

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

CABINET

SECRETARIAT GENERAL

SECRETARIAT PERMANENT DU PLAN
NATIONAL DE DEVELOPPEMENT SANITAIRE

REPUBLIQUE TOGOLAISE

Travail-Liberté-Patrie



RAPPORT ANNUEL DE PERFORMANCE

ANNEE 2022

Version finale validée

Mai 2023

Table des matières

Table des matières	2
Liste des tableaux	7
Liste des graphiques	8
Résumé analytique	9
Introduction	13
I. CONTEXTE DE LA GESTION SOUS-REVUE	14
1.1. Présentation du Ministère chargé de la Santé	14
1.2. Vision, missions et objectifs du Ministère chargé de la Santé.....	14
1.3. Priorités du ministère pour l'année sous-revue.....	14
1.4. Offre de services de santé.....	15
1.4.1 Organisation de l'offre de soins	15
1.4.2. Couverture sanitaire et accès universel aux soins	16
1.3.3. Situation des ressources humaines en santé	17
1.5. Présentation du budget de l'année sous-revue.....	17
II. PROGRES DANS L'ATTEINTE DES OBJECTIFS	19
2.1. Performances réalisées en 2022.....	19
2.1.1. Axe stratégique 5 du PNDS « Renforcement du système de santé vers la CSU y compris la santé communautaire »	19
2.1.2. Axe stratégique 1 du PNDS « Accélération de la réduction de la mortalité maternelle, néonatale et infanto-juvénile et renforcement de la planification familiale et de la santé des adolescents »	29
2.1.3. Axe stratégique 2 « Renforcement de la lutte contre les maladies transmissibles »	41
2.1.4. Axe stratégique 3 « Amélioration de la sécurité sanitaire et la réponse aux épidémies et autres urgences de santé publique ».....	52
2.1.5. Axe stratégique 4 « Renforcement de la lutte contre les maladies non transmissibles et la promotion de la santé »	62
2.2. Evolution des indicateurs traceurs	63
2.3. Bilan des réalisations du plan d'action opérationnel, des marchés publics et d'exécution financière.....	65
2.3.1. Exécution physique du plan d'action opérationnel.....	65
2.3.2. Exécution des marchés publics.....	66
2.4. Point d'ensemble de l'exécution du budget en fin décembre	68
2.4.1. Mesure de la performance entre 2021 et 2022	68
2.4.2. Point d'ensemble de l'exécution du budget en fin décembre 2022.....	68
III. ANALYSE DES CAPACITES DE MISE EN OEUVRE, DES DIFFICULTES RENCONTREES ET DES DEFIS A RELEVER.....	70
3.1. Analyse des capacités de mise en œuvre et difficultés rencontrées.....	70
3.1.1. Analyse des capacités de planification et programmation budgétaire	70
3.1.2. Analyse des capacités d'exécution budgétaire	70
3.2. Analyse de la capacité de suivi-évaluation et difficultés rencontrées.....	71
3.2.1. Fonctionnement du cadre institutionnel de suivi et évaluation des activités.....	71
3.2.2. Gestion de l'information pour le suivi de la mise en œuvre des activités.....	71
3.2.3. Suivi de la mise en œuvre des activités	71
3.3. Défis prioritaires du secteur de la santé.....	72
IV. LEÇONS APPRISES ET RECOMMANDATIONS.....	74

4.1. Leçons apprises.....	74
4.2. Recommandations	76
4.2.1. Suivi de la mise en œuvre des recommandations issues de la validation techniques du RAP 2021	76
4.2.2. Nouvelles recommandations formulées	76
Conclusion.....	77
Annexes.....	78

Sigles, acronymes et abréviations

AFNET	: African Field Epidemiology Network (Réseau Africain d'Epidémiologie de Terrain)
AMIU	: Aspiration Manuelle Intra-Utérine
ANPE	: Agence Nationale Pour l'Emploi
ANVT	: Agence Nationale du Volontariat au Togo
ARV	: Antirétroviral
ASC	: Agent de Santé Communautaire
ATPC	: Assainissement Total Piloté par les Communautés
BCG	: Bacille de Calmette-Guérin
CAB	: Cabinet
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 Agences
CCM	: Country Coordination Mechanism
CDC	: Centers for Disease Control and Prevention
CDC-SS	: Comité de District de Coordination du Secteur de la Santé
CDR-SS	: Comité Régional de Coordination du Secteur de la Santé
CDT	: Centre de Diagnostic et de Traitement
CDV	: Centre de Dépistage Volontaire
CGR	: Concentré de Globules Rouges
CHP	: Centre Hospitalier Préfectoral
CHR	: Centre Hospitalier Régional
CHU	: Centre Hospitalier Universitaire
CMS	: Centre Médico-Social
CNAO	: Centre National d'Appareillage Orthopédique
CNC-SS	: Comité National de Coordination du Secteur de la Santé
CNGR	: Coordination Nationale de Gestion de la Riposte
CNTS	: Centre National de Transfusion Sanguine
COGES	: Comité de Gestion
COUSP	: Centre des Opérations d'Urgence de Santé Publique
CPN	: Consultation Périnatale
CPoN	: Consultation Postnatale
CPS	: Chimio Prévention du paludisme Saisonnier
CRAO	: Centre Régional d'Appareillage Orthopédique
CRTS	: Centre Régional de Transfusion Sanguine
CSGC	: Cellule Sectorielle de Gestion de la Crise à Covid-19
CSU	: Couverture Sanitaire Universelle
CTA	: Combinaison Thérapeutique à base d'Artémisinine
CTS	: Centres de Transfusion Sanguine
DHAB	: Direction de l'Hygiène et de l'Assainissement de Base
DHIS 2	: District Health Information System 2ème version
DIPD	: Dispositif Institutionnel de coordination, de suivi et de l'évaluation des Politiques de Développement
DMPA-IM	: Acétate de médroxyprogestérone (Dépo provera en injection intramusculaire)
DMPA-SC	: Acétate de médroxyprogestérone (Sayana Press en injection sous-cutanée)
DPS	: Direction Préfectorale de la Santé
DRH	: Direction des Ressources Humaines
DRS	: Direction Régionale de la Santé
DS	: District sanitaire
Div SJA	: Division de la Santé des Jeunes et Adolescents

DSIUSR	: Division de la Surveillance Intégrée des Urgences Sanitaires et Riposte
DSMIPF	: Division de la Santé Maternelle et Infantile et de la Planification Familiale
DTC-Hep-B-Hib	: Vaccin contre la Diphtérie, le Tétanos, la Coqueluche, l'Hépatite B et l'Haemophilus influenzae type B
EAM	: Ecole des Assistants Médicaux
ECD	: Equipe Cadre de District
ECR	: Equipe Cadre Régional
EDST	: Enquête Démographique et de Santé au Togo
ENAM	: Ecole Nationale des Auxiliaires Médicaux
ENAS	: Ecole Nationale des Aides Sanitaires
FDAL	: Fin de la Défécation à l'Air Libre
FELTP	: Field Epidemiology and Laboratory Training Program
FETP	: Field Epidemiology Training Program
FS	: Formation Sanitaire
FVH	: Fièvre Virale Hémorragique
GDBM	: Gestion des Déchets Biomédicaux
GE	: Goutte Epaisse
HD	: Hôpital de District
HSH	: Hommes ayant les rapports Sexuels avec d'autres Hommes
IBC	: Interventions à Base Communautaire Information-Education-Communication / Communication pour un Changement de
IEC/CCC	: Comportement
INAM	: Institut National d'Assurance Maladie
INH	: Institut National d'Hygiène
IRAS	: Infections Respiratoires Aigües Sévères
JEE	: Evaluation Externe Conjointe
JPO	: Journées Porte Ouvertes
JSE	: Journée de Santé de l'Enfant
LFR	: Loi de Finance Rectificative
MAS	: Malnutrition Aiguë Sévère
MID	: Moustiquaire à Imprégnation Durable
MNT	: Maladies Non Transmissibles
MPE	: Maladies à Potentiel Epidémique
MSHPAUS	: Ministère de la Santé, de l'Hygiène Publique et de l'Accès Universel aux Soins
MTN	: Maladies Tropicales Négligées
OMS	: Organisation Mondiale de la Santé
ONG	: Organisation Non Gouvernementale
OSC	: Organisation de la Société Civile
PANSS	: Plan d'Action National de Sécurité Sanitaire
PAO	: Plan d'Action Opérationnel
PASMIN	: Projet d'Appui aux services de Santé Maternelle et Infantile et de Nutrition
PCI	: Prévention et Contrôle de l'Infection
PCIGA	: Prise en Charge Intégrée des Grossesses et Accouchements
PCIMNE	: Prise en Charge Intégrée des Maladies du Nouveau-né et de l'Enfant
PEPFAR	: President's Emergency Plan for AIDS Relief
PEV	: Programme Elargi de Vaccination
PFA	: Paralysie Flasque Aigue
PND	: Plan National de Développement
PNDS	: Plan National de Développement Sanitaire
Pneumo	: Vaccin contre le pneumocoque

PNLP	: Programme National de Lutte contre le Paludisme
PNLS-HV-IST	: Programme National de Lutte contre le Sida, les Hépatites Virales et les Infections Sexuellement Transmissibles
PNLT	: Programme National de Lutte contre la Tuberculose
PRA	: Pharmacie Régionale d'Approvisionnement
PS	: Professionnels de Sexe
PSL	: Produits Sanguins Labiles
PSPS-TOGO	: Plateforme du Secteur Privé de Soins-Togo
PTF	: Partenaires Techniques et Financiers
PTME	: Prévention de la Transmission de la Mère à l'Enfant
PVVIH	: Personne Vivant avec le VIH
Rota	: Vaccin contre le rota virus
RR	: Vaccin contre la Rougeole et la Rubéole
RR1	: Première dose de vaccin contre la Rougeole et la Rubéole
RR2	: Deuxième dose de vaccin contre la Rougeole et la Rubéole
RSI	: Règlement Sanitaire International
SA	: Service Adapté
SARA	: Service Availability and Readiness Assessment
SG	: Secrétariat Général
SIDA	: Syndrome d'Immunodéficience Acquis
SIMR	: Surveillance Intégrée des Maladies et Riposte
SMNI	: Soins Maternels, Néonataux et Infantiles
SNAP	: Système National d'Approvisionnement Pharmaceutique
SNIS	: Système National d'Information Sanitaire
SONUB	: Soins Obstétricaux et Néonataux d'Urgence de Base
SONUC	: Soins Obstétricaux et Néonataux d'Urgence Complet
SR	: Santé de Reproduction
SR/PF	: Santé de Reproduction / Planification familiale
SRC	: Syndrome de Rubéole Congénitale
SSEQCU	: Projet de Services de Santé Essentiels de Qualité pour une Couverture sanitaire Universelle
TB	: Tuberculose
TBAI	: Tableau de Bord Annuel des Indicateurs
Td2	: 2ème dose de vaccin contre Tétanos et la Diphtérie
TN	: Tétanos Néonatal
UNFPA	: Fonds des Nations Unies pour la Population
USP	: Unité de Soins Périphérique
WHOPEN	: World Health Organization Package of Essential Non-Communicable Diseases

Liste des tableaux

Tableau I : Répartition des établissements de soins par type et par région en 2022	15
Tableau II : Niveau de couverture géographique des formations sanitaires par région en 2022.....	16
Tableau III : Présentation du budget comparé des années 2021 et 2022 (en milliers francs CFA).....	18
Tableau IV : Performances en matière de renforcement du système de santé vers la CSU y compris la santé communautaire	19
Tableau V : Répartition de la promptitude et de la complétude des rapports par région en 2022.....	28
Tableau VI : Performances en matière d'Accélération de la réduction de la mortalité maternelle, néonatale et infanto-juvénile et renforcement de la planification familiale et de la santé des adolescents	29
Tableau VII : Notification et réalisation des revues des décès maternels par région en 2022	32
Tableau VIII : Notification et réalisation des revues des décès néonataux par région en 2022	32
Tableau IX : Répartition de la disponibilité et du déficit des Sage-femmes dans les SONUB par région en 2022	34
Tableau X : Principaux indicateurs de la FDAL par région sanitaire en 2022.....	38
Tableau XI : Proportion d'enfants avec malnutrition aigüe sévère pris en charge par région en 2022.....	39
Tableau XII : Supplémentation en vitamine A chez les enfants au cours de la vaccination de routine par région en 2022	39
Tableau XIII : Résultats des échantillons de sel de cuisine testés au niveau des ménages	39
Tableau XIV : Couverture des enfants de 6-59 mois supplémentés en Vit A lors des JSE par région en 2022	40
Tableau XV : Performances en matière de renforcement de la lutte contre les maladies transmissibles....	41
Tableau XVI : Résultats de distribution des moustiquaires à imprégnation durable en routine, 2022	42
Tableau XVII : Résultats traitement préventif intermittent par région en 2022.....	43
Tableau XVIII : Résultats de la chimio prévention du paludisme saisonnier en 2022.....	43
Tableau XIX : Répartition des cas confirmés de paludisme par niveau de soins et par catégorie de patients en 2022	43
Tableau XX : Traitement des cas de paludisme simple selon les directives nationales dans les FS et au niveau communautaire par région en 2022	44
Tableau XXI : Traitement du paludisme grave et décès liés au paludisme par région en 2022.....	44
Tableau XXII : Répartition des cas de TB dépistés au Togo selon la forme en 2022.....	45
Tableau XXIII : Répartition par région des résultats du dépistage du VIH en 2022.....	47
Tableau XXIV : Répartition des PVVIH sous ARV par tranches d'âge et région 2022.....	49
Tableau XXV : Synthèse nationale des couvertures du traitement de masse des deux tours en 2022	51
Tableau XXVI : Performances en matière de lutte contre les MTN à CTP en 2022	51
Tableau XXVII : Répartition du nombre de cas cumulé de lèpre enregistrés par région en 2022	52
Tableau XXVIII : Performances en matière d'amélioration de la sécurité sanitaire et la réponse aux épidémies et autres urgences de santé publique	53
Tableau XXX : Complétude et promptitude des rapports hebdomadaires des districts par région en 2022	54
Tableau XXXI : Répartition des cas de Covid-19 confirmés par région selon le type de transmission en 2022	54
Tableau XXXII : Evolution des cas suspects et des cas confirmés des MPE de 2017 à 2022	56
Tableau XXXIII : Surveillance des Paralysies Flasques Aigues (PFA) par région en 2022.....	56
Tableau XXXIV : Répartition des cas de PFA et des cas confirmés de PVDV2c par région de 2019 à 2022	57
Tableau XXXV : Répartition des germes identifiés dans les cas méningites de 2016 à 2022	58

Tableau XXXVI : Distribution annuelle des résultats virologiques des cas de Grippe, 2017-2022, Togo	61
Tableau XXXVII : Performances en matière de renforcement de la lutte contre les maladies non transmissibles et la promotion de la santé	62
Tableau XXXVIII : Synthèse de l'évolution des indicateurs traceurs de progrès de 2017 à 2022	64
Tableau XXXIX : Niveau d'exécution physique du PAO/PTBA en 2022	65
Tableau XL : Exécution des marchés publics par budget en 2022	67
Tableau XLII : Exécution du budget comparé des années 2021 et 2022 (en milliers francs CFA)	68
Tableau XLII : Exécution du budget de l'année 2022	69
Tableau XLIII : Défis à relever par axe stratégique et par domaines	72
Tableau XLIV : Récapitulatif des leçons apprises par axe stratégique	74
Tableau XLV : Nouvelles recommandations formulées à l'endroit des différents acteurs	76
Tableau XLVI : Définition des sigles et abréviation de l'organigramme du Ministère de la santé	80
Tableau XLVII : Situation du personnel de santé par région et par secteur au 31 décembre 2022	82
Tableau XLVIII : Analyse approfondie des indicateurs traceurs de 2017 à 2022	82

Liste des graphiques

Figure 1 : Evolution des effectifs du personnel de la santé du secteur public de 2018 à 2022	17
Figure 2 : Evolution globale des indicateurs traceurs de l'axe 5 de 2017 à 2022	20
Figure 3 : Répartition des ratios des personnels traceurs par région en 2022	24
Figure 4 : Evolution des effectifs des professionnels de santé traceurs formés de 2019 à 2022	24
Figure 5 : Evolution globale des indicateurs traceurs de l'axe 1 de 2017 à 2022	30
Figure 6 : Comparaison entre la disponibilité et l'utilisation au cours des trois dernières années dans les SONUB	33
Figure 7 : Evolution du CAP par stratégie de 2018 à 2022	34
Figure 8 : Evolution des couvertures vaccinales de routine chez les enfants de 0-23 mois et les FE de 2019 à 2022	35
Figure 9 : Evolution des couvertures vaccinales de routine au Togo de 2017 à 2022	35
Figure 10 : Evolution mensuelle des doses de vaccins contre la Covid-19 administrées en 2022	38
Figure 11 : Evolution globale des indicateurs traceurs de l'axe 2 de 2017 à 2022	42
Figure 12 : Répartition du dépistage des cas de TB par région sanitaire en 2022	45
Figure 13 : Evolution de dépistage du VIH chez les patients TB entre 2018 et 2022	46
Figure 14 : Résultats de traitement des cas incidents bactériologiquement confirmés : TPB+ et TEP+ de la cohorte 2021	46
Figure 15 : Répartition des PVVIH dépistés et taux de séropositivité par population clé en 2022	48
Figure 16 : Répartition du nombre de sites de PTME et de centres de SMNI par région en 2022	48
Figure 17 : Cascade des indicateurs de suivi de la PTME en 2022	49
Figure 18: Evolution du nombre de simules capturées par bassin en 2022	50
Figure 19 : Evolution globale des indicateurs traceurs de l'axe 3 de 2017 à 2022	53
Figure 20 : Courbe épidémique hebdomadaire de la méningite au Togo, 2020)2022	55
Figure 21 : Evolution par semaines épidémiologiques des cas suspects de méningites 2021-2022	57
Figure 22 : Evolution par semaine épidémiologique des cas suspects de rougeole 2021-2022	59
Figure 23 : Evolution des épidémies de choléra au Togo, 1990 à 2022	60
Figure 24 : Evolution globale des indicateurs traceurs de l'axe 4 de 2017 à 2022	62
Figure 25 : Organigramme du ministère de la santé	79

Résumé analytique

En matière de « Renforcement du système de santé vers la Couverture Sanitaire Universelle (CSU) y compris la santé communautaire » :

Le pourcentage de Comités de Gestion (COGES) fonctionnels a régressé de 59,60% en 2021 à 58,13% en 2022 pour une cible corrigée¹ de 69,6%. Cette régression serait due au fait que les formations sanitaires ne s'approprient pas l'application des critères de fonctionnalité définis dans le nouveau manuel de formation des COGES.

Le taux de couverture des besoins en personnel de santé au niveau primaire de soins a progressé passant de 42,1% en 2021 à 48,9% en 2022 pour une cible corrigée de 46,7%. Cette amélioration est liée au recrutement de 536 nouveaux agents retenus sur la liste additive.

La densité cumulée du personnel traceur de soins (médecins, infirmiers, sage-femmes, techniciens supérieurs de soins) est de 8,06 personnels pour 10 000 habitants en 2022 contre 8,41 en 2021 pour une cible corrigée de 8,91.

Le taux d'accessibilité géographique des populations aux services de santé s'est amélioré passant de 76,45% en 2021 à 90,7% en 2022. Cette bonne performance est attribuable à la réalisation des travaux de construction, de réhabilitation et d'extension des infrastructures sanitaires existantes puis de leur équipement et d'autre part, à l'amélioration de la collecte des données sur les infrastructures, surtout les privées dans le cadre du Projet de recensement des infrastructures socio-économiques (PRISE).

La densité de lits d'hospitalisation pour 10 000 habitants a progressé passant de 3,6 en 2021 à 7,43 en 2022 pour une cible de 4,40. Cette situation serait attribuable au renforcement de l'équipement des structures sanitaires avec la mise en œuvre des différents projets de santé.

Le taux d'utilisation des soins curatifs a connu une progression passant de 56% en 2021 à 56,4% en 2022 pour une cible de 59,3%. Cette situation s'expliquerait par la hausse de la fréquentation des formations sanitaires due au renforcement de la sensibilisation, la mise en œuvre du programme WEZOU et la poursuite de la mise en œuvre de la stratégie de continuité des services.

Le pourcentage de villages qui disposent d'au moins un ASC formé sur les soins intégrés (diarrhée, pneumonie et paludisme) ou PCIMNE communautaire a régressé passant de 76,9% en 2021 à 67,14% en 2022.

Le pourcentage d'établissements de santé sans rupture de stock d'au moins un médicament traceur (au cours des 3 derniers mois de l'année 2022) a connu une légère régression, passant de 58,10% en 2021 à 57,20% en 2022.

La proportion des besoins non satisfaits en concentrés de globules rouges (CGR) est passée de 26% en 2021 à 25,36% en 2022. Cette amélioration est liée à une augmentation de la production. En raison de la reprise des collectes mobiles, l'appui des associations et des sociétés pour la promotion du don de sang.

La complétude des rapports du système national d'information sanitaire (SNIS) a progressé passant de 89,20% en 2021 à 89,9% en 2022 pour une cible de 97%. Ce résultat est imputable à l'importance accordée à l'amélioration de la qualité des données, la descente régulière de la DSNISI sur le terrain pour le contrôle de la saisie des données, l'implication des FS privées dans la gestion des données.

¹ Formule de calcul de la performance et correction des cibles en *Annexe n° 1*

Le taux de recouvrement des recettes des FS a progressé passant de 83,03% en 2021 à 91,5% en 2022 pour un objectif de 94%. Cette performance est due à la reprise de la fréquentation des formations sanitaires suite au renforcement des infrastructures et équipements des formations sanitaires, l'amélioration des mesures d'accessibilité financière aux populations les plus vulnérables.

La part du budget général alloué au secteur de la santé (y compris les autres départements et institutions) a progressé passant de 7% en 2021 à 7,1% en 2022 pour une cible corrigée de 8% du PNDS. Ce taux reste encore faible par rapport aux engagements pris au sommet d'Abuja de consacrer au secteur de la santé au moins 15% du budget général de l'Etat.

Le taux d'exécution du budget général alloué aux activités du MSHPAUS a régressé passant de 90,76% 2021 à 75,26% en 2022 pour une cible corrigée de 94%. Cette contreperformance est attribuable à plusieurs facteurs, entre autres le niveau d'exécution très faible des dépenses sur ressources externes et des dépenses d'investissement sur ressources internes de l'Etat.

« Accélération de la réduction de la mortalité maternelle, néonatale et infanto juvénile et renforcement de la planification familiale et de la santé des adolescents » :

La létalité maternelle de causes obstétricales directes dans les FS est en régression passant de 1,30% en 2021 à 1,18% en 2022 dans les structures SONU pour une cible corrigée de 1,03%. Les principales causes de ces décès sont les hémorragies (38,31%) suivies des éclampsie/pré éclampsie (19,40%).

La proportion de décès maternels notifiés ayant fait l'objet d'un audit a régressé passant de 68,42% en 2021 à 53,24% en 2022 pour une cible corrigée de 64%. Concernant les décès néonataux, bien qu'en progression, on constate une sous notification et un faible taux d'audit ; 44,15% ont été notifiés et 6,65% ayant fait l'objet d'une revue en 2022, contre respectivement 17,21 % et 13,10% en 2021.

Le pourcentage de femmes enceintes ayant accompli au moins 04 consultations prénatales a connu une progression passant de 44,6% en 2021 à 50,4 % en 2022 pour une cible corrigée de 49%. Cette performance peut être attribuée à l'organisation des stratégies avancées en CPN.

Le taux d'accouchements assistés par un personnel qualifié a progressé de 70,3% en 2021 à 72,5% en 2022 pour une cible corrigée de 75,30%. L'atteinte de ce résultat a été favorisée entre autres par la mise en œuvre du programme WEZOU.

La proportion de femmes ayant bénéficié d'une césarienne subventionnée a connu une baisse passant de 94,4% en 2021 à 91% en 2022 pour une cible de 100%. Cette contreperformance serait probablement liée au fait que certaines femmes sont aussi césarisées dans des structures sanitaires privées et confessionnelles pratiquant la césarienne non subventionnée.

Pour les femmes de 15 à 49 ans utilisant des méthodes contraceptives modernes, au cours de l'année 2022, plusieurs approches ont été utilisées pour l'offre de service de planification familiale. Toutes les stratégies mises en œuvre ont permis d'obtenir un nombre de Couple Année Protection (CAP) total de 480 122 en 2022 contre 428 090 en 2021.

La proportion d'enfants de 6-59 mois malnutris aigues sévères ayant bénéficié d'une prise en charge a connu une régression passant de 37,27% en 2021 à 30,39 % en 2022 pour une cible de 39,78%. Cette faible performance se justifierait par le ralentissement dans la recherche active des enfants MAS, à l'arrêt du renforcement de capacité des prestataires sur la prise en charge de la

malnutrition depuis 2018, l'insuffisance de suivi/supervision des prestataires des activités de nutrition et la non mise à échelle de la prise en charge communautaire de la malnutrition aigüe.

Le pourcentage d'enfants de 0 à 11 mois ayant reçu 3 doses de Penta (DTC-HepB-Hib) est passée de 90% en 2021 à 89% en 2022 pour une cible de 90,77%. La baisse en 2022 pourrait s'expliquer par l'impact négatif occasionné par l'infodémie due à la pandémie de la Covid-19.

Le taux d'abandon DTC-HepB-Hib1-RR1 est passé de 9,28% en 2021 à 7,5% en 2022 pour une cible corrigée de 5%. Cette amélioration pourrait s'expliquer par le renforcement de la stratégie avancée en vaccination dans les districts.

Le pourcentage de villages certifiés fin de défécation à l'air libre (FDAL) a régressé de 35,17% en 2021 à 32,57% en 2022 pour une cible corrigée de 37,47%. Cette situation est due à l'arrêt de financement pour la réalisation des activités de déclenchement.

En matière du « Renforcement de la lutte contre les maladies transmissibles » :

Le pourcentage de femmes enceintes ayant reçu trois doses de Sulfadoxine-pyriméthamine pour le traitement préventif intermittent (TPI 3) a connu une progression de 58% en 2021 à 61,5% en 2022. Cette performance est due à la disponibilité constante des intrants, à la réalisation des stratégies avancées en CPN.

La létalité due au paludisme chez les enfants de moins de 5 ans est resté stationnaire à 2,5% entre 2021 et 2022. Cette stabilisation serait liée à la gratuité de l'utilisation de l'artésunate injectable pour le traitement des patients hospitalisés pour paludisme grave et la mise en œuvre de la Chimiothérapie préventive saisonnières (CPS) en quatre cycles de traitement initié depuis 2020.

Le pourcentage de nouveaux cas de tuberculose bactériologiquement confirmés traités avec succès (guérison et traitement terminé) parmi les nouveaux cas de tuberculose est de 86,72% en 2022 (1829/2109) contre 85% en 2021. Ce résultat indique une hausse de l'indicateur par rapport à 2021 et montre que la Cible du PNDS (86,30%) est atteint. Cette performance est attribuable au renforcement des interventions du programme.

Le pourcentage de FE séropositives au VIH ayant reçu des antirétroviraux durant leur grossesse pour réduire la transmission du VIH de la mère à l'enfant est passé de 67,97% en 2021 à 79,32% en 2022 pour une cible corrigée de 69,67%. Cette performance est due à la disponibilité des intrants et surtout la mise en place d'un mécanisme de suivi rapproché sur la plupart des gros sites PTME en 2022.

La proportion de PVVIH sous ARV dont on sait qu'ils sont en vie après 12 mois de traitement (89,5%) est un indicateur d'enquête réalisée 2020. Cette valeur proxy a été considérée au titre de l'année 2022.

La couverture programmatique de l'Ivermectine lors des TDM (calculée en lieu et place de la proportion des personnes traitées à l'Ivermectine dans la population éligible dans le PNDS) a connu une régression passant de 93,36% en 2021 à 92,9% en 2022 quand bien même la cible corrigée du PNDS (86,16%) soit atteinte. La cible de la couverture programmatique (95%) n'a été atteinte pendant les deux années (selon les recommandations de l'OMS pour répondre à l'objectif d'élimination). Cette contre-performance serait liée à la démotivation de plus en plus accrues des ASC (retard des motivations insuffisantes et en diminution) qui relâche dans leur effort, à la situation sécuritaire dans Savanes avec déplacement des populations.

En matière de « l'Amélioration de la sécurité sanitaire et la réponse aux épidémies et autres urgences de santé publique » :

Le pourcentage de FS pratiquant la prévention et contrôle des infections (PCI) a connu une amélioration qui est en partie liée à la mise en place des mesures barrières et des mesures de PCI en situation de la Covid-19 dans les structures sanitaires. Il est passé de 65,5% en 2021 à 67,95% en 2022 pour une cible de 79%.

L'amélioration de la pratique de la PCI dans les blocs opératoires (dans les hôpitaux) a permis de réduire le taux d'infections post- opératoires qui est passé de 0,85% en 2021 à 0,83% en 2022 pour une cible corrigée de 0,04%.

La proportion d'épidémie ayant bénéficié d'une réponse dans les 14 jours après la notification est restée stationnaire à 100% jusqu'en 2022.

En matière du « Renforcement de la lutte contre les maladies non transmissibles et promotion de la santé » :

Le pourcentage de personnes vivant avec un handicap pris en charge en réadaptation physique a progressé de 79,93% en 2021 à 90,41% en 2022 pour une cible corrigée de 80,93%. Cette performance serait due à la prise en charge des patients PRP+ de l'année 2021 qui sont revenus en 2022 pour leur prise en charge, de plus le nombre de jours de consultation est passé de 03 à 04 jours par semaine. Il y'a eu également une consultation foraine d'une semaine en janvier 2022.

Le pourcentage de structures de santé primaires offrant le paquet essentiel d'interventions pour la prise en charge intégrée des MNT (WHOPEN) a progressé passant de 41,48% en 2021 à 44,21% en 2022 pour une cible corrigée de 55,88%. Cette performance, bien que supérieure à celle de 2021, reste encore insuffisante par rapport à la cible corrigée de 55,88% en 2022. Ceci serait dû à la faible mobilisation des ressources financières en faveur de la mise en œuvre du WHOPEN durant la période du PNDS 2017-2022.

Le taux de réalisation physique global (tous les axes) du PAO a progressé de 71,11% en 2021 et à 78,61% en 2022 pour l'ensemble des entités à cause d'une meilleure programmation des activités. L'exécution des marchés publics a régressé de 79,37% en 2021 à 73,37% en 2022. Il en est de même pour les dépenses publiques du ministère qui est passé de 90,76% en 2021 à 75,26% en 2022.

Les résultats obtenus en 2022 montrent les tendances globales des 34 indicateurs traceurs comme suit : 21 indicateurs sont en progression soit 61,76% contre 55,88% en 2021 ; 10 en régression soit 29,41% contre 35,29% en 2021 et 03 stationnaires dont 01 indicateur d'enquête, soit 8,82%.

L'analyse approfondie des indicateurs montre que 04 indicateurs ont constamment évolué de 2017 à 2022 et 01 a persisté dans sa régression durant la même période (Pourcentage de COGES fonctionnels). Les autres indicateurs traceurs ont évolué en dents de scie et/ou sont restés stationnaires.

Face à ces résultats, le Ministère de la santé se propose d'analyser les difficultés rencontrées afin de mieux orienter les actions sur le terrain au cours de l'année à venir en vue d'atteindre les cibles du PNDS 2023-2027.

Introduction

Le Plan National de Développement Sanitaire (PNDS) 2017-2022 élaboré par le Ministère de la Santé, de l'Hygiène Publique et de l'Accès Universel aux Soins (MSHPAUS) avec l'ensemble de toutes les parties prenantes a prévu dans son plan de suivi évaluation l'élaboration d'un rapport annuel de performance. Ce rapport permet de faire le suivi des indicateurs de progrès dans l'atteinte des cibles fixés dans le plan de suivi évaluation (PSE).

