandis que la malnutrition aiguë affecte 5,70% des enfants de moins de 5 ans (MICS, 2017). D'autres problèmes comme l'obésité, le surpoids, les maladies cardiovasculaires et le diabète qui tirent en partie leur source des comportements alimentaires inadaptés sévissent. Ainsi, trois femmes sur dix (31%) présentent une surcharge pondérale et 11% d'entre elles sont obèses (EDST, 2014). Par ailleurs, la prévalence de l'anémie est de 70,10% chez les enfants de 6-59 mois et de 48,10% chez les femmes en âge de procréer. C'est ainsi que l'analyse de la situation nutritionnelle au Togo montre qu'environ 40% de la mortalité infantile est associée à la malnutrition¹.

Le pourcentage des enfants souffrant de malnutrition aiguë sévère (MAS) ayant bénéficié d'une prise en charge est passé de 59% à 37,28% entre 2017 et 2021. Cette régression de la prise en charge est surtout due au relâchement des acteurs (communautaires et formations sanitaires). Par ailleurs, la couverture en supplémentation en vitamine A chez les enfants de moins de 12 mois lors de la vaccination de routine est de 85,39% en 2021. Enfin, les résultats de la prise en charge des enfants de 0-5 ans souffrant de MAS dans les formations sanitaires disposant de Centres de Réhabilitation Nutritionnelle (CREN) et dans les villages CTC ("Community Therapeutic Care" ou prise en charge communautaire de la malnutrition) en 2021 sont : 83,45% de guérison ; 11,1% d'abandons et 1,63% de létalité. Cette tendance de l'état nutritionnel pourrait s'aggraver avec les changements climatiques qui ont une répercussion sur la disponibilité et l'accessibilité quantitative et qualitative des aliments.

2.2.7. Lutte contre les maladies

2.2.7.1. Maladies transmissibles

Il ressort de l'annuaire des statistiques sanitaires de 2021 que le paludisme vient en tête des motifs de consultation aussi bien chez les enfants de moins de 5 ans (65,3%) que dans la population générale (60,6%). Viennent ensuite les Infections aiguës des voies respiratoires avec respectivement 15,8% des cas chez les enfants de moins de 5 ans et 11,5% dans la population générale. Les gastro-entérites et colites d'origine non précisée viennent au troisième rang (4% des cas) chez les enfants. La figure ci-dessous illustre ce profil.

¹ Politique nationale multisectorielle de nutrition 2019-2030

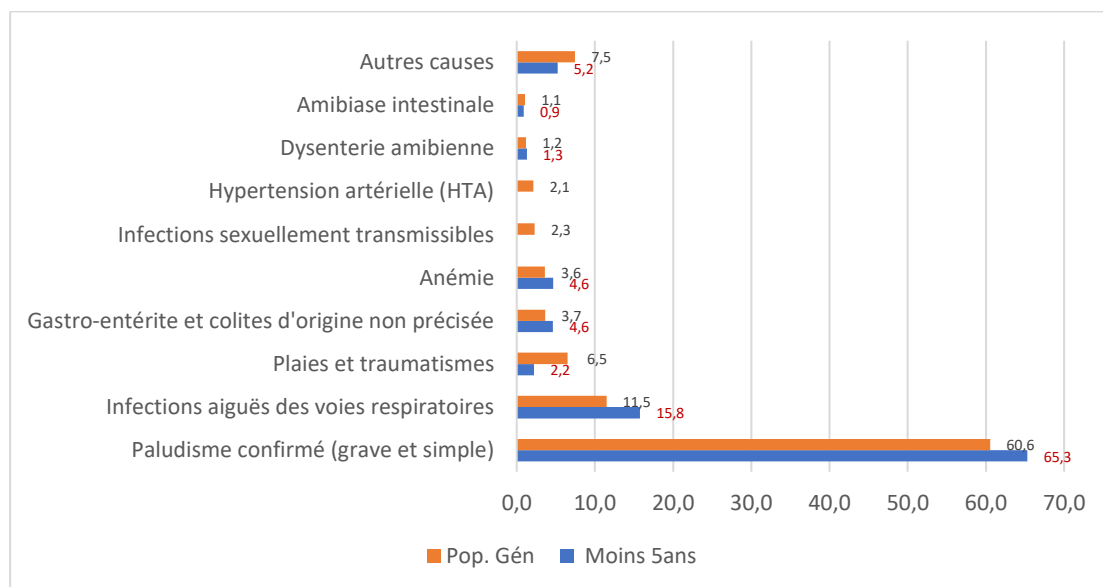


Figure 2 : Principaux motifs de consultation, 2021

Source : Annuaire de statistiques sanitaires, 2021

S'agissant du paludisme, il constituait aussi la première cause des hospitalisations chez les enfants de moins de 5 ans (8,9%) en 2021. Ces cas peuvent s'accroître avec les changements climatiques, notamment à travers l'augmentation des températures et la modification des régimes pluviométriques, ce qui affecte les habitats des moustiques augmentant ainsi le risque de transmission du paludisme. Selon l'EDST 2013-2014, la prévalence du VIH était de 2,5% en 2014 dans la population de 15-49 ans.

Depuis lors, elle a baissé, estimée à 1,7 % en 2022 dans la population sexuellement active (Spectrum, 2022 V6.26). Il s'agit d'une épidémie généralisée, dont la prévalence est caractérisée par des disparités en fonction du sexe, de l'âge, du milieu de résidence des groupes de population. Sa fréquence est deux fois plus élevée chez la femme (3,1%) que chez l'homme (1,7%) et les disparités régionales sont très marquées. Elles passent de 0,3% dans la région des Savanes à 3,4% dans la région du Grand-Lomé.

Le nombre de cas de tuberculose toutes formes confondues (cas confirmés bactériologiquement et diagnostiqués cliniquement, nouveaux et rechutes) notifiés de 2017 à 2021 a évolué en dents de scie. Il est passé de 2 142 en 2017 à 2 413 en 2018, a augmenté à 2 580 en 2019, baissé à 2 312 en 2020 et est remonté à 2 418 cas notifiés en 2021. Parallèlement, le pourcentage de sujets présentant une co-infection tuberculose-VIH a baissé progressivement passant de 21,5% à 16,2% au cours de cette période. On note que de 2017 à 2021, l'incidence de la tuberculose, selon les rapports annuels de l'OMS, est passé de 41 à 33 cas pour 100 000 habitants.

2.2.7.2. Maladies non transmissibles

Les maladies non transmissibles sont dominées par les maladies cardiovasculaires, le diabète, les maladies respiratoires chroniques et les cancers. L'enquête STEPS sur les facteurs de risque des MNT de 2021 révèle que la prévalence de l'HTA au sein de la population des 18 ans et plus est passée de 19,6% en 2010 à 27,4 % en 2021 soit une augmentation de 7,8 %. De même la prévalence du diabète a presque doublé en une décennie. Elle est passée de 2,6% en 2010 à 4,90 % en 2021. Les cancers sont de plus en plus diagnostiqués et l'accès aux soins oncologiques de qualité reste faible avec un taux de mortalité très élevé. Selon le GLOBOCAN, le Togo a enregistré en 2018, 4745 nouveaux cas de cancers dont 3310 décès (69,76%) et en 2020, 5208 nouveaux cas de cancers dont 3468 décès (66,59%). Le cancer du sein occupe la première place avec 16,3% des cas. Les AVC demeurent très élevés et constituent la première cause de mortalité hospitalière (9,7%).

S'agissant de la cécité, la prévalence et la déficience visuelles sont respectivement de 5,6% et de 20,8% dans la population âgée de 50 ans et plus ; la cataracte étant la première cause de cécité (64%) (ARCE TOGO 2014).

En ce qui concerne l'hémophilie, elle représente au Togo moins de 1 % des motifs de consultation en hématologie clinique. Les sondages annuels de Fédération mondiale de l'hémophilie (FMH) recensent 47 cas d'hémophiles diagnostiqués (World Federation of Hemophilia 2022) sur une estimation de plus de 800, correspondant à moins de 7 % de diagnostic avec à peine 1 à 2 nouveaux cas par an¹. Bien qu'il n'y ait pas eu d'enquête épidémiologique d'envergure nationale pour déterminer la prévalence de la drépanocytose, les résultats d'enquêtes hospitalières et de campagne de dépistage dans les régions de Lomé Commune (actuelle Grand Lomé) et Maritime révèlent une fréquence du gène S autour de 16,1% avec 1,3% de sujets homozygotes SS et 2,6% de doubles hétérozygotes². La file active du centre national de recherche et de soins aux drépanocytaires créée en octobre 2015 et qui est fonctionnel depuis le 08 novembre 2018 est d'environ 3300 patients. Les défis majeurs dans les cinq ans à venir sont de : (i) établir la cartographie de la maladie et d'en connaître la prévalence ; (ii) assurer le dépistage néonatal de la drépanocytose et la prise en charge précoce des enfants afin de réduire les complications ; (iii) assurer l'épanouissement psycho-social des personnes affectés ; (ii) sensibiliser surtout les jeunes à connaître leur statut hémoglobinique avant le mariage.

De manière générale, l'offre de soins et l'accès aux médicaments de qualité pour la prise en charge des MNT restent un grand défi à relever dans le système de santé du Togo.

2.2.7.3. Maladies à potentiel épidémique et autres évènements de santé publique

Selon l'annuaire des statistiques sanitaires de 2021 et les données de surveillance, le Togo a enregistré au cours de cette année des séries de suspicions de maladies à potentiel épidémique. Il s'agit des cas de : méningites (392 cas), rougeole (394 cas), diarrhées rouges (7 326 cas), diarrhées graves (242 cas), fièvre jaune (339 cas suspects), tétanos maternel et néonatal (4 cas), et de fièvres virales hémorragiques (10 cas suspects). De ces cas suspects, trois (03) épidémies ont été enregistrées. Il s'agit des épidémies de rougeole dans les districts de l'Oti-Sud (10 cas confirmés) et de Zio (60 cas), de fièvre jaune dans les districts d'Ogou (1cas et 0 décès) et de Kpélé (1 cas décédé) et de Choléra dans le district des Lacs (39 cas dont 5 décès). D'autres épidémies ont également été enregistrées en 2022. Il s'agit des épidémies de : (i) poliomyélite due au poliovirus de souche vaccinale (2 cas de paralysies et 2 prélèvements environnementaux positifs) ; (ii) Lassa avec 1 cas décédé ; (iii) rougeole qui a touché l'ensemble du pays et (iv) fièvre jaune avec 2 cas positifs.

Il importe de souligner que ces épidémies concernent, aussi bien les maladies évitables par la vaccination que des maladies des mains sales. Leur occurrence atteste des faiblesses de la vaccination d'une part, de la précarité des conditions d'hygiène, d'assainissement et des limites à l'accès à l'eau potable d'autre part. En ce qui concerne ces conditions suscitées, leurs effets sont perceptibles à travers le poids des maladies diarrhéiques dans la morbidité qui représente 6,8% des motifs de consultation chez les enfants et 5,9% dans la population générale.

¹ Padaro, E., I. M. D. Kueviakoe, K. J. Guedenon, H. Magnang, K. Mawussi, Y. Layibo, A. Vovor, et A. Y. Segbena. 2017. « Hémophilie A et B: a propos de dix cas colligés a Lome (Togo) ». *Journal de la Recherche Scientifique de l'Université de Lomé* 19 (3): 437-42.

² Segbena AY, Prehu C, Waicman H, Bardakdjian-Michau J, Messie K, Feteke L et al. Hemoglobins in Togolese new-borns: HbS, HbC, Hb Bart's and α -Globin gene status. *Am J Hematol* 1998 ; 59 : 208- 213.

Le Togo a enregistré son premier cas de Covid-19 le 5 mars 2020. A la date du 05 décembre 2022, le pays a notifié 39 332 cas confirmés, dont 39 035 personnes guéries, 7 cas actifs et 290 décès soit une létalité de 0,7%.

D'autres événements de santé publique ont été également notifiés et gérés aussi bien dans le secteur de la santé humaine que dans ceux de la santé animale et l'environnement. Il s'agit des cas d'intoxication alimentaire, des inondations, des vents violents et des épizooties de gripes aviaires.

2.2.7.4. Maladies tropicales négligées

Il s'agit principalement de la schistosomiase (137 cas d'hématurie en 2022 dont 12 dans la Centrale et 78 dans les Plateaux, 19 dans la Maritime, 28 dans la Kara), l'Ulcère de Buruli (19 cas dépistés en 2021 contre 10 en 2022 ; tous pris en charge), la lèpre (86 cas en 2022), le pian (22 cas en 2022 contre 30 en 2021) et le trachome (10 cas trichiasis trachomateux opérés sur 15 dépistés en 2021 contre 6 cas opérés sur 12 en 2022). Concernant l'onchocercose, les différentes évaluations menées au Togo, ont toutes montré jusqu'alors des prévalences nulles. Pour les envenimations par morsure de serpent 2 176 cas ont été notifiés avec un taux de guérison de 85,8% et un taux de létalité de 2% en 2022 contre 1,5% en 2021¹. Il est à noter que le Togo a éliminé quatre MTN : la dracunculose, la filariose lymphatique, la trypanosomiase humaine africaine et le trachome respectivement en 2011, 2017, 2020 et 2022.

2.2.8. Prise en charge du handicap

Les troubles mentaux, les addictions et les handicaps psychosociaux contribuent largement à la morbidité et à la mortalité prématurée. Les données hospitalières ont mis en relief en 2018, la prédominance de la dépression et des psychoses notamment les troubles psychotiques aigus (30,73%) et l'épisode dépressif (21,10%).

Le trouble mental du post partum a une incidence hospitalière de 2,96% tandis que l'épisode dépressif sévère avec symptômes psychotiques a été le plus représenté dans 39,40%. On note aussi que 31,1% des femmes détenues ont présenté un épisode dépressif et 14,8% un trouble anxieux. Cette prédominance de la dépression a été également retrouvée chez les patients présentant une affection somatique (soit 68,2% des patients hémodialysés).

Il existe une bonne connaissance du phénomène de la violence domestique à Lomé attestée par 73 à 97% des adultes interrogés. Les victimes sont en majorité les femmes et les enfants. Les troubles mentaux et du comportement résultant de l'utilisation de substances psychoactives (alcool, cannabis, cocaïne, héroïne, tramadol, hypnotiques, tabac et solvants volatils etc.) ne sont pas négligeables. La situation des troubles mentaux, des addictions et des handicaps psychosociaux est donc très préoccupante et il urge que des actions multisectorielles et concertées soient menées pour réduire l'ampleur de ces fléaux.

Les personnes handicapées encourent des risques accrus en raison du changement climatique. En effet, lors d'événements climatiques extrêmes, leur manque de mobilité ainsi que leur besoin de soins médicaux continus augmentent.

¹ Rapport de performance 2022 du PNMTN

2.2.9. Déterminants de la santé

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

Les sources d'approvisionnement en eau et les conditions d'assainissement de base constituent d'importants déterminants environnementaux de la santé. Selon le rapport JMP 2021, les sources d'approvisionnement en eau de boisson consommée dans les ménages se répartissent par ordre d'importance comme suit : forages (26,7%), réseau public de distribution d'eau par la Société Togolaise des Eaux « TDE » (25,8%), puits (24,1%), eaux de surface (15,6%), autres (4,1%) et impluvium (3,7%).

On note que 52,3% des concessions utilisent des sources d'eau de boisson qui sont susceptibles de fournir de l'eau potable (TDE et forages). Pour toutes les autres sources, la qualité de l'eau fournie n'est pas réellement garantie. C'est le cas particulièrement des eaux de surface qui sont par définition impropres à la consommation. Elles concernent 15,6% de concession. A ce sujet, les résultats de l'enquête MICS 2017 indiquent que 69,1% des ménages consomment de l'eau de boisson polluée par E. Coli. Cette pollution est davantage observée en milieu rural avec 80,2% des ménages, contre 49,1% en ville. S'agissant de l'accès des ménages aux ouvrages d'assainissement de base, selon le rapport JMP 2021, 27,0% des concessions ne disposaient d'aucune latrine ; 47,1% disposaient de latrines en bon état et 25,5% en mauvais état. L'absence de latrines dans les concessions implique de fait, la pratique de la défécation à l'air libre.

L'accès limité à l'eau potable, l'utilisation des latrines en mauvais état et la pratique de la défécation à l'air libre (DAL) témoignent de la précarité des conditions de vie. Cette situation explique au moins en partie, la fréquence élevée des pics épidémiques de maladies diarrhéiques régulièrement enregistrés dans le pays.

Par ailleurs, les inondations et les sécheresses (manifestations des changements climatiques) peuvent altérer la qualité de l'eau et des sols. Les inondations provoquent des débordements d'eaux usées et une contamination de l'eau potable, tandis que les sécheresses entraînent une réduction de l'approvisionnement en eau et une augmentation de l'utilisation des sources d'eau contaminées. La convergence de ces facteurs conduit à l'augmentation des maladies diarrhéiques.

2.2.9.2. Autres déterminants de la santé

Peu de données existent sur la qualité de l'air, l'impact des produits chimiques, la protection contre les radiations, la sécurité et la santé sur les lieux de travail et de vie bien qu'ils constituent d'importants déterminants de la santé humaine. La consommation du tabac, de l'alcool, la pratique d'une activité physique et divers facteurs environnementaux ont également un réel impact sur la santé. Leurs données proviennent des résultats de l'enquête STEPS Togo 2021 qui montrent qu'en moyenne, la prévalence de la consommation du tabac dans la population générale est de 5%. Cette consommation est davantage le fait des hommes (10%), comparativement aux femmes (0,4%). Environ 3,3% fument quotidiennement et en moyenne ces personnes ont commencé à fumer quotidiennement à l'âge de 21,4 ans. Pour 92,8% d'entre eux, ces consommations concernent le tabac industriel.

Quant à la consommation de l'alcool, les résultats de l'enquête STEPS Togo 2021 se présentent comme suit : (i) 25,6% des adultes pratiquent l'abstinence à vie, vis-à-vis de la consommation de l'alcool ; (ii) 4,6% s'en abstiennent depuis 12 mois ; (iii) 62,7% ont consommé de l'alcool au cours des 30 derniers jours précédents le jour de l'enquête et (iv) 16,4% ont consommé beaucoup d'alcool (6 verres ou plus) à la faveur d'un épisode au cours des 30 derniers jours précédant le jour de l'enquête.

Enfin, la pratique d'activités physiques insuffisantes concerne 13,2% des adultes ; 52,0% ne sont pas engagés dans une activité physique à forte intensité. Et ceci est davantage le fait des femmes (69,2%) contrairement aux hommes (33,4%).

S'agissant des facteurs environnementaux autres que l'eau et les conditions d'assainissement de base, les insuffisances observées concernent (i) l'insalubrité des abattoirs, (ii) la faible gouvernance des circuits des produits phytosanitaires et des biopesticides, (iii) la faiblesse du système de surveillance des infections causées par des agents pathogènes résistants aux antimicrobiens et des zoonoses/agents pathogènes prioritaires, (iv) la faiblesse des pratiques en matière de sécurité et de sûreté biologiques et (v) des insuffisances de la coordination et de l'intégration des secteurs concernés par la mise en œuvre des dispositions du Règlement Sanitaire International (RSI).

2.3. Ressources et gouvernance du système de santé

2.3.1. Financement du système de santé

▪ Mobilisation des financements pour le secteur de la santé de 2017 à 2021

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

On note qu'au cours de la période de 2017 à 2021, le budget de l'Etat alloué sur ressources internes au secteur de la santé en valeur absolue a sensiblement progressé (28,464 milliards FCFA en 2017 contre 40,471 milliards FCFA en 2021), soit une allocation moyenne de 36,218 milliards FCFA par an ; ce qui correspond en moyenne à 7% du budget de l'Etat. Malgré cette évolution, la cible objectivement fixée d'augmenter à 11% la part du budget de l'Etat alloué à la santé en 2021 n'a pas été atteinte.

▪ Financement selon les catégories de dépenses de 2017 à 2021

L'examen des ressources mobilisées au cours des années 2017 à 2021, en fonction des catégories de dépenses, montre que les ressources d'investissement et de fonctionnement ont été réalisées à 82,8%. Leur répartition indique que 80% des ressources ont été allouées au fonctionnement et 20% à l'investissement. Il importe de noter la faiblesse des allocations affectées à l'investissement, notamment aux équipements et à leur maintenance. L'amélioration des plateaux techniques et leur maintenance constituent d'importantes conditions à remplir pour espérer élargir l'offre de soins d'une part et opérer des sauts qualitatifs conséquents d'autre part.

Tableau IV : Financement du PNDS (en millions de F CFA) par catégorie de dépenses 2017-2021

Budget par catégorie	Planifié	Réalisé	Réalisation (%)	Part dans le coût global
Investissements	107 645,77	89 110,83	82,8%	20,0%
Équipements et matériels	33 585,46	25 802,56	76,8%	5,8%
Infrastructures	63 833,97	57 842,75	90,6%	13,0%
Maintenance	10 226,34	5 465,52	53,4%	1,2%
Fonctionnement	429 549,13	355 587,39	82,8%	80,0%
Fonctionnement courant	128 150,92	102 779,94	80,2%	23,1%
Médicaments et intrants essentiels	200 771,62	149 903,99	74,7%	33,7%
Personnel (Rémunérations et autres avantages)	93 141,07	94 909,86	101,9%	21,3%
Renforcements des capacités	7 485,52	7 993,60	106,8%	1,8%
Total	537 194,90	444 698,22	82,8%	100,0%

Source : Données consolidées à partir du document du cadre de financement du PNDS 2017-2022

- **Évolution de la part du budget de l'Etat alloué au secteur de la santé de 2017 à 2021**

La part du budget de l'Etat alloué au secteur de la santé est passé de 6,36% en 2017 à 6,95% en 2021 avec un pic en 2020 (8,33%). Cette période a été marquée par la pandémie à Covid-19 qui a occasionné un important effort de mobilisation des ressources en faveur du système de santé.

L'Etat togolais s'est engagé depuis 2002 à augmenter d'au moins un point chaque année la part du budget alloué à la santé jusqu'à atteindre les 15% recommandé par l'engagement d'Abuja d'avril 2001. Cependant, on constate depuis 2002, que cette part évolue en dents de scie variant de 6,63% en 2002 à 5,15% en 2022 avec un pic de 8,33% en 2020 comme le précise la figure ci-dessous.

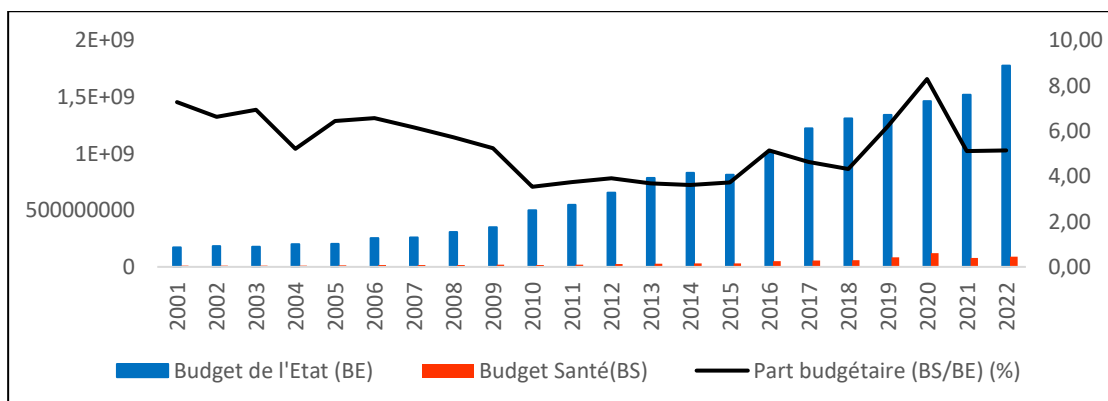


Figure 3 : Évolution du financement de la santé par l'Etat de 2001 à 2022

Source : Direction des Affaires Financières (DAF)/MSHPAUS

- **Des taux de réalisation des recettes des formations sanitaires encore insuffisants**

Au cours de la période de 2017 à 2021, les formations sanitaires ont globalement réalisé 67,18% de leurs prévisions pour financer les dépenses de santé. Cette moyenne est largement en deçà des prévisions établies. En outre, elle masque des disparités par année, le meilleur taux étant celui de 2017 (77,3%) et le plus faible, celui de 2018 (59,4%), bien avant la pandémie de Covid-19. Ce qui suggère que des causes structurelles sont à la base de ces faibles performances.

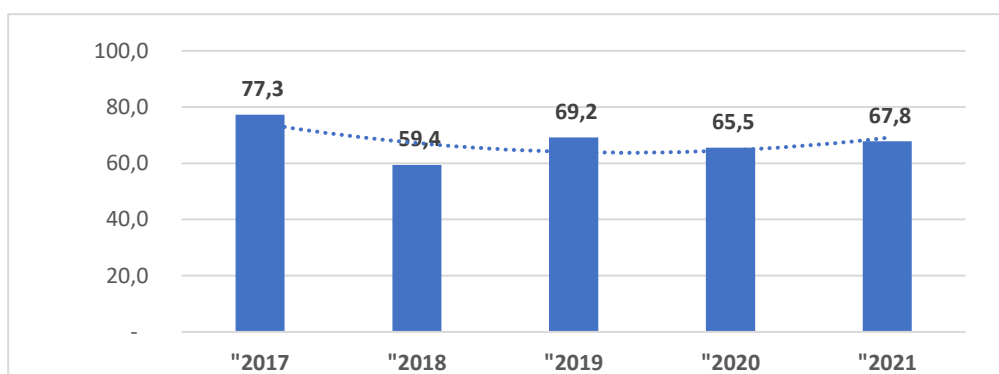


Figure 4 : Taux de réalisation des recettes par les FS publiques de 2017 à 2021

Source : Direction des Affaires Financières (DAF)/MSHPAUS

- **De la nécessité de dresser une cartographie des partenaires techniques et financiers**

Le Togo est accompagné par plus d'une vingtaine de partenaires techniques et financiers qui œuvrent dans le secteur de la santé. Ils sont constitués des Agences du système des nations unies, des institutions de coopération bi-multilatérales et des ONG internationales. Dans le cadre de la mise en

œuvre du PNDS 2017–2021 ; ces derniers ont signé un Compact avec le Togo, conformément à son adhésion au Partenariat International pour la Santé et initiative apparentée (IHP+).