Ce rapport est un document de référence pour le gouvernement et ses partenaires du secteur de la santé qui permet une appréciation d'ensemble de la performance du secteur. Il sert également d'outil de base pour le dialogue entre les parties prenantes pour réajuster les interventions de l'année suivante.

Il faut rappeler que l'année 2022 marque la fin de la mise en œuvre de la Politique nationale de santé (PNS 2011-2022) et du PNDS 2017-2022. Les rapports issus de l'évaluation finale conjointe de ces deux documents stratégiques ont été validés en octobre 2022.

Le rapport annuel de performance 2022 du MSHPAUS a été élaboré à partir de la collecte des données provenant des revues régionales et des rapports des directions centrales ainsi que ceux des programmes de santé à travers une approche participative, inclusive et consensuelle des parties prenantes (Etat, PTF, OSC et secteur privé...) et de manière ascendante. L'analyse de la performance s'est basée sur les 34 indicateurs traceurs de progrès retenus dans le PSE du PNDS 2017-2022. Ce document a été validé par l'ensemble des entités techniques du secteur le 19 mai 2023.

Ce rapport annuel de performance 2022, dans ses articulations, fait un rappel des missions, des objectifs et priorités du ministère, présente les progrès dans l'atteinte des cibles, fait une analyse des capacités et des difficultés rencontrées, relève les défis dans la mise en œuvre, identifie les leçons apprises, projette les perspectives et enfin formule des recommandations.

I. CONTEXTE DE LA GESTION SOUS-REVUE

1.1. Présentation du Ministère chargé de la Santé

L'organigramme du MSHPAUS est défini par le décret n° 2012-006/PR du 07 mars 2012 portant organisation des départements ministériels. Il a été complété par l'arrêté n° 0021/2013/MS/CAB du 27 février 2013 portant organisation des services du ministère chargé de la Santé avec création d'un secrétariat général et de deux directions générales (*Annexe n° 2*). Un accent particulier a été mis sur l'Accès Universel aux Soins par décret n° 2020-080/PR du 1^{er} octobre 2020, portant composition du Gouvernement, nommant le Ministre délégué auprès du Ministre de la Santé, de l'Hygiène Publique et de l'Accès Universel aux Soins, Chargé de l'Accès Universel aux Soins.

1.2. Vision, missions et objectifs du Ministère chargé de la Santé

La Politique Nationale de Santé a défini une vision du secteur, qui est d'« *assurer à toute la population le niveau de santé le plus élevé possible en mettant tout en œuvre pour développer un système de santé performant basé sur des initiatives publiques et privées, individuelles et collectives, accessible et équitable, capable de satisfaire le droit à la santé de tous en particulier les plus vulnérables* ».

De cette vision, les missions assignées au ministère chargé de la santé sont les suivantes : i) assurer la mise en œuvre de la politique de l'Etat en matière de santé publique ; ii) élaborer les programmes d'amélioration de la couverture sanitaire ainsi que les stratégies de prévention et de lutte contre les grandes endémies en mettant en place des mécanismes appropriés de renforcement de l'hygiène publique et de contrôle des établissements de soins et de leurs démembrements ; iii) veiller de façon permanente à la continuité du fonctionnement des services de santé et assurer un accès facile et équitable aux soins de santé ; iv) coordonner tous les programmes et actions visant à la protection de la santé de la jeune fille, de la mère et de l'enfant, à la réduction de la morbidité et de la mortalité liées aux infections sexuellement transmissibles et au VIH/Sida.²

Les objectifs de la feuille de route gouvernementale sont :

- Généraliser la couverture maladie pour une large partie de la population ;
- Développer les capacités du système des services de soins de santé en termes d'infrastructures, d'équipements et de personnel afin de couvrir l'ensemble du territoire ;
- Améliorer la qualité de l'offre de services et soins de santé ;
- Renforcer la sécurité sanitaire et la réponse aux épidémies et autres urgences de santé publique.

1.3. Priorités du ministère pour l'année sous-revue

Les principales priorités du ministère chargé de la santé en 2022 demeurent la mise en œuvre des interventions clés en rapport avec les cinq axes du PNDS. Il s'agit principalement de i) poursuivre les actions engagées dans l'amélioration de la gestion des formations sanitaires ; ii) le développement des interventions à haut impact en faveur du couple mère-enfant, iii) le renforcement des capacités de détection précoce des urgences et l'organisation de la riposte dans une approche multidisciplinaire ; iv) la lutte contre les maladies transmissibles de grande envergure y compris la pandémie à Covid-19 et les maladies tropicales négligées ; v) le contrôle des facteurs de risque des maladies non transmissibles ; vi) le renforcement de la participation communautaire et une meilleure coordination des actions des partenaires de la santé ; vii)

² Décret N°2012-004/PR relatif aux attributions des ministres d'Etat et ministres du 29 Février 2012.

l'amélioration de la disponibilité de ressources humaines qualifiées, des médicaments essentiels et autres produits de santé ; viii) le renforcement du SNIS et du processus de planification suivant l'approche budget programme et ix) les programmes phares de la feuille de route gouvernementale 2025 pour la santé (la couverture maladie universelle et les urgences sanitaires).

1.4. Offre de services de santé

1.4.1 Organisation de l'offre de soins

Les soins de santé sont fournis aux populations dans des structures publiques et privées (libérales et confessionnelles). Le système de soins au Togo a une organisation pyramidale à trois niveaux : périphérique (1^{er} niveau), intermédiaire (2^{ème} niveau) et central (3^{ème} niveau).

Les soins de premier contact sont structurés autour de trois échelons à savoir : (i) le niveau communautaire et familial où l'Agent de Santé Communautaire (ASC) assure par délégation les soins et est appelé à jouer le rôle d'interface entre la communauté et les services de santé ; (ii) l'Unité de Soins Périphérique (USP) comme base du système de soins et à partir de laquelle sont menées des activités de proximité en stratégie fixe et vers les populations ; (iii) l'Hôpital de district qui constitue le premier niveau de référence.

Le deuxième niveau de référence et de recours est animé par les centres hospitaliers régionaux (CHR). Les soins de santé tertiaires sont dispensés dans les Centres Hospitaliers Universitaires (CHU) que compte le pays et dans des hôpitaux spécialisés de référence.

Dans l'option stratégique de renforcement des Soins de Santé Primaires, l'USP est appelée à servir de cadre de dispensation de soins intégrés, tandis que l'hôpital doit jouer le rôle de centre de référence. Cependant, la plupart des hôpitaux nationaux et régionaux continuent de dispenser les soins de premiers recours normalement dévolus aux structures périphériques.

Selon les résultats de la carte sanitaire de 2022, le nombre de formations sanitaires est passé de 1320 en 2021 à 2152 en 2022. Cette augmentation s'explique par une amélioration de la collecte des données sur les infrastructures, surtout privées dans le cadre du Projet de recensement des infrastructures socio-économiques (PRISE).

L'examen des infrastructures sanitaires selon leur appartenance au secteur public ou privé montre la situation suivante : le secteur public représente 36,14% de l'offre de soins en 2022 ; le privé est le principal fournisseur de soins avec 63,86% réparti comme suit : 48,10% du libéral, 13,26% du confessionnel et ONG et 2,5% des associatifs et communautaires. Le tableau ci-après montre la répartition des établissements de soins par type et par région en 2022.

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

Types d'établissement de soins	Grand-Lomé	Maritime	Plateaux	Centrale	Kara	Savanes	Total général
CHU	2	0	0	0	1	0	3
CHR	1	1	1	1	1	1	6
Hôpital spécialisé	1	0	0	1	1	1	4
Hôpital I	13	3	5	70	11	5	107
Hôpital II	3	3	4	9	9	4	32
USP I	219	113	130	671	260	97	1 490
USP II	40	24	36	252	62	19	433
Infirmierie	4	9	9	29	10	7	68
Autres	1	0	0	4	4	0	9
Total par région	282	153	186	1 039	358	134	2 152

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

L'estimation par la méthode des zones tampons montre que la proportion des localités situées à moins 5 km d'une formation sanitaire est de 79%. Mais en considérant, les populations des localités, l'accessibilité géographique des FS est de 90,7%. Le tableau ci-après présente le niveau de couverture géographique des FS par région en 2022.

Tableau II : Niveau de couverture géographique des formations sanitaires par région en 2022

Régions sanitaires	Localité située dans un rayon de 5km	Localité située à plus de 5km	Total localité	% localité à plus de 5km	Population totale	Population des localités de plus de 5km	% population à plus de 5km	Accessibilité géographique
Grand-Lomé	60	0	60	0%	2 244 000	0	0,0%	100,0%
Maritime	437	19	456	4%	1 302 272	22 814	1,7%	98,3%
Plateaux	706	171	877	19%	1 768 605	257 988	15,8%	84,2%
Centrale	330	127	457	28%	812 862	108 962	13,7%	86,3%
Kara	467	172	639	27%	1 014 124	150 425	15,3%	84,7%
Savanes	790	257	1 047	25%	1 073 088	215 266	18,8%	52%
Total pays	2 790	746	3 536	21%	8 095 498	755 455	9,3%	90,7%

Sources : Rapport carte sanitaire 2022

1.4.2. Couverture sanitaire et accès universel aux soins

- *Programme WEZOU*

Au cours de l'année 2022, le Programme National d'Accompagnement des Femmes Enceintes et du Nouveau-né dénommé (WEZOU) lancé par le Gouvernement en 2020 a permis d'obtenir les résultats suivants : i) 183 262 femmes enceintes ont été enrôlées contre 205 718 attendues au cours de l'année 2022, soit un taux de réalisation de 89,08%. En moyenne, 15 272 femmes enceintes sont enrôlées par mois dans le programme WEZOU. Plus de la moitié d'entre elles a un âge compris entre 18-28 ans ; ii) les 2/3 des bénéficiaires proviennent du milieu rural et le 1/3 du milieu urbain. Les bénéficiaires du programme se répartissent dans les régions comme suit : Grand Lomé 28 746 (15,7%), Maritime 30 425 (16,6%), Plateaux 43 592 (23,7%), Centrale 21 355 (11,6%), Kara 26 805 (14,6%) et Savanes 32 339 (17,7%) ; iii) les 183 262 femmes enceintes ont bénéficié de 985 731 prestations (183 267 CPN, 116 760 accouchements, 77 704 soins de couches, 234 338 analyses, 200 046 pharmacies et 81 233 hospitalisations) ; iv) le montant de prestations enregistrées sur la plateforme au cours de cette période 2022 s'élève à 1 557 825 577 francs CFA.

- *Assurance maladie universelle*

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

Le processus d'opérationnalisation de la loi instituant l'assurance maladie universelle s'est poursuivi avec l'adoption de quelques décrets d'application de la loi à savoir : i) décret N° 2022-023/PR du 07 mars 2022 confiant la gestion de l'assurance maladie universelle à l'INAM ; ii) décret N° 2022-081/PR du 06 juillet 2022 relatif à l'INAM et iii) décret n° 2022-086/PR du 03 août 2022 portant missions, composition, organisation et fonctionnement du comité de régulation de l'AMU.

De plus, plusieurs autres travaux ont été menés et ont permis d'obtenir les résultats suivants : i) Proposition de deux options de panier de soins de base par l'équipe technique ; ii) Evaluation du coût des options de paniers proposées ; iii) Collecte de données et réalisation d'une étude actuarielle avec l'appui du BIT ; iv) Révision de la nomenclature des actes de santé et évaluation

de leur coût réel et de la qualité des soins avec l'appui de l'Union Européenne à travers SOCIEUX+ ; v) élaboration d'un projet d'architecture de l'AMU.

Dans le cadre de l'extension de la couverture du risque aux populations du secteur informel, un projet pilote de couverture des agriculteurs du PAIEJ-SP a été lancé. Au total 16 110 agriculteurs de toutes les régions ont été enrôlés et immatriculés par l'INAM.

1.3.3. Situation des ressources humaines en santé

Les ressources humaines du secteur de la santé sont constituées : des fonctionnaires, du personnel du service de santé des armées et des contractuels. A ces agents, s'ajoutent les volontaires et les primo demandeurs d'emploi mis à la disposition du ministère de la santé par l'Agence Nationale du Volontariat au Togo (ANVT) et/ou l'Agence Nationale pour l'Emploi (ANPE).

En 2021, l'effectif du personnel du secteur public était de 12 800. La publication de la liste additive du concours de recrutement de 2020 a permis d'augmenter cet effectif à 12 912 en 2022 contrairement à celui du secteur privé qui a chuté de 5 994 en 2021 à 4 282 en 2022.

On constate une légère augmentation de l'effectif du personnel traceur passant de 4 966 agents en 2021 à 5 148 en 2022. L'effectif des médecins généralistes est passé de 149 en 2021 à 159 en 2022 ; celui des médecins spécialistes de 354 en 2021 à 341 en 2022, diminution qui serait tributaire aux départs dans certaines positions comme le détachement, disponibilité, etc. En ce qui concerne les infirmiers, l'effectif a progressé de 1 190 en 2021 à 1 259 en 2022 soit une augmentation de 5,8% ; celui des sage-femmes est passé de 772 en 2021 à 804 en 2022 soit 4,1% de SFE additionnelles. La figure ci-après illustre l'évolution de l'effectif du personnel de santé du secteur public sur les cinq dernières années (2018 à 2022).

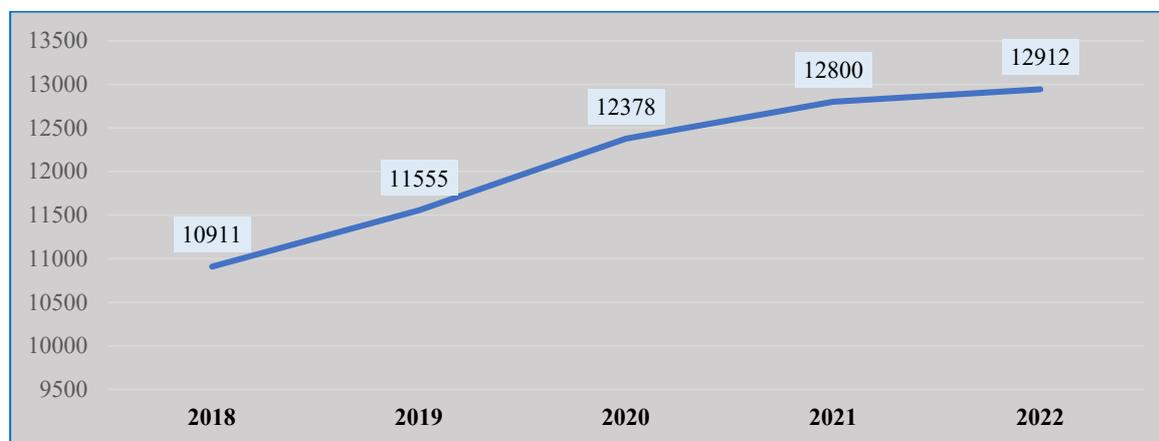


Figure 1 : Evolution des effectifs du personnel de la santé du secteur public de 2018 à 2022
(Source : rapport DRH 2022)

L'effectif total du personnel de santé du secteur public et privé en 2022 s'élève à 17 194 contre 18 794 en 2021 soit une diminution de 8,5%. L'effectif du secteur public représente 75% et celui du secteur privé 25% (*Annexe n° 3*).

Cette baisse de l'effectif du personnel serait due à la faiblesse du système de collecte des statistiques dans le secteur privé (qui collabore moins à la collecte), ce qui ne permet pas d'obtenir l'exhaustivité des statistiques sur les agents dudit secteur.

1.5. Présentation du budget de l'année sous-revue

Le budget général 2022 du MSHPAUS y compris ceux des formations sanitaires est de 137,009 milliards FCFA contre 115,384 milliards de F CFA en 2021, soit une augmentation de 13,65

milliards de FCFA (18,74 %) par rapport à 2021 due essentiellement à l'augmentation des dépenses de personnel, des dépenses d'investissement sur ressources internes et externes (respectivement 15,46%, 61,49% et 32,55%).

Ce Budget est réparti de la manière suivante : i) 48,03³ milliards FCFA (35,06%) pour l'Etat soit une augmentation de 6,6 milliards de FCFA (13,75%) par rapport à 2021 ; ii) l'appui des partenaires qui s'élève à 58,84 milliards FCFA (42,95%) soit une augmentation de 14,45 milliards de FCFA (32,55%) par rapport à 2021 et enfin iii) le recouvrement des coûts (recettes propres) des formations sanitaires qui est de 30,13 milliards FCFA (21,99%) soit une augmentation de 0,57 milliards de FCFA (1,93%) par rapport à 2021.

Les ressources hors budget (Partenaires non-inscrits au budget de l'Etat) s'élèvent à 17,18 milliards et représentent 12,53% du budget alloué à la santé, recouvrement de coûts compris)

En considérant les dépenses publiques relatives à la loi de finances rectificative (LFR), il a été alloué au MSHPAUS un montant de 106,874 milliards de FCFA en 2022 contre 85,20 milliards de FCFA en 2021 soit une nette augmentation de 21,055 milliards de FCFA représentant un accroissement de 24,53% par rapport à 2021.

Les dépenses de fonctionnement prévues comprennent : (i) les dépenses de personnel (traitements et salaires) pour un montant de 26,720 milliards de FCFA, soit 19,50% du budget total contre une proportion de 20,06% en 2021 ; (ii) les dépenses de matériel (achat de biens et services) pour un montant de 1,844 milliards de FCFA, soit 1,35% du budget total ont connu une légère augmentation en valeur absolue par rapport à 2021 ; (iii) les dépenses de transfert (transferts et subventions) pour un montant de 13,532 milliards de FCFA, soit 9,88% du budget alloué, ont connu une légère augmentation (en valeurs absolue et relative) par rapport à celles de 2021.

Les dépenses d'investissement sont estimées à 64,777 milliards de FCFA contre 48,066 milliards de FCFA en 2021, soit un accroissement de 34,77% par rapport à 2021.

Les dépenses sur ressources propres (recouvrement de coûts) sont estimées à 30,135 milliards de FCFA en 2022 contre 29,565 milliards en 2021 soit une légère augmentation de 1,93% par rapport à 2021. Le tableau suivant présente le budget total 2022 comparé avec celui de l'année de 2021.

Tableau III : Présentation du budget comparé des années 2021 et 2022 (en milliers francs CFA)

Nature des dépenses	Montant en milliers de FCFA	Part dans le budget général		Variation		Taux de variation
		2021(a)	2022(b)	2021 (a/A)	2022 (b/A)	(b-a)
Dépenses de personnel (Traitements et salaires)	23 142 178	26 720 721	20,06%	19,50%	3 578 543	15,46%
Dépenses de matériel (Achat de biens et services)	1 809 700	1 844 084	1,57%	1,35%	34 384	1,90%
Dépenses de transfert (Transferts et subventions)	12 801 474	13 532 567	11,09%	9,88%	731 093	5,71%
Total fonctionnement (I)	37 753 352	42 097 372	32,72%	30,73%	4 344 020	11,51%
Dépenses internes d'investissement	3 674 558	5 934 134	3,18%	4,33%	2 259 576	61,49%
Dépenses externes d'investissement	44 391 439	58 843 056	38,47%	42,95%	14 451 617	32,55%
Total investissement (II)	48 065 997	64 777 190	41,66%	47,28%	16 711 193	34,77%

³ Total fonctionnement + dépenses internes d'investissement

Budget total (I+II)	85 819 349	106 874 562	74,38%	78,01%	21 055 213	24,53%
Ressources Propres (III)	29 564 871	30 134 572	25,62%	21,99%	569 701	1,93%
Total général (I+II+III) = A	115 384 220	137 009 134	100,00%	100,00%	21 624 914	18,74%

(Source : DAF /SIGFiP 2022)

En résumé, le budget global de l'année 2022 du MSHPAUS selon le Plan de Travail Budget Annuel (PTBA) est de 137,009 milliards de FCFA contre 115,384 milliards de FCFA en 2021, soit une augmentation de 21,625 milliards de FCFA avec un taux d'accroissement de 18,74% par rapport à 2021.

II. PROGRES DANS L'ATTEINTE DES OBJECTIFS

2.1. Performances réalisées en 2022

Les performances réalisées par le ministère chargé de la santé sont appréciées à travers 34 indicateurs traceurs de progrès inscrits dans le plan de suivi et évaluation du PNDS 2017-2022 organisés autour des cinq (05) axes stratégiques à savoir : i) l'accélération de la réduction de la mortalité maternelle, néonatale et infanto-juvénile et renforcement de la planification familiale et de la santé des adolescents ; ii) le renforcement de la lutte contre les maladies transmissibles ; iii) l'amélioration de la sécurité sanitaire et la réponse aux épidémies et autres urgences de santé publique ; iv) le renforcement de la lutte contre les maladies non transmissibles et la promotion de la santé et v) le renforcement du système de santé vers la CSU y compris la santé communautaire. Ces axes stratégiques sont déclinés en domaines puis en orientations stratégiques⁴.

2.1.1. Axe stratégique 5 du PNDS « Renforcement du système de santé vers la CSU y compris la santé communautaire »

Sur les 13 indicateurs traceurs de l'axe stratégique 5 du PNDS (transversal), 08 sont en progression et 05 en régression (voir le tableau ci-après).

Tableau IV : Performances en matière de renforcement du système de santé vers la CSU y compris la santé communautaire

Indicateurs traceurs de progrès	Valeurs réalisées 2021	Valeurs cibles 2022	Valeurs réalisées 2022	Performance en 2022	Score de performance en 2022	Analyse
22-Pourcentage de COGES fonctionnels	59,6%	69,6 %	58,14%	-0,2	0	Régression
23-Taux de couverture des besoins en personnels de santé au niveau primaire de soins	42,1%	46,7%	48,9%	1,5	5	Progression
24-Densité de personnel de santé (ratio pour 10.000 habitants)	8,41	8,91	8,06	-0,7	0	Régression
25-Taux d'accessibilité géographique	76,45%	79,65%	90,70%	4,5	5	Progression
26-Densité de lits d'hospitalisation pour 10.000 habitants	3,6	4,40	7,43	4,8	5	Progression
27-Taux d'utilisation des soins curatifs	56,00%	59,30%	56,40%	0,1	1	Progression
28-Pourcentage de villages qui disposent d'au moins un agent de santé communautaire formé sur les soins intégrés (diarrhée, pneumonie, paludisme et malnutrition)	76,90%	82,90%	67,14%	-1,6	0	Régression
29-Pourcentage d'établissements de santé sans rupture de stock d'au moins un médicament traceur (au cours des trois derniers mois)	58,10%	64,90%	57,20%	-0,1	0	Régression

⁴ Plan de suivi évaluation (PSE) 2017-2022

30-Proportion des besoins non satisfaits en concentrés de globules rouges (CGR)	26%	14,57%	25,36%	0,1	1	Progression
31-Complétude des rapports du SNIS	89,20%	97%	89,9%	0,1	1	Progression
32-Taux de recouvrement des recettes	83,03%	84%	91,5%	8,7	5	Progression
33-Part du budget général de l'Etat alloué au secteur de la santé	7,00%	8%	7,1%	0,1	1	Progression
34-Taux d'exécution des dépenses publiques de santé	90,76%	94%	75,3%	-4,8	0	Régression

La figure ci-après présente l'évolution globale des indicateurs traceurs de l'axe 5 de 2017 à 2022

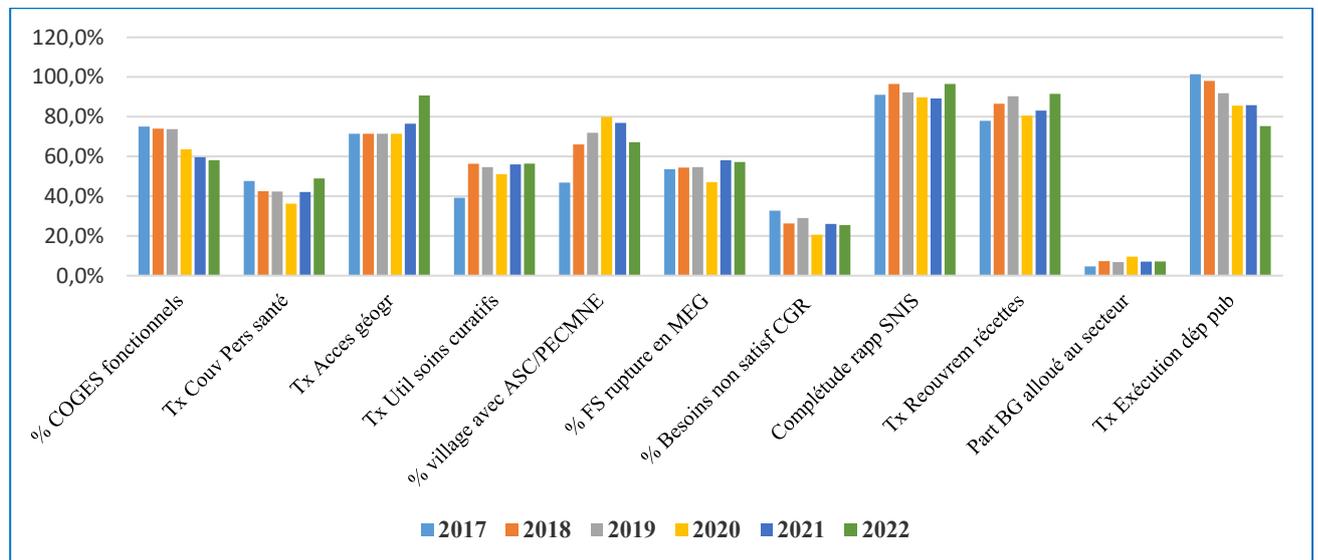


Figure 2 : Evolution globale des indicateurs traceurs de l'axe 5 de 2017 à 2022

2.1.1.1. Gouvernance et pilotage du secteur

- Coordination des actions du secteur

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

En 2022, le CNC-SS a tenu quatre (04) réunions (sur quatre prévues) ayant porté sur : (i) les résultats de l'enquête STEPS 2022 ; (ii) la stratégie d'optimisation des agents de santé communautaire (ASC) ; (iii) les rapports d'évaluation de la PNS et du PNDS ; (iv) la validation

technique de la PNS horizon 2030 ; (v) la pré validation du PNDS 2023-2027 ; (vi) les projets inscrits au PIP 2024-2026 ; (vii) les résultats des Comptes de la Santé de 2017, 2018 et 2019 et enfin les principaux résultats de la mise en œuvre du programme « WEZOU ».

Il existe également des sous-comités multisectoriels tels que le Comité de Coordination Inter Agence (CCIA) et le Country Coordination Mechanism (CCM). En 2022, le CCIA a tenu deux (02) réunions ayant permis de discuter de : (i) la mise en œuvre des activités des subventions (RSS2 et CDS) au titre de l'année 2021 et de la programmation des activités (RSS) pour l'année 2022 ; (ii) des résultats du déploiement et de la vaccination contre la Covid-19 et (iii) les résultats de la campagne nationale de vaccination de riposte contre la poliomyélite chez les enfants de 0-59 mois.

Quant au CCM Togo, il a organisé en 2022, quatre (4) réunions ordinaires. Les réunions organisées ont permis de : (i) faire le suivi des subventions de NFM3 ainsi que les résultats escomptés et (ii) faire la restitution des travaux des visites de terrain. En dehors de ces réunions, le CCM a organisé deux (02) réunions de feedback de la société civile qui ont permis aux membres titulaires de revenir vers leur base pour expliquer les différents sujets débattus au CCM en 2022.

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

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

S'agissant de la réforme de gestion par l'approche contractuelle, elle est implantée dans neuf (09) formations sanitaires : CHU-SO, CHU Kara, CHR Atakpamé, CHR Sokodé, CHR Dapaong, CHR Tsévié, CHP Blitta, CHP Notsè, CMS Siou. En effet, la réforme a d'abord connu une phase pilote où la contractualisation a été pratiquée dans les hôpitaux d'Atakpamé et de Blitta en juin 2017, avant d'être étendue à partir de 2018 dans d'autres centres. Elle embrasse ainsi des entités appartenant aux trois niveaux de la pyramide sanitaire.

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

Il faut noter que la mise en œuvre de cette approche a permis : (i) d'améliorer la disponibilité des équipements et des intrants et de renforcer le plateau technique ; (ii) d'augmenter la fréquentation des centres (27%) ; (iii) d'augmenter le nombre d'actes réalisés ; (iv) d'améliorer la disponibilité en médicaments (> 95%) ; (v) d'améliorer les conditions d'assainissement des centres (salubrité des centres) ; (vi) d'augmenter le chiffre d'affaires des formations sanitaires de 16,814 milliards de FCFA en 2018 à 28,957 milliards de FCFA en 2022, soit une augmentation de 72% et (vii) renforcer la pertinence du diagnostic des besoins. Pour l'année 2022, deux (02) nouvelles formations sanitaires notamment le CHR Tsévié et le CHR-Kara ont été enrôlées.

Au total, 640 775 032 F CFA ont été mobilisés en 2022 pour la mise en œuvre de l'approche contractuelle dans les formations sanitaires⁵.

En matière de régulation du secteur, au cours de l'année 2022, des textes ont été pris pour renforcer le cadre juridique du secteur. Ces textes sont relatifs à la couverture sanitaire universelle, et à la réglementation du secteur de la santé.

L'inspection générale des services de santé (IGSS) est chargée de veiller à l'application de la politique du ministère par vérification de l'efficacité de la gestion des activités de l'ensemble des services du ministère et des institutions et organismes rattachés ainsi que la vérification de leur conformité avec les lois et règlements en vigueur, les politiques et les plans stratégiques.

Depuis la nomination d'un inspecteur général des services de santé par intérim en 2019, le texte portant création, attributions, fonctionnement et organisation de l'IGSS n'est pas encore pris pour renforcer son existence, ses actions et ses rapports avec 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 et avec l'Inspection Générale des Finances et l'Inspection d'Etat.

En 2022, l'IGSS n'a pas eu de budget pour l'exercice de ses activités. Par conséquent, elle n'a pu faire de missions d'inspection et de contrôle. Elle a juste fait le suivi de la mise en œuvre des recommandations des missions effectuées en 2021. Au terme de ce suivi le niveau d'exécution des recommandations, après un an, est satisfaisant avec une moyenne de 56% de réalisation, 14% en cours de réalisation et 30% des recommandations non réalisées.

Les difficultés majeures de l'IGSS sont l'insuffisance des ressources (humaines, matérielles et financières) pour la mise en œuvre des activités à cela s'ajoutent l'inexistence de texte portant organisation et fonctionnement de ce service.

- *Transparence et redevabilité au sein du secteur*

Dans le cadre du renforcement de la gestion des formations sanitaires (USP1 et USP2, HD non autonome), la gestion de la participation communautaire est assurée par les Comités de gestion (COGES). En 2022, on dénombre 718 COGES fonctionnel sur 1235, soit 58,14% contre 59,6% en 2021. Cette régression serait due au fait que les formations sanitaires ne s'approprient pas l'application des critères de fonctionnalité définis dans le nouveau manuel de formation des COGES, la non maîtrise du mode de calcul de l'indicateur et l'insuffisance de ressources pour la formation des nouveaux COGES. Néanmoins, une évaluation externe serait nécessaire pour apprécier la fonctionnalité des COGES.

En matière de redevabilité du secteur, au cours de l'année 2022 plusieurs documents ont été élaborés notamment le rapport annuel de performance 2022 du MSHPAUS, des programmes de santé, des services centraux. De plus, la tenue des revues annuelles des différentes entités a eu lieu à tous les niveaux du système sanitaire.

Il convient de rappeler que l'année 2022 marque la fin de la mise en œuvre de la Politique nationale de santé (PNS), horizon 2011 et du PNDS 2017-2022. Ces documents stratégiques de référence ont été évalués suivant l'approche conjointe. Les rapports d'évaluation finale conjointe ont été validés en octobre 2022. Les nouveaux documents (PNS horizon 2030 et PNDS 2023-2027) ont été élaborés et consolidés.

En matière de planification, de suivi et évaluation de la mise en œuvre du PNDS, les districts et les régions, certains programmes et hôpitaux ont tenu des revues annuelles. Ces revues ont permis d'identifier les défis à relever entre autres : (i) l'amélioration de la qualité des données (ii) l'amélioration de la qualité des prestations et l'extension de l'approche qualité dans les centres

⁵ Rapport 2022 de la Cellule de Coordination de l'Approche Contractuelle

périphériques et les SONU ; (iii) la réduction de la létalité maternelle de causes obstétricales directes dans les formations sanitaires.

Pour une meilleure complémentarité et synergie des activités du secteur de la santé, un cadre de collaboration entre les sous-secteurs public et privé, à travers la plateforme du secteur privé de soins (PSPS-Togo), a été mise en place. Celle-ci a tenu 2 réunions en 2022.

Au cours de l'année 2022, quelques textes ont été pris pour renforcer le cadre juridique du secteur de la santé⁶.

Dans le cadre de la surveillance de la qualité de l'eau sur les 210 structures de production d'eau répertoriées, 71 sorties d'inspections dont 40 inopinées ont permis de visiter 131 structures d'eau. Sur les 131 structures 94 ont obtenu un certificat de salubrité. Les activités du secteur privé de soins ont porté essentiellement sur les visites de sites en vue d'accorder les autorisations d'installation, d'exploitation et de renouvellement des formations sanitaires ; les visites d'inspection inopinées organisées dans le cadre de la réglementation du secteur privé de soins et les activités de la plate-forme de la réadaptation. Au total, 128 dossiers des structures privées de soins ont reçu leur autorisation (55 pour installation, 39 pour exploitation et 34 pour renouvellement)⁷. De plus, le cahier des charges de certaines corporations (assistants médicaux, sage-femmes, infirmiers, kinésithérapeutes, opticiens et optométristes), a été élaboré et finalisé en instance de signature par l'autorité.

La densité de lits d'hospitalisation pour 10 000 habitants a augmenté passant de 3,6 en 2021 et à 7,43 en 2022 pour une cible de 4,4. Cette performance serait attribuable au renforcement de l'équipement des structures sanitaires avec la mise en œuvre des différents projets de santé.

Le taux d'utilisation des soins curatifs est passé de 51,1% en 2020 à 56% en 2021 et à 56,4% en 2022 pour une cible de 59,3%. Ceci s'explique par la reprise de la fréquentation des formations sanitaires par la population suite à l'atténuation des mesures de restriction d'état d'urgence sanitaire et au renforcement des stratégies de continuité des services (Journée de Santé de l'Enfant, Journées d'accélération de vaccination, sensibilisation, etc.).

2.1.1.2. Ressources humaines en santé

Le taux de couverture des besoins en personnel de santé au niveau primaire de soins est passé de 42,1% en 2021 à 48,9% en 2022 pour une cible corrigée de 46,7%. Cette amélioration est liée au recrutement par la publication de la liste additive de 536 agents en 2022 dans le système de santé.

La densité (ou ratio) du personnel traceur pour 10 000 habitants présente une tendance croissante de 2019 à 2022. En effet, le ratio cumulé des principaux prestataires de soins des secteurs public et privé (médecins, infirmiers, sage-femmes et techniciens supérieurs de soins) est passée de 7,01 personnels de santé pour 10 000 habitants en 2019 à 8,06 en 2022 pour une cible corrigée de 8,91 avec un pic de 8,41 en 2021. La figure ci-après montre la répartition des ratios du personnel traceur par région.

⁶Rapport de la revue des interventions du renforcement du système de santé, 2022

⁷ Rapport annuel d'activité 2022, DESR

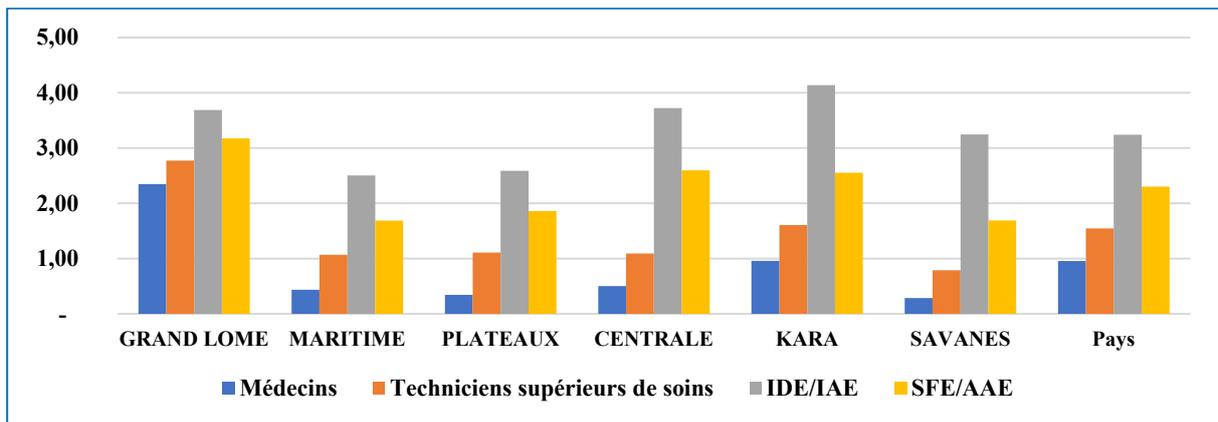


Figure 3 : Répartition des ratios des personnels traceurs par région en 2022

Source : Rapport annuel DRH, 2022

En ce qui concerne la formation, les effectifs des diplômés sortis des écoles médicales et paramédicales de formation en santé ont connu une évolution durant ces 04 dernières années passant de 654 diplômés en 2019 à 1185 diplômés en 2022.

De manière spécifique, la production des professionnels traceurs de santé en formation initiale (Médecins généralistes, IDE, SFE, IAE et AAE) a nettement évolué grâce aux nouvelles écoles de formation paramédicale et la faculté de sciences de santé de Kara qui ont mis sur le marché du travail, des diplômés à partir de 2021. L'évolution des diplômés de quelques professionnels de santé est représentée dans le graphique ci-après.

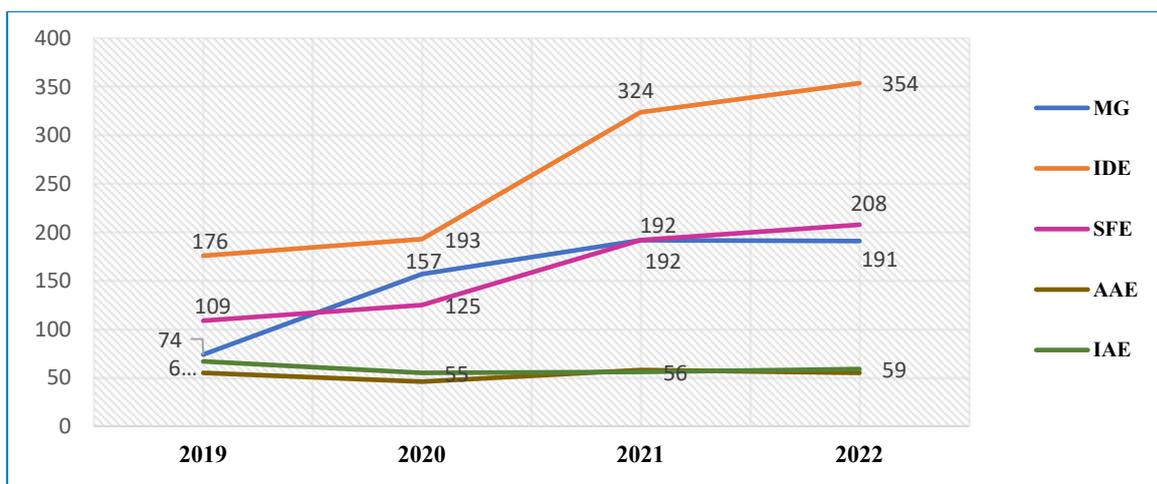


Figure 4 : Evolution des effectifs des professionnels de santé traceurs formés de 2019 à 2022

Source : Rapport annuel DRH, 2022

S'agissant de la formation du personnel en cours d'emploi, au total, près de 183 agents ont bénéficié des formations diplômantes au cours de l'année 2022 contre 233 en 2021.

2.1.1.3. Infrastructures sanitaires, équipements et maintenance

En 2022, très peu de nouvelles infrastructures ont été construites. L'essentiel des activités de renforcement des infrastructures était beaucoup plus consacré à l'extension et à la réhabilitation des infrastructures existantes.

En matière de maintenance, des efforts sont également faits dans le domaine du renforcement et le renouvellement des équipements.

La fonction de maintenance a fait aussi l'objet d'une attention particulière en raison du nombre croissant des équipements biomédicaux acquis. L'élaboration de la politique de maintenance et de son plan d'action, la mise en place de services de maintenance dans les CHU, CHR et certains

hôpitaux de districts, le recrutement de personnel technique de la maintenance sont des actions clés développées ces dernières années. Les principales réalisations en 2022 ont consisté en des travaux réhabilitation des installations électriques, d'équipements médicaux réparties dans les six régions⁸.

2.1.1.4. Rapprochement de l'offre de soins des communautés

Les paquets d'IBC sont des interventions développées ayant un impact sur la réduction de la morbidité et de la mortalité infanto juvénile et maternelle. Dans la mise en œuvre de ces interventions, l'agent de santé communautaire (ASC) est formé pour rapprocher les soins des communautés. Il est désigné par sa communauté sur la base de critères précis et prédéfinis.

En 2022, on dénombre 7 949 ASC et 3 954 RC selon la cartographie réalisée en septembre 2022 contre environ 7 500 ASC en 2021. Le pourcentage de villages situés à plus de 5 km d'une formation sanitaire et disposant d'au moins un ASC formé sur les soins intégrés (PCIMNE-Communautaire : diarrhée, pneumonie, paludisme et malnutrition) est passé de 79,84% en 2020 à 76,90% en 2021 puis à 67,14% en 2022 pour une cible corrigée de 82,90%. Cette contreperformance s'explique d'une part par le recrutement de nouveaux ASC non encore formés sur la PCIMNE-communautaire et d'autre part par le manque de volontaires pour ce poste d'ASC après l'âge avancé de certains anciens ASC, les départs volontaires et les décès.

2.1.1.5. Disponibilité des produits de santé

En 2022, la disponibilité des médicaments dans les FS a connu une légère régression. Ainsi, le pourcentage d'établissements de santé sans rupture de stocks d'au moins un médicament traceur (au cours des trois derniers mois de l'année 2022) est passé de 58,10% en 2021 à 57,20%. Ceci pourrait s'expliquer par la rupture de certains Médicaments Essentiels et Génériques (MEG) dans les Pharmacies Régionales d'Approvisionnement (PRA) due à une tension au niveau mondial sur ces MEG. Cependant, il convient de mentionner la subsistance des ruptures de certains MEG dans les FS en dehors de la tension mondiale. Néanmoins, il faudra souligner une amélioration de la gestion des stocks dans les FS.

Des actions ont été entreprises en 2022 par la Centrale d'Achat des Médicaments Essentiels Génériques (CAMEG) et la Direction de la Pharmacie, du Médicament et des Laboratoires (DPML) pour l'amélioration de la chaîne d'approvisionnement et de distribution des médicaments par la CAMEG-TOGO au « dernier km ». Il s'agit notamment du démarrage des études sur : (i) la mise en place d'un Système d'Information en Gestion Logistique (SIGL) intégré, harmonisé, digitalisé avec des options d'interopérabilité avec le DHIS2 ; (ii) le plan national de distribution des produits de santé, pour la mise en place des hubs logistiques pour la distribution au « dernier km » ; (iii) l'intégration des produits de la Santé de la Reproduction (SR) dans le circuit de distribution de la CAMEG-TOGO.

Plusieurs difficultés ont été rencontrées au cours de l'année 2022, à savoir : (i) la non disponibilité de tous les MEG à la CAMEG-TOGO, (ii) le non-respect des ordinogrammes par les prescripteurs, (iii) l'absence de contrôles et d'inspections réguliers dans les FS afin de veiller à l'application des dispositions réglementaires du système national d'approvisionnement pharmaceutique (SNAP) et de s'assurer de la bonne gestion des produits de santé à chaque niveau de la pyramide sanitaire.

⁸ Rapport revue des interventions du renforcement du système de santé, 2022

Le non-respect des dispositions du SNAP participe aussi aux dysfonctionnements du système de santé et constitue un facteur limitant l'accès aux produits de santé jusqu'au dernier kilomètre, sans compter le fardeau (dépenses de santé) qu'il représente pour les ménages.

Pour améliorer le cadre juridique en matière des produits de santé, il est important d'aller vers un glissement institutionnel en vue de la création d'une autorité togolaise de régulation pharmaceutique (ATRP) avec fondement sur la directive n° 06-2020 du 28 septembre 2020 portant statut des autorités de réglementation pharmaceutique des Etats membres de l'UEMOA. A cet effet, il est recommandé aux Etats membres de prendre les mesures nécessaires pour ériger, dans un délai de deux (02) ans, leur autorité de réglementation pharmaceutique en une entité publique dotée de la personnalité juridique et de l'autonomie de gestion. Cependant, cette entité n'est pas mise en place au Togo à ce jour.

2.1.1.6.Laboratoire d'analyses biomédicales

Avec la maîtrise de la pandémie à la Covid-19, les activités ont repris leur cours normal et durant l'année 2022 le département des laboratoires a poursuivi ses missions dont celle de coordonner les activités de biologie médicale au Togo par un meilleur encadrement des pratiques et le développement du secteur. Les interventions mises en œuvre au cours de cette année s'inscrivent dans la droite ligne du Plan national de développement de la biologie médicale (PSNDBM) et du plan de travail annuel 2022.

Après deux années d'arrêt, l'un des axes prioritaires du plan stratégique, celui du renforcement du Système de Management de la Qualité (SMQ) a été repris à travers le programme mentorat dont l'objectif est d'accompagner les laboratoires, à implémenter étape par étape le SMQ. Il s'est agi en 2022 de poursuivre le renforcement des compétences des Responsables Qualité de 25 laboratoires, le turn-over ayant fait affecter la majorité des précédents formés et le programme mentorat dans 17 nouveaux LBM. Pour pouvoir mesurer l'impact de ce programme dans les nouveaux laboratoires accompagnés, un audit de base de 11 d'entre eux a été conduit avec l'outil *Stepwise Laboratory Improvement Process Towards Accreditation* (SLIPTA) de l'OMS. L'audit de suivi qui sanctionne chaque phase d'accompagnement a été réalisé dans ces 17 LBM de même que les 35 précédemment accompagnés depuis 2017, année de démarrage dudit programme au Togo.

Le renforcement de compétences a concerné d'autres domaines de la biologie médicale dont la maintenance biomédicale avec la formation d'une vingtaine de techniciens de laboratoire à l'école polytechnique du Bénin, l'antibiologie et l'évaluation externe de la qualité (EEQ) spécifiquement pour les paramètres de biochimie et d'hématologie dans l'objectif de la reprise des campagnes de cette évaluation en 2023.

Pour que l'implémentation du SMQ puisse avoir un impact pérenne sur la qualité des offres de prestations, les laboratoires doivent être aux normes en termes d'infrastructures et d'équipements. C'est dans ce cadre qu'après l'état des lieux des laboratoires des 5 CHR en 2022, cette évaluation a été étendue à une vingtaine de laboratoires d'hôpitaux de district en trois missions pour pouvoir identifier les gaps afin de les mettre aux normes. C'est ainsi qu'à partir de besoins identifiés, une proposition de mise aux normes spécifique à chacun des laboratoires a été faite et mise à la disposition des différents partenaires qui ont soutenu ces missions d'évaluations dont la Banque Mondiale à travers le projet REDISSE, le UNFPA et l'OMS.

Un recensement des laboratoires de biologie médicale exerçant dans le secteur libéral et une sensibilisation à travers la mise à disposition de code de la santé et des textes en vigueur relatifs à

l'exercice de la biologie médicale ont été menés. Des 246 LBM recensés, seuls 2 (0,8%) disposent d'un agrément répondant aux exigences en la matière mettant en exergue l'urgence pour la cellule de l'inspection du ministère de la santé à régler le secteur.

Le volet Biosécurité et biosûreté (BSS) au laboratoire a fait l'objet d'avancées également en 2022 par le renforcement de capacités sur les normes (IATA) de transport sécurisé des échantillons biologiques de 46 acteurs de biologie médicale et d'autres laboratoires dans le contexte One Health et sur la gestion et le transport sécurisé des matières infectieuses de 76 techniciens de laboratoire et les transporteurs de la société des postes du Togo. Une évaluation des risques professionnels dans 51 laboratoires de biologie médicale (LBM) du Togo a permis de cartographier les risques et proposer des mesures de contrôle et de prévention en fonction du niveau de risque pour une meilleure maîtrise des risques dans les laboratoires.

Pour une confirmation biologique communautaire des cas de Covid-19, le Fond Mondial a initié le projet Stellar au Togo qui à partir de cette porte d'entrée qu'est l'amélioration du diagnostic de SARS-CoV2, va à terme contribuer au renforcement de tout le secteur de la biologie médicale. C'est dans ce cadre qu'une évaluation du secteur a été faite par le Groupe SOLINA partenaire de ASLM, institution partenaire de la mise en œuvre du projet au Togo, suivie par la validation des besoins prioritaires identifiés par cette évaluation.

En dehors de ces activités, l'INH a réalisé dans le cadre de ses missions et avec le soutien des partenaires, l'évaluation de la qualité des tests antigénique SRASCoV2 dans 31 laboratoires de district et l'aménagement des nouveaux locaux de l'antenne de Kara pour les services de contrôle qualité des aliments de l'eau et de l'environnement. Aussi l'INH a acquis la capacité pour le séquençage avec l'installation de deux séquenceurs de plateforme Oxford Nanopore, la formation de 20 techniciens et biologistes en techniques de séquençage et de 02 techniciens et biologiste en bio-informatique.

2.1.1.7. Imagerie médicale

Les services d'imagerie médicale disponibles sont les services de diagnostics de pointe, ce sont 25% des structures de santé de niveau tertiaire qui offrent les services de scanner, la radiographie disponible dans 52% de structures de santé, l'échographie dans 41% et l'ECG dans 36%. Le score moyen de disponibilité de l'offre des services de diagnostics avancés dans les structures de santé des six régions est de 38%⁹.

L'entretien de ces équipements n'est pas toujours fait suivant les normes requises (maintenances et contrôles techniques périodiques) du fait de l'insuffisance de personnel qualifié et de la non disponibilité de plan de maintenance d'où les risques de pannes majeures ainsi que d'exposition des utilisateurs (personnels et usagers) à des dangers, particulièrement ceux liés aux effets biologiques des rayonnements ionisants non maîtrisés.

2.1.1.8. Pharmacopée et médecine traditionnelle (PMT)

En 2022, les activités menées en matière de PMT sont : i) sensibilisation des acteurs de la PMT sur les problèmes liés au secteur de la médecine traditionnelle ; ii) sensibilisation et collecte de données sur les bonnes pratiques de médecine traditionnelles et les difficultés rencontrées par les praticiens de la médecine traditionnelle dans l'exercice de leur métier ; iii) élaboration de la cartographie des praticiens de la médecine traditionnelle ; iv) briefing de 525 Praticiens de la médecine traditionnelle de toutes les régions du pays sur la thématique tuberculose dans le contexte

⁹ Enquête SARA, 2021

Covid-19 en collaboration avec le PNLT ; v) sensibilisation de 117 praticiens de la médecine traditionnelle sur les maladies à potentiel épidémique ; vi) sensibilisation de 927 praticiens de la médecine traditionnelle sur la reconnaissance des signes de paludisme et la référence des cas en collaboration avec le PNLP.

2.1.1.9. Produits sanguins labiles sécurisés

Au cours de l'année 2022, le nombre des concentrés de globules rouges mis à la disposition des patients est passé de 59 473 en 2021 à 65 999.

Malgré cette amélioration de la disponibilité des produits sanguins, la proportion des besoins non satisfaits reste toujours élevée. Elle a légèrement progressé passant de 26% en 2021 à 25,36% en 2022 avec une cible de 14,57%. Cette progression est liée à une augmentation de la production des PSL et à l'implication des associations et société dans la promotion de don. En vue d'améliorer cet indicateur, il est suggéré d'améliorer la capacité de production des produits sanguins labiles sécurisés, de renforcer la coordination des centres de transfusion sanguine et la mobilisation des financements, et d'améliorer la disponibilité et l'utilisation clinique rationnelle du sang dans les formations sanitaires.

2.1.1.10. Système national d'information sanitaire

La complétude des rapports est passée de 89,20% en 2021 à 89,9% en 2022 pour une cible de 97%. La promptitude des rapports est de 80,8% en 2022 contre 69,91% en 2021. Cette performance est imputable aux différentes activités menées dans le cadre du renforcement des capacités des acteurs impliqués dans la gestion des données et la mise à disposition des formulaires à certaines unités d'organisation, le guide de qualité des données et le Manuel Opérationnel de Procédure.

Le tableau suivant présente la répartition de la promptitude et de la complétude des rapports par région sanitaire en 2022.

Tableau V : Répartition de la promptitude et de la complétude des rapports par région en 2022

Régions sanitaires	Total rapports attendus global	Total rapports reçus global	Complétude globale (%)	Total rapports reçus à temps global	Promptitude globale (%)
Grand-Lomé	28 476	18 636	65,40	14 761	51,80
Maritime	29 500	28 754	97,50	27 124	91,90
Plateaux	44 564	41 746	93,70	37 901	85,00
Centrale	22 372	21 084	94,20	19 429	86,80
Kara	27 768	26 719	96,20	23 744	85,50
Savanes	21 788	19 884	91,30	17 954	82,40
Total pays	174 468	156 825	89,90	140 915	80,80

(Source : DHIS2, 14 avril 2023)

2.1.1.11. Financement du secteur de la santé

Le budget global de l'année 2022 du MSHPAUS selon le Plan de travail budget annuel (PTBA) est de 137,009 milliards de FCFA contre 115,384 milliards de FCFA en 2021, enregistrant une augmentation de 21,625 milliards de FCFA soit un taux d'accroissement de 18,74% par rapport à l'année 2021.

La part du budget général alloué au secteur de la santé (y compris les autres départements et institutions) et le service de la dette dans le budget général de l'Etat¹⁰ a progressé de 7% en 2021 à 7,1% en 2022 pour une cible corrigée de 8% du PNDS pour l'année 2022. Ce taux reste en faible par rapport aux engagements pris au sommet d'Abuja de consacrer au secteur de la santé au moins 15% du budget général de l'Etat.

¹⁰ Financement du secteur de la santé est constitué du budget alloué au ministère de la santé et les le financement de la santé dans les autres institutions de l'Etat. Dans le calcul dénominateur, le service de la dette est exclu du budget général.

Le taux de recouvrement des recettes propres des FS a progressé passant de 83,03% en 2021 à 91,5% en 2022 pour un objectif de 94%. Cette performance est due à la reprise de la fréquentation des formations sanitaires suite au renforcement des infrastructures et équipements des formations sanitaires, l'amélioration des mesures d'accessibilité financière aux populations les plus vulnérables.

Le taux d'exécution du budget général alloué aux activités du MSHPAUS a régressé passant de 90,76% 2021 à 75,26% en 2022 pour une cible corrigée de 94%. Cette contreperformance est attribuable à plusieurs facteurs, entre autres le niveau d'exécution très faible des dépenses sur ressources externes et des dépenses d'investissement sur ressources internes de l'Etat.

2.1.2. Axe stratégique 1 du PNDS « Accélération de la réduction de la mortalité maternelle, néonatale et infanto-juvénile et renforcement de la planification familiale et de la santé des adolescents »

Sur les dix (10) indicateurs traceurs de l'axe stratégique 1 du PNDS, cinq (05) ont connu une progression et cinq (05) en régression comme l'indique le tableau suivant :

Tableau VI : Performances en matière d'Accélération de la réduction de la mortalité maternelle, néonatale et infanto-juvénile et renforcement de la planification familiale et de la santé des adolescents

Indicateurs traceurs de progrès	Valeur réalisée 2021	Valeur cible 2022	Valeur réalisée 2022	Performance en 2022	Score de performance en 2022	Analyse
1-Létalité maternelle de causes obstétricales directes dans les FS	1,30%	1,03%	1,18%	0,4	2	Progression
2-Pourcentage de femmes enceintes ayant effectué au moins 4 visites de CPN	44,60%	48,60%	50,40%	1,5	5	Progression
3-Taux d'accouchements assistés par un personnel qualifié	70,30%	75,30%	72,50%	0,4	2	Progression
4-Proportion de femmes césarisées ayant bénéficié de la subvention	94,60%	100%	91%	-0,7	0	Régression
5-Proportion de décès maternels notifiés ayant fait l'objet d'un audit (revue)	68,40%	76,40%	53,24%	-1,9	0	Régression
6-Nombre de Couple Année Protection	428090	478590	480122	1,0	5	Progression
7-Pourcentage des enfants avec malnutrition aigüe sévère ayant bénéficié d'une prise en charge	37,28%	39,78%	30,40%	-2,8	0	Régression
8-Pourcentage d'enfants de 0-11 mois ayant reçu 3 doses de vaccin Pentavalent (DTC-HepB-Hib3)	89,60%	90,77%	89%	-0,5	0	Régression
9-Taux d'abandon vaccinal DTC-HepB-Hib1/RR1	9,28%	5%	7,5%	0,4	2	Progression
10-Pourcentage de villages certifiés FDAL	35,2%	37,47%	32,57%	-1,1	0	Régression

La figure ci-après montre l'évolution globale des indicateurs traceurs de l'axe 1 de 2017 à 2022

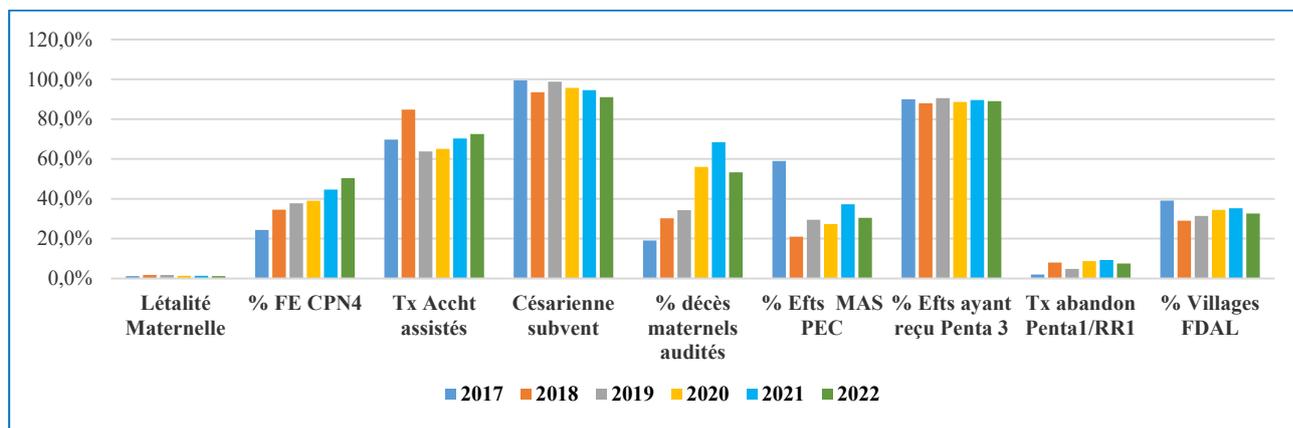


Figure 5 : Evolution globale des indicateurs traceurs de l'axe 1 de 2017 à 2022

2.1.2.1. Santé maternelle, néonatale et infantile

Les principales réalisations de la division de la santé maternelle, infantile et de la planification familiale (DSMIPF) au cours de l'année 2022 ont concerné les activités suivantes :

- Couverture des services prénatals et accouchements assistés

Selon les données du DHIS2¹¹ de 2022, le nombre de CPN1 réalisé est de 242 971 (46 627 réalisés au 1^{er} trimestre de grossesse) contre 226 806 en 2021 et 223 328 en 2020. Ceci correspond à une couverture de 80,3 % contre 79,5% en 2021. On note une bonne progression au cours de l'année, la cible fixée à 80 % d'ici fin 2022 est donc atteinte.

Selon les recommandations de l'OMS, la 1^{ère} CPN doit être effectuée à 12 semaines d'aménorrhée. A cet effet, la proportion des femmes enceintes ayant effectué leur 1^{ère} visite CPN selon le terme recommandé est de 24% en 2022 contre 22,3% en 2021 et 21,8% en 2020. On constate une légère augmentation entre 2021 et 2022 probablement liée à l'amélioration de la collecte des données et aussi au programme national d'accompagnement de la femme enceinte (WEZOU).

La couverture en CPN1 en 2022 par région croît au fur et à mesure que l'on évolue vers la zone septentrionale et se présente comme suit : 62,6% pour Grand Lomé ; 74,8% pour Maritime ; 79,9% pour Plateaux ; 91,7% pour Centrale ; 98,2% pour Kara et 99,9% pour Savanes.

La couverture en CPN4 est de 50,4% en 2022 contre 44,6% en 2021 et de 39% en 2020. On note une augmentation sensible de cette proportion avec l'atteinte de l'objectif du PNDS (cible corrigée de 43,13%). La couverture en CPN4 en 2022 par région se présente comme suit : 53,5% pour Grand-Lomé ; 38% pour Maritime ; 39% pour Plateaux ; 55% pour Centrale ; 63,5% pour Kara et 62,1% pour Savanes.

En ce qui concerne la qualité du suivi des grossesses, on note une amélioration du taux d'achèvement en CPN qui passe de 56,1% en 2021 à 62,7% en 2022. Bien que des efforts d'amélioration se font dans toutes les régions, la région du Grand-Lomé a la meilleure performance du taux d'achèvement (85,5%), suivi de la Kara avec 64,7%, des Savanes avec 62,1%, Centrale avec 60%, Maritime avec 50,8% et enfin des Plateaux avec 48,8%.

En 2022, 206 340 accouchements ont été réalisés contre 191 404 en 2021 et 180 460 en 2020. Notons que 5 617 (2,72%) accouchements étaient effectués à domicile et 200 723 en institution de

¹¹ DHIS2 : District Health Information System (Plateforme logiciel d'information sanitaire du district permettant la collecte, la validation, l'analyse et la présentation de données statistiques)

soins soit une proportion de 97,28% en 2022 contre 96,35% en 2021. Il faut noter que la proportion des accouchements à domicile est en baisse (3,66% en 2021). La couverture en accouchement assisté par un personnel qualifié est passée de 70,3% en 2021 à 72,5% en 2022 pour une cible corrigée de 75,30%. L'analyse montre que presque toutes les régions ont connu une amélioration sauf Grand-Lomé qui a connu une régression de 74% à 56.6% attribuable à la non exhaustivité des données des structures privées élevées dans cette région.

La proportion de césarienne est de 11,95% des accouchements assistés en 2022 contre 11,5% en 2021 et 10,8% en 2020. Aussi le taux de césarienne passe de 8,5% en 2021 à 8,9% en 2022. Bien qu'il y ait une amélioration, ce taux reste inférieur à l'objectif du PNDS en 2022 de 10%.

L'évolution reste constante sur les deux dernières années mais des disparités régionales sont liées à l'accessibilité des SONU C ou autres structures chirurgicales privées. Ainsi la région de Grand-Lomé est la première avec 22,12% suivie de la Maritime avec 12,9%.

Sur les 267 152 femmes accouchées attendues, 119 167 ont effectué la première consultation postnatale soit une couverture de 44,61% en 2022. On note des disparités régionales de couverture en CPoN (Kara, Centrale et Savanes sont au-delà de 50%).