L'effectif et l'importance des contributions des PTF du secteur de la santé au financement et à l'opérationnalisation des interventions commandent de dresser une cartographie détaillée de ces PTF. L'objectif étant de s'assurer de l'alignement des interventions de l'ensemble des partenaires sur la politique de santé du pays et optimiser les différents partenariats.

- **De l'exécution des dépenses publiques de santé en évolution**

Le taux d'exécution des dépenses publiques a connu une évolution en dents de scie passant de 73,6% en 2016 à 101,40% en 2017 et à 90,76% en 2021 avec une moyenne de 91,11% sur la période 2017-2021 pour une cible de 100% en 2021. Le plus faible taux d'exécution des dépenses publiques a été enregistré en 2020 (85,53%) ; ce qui pourrait s'expliquer par les effets de la Covid-19.

- **Des ménages exposés aux dépenses catastrophiques de santé**

Les différents comptes de la santé ont révélé que les paiements directs des ménages représentent une part très élevée des dépenses courantes de santé. Elles étaient de 61,5% en 2017 ; 64,7% en 2018 et 66,2% en 2019 ; malgré les dispositions prises pour la gratuité de certains soins curatifs et préventifs. En rappelant que la norme de l'OMS recommande une moyenne inférieure ou égale à 30%, cet état de fait constitue une réelle barrière financière à l'accès aux soins et est susceptible d'accroître la paupérisation dans un contexte où 45,5% de la population vit en dessous du seuil de pauvreté.

- **Des perspectives mises en route pour assurer la couverture du risque maladie**

Depuis 2020, plusieurs initiatives ont été lancées pour étendre la couverture du risque maladie aux autres couches de la population. Il s'agit notamment de la mise en place du régime d'assurance maladie obligatoire (RAMO) et du régime d'assistance médicale (RAM) dont l'opérationnalisation est en cours. Par ailleurs, d'autres actions sont poursuivies dans le cadre de la facilitation de l'accès financier aux soins de santé. Il s'agit de (i) la conception d'un mécanisme d'enregistrement et de collecte des cotisations des travailleurs du secteur informel adapté à l'irrégularité de leurs revenus. Ce mécanisme a été développé dans le cadre de la mise en œuvre du Projet de mécanisme d'assurance maladie du secteur informel et de prise en charge des nécessiteux (PMAMSIN) et (ii) de la mise en œuvre du programme national d'accompagnement de la femme enceinte et du nouveau-né, WEZOU.

- **Des efforts de mobilisation des ressources, mais des capacités d'absorption encore limitées**

Le taux global de mobilisation des ressources de 2017 à 2021 est estimé à 82,8%, caractérisé par des fluctuations observées au fil des années. Il a évolué comme suit : 65,3% (en 2017) ; 81,0% (en 2018) ; 74,4% (en 2019) ; 97,9% (en 2020) et 90,6% (en 2021).

Mais le secteur présente de faibles capacités d'absorption, doublées d'une gestion non optimale et inéquitable des ressources mobilisées. En effet, le système n'arrive pas à atteindre un niveau conséquent d'utilisation des ressources mobilisées, qu'il s'agisse de ressources internes de l'Etat ou de celles des PTF. C'est ainsi que les ressources allouées à divers programmes et projets de santé ne sont jamais entièrement consommées à leurs termes.

- **Affectation des allocations budgétaires**

L'analyse des allocations des ressources mobilisées montre la distribution suivante : (i) 49% ont été allouées au renforcement du système de santé vers la CSU y compris la santé communautaire, (ii) 23% à l'accélération de la réduction de la mortalité maternelle, néonatale et infanto-juvénile et au renforcement de la planification familiale et de la santé des adolescents et (iii) 14% au renforcement de la lutte contre les maladies transmissibles.

De cette répartition, il ressort que le renforcement du système de santé, la réduction de la mortalité maternelle et le renforcement de la lutte contre les maladies transmissibles représentent plus de 86%

des allocations. Autant elle traduit le rang élevé de priorité à ces défis, autant les efforts devront être soutenus afin d'accroître les ressources à affecter à la lutte contre les maladies non transmissibles d'une part et à la réponse aux épidémies et à l'amélioration de la sécurité sanitaire d'autre part.

2.3.2. Ressources humaines pour la santé

Les effectifs des professionnels de santé formés dans les institutions de formation ont connu une augmentation sur la période de mise en œuvre du PNDS. Ces efforts ont été accompagnés par le recrutement d'un effectif global de personnels de santé équivalent à 72% des besoins en ressources humaines en santé (RHS) établis pour la période.

Mais tous ces progrès sont encore en deçà de la norme recommandée par l'OMS. En effet, selon l'OMS, pour espérer réduire de façon optimale le fardeau de la mortalité de la mère et de l'enfant de moins de 5 ans, le pays doit disposer de 2,5 personnels soignants (médecins, infirmiers, sages-femmes) pour 1000 habitants. Le Togo comptait en 2021 un effectif global de 2 514 médecins, infirmiers et sages-femmes pour une population estimée à 7 976 000 habitants ; ce qui correspond à un ratio de 2,5 personnels soignants traceurs pour 7 932 habitants. Ce ratio illustre à suffisance l'ampleur des besoins en personnel qualifié. Du reste, il en est également ainsi de la couverture des besoins en personnels de santé au niveau primaire de soins, dont le taux a régressé, passant de 62,4% en 2015 à 42,1% en 2021.

Par ailleurs, hormis la problématique de l'effectif, d'importantes faiblesses persistent. Elles concernent notamment l'absence d'équité dans la répartition du personnel qualifié à travers le territoire national ; ce dernier se trouve concentré dans les zones urbaines. En outre, diverses faiblesses caractérisent la gestion des carrières du personnel. De ce fait, il s'avère indispensable de doter le pays d'un plan national de développement des ressources humaines en santé (PDRHS) en s'assurant qu'il soit aligné sur le PNDS.

L'analyse par genre de l'effectif du personnel du ministère de la santé, de l'hygiène publique et de l'accès universel aux soins émergeant sur le budget de l'Etat montre un écart. En effet, l'effectif du personnel de sexe féminin en 2021 était de 37%. Ce qui révèle la prédominance du sexe masculin dans le système de santé malgré l'existence de corps de métiers exclusivement réservés au sexe féminin, notamment des sages-femmes, accoucheuses auxiliaires et corps majoritairement dominé par le sexe féminin (personnel hospitalier d'appui).

2.3.3. Médicaments, vaccins, produits sanguins et technologies

▪ Une légère amélioration de la disponibilité des médicaments et autres produits de santé

De 2017 à 2021, la disponibilité des médicaments dans les formations sanitaires a connu une légère amélioration. Ainsi, le pourcentage d'établissements de santé sans rupture de stocks d'au moins un médicament traceur (au cours des trois derniers mois) est passé de 39,0% en 2012 à 58,10% en 2021. Mais il demeure que plus de 40% des formations sanitaires ont enregistré des ruptures de stocks en médicaments essentiels.

▪ Une légère amélioration de la disponibilité des produits sanguins labiles sécurisés

Le taux de besoins non satisfaits en produits sanguins labiles est passé de 30% en 2015 à 26% en 2021 avec une évolution en dents de scie sur la période 2017 à 2021. La proportion des besoins non satisfaits reste toujours élevée (26% en 2021) en dépit des progrès accomplis. La production des produits sanguins labiles demeure encore insuffisante en raison de divers facteurs, notamment : (i) l'insuffisance des financements requis pour acquérir les intrants ; (ii) la mobilisation et la fidélisation peu satisfaisantes des donateurs de sang bénévoles et (iii) la prescription irrationnelle et la mauvaise gestion de ces produits dans les formations sanitaires.

2.3.4. Système d'approvisionnement des produits pharmaceutiques

En 2014, le Ministère de la santé a mis en place un système national d'approvisionnement pharmaceutique (SNAP) axé sur le recouvrement de coûts. Ce système fixe les différents niveaux du circuit d'approvisionnement pharmaceutique des formations sanitaires publiques. C'est un schéma directeur d'approvisionnement pharmaceutique qui encadre les modalités de gestion ainsi que la collecte des données à chaque niveau et pour chaque étape du cycle : sélection des produits, méthodes de quantification, procédures d'acquisition, conditions de stockage et de distribution, et modalités de prescription et de dispensation.

Le SNAP repose sur six acteurs : il s'agit de la Direction de la Pharmacie, du Médicament et des Laboratoires (DPML), de la CAMEG-TOGO, des programmes nationaux de santé, des régions et districts sanitaires, des formations sanitaires et des partenaires techniques et financiers.

Le modèle de gestion de la chaîne d'approvisionnement est calqué sur l'organisation du système de santé, lequel repose sur les soins de santé primaires. Dans ce dispositif, les formations sanitaires jouent un rôle essentiel dans la dispensation des médicaments et autres produits de santé et partant, dans la qualité de l'offre de soins aux populations. Ici, chaque maillon de la Chaîne d'Approvisionnement des produits de santé (CAPS) a une incidence fondamentale sur l'utilisateur final des services de santé. Une rupture de stock peut engendrer divers dysfonctionnements susceptibles d'entraîner des retards dans l'accès aux soins, compromettre leur qualité, perturber la progression du patient dans son parcours de soins et empêcher un suivi efficace des produits du fabricant au patient. On note que diverses contraintes et obstacles fragilisent ce modèle de gestion. Il s'agit principalement de : (i) la fragmentation qui entraîne une variation des offres de services et de la disponibilité des produits de santé sur l'ensemble du réseau des formations sanitaires ; (ii) la non-centralisation de la gestion et de l'analyse des données logistiques permettant de soutenir l'optimisation de la CAPS et des actifs de soins de santé ; (iii) la faiblesse des capacités des prestataires qui ne sont pas outillés pour répondre à des besoins complexes en matière d'approvisionnement et (iv) la capacité limitée en ressources humaines pour entreprendre un approvisionnement fondé sur les besoins.

L'analyse de la CAPS a mis en évidence une série de faiblesses liées à l'architecture et à la gouvernance du système, la régulation de la CAPS et au contrôle qualité des produits de santé, aux ressources humaines, financières et matérielles et à l'approvisionnement en situation d'urgence sanitaire.

Du point de vue de l'architecture de son système, le modèle actuel d'organisation de la CAPS s'appuie en grande partie sur le mécanisme de recouvrement des coûts des SSP d'une part et sur les programmes de santé prioritaires qui ont mis en place des systèmes d'approvisionnement et de distribution qui leur sont propres d'autre part. Cette situation cloisonnée a entraîné divers inconvénients, parmi lesquels figurent une variabilité et une importante fragmentation de la chaîne d'approvisionnement.

Le manque actuel de données relatives à la CAPS complique la compréhension de la variation des coûts et des stocks à l'échelle du système. Cette situation rend difficile le respect des contrats, la gestion des aires de stockage, la maîtrise du temps et des ressources nécessaires pour acheminer un produit de santé, de la centrale au patient. En outre, les systèmes actuels ne disposent pas des capacités d'évaluation des répercussions des décisions relatives à la chaîne d'approvisionnement sur la dispensation des médicaments et leur consommation par les usagers.

S'agissant des ressources humaines, financières et matérielles, la CAPS est confrontée à un réel défi du financement de sa stratégie d'optimisation et à un déficit en ressources humaines qualifiées. Par ailleurs, l'analyse de la chaîne d'approvisionnement en situation d'urgence sanitaire montre que : (i) les mécanismes d'approvisionnement en situation d'urgence sanitaire sont peu maîtrisés ; (ii) le système

de management de la qualité de la chaîne d'approvisionnement dans les situations d'urgence sanitaire est peu performant et (iii) la gouvernance de la gestion des situations d'urgence sanitaire note d'importantes insuffisances.

2.3.5. Laboratoire de biologie médicale

Grâce à l'accompagnement des laboratoires de biologie médicale (LBM) réalisé à travers l'approche de mentorat avec les outils « Stepwise Laboratory Improvement Process Towards Accreditation » (SLIPTA) et « Laboratory Quality System Implementation (LQSI) de l'OMS, le nombre de LBM ayant au moins une étoile est passé de 04 à 14, de 2017 à 2021 pour une cible de 08. En outre, le personnel a bénéficié du renforcement de ses compétences en matière de gestion de la biosécurité et bio sûreté.

2.3.6. Système national d'information sanitaire

La collecte des données du Système national d'information sanitaire (SNIS) est assurée en utilisant la plateforme dénommée District Health Information System, version 2 (DHIS-2) dont le manuel opérationnel des procédures (MOP) décrit le processus de collecte et d'envoi des rapports. Cette plateforme est utilisée dans tous les districts sanitaires.

Les taux de complétude et de promptitude des rapports périodiques sont encore très variables, d'une année à l'autre. L'illustration en est donnée par la complétude qui a connu une évolution en dents de scie passant de 91% en 2017 à 89,20% en 2021 avec un pic à 96,50% en 2018.

De façon globale, on note une bonne maîtrise du remplissage des outils et du système de contrôle de qualité des données par les différents acteurs. Ces progrès ont permis de produire régulièrement l'annuaire des statistiques sanitaires présentant des données de qualité ventilées par districts sanitaires.

2.3.7. Recherche en santé

En vue d'orienter les interventions en matière de recherche en santé, le Togo a élaboré en 2015 un plan stratégique national de la recherche en santé couvrant la période 2015-2020 en tenant compte des engagements internationaux auxquels le Togo a souscrit. La mise en œuvre de ce plan n'a pas été optimale en raison de la faible coordination nationale des activités de recherche en santé. On note par ailleurs l'absence d'un plan national définissant les lignes directrices en matière de la recherche en santé, la faible couverture par les travaux de recherche des domaines du système de santé et des déterminants de la santé, l'absence de promotion de la recherche par les hôpitaux, institutions et centres spécialisés ainsi que la faible utilisation des résultats de la recherche en santé.

Cependant, quelques actions ont été menées depuis 2008 qui méritent d'être capitalisées. Il s'agit principalement de la création par arrêté ministériel du comité de bioéthique pour la recherche en santé (CBRS) révisé en mai 2019 afin de renforcer sa fonctionnalité. En outre, plusieurs études et recherches ont été réalisées durant la période dans les domaines suivants : nutrition (02 études), santé de la mère et de l'enfant (07 études), maladies tropicales négligées (01), VIH/sida (03), tuberculose (05), maladies non transmissibles (02), biologie médicale (05), santé communautaire (02) et autres (03 études).

2.3.8. Gouvernance, leadership et pilotage du système de santé

▪ Une gouvernance et un pilotage du système de santé renforcés à tous les niveaux

Les progrès accomplis en matière de gouvernance et de pilotage du système de santé concernent principalement :

- la création du Comité National de Coordination du Secteur de la Santé (CNC-SS). Il est représenté aux niveaux régional et préfectoral 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) ;

- le maintien et le fonctionnement régulier des sous-comités multisectoriels tels que le Comité de Coordination Inter Agence (CCIA) et le Country Coordination Mechanism (CCM) ;
- la création d'une cellule sectorielle de gestion de la crise à la faveur de la riposte à la pandémie de Covid-19 ;
- la signature d'une convention de collaboration avec le secteur privé de la santé, en 2017 grâce à laquelle plusieurs échanges ont été organisés avec la Plateforme du Secteur Privé de la Santé au Togo (PSPS-Togo) ;
- l'initiation de la réforme de la gestion des hôpitaux par l'approche contractuelle déployée dans huit (08) formations sanitaires issues des trois (03) niveaux de la pyramide sanitaire ;
- la mise en place de divers mécanismes de gestion et de coordination aux trois niveaux du système de santé en se basant sur les plans nationaux de développement sanitaire, les cadres de dépenses à moyen terme (CDMT) glissants et sur les plans d'action opérationnels (PAO) ;
- la création d'une Task force Changement Climatique et Santé ;
- l'existence de la Task force pour l'amélioration de la chaîne d'approvisionnement des produits de santé ;
- la disponibilité d'une stratégie nationale d'amélioration de la chaîne d'approvisionnement des produits de santé 2018-2022.

Malgré les efforts accomplis en matière de gouvernance et de pilotage du secteur de la santé, d'importants défis demeurent encore. Il s'agit :

- de la faible capacité opérationnelle des structures et des services liés notamment à une insuffisance d'équipements et de ressources humaines qualifiées ;
- des faiblesses du système d'assurance qualité des soins et services de santé ;
- des insuffisances qui affectent les supervisions formatives avec entre autres conséquences, un encadrement inadéquat des personnels de santé et des ASC ;
- de l'irrégularité d'un monitoring local des interventions, ayant vocation d'identifier, d'analyser les goulots d'étranglement et de mettre en place les mesures pour les lever ;
- de l'absence d'un plan de maintenance et de renouvellement des infrastructures et équipements ;
- des insuffisances du système de référence qui est peu fonctionnel et ne facilite donc pas la circulation du patient à l'intérieur du système, tout au long de son parcours de soins ;
- des insuffisances de la formation continue du personnel, notamment celle du personnel soignant, y compris sur des sujets transversaux comme les changements climatiques et la santé ;
- des capacités managériales des responsables des programmes au niveau régional et des districts sanitaires qui sont encore limitées ;
- du déficit d'intégration des données dans l'optique de "One Health" dans le DHIS-2 et
- des mécanismes de suivi-évaluation peu efficaces couplés à une faible culture de redevabilité.

▪ **Fonctionnalité des Comités de gestion des formations sanitaires en régression**

Le pourcentage des Comités de gestion (COGES) fonctionnels selon les critères de fonctionnalité est passé de 75% en 2017 à 59,60% en 2021. Cette régression est due à diverses causes. Elles comprennent notamment : (i) la mise en place des nouveaux critères de fonctionnalité issus du document de formation des COGES de 2018, (ii) la non-appropriation de ces nouveaux critères par les formations sanitaires, et (iii) l'insuffisance des ressources financières attendues pour former les nouveaux COGES.

▪ **Transparence et redevabilité assurés au sein du secteur**

La transparence et la redevabilité sont assurées au sein du secteur de la santé à travers les processus de planification, de production de rapports annuels et de tenue régulière des revues annuelles des

activités des projets et programmes, des régions et districts sanitaires, des hôpitaux (CHU, CHR) et des spécificités nationales (INH, CNTS, CNAO, CAMEG). Quoiqu'aucune revue annuelle nationale n'ait été réalisée depuis 2017, une réunion a été organisée en 2019 pour faire le bilan annuel des activités.

2.4. Sécurité et santé au travail

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

Les travailleurs sont confrontés au double poids des accidents du travail et des maladies professionnelles (AT/MP) liées aux facteurs de risques professionnels aux maladies et accidents à impact professionnel. L'estimation de la charge de morbidités et des traumatismes liée au travail au Togo se situe à 240 événements de santé dus à 48 facteurs de risques reconnus (Décret 2012-043/PR portant tableau des maladies professionnelles)

2.5. Equité et protection sociale en santé

Selon le rapport sur le profil de pauvreté, le Togo dispose depuis 2015 d'infrastructures qui lui permettent d'assurer une accessibilité géographique à 76,45% des populations. Mais des inégalités géographiques et sociales de santé persistent. A titre d'exemple, selon EDSTIII, seuls 41,3% des accouchements sont assistés par un personnel qualifié en zone rurale contre 91,7% en zone urbaine. La proportion de naissances assistées par du personnel de santé qualifié augmente nettement avec le quintile du bien-être économique de la mère, passant de 26,8% pour les femmes des ménages les plus pauvres à 95,3% pour les femmes des ménages les plus riches. En outre, alors que la part des plus riches ayant accès à un médecin était de 27,1%, elle n'était que de 14,5% pour les plus pauvres en milieu urbain avec des écarts plus importants en milieu rural. Enfin, l'analyse des écarts entre les groupes économiques du Togo montre que la mortalité des enfants de moins de 5 ans des 20% les plus riches est presque trois fois moindre que celle des 20% les plus pauvres.

Cette photographie des inégalités sociales de santé montre que le système de santé du Togo peine à apporter une réponse équitable aux besoins de santé des populations notamment celles en situation de vulnérabilité sociale. Pour y remédier, différentes mesures ont été prises par l'Etat ces dernières années en vue d'améliorer l'accès aux services et soins essentiels de santé des populations, en particulier les populations démunies et vulnérables (School Assur, WEZOU, loi sur l'assurance maladie universelle etc.). Des efforts supplémentaires s'avèrent cependant nécessaires pour réduire les barrières financières aux soins et progresser vers la Couverture sanitaire universelle (CSU). Le processus d'élaboration d'une Stratégie nationale de financement de la santé vers la CSU (SNFS-CSU) en cours s'inscrit dans ce cadre.

2.6. Equité et égalité genre en santé

Les inégalités entre les hommes et les femmes, les garçons et les filles demeurent dans tous les domaines de la société, malgré les efforts déployés en vue de les réduire et en dépit des progrès enregistrés ces dernières années. Pour ce faire, plusieurs défis restent encore à relever en vue de

réduire ces inégalités qui constituent des obstacles à la réalisation des droits humains en particulier ceux relatifs à la santé.

C'est dans ce cadre que le Togo a élaboré en 2011 la politique nationale de l'équité et de l'égalité de genre (PNEEG) qui a été actualisée en 2019. Cette politique, constitue le cadre de référence et d'orientation pour tous les acteurs de développement. Elle a pour vision de « faire du Togo un pays émergent, sans discrimination, où les hommes et les femmes auront les mêmes chances de participer à son développement et de jouir des bénéfices de sa croissance ». Ainsi, en matière de gouvernance du système de santé, l'analyse sexo-désagrégée du personnel du ministère de la santé, de l'hygiène publique et de l'accès universel aux soins émergeant sur le budget de l'Etat montre un écart entre les sexes.

En effet, l'effectif total des femmes en 2021 était de 37%. Ce qui révèle la prédominance du sexe masculin dans le système de santé malgré l'existence de corps exclusivement réservés au sexe féminin : sages-femmes et accoucheuses auxiliaires. Par ailleurs, le pourcentage du personnel féminin d'appui et de soutien est de 51% pour la même année. Pour ce qui est du management du ministère à tous les niveaux, seulement 17% de femmes occupent des postes de responsabilité.

Sur le plan de l'offre et de l'utilisation des services de soins, il existe des disparités liées aux inégalités entre les sexes. Les efforts consentis ont permis de disposer et d'amorcer la mise en œuvre d'un programme national de lutte contre les grossesses précoces et mariages des adolescents en milieu scolaire et extra-scolaire depuis la fin de l'année 2016 et qui s'est davantage renforcé à partir de 2017. Depuis la dernière EDST 2013-2014, les données montrent que la prévalence du VIH entre les groupes de population et entre sexes est deux fois plus élevée chez les femmes (3,1%) que chez les hommes (1,7%). Cette prévalence est en baisse ; elle est de 1,7% en 2022 (2,33% chez les femmes et 1,07% chez les hommes)¹.

La pandémie de la Covid-19 a accentué les inégalités existantes, exposant les vulnérabilités des systèmes socio-sanitaires. Dans toutes les sphères, les ravages causés par la Covid -19 sont encore plus graves pour les femmes et les filles du fait de leurs caractéristiques sociales et de leurs statuts dans la société. Si les données indiquent que les cas enregistrés de la Covid - 19 en 2021 sont plus élevés au Togo chez les hommes (14 769 cas) que chez les femmes (12 271 cas) et les taux de mortalité liés à la Covid -19 sont également plus élevés chez les hommes, la réaffectation des ressources et des priorités y compris les services de santé sexuelle et procréative a des répercussions sur la santé des femmes.

Les violences basées sur le genre ont connu une augmentation exponentielle sous l'effet des pressions économiques et sociales engendrées par la pandémie de Covid -19 dans le contexte des restrictions de mouvement et des mesures d'isolement social. Les signalements de violences domestiques faites aux femmes ont considérablement augmenté. Le confinement et l'isolement social ont exacerbé les risques de violences auxquels les femmes sont exposées dans leur foyer. En outre, ces violences et le non-respect des droits fondamentaux représentent un coût important non seulement individuel et social, mais aussi sur le plan socioéconomique et sanitaire. Les violences ont engendré par exemple des coûts directs (médicaux et non médicaux) et indirects (coûts humain et psychologique, perte en vies humaines, de production) qui sont appréciables.

L'analyse de l'impact de la pandémie à la Covid-19 a fait ressortir que les femmes et les filles sont en première ligne de cette pandémie et sont touchées de manière disproportionnée par la pauvreté. Le

¹ Spectrum 2023 V6.26

confinement a eu des conséquences directes sur l'économie et a occasionné des violences conjugales, des abus sexuels et le harcèlement sexuel.

2.7. Coopération au développement et partenariats en santé

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

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

Le défi majeur reste surtout le renforcement de la coordination du Ministère de la santé pour l'amélioration de l'alignement, de l'harmonisation des interventions des PTF et une meilleure prévisibilité de l'aide.

2.8. Synthèse des leçons tirées de la mise en œuvre du PNDS 2017-2022

A l'issue de l'analyse des résultats sanitaires, on note comme leçons apprises, les points ci-après :

- l'organisation des Journées de Santé de l'Enfant (JSE) couplées au dépistage actif par les ASC permet de détecter un nombre important d'enfants malnutris aigus ;
- l'élaboration des directives et protocoles ainsi que la sensibilisation par les programmes permettent la continuité des services en situation de crise sanitaire (pandémie de la COVID-19) ;
- les stratégies Journées portes ouvertes (JPO) et Distribution à base communautaire (DBC) de contraceptifs contribuent à l'augmentation du CAP et de la prévalence contraceptive ; le suivi rapproché des femmes enceintes séropositives, leurs partenaires et enfants facilite l'utilisation des services de SMNI y compris la PTME.

2.9. Analyse des forces et faiblesses du système de santé en 2022

Les principales forces et faiblesses du système de santé sont résumées dans le tableau suivant.