- Couverture en césarienne subventionnée

La proportion des femmes césarisées ayant bénéficié de la subvention connaît une baisse progressive au cours des quatre dernières années passant de 98,80% en 2019 à 95,69% en 2020, à 94,60% en 2021 et à 91% en 2022. Cette contreperformance serait probablement liée au fait que certaines femmes sont césarisées dans des structures sanitaires privées et confessionnelles pratiquant la césarienne et non subventionnées.

Notons que 24 095 accouchements par césarienne ont été réalisés en 2022 pour 21 467 kits utilisés contre 21 694 accouchements par césarienne pour 19 528 kits utilisés en 2021.

- Lutte contre les fistules obstétricales

La lutte contre la Fistule Obstétricale (FO) a suscité un regain d'intérêt depuis le lancement de la campagne mondiale de lutte contre les fistules en 2003 par l'UNFPA.

En 2022, une réunion des acteurs de la lutte a permis de relever les points forts et les points à améliorer. Au sortir de cette réunion, la DSMIPF a organisé un atelier de planification avec les acteurs intervenant dans la lutte contre FO (partenaires, ministère et les ONG) avec l'appui de l'UNFPA. Dans le processus d'amélioration des actions, la DSMIPF a bénéficié d'un appui d'un consultant pour la réorientation des actions et l'élaboration d'un plan pluriannuel d'éradication des fistules obstétricales au Togo.

Au cours de l'année 2022, le suivi des femmes opérées en 2021 n'a pas été réalisé. Ceci est lié à une insuffisance de financement pour cette activité.

Pour ce qui est du recensement des nouveaux cas, des contrats ont été signés avec les ONG intervenant dans le recensement des femmes victimes de FO. Ces ONG sont chargées d'effectuer la recherche des femmes par des sensibilisations dans les communautés et sur les radios de proximité grâce aux messages élaborés.

Aucune femme n'a été opérée au cours de l'année 2022 dans les centres régionaux dédiés à la prise en charge des femmes recensées et confirmées comme porteuses de FO.

Deux campagnes de prise en charge chirurgicale ont été conduites à l'hôpital Saint Jean de Dieu d'Afagnan par l'ONG Wildaf Togo en partenariat avec des experts français. Elles ont permis de prendre en charge cinquante-quatre (54) femmes victimes de la FO. En 2022, quarante-cinq (45) femmes guéries de FO ont bénéficié de la réinsertion socioéconomique.

- **Surveillance des décès maternels, néonataux et riposte**

La mise en œuvre de la surveillance des décès maternels, néonataux et riposte (SDMNR) a permis d'enregistrer 307 décès maternels dont 293 notifiés (95,44%) et 156 ayant fait objet d'une revue (53,24%) en 2022 pour une cible corrigée de PNDS de 64% contre 310 décès maternels dont 190 notifiés (61,29%) et 130 ayant fait l'objet de revues (68,42%) en 2021.

La létalité maternelle de causes obstétricales directes dans les FS est passée de 1,3% en 2021 à 1,18% en 2022 pour une cible PNDS 2022 à 1,03%. Cette performance pourrait s'expliquer entre autres par le renforcement des ressources humaines des structures sanitaires SONU, le monitoring régulier des données SONU et la mise en œuvre des recommandations, la mise en œuvre des recommandations des activités de la SDMNR et audit de qualité de soins des hôpitaux de référence, la mise en œuvre des projets TAKEDA (Maritime, Savanes) ProSanté GIZ (Kara, Centrale), KFW (Kara), le programme d'accompagnement de la femme enceinte (WEZOU).

Le tableau suivant montre la notification et revue des décès maternels par région en 2022.

Tableau VII : Notification et réalisation des revues des décès maternels par région en 2022

Régions Sanitaires	Enregistrés	Notifiés SDMNR	Audités	% Audité par rapport aux cas enregistrés	% Audité par rapport aux cas notifiés
Grand-Lomé	107	107	33	30,84	30,84
Maritime	47	39	21	44,68	53,85
Plateaux	74	71	43	58,1	60,56
Centrale	21	21	12	57,14	57,14
Kara	34	34	30	88,23	88,24
Savanes	24	21	17	70,83	80,95
Total pays	307	293	156	50,81	53,24

(Source : Rapport annuel DSMIPF, 2022)

Concernant les décès néonataux, au total 2 111 décès ont été enregistrés, 932 notifiés (44,15%) et 62 ayant fait objet d'une revue (6,65%) en 2022, contre 1 531 enregistrés, 229 notifiés (14,96%) et 30 ayant fait l'objet de revues (13,10%) en 2021. Le tableau suivant montre la notification et les revues de décès néonataux par région en 2022.

Tableau VIII : Notification et réalisation des revues des décès néonataux par région en 2022

Régions Sanitaires	Enregistrés	Notifiés SDMNR	Audités	% Audité par rapport aux cas enregistrés	% Audité par rapport aux cas notifiés
Grand-Lomé	731	709	31	4,24	4,37
Maritime	169	95	7	4,14	7,37
Plateaux	381	34	8	2,09	23,53
Centrale	249	24	0	0	0,00
Kara	295	63	12	4,06	19,05
Savanes	286	7	4	1,39	57,14
Total pays	2 111	932	62	2,93	6,65

(Source : Rapport annuel DSMIPF, 2022)

NB : La notification des décès maternels et néonataux est faible au plan national par rapport aux enregistrements. Ce qui fait que la proportion de décès maternels et néonataux notifiés et audités est élevée malgré cette faible notification.

L'analyse des rapports d'audit (revue) montre que la plupart des décès maternels enregistrés surviennent juste après l'accouchement (52,6%) ou tardif (14,9%) et ont pour causes obstétricales

directes notamment Hémorragie (38,31%), Eclampsie/pré éclampsie (19,40%), Anémie décompensée (10,95%), septicémie due aux interruptions volontaires de grossesses ou à la césarienne (9,95%). Ces décès surviennent le plus souvent chez les femmes entre 16 et 45 ans. L'analyse a également permis d'identifier les principaux dysfonctionnements en lien avec les décès maternels dans les formations sanitaires. Ils se résument aux facteurs suivants : insuffisance de produits sanguins labiles ; retard de prise de décision au niveau des parents ; retard de prise de décision et de prise en charge (référence/évacuation ou premiers soins) ; insuffisance d'équipements ; insuffisance du personnel qualifié pour les audits des décès.

- Soins obstétricaux et néonataux d'urgence (SONU)

Des monitorages semestriels des sites SONU sont effectués en vue de disposer des données pour des besoins de planification et de mesure du progrès de la mise en œuvre.

La figure ci-dessous fait une comparaison entre la disponibilité et l'utilisation des fonctions essentielles SONUB au cours du 1^{er} semestre de 2022. Elle montre globalement une amélioration aussi bien de la disponibilité que de l'utilisation des fonctions de base dans les SONUB.

Le monitoring a concerné 72 FS sur les 73 que comptent les SONU parce que le CHR Lomé-Commune était dédié à la prise en charge des cas de Covid-19.

La disponibilité des sept (07) fonctions essentielles SONU est de 100% au premier semestre (S1) 2022 (contre 94% au S2 -2021 et 94,5% au S1 2021) et l'utilisation de 81% contre 63% au S2 - 2021. Ces résultats montrent une amélioration de l'utilisation des fonctions essentielles.

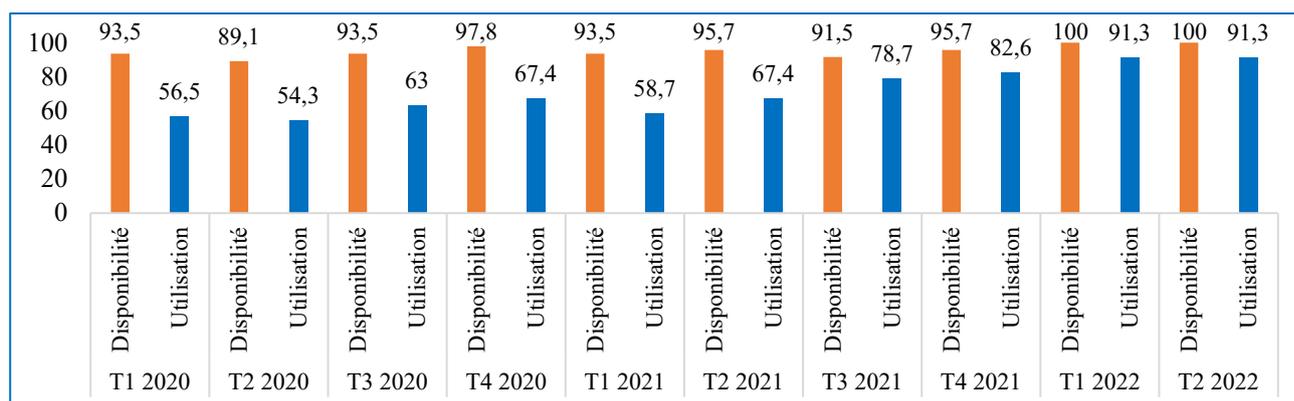


Figure 6 : Comparaison entre la disponibilité et l'utilisation au cours des trois dernières années dans les SONUB
(Source : Rapport annuel DSMIPF, 2022)

La proportion des formations sanitaires fonctionnelles au 2^{ème} trimestre 2022 est de 54,3%. Cette proportion varie d'une région à l'autre. La région Centrale est la région qui a moins de formations sanitaires SONU fonctionnelles au cours du 2^{ème} trimestre 2022 et la région de la Kara a le plus de SONUB fonctionnels.

Les résultats de ce monitoring montrent une amélioration dans la disponibilité des sage-femmes durant toute l'année. Ainsi, au 1^{er} trimestre et 2^{ème} trimestre la disponibilité d'au moins 3 sage-femmes dans les SONUB était de 69,4%, au 3^{ème} trimestre de 71,2% et au 4^{ème} trimestre de 73,6%. Cette situation pourrait être justifiée par l'approche de régionalisation des concours de recrutement des professionnels de santé et au recrutement effectué sur le budget du projet TAKEDA.

Enfin, le nombre de sage-femmes dans les SONUB est passé de 165 en 2021 à 177 en 2022 et 2022 mais beaucoup plus au profit de la région Grand-Lomé. Le tableau suivant montre la répartition de la disponibilité et du déficit des Sage-femmes dans les SONUB par région en 2022.

Tableau IX : Répartition de la disponibilité et du déficit des Sage-femmes dans les SONUB par région en 2022

Régions sanitaires	Nombre de SF	Déficit
Grand-Lomé	85	0
Maritime	29	5
Plateaux	24	8
Centrale	4	5
Kara	19	2
Savanes	16	8
Total pays	177	28

(Source : Rapport annuel DSMIPF, 2022)

2.1.2.2. Planification Familiale

- Création de la demande en Planification familiale

Divers thèmes ont été abordés lors des séances de causeries ou de sensibilisation avec les publics cibles (hommes et femmes de plus de 24 ans). On note un total de 39 732 séances sur des thèmes allant de l'importance de la CPN aux avantages de la PF. En 2022 ces séances ont permis de toucher 670 228 dont 545 944 femmes et 124 284 hommes contre 608 715 pour l'année 2021.

- Offre des services et accès aux services PF

Tout comme en 2021, plusieurs approches ont été utilisées pour l'amélioration de l'offre et l'accès aux services PF en 2022. Il s'agit des services PF de routine et des stratégies novatrices (PF dans le post-partum, stratégie mobile, stratégie avancée, distribution à base communautaire, PF dans le post-abortum, journées portes ouvertes...). La figure qui suit présente l'évolution des CAP par stratégie.

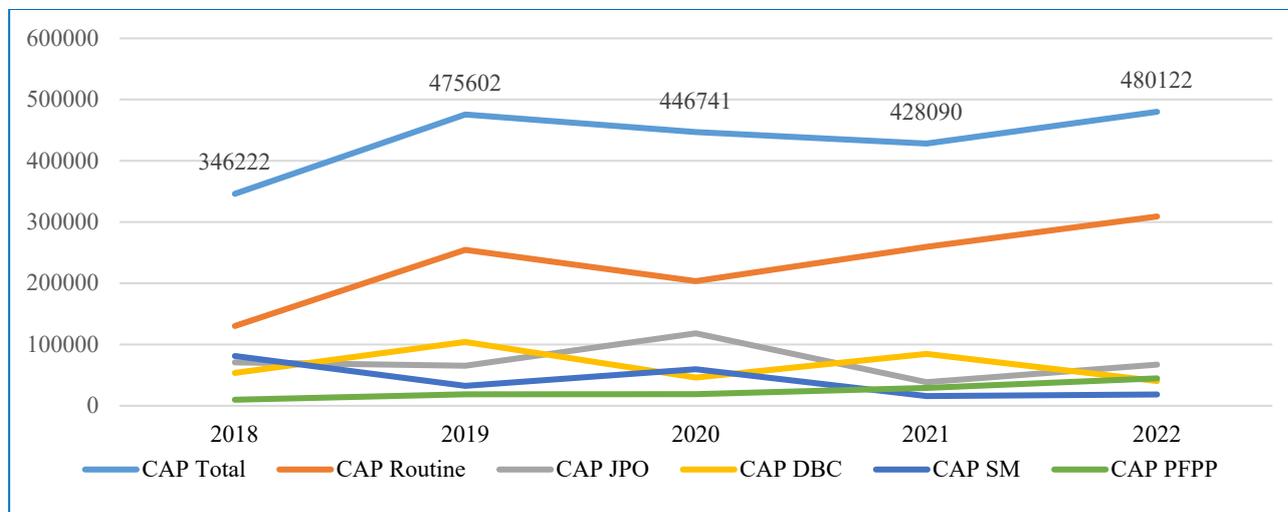


Figure 7 : Evolution du CAP par stratégie de 2018 à 2022

(Source : Rapport annuel DSMIPF, 2022)

En somme, le CAP global, sur le plan national, obtenu pour toutes les interventions menées est passé de 446 741 en 2020 à 428 090 en 2021 puis à 480 122 en 2022. La routine avec 309 028 a été la stratégie qui a le plus contribué à l'atteinte de ce résultat.

En 2022, 422 189 clientes ont utilisé une méthode moderne de planification familiale. Ce résultat est en dessous de celui de l'année 2021 qui est 483 897. La faible performance de la DBC en 2022 est à l'origine de ce résultat.

2.1.2.3. Renforcement du Programme élargi de vaccination (PEV)

- Couverture vaccinale au niveau national

La mise en œuvre de l'approche « Atteindre Chaque District/Atteindre Chaque Enfant », l'organisation des Journées d'Accélération vaccinale (JAV), l'organisation de la campagne de vaccination de rattrapage des enfants de 3 à 6 ans avec le VPI, la campagne de vaccination contre la rougeole et la rubéole (campagne de suivi), la campagne de vaccination de riposte contre la poliomyélite en 2021 et 2022 ont permis d'obtenir, selon les données administratives, les couvertures vaccinales présentées dans le graphique ci-après.

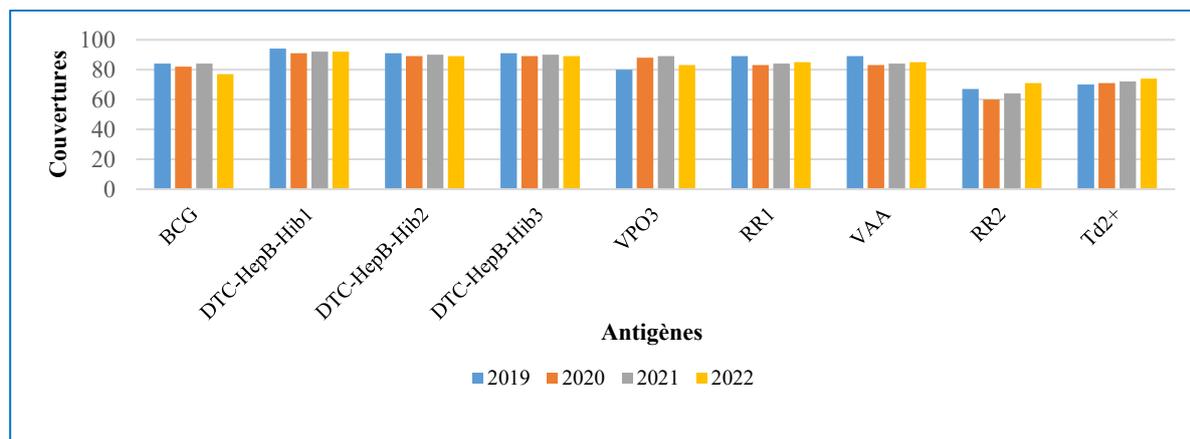


Figure 8 : Evolution des couvertures vaccinales de routine chez les 0-23 mois et les FE de 2019 à 2022
(Source : Rapport annuel PEV, 2022)

Le pourcentage d'enfants de 0 à 11 mois ayant reçu 3 doses de Penta (DTC-HepB-Hib) est passée de 89% en 2020 à 90% en 2021 et à 89% en 2022 pour une cible de 90,87%.

Les couvertures vaccinales sont supérieures à 80% pour tous les antigènes sauf pour la 2^{ème} dose du vaccin contre la rougeole et la rubéole (vaccin RR) et le vaccin contre le tétanos et la diphtérie (Td2+). Cependant, l'amélioration de la couverture vaccinale en 2022 pour ces deux antigènes est due au renforcement de la vaccination au cours de la deuxième année de vie pour le RR 2 (64% en 2021 à 71% en 2022) et à une amélioration du pointage pour la vaccination de Td (72% en 2021 à 74% en 2022). L'évolution des couvertures vaccinales au cours des six (06) dernières années au plan national est illustrée par le graphique ci-après.

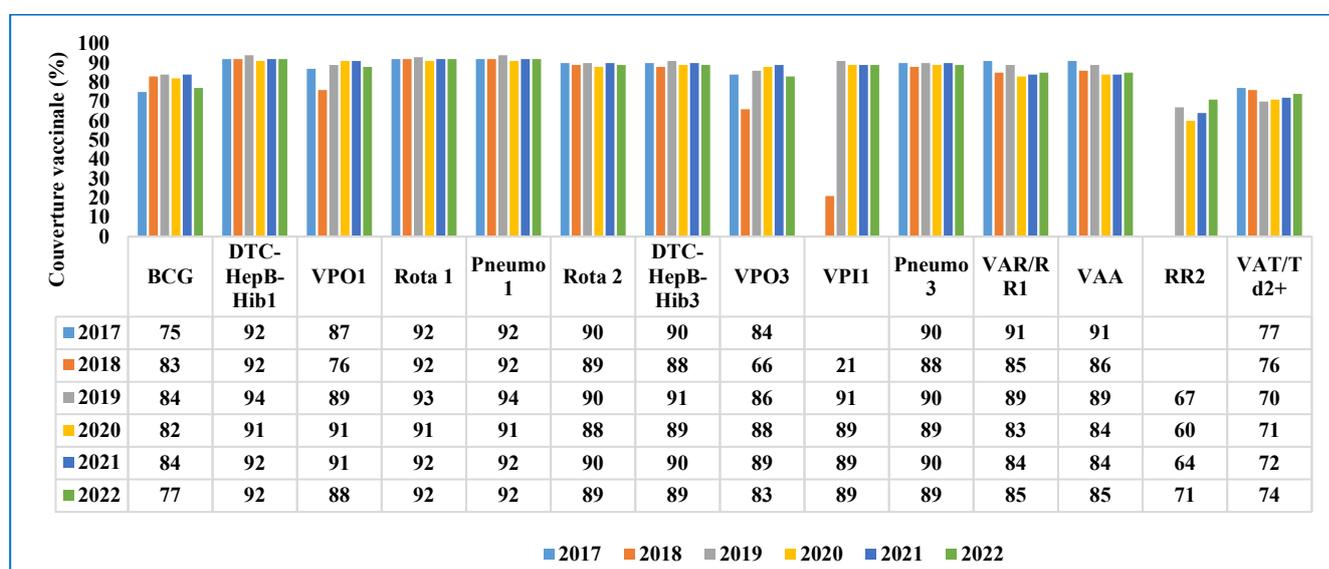


Figure 9 : Evolution des couvertures vaccinales de routine au Togo de 2017 à 2022

(Source : rapport annuel PEV, 2022)

Durant les six dernières années, la couverture des vaccins a été supérieure à 80% sauf pour le BCG en 2017, le VPO en 2018 et le VAT/Td2+. Mais en 2022 la couverture du VPO est supérieure à 80%.

- **Couverture vaccinale au niveau des régions sanitaires**

Le graphique suivant présente les couvertures vaccinales par régions pour la vaccination de routine des enfants de 0 à 23 mois et des femmes enceintes en 2022.

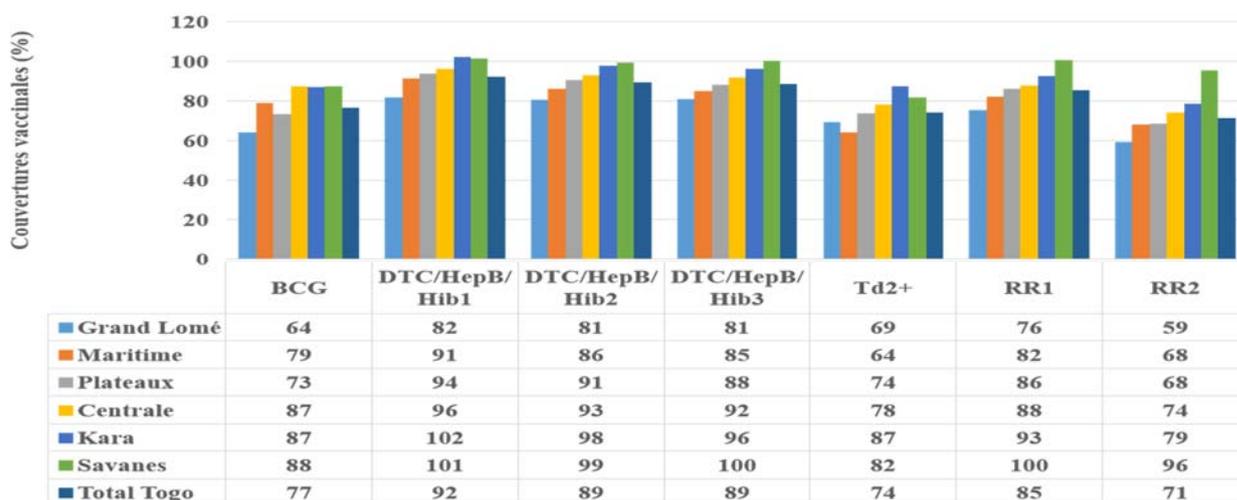


Figure 8 : Couvertures vaccinales des enfants de 0 à 23 mois et des femmes enceintes par régions en 2022

(Source : rapport annuel PEV, 2022)

Il ressort du tableau ci-dessus que les régions présentent des disparités dans les couvertures vaccinales avec les couvertures les plus élevées dans les régions Savanes et Kara. Les régions Grand-Lomé et Maritime affichent les couvertures vaccinales les plus faibles en raison des contraintes de l'atteinte des cibles en milieu urbain.

- **Abandon de la série vaccinale**

Le graphique ci-dessous montre les taux d'abandon vaccinal par région sanitaire en 2022.

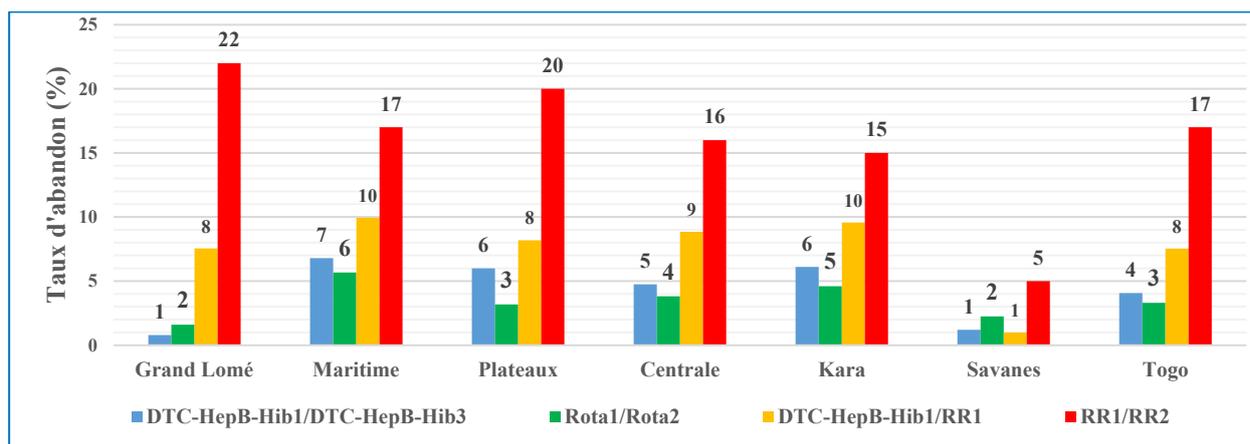


Figure 9 : Taux d'abandon vaccinal au niveau régional en 2022

(Source : rapport annuel PEV, 2022)

L'achèvement de la série vaccinale a été globalement satisfaisant au niveau national pour la cohorte des enfants 0-11 mois avec des taux d'abandon $\leq 10\%$ pour les séries Rota1-2 à 3%, DTC-HepB-Hib1-3 à 4%. Le taux d'abandon DTC-HepB-Hib1-RR1 a progressé passant de 9,28% en 2021 à 7,5% en 2022 pour une cible corrigée de 5%. En ce qui concerne la série RR 1-2, on note

un taux d'abandon élevé (17%) ; ce qui témoigne de l'insuffisance de la vaccination dans la 2^{ème} année de vie. La même tendance est observée au niveau des régions.

- **Résultats des activités de vaccination supplémentaires**

✓ **Organisation de la campagne de vaccination de rattrapage des enfants de 3 à 6 ans avec le VPI**

La mise en œuvre de cette campagne a permis de vacciner 590 681 enfants de 3 à 6 ans contre la poliomyélite avec le vaccin VPI sur 763 081 enfants attendus soit une couverture de 75% au plan national. Cette couverture varie entre 24% (Grand-Lomé) et 103% (Savanes) selon les régions sanitaires. Les régions Savanes, Kara et Plateaux ont atteint l'objectif de couverture (95%) pour l'intervention.

Les résultats obtenus sont l'aboutissement de l'engagement des autorités du pays, de l'appui multiforme des partenaires (GAVI, OMS, Unicef), de la motivation et de l'expérience du personnel de santé et des volontaires de tous les niveaux dans la mise en œuvre des campagnes de masses.

✓ **Campagne de vaccination de riposte contre la poliomyélite.**

En 2022, deux (02) cas de PVDVc type 2 ont été confirmés au mois de mai 2022, à savoir 1 cas de PFA dans le district de l'Oti (région des Savanes) et 1 cas détecté par la surveillance environnementale dans le district du Golfe (région du Grand-Lomé). Conformément aux procédures opérationnelles standards de l'éradication de la poliomyélite dans le monde, une campagne de riposte vaccinale doit être organisée en réponse aux cas confirmés. Ainsi deux tours de la campagne nationale de vaccination au nVPO2 se sont déroulés du 15 au 18 août 2022 pour le premier tour et du 13 au 16 octobre 2022 pour le deuxième tour. La couverture vaccinale au premier tour était de 102% et pour le deuxième tour elle était de 107%.

✓ **Campagne de vaccination contre la rougeole et la rubéole (campagne de suivi)**

Dans le cadre de la stratégie régionale de lutte accélérée contre la rougeole et la rubéole, une campagne nationale de vaccination de rattrapage ciblant les enfants de 9 à 59 mois s'est déroulée sur toute l'étendue du territoire national du 05 au 11 décembre 2022. Cette campagne a été couplée à l'administration de la vitamine A et de l'Albendazole aux enfants de 6 à 59 mois dans le cadre de la lutte contre la malnutrition et l'anémie chez les enfants.

Au total la campagne a permis de vacciner 1 468 732 enfants de 9 à 59 mois contre la rougeole et la rubéole, de supplémenter 1 614 349 enfants de 6 à 59 mois en vitamine A et de déparasiter 1 405 777 enfants de 12 à 59 mois avec l'Albendazole. La couverture au plan national était 95% pour le vaccin RR, 77% pour la vitamine A et 92% pour l'Albendazole.

✓ **Résultats de vaccination contre la Covid-19 en 2022**

L'évolution des doses de vaccins administrées contre la Covid-19 en 2022 varie de 166 047 à 239 964 avec deux pics enregistrés en janvier et en avril qui s'expliquent par :

- l'organisation des campagnes de vaccination en janvier 2022 dans les écoles et universités publiques sur toute l'étendue du territoire national ;
- la mise en œuvre de la troisième campagne du 04 au 21 avril 2022.

Au total 981 667 personnes ont été vaccinées contre la Covid-19 en 2022. Le graphique suivant montre le détail de l'évolution des doses de vaccins administrées contre la Covid-19 en 2022.

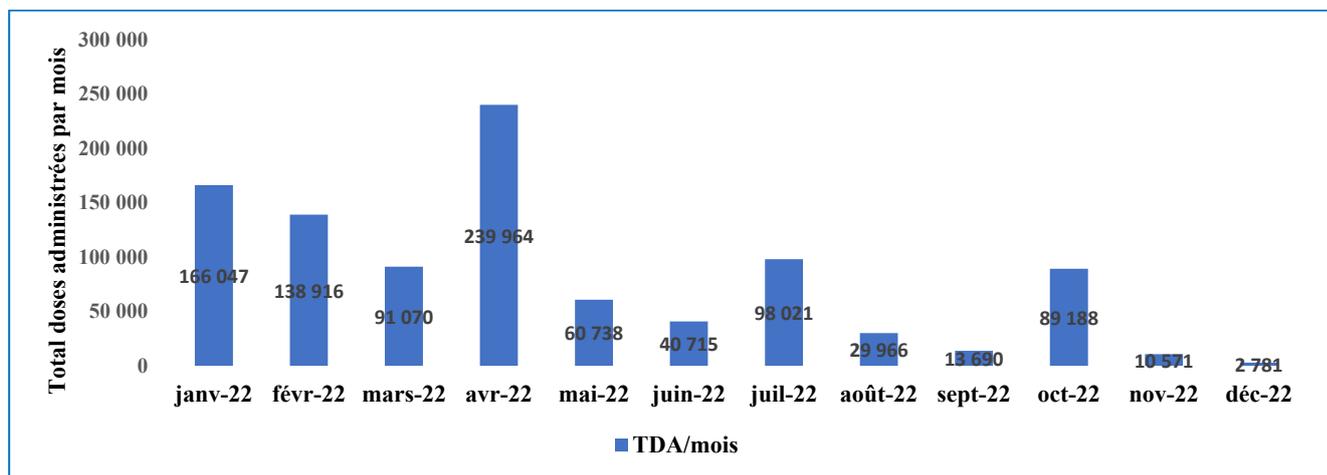


Figure 10 : Evolution mensuelle des doses de vaccins contre la Covid-19 administrées en 2022

(Source : rapport annuel PEV, 2022)

2.1.2.4. Promotion des pratiques familiales essentielles

Les activités d'Assainissement Total Piloté par la Communauté (ATPC) sont menées dans six (06) régions sanitaires. Elles ont permis d'améliorer la Fin de la Défécation à l'Air Libre (FDAL) dans 2 311 villages.

Cependant, le pourcentage de villages certifiés FDAL a baissé passant de 35,17% en 2021 à 32,57% en 2022 pour une cible de 37,47%. Cette contre-performance est due à la rareté des fonds dans le sous-secteur de l'hygiène et de l'assainissement de base. Le tableau suivant présente les principaux indicateurs de la FDAL par région sanitaire en 2022.