Tableau V : Analyse des forces et faiblesses du système de santé du Togo en 2022

Rubrique	Forces / Opportunités	Faiblesses / Menaces
Structures et organisations	<ul style="list-style-type: none"> - Existence de documents stratégiques sectoriels normatifs (politiques, plans stratégiques) et d'un ensemble de textes juridiques et réglementaires qui encadrent l'offre de soins et service de santé ; - Existence de capacités de financement du secteur de la santé par des fonds propres et de mobilisation des ressources des partenaires ; - Existence d'un dense réseau de formations sanitaires capables d'offrir des SONU de qualité ; 	<ul style="list-style-type: none"> - Insuffisance de financement pour la mise en œuvre des interventions en lien avec la santé de la mère, du nouveau-né, de l'enfant, des adolescents et des jeunes ; - Faible capacité de résilience du système de santé face aux urgences sanitaires (cas de la pandémie de COVID-19 ayant entraîné le ralentissement des activités des FS et des programmes de santé) ; - Existence de nombreux goulots d'étranglement et dysfonctionnements qui fragilisent le PEV de routine, limitent

Rubrique	Forces / Opportunités	Faiblesses / Menaces
	<ul style="list-style-type: none"> - Existence de mécanismes d'exemptions partielles ou totales des frais des soins ; - Disponibilité du personnel clé et de prestataires formés pour réaliser des accouchements assistés, gérer les kits de césariennes, organiser les stratégies avancées et autres interventions de santé publique ; - Existence d'un important réseau d'ASC et de RC, soutenus par des leaders communautaires et dotés de capacités pour réaliser les interventions à base communautaire attendues ; - Existence d'une stratégie nationale d'optimisation des pratiques des ASC/RC ; - Existence de capacités d'assurer la disponibilité permanente des intrants requis pour l'offre de soins et services de santé dans les FS et en approche communautaire ; - Existence d'équipes nationales et régionales d'intervention d'urgence ; - Existence du PEV, doté de capacités techniques et opérationnelles ; - Existence de divers comités de coordination des interventions du secteur de la santé, fonctionnels tant au niveau stratégique, régional que communautaire ; - Appropriation de la plateforme DHIS-2 par les équipes de tous les districts sanitaires, couplée à la disponibilité des documents normatifs (MOP, guide de contrôle de qualité des données, plan d'amélioration de la qualité des données) ; - Existence des capacités pour assurer la disponibilité des intrants pour le dépistage et la prise en charge des maladies transmissibles ; - Existence des Programmes de lutte contre les maladies dotées de capacités opérationnelles ; - Disponibilité des mécanismes de couverture du risque maladie (INAM, mutuelles de santé, School Assur) ; - Existence d'une taskforce dédiée à l'amélioration de la chaîne d'approvisionnement des produits de santé au Togo ; - Reconnaissance et organisation de la médecine traditionnelle par le Code de 	<ul style="list-style-type: none"> l'organisation des stratégies avancées ainsi que la recherche des perdus de vue ; - Services de santé insuffisants et inadaptés aux besoins des adolescents, des jeunes et des personnes âgées ; - Insuffisance du panier de soins pour la prise en charge des femmes enceintes dans le programme WEZOU ; - Rupture fréquente des produits sanguins notamment pour assurer l'offre des SONU ; - Absence de mécanismes d'exemption pour la prise en charge des femmes victimes de fistules obstétricales ; - Faible densité des interventions visant la prévention des maladies non transmissibles ; - Insuffisance dans la coordination des actions de lutte contre les maladies non transmissibles ; - Faiblesse des allocations destinées à la lutte contre les MNT ; - Faible fonctionnalité des COGES dans les formations sanitaires ; - Faiblesse de l'offre et de la qualité des soins et services de santé dans les formations sanitaires et les communautés y compris la mise à échelle des pratiques à haut impact ; - Insuffisance numérique du personnel de santé notamment du personnel qualifié ; - Absence de critères objectifs d'allocation des ressources et de mécanismes de suivi de la gestion ; - Absence d'une stratégie nationale E-santé ; - Faible capacité des districts sanitaires à assurer la supervision formative et un coaching de qualité ; - Irrégularité des enquêtes pour rendre disponibles les indicateurs d'effets et d'impacts ; - Faible représentativité des femmes aux postes de responsabilité ; - Faible capacité de résilience du système de santé face aux effets des changements climatiques ; - Non maîtrise du concept genre par le personnel ; - Absence de décentralisation des services de médecine de travail ;

Rubrique	Forces / Opportunités	Faiblesses / Menaces
	<p>la santé publique de la République togolaise ;</p> <ul style="list-style-type: none"> - Disponibilité des mécanismes de financement climat pour la santé ; - Mise en place d'un programme de la surveillance de la qualité de l'air ; - Elaboration d'un plan d'action pour la mise en œuvre des articles de la convention de Minamata relatifs à la santé ; - Existence d'une politique nationale d'équité et d'égalité genre (PNEEG) ; - Existence d'une cellule focale genre, des points focaux et d'un cadre d'échange et de concertation sur l'approche équité genre ; - Existence d'une structure de la coordination des services de médecine du travail au sein du ministère de la santé. 	<ul style="list-style-type: none"> - Insuffisance des évaluations des risques professionnels dans les formations sanitaires ; - Insuffisance de la promotion de la recherche en santé à tous les niveaux.
Offre de soins et services	<ul style="list-style-type: none"> - Pratique de la prévention et contrôle des infections (PCI) et de l'approche qualité ancrées dans le fonctionnement régulier des formations sanitaires, notamment dans les maternités et blocs opératoires ; - Initiation à la démarche qualité et à la biosécurité, bio sureté dans les laboratoires de biologie médicale ; - Existence des capacités de la confirmation biologique de la plupart des MPE ; - Capitalisation effective des leçons tirées de la gestion de pandémie de COVID-19 ; - Développement de l'expérience de mise en œuvre du Projet services de santé essentiels de qualité pour la couverture maladie universelle ; - Existence de partenaires engagés pour soutenir les programmes de santé notamment en faveur de la mère, de l'enfant, des adolescents, des jeunes et des personnes âgées ; - Implication effective des partenaires engagés dans l'amélioration de l'accès et de la qualité des soins ; - Mise en œuvre des initiatives engagées par l'OOAS en matière de santé ; - Existence de projets implémentant diverses initiatives d'amélioration de la qualité (ProSanté/SRDS, QoS/LSTM/UL, Amplify PF) ; 	<ul style="list-style-type: none"> - Non-respect par les prestataires des directives de prise en charge du paludisme dans les formations sanitaires publiques ; - Offre de soins prénatals encore insuffisante à travers le territoire ; - Faiblesse de la demande et de l'utilisation de l'offre de soins et services mis à la disposition des communautés ; - Rupture fréquente des intrants pour le dépistage des femmes enceintes sur tous les sites PTME ; - Insuffisance des supervisions, inspections et contrôles des services de santé ; - Faible satisfaction des ménages utilisant les services de santé ; - Poids important des paiements directs à charge des ménages en dépit des mesures d'exemption partielles ; - Non-respect du parcours de soin par les patients ; - Absence d'accréditation des institutions de formation des professionnels de santé ; - Faible fonctionnalité des Comités régionaux des partenaires du secteur de la santé ; - Insuffisance des actions permanentes de prévention des maladies non transmissibles, des maladies mentales y compris leurs facteurs de risques ;

Rubrique	Forces / Opportunités	Faiblesses / Menaces
	<ul style="list-style-type: none"> - Processus de décentralisation avec création des communes ; - Présidence de la lutte contre les produits médicaux de qualité inférieure ou falsifiés en Afrique assurée par le Togo ; - Existence d'un cadre réglementant l'exercice de la médecine traditionnelle ; - Fort engouement des PTF pour le secteur de la biologie médicale avec la pandémie de la Covid-19 ; - Opérationnalisation de l'institut national de cancérologie et du registre des maladies chroniques ; - Mise en place du projet SURGE et d'une Equipe Médicale d'Urgence (EMU) ; - Engagement politique en matière de lutte contre les substances psychoactives ; - Mise en œuvre d'un programme d'urgence pour la région des savanes ; - Existence d'un cadre national de qualité des soins et services de santé ; - Élaboration des documents cadres régionaux et internationaux de développement du secteur de la biologie médicale ; 	<ul style="list-style-type: none"> - Émergence et résurgence des épidémies notamment la pandémie de Covid-19 ; - Existence des crises sécuritaires et les changements climatiques ; - Accentuation des rumeurs négatives sur certaines interventions (vaccination, PF) et des pratiques néfastes à la santé (MGF, rejet du colostrum...) ; - Insuffisance de financement des enquêtes pour rendre disponibles les indicateurs d'effets et d'impacts ; - Persistance de l'insécurité dans la partie septentrionale du pays ; - Circulation des poliovirus dérivés des souches vaccinales ; - Insuffisance d'infrastructures socio-économiques de base dans certaines zones ; - Forte dépendance des financements extérieurs ; - Existence de circuits parallèles de distribution des médicaments et autres produits de santé ; - Absence d'un mécanisme formel de gestion des urgences médico-chirurgicales (AVP, AVC, et autres urgences) ayant des impacts élevés sur les indicateurs de mortalité ; - Insuffisance de ressources pour la mise en œuvre de la stratégie d'optimisation des pratiques des ASC/RC ; - Faible pourcentage de centres de santé primaires disposant d'au moins un agent de santé formé à la prévention.

2.10. Enjeux et défis majeurs du secteur

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

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

Les principaux enjeux et défis en lien avec la santé tout au long du cycle de vie :

- l'amélioration et le maintien des taux de couverture vaccinale dans l'ensemble des districts sanitaires. Ceci implique : (i) la mobilisation et la sécurisation des ressources destinées à la vaccination, (ii) l'amélioration de la disponibilité des vaccins et consommables du PEV à tous les niveaux, (iii) le renforcement de la maintenance des équipements de la chaîne de froid ; (iii) l'assurance de l'équité dans la vaccination dans tous les districts sanitaires ainsi que (iv) l'élaboration et la mise en œuvre d'un nouveau plan intégré de communication pour le PEV ;
- le renforcement de la prévention des comportements addictifs chez les jeunes ;
- la mise en place d'un programme de prise en charge gratuite des femmes victimes de fistules obstétricales ;

- la mise à échelle des pratiques à haut impact (DBC, PFPP et intégration des SMI/Nutrition/PF) dans le cadre de l'offre des services PF au Togo ;
- la mise en place d'une offre de soins et services de santé équitables et de qualité aux adolescents, aux jeunes et aux personnes âgées ;
- l'amélioration de l'accessibilité géographique et de la qualité des SONU à travers le territoire national ;
- l'optimisation et la mise à échelle des interventions à haut impact sur la santé de la mère et l'enfant ;
- le renforcement du système de maintenance préventive et curative des équipements de la chaîne de froid ;
- l'amélioration de la disponibilité des intrants (médicaments, produits contraceptifs, vaccins, aliments thérapeutiques et consommables...) et des outils de gestion à tous les niveaux ;
- l'amélioration de l'offre de services adaptés aux jeunes, adolescents et personnes âgées et
- le renforcement des mécanismes de prépaiement des soins et services (remboursement des coûts de prestations offertes par les formations sanitaires).

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

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

- le renforcement et la diversification des mesures préventives de lutte contre les maladies à travers le territoire national, avec le concours des PTF du secteur de la santé ;
- l'identification, le renforcement et la promotion des bonnes pratiques qui ont contribué à la baisse du taux de mortalité due au paludisme, à l'élimination du trachome, de la filariose lymphatique et au contrôle des autres MTN en vue de leur application aux autres problèmes de santé ;
- le renforcement de la demande des soins et services de santé ainsi que l'adhésion des communautés au dépistage précoce des maladies transmissibles ;
- le renforcement du système de contrôle et de la surveillance de la qualité de l'eau ;
- le renforcement de la surveillance active et de la prise en charge aux niveaux districts et communautaires de la santé bucco-dentaire et du noma ;
- le renforcement des mesures de lutte contre la consommation des substances psychoactives (en vue de contribuer à réduire significativement la prévalence de la consommation de drogues et des stupéfiants en milieu scolaire et extrascolaire, de même que les dommages sociaux et sanitaires qu'entraînent la consommation et le commerce des drogues illicites) ;
- le renforcement de l'implication et de l'accompagnement du secteur privé de soins et des praticiens de la médecine traditionnelle dans l'offre de soins et services de santé ;
- le renforcement de la promotion de la santé ;
- le renforcement des stratégies en rapport avec l'adaptation du secteur de la santé aux effets du changement climatique, la mise en œuvre du plan d'action conjoint santé-environnement (Fonds pour l'environnement mondial, fonds vert climat, ...) ;
- l'accès au financement destiné à contrer les effets des changements climatiques sur la santé ;
- la réduction de la morbidité et de la mortalité liées aux accidents de la voie publique ;
- la mise en place d'un mécanisme formel de prise en charge des urgences médico-chirurgicales à tous les niveaux de la pyramide sanitaire ; et
- l'amélioration de l'accessibilité géographique aux soins complets et inclusifs.

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

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

- la mise en œuvre du Plan d'action national de sécurité sanitaire (PANSS) ainsi que l'élaboration et la mise en œuvre d'un plan de contingence multirisques dans chaque région sanitaire ;
- la poursuite du programme de mise en place et opérationnalisation des COUSP régionaux ;

- la mise en œuvre de la surveillance à base communautaire prenant en compte la surveillance des évènements ;
- le renforcement des capacités des laboratoires pour le diagnostic des maladies à potentiel épidémique et de leur intégration dans le dispositif de surveillance épidémiologique ;
- le renforcement des capacités nationales et de l'interface stratégique santé, environnement, agriculture et élevage ;
- le renforcement des capacités de mise en œuvre du RSI 2005 et de la surveillance épidémiologique en particulier la détection précoce des cas et leur prise en charge ;
- le renforcement des capacités diagnostiques et de riposte face aux risques nucléaires, radiologiques, biologiques et chimiques (NRBC) ;
- la mise en place ainsi que l'opérationnalisation de la plateforme ONE HEALTH ;
- le renforcement du contrôle sanitaire des eaux de boisson et des aliments ;
- le renforcement de la prévention et le contrôle de l'infection et
- la mise en place ainsi que l'opérationnalisation d'une Cellule Changements Climatiques.

2.10.4. Défis relatifs au renforcement du système de santé et couverture sanitaire universelle y compris la santé communautaire

Dans ce domaine les défis comprennent :

- l'augmentation graduelle du budget de l'état en faveur du secteur de la santé, à l'effet d'atteindre la cible de 15% à l'horizon 2030 ;
- la mise en place de mécanismes performants de mobilisation des ressources domestiques suffisantes (Etat, communes, ONG, OSC, secteur privé) et d'optimisation des recettes des formations sanitaires ;
- le renforcement des plateaux techniques des formations sanitaires, dans le cadre de la mise en œuvre d'une stratégie d'acquisition et de gestion des équipements biomédicaux ;
- la satisfaction des besoins en ressources humaines qualifiées requises pour assurer l'offre de soins et services de santé de qualité, notamment ceux destinés aux femmes en âge de procréer, aux enfants de moins de 5 ans, adolescents, jeunes et aux personnes âgées ;
- la diversification des spécialités via l'octroi de bourses de formation de médecins spécialistes y compris des spécialistes régionaux ou préfectoraux ; ainsi que la mise en place des filières de formation pour certains métiers hospitaliers (agent d'accueil, secrétaires médicaux, agent hospitalier : ambulancier, brancardier etc.) pour contribuer à l'amélioration de la qualité des services (l'accueil notamment) ;
- l'approvisionnement régulier des formations sanitaires, programmes et projets de santé y compris au niveau communautaire, en médicaments, fournitures techniques et autres produits de santé indispensables à l'offre de soins et services de santé ;
- le renforcement des mécanismes de prépaiement des soins et services de santé afin de réduire les paiements directs des ménages ;
- le renforcement de la collaboration avec le secteur privé de santé et les praticiens de la médecine traditionnelle ;
- l'accélération de l'information du système de santé en vue du renforcement du SNIS et développement du E-santé ;
- l'élaboration et la mise en œuvre d'une stratégie d'optimisation des pratiques des ASC à travers le territoire national ;
- l'élaboration et la mise en œuvre d'un plan de développement des ressources humaines adossé au PNDS ;
- l'évaluation, l'identification des bonnes pratiques et la mise à échelle de l'approche contractuelle à la lumière des leçons apprises de l'expérience ;
- l'amélioration de la qualité des soins et services de santé ;
- l'amélioration de la qualité de l'information sanitaire ;

- le renforcement du contrôle et de l'inspection des structures de santé publiques et privées ;
- le renforcement des fonctions réglementaires de l'autorité de réglementation pharmaceutique ;
- l'amélioration de la disponibilité des médicaments, des produits sanguins labiles et autres produits de santé de qualité ;
- la promotion de l'équité genre dans le système de santé ;
- le renforcement de l'accès aux laboratoires de contrôle qualité des médicaments;
- la mise aux normes des infrastructures sanitaires ;
- la mise en place des normes d'équipements et la pérennisation du Système de management de la qualité (SMQ) dans tous les laboratoires de biologie médicale ;
- la prise en compte des orientations et opportunités sous régionales : la libre circulation des professionnels de santé, la création du marché régional du médicament par l'harmonisation de l'enregistrement, la coopération sanitaire au niveau régional ainsi que l'existence du centre régional de surveillance et de contrôle des maladies (RCSDC) de l'OOAS etc.

2.10.5. Synthèse des défis majeurs du système de santé

En résumé tous ces défis peuvent être regroupés en six (6) défis majeurs. Il s'agit de :

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

CHAPITRE 3 : RAPPEL DES ORIENTATIONS DE LA POLITIQUE NATIONALE DE SANTE

Ce chapitre rappelle les orientations de la Politique nationale de santé, horizon 2030 : la vision, les valeurs, les principes directeurs, les engagements nationaux et internationaux, le but, les orientations stratégiques et l'impact attendu de sa mise en œuvre.

3.1. Vision

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

3.2. Valeurs

Respect du droit à la santé pour tous

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

Genre

En tant que concept, l'approche genre analyse les rapports de pouvoirs entre les femmes et les hommes basés sur l'assignation des rôles socialement construits en fonction du sexe.

En tant qu'objectif, elle promeut l'égalité des droits, ainsi qu'un partage équitable des ressources et responsabilités entre les femmes et les hommes.

Équité

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

Justice sociale

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

Solidarité

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

3.3. Principes directeurs

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

Complémentarité et cohérence des interventions

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

Efficacité et efficience

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

Complémentarité des soins et services de santé

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

Continuité de soins et services de santé

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

Couverture sanitaire universelle

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

Participation et appropriation communautaires

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

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

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

Gestion axée sur les résultats

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

Respect des engagements régionaux et internationaux

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

3.4. Rappel des engagements nationaux et internationaux

3.4.1. Engagements internationaux

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

- la déclaration universelle des Droits de l'Homme (1948)
- la Convention-cadre de l'Organisation mondiale de la santé pour la lutte antitabac (CCLAT) ratifiée en novembre 2005 ;
- le Règlement Sanitaire International révisé (2005) ;
- la Déclaration politique de Mexico sur la couverture sanitaire universelle en avril 2012 ;
- la Déclaration d'ASTANA d'octobre 2018, sur les SSP ;
- les Objectifs du Développement Durable (2015) ;
- la Stratégie mondiale pour la santé numérique 2020-2025 ;

- la Stratégie mondiale pour la santé de la femme, de l'enfant et de l'adolescent 2016-2030 ;
- l'adhésion du Togo au mouvement SUN (Scaling Up Nutrition) en 2014 ;
- L'engagement du Togo à rendre son système de santé plus résilient face aux effets des changements climatiques à la COP 26 en novembre 2021.

3.4.2. Engagements régionaux

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

- la Charte africaine des droits de l'homme et des peuples (1981) ;
- la Déclaration d'Alma Ata sur les Soins de santé primaires (1978), réaffirmée par la Déclaration de Ouagadougou (2008) et celle d'Astana (2018) ;
- la Déclaration des Chefs d'État et de Gouvernement d'Abuja (2001) ;
- la Déclaration de Maputo (2003) sur l'agriculture et la sécurité alimentaire ;
- la Charte africaine des droits et du bien-être de l'enfant, juillet 1990 ;
- la Déclaration de Kampala 2006 relative à la disponibilité des ressources humaines en vue du renforcement du système de santé ;
- la Déclaration de Libreville sur la santé et l'environnement en Afrique (2008) ;
- la Déclaration d'Alger sur le renforcement de la recherche en santé en Afrique (2008) ;
- l'Initiative Africaine pour l'Accélération de la Réduction de la Mortalité Maternelle en Afrique (CARMMA), Addis-Abeba, 2009 ;
- la Déclaration de Tunis sur le financement de la santé (2012) ;
- la Résolution AFR/RC62/9 sur la promotion de la santé : stratégie pour la région africaine (2012);
- la Déclaration de Brazzaville sur les maladies non transmissibles (2012) ;
- le Cadre régional pour l'intégration des services essentiels de lutte contre les maladies non transmissibles dans les soins de santé primaires (2017) ;
- l'Engagement de Luanda sur les maladies non transmissibles (2014) ;
- l'Appel à l'action de l'Ile Maurice sur le diabète, les maladies cardiovasculaires et les maladies non transmissibles (2009) ;
- la Stratégie 2010 de lutte contre la drépanocytose pour la Région africaine de l'OMS ;
- le Communiqué 2015 de l'Union africaine d'Addis-Abeba sur l'éradication des cardiopathies rhumatismales en Afrique ;
- la Déclaration d'Addis Abeba sur l'immunisation (2015) ;
- le Cadre régional pour l'intégration des services essentiels de lutte contre les maladies non transmissibles dans les soins de santé primaires (2017) ;
- la feuille de route MTN 21-30 de l'OMS (Lutter contre les maladies tropicales négligées pour atteindre les objectifs de développement durable).

3.4.3. Engagements sous-régionaux

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

3.4.4. Références nationales

La politique nationale de santé trouve sa source dans la Constitution de la IV^{ème} République togolaise du 14 octobre 1992. Le droit à la santé est reconnu par la Constitution qui dispose en son article 34 que

« l'Etat reconnaît aux citoyens le droit à la santé. Il œuvre à le promouvoir ». Le droit à la santé implique l'obligation pour l'Etat de définir une politique nationale de santé à même de promouvoir, de protéger et de restaurer la santé de la population et d'en assurer la mise en œuvre effective.

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

- la loi n° 2004 -005 du 23 avril 2004 relative à la protection sociale des personnes handicapées;
- la loi n° 2007-005 du 10 janvier 2007 sur la santé de la reproduction ;
- la loi n° 2007-017 du 6 juillet 2007, portant Code de l'enfant ;
- la loi-cadre n°2008-05 du 30 mai 2008 portant sur l'environnement ;
- la loi n°2009-007 du 15 mai 2009 portant Code de la santé publique de la République togolaise;
- la loi n° 2010-004 du 09 juin 2010 portant Code de l'Eau ;
- la loi n°2010-017 du 31 décembre 2010 relative à la production, à la commercialisation, à la consommation des cigarettes et autres produits du tabac;
- la loi n°2010-018 du 31 décembre 2010 modifiant la loi N°2005 portant protection des personnes en matière du VIH/SIDA ;
- la loi n°2019-006 du 26 juin 2019 relative à la décentralisation au Togo ;
- la loi n° 2019-014 du 29 octobre 2019 relative à la protection des données à caractère personnel ;
- la loi n°2020-006 du 10 juin 2020 sur l'utilisation sûre, sécurisée et pacifique du nucléaire ;
- la loi n°2021-012 du 18 juin 2021 portant Code du Travail ;
- la loi n°2021-022 du 18 octobre 2021 instituant l'assurance maladie universelle en République togolaise.

3.5. Orientations de la Politique nationale de santé

3.5.1. But de la politique nationale de santé

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

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

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

3.5.2. Orientations stratégiques de la politique nationale de santé

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

Il s'agit en effet de :

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

3.5.3. Impact attendu de la mise en œuvre de la politique nationale de santé

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

Tableau VI : Cadre de résultats de la politique nationale de santé

Indicateurs	Référence			Cible 2030
	Année	Valeur	Source	
1. Taux de mortalité néonatale (p.1000 naissances vivantes)	2017	27	MICS6	10
2. Taux de mortalité infanto juvénile (p.1000 naissances vivantes)	2017	71	MICS6	35
3. Ratio de mortalité maternelle (p.100 000 naissances vivantes)	2014	401	EDST	225
4. Taux de mortalité attribuable à des maladies cardiovasculaires, au cancer, au diabète ou à des maladies respiratoires chroniques (p.100 000 habitants)	2019	649	OMS	480

CHAPITRE 4 : PRIORITES STRATEGIQUES DU PNDS 2023-2027

Le chapitre 4 présente dans les détails, les stratégies et les interventions qui orienteront les actions du secteur de la santé pour les cinq prochaines années. Il est organisé en quatre parties : (i) but et objectifs du plan, (ii) axes stratégiques du plan, (iii) impacts attendus de la mise en œuvre du plan, (iv) résultats, stratégies et hypothèses de mise en œuvre du plan par axe.

4.1. But et objectifs

4.1.1. But

Le PNDS 2023-2027 a pour but de contribuer à augmenter l'espérance de vie de la population, en permettant à tous de vivre en bonne santé et en assurant un bien-être de tous à tout âge.

4.1.2. Objectifs

Les objectifs du PNDS 2023-2027 sont :

- accroître les capacités institutionnelles et opérationnelles à différents niveaux de la pyramide sanitaire y compris le niveau communautaire ;
- assurer aux mères, aux enfants, aux jeunes et adolescents et aux personnes âgées, des prestations de services spécifiques de qualité pour leur santé et bien-être ;
- renforcer les capacités de lutte contre les maladies et la maîtrise des facteurs sociaux et environnementaux qui déterminent l'état de santé de la population ;
- bâtir un système de santé résilient, capable de répondre efficacement aux épidémies, aux autres urgences de santé publique ;
- améliorer l'accès des populations, particulièrement les plus vulnérables aux services essentiels de santé de qualité à un coût abordable.

4.2. Axes stratégiques

4.2.1. Critères de formulation des axes stratégiques

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

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

4.2.2. Description des axes stratégiques

Le PNDS 2023-2027 est décliné en cinq axes stratégiques dont trois axes d'action et deux axes transversaux comme l'indique le tableau ci-dessous :

Tableau VII : Description des axes stratégiques du PNDS 2023-2027

Type d'axe	Enoncés		
TROIS (3) AXES D'ACTION	AXE 2 : Utilisation des services essentiels de santé y compris la nutrition par les mères, les enfants, les jeunes et adolescents et les personnes âgées	AXE 3 : Lutte contre les maladies et maîtrise des déterminants sociaux et environnementaux	AXE 4 : Réponses aux épidémies et aux autres urgences de santé publique
DEUX (2) AXES DE SOUTIEN	AXE 1 : Système de santé et santé communautaire AXE 5 : Protection contre le risque financier lié à l'utilisation des services de santé		

4.2.3. Arrimage aux objectifs nationaux et internationaux de développement sanitaire

Le tableau ci-dessous résume le lien du PNDS avec les objectifs de la politique nationale de santé (PNS) à l'horizon 2030 et les Objectifs de développement durables (ODD) liés à la santé.

Tableau VIII : Lien du PNDS avec les objectifs de la politique nationale de santé (PNS) à l'horizon 2030 et les Objectifs de développement durables (ODD)

Axes stratégiques du PNDS	Lien avec les Objectifs nationaux et les ODD
Axe stratégique 2 : Utilisation des services essentiels de santé y compris la nutrition pour les mères, les enfants, les jeunes et adolescents et les personnes âgées	Cet axe prend en compte l'Effet N°1 de la PNS horizon 2030 et les cibles ODD suivantes : - cible 3.1 de l'ODD3 : Réduire le taux de mortalité maternelle ; - cible 3.2 de l'ODD3 : Éliminer les décès évitables de nouveau-nés et d'enfants ; - cibles 3.7 de l'ODD3 et 5.6 de l'ODD 5 : Assurer l'accès de tous à des services de soins de santé sexuelle et procréative ; - cible 6.2 de l'ODD6 : Assurer l'accès de tous aux services d'assainissement et d'hygiène adéquat et mettre fin à la DAL ; - cible 2.2. de l'ODD2 : Mettre fin à toutes les formes de malnutrition.
Axe stratégique 3 : Lutte contre les maladies et maîtrise des déterminants sociaux et environnementaux	Cet axe correspond à l'Effet N°2 de la PNS et aux cibles suivantes des ODD : - cible 3.3 de l'ODD3 : Mettre fin à l'épidémie de sida, à la tuberculose, au paludisme et aux maladies tropicales négligées et combattre l'hépatite, les maladies transmises par l'eau et autres maladies transmissibles ; - cible 3.4 de l'ODD3 : Réduire la mortalité due à des maladies non transmissibles et promouvoir la santé mentale ; - cible 3.5 de l'ODD3 : Renforcer la prévention et le traitement de l'abus de substances psycho actives ;

Axes stratégiques du PNDS	Lien avec les Objectifs nationaux et les ODD
	<ul style="list-style-type: none"> - cible 3.6 de l'ODD3 : Diminuer de moitié à l'échelle mondiale le nombre de décès et de blessures dus à des accidents de la route ; - cible 3.9 de l'ODD3 : Réduire le nombre de décès et de maladies dus à des substances chimiques dangereuses et à la pollution et à la contamination de l'air, de l'eau et du sol ; - cible 3.a de l'ODD3 : Renforcer l'application de la Convention-cadre pour la lutte antitabac ; - cible 4.a.1 de l'ODD4 : Faire construire les installations sanitaires de base et équipements de base pour le lavage des mains dans les établissements scolaires. - cible 12.4 de l'ODD12 : Parvenir à une gestion écologiquement rationnelle des produits chimiques et de tous les déchets tout au long de leur cycle de vie ; - cible 13.3 de l'ODD13 : Améliorer l'éducation, la sensibilisation et les capacités individuelles et institutionnelles en ce qui concerne l'adaptation aux changements climatiques, l'atténuation de leurs effets et la réduction de leur impact et les systèmes d'alerte rapide.
Axe stratégique 4 : Réponses aux épidémies et autres urgences de santé publique	<p>Cet axe prend en compte l'Effet N°3 de la PNS :</p> <ul style="list-style-type: none"> - cible 3.d de l'ODD3: Renforcer les moyens en matière d'alerte rapide, de réduction et de gestion des risques sanitaires.
<p>Axe stratégique 1 : Renforcement du système de santé et santé communautaire</p> <p>Axe stratégique 5 : Protection contre le risque financier lié à l'utilisation des services de santé</p>	<p>Ces deux axes prennent en compte l'Effet N°4 de la PNS, la FdR gouvernementale 2020-2025, ainsi que les cibles ODD suivantes :</p> <ul style="list-style-type: none"> - cible 3.8 de l'ODD3: Faire en sorte que chacun bénéficie d'une couverture sanitaire universelle, comprenant une protection contre les risques financiers et donnant accès à des services de santé essentiels de qualité et à des médicaments et vaccins essentiels ; - cible 3.b de l'ODD3: Donner accès à des médicaments et vaccins essentiels, appuyer la recherche et la mise au point de vaccins et de médicaments ; - cible 3.c de l'ODD3: Accroître le budget de la santé et le personnel de santé dans les pays en développement ; - ODD17 Partenariat pour la réalisation des objectifs.

4.3. Impacts attendus de la mise en œuvre du PNDS

Il est attendu de la mise en œuvre des cinq (05) axes stratégiques que les « **morbidités et mortalités soient significativement réduites d'ici 2027** ».

Le tableau IX décrit les indicateurs de mesure des impacts attendus de la mise en œuvre du plan.

Tableau IX : Indicateurs de mesure des impacts attendus

Indicateurs	Référence			Cible 2027
	Année	Valeur	Source	
1. Taux de mortalité néonatale (p.1000 naissances vivantes)	2017	27	MICS6	14
2. Taux de mortalité infanto juvénile (p.1000 naissances vivantes)	2014	71	MICS6	47
3. Ratio de mortalité maternelle (p.100 000 naissances vivantes)	2014	401	EDST	258
4. Taux de natalité (fécondité) des adolescentes (p.1000)	2017	79	EDST	70
5. Taux de mortalité attribuable à des maladies cardiovasculaires, au cancer, au diabète ou à des maladies respiratoires chroniques (p.100 000 habitants)	2019	649	OMS	500
6. Dépenses de santé des ménages par paiement direct en pourcentage de la dépense courante de santé	2019	66,2%	Compte de la santé/GHED	21,9%

4.4. Résultats, stratégies et hypothèses de mise en œuvre par axe

4.4.1. Axe stratégique 1 : Système de santé et santé communautaire

La mise en œuvre de l'axe stratégique 1 vise à accroître les capacités institutionnelles et opérationnelles à différents niveaux de la pyramide sanitaire y compris le niveau communautaire pour un accès durable et équitable des populations aux soins et services de santé. Il s'agit en effet de renforcer la gouvernance et le pilotage du système de santé à tous les niveaux.

Comme résultat stratégique de la mise en œuvre de cet axe, il est attendu d'ici 2027, le résultat suivant : « **Les capacités institutionnelles et opérationnelles du système de santé sont améliorées à différents niveaux de la pyramide sanitaire y compris le niveau communautaire** ».

4.4.1.1. Effets attendus de la mise en œuvre de l'axe 1

Pour atteindre le résultat stratégique de l'axe 1, dix (10) résultats d'effets ci-après sont attendus : (i) la gouvernance, le pilotage et le leadership du secteur sont renforcés ; (ii) le financement et l'utilisation des ressources financières allouées au secteur de la santé sont améliorés ; (iii) les capacités opérationnelles du système de santé sont renforcées ; (iv) l'accès des populations aux soins et services de qualité sur l'ensemble du territoire national est renforcé ; (v) le cadre de partenariat et la collaboration inter multisectorielle fonctionnent efficacement ; (vi) la disponibilité de l'information sanitaire de qualité pour la prise de décision est améliorée ; (vii) la sécurité et la santé au travail sont renforcées ; (viii) la médecine traditionnelle est promue ; (ix) le système de santé communautaire est renforcé ; (x) la prévention et le contrôle des infections sont renforcés.

Effet attendu 1.1 : La gouvernance, le pilotage et le leadership du secteur sont renforcés

Il s'agira principalement de mettre l'accent sur : (i) le renforcement du cadre juridique de l'offre de soins et des services de santé y compris les urgences de santé publique, (ii) l'amélioration de la planification opérationnelle et du suivi de la mise en œuvre des interventions du secteur, (iii) la décentralisation effective dans le secteur de la santé, (iv) le développement et la mise en œuvre de la réforme hospitalière y compris l'approche contractuelle sur la base des leçons tirées de l'expérience au cours de sa mise en œuvre, (v) la création et la mise en fonctionnement d'une agence de réglementation pharmaceutique, (vi) l'élaboration d'une stratégie pharmaceutique nationale, (vii) le renforcement de l'intégration des soins et de la complémentarité des interventions de l'ensemble des acteurs opérationnels, (viii) le renforcement du cadre statutaire des agents de santé, (ix) le développement d'un cadre de dialogue avec les parties prenantes pour le transfert de compétences aux collectivités territoriales et (x) le développement et la mise en œuvre des stratégies de communication sensible au genre et à l'équité dans l'accès aux soins et services de santé.

Effet attendu 1.2 : Le financement et l'utilisation des ressources financières allouées au secteur de la santé sont améliorés

Les principales interventions pour l'amélioration du financement et l'utilisation des ressources financières allouées au secteur de la santé vont consister à la mobilisation de ressources additionnelles pour accroître le financement de la santé (développement de mécanismes alternatifs et innovants de financement en faveur de la santé complémentaires au budget de l'état), au renforcement des capacités de mobilisation des ressources externes et au renforcement de l'efficacité de l'affectation et de l'utilisation des ressources financières allouées.

Effet attendu 1.3 : Les capacités opérationnelles du système de santé sont renforcées

Les interventions de renforcement des capacités du système de santé porteront sur : (i) l'amélioration des infrastructures sanitaires centrée sur la carte sanitaire et les normes sanitaires (révision des normes existantes et élaboration de nouvelles normes) ; (ii) le développement des ressources humaines en santé intégrant l'ensemble des fonctions de gestion prévisionnelle des emplois et compétences ; (iii) le renforcement des capacités des institutions de formation des professionnels de santé ; (iv) le développement d'un mécanisme de fidélisation des agents de santé des zones difficiles d'accès ; (v) l'amélioration de la qualité de la formation continue des ressources humaines en santé ; (vi) le renforcement du laboratoire national de contrôle qualité des médicaments y compris les médicaments traditionnels améliorés ; (vii) l'opérationnalisation de l'institut national de cancérologie ; (viii) le renforcement du réseau national de biologie médicale, notamment la mise aux normes des laboratoires de biologie médicale y compris la biosécurité-biosûreté et leur accréditation selon la norme ISO 15189 ; (ix) l'amélioration du système de traçabilité des produits de santé ; (x) le renforcement des capacités de la CAMEG-TOGO ; (xi) l'amélioration de la disponibilité, la gestion et l'utilisation rationnelle des médicaments et autres produits de santé à tous les niveaux de la pyramide sanitaire ; (xii) le renforcement de la disponibilité de produits sanguins labiles de qualité par l'extension des services de transfusion sanguine ; (xiii) le développement et la mise en œuvre d'une politique d'acquisition et de gestion des équipements biomédicaux et logistiques ; (xiv) la mise en œuvre des plans de gestion des déchets biomédicaux ; (xv) le renforcement des inspections et contrôles des services de santé.

Effet attendu 1.4 : L'accès des populations aux soins et services de qualité sur l'ensemble du territoire national est renforcé

Le renforcement de l'accès des populations aux soins et services de qualité sera effectif grâce aux interventions suivantes : la rationalisation de l'offre de soins de santé par le respect de la pyramide sanitaire ; le développement de l'assurance qualité et la mise en place des soins et services de santé centrés sur la personne ; le développement et de la mise en œuvre de la stratégie santé numérique.

Effet attendu 1.5 : Le cadre de partenariat et de collaboration inter-multisectorielle fonctionnent efficacement

Le bon fonctionnement du cadre de partenariat et la collaboration inter-multisectorielle passeront par : le renforcement des mécanismes de collaboration multisectorielle pour une prise en charge optimale des sujets transversaux ; la redynamisation et le suivi du fonctionnement régulier des comités interministériels ; le développement des mécanismes collaboratifs de gestion de l'approvisionnement en médicaments stratégiques ; le renforcement de la collaboration avec la PSPS Togo ; et la mise en place et fonctionnement de la plateforme « une seule santé ou One Health ».

Effet attendu 1.6 : L'information sanitaire de qualité est disponible pour la prise de décision

L'amélioration de la disponibilité de l'information sanitaire de qualité à tous les niveaux y compris le niveau communautaire et le secteur privé pour la prise de décision passera par : le renforcement et l'optimisation de l'utilisation de la plateforme DHIS2 à tous les niveaux du système de santé ; le renforcement du dispositif d'archivage et de la sécurité des données numérisées de santé ; le développement et la mise en œuvre d'une stratégie d'informatisation de la gestion des hôpitaux ; l'amélioration du cadre réglementaire de gestion de données sanitaires à caractère numérique ; l'extension du DHIS2 à l'intégration des données environnementales, météorologiques et vétérinaires (One Health) ; et le renforcement de la recherche en santé.

Effet attendu 1.7 : La sécurité et la santé au travail sont renforcées

Les interventions d'amélioration de la sécurité et la santé au travail (SST) porteront sur : l'amélioration du cadre juridique, avec une attention particulière accordée aux textes réglementaires ; le renforcement des capacités techniques des unités de gestion de la SST à tous les niveaux y compris les entreprises, les institutions et organisations ; le renforcement du programme HealthWISE de l'OMS/OIT ; et l'amélioration de la surveillance des risques, accidents et maladies professionnelles.

Effet attendu 1.8 : La médecine traditionnelle est promue

Les principales interventions de promotion de la médecine traditionnelle viseront : l'amélioration du cadre juridique avec une attention particulière accordée aux textes réglementaires ; le renforcement des capacités institutionnelles et organisationnelles ; l'amélioration de la disponibilité et de la qualité des médicaments traditionnels ; le renforcement de la collaboration entre les médecines conventionnelle et traditionnelle ; et la promotion de l'enseignement de la médecine traditionnelle.

Effet attendu 1.9 : Le système de santé communautaire est renforcé

Il s'agira principalement de mettre l'accent sur : le développement et la mise en œuvre d'une stratégie de renforcement des capacités et d'optimisation des pratiques des ASC / RC sur l'offre des paquets de soins intégrés ; le renforcement de l'engagement et la participation communautaire dans les interventions en soins de santé ; et l'harmonisation des offres de services et l'élargissement des paquets d'activités des ASC.

Effet attendu 1.10 : La prévention et le contrôle des infections sont renforcés

Les interventions viseront : l'institutionnalisation de la Prévention et du contrôle des infections (PCI) ; la surveillance des Infections associées aux soins et services (IASS) y compris la surveillance de la Résistance aux anti-microbiens (RAM) ; le renforcement des stratégies multimodales ; et le renforcement de la conformité de l'environnement bâti, des matériaux et équipements dans les établissements de soins et administratifs.

4.4.1.2. Cadre de résultats de l'axe 1

Le tableau X ci-dessous décrit le cadre de résultats de l'axe 1.

Tableau X : Cadre de résultats de l'axe 1

Indicateurs	Référence			Cible 2027
	Année	Valeur	Source	
Effet attendu 1.1 : La gouvernance, le pilotage et le leadership du secteur sont renforcés				
1. Pourcentage de réunions du comité national de coordination du secteur organisées	2022	100%	PV, CNC-SS	100%
2. Pourcentage de régions et districts ayant organisé la revue annuelle de performance	2021	100%	Rapports consolidés des revues	100%
3. Pourcentage de femmes aux postes nominatifs du ministère chargé de la santé	2021	17%	Document Budgétaire Sensible au Genre (DBSG)	30%
Effet attendu 1.2 : Le financement et l'utilisation des ressources financières allouées au secteur de la santé sont améliorés				
4. Part du budget de l'Etat alloué au secteur de la santé	2022	7,32%	Rapport de performance du MSHPAUS/ Rapport DAF	11,00%
Effet attendu 1.3 : Les capacités opérationnelles du système de santé sont renforcées				
5. Taux d'accessibilité géographique des formations sanitaires	2021	76,50%	Rapport de performance du MSHPAUS	90%
6. Densité de personnel de santé (ratio pour 10.000 habitants)	2021	8,41	Rapport de performance du MSHPAUS	11,0
7. Couverture des besoins en personnels de santé au niveau primaire de soins	2021	42,10%	Rapport de performance du MSHPAUS/Rapport DRH	80,00%
8. Pourcentage d'établissements de santé sans rupture de stock d'au moins un médicament traceur (au cours des trois derniers mois)	2021	57,00%	SARA/HHFA	80,00%
9. Taux de disponibilité des intrants essentiels au niveau communautaire	2021	85,36%	Rapport de performance du MSHPAUS/Rapport DSCPA	95,0%
10. Proportion des besoins non satisfaits en concentré de globules rouges (CGR)	2021	26%	Rapport de performance du MSHPAUS/Rapport CNTS	≤5%
11. Nombre de laboratoire de biologie médicale ayant progressé d'une étoile par outil SLIPTA par année	2021	14	Rapport de performance du MSHPAUS /Rapport Div Laboratoires	20

Indicateurs	Référence			Cible 2027
	Année	Valeur	Source	
Effet attendu 1.4 : L'accès des populations aux soins et services de qualité sur l'ensemble du territoire national est renforcé				
12. Couverture des services de santé essentiels (Indice Global de disponibilité et de capacité opérationnelle des services de santé)	2021	68,00%	SARA/HHFA	80,00%
13. Taux d'utilisation des soins curatifs	2021	56,5%	Annuaire des statistiques sanitaires	70%
14. Proportion de formations sanitaires mettant en œuvre l'approche qualité	2022	20, 23%	Rapport de performance du MSHPAUS/Rapport annuel DESR	75%
Effet attendu 1.5 : Le cadre de partenariat et la collaboration inter-multisectorielle fonctionnent efficacement				
15. Pourcentage de cadres de partenariat et de collaboration inter-multisectorielle fonctionnels	2021	50%	Rapport performance MSPAUS/ Revue RSS	100%
Effet attendu 1.6 : L'information sanitaire de qualité est disponible pour la prise de décision				
16. Taux de promptitude des rapports du SNIS	2021	77,30%	Annuaire des statistiques sanitaires Rapport de performance du MSHPAUS	85%
17. Taux de complétude des rapports du SNIS	2021	96,5%	Annuaire des statistiques sanitaires/ Rapport de performance du MSHPAUS	100%
18. Nombre d'audits de la qualité de données réalisés	2022	0	Rapport de performance du MSHPAUS/Rapport d'audit	1
Effet attendu 1.7 : La sécurité et la santé au travail sont renforcées				
19. Incidence des accidents de travail dans les FS	ND	ND	Enquête sur les déterminants de la SST	10%
20. Pourcentage de FS et de district sanitaire disposant d'un comité SST	2022	5%	Rapport annuel SMTS	50%
Effet attendu 1.8 : La médecine traditionnelle est promue				
21. Proportion de médicaments traditionnels améliorés (MTA) ayant une Autorisation de mise sur le marché (AMM)	ND	ND	Rapport DPML/Div Médecine Traditionnelle	50%
Effet attendu 1.9 : Le système de santé communautaire est renforcé				
22. Pourcentage de villages qui disposent d'au moins un agent de santé communautaire formé sur les soins	2021	76,9%	Rapport performance	90,0%

Indicateurs	Référence			Cible 2027
	Année	Valeur	Source	
intégrés (diarrhée, pneumonie, paludisme)			MSHPAUS/Rapport DSCPA	
23. Pourcentage de COGES fonctionnels	2021	59,60%	Rapport de performance MSHPAUS	90%
Effet attendu 1.10 : La prévention et le contrôle des infections sont renforcés				
24. Pourcentage de formations sanitaires pratiquant la PCI	2021	65,5%	Rapport de performance MSHPAUS	95%
25. Taux d'infections post opératoire	2021	0,83%	Rapport de performance du MSHPAUS	≤0,5%

4.4.1.3. Hypothèses d'efficacité de la mise en œuvre de l'axe stratégique 1

L'efficacité de la mise en œuvre de l'axe stratégique 1 conditionne l'atteinte des résultats d'impacts du plan. En effet, pour une réelle efficacité des interventions liées au renforcement du système de santé, il faudra : (i) le fonctionnement normal des démembrements et des commissions thématiques du comité national de coordination du système de santé (CNC-SS) ; (ii) l'opérationnalisation du comité sectoriel et des sous commissions de l'approche « One Health » avec le leadership du ministère chargé de la santé ; (iii) la mise en œuvre de la réforme hospitalière ; (iv) la formation des prestataires en assurance qualité ; (v) la disponibilité d'une ligne budgétaire annuelle destinée au recrutement du personnel de santé, (vi) la mise en place d'un mécanisme de fidélisation du personnel de santé exerçant dans les zones difficiles d'accès ; (vii) le renforcement périodique des capacités des professionnels de santé et (viii) l'amélioration des conditions de travail du personnel de santé. La satisfaction des besoins en ressources est aussi indispensable pour l'atteinte des résultats d'effet de l'axe 1.

4.4.2. Axe stratégique 2 : Utilisation des services essentiels de santé y compris la nutrition pour les mères, les enfants, les jeunes et adolescents et les personnes âgées

L'axe stratégique 2 vise à assurer aux mères, aux enfants, aux jeunes et adolescents et aux personnes âgées, des prestations de services spécifiques de qualité pour leur santé et bien-être.

Il est attendu de la mise en œuvre de cet axe, le résultat stratégique suivant : « **Les prestations de services spécifiques de qualité sont offerts et accessibles aux mères, aux enfants, aux jeunes et adolescents et aux personnes âgées pour leur santé et bien-être d'ici 2027** ».

4.4.2.1. Effets attendus de la mise en œuvre de l'axe 2

Pour atteindre le résultat stratégique de l'axe 2, quatre résultats d'effets ci-après sont attendus : (i) la charge de morbidité et de mortalité maternelle et néonatale est réduite ; (ii) la charge de morbidité et de mortalité infanto juvénile est réduite ; (iii) la santé des adolescents et jeunes est promue et (iv) la santé des personnes âgées est promue.

Effet attendu 2.1 : La charge de morbidité et de mortalité maternelle et néonatale est sensiblement réduite

Les principales interventions nécessaires pour réduire la charge de morbidité et de mortalité maternelle, néonatale et infanto juvénile d'ici à 2027 sont : le renforcement de la prise en charge holistique des fistules obstétricales et des mutilations génitales féminines et autres violences basées sur le genre ;

l'amélioration de la disponibilité des produits sanguins et de leurs substituts ; l'amélioration de la qualité des soins offerts aux nouveau-nés de faibles poids de naissance et malades ; la réduction des barrières financières à l'accès à l'utilisation des services SMNIAJ ; et le renforcement de la qualité des services et soins maternels et néonataux y compris dans les situations humanitaires (formation continue, supervision, intégration des services, SDMPR...).

Effet attendu 2.2 : La charge de morbidité et de mortalité infanto juvénile est réduite

Il s'agit d'œuvrer principalement : (i) à l'accroissement de la couverture en formations sanitaires de premier contact offrant des paquets de soins et services essentiels complets et de qualité ; (ii) au renforcement des initiatives et approches communautaires développées pour améliorer l'offre (PCIMNE-C, PFE, ANJE etc.) et l'accès des enfants de moins de 5 ans aux soins et services de santé et de nutrition de qualité et (iii) au renforcement des capacités opérationnelles du programme élargi de vaccination PEV pour une mise en œuvre efficace de l'approche « Atteindre chaque enfant dans chaque district ». Un accent particulier sera mis sur la surveillance des communautés « zéro dose » et la fonctionnalité du système de pharmacovigilance des manifestations adverse post immunisation (MAPI).

Effet attendu 2.3 : La santé des adolescents et jeunes est promue

Les principales interventions en matière de promotion de la santé des adolescents et jeunes (SAJ) porteront sur : le développement et la mise en œuvre d'un plan de communication en SAJ prenant en compte tous les problèmes de santé prioritaires des adolescents et jeunes ; le développement des clubs de santé dans les établissements scolaires et autres groupes organisés ; la mise en œuvre d'un programme d'éducation aux valeurs et à la santé sexuelle (EVSS) destiné aux adolescents et jeunes ; le développement des standards de qualité de services de santé adaptés aux adolescents et jeunes ; l'extension et le renforcement des services de santé adaptés aux adolescents et jeunes dans les formations sanitaires et dans la communauté ; la mise en œuvre des visites médicales systématiques dans les établissements scolaires ; l'extension des infirmeries scolaires ; la mise en œuvre des mesures d'hygiène et de sécurité en milieu scolaire ; et la coordination et le suivi des interventions de SAJ à tous les niveaux.

Effet attendu 2.4 : La santé des personnes âgées est promue

S'agissant de la santé des personnes âgées, il sera question de mettre l'accent sur : le développement et la mise en œuvre des stratégies de promotion de la santé des personnes âgées ; le renforcement de l'offre et de l'accès des services et soins de santé et de nutrition de qualité aux personnes âgées ; la réduction des barrières financières à l'accès et à l'utilisation des services par les personnes âgées ; et l'amélioration des données, du suivi et de la recherche sur le vieillissement et la santé.

4.4.2.2. Cadre de résultats de l'axe 2

Le cadre de résultats de l'axe stratégique 2 est décrit dans le tableau ci-dessous.