Tableau X : Principaux indicateurs de la FDAL par région sanitaire en 2022

Régions sanitaires	Pourcentage de villages certifiés* FDAL (%)	Pourcentage des villages ayant maintenus le statut FDAL depuis la certification (%)	Pourcentage de la population vivant dans les villages FDAL (%)	Pourcentage de personnes vulnérables ayant accès aux latrines appropriées dans les communes FDAL (%)	Pourcentage de ménages ayant acquis au moins un produit/service du marketing de l'assainissement (%)
Grand-Lomé	0,00	NA	0,00	NA	NA
Maritime	11,40	30,90	19,38	ND	5,60
Plateaux	21,32	88,05	15,26	61,54	19,29
Centrale	2,60	60,00	4,34	2,86	20,00
Kara	79,52	87,89	58,19	71,92	63,53
Savanes	78,31	90,71	56,19	84,88	68,98
Total Pays	32,57	79,52	21,75	74,26	28,84

NA = non applicable

(Source : rapport annuel DHAB, 2022)

2.1.2.5. Promotion des bonnes pratiques nutritionnelles

- Lutte contre la malnutrition aiguë sévère

La proportion d'enfants de 6-59 mois malnutris aigus sévères ayant bénéficié d'une prise en charge a connu une régression passant de 37,27% en 2021 à 30,39 % en 2022 pour une cible de 39,78%. Cette contre-performance se justifierait par le ralentissement des activités de prise en charge de la malnutrition aiguë sévère due à l'arrêt du renforcement de capacité des prestataires sur la prise en charge de la malnutrition depuis 2018, l'insuffisance de suivi/supervision des prestataires des activités de nutrition, la non mise à échelle de la prise en charge communautaire de la malnutrition aiguë. Le tableau suivant montre le nombre et la proportion d'enfants avec MAS pris en charge par région en 2022

Tableau XI : Proportion d'enfants avec malnutrition aigüe sévère pris en charge par région en 2022

Régions sanitaires	Nbre d'enfants avec MAS pris en charge	Nbre d'enfants avec MAS attendus	Couverture (%)
Grand-Lomé	1 350	6 563	20,57
Maritime	772	4 007	19,27
Plateaux	567	5 750	9,86
Centrale	1 072	2 103	50,97
Kara	1 565	5 292	29,57
Savanes	3 591	5 629	63,79
Total Pays	8 917	29 343	30,39

(Source : Rapport annuel DN, 2022)

- **Lutte contre les carences en vitamine A**

La couverture de la supplémentation en routine des enfants de 6 à 11 mois a régressé de 85,39% en 2021 à 75,0% en 2022. Une des raisons est la rupture par moment de la vitamine A 100.000 UI. Le tableau ci-après présente les résultats de la supplémentation en routine de la Vit A en 2022.

Tableau XII : Supplémentation en vitamine A chez les enfants au cours de la vaccination de routine par région en 2022

Régions sanitaires	Enfants (6-11mois) supplémentés	Cibles (6-11mois)	Couverture (%)
Grand-Lomé	68 291	89 307	76
Maritime	46 891	54 910	85
Plateaux	22 838	74 907	30
Centrale	28 278	33 756	84
Kara	45 195	42 086	107
Savanes	41 845	44 434	94
Total Pays	253 338	339 399	75

(Source : Rapport annuel DN, 2022)

- **Lutte contre les troubles dus à la carence en iode**

Dans le cadre de la lutte contre les troubles dus à la carence en iode (TDCI), le contrôle de routine au niveau des ménages montre que la proportion des ménages disposant du sel iodé a connu une baisse allant de 94% en 2021 à 92,86% en 2022. Ce contrôle qualitatif ne donne pas une indication sur la teneur en iode dans le sel. Mais l'enquête MICS6 2017 a révélé que la proportion des ménages disposant du sel adéquatement iodé (teneur en iode supérieure ou égale 15ppm) est de 26%.

De plus le nombre d'échantillons de sel contrôlés en 2022 est supérieur à celui de 2021 (71 947 contre 58 860), un des avantages est la disponibilité des Kits de contrôle durant l'année 2022.

L'enquête SMART réalisée en 2022 dans les trois régions a montré une faible disponibilité inférieure à la cible de 85%, de sel iodé dans les ménages. Il s'agit de la région Maritime avec une 48,8% de ménages possédant le sel iodé contre 56,7% et 64,3% respectivement pour les régions de la Kara et des Savanes.

Le contrôle des sels alimentaires au niveau des ménages et surtout au niveau des points d'entrée doit être renforcé pour une meilleure couverture de sel iodé mais aussi de façon adéquate. Le tableau suivant présente les résultats des échantillons de sel testés et iodés en routine par région en 2022.

Tableau XIII : Résultats des échantillons de sel de cuisine testés au niveau des ménages

Régions sanitaires	Nombre d'échantillons de sel testés	Nombre d'échantillons de sel iodé	Pourcentage (%)
Grand-Lomé	2 513	2 418	96,22
Maritime	13 859	12 314	88,85
Plateaux	8 771	7 876	89,80
Centrale	4 579	3 889	84,93
Kara	30 966	30 061	97,03

Savanes	11 259	10 250	91,04
Total Pays	71 947	66 808	92,86

(Source : Rapport annuel DN, 2022)

Les Journées de Santé de l'Enfant (JSE) sont une occasion de pouvoir atteindre les enfants de 24-59 mois pour la supplémentation en vitamine A, surtout que cette cible est difficilement rattrapée lors de la routine.

En mai 2022, le premier tour de supplémentation des enfants de 6-59 mois a eu lieu sur le plan national. Au total 1 568 118 (97,14%) sur 1 614 349 en 2022 enfants contre 1 531 159 (98,7%) en 2021 et 208 572 enfants de 6 à 11 mois soit 92 % ont été supplémentés à la même période.

Tableau XIV : Couverture des enfants de 6-59 mois supplémentés en Vit A lors des JSE par région en 2022

Régions sanitaires	Cible attendue	Nombre supplémenté		Total	Pourcentage (%)
		Féminin	Masculin		
Grand-Lomé	447 436	213 735	199 883	413 618	92
Maritime	258 526	133 457	125 801	259 258	100
Plateaux	347 894	177 500	166 762	344 262	99
Centrale	157 289	75 551	74 773	150 324	96
Kara	195 561	98 783	93 721	192 504	98
Savanes	207 643	106 657	101 495	208 152	100
Total Pays	1 614 349	805 683	762 435	1 568 118	97

(Source : Rapport annuel DN, 2022)

2.1.2.6. Santé des adolescents et jeunes

Les interventions dans le cadre de la promotion de la santé des adolescents et jeunes au Togo pour le compte de l'année 2022 s'articulent autour de trois points.

- ***Le renforcement de l'information, de l'éducation et de la communication à l'endroit des adolescents et jeunes et de la communauté***

Il s'agit essentiellement des activités de sensibilisation de masse, de causeries éducatives, et des entretiens individuels réalisées par les prestataires de santé, les animateurs des ONG et associations et les pairs éducateurs. Les principales thématiques sont : la lutte contre les grossesses précoces et non désirées, les IST et le VIH/Sida. Les effectifs touchés par les formations sanitaires en 2022 (389 501 individus de 10 à 24 ans) ont régressé par rapport à 2021 (708 553 individus de 10 à 24 ans). En dehors de ces activités, on note également la réalisation des sensibilisations à travers les médias, la diffusion des spots, la distribution des affiches, etc. Des plateformes en ligne, dont deux spécialement développées au Togo (ecentreConvivial et InfoAdoJeune) contribuent à ce jour à atteindre un plus grand nombre de jeunes en matière de partage d'informations sur la santé sexuelle et de la reproduction des adolescents et jeunes. De nouvelles stratégies comme l'éducation par le divertissement commencent par faire le pas sur les anciennes. Les secteurs de l'éducation et de la santé, en partenariat avec les OSC et avec l'appui des partenaires techniques et financiers, ont soutenu au cours de l'année, l'élaboration et la mise en œuvre d'un plan d'interventions en matière d'« Education Complète à la Sexualité » (ESC) désigné par « Education aux valeurs et à la Santé Sexuelle » (EVSS) au Togo.

- ***L'amélioration de la qualité de l'offre de services intégrés dans les formations sanitaires et dans la communauté au profit des adolescents et jeunes***

Au cours de l'année, une centaine de prestataires des formations sanitaires et également une centaine d'agents de santé communautaires, ont vu leurs capacités renforcées en offre de services adaptés aux adolescentes et jeunes. Les résultats en matière d'offre de services SR aux adolescents et jeunes ont montré, dans plusieurs domaines, une évolution positive. Les services contraceptifs

offerts en routine au sein des formations sanitaires ont permis de toucher 27 209 jeunes filles de moins de 20 ans (contre 21 935 en 2021). La promotion des campagnes d'offre de services intégrés SR (PEC IST, CDVIH, PF, etc..) et le renforcement de la DBC (extension des services aux adolescents) sont des stratégies qui ont permis de recruter un plus grand nombre de jeunes filles utilisatrices de méthodes contraceptives modernes. Le nombre de personnes dépistées (nouveaux et contrôle) et qui connaissent leur statut sérologique à l'égard du VIH pour le compte de l'année a évolué de 113 073 en 2021 à 133 395 en 2022. En ce qui concerne la prise en charge syndromique des IST chez les 10-24 ans, 31 779 cas ont été enregistrés (contre 36 946 cas en 2021).

- **Renforcement de la santé scolaire et universitaire**

Le nombre des infirmeries scolaires appuyés en médicaments et intrants est passé de 17 en 2021 à 23 en 2022. Plusieurs nouvelles infirmeries sont enregistrées au cours de l'année. Pour l'ensemble du pays, on dénombre 61 établissements scolaires (tous degrés et tous ordres confondus) disposant d'une infirmerie, avec 50% de ces structures dans Grand-Lomé.

Dans le processus de mise en œuvre des « Procédures et plan d'actions pour la réalisation des visites médicales systématiques dans les établissements scolaires du Togo », les modules de formation des équipes de visites ont été élaborés au cours de l'année.

2.1.3. Axe stratégique 2 « Renforcement de la lutte contre les maladies transmissibles »

Sur les six (06) indicateurs traceurs de l'axe stratégique 2 du PNDS, quatre (04) ont connu une progression et deux (02) sont stationnaires comme l'indique le tableau suivant :

Tableau XV : Performances en matière de renforcement de la lutte contre les maladies transmissibles

Indicateurs traceurs de progrès	Valeur réalisée 2021	Valeur cible 2022	Valeur réalisée 2022	Performance en 2022	Score de performance en 2022	Analyse
11-Pourcentage de femmes enceintes ayant reçu 3 doses de TPI pendant la grossesse	58,00%	66,50%	61,50%	0,4	2	Progression
12-Létalité due au paludisme chez les enfants de moins de 5 ans	2,50%	2,40%	2,50%	0,0	0	Stationnaire
13-Pourcentage de nouveaux cas de tuberculose bactériologiquement confirmés traités avec succès (guérison et traitement terminé) parmi les nouveaux cas de tuberculose bactériologiquement confirmés et enregistrés sur une période donnée	85,00%	86,30%	86,72%	1,3	5	Progression
14-Pourcentage de femmes enceintes séropositives au VIH ayant reçu des antirétroviraux durant leur grossesse	67,97%	69,67%	79,30%	6,7	5	Progression
15-Proportion de PVVIH sous ARV dont on sait qu'ils sont toujours en vie à 12 mois après le début du traitement	89,50%	96%	89,50%	0,0	0	Stationnaire
16-Proportion de personnes traitées à l'Ivermectine dans la population éligible	85,36%	86,16%	92,90%	9,4	5	Progression

La figure suivante illustre l'évolution globale des indicateurs traceurs de l'axe 2 de 2017 à 2022

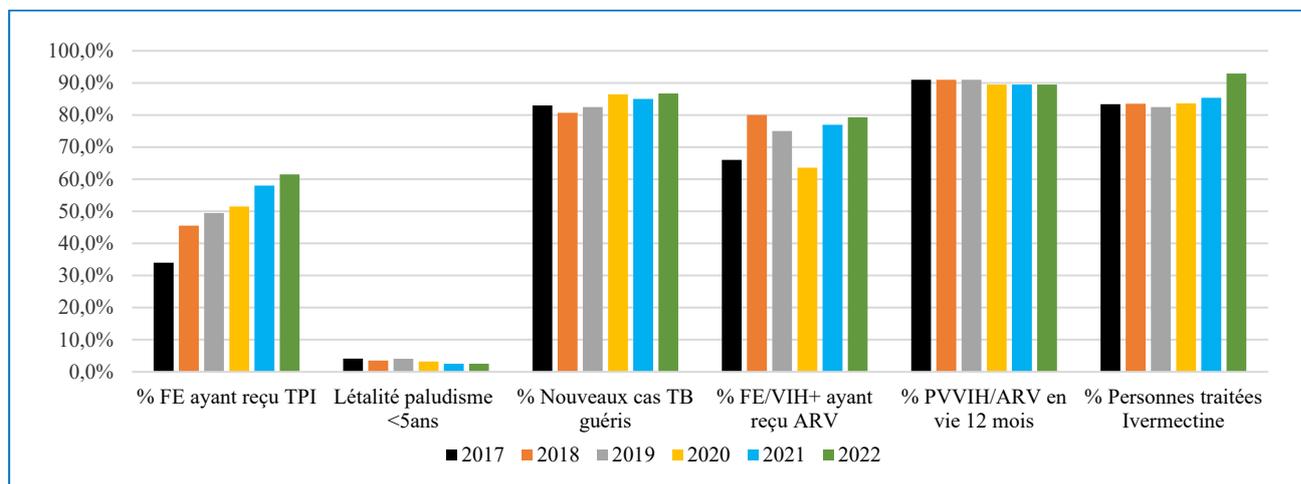


Figure 11 : Evolution globale des indicateurs traceurs de l'axe 2 de 2017 à 2022

2.1.3.1. Lutte contre le Paludisme

Maladie parasitaire causée par la pique de l'anophèle femelle, le paludisme continue de porter un lourd tribut sur les populations. Les stratégies de la lutte contre le paludisme engagée par le Togo se poursuivent avec : i) les interventions de la prévention du paludisme travers la promotion de l'utilisation des Moustiquaires à Imprégnation Durable (MID), le Traitement Préventif Intermittent (TPI) chez la femme enceinte et la Chimio prévention du paludisme saisonnier (CPS) chez les enfants de moins de 5 ans et, ii) la prise en charge des cas de paludisme à travers le diagnostic parasitologique et le traitement des cas avec des combinaisons thérapeutiques à base d'artémisinine dans les formations sanitaires et au niveau communautaire.

- Distribution des Moustiquaires à Imprégnation Durable (MID)

La distribution des MID se fait en campagne tous les 3 ans pour l'ensemble de la population et en routine au bénéfice des cibles vulnérables qui sont les femmes enceintes et les enfants de moins d'un an. La performance de la distribution des MID a connu une progression croissante passant de 52,10% en 2018 à 91% en 2019, 94% en 2020, 96% en 2021 et 104,94 % en 2022. Les couvertures en 2022 sont de 95,71 pour les FE et 94,19% en pour les enfants de moins d'un an. Les résultats de la distribution des MID en routine sont présentés dans le tableau ci-après.

Tableau XVI : Résultats de distribution des moustiquaires à imprégnation durable en routine, 2022

Régions sanitaires	Distribution aux femmes enceintes			Distribution aux enfants de moins d'un an			Performance		
	Nbre FE vues en CPN1	Nbre FE ayant reçu MID	Pourcentage (%)	Nbre vaccinés VPO1	Nbre ayant reçu MID	Pourcentage (%)	Cible annuelle	Nb MID distribuées	Pourcentage (%)
Grand-Lomé	52 054	47 770	91,77	64 823	59 825	92,29	112 540	107 595	95,61
Maritime	36 141	32 879	90,97	48 794	43 740	89,64	77 965	76 619	98,27
Plateaux	52 312	51 546	98,54	67 071	63 501	94,68	107 285	115 047	107,24
Centrale	27 152	27 042	99,59	31 864	31 157	97,78	52 833	58 199	110,16
Kara	36 435	35 316	96,93	40 838	39 043	95,60	67 446	74 359	110,25
Savanes	39 122	38 241	97,75	44 359	43 170	97,32	71 015	81 411	114,64
Total pays	243 216	232 794	95,71	297 749	280 436	94,19	489 083	513 230	104,94

(Source : rapport annuel PNL, 2022)

- Traitement Préventif Intermittent (TPI)

Le TPI consiste en l'administration de la Sulfadoxine Pyriméthamine (SP) aux femmes enceintes à partir de la 13^{ème} semaine d'aménorrhée. La couverture TPI3 a connu une amélioration progressive passant de 34% en 2017, 45,50% en 2018, 49,44% en 2019, 52% en 2020, 58% en 2021 et 61,5% en 2022. Le tableau suivant montre les résultats du TPI au cours de l'année 2022.

Tableau XVII : Résultats traitement préventif intermittent par région en 2022

Régions sanitaires	Nbre FE vues en CPN 1	Nbre FE ayant pris trois doses de TPI	Couverture TPI 3 (%)	Cible annuelle TPI 3	Performance (%)
Centrale	27 152	17 217	63,4	27 692	62,2
Kara	52 054	34 077	65,5	56 762	60
Grand-Lomé	36 435	21 782	59,8	35 313	61,7
Maritime	36 141	21 518	59,5	37 496	57,4
Plateaux	52 312	29 497	56,4	55 695	53
Savanes	39 122	25 400	64,9	39 001	65,1
Total pays	243 216	149 491	61,5	251 960	59,3

(Source : rapport annuel PNL, 2022)

- Chimio prévention du paludisme saisonnier (CPS)

Cette intervention à haut impact se met en œuvre pendant la saison des pluies qui est également la période de haute transmission palustre dont les enfants payent un lourd tribut. Elle a été organisée mensuellement de Juillet à Octobre au bénéfice des enfants de 3 à 59 mois dans les régions de la Centrale, de la Kara et des Savanes. Les ASC ont administré la Sulfadoxine Pyriméthamine plus l’Amodiaquine à ces enfants dans les ménages. Les résultats obtenus sont présentés dans le tableau suivant :

Tableau XVIII : Résultats de la chimio prévention du paludisme saisonnier en 2022

Régions	Sexe	Cycle 1			Cycle 2			Cycle 3			Cycle 4		
		Enfants Recensés	Enfants Traités	%									
Centrale	M	67 916	66 757	98	72 564	71 603	99	74 316	73 219	99	75 420	73 991	98
	F	65 806	64 742	98	69 835	68 903	99	72 055	70 998	99	73 232	71 879	98
	Total	133 722	131 499	98	142 399	140 506	99	146 371	144 217	99	148 652	145 870	98
Kara	M	82 079	80 334	98	87 139	85 895	99	90 447	89 192	99	93 138	91 762	99
	F	80 519	79 002	98	86 350	85 120	99	89 188	87 928	99	92 314	90 997	99
	Total	162 598	159 336	98	173 489	171 015	99	179 635	177 120	99	185 452	182 759	99
Savanes	M	95 588	94 669	99	99 307	98 179	99	103 176	101 763	99	105 196	103 495	98
	F	93 567	92 761	99	96 799	95 749	99	101 843	100 389	99	103 902	102 235	98
	Total	189 155	187 430	99	196 106	193 928	99	205 019	202 152	99	209 098	205 730	98
Total pays	M	245 583	241 760	98	259 010	255 677	99	267 939	264 174	99	273 754	269 248	98
	F	239 892	236 505	99	252 984	249 772	99	263 086	259 315	99	269 448	265 111	98
	Total	485 475	478 265	99	511 994	505 449	99	531 025	523 489	99	543 202	534 359	98,37

(Source : rapport annuel PNL, 2022)

- Diagnostic des cas de paludisme dans les formations sanitaires et dans la communauté

Le nombre de cas de paludisme confirmé notifié en 2022 est de 2 224 558 répartis entre les formations sanitaires (67%) et le niveau communautaire (33%) ; le secteur privé a contribué dans une proportion de 14%. Les enfants de moins de 5 ans occupent 34% des cas tandis que les femmes enceintes n’occupent que 3% grâce à la prévention du paludisme pendant la grossesse qui aurait contribué à la réduction de la morbidité palustre chez cette cible. Le tableau ci-après montre la répartition des cas de paludisme en 2022.

Tableau XIX : Répartition des cas confirmés de paludisme par niveau de soins et par catégorie de patients en 2022

Régions sanitaires	Cas de paludisme par niveau de soins			Cas de paludisme par catégorie de patients			
	Formations sanitaires	Niveau Communautaire	Total	Moins de 5 ans	5 ans et plus	Femmes enceintes	Total
Grand-Lomé	163 349	22 683	186 032	36 570	143 089	6 373	186 032
Maritime	213 874	114 887	328 761	87 598	233 497	7 666	328 761
Plateaux	309 271	180 778	490 049	162 809	308 203	19 037	490 049
Centrale	213 459	98 856	312 315	105 133	195 585	11 597	312 315
Kara	331 057	207 921	538 978	233 980	290 735	14 263	538 978

Savanes	264 869	103 554	368 423	120 676	235 811	11 936	368 423
Total pays	1 495 879	728 679	2 224 558	746 766	1 406 920	70 872	2 224 558
Pourcentage	67%	33%	100%	34%	63%	3%	100%

(Source : rapport annuel PNLN, 2022)

- Traitement des cas de paludisme

Le traitement du paludisme se fait au niveau communautaire et dans les formations sanitaires.

En 2022, 99,8% (98% en 2021) des cas de paludisme simple reçus au niveau des FS et 99,6% (98% en 2021) au niveau communautaire sont traités avec les CTA et la quinine (chez les femmes enceintes au 1^{er} trimestre de grossesse) selon les directives nationales. Le tableau suivant présente les cas traités selon les directives nationales dans les formations sanitaires et au niveau communautaire.

Tableau XX : Traitement des cas de paludisme simple selon les directives nationales dans les FS et au niveau communautaire par région en 2022

Régions sanitaires	Niveau formations sanitaires			Niveau communautaire			Ensemble		
	Cas de paludisme simple	Cas traités selon les directives	%	Cas de paludisme simple	Cas traités selon les directives	%	Cas de paludisme simple	Cas traités selon les directives	%
Grand-Lomé	152 162	152 956	100,5	22 683	22 263	98,1	174 845	175 219	100,2
Maritime	205 944	205 108	99,6	114 887	114 752	99,9	320 831	319 860	99,7
Plateaux	289 893	289 779	100,0	180 778	179 901	99,5	470 671	469 680	99,8
Centrale	206 343	206 993	100,3	98 856	97 943	99,1	305 199	304 936	99,9
Kara	318 947	314 665	98,7	207 921	204 487	98,3	526 868	519 152	98,5
Savanes	250 584	251 241	100,3	103 554	102 962	99,4	354 138	354 203	100,0
Total pays	1 423 873	1 420 742	99,8	728 679	722 308	99,1	2 152 552	2 143 050	99,6

(Source : rapport annuel PNLN2022)

Dans le cadre de la prise en charge des cas de paludisme grave niveau hospitalier, les directives nationales recommandent le traitement par l'artésunate injectable en première intention. A cet effet, le Ministère chargé de la santé a rendu gratuite cette molécule dans les centres hospitaliers du pays depuis 2018 avec l'appui des partenaires.

Le tableau ci-après présente les cas graves de paludisme, les décès et la létalité liés au paludisme par région.

Tableau XXI : Traitement du paludisme grave et décès liés au paludisme par région en 2022

Régions sanitaires	Cas de Paludisme grave hospitalisés				Décès dus au Paludisme				Létalité (%)			
	Moins de 5 ans	5 ans et plus	FE	Total	Moins de 5 ans	5 ans et plus	FE	Total	Moins de 5 ans	5 ans et plus	FE	Total
Centrale	3 303	2 066	259	5 628	135	54	0	189	4,1	2,6	0,0	3,4
Grand-Lomé	1 749	2 418	107	4 274	67	88	1	156	3,8	3,6	0,0	3,6
Kara	4 034	3 440	437	7 911	55	26	0	81	1,4	0,8	0,0	1,0
Maritime	2 327	2 396	133	4 856	42	57	1	100	1,8	2,4	0,0	2,1
Plateaux	6 118	4 355	633	11 106	200	47	0	247	3,3	1,1	0,0	2,2
Savanes	5 654	3 408	578	9 640	87	45	0	132	1,5	1,3	0,0	1,4
Total pays	23 185	18 083	2 147	43 415	586	317	2	905	2,5	1,8	0,0	2,1
%	53,4%	41,7%	4,9%	100%	64,8%	35%	0,2%	100%				

(Source : rapport annuel PNLN, 2022)

La majorité des cas d'hospitalisations et des décès liés au paludisme sont les enfants de moins de 5 ans avec respectivement 53,4 % (54,2% en 2021) et 64,8 % (64,3% en 2021).

Les enfants de moins de 5 ans restent la tranche de la population la plus touchée par le paludisme grave. La létalité due au paludisme en 2022 est 2,1% avec 2,5% chez les enfants de moins de 5 ans. Cette valeur était de 3,03% en 2020 et 2,50% en 2021. L'amélioration de cette performance serait liée à la distribution gratuite de l'artésunate injectable pour le traitement des patients

hospitalisés pour paludisme grave et la mise en œuvre de la CPS en quatre cycles de traitement depuis 2020. La CPS aurait contribué à la réduction de la sévérité et de la gravité de la maladie.

2.1.3.2. Lutte contre la tuberculose

- Dépistage de la tuberculose (TB)

Un total de 3 133 patients de tuberculose toutes formes confondues ont été dépistés, donnant un taux de notification de la TB de 38,65 patients pour 100 000 habitants pour une population totale estimée à 8 104 000 hbts en 2022 (population INSEED scénario bas). Il a été noté une hausse du nombre de patients notifiés par rapport à l'année 2021 pendant laquelle 2 490 patients toutes formes confondues ont été notifiés. Cette hausse est de 25,82%, soit 643 patients de TB de plus qu'en 2021. L'analyse données par sexe et par âge montre que sur les 3 133 patients TB toutes formes confondues notifiés en 2022, 2 010 sont des hommes, soit 64,16% et 1 123 des femmes, soit 35,84%. Les tranches d'âge de 35 à 44 ans et de 25 à 34 ans sont les plus touchées avec respectivement 25,56% et 20,20% du total des patients. La tranche d'âge de 45 à 54 ans vient en troisième position avec 18,51 % des patients. Le tableau suivant montre la répartition des cas de TB dépistés selon la forme.

Tableau XXII : Répartition des cas de TB dépistés au Togo selon la forme en 2022

Type de TB	TPB+ Nv Cas	Rechutes	Cas déjà traités (hors rechutes)	TPB- toutes formes	TEP – toutes formes	Total de cas de TB
Effectifs	2 442	161	91	97	342	3 133
Pourcentage (%)	77,94	5,14	2,90	3,10	10,92	100

(Source : rapport annuel PNL, 2022)

La répartition des patients TB par région (figure ci-après) révèle que la région du Grand-Lomé a notifié, 40% de tous les patients TB du pays en 2022. Elle est suivie de la région Maritime (19%) et de la région des plateaux (17%). La situation est presque identique pour les cas de tuberculose pulmonaires bactériologiquement confirmés (TPB+) nouveaux cas.

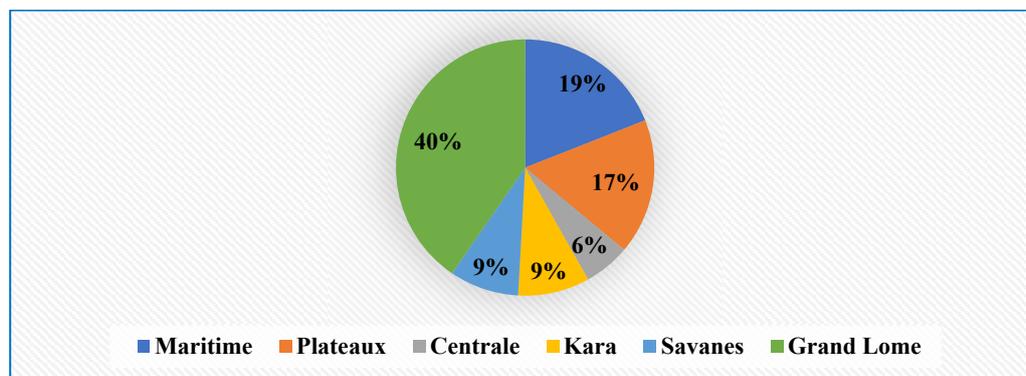


Figure 12 : Répartition du dépistage des cas de TB par région sanitaire en 2022

(Source : rapport annuel PNL, 2022)

- Co-infection Tuberculose/VIH

Sur les 3 133 patients TB toutes formes confondues en 2022, 99,68% ont été testés à la sérologie VIH ou ont leur statut sérologique documenté. Parmi eux, 12,36% sont co-infectés TB/VIH.

Un total de 380 patients co-infectés TB-VIH sur les 386 (98,44 %) ont démarré un traitement ARV et 383 (99,22%) ont été mis sous cotrimoxazole. Il a été noté comme les années précédentes, une bonne performance en ce qui concerne le dépistage de l'infection au VIH chez les patients tuberculeux. Il a été noté une légère régression en ce qui concerne le dépistage de l'infection au

VIH chez les patients tuberculeux. Cet indicateur est passé de 99,80% en 2021 à 99,70% en 2022 (figure 9).

Le pourcentage de patients coinfectés TB/VIH au sein des patients TB testés a été de 12,36% en 2022 contre 13,32% en 2021. La figure ci-dessous illustre l'évolution du dépistage du VIH chez les patients TB entre 2018 et 2022.

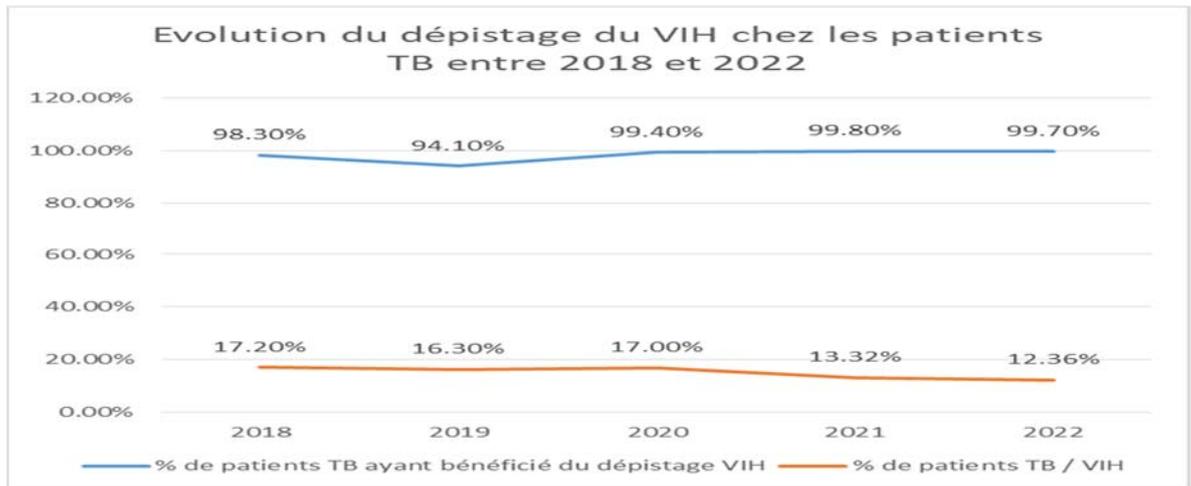


Figure 13 : Evolution de dépistage du VIH chez les patients TB entre 2018 et 2022
(Source : rapport annuel PNL, 2022)

- Résultats du traitement

Le pourcentage de nouveaux cas de tuberculose bactériologiquement confirmés traités avec succès (guérison et traitement terminé) parmi les nouveaux cas de tuberculose bactériologiquement confirmés et enregistrés est de 86,72% en 2022 (1829/2109) contre 85% en 2021. Ce résultat indique une hausse de l'indicateur par rapport à 2021 et montre que l'objectif fixé (Cible PNDS) qui est de 86,30% en 2022 est atteint. Cette performance est attribuable au renforcement des interventions du programme.