Tableau XI : cadre de résultats de l'axe 2

Indicateurs	Référence			Cible 2027
	Année	Valeur	Source	
Effet attendu 2.1 : La charge de morbidité et de mortalité maternelle et néonatale est sensiblement réduite				
26. Pourcentage de femmes enceintes ayant effectué au moins 4 contacts de soins prénatals	2021	45%	Rapport de performance du Ministère /Rapport d'activités DSMI/PF	75,0%
27. Pourcentage d'accouchements assistés par du personnel de santé qualifié	2021	70,03%	Rapport de performance du Ministère /Rapport d'activités DSMI/PF	90,0%
28. Proportion de femmes césarisées ayant bénéficié de la subvention	2021	95%	Rapport de performance du Ministère/Rapport d'activités Cellule Kit Césarienne	98%
29. Pourcentage de femmes enceintes ayant reçu au moins trois doses de TPI pendant la grossesse	2021	58%	Rapport de performance du Ministère /Rapport PNLP	80%
30. Proportion de décès maternels ayant fait l'objet d'un audit (revue)	2022	50,81%	Rapport de performance du Ministère /Rapport d'activités DSMI/PF	80%
31. Prévalence contraceptive moderne	2022	26,30%	Enquêtes et estimations annuelles DSMI/PF	32%
32. Nombre de Couple Année Protection	2022	480122	Rapport de performance du Ministère /Rapport d'activités DSMI/PF	600000
33. Létalité maternelle de causes obstétricales directes dans les FS	2022	1,18%	Rapport de performance du Ministère /Rapport d'activités DSMI/PF	0,90%
Effet attendu 2.2 : La charge de morbidité et de mortalité infanto juvénile est réduite				
34. Pourcentage d'enfant de 0 à 11 mois ayant reçu 3 doses de Penta	2021	89,57%	Rapport de performance du Ministère /Rapport PEV	95,0%
35. Pourcentage d'enfant de moins de 5 ans dormant sous MID	2020	66,8%	EIP	80%
36. Proportion des enfants de moins de 5 ans malnutris aigus sévères pris en charge	2021	37,28%	Rapport de performance du Ministère /Rapport	45%

Indicateurs	Référence			Cible 2027
	Année	Valeur	Source	
			d'activités Division Nutrition	
37. Prévalence retard de croissance chez les enfants de moins de 5 ans	2017	23,80%	MICS	21%
Effet attendu 2.3 : La santé des adolescents et jeunes est promue				
38. Pourcentage de formations sanitaires publiques offrant des services adaptés aux adolescents et jeunes (espaces aménagés et équipés, personnel formé, rapport d'activités)	2021	2%	Rapport annuel Div.SJA	10,0%
Effet attendu 2.4 : La santé des personnes âgées est promue				
39. Nombre de service de gériatrie de référence national fonctionnel	2021	0	DSCPA	1
40. Pourcentage d'ASC-RC formé à la prise en charge des personnes âgées	ND	ND	DSCPA	2%

4.4.2.3. Hypothèses d'efficacité de la mise en œuvre de l'axe stratégique 2

L'atteinte des résultats visés par l'axe stratégique 2 est conditionnée par les mesures et réformes ci-après : (i) l'opérationnalisation d'un cadre d'action et d'engagement impliquant l'ensemble des parties prenantes, entre autres la société civile, le secteur privé de soins et les médias ; (ii) la mise en œuvre du plan de développement des RHS notamment le recrutement des RHS en particulier les sage-femmes dans les USP et les médecins spécialistes dans les hôpitaux de districts ; (iii) l'effectivité des mécanismes de fidélisation du personnel qualifié dans les zones difficiles d'accès ; (iv) l'amélioration de la gestion de la subvention de la césarienne et son élargissement aux autres urgences obstétricales ; (v) la mise à échelle du paquet intégré des interventions à base communautaire ; (vi) la prise en compte des interventions en santé maternelle, néonatale, infantile, des adolescents et jeunes y compris la nutrition dans la stratégie nationale/différents mécanismes de financement de la santé ; (vii) l'évaluation périodique des performances des professionnels de santé ; (viii) l'accréditation des institutions de formations publiques et privées des professionnels de santé ; (ix) l'implication des acteurs communaux dans le renforcement du système de santé à tous les niveaux ; (x) l'institutionnalisation des visites médicales systématiques dans les établissements scolaires ; (xi) l'engagement des premiers responsables de régions et districts dans l'application des orientations stratégiques et dans la mise en œuvre des interventions ciblant les adolescents et jeunes ; (xii) l'engagement (cadre de concertation multisectoriel avec un lead) pour des actions en matière de vieillissement en bonne santé ; (xiii) le renforcement de la préparation et la riposte en matière de SRMNIA / nutrition dans les contextes humanitaires ; (xiv) et le renforcement de l'offre des soins de santé aux personnes âgées.

4.4.3. Axe stratégique 3 : Lutte contre les maladies et maîtrise des déterminants sociaux et environnementaux

L'axe stratégique 3 vise à renforcer les capacités de lutte contre les maladies et la maîtrise des facteurs sociaux et environnementaux qui déterminent l'état de santé de la population.

Le résultat stratégique attendu de la mise en œuvre de cette orientation stratégique est le suivant : **« Les capacités de lutte contre les maladies et la maîtrise des déterminants sociaux et environnementaux de la santé sont renforcées d'ici 2027 ».**

4.4.3.1. Effets attendus de la mise en œuvre de l'axe 3

Pour ce faire, sept (07) principaux résultats d'effets sont attendus formulés pour l'atteinte de ce résultat stratégique : (i) les capacités de lutte contre les maladies transmissibles sont renforcées ; (ii) les capacités de lutte intégrée contre les maladies tropicales négligées à chimiothérapie préventive et à prise en charge des cas sont renforcées ; (iii) les capacités de lutte contre les maladies non transmissibles sont renforcées ; (iv) la santé mentale et la prise en charge des troubles mentaux, la détresse psychologique sont promues ; (v) les capacités de prise en charge des autres maladies et conditions de santé (santé oculaire et handicap physique) sont renforcées ; (vi) la promotion de la santé et des comportements favorables à la santé est renforcée et (vii) les effets du changement climatique sur la santé sont maîtrisés.

Effet attendu 3.1 : Les capacités de lutte contre les maladies transmissibles sont renforcées

En matière de lutte contre les maladies transmissibles, il sera principalement question :

Pour la Tuberculose : le renforcement des capacités de diagnostic biologique des cas de tuberculose (TB), le renforcement du dépistage de la TB dans les régions Grand Lomé et Maritime et chez les enfants de moins de 15 ans, l'amélioration de la recherche des cas présumés de TB en postes fixes, avancés et mobiles au sein des populations à risque /particulières, le renforcement des capacités et de collaboration entre le secteur public et privé pour la lutte contre la TB, le renforcement de la lutte contre la TB en milieu de travail, le renforcement de la recherche active chez les cas contacts,

l'amélioration de la prise en charge thérapeutique des patients TB pharmaco sensible, l'amélioration de la prise en charge thérapeutique des patients TB-MR/XDR, le renforcement de la gestion conjointe de la TB et des comorbidités, le renforcement de la prévention de la TB, le renforcement des capacités des acteurs et le renforcement de la communication pour la lutte contre la TB et la TB-MR.

Pour le VIH : le renforcement de la prévention combinée offerte aux populations clés (PS, HSH, UD, Détenus) et auprès des populations vulnérables (clients des PS, Hommes et Femmes en uniforme, transporteurs routiers, jeunes et adolescents, portefaix, pêcheurs, populations réfugiées et transgenre) à travers la définition d'un paquet de services adaptés à chaque type de population vulnérable, le renforcement de la prévention de la transmission mère-enfant du VIH, le renforcement du diagnostic, du traitement ARV et de la rétention sous traitement chez les PVVIH adultes et enfants à travers une approche plus active, plus différenciée et plus centrée sur le client, le renforcement de l'accès au suivi biologique y compris la charge virale, le renforcement du plaidoyer pour la suppression des obstacles juridiques, le renforcement de la sensibilisation des communautés et des leaders d'opinion sur la non-discrimination et le respect des droits élémentaires de tout citoyen togolais garantis par la constitution, le renforcement des capacités d'alerte et de veille communautaire des acteurs et bénéficiaires et le renforcement du système communautaire permettant de parcourir le dernier kilomètre et de mettre en œuvre plus efficacement les interventions en direction des populations clés et groupes vulnérables.

Pour le Paludisme : (i) la lutte intégrée contre les vecteurs qui sera fait à travers l'amélioration de l'accès aux MID, la pulvérisation intra domiciliaire, la surveillance entomologique ; (ii) l'amélioration des interventions spécifiques (TPI, Chimio-prévention du paludisme chez les enfants de 03 à 59 mois) ; (iii) l'amélioration de la prise en charge des cas (le diagnostic parasitologique, le traitement, la pharmacovigilance et la surveillance) ; (iv) le renforcement des capacités opérationnelles pour la gestion programmatique aux différents niveaux de la pyramide sanitaire ; (v) et le renforcement du dialogue social, la surveillance et la gestion de la qualité des données et des stocks.

Effet attendu 3.2 : Les capacités de lutte intégrée contre les maladies tropicales négligées à chimiothérapie préventive et à prise en charge des cas sont renforcées

Il s'agira essentiellement de porter une attention particulière sur les interventions ciblant les MTN à chimiothérapie préventive et celles à prise en charge des cas ; l'amélioration de l'accès au traitement des cas et des complications de toutes les MTN à tous les niveaux ; le renforcement du partenariat et la mobilisation des ressources pour la pérennisation des acquis de la lutte contre les MTN ; la surveillance et la recherche ainsi que la documentation et l'exploitation des évidences ; le renforcement de la coordination multisectorielle à tous les niveaux ainsi que la surveillance active du Noma dans les districts, la recherche des cas et leur prise en charge ; la poursuite des efforts de lutte pour l'élimination de l'onchocercose, de la schistosomiase et du pian comme problème de santé publique.

Effet attendu 3.3 : Les capacités de lutte contre les maladies non transmissibles sont renforcées

S'agissant des MNT, l'accent sera mis sur la prise en charge intégrée de lutte contre les MNT dans les soins de santé primaire (WHOPEN) ; l'offre et l'accès aux soins des services spécialisés de prise en charge des maladies cardiovasculaires, des cancers, du diabète, des maladies respiratoires chroniques, des maladies buccodentaires et la drépanocytose ; la mise en place d'un mécanisme formel de gestion des urgences médico-chirurgicales (AVP, AVC et autres urgences) ; la surveillance et la recherche opérationnelle des MNT et leurs facteurs de risque y compris les coinfections cancer du col de l'utérus/VIH et diabète/TB...; et le renforcement des capacités techniques et opérationnelles des acteurs impliqués dans la lutte contre les MNT y compris les affections bucco dentaires.

Effet attendu 3.4 : La santé mentale, la prise en charge des troubles mentaux et de la détresse psychologique sont promues

Il s'agira essentiellement de mettre l'accent sur : la prévention en milieu scolaire et extrascolaire ; la mise en œuvre d'une stratégie multisectorielle destinée à empêcher l'accès des jeunes et adolescents aux substances psychoactives, toxiques et nocives au Togo en particulier le tabac, l'alcool, les autres drogues et nouveaux produits émergents ; le renforcement des compétences techniques du personnel de santé à la prise en charge des troubles mentaux, la détresse psychosociale et des addictions ; le renforcement de la collecte et gestion des données ; le renforcement de la législation sur la santé mentale et sur les substances psychoactives et son application indépendante des industries de tabac, d'alcool et d'autres substances.

Effet attendu 3.5 : Les capacités de prise en charge des autres maladies et conditions de santé (santé oculaire et handicap physique) sont renforcées

En matière de prise en charge des autres maladies et conditions de santé, les interventions seront orientées vers le renforcement de la disponibilité et de la capacité opérationnelle des services de santé et de réadaptation ; l'amélioration de l'utilisation des services de la réadaptation de qualité par la population ; le renforcement du système d'information et du suivi évaluation de la réadaptation ; le renforcement et le développement des capacités des ressources humaines en réadaptation et le renforcement des capacités techniques pour le dépistage des maladies oculaires.

Effet attendu 3.6 : La promotion de la santé et des comportements favorables à la santé est renforcée

Les principales interventions de promotion de la santé et des comportements favorables à la santé seront axées sur : l'élaboration des directives/documents normatifs ; le renforcement des connaissances, aptitudes et pratiques en engagement et adhésion des acteurs de communication ; la réalisation des études/évaluations en connaissances, aptitudes et pratiques sur les interventions prioritaires ; la promotion de l'accès des populations aux infrastructures d'eau, d'hygiène et d'assainissement sûrs au niveau familial et communautaire, y compris tout au long du cycle de gestion des urgences ; la promotion de la sécurité sanitaire de l'eau et des aliments et la génération de la demande ; la communication sur les risques environnementaux qui nuisent à la vie et la façon de les éviter, ainsi que des avantages de faire des choix plus durables ; la promotion de l'utilisation de sources d'énergie moins polluantes et de technologies à haute efficacité énergétique ; le renforcement des connaissances, aptitudes et pratiques en matière d'impacts sur la santé de l'exposition aux produits chimiques, de réglementation de l'utilisation des produits chimiques ; le renforcement des capacités des institutions nationales à répondre aux menaces (y compris les incidents et urgences) chimiques, radiologiques et nucléaires et de protéger la santé et la sécurité au travail des intervenants d'urgence.

Effet attendu 3.7 : La maîtrise des effets du changement climatique sur la santé est renforcée

Il s'agira essentiellement de la création et la mise en fonction d'une cellule « Changements Climatiques et Santé », l'actualisation et de la mise en œuvre du plan national d'adaptation du secteur de la santé aux effets du changement climatique (PNAS).

4.4.3.2. Cadre de résultats de l'axe 3

Le tableau ci-après présente le cadre de résultats de l'axe 3.

Tableau XII : Cadre de résultats de l'axe 3

Indicateurs	Référence			Cible 2027
	Année	Valeur	Source	
Effet attendu 3.1 : Les capacités de lutte contre les maladies transmissibles et les effets du changement climatique sur la santé sont renforcées				
41. VIH : niveau d'atteinte du premier « 95 »	2022	86%	Spectrum 2022	95%
42. Incidence du Paludisme (p.1000)	2022	275	PNLP	52,0
43. Incidence de la tuberculose (p.100.000)	2021	33	Global TB report	25
44. Incidence des décès dus au Paludisme (p.100000)	2022	11	Rapport PNLN	2
45. Taux de succès de traitement antituberculeux des patients nouveaux et rechute (guéris plus traitement terminés)	2022	87%	Rapport PNLN	90%
Effet attendu 3.2 : Les capacités de lutte intégrée contre les maladies tropicales négligées à chimiothérapie préventive et à prise en charge des cas sont renforcées				
46. Couverture programmatique à l'ivermectine	2022	92,9%	Rapport de performance, MSHPAUS	≥ 95%
47. Couverture programmatique au Praziquantel chez les enfants d'âge scolaire	2022	98,3%	Rapport de performance, MSHPAUS	≥ 95%
48. Taux d'Infirmité de degré 2 parmi les nouveaux cas de lèpre	2022	29%	Rapport de performance, MSHPAUS	≥ 20%
49. Létalité liée aux envenimations par morsures de serpents	2022	2%	Rapport de performance, MSHPAUS	0%
Effet attendu 3.3 : Les capacités de lutte contre les maladies non transmissibles sont renforcées				
50. Proportion de FS offrant des services spécialisés de prise en charge des maladies cardiovasculaires	2021	24%	DivSMNT	40%
51. Pourcentage de districts sanitaires offrant la prise en charge intégrée des maladies non transmissibles	2021	5,0%	DivSMNT	50%
52. Prévalence de la tension artérielle élevée chez les adultes de 18 à 69 ans	2021	27,40%	STEPS	25%
53. Prévalence de l'hyperglycémie chez les adultes de 18 à 69 ans	2021	4,90%	STEPS	3,90%
54. Pourcentage de femmes âgées de 30 à 49 ans ayant déjà bénéficié d'un test de dépistage de cancer du col de l'utérus	2021	4,30%	STEPS	15%
Effet attendu 3.4 : La santé mentale et la prise en charge des troubles mentaux sont promues				
55. Pourcentage de patients dépendant des substances psychoactives pris en charge dans une structure d'addictologie	-	ND	PNAPP	5,0%

Indicateurs	Référence			Cible 2027
	Année	Valeur	Source	
56. Pourcentage de formations sanitaires offrant un service en matière de santé mentale	2022	3,1%	PNAPP	50%
57. Prévalence du tabagisme chez les élèves	2019	4,3%	GYTS	2,2%
Effet attendu 3.5 : Les capacités de prise en charge des autres maladies et conditions de santé (santé oculaire et handicap physique) sont renforcées				
58. Pourcentage de personnes vivant avec un handicap, prises en charge en réadaptation physique	2021	79%	CNAO, Rapport	88,0%
59. Pourcentage des districts qui assurent la prise la prise en charge spécialisée des affections bucco-dentaires	2022	47%	Div MNT/MTN	100%
60. Pourcentage de cas de noma diagnostiqués avec complication (degré 3, 4 et 5)	2022	100%	Div MNT/MTN	50%
61. Taux de chirurgie de la cataracte (p 1000 000)	2021	1153	Rapport PNLC	1500
Effet attendu 3.6 : La promotion de la santé et des comportements favorables à la santé sont renforcés				
62. Pourcentage d'adultes de 18 à 69 ans pratiquant une activité physique insuffisante selon les recommandations de l'OMS	2021	13,20%	STEPS	5,0%
63. Prévalence de la consommation actuelle du tabac chez les hommes de 18 à 69 ans	2021	6,7%	STEPS	3%
64. Taux d'accès de populations aux latrines améliorées (% de ménages utilisant les toilettes améliorées)	2017	44,6%	MICS	70,0%
65. Pourcentage de villages certifiés FDAL	2022	32,57	Rapport de performance, MSHPAUS	80%
Effet attendu 3.7 : La maîtrise des effets du changement climatique sur la santé est renforcée				
66. Existence d'une cellule changement climatique et santé fonctionnelle	ND	-	Cellule changement climatique	1
67. Nombre de districts sanitaires disposant d'au moins un capteur fonctionnel pour la mesure de la qualité de l'air	2022	3	Cellule changement climatique	12

4.4.3.3. Hypothèses d'efficacité de la mise en œuvre de l'axe 3

La mise en œuvre des interventions de l'axe 3 requiert certaines dispositions préalables notamment : (i) l'engagement des populations dans les projets de développement de santé; (ii) la mobilisation davantage de ressources domestiques ; (iii) la mise à contribution des élus locaux et des leaders d'opinion ; (iv) l'instauration d'un cadre de motivation et d'encouragement des prestataires ; (v) l'appropriation au niveau national de mécanismes multilatéraux de financement axés sur les changements climatiques.

4.4.4. Axe stratégique 4 : Réponses aux épidémies et autres urgences de santé publique

L'axe stratégique 4 vise à bâtir un système de santé résilient, capable de répondre efficacement aux épidémies et autres urgences de santé publique. Ainsi, d'ici à 2027, le résultat stratégique attendu de la mise en œuvre de cet axe est le suivant : « **Le système de santé est résilient et capable de répondre efficacement aux épidémies et autres urgences de santé publique** ».

4.4.4.1. Effets attendus de la mise en œuvre de l'axe 4

Pour atteindre le résultat stratégique de l'axe 4, deux résultats d'effets ci-après sont attendus : (i) les capacités de préparation et de riposte aux épidémies et autres urgences de santé publique sont renforcées et (ii) les centres des opérations d'urgence de santé publique (COUSP) sont mis en place et opérationnels.

Effet attendu 4.1 : Les capacités de préparation et de riposte aux épidémies et autres urgences de santé publique sont renforcées

Il s'agira de poursuivre les efforts déjà engagés en mettant l'accent sur : l'opérationnalisation de l'institut national de coordination de la surveillance et du contrôle des maladies de santé publique (INCSM) ; la création et l'opérationnalisation de l'Institut National de Santé Publique ; l'élaboration et la mise en œuvre des plans stratégiques de lutte contre les maladies à potentiel épidémique (MPE) ; l'élaboration et/ou la mise à jour et le fonctionnement des cadres nationaux, régionaux et locaux de l'interface stratégique santé humaine, environnement, élevage et agriculture ; le renforcement des capacités de détection, de confirmation biologique et de riposte aux MPE, aux zoonoses et aux autres événements de santé publique selon l'approche « One Health » ; le renforcement des capacités des laboratoires en vue de la gestion des épidémies ; le renforcement du rôle de l'Institut National d'Hygiène (INH) dans la surveillance épidémiologique (coordination du transport des échantillons et diagnostic des MPE) ; le renforcement de la stratégie de communication et d'engagement des acteurs en faveur de la lutte contre les épidémies et autres urgences de santé publique ; le renforcement de la prévention et le contrôle des infections dans les formations sanitaires ; le renforcement de la sécurité santé au travail en situation d'urgence, l'amélioration de la mise en œuvre du RSI et le renforcement des mécanismes de gestion et d'approvisionnement en médicaments et intrants pour les urgences de santé publique.

Effet attendu 4.2 : Les centres des opérations d'urgence de santé publique (COUSP) sont mis en place et opérationnels

Il s'agira essentiellement sur la période de mise en œuvre du plan de mettre l'accent sur : le renforcement du fonctionnement et de la visibilité du COUSP dans la gestion des urgences ; la mise en place d'un programme d'installation et d'opérationnalisation des COUSP hors Lomé ; le renforcement des capacités opérationnelles des équipes d'intervention rapide.

4.4.4.2. Cadre de résultats de l'axe 4

Le cadre de résultats de l'axe stratégique 4 est récapitulé dans le tableau XIII ci-dessous.

Tableau XIII : Cadre de résultats de l'axe stratégique 4

Indicateurs	Référence			Cible 2027
	Année	Valeur	Source	
Effet attendu 4.1 : Les capacités de préparation et de riposte aux épidémies et autres urgences de santé publique sont renforcées				
68. Proportion d'épidémie ayant bénéficié d'une réponse dans les 14 jours après la notification	2022	100,0%	Rapport de performance du	100,0%

Indicateurs	Référence			Cible 2027
	Année	Valeur	Source	
			Ministère /Rapport DSIUSR	
69. Létalité liée au choléra	2021	12,82%	Rapport de performance du Ministère / Rapport DSIUSR	< 5%
Effet attendu 4.2 : Les centres des opérations d'urgence de santé publique (COUSP) sont mis en place et opérationnels				
70. Nombre de COUSP fonctionnels	2022	1	COUSP	6

4.4.4.3. Hypothèses d'efficacité de la mise en œuvre de l'axe 4

Des hypothèses conditionnent l'atteinte des résultats de l'axe stratégique 4. Il s'agit essentiellement de : (i) la création et l'opérationnalisation de l'Institut national de santé publique et les centres des opérations d'urgence de santé publique ; (ii) la disponibilité des structures et des intrants pour la prise en charge ; (iii) la garantie de la gratuité complète de la prise en charge des personnes affectées et des survivants ; (iv) l'instauration d'un mécanisme de protection sociale pour le personnel soignant impliqué dans les épidémies ainsi que pour les survivants y compris les orphelins ; et (v) la disponibilité des ressources humaines qualifiées, formées, en nombre suffisant à tous les niveaux ; (vi) la disponibilité d'un fonds d'urgence rapidement mobilisable pour la riposte.

4.4.5. Axe stratégique 5 : Protection contre le risque financier lié à l'utilisation des services de santé

L'axe stratégique 5 vise à améliorer l'accès des populations, particulièrement les plus vulnérables aux services essentiels de santé de qualité à un coût abordable.

Comme résultat stratégique de la mise en œuvre de cet axe, il est attendu d'ici 2027, le résultat suivant : « **Les populations, particulièrement les plus vulnérables, ont un accès universel aux services essentiels de santé de qualité à un coût abordable** ».

4.4.5.1. Effets attendus de la mise en œuvre de l'axe 5

L'axe stratégique 5 est un axe de soutien du PNDS. Il vise la protection financière des utilisateurs ou bénéficiaires des services de santé à travers la mise en place des politiques et processus garantissant une meilleure gouvernance du système de financement de la santé, une mobilisation accrue des ressources pérennes, une meilleure mise en commun des ressources et le développement des mécanismes performants d'achat des prestations pour la Couverture maladie universelle (CMU).

Pour atteindre le résultat stratégique de l'axe 5, quatre résultats d'effets ci-après sont attendus : (i) les politiques et processus pour une meilleure gouvernance du système de financement de la santé sont mis en place ; (ii) les financements à travers des sources pérennes pour la CMU sont mobilisés/augmentés ; (iii) un mécanisme de mise en commun des ressources/fonds mobilisés est mis en place et (iv) les mécanismes performants d'achat des prestations de soins sont développés.

Effet attendu 5.1 : Les politiques et processus pour une meilleure gouvernance du système de financement de la santé sont mis en place

Il s'agit de permettre au pays de disposer des politiques et stratégies permettant de renforcer la gouvernance du système de financement de la santé. Pour ce faire, il s'agira de développer : les politiques et stratégies en lien avec la CSU ; les mécanismes transparents de reddition des comptes en lien avec les progrès en matière de financement de la santé et les systèmes de production et de collecte des données et informations factuelles pour le pilotage de la CMU.

Effet attendu 5.2 : Les financements à travers des sources pérennes pour la Couverture maladie universelle sont mobilisés

Des efforts pour l'extension de la mobilisation des financements à travers des sources pérennes seront menés en vue d'une AMU effective. A cet effet, il sera question de développer des mécanismes de mobilisation des financements à travers les sources de financement publiques ou obligatoires ; d'améliorer la prévisibilité et la stabilité des financements domestiques et externes pour la CMU et de développer des mesures fiscales incitant les individus et les entreprises à adopter des comportements sains et favorables à la santé.

Effet attendu 5.3 : Un mécanisme de mise en commun des ressources/fonds mobilisés est mis en place

En vue d'assurer une gestion efficace des ressources, il sera procédé au développement des structures et mécanismes de mise en commun des ressources mobilisées ; au renforcement du potentiel de redistribution des fonds prépayés disponibles et au renforcement de l'intégration et la coordination des fonctions de financement de l'ensemble des plans et programmes.

Effet attendu 5.4 : Les mécanismes performants d'achat des prestations de soins sont développés

Il est envisagé le développement des mécanismes d'allocation des ressources aux prestataires prenant en compte les besoins de santé de la population et/ou les résultats des prestataires (critères objectifs) et le développement des modalités d'achat adaptées soutenant les objectifs des différentes prestations.

4.4.5.2. Cadre de résultats de l'axe 5

Le cadre de résultats de l'axe stratégique 5 est décrit dans le tableau suivant.

Tableau XIV : Cadre de résultats de l'axe stratégique 5

Indicateurs	Référence			Cible 2027
	Année	Valeur	Source	
Effet attendu 5.1 : Les politiques et processus pour une meilleure gouvernance du système de financement de la santé sont mis en place				
71. Disponible d'un document de stratégie nationale de financement de la santé vers la couverture sanitaire universelle	2022	0	Rapport Annuel de performance du ministère	1
72. Disponibilité d'un système de production et de collecte des données et informations factuelles pour le pilotage de la CMU (Base de données AMU et rapport d'analyse de la protection contre le risque financier en santé)	2022	0	Rapport Annuel de performance du ministère	1
Effet attendu 5.2 : Les financements à travers des sources pérennes pour la couverture maladie universelle sont mobilisés				

Indicateurs	Référence			Cible 2027
	Année	Valeur	Source	
73. Dépenses de santé domestiques du gouvernement en pourcentage des dépenses courantes de santé	2019	15,10	Compte de la santé / GHED	38%
74. Dépenses d'assurance sociale/obligatoire en pourcentage des dépenses courantes de santé	2019	3,50%	Comptes de la santé / GHED	20%
Effet attendu 5.3 : Un mécanisme de mise en commun des ressources/fonds mobilisés est mis en place				
75. Proportion de la population couverte par le régime unique d'assurance maladie	2021	5,37%	INAM	60%

4.4.5.3. Hypothèses d'efficacité de la mise en œuvre de l'axe 5

Des mesures et réformes ci-dessous conditionneront l'atteinte des résultats de l'axe stratégique 5. Il s'agit de (i) l'engagement politique ; (ii) la croissance économique ; (iii) le leadership soutenu et affirmé du ministère chargé de la santé ; (iv) l'amélioration de la coordination entre les ministères sectoriels, (v) la mobilisation des financements domestiques additionnels pour assurer la viabilité du régime d'AMU ; (vi) l'adoption des textes d'application de la loi instituant l'AMU ; (vii) le renforcement des capacités des acteurs et (viii) la sensibilisation des bénéficiaires sur l'AMU.

CHAPITRE 5 : BESOINS EN MATIERE DE RESSOURCES ET D'INFORMATION

Les besoins en ressources concernent les besoins indispensables pour l'atteinte des résultats d'effet de l'axe 1 (Système de santé et système communautaire) et les besoins additionnels pour atteindre les couvertures effectives en interventions essentielles retenues dans les quatre autres axes. L'outil « *One Health* » est utilisé pour l'estimation de ces besoins.

5.1. Ressources humaines pour la santé

5.1.1. Personnels fournisseurs de services de santé, de gestion et de soutien

Les besoins en ressources humaines pour la santé ont été estimés sur la base de l'effectif disponible au 31 décembre 2022. Les projections des effectifs des RHS requis sur la base de l'outil *One Health* montrent que le système de santé du Togo aura globalement besoins de 10 126 agents de santé additionnels en rapport avec le scénario accéléré retenu pour l'atteinte des résultats du PNDS. Ces estimations, pour l'ensemble des catégories de personnel nécessaires pour le fonctionnement du système de santé, sont présentées dans le tableau XIII.

Pour la période 2023-2027, il faudra que l'Etat recrute annuellement, en moyenne de 2 025 agents toutes catégories confondues pour prétendre atteindre les résultats escomptés. Pour les personnels traceurs, ces données montrent qu'il faudra recruter en moyenne par an 81 médecins généralistes, 76 médecins spécialistes, 11 pharmaciens, 244 infirmiers auxiliaires, 309 infirmiers diplômés d'Etat, 166 accoucheuses auxiliaires et 157 sage-femmes.

Eu égard aux écarts que présente cette situation des besoins comparés à l'effectif existant sur la période du plan, des dispositions adéquates doivent être prises pour assurer la mise à disposition par le recrutement de ces ressources humaines dont l'absence constituerait un goulot pour évoluer vers l'atteinte des résultats d'effet et la couverture sanitaire universelle. Plus encore, la capacité des institutions de formation en santé devra être renforcée pour conformer les curricula de formation aux besoins du système de santé. Des actions de plaidoyer doivent être menées envers les parties prenantes (ministère de la fonction publique, ministère de l'économie et des finances, ministère de l'enseignement supérieur) impliquées dans le recrutement du personnel pour assurer la mise en œuvre effective des interventions.

Tableau XV : Besoins en personnels additionnels

Catégorie professionnelle	Effectif disponible (2022)	Besoins additionnels					Total
		2023	2024	2025	2026	2027	
Fournisseur de services de santé	9104	1 415	1 581	1 590	1 593	1 596	7 775
Accoucheuses auxiliaires	757	225	150	152	153	153	833
Auxiliaires en pharmacie	57	22	46	45	46	46	205
Chirurgiens-dentistes	7	2	4	5	4	4	19
Infirmiers auxiliaires	775	227	248	248	248	248	1 219
Infirmiers diplômés d'Etat	1259	350	299	300	299	299	1 547
Médecins généralistes	159	90	79	78	79	79	405
Médecins spécialistes	341	73	77	78	77	77	382

Catégorie professionnelle	Effectif disponible (2022)	Besoins additionnels					Total
		2023	2024	2025	2026	2027	
Personnel de laboratoire A1	23	8	10	9	10	10	47
Personnel de laboratoire A2	584	90	41	41	40	41	253
Personnel de réadaptation fonctionnelle A1	5	0	3	2	3	3	11
Personnel de réadaptation fonctionnelle A2	250	50	72	72	71	72	337
Personnel hospitalier d'appui B	130	0	136	136	136	136	544
Personnel hospitalier d'appui C	1165	0	74	74	74	74	296
Personnel hospitalier d'appui D	1647	0	34	35	34	34	137
Pharmaciens	19	5	11	12	13	13	54
Psychologues de santé A1	44	5	-	-	-	-	5
Psychologues de santé A2	20	8	4	4	5	4	25
Sage-femme	804	174	150	155	157	160	796
Techniciens supérieurs de soins A1	310	10	41	41	41	41	174
Techniciens supérieurs de soins A2	748	76	102	103	103	102	486
Gestion et personnel de soutien	3841	512	460	458	461	460	2 351
Personnel administratif cadre A1	150	2	12	12	12	12	50
Personnel administratif cadre A2	429	50	21	21	21	21	134
Personnel administratif cadre A3	47	28	41	41	41	41	192
Personnel administratif cadre B	408	110	34	34	34	34	246
Personnel d'appui B	180	0	40	41	41	40	162
Personnel d'appui C	868	149	69	69	68	69	424
Personnel d'appui D	1039	20	30	31	30	30	141
Personnel d'hygiène et d'assainissement A1	88	5	4	4	5	4	22
Personnel d'hygiène et d'assainissement A2	359	120	73	73	73	73	412
Personnel médico-technique A1	4	0	3	3	2	3	11
Personnel médico-technique A2	7	0	3	2	3	3	11
Personnel médico-technique A3	3	5	3	2	3	3	16
Personnel médico-technique B	2	0	40	40	41	40	161
Personnel technique C	145	0	40	40	40	40	160
Personnel technique A1	17	0	3	2	3	3	11
Personnel technique A2	41	0	9	8	9	9	35

Catégorie professionnelle	Effectif disponible (2022)	Besoins additionnels					Total
		2023	2024	2025	2026	2027	
Personnel technique A3	7	23	23	22	23	23	114
Personnel technique B	47	0	12	13	12	12	49
Total	12 945	1 927	2 041	2 048	2 054	2 056	10 126

Source : Application One Health, Etude PNDS 2023-2027

5.1.2. Personnels de santé communautaire

Deux types de personnels de santé communautaire sont pris en compte dans les besoins d'estimation : les Agents de Santé Communautaire (ASC) et les Relais Communautaires (RC). Ce choix se justifie par le développement en cours d'une stratégie d'optimisation des pratiques des ASC et RC, conformément aux orientations de la feuille de route 2020-2025 du Gouvernement.

Globalement, 1 470 personnels communautaires additionnels (en moyenne 368 par an) sont requis dans le cadre de la mise en œuvre du plan : 1 126 ASC et 344 RC.

5.1.2.1. Agents de santé communautaire

Les besoins additionnels d'ASC ont été estimés sur la base de l'effectif disponible au 31 décembre 2022 (7 948 ASC), les données démographiques (5^{ème} Recensement Général de la Population et de l'Habitat - RGPH-5, 2022 et taux d'accroissement annuel de la population), la proportion des localités situées à plus de 5 km d'une formation sanitaire (accessibilité géographique aux formations sanitaires)¹. Les projections montrent que le système national de santé aura globalement besoins de 1 126 ASC additionnels entre 2024 et 2027 en rapport avec le scénario accéléré retenu pour l'atteinte des résultats du PNDS, soit en moyenne 282 ASC additionnels par an. Ces estimations, pour toutes les régions et districts, sont présentées dans le tableau XVI.

Tableau XVI : Besoins en agents de santé communautaire additionnels

REGION	EFFECTIF DE BASE (2023)	2024	2025	2026	2027	TOTAL
GRAND LOME	231	72	73	75	77	297
AGOE NYIVE	126	39	40	41	42	162
GOLFE	105	33	33	34	35	135
MARITIME	1434	38	44	48	53	183
AVE	194	5	6	6	7	24

¹ Données utilisées démographiques (RGPH-5, 2022) : 8 095 498 habitants ; Taux d'accroissement annuel de la population (2,3%) ; Données de base (nombre d'ASC) en 2023 : 7948 ACS ; Proportion de localités situées à plus de 5 km d'une formation sanitaire 521% (accessibilité géographique aux formations sanitaire : 79%).

Démarche méthodologique d'estimation : Etape 1 : Projection de la population sur la période 2023-2027 en considérant le Taux d'accroissement annuel (ensemble et par région) ; Etape 2 : Estimation du nombre de ménages en considérant l'hypothèse d'un ASC pour 400 habitants ; Etape 3 : Estimation du nombre d'ASC additionnels (par région et ensemble) en considérant l'hypothèse d'un 1 ASC pour 80 ménages ; Etape 4 : Détermination du coefficient de répartition des ASC additionnels par district en considérant les données de 2023 (situation actuelle).

REGION	EFFECTIF DE BASE (2023)	2024	2025	2026	2027	TOTAL
BAS MONO	117	3	4	4	5	16
LACS	147	4	5	5	6	20
VO	358	10	11	12	12	45
YOTO	226	5	6	8	9	28
ZIO	392	11	12	13	14	50
PLATEAUX	2438	49	56	61	76	242
AGOU	161	4	5	4	5	18
AKEBOU	150	3	3	3	5	14
AMOU	191	4	4	4	6	18
ANIE	190	3	4	5	6	18
DANYI	142	2	3	4	4	13
EST MONO	263	5	6	7	8	26
HAHO	546	12	12	13	17	54
KLOTO	156	3	4	4	5	16
KPELE	134	2	3	4	4	13
MOYEN MONO	128	2	3	4	4	13
OGOOU	209	5	5	5	7	22
WAWA	168	4	4	4	5	17
CENTRALE	1041	23	26	28	30	107
BLITTA	252	6	6	7	6	25
MÔ	95	2	2	2	3	9
SOTOUBOUA	221	5	6	6	7	24
TCHAMBA	245	5	6	7	7	25
TCHAOUJJO	228	5	6	6	7	24
KARA	1548	31	35	38	42	146
ASSOLI	112	1	3	2	2	8
BASSAR	227	5	6	7	7	25
BINAH	121	3	4	5	7	19
DANKPEN	209	4	4	5	5	18
DOUFELGOU	201	4	4	5	5	18
KERAN	295	6	6	6	7	25
KOZAH	383	8	8	8	9	33
SAVANES	1256	30	37	39	45	151
CINKASSE	98	2	3	3	4	12
KPENDJAL	122	3	4	4	5	16

REGION	EFFECTIF DE BASE (2023)	2024	2025	2026	2027	TOTAL
KPENDJAL OUEST	164	4	5	5	6	20
OTI	135	3	4	4	5	16
OTI SUD	195	5	6	7	7	25
TANDJOARE	246	5	6	7	8	26
TONE	296	8	9	9	10	36
TOTAL GENERAL	7948	243	271	289	323	1126

Source : Application One Health, Etude PNDS 2023-2027

5.1.2.2. Relais Communautaires

Les projections des effectifs montrent globalement un besoin de 344 Relais Communautaires (RC) additionnels entre 2024 et 2027, soit en moyenne 86 RC additionnels par an. La région Grand Lomé a besoin à elle seule de 53% des RC additionnels, suivie de la région Maritime (16%), la région de la Kara (12%), la région des Plateaux (10%), la région Centrale (5%) et la région des Savanes (4%). Ces estimations, pour toutes les régions sont présentées dans le tableau XVII.

Tableau XVII : Besoins en Relais communautaire additionnels

REGION	EFFECTIF DE BASE (2023)	EFFECTIF ADDITIONNEL	PART
GRAND LOME	369	184	53%
MARITIME	416	56	16%
PLATEAUX	807	36	10%
CENTRALE	670	16	5%
KARA	781	40	12%
SAVANES	911	12	4%
TOTAL	3954	344	100%

Source : Application One Health, Etude PNDS 2023-2027

5.2. Infrastructures, équipements, matériels et logistique

Pour atteindre la couverture sanitaire escomptée, il s'agira d'abord d'améliorer la fonctionnalité de certaines structures sanitaires existantes qui nécessitent des reconstructions/extensions, des réhabilitations et/ou des renforcements en équipement (20 à 40% de ces structures). Par ailleurs, il sera nécessaire de construire de nouvelles formations sanitaires dans les zones reculées en tenant compte de la carte sanitaire. La situation des besoins en construction et en réhabilitation est présentée dans le tableau XVIII.

Tableau XVIII : Projection des besoins en infrastructures

	2023	2024	2025	2026	2027	Total
A. Nouveaux établissements dont la construction commence						
<i>Etablissement fournissant les interventions</i>	16	30	76	85	95	302
USP 1	16	30	76	85	95	302
USP 2	0	0	0	0	0	0
Hôpital de district type 1	0	0	0	0	0	0
Hôpital de district type 2	0	0	0	0	0	0
<i>Etablissement avec fonctions de soutien</i>	6	0	3	5	1	15
CHR	0	0	0	0	0	0
CHU	0	0	0	1	0	1
Hôpital spécialisé	0	0	0	1	1	2
Hôpital Mère-enfant I	5	0	0	0	0	5
Hôpital Mère-enfant II	1	0	0	0	0	1
Centre régional de maintenance	0	0	3	3	0	6
B. Nombre d'établissements à réhabiliter						
<i>Etablissement fournissant les interventions</i>	64	37	116	105	163	485
USP 1	60	30	83	92	101	366
USP 2	0	0	25	50	55	130
Hôpital de district type 1	0	5	5	5	5	20
Hôpital de district type 2	0	2	3	3	2	10
<i>Etablissement avec fonctions de soutien</i>	0	2	3	3	1	9
CHR	0	0	2	2	1	5
CHU	0	2	1	0	0	3
Hôpital spécialisé	0	0	0	1	0	1

Source : Application One Health, Etude PNDS 2023-2027

5.3. Besoins en logistique roulante

Pour ce qui concerne la logistique roulante (ambulances, véhicules, motos, etc.), elle constitue un des leviers de la mise à échelle des prestations préventives, du renforcement de la référence et de la supervision par niveau. Pour une amélioration de la disponibilité du sang sécurisé, des véhicules de collecte mobile de sang doivent être acquis au profit des centres de transfusion sanguine. Il en est de même de la gestion des déchets médicaux.

L'ensemble des besoins en logistiques nécessaires est retracé par le tableau XIX.

Tableau XIX : Projection des besoins en matériel roulant

Besoins en logistique roulante	2023	2024	2025	2026	2027	Total
Ambulance*	30	199	48	30	27	334
Pick up	10	15	18	15	20	78
Moto TT	402	515	672	804	862	3255
Camion vidangeur	10	12	16	8	6	52
Camion cargo réfrigéré	0	4	6	3	3	16
Camion transport de déchets	0	8	10	5	5	28

*Ambulance tout type confondu pour les trois niveaux du système de soins

Source : Application One Health, Etude PNDS 2023-2027

5.4. Médicaments, vaccins et produits médicaux

L'estimation des besoins en médicaments, vaccins et consommables essentiels a été faite en ciblant certains médicaments (ARV, antituberculeux, contraceptifs, produits de soins obstétricaux, néonataux et infanto-juvénile, vaccins, produits sanguins et produits de nutrition) et en se référant aux plans stratégiques des programmes concernés. Ces besoins en médicaments et consommables essentiels ont été estimés en relation avec les niveaux de couverture en interventions essentielles à haut impact planifiées pour le PNDS. Le tableau XX récapitule le coût estimé de ces produits et consommables.

Le système d'approvisionnement, de stockage et de distribution doit garantir la disponibilité à différents niveaux de ces médicaments et consommables essentiels. Dans le contexte de la réforme du système de santé, l'amélioration du système national d'approvisionnement pharmaceutique doit passer par la prise en compte et la maîtrise de la chaîne d'approvisionnement logistique en produits de santé.

Tableau XX : Coût des médicaments, produits et fournitures en millions de FCFA

Médicaments, produits et fournitures	2023	2024	2025	2026	2027	Total
Antipaludique : Médicaments et fournitures	9 401	9 493	9 445	9 243	8 896	46 478
Santé infantile : Médicaments et fournitures	469	502	511	503	473	2 457
Produits contraceptifs	731	941	1 142	1 352	1 570	5 736
VIH/SIDA : Médicaments et fournitures	1 849	1 966	356	419	486	5 077
Tuberculose : Médicaments et fournitures	423	432	2 218	2 277	511	5 861
Vaccins et consommables	2 163	2 275	2 282	2 344	4 112	13 177
Moustiquaire à Imprégnation Durable (MID)	10 315	203	230	10 629	253	21 629
Fournitures de santé maternelle	241	668	646	204	556	2 315
Fournitures de nutrition	211	259	303	311	310	1 394
Tous les autres médicaments et fournitures	22 691	24 712	27 314	30 318	32 495	137 529
Total	48 493	41 451	44 447	57 599	49 663	241 652

5.5. Communication et informations

5.5.1. Information sanitaire y compris information gestionnaire

La coordination de la mise en œuvre du PNDS 2023 – 2027 et le pilotage du secteur de la santé dans son ensemble nécessitent de disposer d'une information stratégique de qualité. Elle est indispensable pour un suivi approprié des cinq axes prioritaires du plan. Pour la production de cette information stratégique, les données de base proviendront du DHIS-2, complétées le cas échéant par des résultats d'enquêtes ou d'études spécifiques.

Sachant que les résultats visés par le PNDS 2023 – 2027 sont focalisés entre autres, sur la réduction de la charge de la morbidité, la lutte contre les déterminants qui la sous-tendent et sur l'amélioration de l'utilisation des soins et services de santé disponibles, une attention particulière sera accordée à la production d'une information sanitaire de qualité sur les thématiques prioritaires. C'est le cas notamment de l'information sanitaire relative à la réduction des décès maternels, aux maladies évitables par la vaccination, à la santé des personnes âgées et l'engagement communautaire sur les urgences sanitaires, pour ne citer que ces thématiques.

Afin d'améliorer la disponibilité de l'information sanitaire de qualité, des mesures ci-après seront prises : (i) le renforcement des mesures d'assurance qualité (réunions de validation et d'analyse, supervision avec DQA, DQR) ; (ii) la formation des membres du comité technique et des acteurs du SNIS sur les enjeux et les opportunités de son renforcement ; (iii) la prise en compte effective des données du secteur privé ; (iv) l'organisation des enquêtes périodiques régulières pour produire certains indicateurs, ceci pour compléter le système de routine ; (v) le démarrage effectif des activités des organes institutionnels du SNIS (Comité technique et Pools) ; (vi) l'élaboration des normes de référence, des cadres d'interopérabilité et de sécurité pour les systèmes d'information en santé ; (vii) la mise en place des systèmes d'information hospitaliers dans les hôpitaux, interopérables avec DHIS2.

5.5.2. Communication pour la promotion de la santé

De façon globale, dans leur majeure partie, les problèmes de santé visés par le PNDS 2023-2027 ont une importante composante sur la promotion de la santé. Il en est de même de l'utilisation des soins et services de santé disponibles. Ainsi donc, la mise en œuvre d'une stratégie de communication pour le changement de comportement s'impose. Elle vise principalement : (i) l'adoption des comportements favorables à la santé et (ii) la génération de la demande.

Pour une bonne stratégie de communication pour la promotion de la santé, les actions suivantes sont requises : (i) la réalisation des études/évaluations en connaissances, attitudes et pratiques sur les interventions de lutte contre le Paludisme, le VIH/sida et la Tuberculose, la participation aux activités sportives lors des journées nationales des sports, les interventions de lutte contre les maladies non transmissibles et la vaccination ; (ii) la formation des chefs sections des régions et districts, les responsables des formations sanitaires et les OSC en gestion des rumeurs et en communication interpersonnelle ; (iii) l'élaboration des documents normatifs sur la stratégie nationale de la promotion de la santé en impliquant les autres secteurs (la stratégie de communication pour la promotion de la santé, les normes et directives pour la promotion de la santé) ; (iv) la communication pour le changement social et comportemental sur la prévention des maladies transmissibles (le paludisme, le VIH/sida, la tuberculose), non transmissibles (HTA, diabète, asthme, cancers, drépanocytose) et leurs facteurs de risque (alcool, tabac, sel, activités physiques, alimentation...), l'éducation sexuelle en milieu scolaire et extra-scolaire, le vieillissement en bonne santé, la réduction des décès maternels et infantiles.

La stratégie de communication pour la promotion de la santé fait recours aux méthodes et techniques les plus appropriées en fonction des cibles concernées. La combinaison de différentes méthodes, techniques, outils et supports de communication est recommandée. C'est le cas des émissions radio et

télé, de la diffusion de divers supports de communication (affiches, dépliants, spots, kakémono..), l'organisation de dialogues communautaires et de causeries éducatives.

5.5.3. Communication publique et plaidoyer

La communication publique s'adressera au grand public et à l'ensemble des acteurs du secteur de la santé, tant internes qu'externes. La communication à l'attention du grand public s'attachera à l'informer sur les options, les interventions du PNDS et sur les progrès accomplis dans la réalisation de ses résultats. Au plan interne, il importe que les acteurs du secteur de la santé s'approprient le plan.

Les besoins pour une communication publique et le plaidoyer sont : (i) la sensibilisation des acteurs sur les différentes interventions du PNDS ; (ii) la production et la diffusion des notes de synthèse, d'articles pour la visibilité du ministère ; (iii) la création et la mise à jour régulière des sites web ainsi que l'ouverture et la gestion de comptes de réseaux sociaux et la publication régulière de bulletins d'information en formats électronique et papier ; (iv) la mise en place d'une équipe technique d'animateurs du site et des réseaux sociaux ; (v) le renforcement des compétences en plaidoyer. Les actions de plaidoyer vont susciter l'engagement, l'adhésion et l'acceptation des interventions sanitaires. Ces actions permettent aussi la mobilisation des ressources surtout endogènes.

Quelles que soient les cibles, la communication publique est soutenue par les supports et moyens les plus performants tels que la création et la mise à jour régulière des sites web ainsi que l'ouverture et la gestion de comptes de réseaux sociaux et la publication régulière de bulletins d'information en formats électronique et papier avec une équipe technique d'animateur.

CHAPITRE 6 : COUT ET FINANCEMENT DU PLAN

Ce chapitre présente le volume global du financement nécessaire pour la mise en œuvre du PNDS 2023-2027. Cette présentation des besoins financiers comprend : (i) l'évaluation des coûts des interventions à haut impact permettant de lever les goulots d'étranglements identifiés au cours de l'analyse de la situation du secteur, (ii) l'évaluation des capacités du pays à financer le PNDS à travers l'élaboration du Cadre de Dépenses à Moyen Terme (CDMT) sectoriel pour la période 2023-2025 et (iii) les sources potentielles de financement du plan.

6.1. Estimation des besoins financiers du PNDS 2023-2027

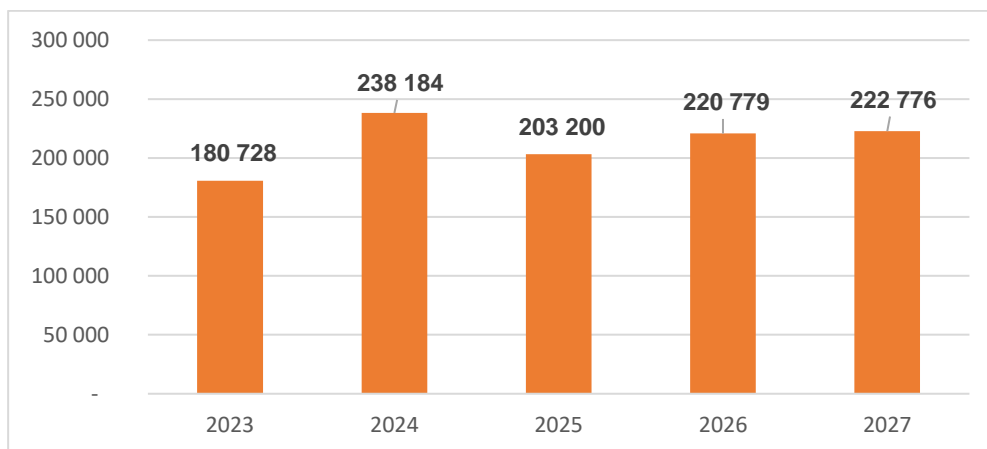
6.1.1. Coût global du plan

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

Les paramètres techniques suivants ont été déterminants pour l'estimation du coût global du plan : (i) les cibles annuelles de couvertures visées par chaque programme, service et système de santé pour la période 2023-2027 ; (ii) les coûts unitaires extraits des plans des différents programmes, ou estimés en utilisant la méthode qualitative (intuitive¹ et analogique²); (iii) les stratégies et les interventions prioritaires définies pour l'atteinte des objectifs sanitaires liés aux engagements internationaux et nationaux.

Le coût total du plan est évalué **1 065.666 milliards FCFA** soit un coût moyen annuel de **213.133 milliards FCFA**. Le coût par tête d'habitant est estimé à **22 300 FCFA** en 2023 et s'établira à **27 500 FCFA** en 2027, soit un taux d'accroissement annuel moyen de **6,7%**.

En considérant la figure 5 ci-dessous, on note une progression des besoins de financement de la santé allant de **180.728 milliards F CFA** en 2023 à **222.776 milliards F CFA** en 2027.



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

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

Figure 5 : Evolution du coût du PNDS 2023-2027 en milliards de F CFA

Source: Application OneHealth, Etude PNDS 2023-2027

6.1.2. Coût du plan par axe

La répartition du budget selon les axes du PNDS est présentée dans le tableau XXI.