Les résultats de traitement des nouveaux cas et des rechutes de TB confirmés sont illustrés par la figure ci-après :

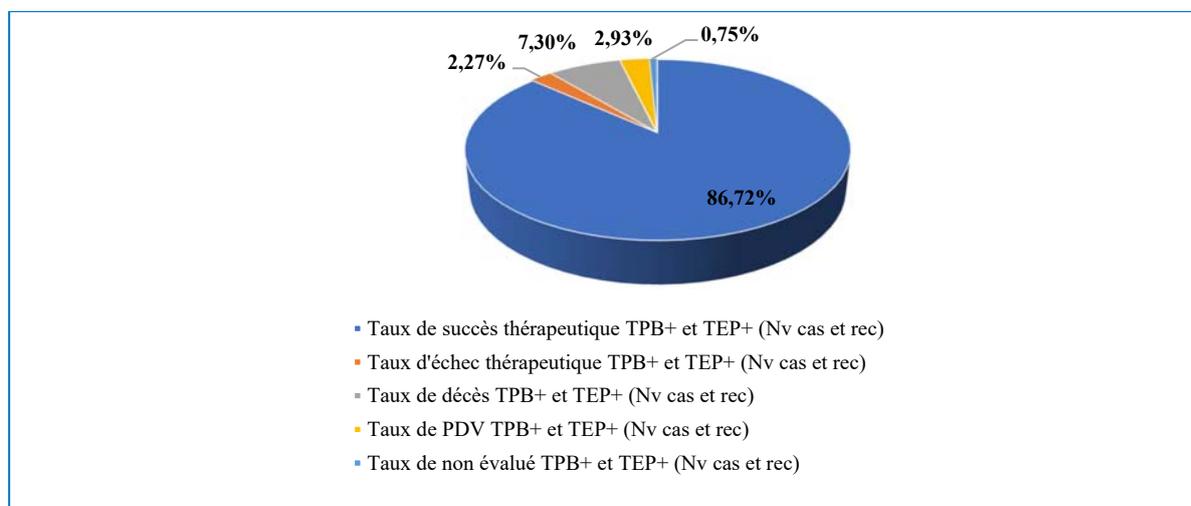


Figure 14 : Résultats de traitement des cas incidents bactériologiquement confirmés : TPB+ et TEP+ de la cohorte 2021
(Source : rapport annuel PNL, 2022)

Il faut noter que malgré la hausse de la performance du taux de succès thérapeutique des cas incidents bactériologiquement confirmés (86,72%) par rapport à 2021(85%), ces résultats demeurent en deçà des objectifs mondiaux (90%). Ce résultat pourrait s'expliquer par le taux élevé de décès qui demeure élevé (7,30%). La réduction du taux de décès reste un défi pour le programme. La mise en œuvre des mesures d'atténuation de l'impact de la pandémie à Covid-19 est à mettre à l'actif de cette performance signalée plus haut.

- **Tuberculose à bacilles multirésistante (TB-MR)**

En 2022, 17 patients pharmaco résistants (TB-MR/RR) ont été dépistés contre 19 en 2021. Parmi ces 17 dépistés, 15 ont été mis sous traitement, six (06) étaient co-infectés TB-MR/VIH soit une proportion de 35,3%. Quatre (04) décès en cours de traitement ont été enregistrés.

2.1.3.3.Lutte contre le VIH/sida

La prévalence moyenne au Togo en 2014 était de 2,50% dans la tranche d'âge de 15 à 49 ans (EDST III 2013-2014). Elle est estimée à 1,73% en 2022 (Estimation EPP Spectrum 6.26) avec une prédominance féminine de 2,40% contre 1,10% chez les hommes. Chez les groupes à risque, selon les résultats de l'Enquête de Surveillance de Seconde Génération réalisée en 2022, la prévalence du VIH (une enquête réalisée au sein des populations clés) est de 7,7 % chez les HSH, 7% chez les PS et 3,60% chez les UDI.

- **Dépistage du VIH**

En 2022, pour toutes les stratégies et cibles confondues, 578 060 personnes ont été dépistées et connaissent leur statut sérologique à VIH contre 535 392 en 2021.

Le dépistage en stratégie fixe a été réalisé dans les différents sites de dépistage : Centre de Dépistage Volontaire (CDV), Centre de Dépistage et de Traitement de tuberculose (CDT), sites de Prévention de la Transmission du VIH de la Mère à l'Enfant (PTME) et Services Adaptés (SA). Il est à noter que les nouvelles stratégies de conseil dépistage du VIH (Index testing et dépistage communautaire) implémentées très tôt sur les sites PEPFAR et par les ONG/Associations ont contribué énormément à l'offre de service de dépistage du VIH. Le tableau ci-après présente la répartition des personnes dépistées et le taux de séropositivité par région sanitaire en 2022. Le tableau suivant présente la répartition par région des résultats du dépistage du VIH en 2022.

Tableau XXIII : Répartition par région des résultats du dépistage du VIH en 2022

Régions sanitaires	Nombre dépisté	Nombre positif	Taux de séropositivité (%)
Grand-Lomé	159 010	8 706	5,5
Maritime	74 292	3 302	4,4
Plateaux	117 145	2 689	2,3
Centrale	67 855	1 226	1,8
Kara	88 808	1 756	2,0
Savanes	70 950	440	0,6
Total Pays	578 060	18 119	3,3

(Source : Rapport PNL5-HV-IST, 2021)

Dans les services adaptés (SA), 28 374 populations clés ont été référées, conseillées et dépistées avec un taux de séropositivité de 3,77 % en 2022 contre 9,2 % en 2021. Les PS ont été les plus dépistés (44%) suivis des HSH (37%). Le taux de séropositivité le plus élevé est enregistré chez les PS soit 4,4%.

La figure ci-dessous montre la répartition des dépistés et le taux de séropositivité par population clé dans les SA en 2022.

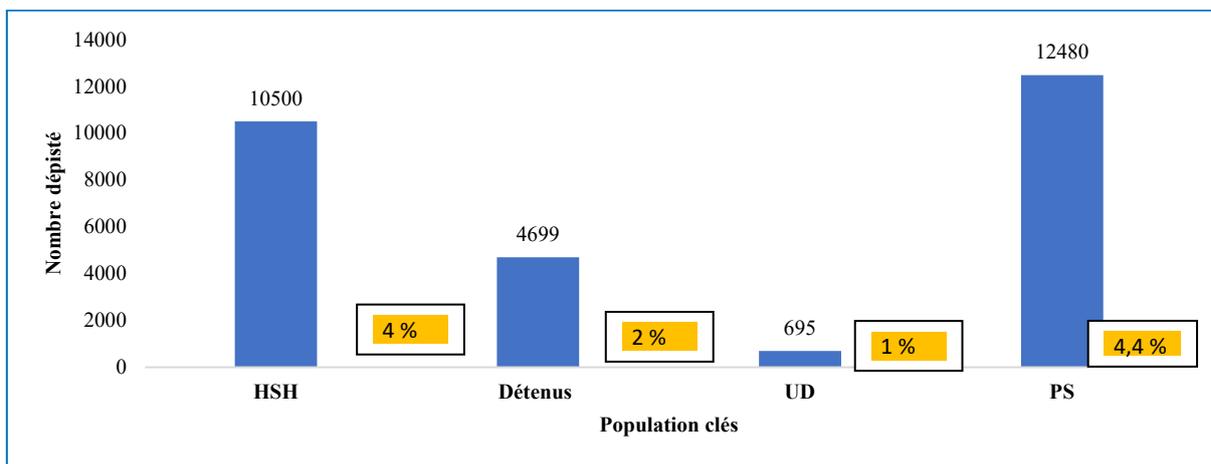


Figure 15 : Répartition des PVVIH dépistés et taux de séropositivité par population clé en 2022

(Source : Rapport PNLS-HV-IST, 2022)

- Prévention de la Transmission du VIH de la Mère à l'Enfant (PTME)

Le nombre de sites PTME est de 840 en 2022, soit une couverture géographique de 85,37 %. La couverture géographique des sites PTME fonctionnels est de 84,25% (figure ci-dessous).

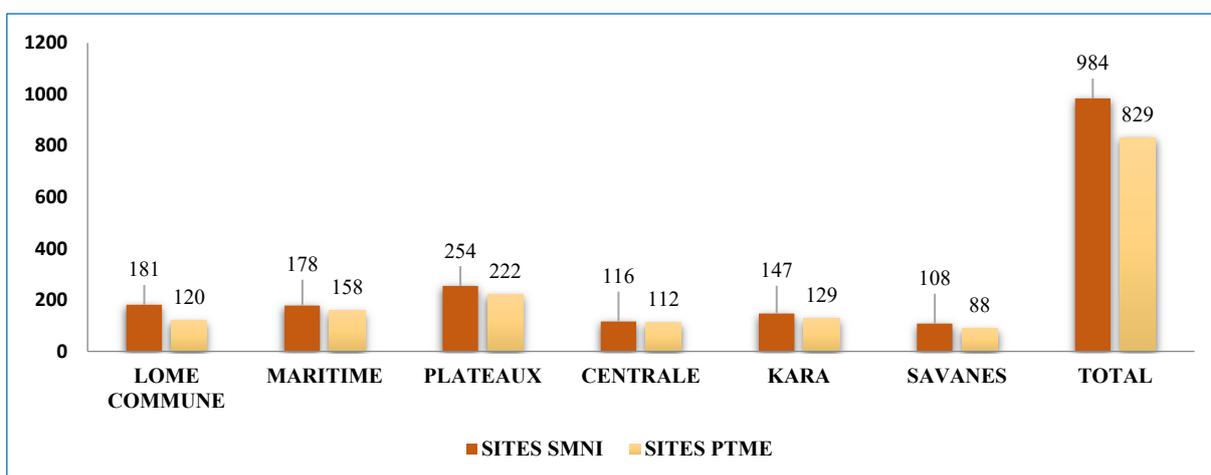


Figure 16 : Répartition du nombre de sites de PTME et de centres de SMNI par région en 2022

(Source : Rapport annuel PNLS-HV-IST, 2022)

Les accouchements des femmes enceintes séropositives ont permis d'enregistrer 2 956 enfants vivants nés de mères séropositives en 2022 contre 2 878 en 2021. Parmi eux, environ 2907 soit 98,34% ont reçu la prophylaxie antirétrovirale contre 81,55% en 2021. Cette amélioration de la couverture des enfants mis sous prophylaxie est due à la disponibilité des intrants (Névirapine sirop) et surtout la mise en place d'un mécanisme de suivi rapproché sur la plupart des gros sites PTME en 2022.

Ainsi, on note une amélioration du pourcentage de femmes enceintes séropositives au VIH ayant reçu des antirétroviraux durant leur grossesse pour réduire la transmission du VIH de la mère à l'enfant qui est passé de 67,97% en 2021 à 79,32% en 2022 pour une cible corrigée de 69,67%. Le pourcentage de femmes séropositives ayant reçu les ARV pour réduire le risque de transmission du VIH de la mère à l'enfant est de 79,32 % (3502/4541) en 2022 contre 67,97% en 2021 pour une cible de 98,30%.

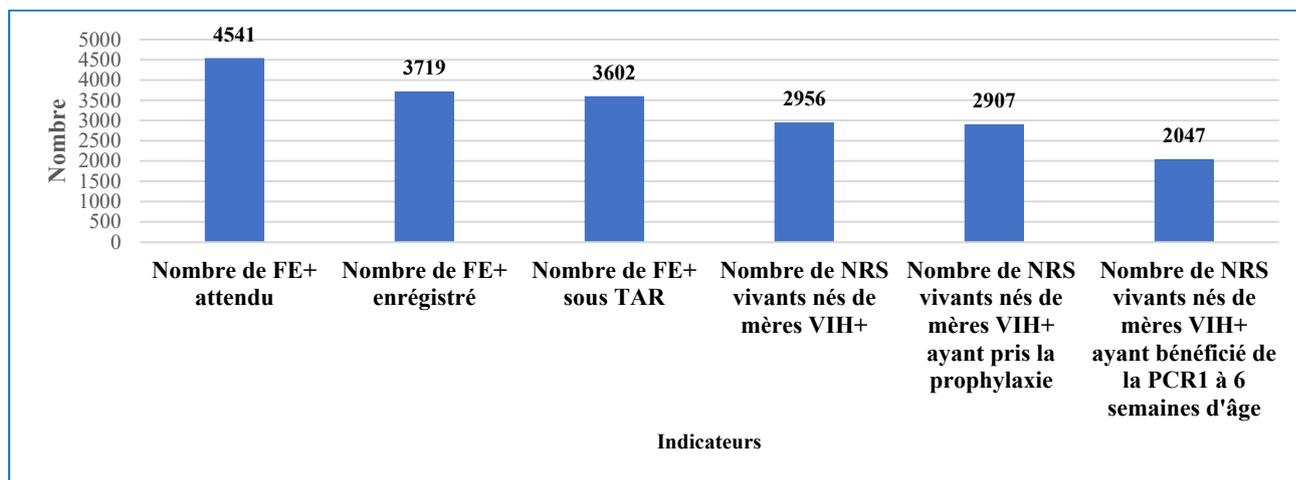


Figure 17 : Cascade des indicateurs de suivi de la PTME en 2022

(Source : Rapport PNLS-HV-IST, 2022)

- **Prise en charge globale des personnes vivant avec le VIH**

En 2022, 86 880 PVVIH sont inscrites aux soins et régulièrement suivies dans les structures de prise en charge. Il a été enregistré 4 380 enfants et 82 500 adultes. Ainsi, la proportion de PVVIH sous ARV dont on sait qu'ils sont toujours en vie à 12 mois après le début du traitement est passé de 91% en 2017 à 89,50% en 2020 pour une cible de 94%. Il s'agit d'un indicateur d'enquête dont la valeur proxy a été considérée au titre de l'année 2022.

Tableau XXIV : Répartition des PVVIH sous ARV par tranches d'âge et région 2022

Régions sanitaires	Nombre de PVVIH sous ARV suivis <15 ans	Nombre de PVVIH sous TAR suivis 15 ans et +	TOTAL
Grand-Lomé	2 264	46 658	48 922
Maritime	891	14 063	14 954
Plateaux	537	9 000	9 537
Centrale	305	6 103	6 408
Kara	243	4 442	4 685
Savanes	140	2 230	2 370
Total Pays	4 380	82 496	86 876

(Source : Rapport PNLS-HV-IST, 2022)

Plusieurs initiatives ont été mises sur pieds pour optimiser la prise des ARV pédiatriques et le système de tutorat clinique : (i) l'élaboration du plan d'accélération de la prise en charge du VIH chez l'enfant, (ii) l'extension des services PTME et celle du dépistage précoce du VIH à six semaines couplées au traitement précoce, (iii) le dépistage à l'initiative du prestataire à toutes les portes d'entrée dans les services de pédiatrie et (iv) l'acquisition de cartes posologiques.

La formation des prestataires sur l'utilisation de nouvelles molécules pédiatriques (ABC/3TC, granulé de LPV/r, DTG) ces dernières années a également permis d'améliorer la prise en charge pédiatrique. Le plan d'accélération de la prise en charge pédiatrique initié par FHI360 à travers le projet EAWA pourra booster cet indicateur. Pour avoir une base fiable de la file active de PVVIH sous ARV, une mission conjointe d'épuration PNLS-HV-IST et SP/CNLS a été organisée au niveau des sites à grosses files actives des six (6) régions sanitaires du pays.

2.1.3.4. Lutte contre les maladies tropicales négligées (MTN)

- **MTN à Chimiothérapie Préventive**

Dans le cadre de la lutte contre les MTN à Chimiothérapie Préventive (CTP), le programme national des maladies tropicales négligées (PNMTN) a maintenu les acquis des dernières années

en termes de couverture géographique à 100% et l'amélioration des couvertures épidémiologiques des traitements de masse (TDM) contre les Géo-helminthiases et les schistosomiasés.

Les zones de mise en œuvre des TDM du 1^{er} tour en 2022 sont pour l'Onchocercose 5 398 villages répartis dans tous les districts sauf ceux de Vo, Lacs et Golfe, la Géo-helminthiases dans tous les districts sauf à Danyi et les Schistosomiasés dans les 39 districts. Le 2^{ème} tour a été organisé dans 17 districts pour l'Onchocercose, 07 districts pour les Géo-helminthiases et 16 districts pour les Schistosomiasés.

Rappelons que depuis 2021, à la place de la proportion des personnes traitées à l'Ivermectine dans la population éligible, c'est la couverture programmatique de l'Ivermectine qui est calculée selon les recommandations de l'OMS pour répondre à l'objectif d'élimination. Ainsi, la couverture programmatique de l'Ivermectine lors des TDM a connu une régression passant de 93,36% en 2021 à 92,9% en 2022 quand bien même la cible corrigée du PNDS (86,16%) soit atteinte en raison de la disponibilité des intrants et l'engagement communautaire et des PTF. La cible de la couverture programmatique (95%) n'a pas été atteinte pendant les deux années. La contre-performance par rapport à l'objectif de l'OMS serait due probablement à la démotivation de plus en plus accrues des ASC (retard des motivations, faible/diminution) qui relâchent dans leur effort, à la situation sécuritaire dans les Savanes avec déplacement des populations. Notons tout de même que sur la base des résultats satisfaisant des évaluations dans la région maritime, le comité des experts sur l'onchocercose a décidé en 2022 de l'arrêt de traitement dans cette région.

Dans ce processus de l'élimination de l'onchocercose, la région des Savanes a été cible d'une évaluation arrêt de traitement à l'Ivermectine. Ainsi, sur le plan entomologique, trois sites ont fait l'objet de capture de simules pour l'évaluation entomologique dont les résultats sont en cours d'analyse.

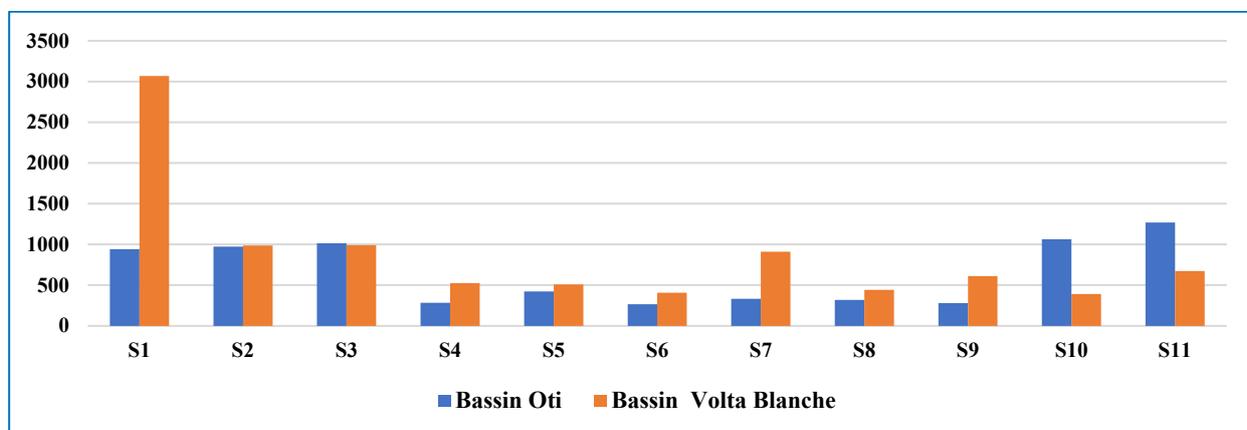


Figure 18: Evolution du nombre de simules capturées par bassin en 2022
(Source : Rapport annuel PNMTN, 2022)

Sur le plan épidémiologique, 140 villages de la région des Savanes ont fait l'objet de prélèvement de taches de sang séché sur 8 946 enfants âgés de 5 à 9 ans pour l'évaluation épidémiologique dont les analyses sont en cours.

Pour les schistosomiasés, des investigations des cas d'hématurie ont permis d'obtenir les résultats suivants : i) 19 échantillons positifs /60 recueillis (32%) aux USP de Vo-Active et d'Agokponou (Vo) ; ii) 28 cas d'hématuries confirmés à la bilharziose urinaire et 322 cas confirmés de géohelminthiases dans la Kara ; iii) 12 cas de bilharziose urinaire confirmés dans le district de Tchaoudjo (Salimdè, Sagbadai et poly) dans la région Centrale ; iv) 78 cas de bilharziose urinaire dans les Plateaux dont plus de 80% dans les districts sanitaires d'Anié, Wawa et Kloto.

Tableau XXV : Synthèse nationale des couvertures du traitement de masse des deux tours en 2022

Médicaments distribués	Couvertures (%)		
	Masculin	Féminin	Total
Albendazole (5-14 ans)	99,4	97,9	98,7
Ivermectine (5 ans et plus)	93,3	92,5	92,9
Praziquantel (5 à 14 ans)	98,2	98,3	98,3

(Source : Rapport annuel PNMTN, 2022)

Depuis 2021 c'est la couverture programmatique qui est calculée à la place de la couverture thérapeutique. Ainsi, le tableau ci-dessous montre les performances en matière de lutte contre les MTN à CTP en 2022.

Tableau XXVI : Performances en matière de lutte contre les MTN à CTP en 2022

Indicateurs	Valeurs réalisées 2021	Valeurs cibles 2022	Valeurs réalisées 2022	Performance en 2022	Score de performance en 2022
Couverture programmatique à l'Ivermectine dans la population éligible	93,36%	95%	92,9%	-0,3	0
Couverture programmatique au praziquantel chez les enfants d'âge scolaire traités lors des TDM	89,83%	95%	98,3%	1,6	5
Couverture programmatique à l'Albendazole chez les enfants d'âge scolaire lors des TDM	98,9 %	95%	98,7%	0,1	1

(Source : Rapport annuel PNMTN, 2022)

- MTN à prise en charge de cas (PCC)

Contrairement en 2021 où beaucoup d'activités de dépistage n'ont pas pu être réalisées comme les années antérieures par fautes de financements, plusieurs activités de recherche actives ont eu lieu en 2022. Cependant le nombre de cas dépistés a régressé pour ces trois MTN PCC phares du programme.

- ✓ **Pour l'ulcère de Buruli**, le nombre de nouveaux cas cliniques enregistrés en 2022 est de 10 contre 19 cas en 2021 et 32 en 2020. Parmi les 10 cas, 30% ont moins de 15 ans et 60% sont de sexe féminin.

Les catégories I et II représentent 80% des cas (8/10) et les catégories III 20%. Sur le plan clinique, Il y a eu 7 ulcères (70%). Quant à la localisation, 60% des lésions étaient retrouvées aux membres supérieurs et 40% aux membres Inférieurs. La PCR était positive dans 40% des cas (4/10) et 90% des patients ont reçu une antibiothérapie spécifique.

Tableau : Répartition des cas d'Ulcère Buruli dépistés et pris en charge par districts en 2022.

Districts sanitaires	Sexe		Formes cliniques				Tranches d'âge		Catégories		
	M	F	N	P	E	U	< 15 ans	≥ 15 ans	I	II	III
Zio	3	4	1	2	0	4	2	5	3	2	2
Yoto	1	2	0	0	0	3	1	2	2	1	0
Total	4	6	1	2	0	7	3	7	5	3	2

Source : Rapport annuel 2022 de PNMTN

Seuls les districts de Yoto (03) et de Zio (04) ont notifié des cas.

- ✓ **Lèpre** : 86 nouveaux cas ont été dépistés avec 96,5% (83/86) de la forme multi bacillaire (MB). Notons que cinq (5) cas MB ont été dépistés chez les enfants de moins de 15 ans au cours de l'année, ce qui représente un taux de 5,8%, une augmentation par rapport à 2021 (3%), inquiétante face à la persistance d'une chaîne de transmission encore très active et un dépistage tardif malgré les efforts, d'où la poursuite des activités en faveur de la détection précoce des cas. La proportion des patients avec invalidité degré 2 représentait 27,9% des 86

malades dépistés soit 24 patients alors qu'elle était de 37,9% en 2021, une amélioration sensible de 10% par rapport à 2021. Malgré cette baisse, ce taux reste toujours en deçà des recommandations de l'OMS (inférieur à 20%) et interpelle à une bonne stratégie de Prévention des Invalidités et Réhabilitation Physique et un bon programme de CBIR (Community Base Inclusion and Réhabilitation). Le nombre de cas cumulé de lèpre enregistrés au programme par région est présenté dans le tableau ci-dessous :

Tableau XXVII : Répartition du nombre de cas cumulé de lèpre enregistrés par région en 2022

Régions sanitaires	Multi bacillaire (MB)				Pauci bacillaire (PB)				Total	
	0-14 ans		15 ans et plus		0-14 ans		15 ans et plus		MB	PB
	M	F	M	F	M	F	M	F		
Grand-Lomé	0	1	1	3	0	0	0	0	5	0
Maritime	0	0	10	8	0	0	1	1	18	2
Plateaux	0	0	4	1	0	0	0	0	5	0
Centrale	0	0	3	7	0	0	0	0	10	0
Kara	3	0	13	11	0	0	0	1	27	1
Savanes	1	0	8	9	0	0	0	0	18	0
Total pays	4	1	39	39	0	0	1	2	83	3

- ✓ **Pian** : 22 cas en 2022 contre 30 cas en 2021 confirmés au DPP (tréponémique et non tréponémique) dans 06 districts (Wawa, Mô, Tône, Dankpen, Kloto et Yoto).
- ✓ **Draconculose (Ver de Guinée)** : Éliminée depuis le 22 décembre 2011, le Togo est dans la phase de post certification caractérisée par une surveillance permanente pour la détection précoce de tout cas suspect à travers un mécanisme de notification et d'investigation rapide des rumeurs de ver de guinée. En 2022, trois (03) rumeurs ont été notifiées tardivement et n'ont pas pu être investiguées.
- ✓ **Envenimations par morsure de serpent** : En 2022, 2 186 contre 2 593 en 2021 cas d'envenimations par morsure de serpent ont été enregistrés dans les formations sanitaires des six régions sanitaires avec un taux de guérison de 85,8%. Notons que le taux de létalité lié aux morsures de serpent est égal à 2% contre 1,5% en 2021. Notons que plus de 6% des patients reçus pour morsure de serpents se sont évadés par manque de moyens financiers. Comme chaque année, la région de la Kara a enregistré plus de cas (34,6%) en 2022 suivi des Plateaux (19,8%) et Savanes (17,3%).
- ✓ **Trypanosomiase humaine africaine** : elle a été éliminée en tant que problème de santé publique au Togo le 22 juin 2020 par l'OMS. Toutefois la surveillance post élimination continue sur les deux sites sentinelles (Mango et Tchamba) pour détecter à temps toute résurgence. En 2022, 01 cas suspect a été notifié sur le site de Tchamba. Cependant les tests de confirmation se sont révélés négatifs.
- ✓ **Trichiasis Trachomateux** : Depuis 2022, le trachome ne constitue plus un problème de santé publique au Togo. Néanmoins 12 cas ont été dépistés parmi lesquels 06 opérés. Il convient de mentionner l'élimination du trachome comme problème de santé publique au Togo en 2022.

2.1.4. Axe stratégique 3 « Amélioration de la sécurité sanitaire et la réponse aux épidémies et autres urgences de santé publique »

Sur les trois (03) indicateurs traceurs de l'axe stratégique 3 du PNDS, deux (02) ont connu une progression et un (01) est stationnaire comme l'indique le tableau suivant.

Tableau XXVIII : Performances en matière d'amélioration de la sécurité sanitaire et la réponse aux épidémies et autres urgences de santé publique

Indicateurs traceurs de progrès	Valeur réalisée 2021	Valeur cible 2022	Valeur réalisée 2022	Performance en 2022	Score de performance en 2022	Analyse
17-Pourcentage de formations sanitaire pratiquant la PCI	65,50%	79%	67,95%	0,2	1	Progrès
18-Taux d'infections post opératoires	0,85%	0,04%	0,83%	0,02	0	Progrès
19-Proportion d'épidémie ayant bénéficié d'une réponse dans les 14 jours après la notification	100%	100%	100%	-	5	Stationnaire

La figure suivante présente l'évolution globale des indicateurs traceurs de l'axe 3 de 2017 à 2022

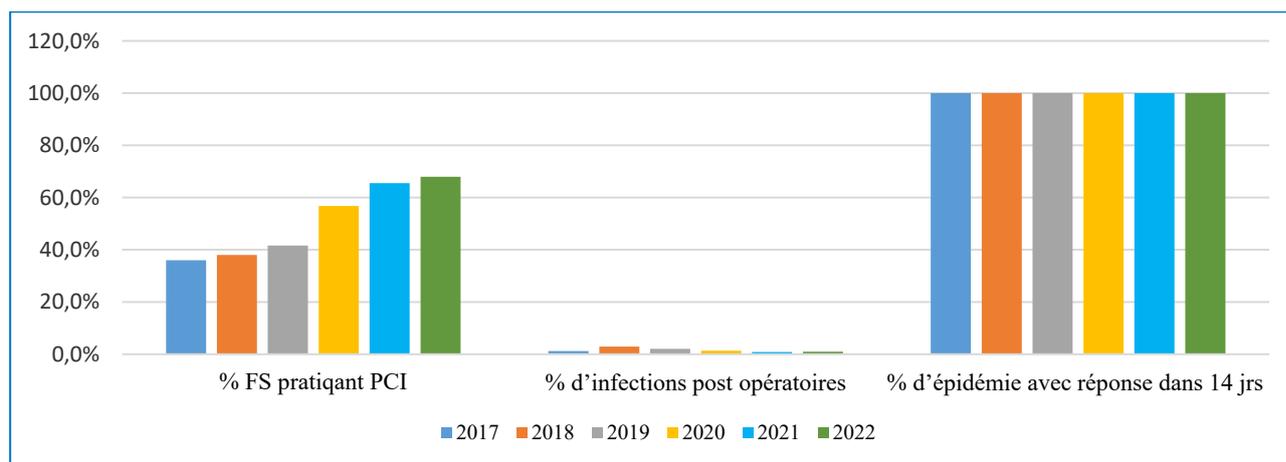


Figure 19 : Evolution globale des indicateurs traceurs de l'axe 3 de 2017 à 2022

2.1.4.1. Prévention et contrôle de l'infection (PCI)

Le pourcentage de FS pratiquant la PCI a connu une légère amélioration cette année. Elle est passée de 65,5% en 2021 à 67,95% en 2022 pour une cible de 79%.

L'amélioration de la pratique de la PCI dans les blocs opératoires (dans les Hôpitaux) a permis de réduire le taux d'infections post- opératoires qui est passé de 0,83% en 2021 à 0,04% pour une cible corrigée de 0,85%.

Les interventions ayant permis de renforcer ces résultats sont l'opérationnalisation des politiques et programmes, la pratique de l'hygiène hospitalière, la supervision dans les FS, l'acquisition de matériels et équipements, la communication pour le développement. Le pourcentage des FS pratiquant le tri des déchets a progressé de 58,07% en 2021 à 67% en 2022.

La disponibilité du plan d'action de gestion des déchets biomédicaux (GDBM) dans plus de 77% des FS et la réalisation des évaluations dans plus de 72% dans ces structures.

Le maintien de la performance de la proportion d'épidémie ayant bénéficié d'une réponse dans les 14 jours après la notification s'expliquerait par : l'engagement des Hautes autorités du pays dans la gestion des urgences, l'augmentation du nombre d'acteurs ayant bénéficié des formations en épidémiologie de terrain (FELTP, FETP), l'appui en logistique (acquisition de véhicules), et l'amélioration de la coordination.

2.1.4.2. Renforcement de la surveillance épidémiologique

- *Lutte contre les autres maladies transmissibles y compris les MPE*

En 2022, plusieurs activités à savoir : i) la surveillance épidémiologique à des fins de détection précoce des cas ; ii) les activités de laboratoire pour la confirmation des cas ; iii) la préparation et riposte aux épidémies et iv) l'évaluation interne¹² de la mise en œuvre du Règlement Sanitaire International (RSI) 2005.

En matière de surveillance des maladies à potentiel épidémique (MPE) en 2022, tous les districts ont eu à notifier au moins un cas. Et tout cas notifié a bénéficié d'une investigation et une réponse adéquate dans les délais de 14 jours.

- *Surveillance épidémiologique à des fins de détection précoce des cas*

Le taux de complétude des rapports hebdomadaires de surveillance des maladies à potentiel épidémiques et des maladies d'importance en santé publique est de 100% en 2022, comme en 2021. Le taux de promptitude des rapports est passé de 98% en 2021 à 100% en 2022. Cette amélioration de la promptitude serait liée aux renforcements de capacités des acteurs en SIMR, en épidémiologie de terrain ainsi que le renforcement des capacités des acteurs sur la gestion des données de surveillance dans le DHIS2.

Tableau XXIX : Complétude et promptitude des rapports hebdomadaires des districts par région en 2022

Régions sanitaires	Nombre de districts	Rapports attendus	Rapports reçus	Rapports reçus à temps	Taux de complétude (%)	Taux de promptitude (%)
Grand-Lomé	2	104	104	104	100	100
Maritime	6	312	312	312	100	100
Plateaux	12	624	624	624	100	100
Centrale	5	260	260	255	100	100
Kara	7	364	364	364	100	100
Savanes	7	364	364	364	100	100
Total pays	39	2 028	2 028	2 028	100	100

- *Surveillance de la pandémie à Covid-19*

Le Togo a enregistré son premier cas de Covid-19 le 05 mars 2020, dans la région sanitaire du Grand Lomé. Cette épidémie s'est ensuite propagée à l'ensemble du pays. A la date du 31 décembre 2022, le nombre de cas cumulés depuis le début de l'épidémie au Togo était de 39 345 cas confirmés dont 290 décès. L'année 2022 a connu une régression importante du nombre de cas notifiés avec 8 641 cas confirmés dont 46 décès (soit une létalité de 0,41%).

Sur l'ensemble des cas rapportés, 5,33% concerne le personnel de santé (2 097 sur 39 345 cas cumulés). La transmission communautaire demeure prépondérante (68% des cas confirmés).

Le tableau suivant montre la répartition des cas de Covid-19 confirmés par région et selon le type de transmission en 2022.

Tableau XXX : Répartition des cas de Covid-19 confirmés par région selon le type de transmission en 2022

Régions sanitaires	Cas importés	Transmission locale	Transmission communautaire	Total	Pourcentage (%)
Grand-Lomé	1 068	962	5 707	7 737	89,23
Maritime	21	24	250	295	3,40
Plateaux	11	50	176	237	2,73
Centrale	4	48	68	120	1,38
Kara	4	21	203	228	2,63
Savanes	1	8	45	54	0,62
Total Pays	1 109	1 113	6 449	8 671	100

(Sources : Rapport annuel DSIUSR, 2022)

Notons que toutes les 39 préfectures ont été touchées par cette pandémie. Celles ayant notifié plus de cas confirmés sont Golfe et Agoè-Nyivé de la région sanitaire du Grand-Lomé avec plus de 81%. La courbe suivante présente l'évolution de l'épidémie par semaines épidémiologique depuis 2022.

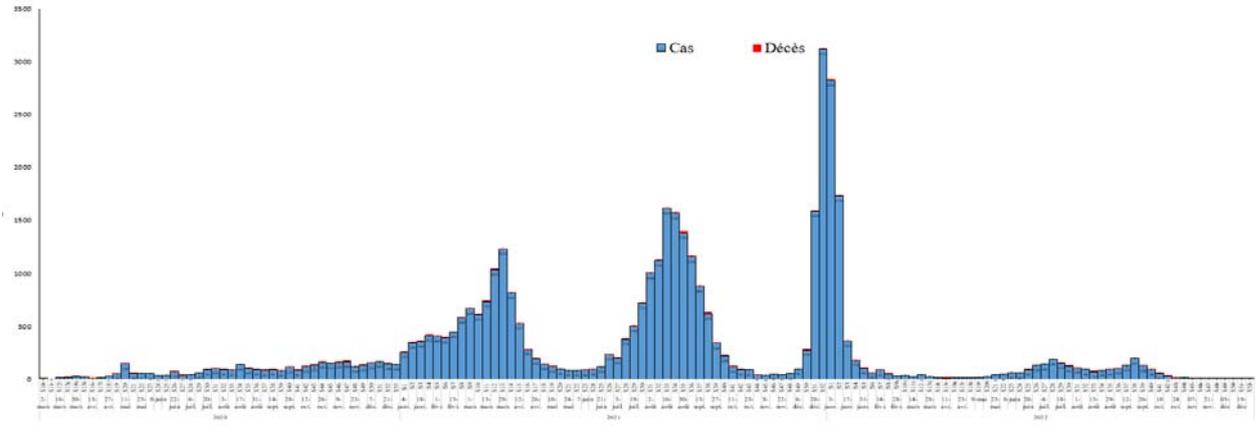


Figure 20 : Courbe épidémique hebdomadaire de la méningite au Togo, 2022
 (Sources : Rapport annuel DSIUSR, 2022)

- *Surveillance des autres maladies à potentiel épidémique (MPE)*

La surveillance des MPE a montré une notification et confirmation des cas de méningite suivi de la rougeole et de la fièvre jaune. L'évolution des cas suspects et des cas confirmés des MPE de 2017 à 2022 est présentée dans le tableau ci-après.

Tableau XXXI : Evolution des cas suspects et des cas confirmés des MPE de 2017 à 2022

Année	Poliomyélite		Méningites		Rougeole		Fièvre Jaune		Choléra		Grippes		Lassa	
	Suspects	Confirmés	Suspects	Confirmés	Suspects	IgM+ Ro/Ru	Suspects	Confirmés	Suspects	Confirmés	Suspects	Confirmés	Suspects	Confirmés
2017	118	0	599	179	474	51/4	445	1	0	0	1 396	233	70	9
2018	144	0	683	38	862	38/41	507	0	0	0	1 199	254	16	0
2019	164	8	712	135	384	69/2	349	0	0	0	2 033	501	40	1
2020	162	9	276	42	207	84/2	158	1	68	18	984	87	15	0
2021	296	0	392	20	236	84/6	264	2	39	12	153 887	1 816	9	0
2022	277	2*	574	29	1331	172	277	2	0	0	47 503	333	18	1

(Sources : Rapport annuel DSIUSR, 2022)

*Deux (02) cas confirmés de PVDVc2 au Togo en 2022 chez des cas de PFA ont été enregistrés et 02 prélèvements environnementaux se sont aussi révélés positifs.

Surveillance des Paralysies Flasques Aigues (PFA)

Tableau XXXII : Surveillance des Paralysies Flasques Aigues (PFA) par région en 2022

Premier Administratif Province, etc	niveau (Etat, ans	Population de <15 ans	Nombre de cas de PFA attendus (<15 ans)	Total de cas de PFA notifiés (<15 ans)	Total des cas de PFA non polio (<15 ans)	Taux de PFA non polio* (<15 ans)	Cas de PFA avec 2 échantillons de selles adéquats ** (pour tous les cas de PFA notifiés)	
							Nombre	%
Grand-Lomé		920 040	18	45	45	4,9	41	91,11
Maritime		533 932	11	37	37	6,9	35	95
Plateaux		725 128	15	81	80	11,0	75	93
Centrale		326 723	7	25	25	7,7	23	92
Kara		407 213	8	32	32	7,9	29	90,63
Savanes		432 408	9	57	56	13,0	52	91,23
Total pays		3 345 444	67	277	275	8,2	255	92,06

Tableau XXXIII : Répartition des cas de PFA et des cas confirmés de PVDV2c par région de 2019 à 2022

Régions sanitaires	2019			2020			2021			2022		
	Nbre de PFA	Nbre de cas confirmés PVDV2	Nbre de contacts confirmés PVDV2	Nbre de PFA	Nbre de cas confirmés PVDV2	Nbre de contacts confirmés PVDV2	Nbre de PFA	Nbre de cas confirmés PVDV2	Nbre de contacts confirmés PVDV2	Nbre de PFA	Nbre de cas confirmés PVDV2	Nbre de contacts confirmés PVDV2
Grand-Lomé	10	1	0	25	1	2	31	0	0	45	1	0
Maritime	30	0	0	41	6	5	32	0	0	37	0	0
Plateaux	52	3	1	37	0	0	104	0	0	81	1	0
Centrale	14	0	0	21	0	0	32	0	0	25	0	0
Kara	18	0	0	16	0	0	49	0	0	32	0	0
Savanes	40	4	1	22	2	0	48	0	0	57	0	0
Total Pays	164	8	2	162	9	7	296	0	0	277	2	0

(Sources : Rapport annuel DSIUSR, 2022)

Surveillance des méningites

En cette année 2022, le nombre total de cas de méningite notifié est 574 avec 05 décès soit une létalité de 0,9 % mais sans toutefois causer une épidémie. Le graphique suivant montre l'évolution hebdomadaire comparée des cas de méningite en 2021 et 2022.

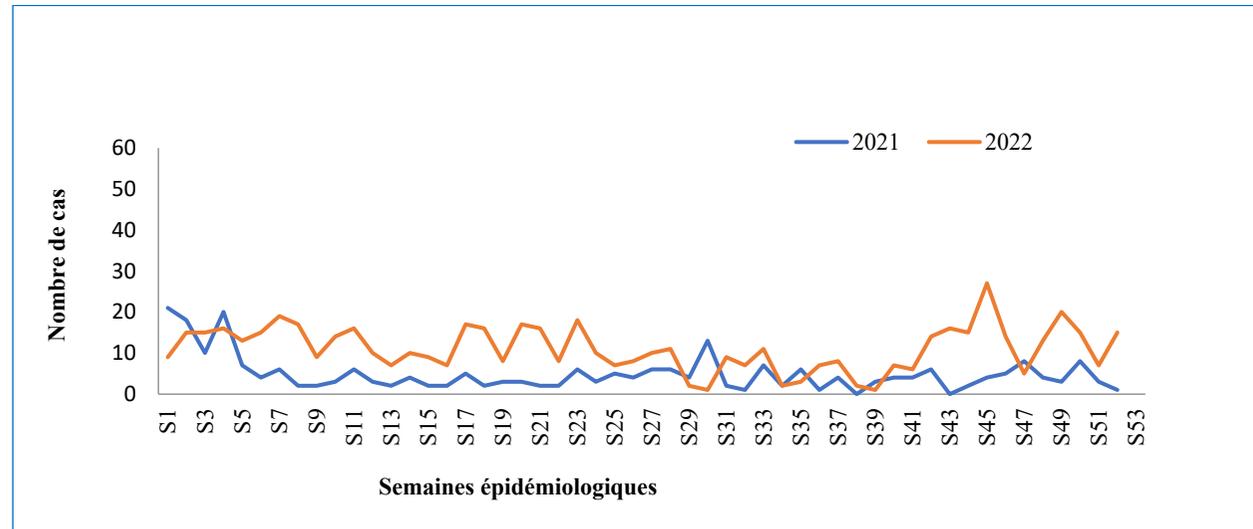


Figure 21 : Evolution par semaines épidémiologiques des cas suspects de méningites 2021-2022

(Sources : Rapport annuel DSIUSR, 2022)

Le nombre de cas de méningite confirmés est de 29 avec un seul germe isolé le *Streptococcus pneumoniae*. La répartition des germes identifiés par la culture ou PCR depuis 2016 est présentée dans le tableau ci-dessous :

Tableau XXXIV : Répartition des germes identifiés dans les cas méningites de 2016 à 2022

Année	LCR prélevés	LCR positifs	Germes identifiés (n, %)							
			Neisseria meningitidis					S. pneu- moniae	Haem. infl. b	Autres
			A	W135	X	C	Ind.			
2016	2189	531	2 (0%)	335 (63%)	7 (1%)	0 (0%)	101 (19%)	77 (15%)	2 (0%)	7(1%)
2017	1445	179	0 (0%)	75 (42%)	43 (24%)	0 (0%)	5 (3%)	46 (26%)	1 (1%)	9 (5%)
2018	1683	38	0 (0%)	3 (8%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	22 (58%)	0 (0%)	13 (34%)
2019	1924	135	0 (0%)	1 (1%)	0 (0%)	104 (77%)	0 (0%)	22 (16%)	3 (2%)	5 (4%)
2020	848	42	0	0	1	1	2	20	2	16
2021	333	20	0	0	0	0	0	20	0	0
2022	574	29	0	0	0	0	0	29	0	0

(Sources : Rapport annuel DSIUSR, 2022)

Surveillance de la rougeole

Le nombre total de cas suspects de rougeole investigués avec échantillons de sang acheminés au laboratoire en 2021 est de 1 331 avec 722 cas de IgM+ anti rougeoleux soit 54 % et 05 cas de rubéole confirmés soit 0,4 %. Tous les districts ont investigué au moins un cas de rougeole en 2022 sauf le district de Kpéndjal dans la région des Savanes. Sur les 39 districts, 36 sont rentrés en épidémie de rougeole en 2022. Les districts de Kpéndjal, de Tandjouaré et de Danyi n’avaient pas enregistré d’épidémie de rougeole. Au total, 4 027 cas ont été notifiés dont 05 décès.

Des ripostes locales dans un premier temps dans chacun de ces districts puis une riposte nationale de vaccination ayant pour cible les enfants de 9 mois à 5 ans ont été organisées. Il n’y a pas eu de flambée de rubéole en 2022. La figure suivante montre l’évolution hebdomadaire comparée des cas de rougeole en 2021 et 2022.

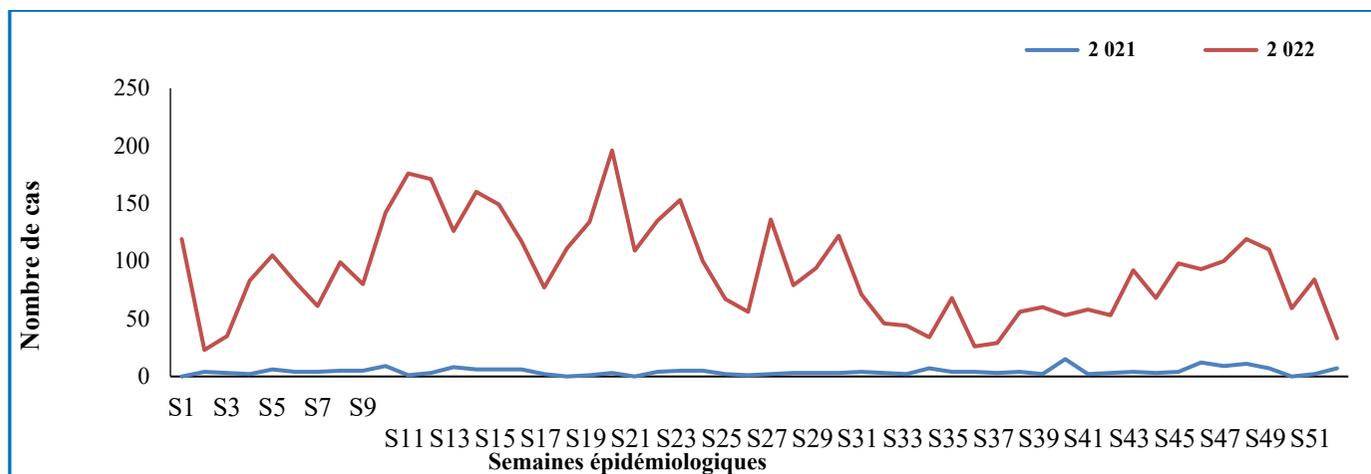


Figure 22 : Evolution par semaine épidémiologique des cas suspects de rougeole 2021-2022
 (Sources : données SIMR, DSIUSR, 2022)

Surveillance de la fièvre Jaune :

Au total 277 cas suspects de fièvre jaune ont été notifiés et prélevés en 2022 avec un cas confirmé dans les districts de Wawa et de l’Oti. Tous les districts ont investigué au moins un cas de fièvre jaune avec un prélèvement convoyé au Laboratoire National de Référence.

Surveillance du choléra

Le choléra est une maladie diarrhéique causée par des sérogroupes toxigènes de la bactérie *Vibrio cholerae* qui peut causer une déshydratation rapide et la mort. Il est étroitement associé à la pauvreté, un mauvais assainissement et l’absence d’eau potable saine.

Cette année 2022, le pays n’a pas enregistré de cas sur toute l’étendue du territoire national ; mais il faut remarquer en 2021 le pays a connu une épidémie dans le district des Lacs et a concerné les localités de la commune N°2 plus précisément à Agoegan pour rapidement évoluer à cinq (5) autres localités du district (Melly–djigbé, Seko, Zola, Aziagba – kondji et Aného-Adjido).

Sur les 39 cas enregistrés 27 ont été prélevés dont 12 ont été confirmés au *Vibrio cholerae* de type Ogawa au laboratoire. Cinq (05) décès ont été enregistrés dont 04 dans la communauté. Le graphique suivant montre l’évolution des cas et des décès dus au choléra en 2021.

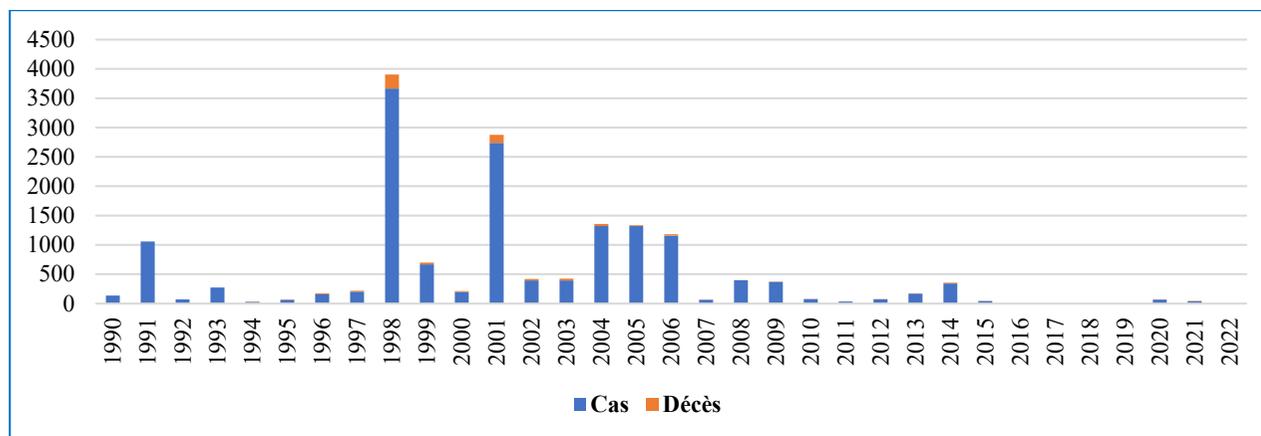


Figure 23 : Evolution des épidémies de choléra au Togo, 1990 à 2022

Source : Rapport SIMR 2022, DSIUSR

Surveillance des Autres diarrhées

Pour cette année 2022, 124 cas de diarrhées graves ont été enregistrés dans tous les districts sanitaires avec prédominance dans ceux de Golfe (60 cas) et de la Kozah (36 cas). Aucun décès n'a été enregistré.

Tous les districts ont enregistré des cas de diarrhées rouges soit un total de 7 366 cas dont 3 décès.

Surveillance des gripes :

Il existe deux types de surveillance des gripes :

Il existe deux types de surveillance des gripes : i) la surveillance de routine permet la détection et la notification des cas qui proviennent de tous districts du pays et porte sur la surveillance des syndromes grippaux, des Infections respiratoires aiguës sévères (IRAS) et des pneumonies chez les enfants de moins de 5 ans et ii) la surveillance sentinelle est mise en œuvre sur cinq sites : CHR Dapaong, Hôpital d'enfant Yendoubé de Tantigou, CHR Tsévié, Hôpital Secondaire de Bè, Centre Médical des Armées. Elle porte sur la surveillance des syndromes grippaux et des Infections respiratoires aiguës sévères (IRAS). Les principaux résultats de ces deux types de surveillance pour l'année 2022 et un récapitulatif sur les cinq dernières années sont présentés dans le tableau ci-après :

Tableau XXXV : Distribution annuelle des résultats virologiques des cas de Grippe, 2017-2022, Togo

Années	Cas suspects grippes (SG+IRAS+Pneumonies +suspects de AH1N1)	Surveillance sentinelle Cas suspects de grippes (SG+IRAS) / testés	Total des cas positifs	Différents sous- types				Pourcentage de cas positifs		
				A/H3N2	A/H1N1 pdm	Grippe A indéterminé	Grippe B	% grippes B	% grippes A	Positivité (%)
2017	17 930	1 396	233	68	119	4	42	18	82	17
2018	29 600	1 199	254	91	57	0	106	42	58	21
2019	37 709	2 033	501	310	8	6	177	35	65	25
2020	13 392	984	87	39	43	0	5	6	94	9
2021	17 930	2 482	343	101	199	0	1	1	99	14
2022	47 503	3 242	333	231	7	2	93	28	72	10

Sources : Rapport annuel DSIUSR, 2022

Surveillance des Fièvres Virales Hémorragiques

Un cas de maladie à virus Lassa a été confirmé le 26 février 2022 au Laboratoire National de Référence pour les Maladies à potentiel épidémique (Institut National d'Hygiène) avec décès chez une femme de 35 ans, résidant dans le district de l'Oti-Sud. Au total 29 contacts du cas index ont été identifiés dans les régions des Savanes et Kara et mis sous suivis au cours duquel aucun contact n'a été confirmé.

- Règlement Sanitaire International

Depuis l'entrée en vigueur du règlement sanitaire international (RSI) le 15 juin 2007, le Togo s'organise à mettre en place les capacités minimales de mise en œuvre dudit règlement. Sur instruction de l'OMS-Afro cette mise en œuvre se fait dans le cadre de la surveillance intégrée des maladies et riposte.

Le rapport de l'évaluation JEE menée en avril 2018 a fait ressortir des recommandations qui ont fait objet du Plan d'Action National de Sécurité Sanitaire (PANSS) élaboré en mars 2021 et une mission de cartographie des ressources du PANSS ainsi qu'une autoévaluation ont été menées en cette année 2022.

2.1.5. Axe stratégique 4 « Renforcement de la lutte contre les maladies non transmissibles et la promotion de la santé »

Les 02 indicateurs traceurs de l'axe 4 du PNDS sont tous en progression comme l'indique le tableau ci-après.

Tableau XXXVI : Performances en matière de renforcement de la lutte contre les maladies non transmissibles et la promotion de la santé

Indicateurs traceurs de progrès	Valeurs réalisées 2021	Valeurs cibles 2022	Valeurs réalisées 2022	Performance en 2022	Score de performance en 2022	Analyse
Pourcentage de personnes vivant avec un handicap pris en charge en réadaptation physique	79,93%	80,93%	90,41%	10,5	5	Progression
Pourcentage de structures de santé primaires offrant le paquet essentiel d'interventions pour la prise en charge intégrée des MNT (WHOPEN ¹³)	41,48%	55,88%	44,21%	0,2	1	Progression

Le graphique suivant montre l'évolution globale des indicateurs traceurs de l'axe 4 de 2017 à 2022



Figure 24 : Evolution globale des indicateurs traceurs de l'axe 4 de 2017 à 2022

2.1.5.1. Lutte contre les maladies non transmissibles

Le pourcentage de personnes vivant avec un handicap pris en charge en réadaptation physique a progressé de 79,93% en 2021 à 90,41% en 2022 pour une cible corrigée de 80,93%. Cette performance serait dû à la prise en charge des patients PRP+ de l'année 2021 qui sont revenus en 2022 pour leur prise en charge, de plus le nombre de jours de consultation est passé de trois à quatre jours par semaine. Il y a eu également une consultation foraine d'une semaine en début janvier 2022.

Le pourcentage de structures de santé primaires offrant le paquet essentiel d'interventions pour la prise en charge intégrée des MNT (WHOPEN) a progressé passant de 41,48% en 2021 à 44,21% en 2022 pour une cible corrigée de 55,88%. Cette performance, bien que supérieure à celle de 2021, reste encore insuffisante à la cible corrigée 55,88% et très insuffisante à la cible du PNDS de 100% en 2022. Ceci serait dû à la faible mobilisation des ressources financières en faveur de la

¹³ WHOPEN: World Health Organization Package of Essential Non-Communicable Diseases

mise en œuvre du WHOPEN durant la période du PNDS 2017-2022. Pourtant, la deuxième enquête STEPS sur les facteurs de risques des MNT a révélé que la prévalence de l'hypertension artérielle au sein de la population de 18-69 ans 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 passant de 2,6 % en 2010 à 4,9% en 2021. La prévention et le contrôle des maladies non transmissibles restent encore un défi pour le système de santé au Togo.

En 2022, la Division de la Surveillance des Maladies Non Transmissibles (DivSMNT) a réalisé sept (07) activités à savoir : i) la formation de 35 prestataires de soins de santé primaires issus de 17 formations sanitaires de la région maritime sur la prise en charge des principales MNT ; ii) la supervision formative des prestataires de soins des régions centrale, plateaux et maritime sur la détection, la prise en charge et la référence du Noma ; iii) la sensibilisation de 60 praticiens de la médecine traditionnelle de 06 districts des régions centrale, plateaux et maritime sur la détection et la référence du Noma ; iv) la formation de 40 ASC issus des districts d'Anié et Ogou sur la prévention et le contrôle des MNT ; v) la formation des points focaux MNT sur la coordination et la collecte des données MNT ; vi) la formation de 50 professionnels de santé de la région des Savanes sur la détection, la prise en charge et la référence du Noma ; vii) la poursuite et fin de l'enquête STEPS 2021.

2.1.5.2.Promotion de la santé

Les principales activités réalisées en 2022 en matière de la promotion de la santé se résument essentiellement à des sensibilisations et de renforcement de capacités sur les maladies à potentielles épidémiques (Covid-19, fièvres virales hémorragiques, cholera ...), les maladies non transmissibles (Diabète, HTA,...), les maladies transmissibles (Paludisme), l'hygiène assainissement, la vaccination, les Journées de Santé de l'Enfant, la Santé maternelle et infantile, la Planification familiale, les célébrations des journées mondiales.

Les principaux résultats obtenus sont les suivants : i) 38 194 sorties réalisées par les prestataires et les ASC pour la sensibilisation avec mégaphone et véhicules sonorisés ; ii) 11 110.552 causeries éducatives ; iii) 6 624 animations et diffusions d'émissions radiophoniques et de spots ; iv) 468 142 visites à domicile réalisées par les prestataires de soins, les ASC et la société civile ; v) 4 443 réunions avec les autorités et les groupes cibles ; vi) 8 947 dialogues communautaires réalisés par les responsables des formations sanitaires et les OSC ; vii) 75 activités de renforcement de capacités.

2.2. Evolution des indicateurs traceurs

A l'analyse des résultats obtenus en 2022, il est noté que sur les 34 indicateurs traceurs, les tendances observées se présentent comme suit : i) 21 indicateurs sont en progression soit 61,76% contre 55,88% en 2021 ; 10 en régression soit 29,41% contre 35,29% en 2021 ; 03 stationnaires dont 01 indicateur d'enquête, soit 8,82%.

Sur les 20 indicateurs en progression de 2018, 04 ont continué leur évolution jusqu'en 2022, parmi eux 02 ont régressé (Proportion de décès maternels notifiés ayant fait l'objet d'un audit (revue). Parmi les 11 indicateurs de 2018 en régression, 01 a persisté dans sa régression jusqu'en 2021 (COGES fonctionnels). Sur les 06 indicateurs traceurs de 2018 en régression jusqu'en 2020, 03 ont émergé en 2021 et évolué en 2022 (Femmes enceintes VIH+ ayant reçu des ARV durant leur grossesse et Couverture des besoins en personnel au niveau primaire de soins). Tous les autres indicateurs ont évolué en dents de scie et/ou sont restés stationnaires (*Annexe n°4*).

Le tableau ci-après présente l'évolution des indicateurs traceurs sur les six (06) années de mise en œuvre du PNDS 2017-2022.

Tableau XXXVII : Synthèse de l'évolution des indicateurs traceurs de progrès de 2017 à 2022

Indicateurs traceurs de progrès	Valeurs réalisées 2017	Valeurs réalisées 2018	Valeurs réalisées 2019	Valeurs réalisées 2020	Valeurs réalisées 2021	Valeurs réalisées 2022
1-Létalité maternelle de causes obstétricales directes dans les FS	1,20%	1,70%	1,74%	1,27%	1,30%	1,18%
2-Pourcentage de femmes enceintes ayant effectué au moins 4 CPN	24,30%	34,50%	37,70%	39,13%	44,60%	50,90%
3-Taux d'accouchements assistés par un personnel qualifié	69,70%	84,77%	63,80%	65,10%	70,30%	75,40%
4-Proportion de femmes césarisées ayant bénéficié de la subvention	99,49%	93,54%	98,80%	95,69%	94,60%	91%
5-Proportion de décès maternels notifiés ayant fait l'objet d'un audit (revue)	19,02%	30,15%	34,30%	56%	68,40%	53,24%
6-Nombre de Couple Année Protection	294365	346 202	475 602	446741	428 090	480122
7-Pourcentage des enfants avec malnutrition aigüe sévère ayant bénéficié d'une prise en charge	59%	21%	29,50%	27,27%	37,28%	30,4%
8-Pourcentage d'enfants de 0-11 mois ayant reçu 3 doses de vaccin Pentavalent (DTC-HepB-Hib3)	90%	88,00%	90,55%	88,63%	89,57%	88,6%
9-Taux d'abandon vaccinal DTC-HepB-Hib1/RR	2%	8%	4,79%	8,73%	9,28%	7,5%
10-Pourcentage de villages certifiés FDAL	39,10%	29%	31,43%	34,4%	35,2%	32,6%
11-Pourcentage de femmes enceintes ayant reçu 3 doses de TPI pendant la grossesse	34%	45,50%	49,44%	51,51%	58%	61,5%
12-Létalité due au paludisme chez les enfants de moins de 5 ans	4,08%	3,50%	4,01%	3,16%	2,50%	2,5%
13-Pourcentage de nouveaux cas de tuberculose bactériologiquement confirmés traités avec succès (guérison et traitement terminé) parmi les nouveaux cas de tuberculose bactériologiquement confirmés et enregistrés sur une période donnée	83%	80,70%	82,49%	86,44%	85%	86,7%
14-Pourcentage de femmes enceintes séropositives au VIH ayant reçu des antirétroviraux durant leur grossesse	66%	80%	75,36%	63,60%	67,97%	79,3%
15-Proportion de PVVIH sous ARV dont on sait qu'ils sont toujours en vie à 12 mois après le début du traitement	91,00%	91%	ND	89,50%	89,50%	89,5%
16-Proportion de personnes traitées à l'Ivermectine dans la population éligible	83,36%	83,51%	82,50%	83,62%	85,36%	92,9%
17-Pourcentage de formations sanitaire pratiquant la PCI	36%	38%	41,60%	56,78%	65,50%	67,95%
18-Taux d'infections post opératoires	1,20%	2,90%	2,05%	1,35%	0,83%	0,99%
19-Proportion d'épidémie ayant bénéficié d'une réponse dans les 14 jours après la notification	100%	100%	100%	100%	100%	100%
20-Pourcentage de personnes vivant avec un handicap pris en charge en réadaptation physique	2%	68,13%	64,64%	70,61%	79,93%	90,41%
21-Pourcentage de structures de santé primaires offrant le paquet essentiel d'interventions pour la prise en charge intégrée des MNT (WHOPEN)	10,29%	18%	25,70%	36,01%	41,48%	44,21%
22-Pourcentage de COGES fonctionnels	75%	74%	73,72%	63,62%	59,60%	58,1%
23-Taux de couverture des besoins en personnels de santé au niveau primaire de soins	47,60%	42,50%	42,29%	36,19%	42,10%	48,9%
24-Densité de personnel de santé (ratio pour 10.000 habitants)	6	7,9	7	8,24	8,41	8,06
25-Taux d'accessibilité géographique	71,40%	71,40%	71,40%	71,40%	76,45%	90,7%
26-Densité de lits d'hospitalisation pour 10.000 habitants	4,3	3,7	6,2	4,1	3,6	7,43
27-Taux d'utilisation des soins curatifs	39,20%	56,30%	63,10%	51,10%	56%	56,4%

28-Pourcentage de villages qui disposent d'au moins un agent de santé communautaire formé sur les soins intégrés (diarrhée, pneumonie, paludisme et malnutrition)	46,80%	66%	71,90%	79,84%	76,90%	67,1%
29-Pourcentage d'établissements de santé sans rupture de stock d'au moins un médicament traceur (au cours des trois derniers mois)	53,60%	54,40%	54,63%	47,06%	58,10%	57,2%
30-Proportion des besoins non satisfaits en concentrés de globules rouges (CGR)	32,70%	26,23%	25,96%	20,53%	26%	25,4%
31-Complétude des rapports du SNIS	91%	96,50%	92,21%	89,70%	89,20%	96,5%
32-Taux de recouvrement des recettes	77,90%	86,50%	90,27%	80,47%	83,03%	91,5%
33-Part du budget général de l'Etat alloué au secteur de la santé	4,60%	7,30%	6,78%	9,51%	7%	7,1%
34-Taux d'exécution des dépenses publiques de santé	101,40%	98%	91,79%	85,53%	90,76%	75,3%

2.3. Bilan des réalisations du plan d'action opérationnel, des marchés publics et d'exécution financière

2.3.1. Exécution physique du plan d'action opérationnel

Le taux de réalisation physique global (tous les axes) des PAO a progressé passant de 69,49% en 2020 à 71,11% en 2021 et à 78,61% en 2022 pour l'ensemble des services centraux, programmes de santé et régions sanitaires. La synthèse régionale des PAO donne un taux de réalisation de 70% en 2020 contre 73,71% en 2021 et 78,77% en 2022 ; le niveau central, 66,60% en 2020 contre 49% en 2021 et 75,87 en 2022. Cette performance est liée à une meilleure programmation des activités à tous les niveaux. Les activités sont beaucoup plus réalisées au niveau de l'axe 2 à 83,52% suivi de l'axe 5 avec 80,27% ; la plus faible s'est observée au niveau de l'axe 4 avec 57,79%.