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

Budget par axe du PNDS	2023	2024	2025	2026	2027	Total
AXE 1 : Système de santé et santé communautaire	77 623	138 241	97 043	100 630	106 299	519 835
AXE 2 : Services essentiels de santé y compris la nutrition pour les mères, les enfants, les jeunes et adolescents et les personnes âgées	18 785	20 568	19 194	16 739	17 998	93 284
AXE 3 : Lutte contre les maladies et maîtrise des déterminants sociaux et environnementaux	66 042	56 431	58 396	68 792	58 517	308 179
AXE 4 : Réponses aux épidémies et aux autres urgences de santé publique	1 089	3 761	6 842	9 958	8 580	30 229
AXE 5 : Protection contre le risque financier lié à l'utilisation des services de santé	17 189	19 182	21 725	24 660	31 382	114 139
Total	180 728	238 184	203 200	220 779	222 776	1 065 666

Source : Application One Health, Etude PNDS 2023-2027

L'analyse du tableau XXI montre que le financement de l'axe 1 « Système de santé et système communautaire » représente près de la moitié du budget global, soit 48,8%. Ceci est compatible avec le caractère transversal et de soutien de cet axe aux autres axes d'actions.

La figure 6 ci-dessous présente la répartition du budget par axe stratégique du PNDS

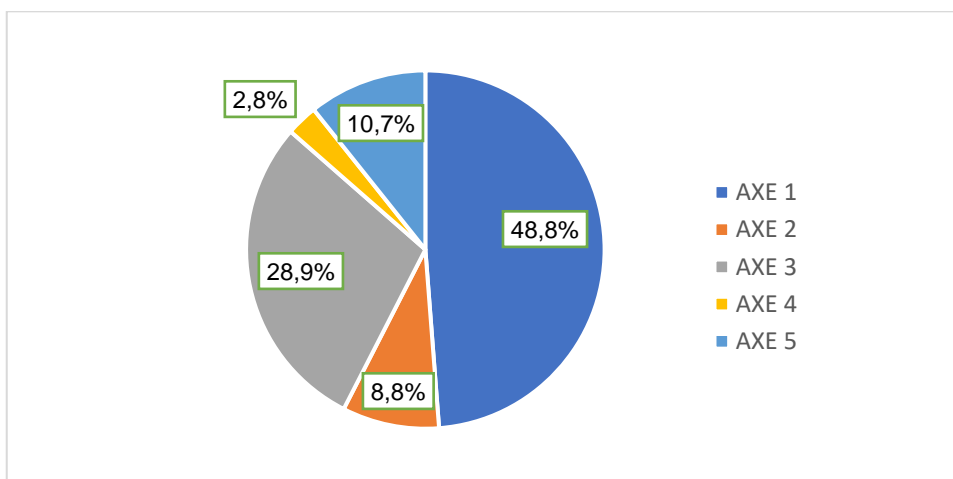


Figure 6 : Répartition du budget du PNDS par axe stratégique

Source: Application One Health, Etude PNDS 2023-2027

6.1.3. Coût du plan par mode de prestation

Le tableau XXII présente le niveau de financement nécessaire pour la mise en œuvre des interventions du PNDS selon les différents modes de prestations y compris les coûts d'administration.

L'analyse montre que les services orientés vers les populations et les services à base communautaire représentent 59,5% du financement nécessaire ; les soins cliniques individuels représentent 25,0% alors que la gestion ou l'administration du système représente 15,5%.

Tableau XXII : Coût par mode de prestations et d'administration (en millions de F CFA)

Mode de prestations et d'administration	Montant	Part
Administration (centrale, déconcentrée et décentralisée)	165 178	15,5%
Services à base communautaire	298 387	28,0%
Services orientés vers les populations	335 685	31,5%
Soins cliniques individuels	266 417	25,0%
Total	1 065 666	100,0%

Source: Application One Health, Etude PNDS 2023-2027

6.1.4. Coût du plan par catégorie de dépenses

Le tableau XXIII présente les affectations budgétaires du plan par catégorie de dépenses.

Il en ressort que 70,1% du budget est alloué au fonctionnement (32,3% aux médicaments et intrants essentiels et 25,7% aux dépenses de personnel) et 29,9% aux dépenses d'investissements.

Tableau XXIII : Répartition du budget par catégorie de dépenses (en millions de FCFA)

Budget par catégorie de dépenses	2023	2024	2025	2026	2027	Total
Investissements	46 125	65 117	64 405	69 277	73 650	318 574
Equipements et matériels	11 271	17 197	21 974	23 494	24 859	98 795
Infrastructures	31 422	42 685	37 262	40 151	42 744	194 264
Maintenance	3 432	5 236	5 168	5 631	6 047	25 514
Fonctionnement	134 603	173 067	138 796	151 502	149 127	747 094
Fonctionnement courant	28 533	30 092	32 036	36 279	38 237	165 178
Médicaments et intrants essentiels	45 650	63 143	43 762	46 972	42 126	241 652
Personnel	34 457	44 163	35 746	38 373	39 631	192 370
Renforcements des capacités	7 482	9 045	8 532	9 039	9 179	43 276
Rémunérations et autres avantages	18 480	26 624	18 720	20 840	19 955	104 618
Total	180 728	238 184	203 200	220 779	222 776	1 065 668

Source: Application One Health, Etude PNDS 2023-2027

6.1.5. Coût du plan par catégorie et par niveau du système de santé

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

Tableau XXIV : Coût par catégorie et par niveau du système de santé (en millions de F CFA)

Budget par catégorie	Niveau Central	Niveau Intermédiaire	Niveau Périphérique	Total
Investissements	95 505	65 481	157 587	318 572
Equipements et matériels	20 417	16 429	61 950	98 795
Infrastructures	68 852	42 244	83 167	194 263
Maintenance	6 235	6 808	12 470	25 514
Fonctionnement	184 765	159 375	402 954	747 094
Fonctionnement courant	41 648	33 413	90 117	165 178
Médicaments et intrants essentiels	54 929	53 458	133 265	241 652
Personnel	50 295	40 350	101 725	192 370
Renforcements des capacités	10 921	10 513	21 842	43 276
Rémunérations et autres avantages	26 974	21 640	56 004	104 618
Grand total	280 270	224 855	560 540	1 065 666

Source: Application One Health, Etude PNDS 2023-2027

6.1.6. Coût du plan par région sanitaire

Le coût du plan par région est réparti comme suit : 26,0% pour la région du Grand Lomé, 19,0% pour la région des Savanes, 16,0% pour la région des Plateaux, 14,0% pour la région Maritime, 14,0% pour la région de la Kara et 11,0% pour la région Centrale.

La part importante du budget pour Grand Lomé s'explique par son poids démographique (27% de la population totale selon les résultats du dernier recensement), suivi de la région des Savanes pour cause d'importants investissements dans le cadre du programme « Urgence Savanes ».

Tableau XXV : Coût du plan par région sanitaire (en millions de F CFA)

Régions sanitaires	2023	2024	2025	2026	2027	Total	Part
Grand Lomé	46 989	61 928	52 832	57 402	57 922	277 073	26,0%
Maritime	25 302	33 346	28 448	30 909	31 189	149 193	14,0%
Plateaux	28 917	38 109	32 512	35 325	35 644	170 507	16,0%
Centrale	19 880	26 200	22 352	24 286	24 505	117 223	11,0%
Kara	25 302	33 346	28 448	30 909	31 189	149 193	14,0%
Savanes	34 338	45 255	38 608	41 948	42 327	202 477	19,0%
Total	180 728	238 184	203 200	220 779	222 776	1 065 666	100,0%

Source: Application One Health, Etude PNDS 2023-2027

6.2. Scénarios de financement du PNDS : CDMT 2023–2025

Le financement du PNDS sera soutenu par deux (2) cadres de dépenses à moyen terme (CDMT) dont le premier de trois ans est élaboré pour couvrir la période 2023-2025. Le second couvrira la période 2026-2027. C'est ainsi que pour évaluer les capacités du pays à financer le PNDS, le CDMT sectoriel pour la période 2023-2025, présente trois scénarii de l'espace budgétaire pour la santé.

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

6.2.1. Hypothèses d'élaboration des scénarii de financement du CDMT

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

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

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

Ratio dépenses de santé	2023	2024	2025	Total
Produit Intérieur Brut (en milliards de F CFA)	4 764	4 907	5 054	9 961
Dépenses publiques générales pour la santé (en milliards de F CFA)	98,94	107,32	114,42	221,74
Dépenses publiques générales financées à échelle nationale (en milliards de F CFA)	44,45	48,22	51,41	99,63
Dépenses publiques générales financées à échelle externe (en milliards de F CFA)	54,48	59,10	63,01	122,11
Paiements directs des ménages en % de DTS (%)	55,5	51,9	48,9	

Source: Application One Health, Etude PNDS 2023-2027

Scénario moyen : Ce deuxième scénario dit scénario moyen est défini comme étant la situation pendant laquelle, la production intérieure brute est améliorée. Il correspond à une évolution relative des agrégats macroéconomiques et du budget alloué à la santé (Tableau XXVII).

Tableau XXVII : Ratio dépenses de santé (Scénario moyen)

Ratio dépenses de santé	2023	2024	2025	Total
Produit Intérieur Brut (en milliards de F CFA)	4 904	5 100	5 304	10 404
Dépenses publiques générales pour la santé (en milliards de F CFA)	106,85	115,90	123,57	239,47
Dépenses publiques générales financées à échelle nationale (en milliards de F CFA)	48,00	52,07	55,52	107,59
Dépenses publiques générales financées à échelle externe (en milliards de F CFA)	58,84	63,83	68,05	131,88
Paiements directs des ménages en % de DTS (%)	55,5	50,3	45,5	

Source: Application One Health, Etude PNDS 2023-2027

Scénario accéléré : Il constitue le scénario idéal permettant de progresser vers l'atteinte d'ici 2030 des ODD dans le secteur de la santé. Ce troisième scénario plus optimiste que les deux précédents prévoit une croissance économique plus forte, une hausse conséquente des ressources de l'Etat allouées à la santé (Tableau XXVIII).

Tableau XXVIII : Ratio dépenses de santé (Scénario accéléré)

Ratio dépenses de santé	2023	2024	2025	Total
Produit Intérieur Brut (en milliards de F CFA)	4 975	5 199	5 433	10 632
Dépenses publiques générales pour la santé (en milliards de F CFA)	107,97	118,05	127,00	245,05
Dépenses publiques générales financées à échelle nationale (en milliards de F CFA)	48,45	53,04	57,07	110,11
Dépenses publiques générales financées à échelle externe (en milliards de F CFA)	59,38	65,01	69,94	134,95
Paiements directs des ménages en % de DTS (%)	55,5	46,2	38,4	

Source: Application One Health, Etude PNDS 2023-2027

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

Le tableau XXIX présentant les estimations des résultats d'impact attendus en 2027 en lien avec les projections de financement permet une analyse comparative de ces trois scénarii sur la période couverte par le CDMT (2023-2025).

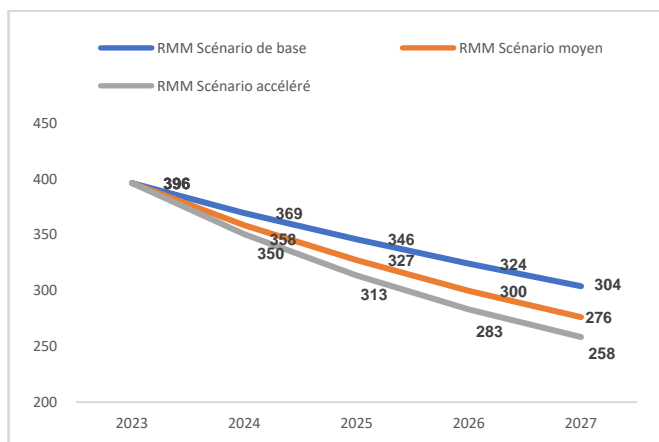
Tableau XXIX : Résultats d'impact attendus en lien avec les projections de financement

	Unité	Baseline	Scénario de base	Scénario moyen	Scénario accéléré
Projections de financement selon le scénario (CDMT 2023-2025)	Milliards FCFA		494, 887	560,750	622,112
Impacts attendus en 2027					
Ratio de mortalité maternelle	p.100.000 naissances vivantes	401,00	304	276	258
Mortalité néonatale	p.1 000 naissances vivantes	27	16	15	14
Mortalité infanto-juvénile	p.1 000 naissances vivantes	71	55	48	47
Vies de mères sauvées	Nombre		552	622	712
Vies de nouveau-né sauvées	Nombre		4809	5258	5331
Vies d'enfants sauvées	Nombre		5326	7502	7504

Source: Application One Health, Etude PNDS 2023-2027

L'analyse montre que le scénario accéléré constitue le scénario idéal permettant de progresser d'ici à 2030 vers les ODD dans le secteur de la santé. En d'autres termes, le choix du scénario accéléré pour le financement du PNDS permettra de sauver 712 vies de mères, 5331 vies de nouveau-né et 7504 vies d'enfants supplémentaires, soit au total 13 547 vies sauvées à travers la mise en œuvre du plan.

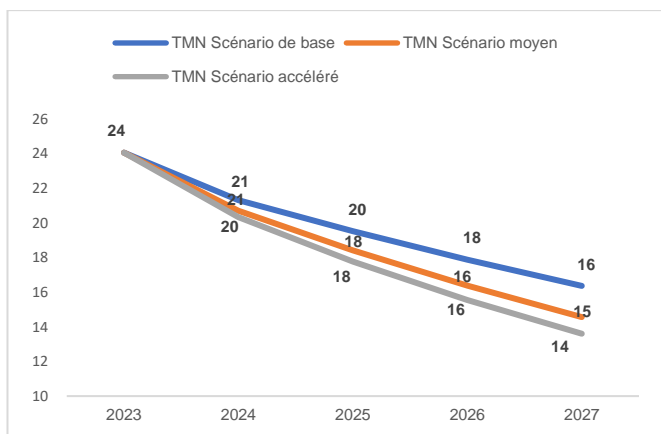
Le graphique 7 montre l'évolution des taux de mortalité maternelle (TMM), néonatale (TMN) et infanto-juvénile (TMIJ) selon les trois scénarii.



A financement constant (scénario de base), le ratio de mortalité maternelle (RMM) évoluerait de 396 pour 100.000 naissances vivantes en 2023 à 304 en 2027, soit une réduction de 92 points.

Selon le scénario moyen, le RMM évoluerait de 396 pour 100.000 naissances vivantes en 2023 à 276 en 2027, soit une réduction de 120 points.

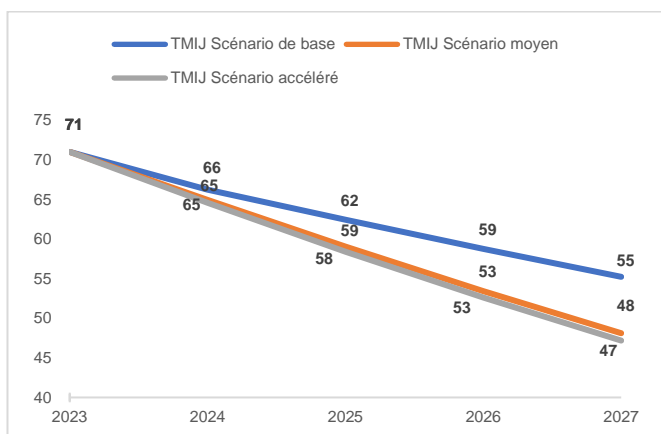
A financement accéléré, le RMM passerait de 396 pour 100.000 naissances vivantes en 2023 à 258 en 2027, soit une réduction de 138 points.



A financement constant (scénario de base), le taux de mortalité néonatale (TMN) évoluerait de 24 pour 1.000 naissances vivantes en 2023 à 16 en 2027, soit une réduction de 8 points.

Selon le scénario moyen, le TMN évoluerait de 24 pour 1.000 naissances vivantes en 2023 à 15 en 2027, soit une réduction de 9 points.

A financement accéléré, le RMM passerait de 24 pour 1.000 naissances vivantes en 2023 à 14 en 2027, soit une réduction de 10 points.



A financement constant (scénario de base), le taux de mortalité infanto-juvénile (TMIJ) évoluerait de 71 pour 1.000 naissances vivantes en 2023 à 55 en 2027, soit une réduction de 16 points.

Selon le scénario moyen, le TMIJ évoluerait de 71 pour 1.000 naissances vivantes en 2023 à 48 en 2027, soit une réduction de 23 points.

A financement accéléré, le TMIJ passerait de 71 pour 1.000 naissances vivantes en 2023 à 47 en 2027, soit une réduction de 24 points.

Figure 7 : Evolution des taux de mortalité maternelle (TMM), néonatale (TMN) et infanto-juvénile (TMIJ) selon les trois scénarii

Source: Application One Health, Etude PNDS 2023-2027

La comparaison du coût total du plan et des ressources mobilisables par scénario (figure 7) indique qu'avec le scénario de base et le scénario moyen, il sera difficile de financer la mise en œuvre du PNDS. Pour y parvenir le Gouvernement et ses partenaires devront s'engager à la réalisation des conditions du scénario accéléré. Cela exige les engagements suivants :

- une augmentation sensible des dépenses publiques générales pour la santé pour atteindre 11% en 2027, ce qui correspond à 6,4% en 2023 ; 7,5% en 2024 ; 8,7% en 2025 ; 9,8% en 2026 et 11,0% en 2027 ;
- une diminution progressive de la dépendance extérieure du financement de la santé ;
- une amélioration de la gestion des recettes des formations sanitaires ;
- une réduction de 52,4% des dépenses directes de santé des ménages (de 55,5% en 2023 à 26,4% en 2027) grâce à l'opérationnalisation du système de couverture du risque financier lié à l'utilisation des services de santé (assurance maladie universelle – AMU).

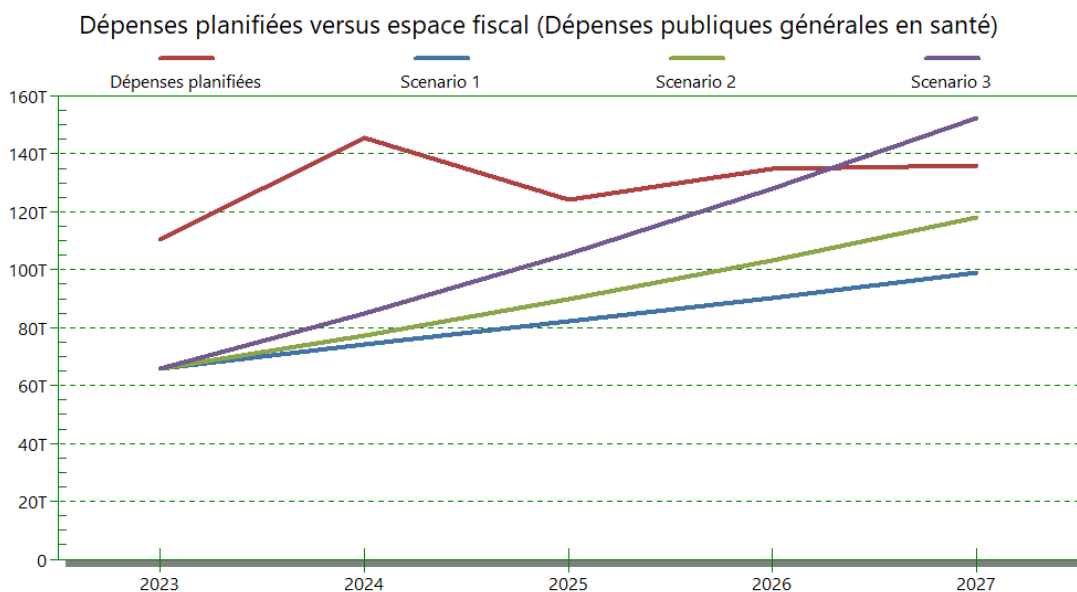


Figure 8 : Dépenses planifiées versus espace fiscal (Dépenses publique générales en santé)
Source: Application One Health, Etude PNDS 2023-2027

6.3. Sources potentielles de financement du plan

Le financement du plan sera essentiellement assuré par l'Etat, les partenaires au développement, les populations (recouvrement des coûts) et les collectivités locales. Les ressources nécessaires à l'atteinte des objectifs fixés dans le PNDS se présentent par source de financement comme suit :

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

Sources/Année	2023	2024	2025	2026	2027	Total
Etat	73 593	102 419	91 440	99 350	114 284	481 086
Partenaires	54 218	69 073	54 864	59 610	51 238	289 004
Recouvrement de coût	46 284	57 164	46 736	50 779	44 555	245 519
Collectivités locales	6 633	9 527	10 160	11 039	12 698	50 057
Total	180 728	238 184	203 200	220 779	222 776	1 065 666

Source: Application One Health, Etude PNDS 2023-2027

La contribution nominale de chaque source de financement augmente d'un scénario à un autre. Cependant en termes de proportion, on s'attend à une augmentation annuelle de la part de l'Etat, une réduction de la part des recettes des formations sanitaires et à une diminution en proportion de la contribution des partenaires. Sur cette base, la contribution de l'Etat est estimée à 45,1% du financement global évoluant de 40,7% en 2023 à 51% en 2027, le soutien des partenaires techniques et financiers est estimé à 27,1% (de 30,0% en 2023 à 27,1% en 2027), les recettes issues des formations sanitaires à 23,0% (de 25,6% en 2023 à 23,0% en 2027) et l'apport des collectivités locales à 4,7% (évoluant de 3,7% en 2023 à 5,7% en 2027).

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

Tableau XXXI : Contribution en valeur et en pourcentage par source de financement

Sources/Année	2023		2024		2025		2026		2027		Total	
	Valeur	%	Valeur	%	Valeur	%	Valeur	%	Valeur	%	Valeur	%
Etat	73 593	40,7%	102 419	43,0%	91 440	45,0%	99 350	45,0%	114 284	51,3%	481 086	45,1%
Partenaires	54 218	30,0%	69 073	29,0%	54 864	27,0%	59 610	27,0%	51 238	23,0%	289 004	27,1%
Recouvrement de coût	46 284	25,6%	57 164	24,0%	46 736	23,0%	50 779	23,0%	44 555	20,0%	245 519	23,0%
Collectivités locales	6 633	3,7%	9 527	4,0%	10 160	5,0%	11 039	5,0%	12 698	5,7%	50 057	4,7%
Total	180 728	100,0%	238 184	100,0%	203 200	100,0%	220 779	100,0%	222 776	100,0%	1 065 666	100,0%

Source: Application One Health, Etude PNDS 2023-2027

CHAPITRE 7 : CADRE DE MISE EN ŒUVRE DU PLAN

S'appuyant sur les leçons apprises de l'évaluation de la PNS horizon 2022 et des PNDS 2012-2015 et 2017-2022, le dispositif institutionnel envisagé vise une construction progressive mais efficace de l'approche sectorielle qui permet à terme de réaliser : (i) le financement de la santé et la réduction des charges supportées par les ménages ; (ii) la décentralisation du système de santé, (iii) la réforme hospitalière, (iv) le système de transfusion sanguine, (v) la réforme du secteur pharmaceutique, (vi) la révision du cadre statutaire du personnel de la santé, (vii) la réglementation du secteur privé de soins et (viii) la digitalisation des services de santé y compris au niveau communautaire.

7.1. Cadre institutionnel de mise en œuvre

La mise en œuvre du PNDS 2023-2027 et la coordination de ses interventions relèvent des organes des administrations nationales, régionales et locales appuyées par les dispositifs institutionnels de pilotage et de coordination du secteur de la santé. Ces organes de coordination veilleront à ce que les Organisations de la société civile, les acteurs du secteur privé de la santé et les PTF soient impliqués à tous les niveaux en vue d'une prise de décision concertée sur l'ensemble des questions de santé.

Au niveau central, le Comité national de coordination du secteur de la santé (CNC-SS) sera élargi aux autres sous-comités multisectoriels existants dans le secteur. Il sera appuyé par les comités spécifiques (CCM, CCIA, ...), le Conseil d'administration des CHU, des spécificités nationales et autres institutions nationales de santé publique et par des commissions thématiques pour plus d'efficacité et de cohérence. En dehors de l'organe central de coordination du secteur de la santé, l'administration et la coordination opérationnelle de la mise en œuvre du PNDS seront assurées par le Secrétariat permanent du PNDS (SP/PNDS).

Au niveau intermédiaire et opérationnel, il sera mis en place les Comités régionaux et préfectoraux de coordination du secteur de la santé (CRC-SS, CDC-SS) en vue de garantir l'effectivité de l'approche sectorielle, la transparence et la participation de tous les acteurs de mise en œuvre du PNDS.

Le secrétariat technique des comités régionaux et préfectoraux sera assuré par les Equipes cadres des directions régionales, préfectorales de la santé, les Conseils d'administration des hôpitaux autonomes de district, les COGES des hôpitaux de district non autonomes et des unités de soins périphériques. Les réunions multisectorielles de validation des PAO et de suivi évaluation des performances de sa mise en œuvre au niveau local seront présidées par le préfet.

7.2. Responsabilités des parties dans la mise en œuvre

7.2.1. Rôle du Gouvernement

Le Gouvernement est responsable de la réalisation des objectifs du présent PNDS. Le PNDS sera adopté en Conseil des Ministres et sa mise en œuvre assurée par le ministère chargé de la santé. Le Gouvernement mobilisera les ressources internes et externes nécessaires à la mise en œuvre du PNDS, à travers les engagements pris par l'Etat avec ses partenaires.

Le ministère chargé de la santé assurera la gestion des ressources mises à sa disposition pour la réalisation des objectifs du plan en liaison avec le ministère chargé de l'économie et des finances, le ministère chargé de la planification du développement et les ministères connexes, les partenaires techniques et financiers, la société civile et le secteur privé.

Le ministre chargé de la santé présentera annuellement au Gouvernement l'évolution de la mise en œuvre du PNDS sur la base du rapport annuel de performance du secteur.

7.2.2. Rôle des différents niveaux de la pyramide sanitaire

Le plan sera mis en œuvre aux trois niveaux du système national de santé conformément aux attributions de chacun d'eux. Il s'agit du niveau central, du niveau régional et du niveau district.

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

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

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

7.2.3. Rôle des autres parties prenantes

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

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

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

7.3. Modalités de mise en œuvre du PNDS

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

La préparation de la mise en œuvre du PNDS nécessitera sa diffusion et sa vulgarisation auprès des acteurs des niveaux central et décentralisé et auprès des élus nationaux. La mise en œuvre du PNDS se fera à travers un système de planification annuelle ascendante, évoluant du niveau district vers le niveau central. Cette planification ascendante permettra de disposer de plans opérationnels annuels conformes aux réalités de chaque niveau en lien avec les orientations nationales et le cadrage financier. Elle mobilisera tous les échelons de la pyramide sanitaire.

Le niveau central se chargera de : (i) l'élaboration du budget programme sectoriel et du document de planification pluriannuel des dépenses (DPPD) glissants qui serviront d'outils de dialogue et de négociation pour la mobilisation des ressources suffisantes à la mise en œuvre des plans opérationnels ; (ii) l'accompagnement des régions dans l'élaboration des matrices de cadrage annuel définissant les objectifs de couverture et d'effets ou résultats attendus, les cibles, les principales stratégies et actions ainsi que les cadrages financiers ; (iii) l'appui technique aux hôpitaux (CHU et CHR) et spécificités dans l'élaboration de leurs plans annuels.

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

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

7.4. Contrôle de gestion et inspection des services de santé

Dans un souci d'efficacité et de transparence de gestion, le ministère chargé de la santé procédera à des contrôles et des inspections à tous les échelons de la pyramide sanitaire.

7.4.1. Procédures administratives, financières et comptables

Les procédures de gestion administrative, financière et comptable seront améliorées, et appliquées à tous les niveaux du système de santé. A cet effet, le manuel intégré de procédures administratives, budgétaires, financières et comptables du ministère élaboré en 2020 et approuvé par arrêté interministériel n°102/2021/MShPAUS/MEF du 02 avril 2021, sera révisé.

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

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

7.4.2. Mécanismes de contrôle

Les actions de l'Inspection générale des services de santé (IGSS) seront renforcées suivant les exigences de l'Inspection générale des finances (IGF) et l'Inspection d'Etat (IE). L'Inspection générale des services de santé procédera principalement au contrôle administratif, financier et sanitaire des établissements et services relevant du ministère chargé de la santé et veillera à la diffusion ainsi qu'à l'application de la législation, de la réglementation et des normes en vigueur.

Il s'agira également d'une part, de mesurer et d'expliquer les écarts entre les réalisations et les objectifs et moyens assignés et d'autre part, de conduire des enquêtes de suivi des dépenses jusqu'à destination. En outre, la Direction des affaires financières (DAF) du ministère chargé de la santé veillera en liaison avec l'Inspection générale des finances, au suivi de la régularité des opérations comptables et financières des établissements et services. La DAF en collaboration avec les autres directions impliquées, va assurer l'inventaire régulier du patrimoine du ministère et le contrôle annuel des effectifs sera assuré par la DRH. Les directions régionales de la santé seront chargées en rapport avec la DAF d'assurer le contrôle des opérations comptables et financières des établissements de leur région. La Division de contrôle de gestion et audit interne (DCGAI) s'assurera de la qualité du contrôle interne des opérations et rendra compte à l'autorité de tutelle.

7.4.3. Inspection des services de santé

La prise du texte portant création, attributions, fonctionnement et organisation de l'IGSS viendra renforcer son existence et ses actions en rapport avec l'IGF et l'IE.

L'Inspection générale des services de santé procédera : (i) à la vérification de l'efficacité de la gestion des activités de l'ensemble des services et établissements de santé et leur conformité avec les lois et règlements en vigueur ; (ii) à la constatation des éventuelles irrégularités commises en matière de gestion administrative, financière et technique et les portera à l'attention du ministre comme requis par la réglementation en vigueur ; (iii) à l'évaluation des résultats effectivement acquis et à l'analyse des écarts par rapport aux prévisions et suggérera des mesures de redressement nécessaires; (iv) à la proposition de mesures correctives et, éventuellement, des sanctions.

Pour mener à bien leurs missions et au regard de leurs insuffisances actuelles, l'IGSS et les cellules d'inspection de la pharmacie, d'hygiène et assainissement, et des établissements de soins et de réadaptation, de même que la division contrôle et audit devront être renforcées en différentes ressources pour optimiser les résultats attendus.

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

7.5.1. Conditions de succès

L'efficacité de la mise en œuvre du PNDS repose sur les principales conditions suivantes :

- le respect de l'engagement politique pris au plus haut niveau en faveur d'une forte implication du budget dans le social, la santé en particulier et pour la réalisation des ODD. Cela devra se traduire en termes de (i) renforcement du leadership national ; (ii) mobilisation suffisante des ressources nécessaires ; (iii) régulation et contrôle efficace à tous les niveaux ;
- l'alignement des PTF sur le PNDS et leur engagement pour un réel accompagnement de cette stratégie, la redéfinition du niveau de négociation des financements avec les partenaires doit

être officialisée par un « Engagement » pour une meilleure prévisibilité des ressources externes ;

- le renforcement de la participation communautaire, le partenariat communautaire dans le système de santé étant un élément clef permettant de réduire les disparités dans l'accès aux soins de santé de base et garantissant un certain « contrôle citoyen » sur la mise en œuvre de cette stratégie sectorielle. A cela, il faudra associer des initiatives de renforcement des capacités des familles à être elles-mêmes les moteurs du changement des comportements nécessaires à l'amélioration de leur état de santé ;
- et le respect et l'application par toutes les parties prenantes du manuel intégré de procédures administratives, budgétaires, financières et comptables du ministère chargé de la santé.

7.5.3. Analyse des risques et mesures de gestion

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

Tableau XXXII : Analyse des risques et mesures de gestion en fonction des déterminants

Déterminants	Risques potentiels	Mesures de prévention et/ou d'atténuation
Menaces sécuritaires	- Insécurité dans la partie septentrionale du pays	- Accélérer la mise en œuvre du plan d'urgence dans les savanes
Disponibilité des intrants essentiels	- Non achèvement de la restructuration de la CAMEG lui permettant de disposer des capacités requises pour assurer pleinement sa mission - Rupture fréquente des intrants à la CAMEG - Prolifération des médicaments de qualité inférieure et falsifiés	- Accélérer la mise en œuvre des réformes engagées à ce niveau - Fournir un appui pour l'élaboration et la mise en œuvre du nouveau plan stratégique de la CAMEG
	- Résistance des agents de santé à appliquer les dispositions du SNAP (persistance des circuits parallèles d'acquisition et de vente des médicaments et consommables médicaux au niveau des formations sanitaires, faible utilisation des génériques)	- Organiser des missions conjointes (DPML-CAMEG-DRS) régulières d'inspection pharmaceutique et mettre en œuvre les décisions - Renforcer l'information des prestataires à tous les niveaux tout en régulant la pratique des délégués médicaux
	- Non disponibilité des intrants essentiels aux ASC et relais communautaires	- Intégrer les besoins du niveau communautaire dans la gestion de la logistique, des médicaments, des réactifs et autres consommables des structures périphériques
Disponibilité des RH	- Difficultés à assurer une disponibilité à minima des personnels de soins qualifiés dans les structures périphériques accentuant ainsi le problème de disponibilité de l'offre de service.	- Renforcer le dialogue auprès du ministère chargé de l'économie et des finances, celui de la fonction publique et des autres départements concernés pour le recrutement des personnels médicaux et paramédicaux selon les besoins à minima ; - Accélérer la mise en œuvre des initiatives de fidélisation du personnel exerçant dans les zones rurales éloignées ou difficiles d'accès

Déterminants	Risques potentiels	Mesures de prévention et/ou d'atténuation
Financement de la santé	- Conjonctures économiques nationales et/ou mondiales peu favorables pour une mobilisation suffisante des ressources en faveur du PNDS ;	- Elaborer et mettre en œuvre une stratégie de financement de la santé sur la base des financements innovants ;
	- Absence d'une couverture maladie pour la majorité de la population en particulier les couches les plus vulnérables malgré les mesures de subventions et de gratuité ;	- Accélérer la mise en place des mécanismes de couvertures sanitaires prévus dans le PNDS ; - Renforcer le plaidoyer pour le financement de la santé et le partage du risque maladie ;
	- Accès limité des populations aux paquets d'offre de soins et services de santé de qualité (problème de disponibilité dans les structures publiques par exemple, de spécialistes, des examens complémentaires et des médicaments) ;	- Accélérer la mise en œuvre des stratégies visant à rapprocher les soins des communautés ; - Assurer l'organisation et l'application des normes d'assurance qualité des soins et services de santé ;
	- Déséquilibre de financement au détriment des niveaux opérationnels en particulier des USP et le niveau communautaire ;	- Mettre en place des mécanismes d'allocation et de suivi de l'efficacité des dépenses publiques de santé ;
Gouvernance	- Lenteur dans l'adoption des réformes nécessaires pour la mise en œuvre efficace de la stratégie ;	- Développer des mécanismes de gestion du changement ;
	- Le niveau central reste impliqué dans les activités opérationnelles au détriment de ses missions stratégiques ;	- Revisiter la définition des missions assignées aux différents niveaux du système de santé ainsi que les conditions de leur mise en œuvre ; - Développer des mécanismes de gestion axée sur les performances à tous les niveaux ;
	- Difficulté des partenaires à s'intégrer dans une approche sectorielle ;	- Renforcer le dialogue et les outils de gestion stratégique du secteur y compris l'engagement de l'Etat et des partenaires ;
Participation du niveau communautaire	- Risque de démotivation des agents de santé communautaire (ASC/RC) ; - Risque de refus des interventions de santé par la communauté ;	- Optimiser les pratiques des ASC/RC (harmoniser les pratiques de motivation des ASC/RC) ; - Développer le volet « financement basé sur la performance communautaire » en associant l'Etat, les collectivités locales, les partenaires dans son financement et sa mise en œuvre ; - Impliquer les collectivités locales dans la gestion de la santé de leur communauté ; - Renforcer le contact permanent entre le système de santé et la communauté ; - Renforcer le mécanisme de gestion des plaintes et des rumeurs ;
Suivi évaluation	- Insuffisance de données factuelles en raison de la faible réalisation des études et enquêtes/recherches ;	- Faire le plaidoyer pour une mobilisation des ressources en faveur de la recherche/enquête en santé ; - Mettre en place un cadre permanent de concertation regroupant les différents acteurs (DGEPI, INSEED, secteur

Déterminants	Risques potentiels	Mesures de prévention et/ou d'atténuation
		académique et autres institutions de recherche ...);
	<ul style="list-style-type: none"> - L'existence des outils parallèles au DHIS2 ; - L'hébergement des données à l'extérieur du Togo ; 	<ul style="list-style-type: none"> - Prendre en compte tous les indicateurs dans le DHIS2 ; - Etudier les opportunités d'hébergement des données par une structure nationale (économie numérique,) ; - Renforcer l'information des responsables de Programmes sur la base d'un référentiel à élaborer pour guider le dialogue ;
Urgences sanitaires	<ul style="list-style-type: none"> - Survenue d'épidémie et autres urgences de santé publique. 	<ul style="list-style-type: none"> - Maintenir les activités de sensibilisation ; - Renforcer les contrôles sanitaires à différents niveaux ; - Renforcer la préparation aux ripostes contre les épidémies et urgences sanitaires.

7.6. Réformes et mesures d'accompagnement nécessaires

L'efficacité du PNDS nécessitera la mise en place de réformes et mesures d'accompagnement dans les domaines suivants : (i) gouvernance et pilotage du secteur de la santé ; (ii) financement de la santé ; (iii) gestion des ressources humaines ; (iv) approvisionnement et gestion des médicaments et autres produits de santé, acquisition et gestion des équipements biomédicaux et (v) prestations des soins et services.

7.6.1. Réformes nécessaires

Les principales réformes prévues au sein du secteur sur la période 2023-2027 sont récapitulées dans le tableau XXXIII.

Tableau XXXIII : Principales réformes prévues au sein du secteur sur la période 2023-2027

N°	Type de réformes	Contenu de la réforme
1	Réforme du cadre organique du département	<ul style="list-style-type: none"> - Restructuration du cadre organique du département (révision de l'organigramme) ; - Réorganisation administrative des régions et districts sanitaires ; - Révision de la mission des équipes cadres de région et de district ; - Révision de la loi n°2009-007 du 15 mai 2009 portant Code de la santé publique de la République togolaise.
2	Réforme de la gestion des formations sanitaires publiques	<ul style="list-style-type: none"> - Révision des textes des organes de gestion des formations sanitaires publiques des différents niveaux.
3	Réforme hospitalière y compris l'approche contractuelle	<ul style="list-style-type: none"> - Révision des missions des hôpitaux publics ; - Classification des structures hospitalières ; - Normes d'organisation, de fonctionnement et d'informatisation ; - Conventonnement des hôpitaux avec les universités ; - Elaboration des documents et textes encadrant l'approche contractuelle de gestion des structures sanitaires publiques.
4	Réforme du secteur pharmaceutique	<ul style="list-style-type: none"> - Création et opérationnalisation d'une agence nationale de réglementation pharmaceutique ; - Redéfinition des missions de la direction des pharmacies ; - Restructuration de la CAMEG ;

N°	Type de réformes	Contenu de la réforme
		<ul style="list-style-type: none"> - Révision du système national d'approvisionnement des produits de santé ; - Organisation et développement de la médecine traditionnelle.
5	Réforme du système de transfusion sanguine	<ul style="list-style-type: none"> - Mise en place d'un programme national ou d'un système national de transfusion sanguine ; - Création et fonctionnement d'un centre de transfusion sanguine dans chaque région sanitaire ; - Restructuration du système de distribution des produits sanguins labiles.
6	Réforme du financement de la santé	<ul style="list-style-type: none"> - Mise en place d'un fonds d'appui au développement sanitaire (FADS) dans la perspective d'un panier commun pour le financement du PNDS formalisé par la signature d'un engagement entre le Gouvernement et les partenaires ; - Identification et mobilisation des financements innovants en faveur de la santé ; - Mise en place d'un cadre de priorisation et d'allocation des ressources au secteur de la santé ; - Développement de l'assurance maladie ; - Développement des mécanismes d'achat stratégique.
7	Gestion des ressources humaines en santé	<ul style="list-style-type: none"> - Décentralisation/déconcentration de la formation et la gestion des ressources humaines ; - Mise en œuvre des mesures de fidélisation du personnel qualifié en zone rurale ; - Adoption de la gestion prévisionnelle des emplois et des compétences ; - Mise en œuvre du plan de formation initiale et continue ; - Développement d'une politique d'absorption des personnels formés et de gestion du personnel de santé à tous les niveaux ; - Révision du cadre juridique qui régit le personnel de santé ; - Régulation des pratiques professionnelles dans le secteur public de soins (mise en place d'un comité d'éthique professionnelle).
8	Régulation du secteur privé de soins	<ul style="list-style-type: none"> - Elaboration des normes des structures privées de soins y compris les laboratoires ; - Révision des conditions d'installation et d'exploitation des structures privées de soins y compris les laboratoires ; - Définition du rôle et responsabilité des ordres professionnels dans la régulation des pratiques professionnelles du secteur privé).
9	Santé communautaire	<ul style="list-style-type: none"> - Optimisation de la pratique des agents de santé communautaire et des relais communautaires ; - Définition du cadre d'engagement communautaire.
10	Digitalisation des services de santé	<ul style="list-style-type: none"> - Mise en place d'un programme e-santé ; - Introduction du dossier patient (dossier numérique) ; - Protection des données sanitaires à caractère personnel.
11	Décentralisation du secteur de la santé	<ul style="list-style-type: none"> - Opérationnalisation progressive des communes sanitaires hors région Grand Lomé ; - Transfert progressif des compétences en santé aux collectivités territoriales.

7.6.2. Mesures d'accompagnement.

De manière globale, la mise en œuvre des interventions du PNDS, notamment des réformes, devra être accompagnée par un ensemble de mesures sans lesquelles les chances de succès seraient amoindries.

Elles comprennent :

- le fonctionnement des commissions thématiques du CNC-SS ;
- le fonctionnement des démembrements du CNC-SS (régions et districts) ;
- la mise en place des groupes de travail inter sectoriels ;
- la mise en place des mécanismes de l'inspection et de contrôle sanitaires ;
- la régulation des pratiques professionnelles (mise en place d'un comité d'éthique professionnelle, implication des ordres professionnels dans la régulation des pratiques professionnelles des secteurs public et privé, renforcement institutionnel);
- la participation communautaire ;
- la décentralisation/déconcentration et la gestion des ressources humaines ;
- l'institutionnalisation des comptes de la santé (CS) et des revues des dépenses publiques de santé ;
- la création et le fonctionnement régulier d'un groupe thématique dédié au financement de la santé incluant les administrations publiques concernées, les collectivités locales, le secteur privé, les OSC et les partenaires au développement ;
- la formation des prestataires sur l'amélioration de la qualité des soins et services de santé et
- l'opérationnalisation de la loi sur l'AMU.

7.7. Suivi et évaluation du plan

Le suivi et l'évaluation de la mise en œuvre du PNDS 2023-2027 s'appuiera sur les indicateurs et cibles définis au niveau des différents axes. Un plan de suivi et évaluation (PSE) du PNDS fera l'objet d'un document séparé. Ce plan sera assorti d'un cadre des résultats (ou de mesure des performances) élaboré sur la base d'un nombre restreint d'indicateurs traceurs parmi ceux choisis pour apprécier les résultats escomptés de la mise en œuvre des axes stratégiques du PNDS.

Le PSE déterminera la manière dont les données seront collectées, analysées et diffusées à tous les niveaux de la pyramide sanitaire. Il précisera les acteurs impliqués, leurs rôles et responsabilités, le mécanisme de suivi évaluation et les indicateurs traceurs de mesure de performance et leurs cibles annuelles. Les outils du suivi et d'évaluation existants seront révisés, complétés et utilisés aux différents niveaux de la pyramide sanitaire.

7.7.1. Mécanismes de suivi et évaluation

Le mécanisme de suivi et évaluation du plan s'inscrit dans les dispositifs institutionnels national et sectoriel de suivi et de l'évaluation des politiques de développement.

7.7.1.1. Supervision

La supervision sera renforcée à tous les niveaux de la pyramide sanitaire. Chaque niveau de la pyramide sanitaire élaborera un plan de suivi et de supervision des activités sanitaires. La supervision s'effectuera en cascades comme suit : le niveau central supervisera les ECR, qui à leur tour feront le suivi rapproché des ECD. Celles-ci assureront des supervisions intégrées des agents de santé des formations sanitaires du district selon la périodicité définie.

Enfin, des mesures seront prises pour une présence plus fréquente et plus effective du personnel de santé au sein des communautés pour la supervision des ASC et des relais communautaires dans la

mise en œuvre de leurs activités. Des missions conjointes de supervision seront organisées avec les partenaires au développement afin de s'assurer de la bonne exécution des activités programmées sur le terrain. Elles se dérouleront tous les six mois. Le rapport de supervision sera assorti de recommandations et de suivi pour leur mise en œuvre effective.

7.7.1.2. Monitoring

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

7.7.1.3. Revues sectorielles

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

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

7.7.1.4. Evaluations

Une évaluation à mi-parcours du PNDS interviendra à la fin de l'année 2025 pour renforcer ou réorienter au besoin les stratégies. Elle portera à la fois sur les processus et les progrès réalisés (en termes d'amélioration des couvertures) vers les résultats d'impact attendus. L'évaluation à mi-parcours visera aussi bien l'appréciation du niveau d'atteinte des objectifs intermédiaires du PNDS que des aspects administratifs, financiers et techniques de mise en œuvre des PAO.

Il est prévu également une évaluation finale de la mise en œuvre du PNDS en 2027 selon l'esprit de l'évaluation conjointe IHP+. Elle utilisera les données des enquêtes nationales telles que MICS, EDST, STEPS, QUIBB, SARA/HHFA, RGPH-5 pour apprécier les résultats d'impact. Elle portera aussi sur les financements mobilisés annuellement et globalement par rapport aux montants prévus en utilisant les résultats de revue des dépenses publiques de santé : enquête budget et consommation des ménages, comptes de la santé, comptes nationaux etc. Cette évaluation finale dont les objectifs seront définis en concertation avec les différents acteurs, contribuera à l'élaboration du prochain plan stratégique.

Conclusion

Les défis majeurs et émergents enregistrés en matière de santé au Togo nécessitent une approche dynamique et innovante afin de les prendre en charge efficacement dans le développement du secteur de la santé.

La pauvreté et les inégalités spécifiques surtout en milieu rural et péri-urbain des grandes villes qui influent sur la charge de la maladie d'une part et le niveau encore très élevé des dépenses de santé des ménages d'autre part nécessitent de prendre des mesures énergiques pour y remédier.

Le présent PNDS 2023-2027, élaboré conformément à l'approche de gestion axée sur les résultats et aux réformes du secteur qui y sont préconisées, constitue un cadre stratégique cohérent pour l'action visant à réduire les inégalités d'accès aux soins et services de santé de qualité afin de combler le retard que connaît le pays dans la réalisation des objectifs sanitaires et l'amélioration de la santé des populations. En effet, les objectifs cibles du PNDS 2023-2027 sont cohérents avec les Objectifs de Développement Durable et ceux de la couverture sanitaire universelle. Le plan vise à mettre en place un système de santé robuste et plus résilient, sensible au genre, susceptible de promouvoir le bien être, de prévenir la maladie et de la prendre en charge, d'assurer la sécurité sanitaire et de faire face aux effets des crises/chocs notamment les changements climatiques.

Les objectifs cibles du PNDS 2023-2027 sont en cohérence avec les objectifs de la PNS 2030, de la Feuille de route gouvernementale 2025, de l'Agenda 2063 pour l'Afrique et de l'Agenda 2030 des Nations Unies. Les orientations stratégiques et les lignes d'actions retenues ont été de façon consensuelle validées à travers une approche participative durant toute la phase d'élaboration. L'un des facteurs clé de succès de la mise en œuvre de ce plan sera l'engagement actif de toutes les parties prenantes et son suivi-évaluation avec un système approprié de reddition de compte.

ANNEXES

Annexe 1 : Liste des idées de projets prioritaires (par axe)

Idées de projets Axe n°1 : Renforcement du système de santé et système communautaire

1. Projet Construction de 302 unités de soins périphériques de type 1 (USP 1)
2. Projet Réhabilitation de 496 USP (366 USP I et 130 USP II)
3. Projet Réhabilitation de 30 hôpitaux de districts (20 types 1 et 10 types 2)
4. Projet Construction d'un hôpital national de référence
5. Projet Construction de deux hôpitaux spécialisés (spécialités à définir)
6. Projet Construction de six (06) hôpitaux mère-enfant (type I & II)
7. Projet Réhabilitation de six (06) centres hospitaliers régionaux (CHR)
8. Projet Réhabilitation de trois (03) centres hospitaliers universitaires (CHU)
9. Projet Réhabilitation d'un hôpital spécialisé (HPZ Aného)
10. Projet Construction de quinze (15) directions préfectorales de la santé
11. Projet Construction de deux (02) et réhabilitation de deux (02) de directions régionales de la santé
12. Projet Construction de six (06) centres régionaux de maintenance
13. Projet Construction de la direction de l'hygiène et assainissement de base
14. Projet Renforcement de la chaîne d'approvisionnement des produits de santé
15. Projet Optimisation et harmonisation des pratiques des ASC/RC
16. Projet Construction du siège de l'autorité de réglementation pharmaceutique
17. Projet Construction et équipement du laboratoire national de contrôle qualité des médicaments
18. Projet Informatisation de la gestion hospitalière
19. Projet Amélioration de la qualité des soins et services de santé
20. Projet Amélioration de la disponibilité et de la qualité des produits sanguins labiles
21. Projet Renforcement de la formation continue du personnel de santé
22. Projet Multimodale des bonnes pratiques dans les formations sanitaires
23. Projet Amélioration de l'élimination des déchets médicaux

Idées de projets Axe n°2 : Utilisation des services essentiels de santé y compris la nutrition pour les mères, les enfants, les jeunes et adolescents et les personnes âgées

24. Projet Développement des services de santé des adolescents et des jeunes
25. Projet Développement des services de santé scolaire
26. Projet Développement des services de santé des personnes âgées
27. Projet Renforcement des SONU
28. Projet Mise en œuvre de l'initiative Togo sans DAL
29. Projet Renforcement du système de Référence et contre référence

Idées de projet Axe n°3 : Lutte contre les maladies et maîtrise des déterminants sociaux et environnementaux

30. Projet Renforcement de la prise en charge intégrée des MNT dans les districts sanitaires
31. Projet Renforcement de la prévention et du contrôle des infections dans les établissements de soins
32. Projet Institutionnalisation de la mise en œuvre des TDM en milieu scolaire
33. Projet Décentralisation de la prise en charge de la Tuberculose multi résistante
34. Projet Pulvérisation intra domiciliaire
35. Projet Lutte anti larvaire
36. Projet Sécurité et santé au travail
37. Projet Promotion et amélioration de la couverture des services de prise en charge (y compris communautaire) de la santé mentale
38. Projet Mise en place d'un centre de radiothérapie et de médecine nucléaire
39. Projet Construction de deux (02) centres de référence de recherche et de prise en charge des maladies tropicales négligées

40. Projet Construction d'un centre de référence de médecine physique et de réadaptation
41. Projet Appui au renforcement de la sécurité sanitaire de l'eau et des aliments
42. Projet Surveillance de la qualité de l'air au Togo
43. Projet Mise en œuvre des articles de la Convention de Minamata sur le mercure relatifs à la santé
44. Projet Inventaire des émissions de gaz à effet de serre du système de santé
45. Projet Résilience du système de santé aux changements climatiques

Idées de projets Axe n° 4 : Réponses aux épidémies et autres urgences de santé publique

46. Projet Amélioration des procédures opérationnelles de gestion des urgences de santé publique.
47. Projet Construction et opérationnalisation des COUSP régionaux.
48. Projet Construction et opérationnalisation de l'INSP
49. Projet Renforcement des effectifs qualifiés et formés à tous les niveaux pour la gestion des épidémies/urgences sanitaires
50. Projet Développement de la Toxicologie au laboratoire

Idées de projets Axe n° 5 : Protection contre le risque financier lié à l'utilisation des services de santé

51. Projet Intégration des mécanismes de gratuité dans le régime d'assurance maladie
52. Projet Développement de mécanismes alternatifs de paiement des prestations de soins
53. Projet Mise en œuvre de mécanismes innovants pour financer la CSU