A propos du niveau d'exécution du PAO, sur les 9 024 activités planifiées toutes entités confondues, 6 931 sont totalement réalisées (76,81%), 3,61% sont en cours de réalisation et 21,67% ne sont pas réalisées. Le taux élevé des activités non réalisées pourrait s'expliquer par l'insuffisance des ressources financières pour la mise en œuvre des activités programmées, l'insuffisance des ressources humaines à tous les niveaux et la lourdeur dans le mécanisme de décaissement. Le tableau ci-après présente le niveau d'exécution des PAO par axe stratégique du PNDS en 2022.

Tableau XXXVIII : Niveau d'exécution physique du PAO/PTBA en 2022

AXES	Structures/Entités	Nombre d'activités prévues	Nombre d'activités réalisées à 100%	Nombre d'activités en cours de réalisation <100%	Nombre d'activités non réalisées	Taux de réalisation du PTBA/PAO
Axe 1	Synthèse niveau central (Directions, Divisions et Programmes)	154	87	22	45	63,64
	Synthèse régionale	3 429	2 699	104	725	80,23
Total axe 1		3 583	2 786	126	770	79,51
Axe 2	Synthèse niveau central (Directions, Divisions et Programmes)	185	148	19	18	85,14
	Synthèse régionale	2 206	1 819	41	346	83,39
Total axe 2		2 391	1 967	60	364	83,52
Axe 3	Synthèse niveau central (Directions, Divisions et Programmes)	8	5	1	2	68,75
	Synthèse régionale	844	615	32	197	74,76

Total axe 3		852	620	33	199	74,71
Axe 4	Synthèse niveau central (Directions, Divisions et Programmes)	32	18	5	8	64,06
	Synthèse régionale	648	365	15	265	57,48
Total axe 4		680	383	20	273	57,79
Axe 5	Synthèse niveau central (Directions, Divisions et Programmes)	108	81	14	13	81,48
	Synthèse régionale	1 410	1 094	73	246	80,18
Total axe 5		1 518	1 175	87	259	80,27
Synthèse régionale		8 537	6 592	265	1 779	78,77
Synthèse niveau central		487	339	61	86	75,87
Ensemble PTBA/PAO		9 024	6 931	326	1 865	78,61
Niveau de réalisation			76,81	3,61	20,67	

(Sources, Rapports annuels de performance 2022 des Régions et Rapports annuels 2022 des Services centraux et des Programmes)

2.3.2. Exécution des marchés publics

En 2022, la Personne Responsable des Marchés Publics (PRMP) a élaboré un plan de passation des marchés publics. Ce plan a prévu 15,23% des marchés pour le fonctionnement contre 33,74% en 2021 ; 5,46% portent sur les transferts contre 35,73 en 2021 et enfin 79,48% pour les investissements contre 30,53 en 2021.

L'exécution de ces différents marchés publics se présente comme suit : i) pour le fonctionnement, les marchés exécutés représentent 96,57% contre 87,81% en 2021 ; les exécutions en cours 3,89% contre 12,19 en 2021, ii) pour les investissements, des marchés ont été exécutés à 69,51% contre 46,08% en 2021 ; 6,13% en cours d'exécution et 15% non entamés ; iii) pour les marchés de transfert, 62,49% sont déjà exécutés contre 59,47% en 2021 ; 26,74% en cours d'exécution contre 33,92% en 2021 et 15% non exécutés.

Le taux d'exécution globale des marchés publics est passé de 79,37% en 2021 à 73,37% en 2022 ; 7,23% en cours d'exécution contre 19,30% en 2021 et 13% non encore exécuté contre 1% en 2021. Le tableau suivant présente l'exécution des marchés publics par budget en 2022.

Tableau XXXIX : Exécution des marchés publics par budget en 2022

Budget	Marchés prévus			Marchés exécutés			Marchés en cours d'exécution			Marchés non exécutés		
	Nombre de marchés	Montant (en francs CFA)	Pourcentage par rapport au total (%)	Nombre de marchés	Montant (en francs CFA)	Pourcentage d'exécution (%)	Nombre de marchés	Montant (en francs CFA)	Pourcentage en cours d'exécution	Nombre de marchés	Montant (en francs CFA)	Pourcentage non exécuté (%)
Fonctionnement	989	2073882763	15,23	822	2002809043	96,57	167	122056000	5,89	0	0	0
Investissement	101	10819632776	79,48	72	7521201348	69,51	8	662981285	6,13	21	1623982966	15
Transfert	226	743933457	5,46	122	464917965	62,49	49	198932981	26,74	55	113080000	15
Total	1316	13613669979	100	1016	9988928356	73,37	224	983970266	7,23	76	1737062966	13

(Source : Rapport annuel PRMP, 2022)

Pour les marchés non exécutés, en ce qui concerne l'investissement les dossiers n'ont pas été lancés. Une ligne d'un milliard cinq cent millions (1 500 000 000 FCFA) pour la construction des centres de santé dans la région des Savanes a été pris en compte dans le projet SSEQCU. Les autres lignes concernent en parties celles du PRSS-SRDS et quelques services. Pour les marchés de transfert, le Programme National de Lutte contre le Sida dont le service n'a exécuté que deux (02) lignes sur treize (13) programmées. Il faut noter que près de treize (13) services qui bénéficient de lignes transfert n'ont pas vu leur crédit ouvert ce qui a empêché le déroulement du processus.

2.4. Point d'ensemble de l'exécution du budget en fin décembre

2.4.1. Mesure de la performance entre 2021 et 2022

Sur le plan de mobilisation des ressources, le financement des activités du Ministère de la santé a été assuré en 2022 sur le financement de l'Etat, des Partenaires Techniques et Financiers (PTF) et les recettes propres des formations sanitaires (recouvrement des coûts). Au total 103,116 milliards FCFA¹⁴ ont été mobilisés pour la mise en œuvre des activités en 2022 contre 104,718 milliards de FCFA en 2021. Sur les 103,116 milliards FCFA mobilisés, la contribution de l'Etat est de 44,178 milliards FCFA¹⁵ (42,84%) ; l'appui des partenaires inscrits au budget de l'Etat s'élève à 31,369 milliards FCFA (30,42%) et le recouvrement des coûts (recettes propres) des formations sanitaires est de 27,569 milliards FCFA (26,74%).

Les ressources mobilisées auprès des partenaires non-inscrits au budget de l'Etat s'élèvent à 15,447 milliards portant les ressources totales mobilisées en 2022 à 118,563 milliards FCFA.

Tableau XLI : Exécution du budget comparé des années 2021 et 2022 (en milliers francs CFA)

Nature des dépenses	Montant en milliers de FCFA		Part dans le budget général		Variation	Taux de variation
	2021(a)	2022(b)	2021 (a/A)	2022 (b/A)	(b-a)	(b-a)/(a)
Dépenses de personnel (Traitements et salaires)	22 463 622	24 064 090	21,45%	23,34%	1 600 468	7,12%
Dépenses de matériel (Achat de biens et services)	1 686 945	1 769 039	1,61%	1,72%	82 094	4,87%
Dépenses de transfert (Transferts et subventions)	12 783 315	13 318 913	12,21%	12,92%	535 598	4,19%
Total fonctionnement (I)	36 933 882	39 152 042	35,27%	37,97%	2 218 160	6,01%
Dépenses internes d'investissement (y compris HORS PIP)	3 537 244	5 025 651	3,38%	4,87%	1 488 407	42,08%
Dépenses externes d'investissement	39 699 520	31 369 106	37,91%	30,42%	- 8 330 414	-20,98%
Total investissement (II)	43 236 764	36 394 757	41,29%	35,29%	- 6 842 007	-15,82%
Budget total (I+II)	80 170 646	75 546 799	76,56%	73,26%	- 4 623 847	-5,77%
Ressources Propres (III)	24 547 726	27 569 276	23,44%	26,74%	3 021 550	12,31%
Total général (I+II+III) = A	104 718 372	103 116 075	100,00%	100,00%	- 1 602 297	-1,53%

(Source : DAF/SIGFiP 2022)

2.4.2. Point d'ensemble de l'exécution du budget en fin décembre 2022

Le budget général alloué aux activités du Ministère de la santé, de l'hygiène publique et de l'accès universel aux soins en 2022 a été exécuté à 75,26%, respectivement 93,00% pour les dépenses de fonctionnement, 56,18% pour les dépenses d'investissement et 91,49% pour les ressources propres (recouvrement de coûts).

Au titre des dépenses de fonctionnement, les dépenses de personnel ont été exécutées à 90,06% ; les dépenses de biens et services à 95,93% et les dépenses de transfert à 98,42%.

¹⁴Montant ordonnancé.

¹⁵ Total fonctionnement + dépenses internes d'investissement

Les dépenses d'investissement sur ressources internes (PIP et hors PIP) ont été exécutées à 84,69% et sur ressources externes (RE) à 53,31%.

Au total 103,116 milliards FCFA ont été mobilisés sur 137,009 milliards FCFA autorisés.

En considérant ce qui a été ordonnancé, il ressort que les dépenses de fonctionnement ont connu une augmentation de 2,218 milliards de FCFA par rapport à 2021. L'investissement sur ressources propres s'est accru de 42,08% passant de 3,537 milliards de FCFA en 2021 à 5,025 milliards de FCFA en 2022 soit une augmentation de 1,488 milliards de francs CFA.

Le financement mobilisé auprès des partenaires inscrits au budget de l'Etat est passé de 39,700 milliards de FCFA en 2021 à 31,370¹⁶ milliards de FCFA en 2022 soit une nette diminution de 20,98%.

Les dépenses sur ressources propres (recouvrement de coûts) ont connu une hausse de 12,31% entre 2021 et 2022.

On note de façon globale une nette diminution de 1,45% des ressources mobilisées entre 2021 et 2022.

Tableau XLI : Exécution du budget de l'année 2022

Nature des dépenses	Crédits votés (a) Prévision	Crédits autorisés (b)	Engagement		Ordonnancement	
			Montant (c)	Taux (c/b)	Montant (d)	Taux (d/b)
Dépenses de personnel (Traitements et salaires)	26 720 721	26 720 721	24 064 090	90,06%	24 064 090	90,06%
Dépenses de matériel (Achat de biens et services)	1 844 084	1 844 084	1 769 039	95,93%	1 769 039	95,93%
Dépenses de transfert (Transferts et subventions)	13 532 567	13 532 567	13 318 913	98,42%	13 318 913	98,42%
Total fonctionnement (I)	42 097 372	42 097 372	39 152 042	93,00%	39 152 042	93,00%
Dépenses d'investissement Hors PIP	250 000	250 000	190 898	76,36%	190 898	76,36%
Dépenses d'investissement PIP sur ressources internes	5 684 134	5 684 134	4 834 753	85,06%	4 834 753	85,06%
Dépenses d'investissement PIP sur ressources externes	58 843 056	58 843 056	31 369 106	53,31%	31 369 106	53,31%
Total investissement (II)	64 777 190	64 777 190	36 394 757	56,18%	36 394 757	56,18%
Budget total (I+II)	106 874 562	106 874 562	75 546 799	70,69%	75 546 799	70,69%
Dépenses sur ressources Propres (III)	30 134 572	30 134 572	27 569 276	83,03%	27 569 276	91,49%
Total général (I+II+III)	137 009 134	137 009 134	103 116 075	75,26%	103 116 075	75,26%

(Source : DAF /SIGFiP 2022)

Le taux d'exécution du budget général alloué aux activités du MSHPAUS a régressé de 90,76% en 2021 à 75,26% en 2022 pour une cible corrigée de 94%.

L'exercice 2022 a connu le taux d'exécution le plus faible sur ces cinq (05) dernières années. Ce niveau d'exécution est dû à plusieurs facteurs, notamment le niveau d'exécution très faible des dépenses sur ressources externes et des dépenses d'investissement sur ressources internes de l'Etat. La mise en œuvre du budget programme doit aboutir à des réformes permettant au sectoriel et au ministère de l'économie et des finances d'instaurer un climat de communication sur l'exécution des différentes natures des dépenses afin de renforcer les capacités des acteurs impliqués dans la gestion des finances publiques et de créer des conditions favorables à l'atteinte des résultats escomptés. Ces réformes concernent essentiellement l'amélioration de l'esprit de gouvernance et

¹⁶ Financement inscrit au budget de l'Etat, gestion 2022

de redevabilité. La mise en œuvre de ces réformes doit permettre d'une part d'améliorer la performance du ministère en matière de budgétisation et de programmation et d'autre part d'améliorer la gestion des ressources des partenaires sociaux et l'exécution des dépenses en capital.

III. ANALYSE DES CAPACITES DE MISE EN OEUVRE, DES DIFFICULTES RENCONTREES ET DES DEFIS A RELEVER

3.1. Analyse des capacités de mise en œuvre et difficultés rencontrées

L'analyse des capacités de mise en œuvre des activités en 2021 est faite à deux niveaux : i) la planification et la programmation budgétaire et ii) l'exécution budgétaire. Il s'agit d'une analyse critique de la capacité de mobilisation des ressources et de la capacité d'absorption des ressources du MSHPAUS. Ces capacités sont analysées dans le but de déceler les goulots d'étranglement à la mise en œuvre des orientations stratégiques définies dans le PNDS 2017-2022.

3.1.1. Analyse des capacités de planification et programmation budgétaire

Dans le cadre de la mise en œuvre de la réforme budgétaire de l'UEMOA, le ministère a élaboré le budget programme 2021-2023. Ce budget programme est organisé en quatre (04) programmes : i) Programme 1 « Pilotage et soutien des services du ministère chargé de la santé » ; ii) Programme 2 « Offre de soins de santé de qualité et lutte contre la maladie » ; iii) Programme 3 « Couverture sanitaire universelle » ; iv) Programme 4 « Réponse aux urgences sanitaires ».

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

A propos de la planification et programmation, au niveau des régions et districts sanitaires, des plans d'action opérationnels 2022 ont été élaborés de manière participative avec tous les acteurs concernés y compris la société civile et les communautés à la suite des monitorages en décembre 2021 et des revues annuelles en janvier et février 2022. Les services centraux du ministère élaborent leur plan de travail annuel (PTA) en lien avec leur plan stratégique, le budget de l'Etat et le plan de travail annuel des PTF. Au niveau des hôpitaux autonomes (CHU, CHR et CHP) et les spécificités nationales (INH, CNTS, CNAO, CRTS, CRAO), le processus de planification reste limité à l'élaboration du budget équilibré en dépenses et en recettes. Ces budgets sont soumis à l'approbation des conseils d'administration. Il est à noter que le CHU-SO s'est doté d'un projet d'établissement hospitalier en 2022.

3.1.2. Analyse des capacités d'exécution budgétaire

En matière de suivi de l'exécution du budget, deux (02) missions de suivi de l'exécution budgétaire ont été organisées dans neuf (09) structures sanitaires (DPS Tchamba, Kpele Adéta, polyclinique de Sokodé, CMS Agbonou, Goudeve, Amou Ogblo, USP Amakpapé, Langabou et Aouda.

Pour l'exécution budgétaire, la capacité d'exécution directe du budget mobilisé par le Ministère pour l'exercice 2022 est de 90,76% contre 85,53% en 2021. Cette performance pourrait être attribuable à la relance de la stratégie de continuité des services. Les dépenses de fonctionnement sont exécutées à 97,83%, celles des investissements à 89,95% et les ressources propres (recouvrement de coûts) à 83,03%.

Au titre des dépenses de fonctionnement, les dépenses de personnel ont été exécutées à 97,07% ; les dépenses de biens et services à 93,22% et les dépenses de transfert à 99,86%.

Les dépenses d'investissement sur ressources internes (RI) ont été exécutées à 96,26% et ressources externes (RE) à 89,43%. Notons que l'exécution des marchés publics a régressé de 79,37% en 2021 à 73,37% en 2022.

Au total 104,72 milliards francs CFA ont été mobilisés sur 115,38 milliards francs CFA autorisés.

3.2. Analyse de la capacité de suivi-évaluation et difficultés rencontrées

3.2.1. Fonctionnement du cadre institutionnel de suivi et évaluation des activités

Le cadre institutionnel de suivi-évaluation des activités est celui prévu dans le Plan de suivi et évaluation du PNDS. Il est conforme au Dispositif Institutionnel de coordination, de suivi et de l'évaluation des politiques de développement (DIPD) développé par le pays. Au niveau de la santé, il a été mis en place le Comité sectoriel « santé et VIH/Sida » par Arrêté n° 2011-066/PMRT. Cependant, ce comité n'a pas fonctionné depuis 2018. Pour pallier cette insuffisance, un nouvel organe de coordination du secteur de la santé a été mis en place. Il s'agit du Comité National de Coordination du Secteur de la Santé (CNC-SS) créé le 14 novembre 2019 par Arrêté N°215/2019/MSHP/CAB/SG.

3.2.2. Gestion de l'information pour le suivi de la mise en œuvre des activités

La gestion de l'information pour le suivi de la mise en œuvre des activités est fondée sur le fonctionnement du Système National d'Information Sanitaire.

Le plan de suivi et évaluation définit les rôles et responsabilités des parties prenantes. Ce plan est basé sur la chaîne des résultats du PNDS 2017-2022 avec 60 indicateurs clés dont 34 indicateurs traceurs de progrès et 26 indicateurs d'impact. Il constitue un cadre de référence pour orienter les parties prenantes sur le suivi de la mise en œuvre des activités et permet ainsi l'appréciation des progrès vers l'atteinte des résultats escomptés.

3.2.3. Suivi de la mise en œuvre des activités

Le suivi de la mise en œuvre des activités a été assuré à tous les niveaux de la pyramide sanitaire avec des outils adaptés selon qu'il s'agisse du niveau central, intermédiaire ou périphérique.

Au niveau district, le suivi est beaucoup plus rapproché, avec l'implication des représentants de la communauté au niveau des formations sanitaires à travers les COGES et la contribution des ASC. Ce suivi de proximité a consisté en la supervision formative intégrée du personnel des formations sanitaires et l'organisation de monitoring et de micro-planification par les points focaux des programmes de santé dans tous les districts. L'organisation des revues annuelles des performances au titre de l'année 2022 a eu lieu dans tous les districts.

Au niveau régional, un tableau de bord des indicateurs traceurs renseigné et envoyé au niveau central permet de suivre les tendances. Un outil (canevas de collecte des indicateurs traceurs) renseigné par les districts a fait l'objet de synthèse régionale permettant l'organisation des revues des performances 2022 des régions sanitaires. En outre, les ECR ont organisé des missions de supervision formative semestrielle vers les districts sanitaires pour le soutien technique indispensable à la bonne marche des activités. Au total, sept (07) supervisions intégrées ont été réalisées par les régions sanitaires vers les districts sur 12 prévues, soit 58,33% contre 75% en 2021. Cette faible performance est liée à l'insuffisance dans l'organisation des services

occasionnant parfois le chevauchement des activités, au déficit en RH, à la faible mobilisation des ressources financières destinées à la réalisation des activités au niveau des régions.

A propos des activités de suivi supervision semestrielle programmées en 2022 par le niveau central vers les régions, on note 100% de réalisation tout comme en 2021 ; les missions se sont déroulées respectivement du 26 septembre au 04 octobre 2022 pour le 1^{er} semestre 2022 et du 05 au 14 mars 2023 au titre du 2^{ème} semestre 2022.

La synthèse de l'exécution physique des PAO montre une réalisation globale de 77,87% en 2022 contre 71,11% en 2021 pour l'ensemble des services du niveau central, des régions sanitaires et des programmes de santé.

3.3. Défis prioritaires du secteur de la santé

La synthèse des principaux défis prioritaires du secteur à relever par axe et par domaine sont présentés dans le tableau suivants :

Tableau XLII : Défis à relever par axe stratégique et par domaines

AXE 1	Défis à relever par domaine	Acteurs
Domaine 1.1: Amélioration de la santé maternelle	-Redynamisation des comités d'audit des décès maternels et néonataux ; - Mobilisation des ressources domestiques pour assurer la prise en charge des FO ; - Revoir à la hausse le budget alloué à la subvention de la césarienne pour une prise en charge d'un nombre plus élevé des femmes enceintes et pour un remboursement des actes de césariennes aux hôpitaux	DSMIPF
Domaine 1.2: Renforcement de la Planification Familiale	-Renforcement de la gestion de la chaîne d'approvisionnement des intrants en SR y compris les produits contraceptifs ; -L'adhésion des femmes à l'offre de la contraception dans le post-abortum -Extension à toutes les régions de la distribution à base communautaire dans le domaine de la PF	
Domaine 1.3: Promotion des bonnes pratiques nutritionnelles	-Renforcement de la capacité de la diversification des ressources financières y compris endogènes -Mise à échelle de la prise en charge communautaire de la malnutrition dans les régions restantes (Maritime, centrale, Plateaux) ; -Recherche de nouveaux partenaires aussi bien dans le domaine privé et OSC pour la mise à échelle de certaines activités de nutrition demeurées à l'étape pilote.	DN
Domaine 1.4 : Promotion de la santé et le développement de l'adolescent	- Allocation de ressources de l'Etat pour la mise en œuvre des visites médicales systématiques scolaires - Gratuité des services de santé sexuelle et reproductive aux adolescents (contraception, prise en charge des IST, prise en charge des Violences faites aux filles et aux enfants) - Intégration de nouveaux indicateurs ou éléments de données SAJ dans le DHIS2.	DSJA
Domaine 1.5: Renforcement du PEV	- Mise en œuvre d'une coordination efficace avec les autres programmes pour renforcer le 2YL (vaccination dans la deuxième année de vie) - Préparation des documents pour la soumission FPP - L'introduction des vaccins contre le PVH, HepB à la naissance, et contre le paludisme	DI/PEV
Domaine 1.6: Promotion des pratiques familiales essentielles	-Développement des stratégies adéquates de promotion des pratiques familiales essentielles en milieux urbains ; -Mobilisation des ressources internes et externes pour la couverture en ouvrages d'assainissement autonomes améliorés.	DHAB
AXE 2	Défis à relever par domaine	Acteurs
Domaine 2.1: Lutte contre le Paludisme	-Mobilisation des ressources pour la vaccination des enfants contre le paludisme ; -Renforcement de l'engagement communautaire dans le cadre de la vision d'élimination du paludisme ; -Développement de la culture de redevabilité dans la mise en œuvre des interventions antipaludique en mettant l'accent sur la qualité.	PNLP
Domaine 2.2: Lutte contre la tuberculose	-Réduction du taux de décès des patients TB ; -Mobilisation de ressources additionnelles pour mettre à l'échelle les interventions innovantes	PNLT
Domaine 2.3: Lutte contre le VIH	-Amélioration de la couverture en PCR ;	PNLS-HV-IST

	-Accélération du processus d'extension de l'outil E-Tracker pour le suivi individualisé des PVVIH ; -Amélioration de la PrEP (Prophylaxie à la Préexposition contre le VIH)	
Domaine 2.4: Lutte contre les MTN	- Mobilisation des ressources pour la mise en œuvre du plan stratégique intégré des MTN 2022-2024 ; -Extension de la couverture géographique des zones endémiques aux MTN à MC -Mobilisation des ressources pour la digitalisation des activités de TDM	PNMTN
AXE 3	Défis à relever par domaine	Acteurs
Domaine 3.1: Prévention et contrôle de l'infection	- Création d'une ligne budgétaire pour les interventions de la PCI au niveau national ; - Mise en place de la surveillance des infections associées aux soins et aux services (IASS) et de la résistance aux antimicrobiens (RAM) ; - Amélioration de l'environnement bâti des établissements de soins, des matériels et matériaux de construction en faveur à la pratique de la PCI.	DHAB
Domaine 3.2: Renforcement de la surveillance épidémiologique	-Mise en place de l'approche « ONE HEALTH » pour faciliter la gestion plurisectorielle des urgences ; -Mise en place du PFN RSI ; -Organisation de la revue externe conjointe du RSI (JEE)	DSIUSR
AXE 4	Défis à relever par domaine	Acteurs
Domaine 4.1: Prise en charge des MNT	- Mobilisation des ressources pour le financement des activités de lutte contre les MNT ; - Prévention et contrôle des maladies non transmissibles dans les unités de soins de santé primaire ; - Prise en compte adéquate des données MNT dans le DHIS2.	PNLMNT / CNAO
Domaine 4.2 : Promotion de la santé	-Mobilisation de ressources pour mettre en œuvre des interventions en faveur de la promotion de la santé (la lutte contre l'infodémie en réponse aux urgences sanitaires, l'assurance de la visibilité des actions du ministère à travers la rédaction d'articles et reportages, le suivi supervision des activités de promotion de la santé dans l'approche multisectorielle et multidisciplinaire) ; -Renforcement en personnel qualifié en multimédias pour assurer la gestion du studio -Elaboration des normes et procédures (communication opérationnelle, stratégie multisectorielle de promotion de la santé, guide sur les déterminants sociaux de la santé).	Div PS
AXE 5	Défis à relever par domaine	Acteurs
Domaine 5.1: Renforcement de la gouvernance et du pilotage du système de santé	Pilotage et coordination des actions du secteur -Opérationnalisation des Comités régionaux et districts de Coordination du Secteur de la Santé. -Renforcement des capacités (institutionnelles, ressources humaines, matérielles et financières) du service d'Inspection Générale des Services de Santé (IGSS).	CCI-RSS CABINET
	Études, planification et programmation -Mise en place effective d'une cellule d'élaboration des projets d'investissements publics et la doter de ressources humaines et financières nécessaires pour son fonctionnement.	DEPP
	Régulation du secteur de soins (public et privé) -Mise en place des conseils et cercle de qualité dans les services ; -Formation et suivi des membres des conseils et cercles de qualité ; -Mise en place d'un programme national d'assurance qualité	DESR
	Amélioration de la gestion des structures de santé -Réalisation d'une évaluation externe de la stratégie « approche contractuelle » dans le système de santé ; -Renforcement du cadre de suivi des structures contractuelles (mettre en place une équipe de suivi, former/coacher les acteurs, mettre en place les outils et les procédures...).	Cellule Approche contractuelle
Domaine 5.2 : Amélioration du financement de la santé	-Définition des critères d'allocation des fonds d'indigents aux hôpitaux de même que les critères d'indigence ; -Accélération de l'appropriation du processus d'élaboration et d'exécution du budget programme à tous les niveaux du système y compris la mise en place d'une cellule technique d'élaboration des PIP du secteur.	DAF
Domaine 5.3 : Développement des Ressources humaines en santé	- Elaboration du plan de développement des ressources humaines en santé ; - Mise en place d'une stratégie de fidélisation des RHS dans les zones difficiles d'accès - Renforcement du système d'information des RHS	DRH

	-Amélioration de l'offre des services par la construction et/ou réhabilitation des infrastructures sanitaires ; -Dotation de chaque CHU et CHR de scanners.	DISEM
Domaine 5.4 : Développement d'une offre de services et soins de santé facile d'accès et de qualité sur l'ensemble du territoire	Santé communautaire -Mise en œuvre du projet pilote d'optimisation des pratiques des ASC dans 10 districts les moins performants ; -Dotation du reste des ASC en smartphone puis formation des ASC pour un meilleur renseignement des données dans le DHIS2 communautaire	DSCPA
	Couverture Santé Universelle -Elaboration d'un schéma directeur ; -L'adoption des paramètres techniques de l'AMU (architecture, paniers de soin et études actuarielles, modèle de financement).	DPCS
Domaine 5.5 : Amélioration de la disponibilité des médicaments et autres produits de santé de qualité	-Finalisation et mise en œuvre du plan d'action de la section de coordination des approvisionnements/CCAİM ; -Renforcement de la capacité de stockage de la CAMEG-TOGO ; -Création de l'agence de régulation pharmaceutique afin de renforcer ses fonctions, en l'occurrence celles de l'inspection et de l'homologation des produits de santé.	DPML
Domaine 5.6 : Renforcement de la disponibilité des produits sanguins labiles (PSL) sécurisés dans les formations sanitaires	-Mobilisation d'une subvention adaptée au niveau des activités transfusionnelles ; -Considération des CTS comme des services sociaux bénéficiant de l'exonération de certaines taxes ; -Transformation des PCD en CRTS	CNTS / CRTS
Domaine 5.7 : Renforcement des capacités du secteur de la biologie médicale pour améliorer la qualité de l'offre de services	-Mise en place de l'institut national de santé publique	Division des Laboratoires (DL)
Domaine 5.8 : Renforcement du système d'information sanitaire et recherche en santé	- Amélioration de la qualité (complétude, promptitude, exactitude, fiabilité) des données de toutes les structures de santé publiques/privées dans le DHIS2 ; - Mise en place d'un système d'informatisation des dossiers des patients dans les hôpitaux de référence ; - Renforcement de la mobilisation des ressources en faveur de la recherche en santé	DSNISI

IV. LEÇONS APPRISSES ET RECOMMANDATIONS

4.1. Leçons apprises

Tableau XLIII : Récapitulatif des leçons apprises par axe stratégique

Axes stratégiques	Leçons apprises
Axe 1 : Accélération de la réduction de la mortalité maternelle, néonatale et infantile et Renforcement de la planification familiale et de la santé des adolescents	<ul style="list-style-type: none"> -La planification et la mise en œuvre des stratégies avancées et novatrices de vaccination permettent de réduire les abandons et d'augmenter les couvertures vaccinales ; -Le renforcement de la vaccination de routine au cours des activités supplémentaires de vaccination à l'instar de la campagne de vaccination contre la poliomyélite et la rougeole et la mise en œuvre des Journées de Santé de l'Enfant contribuent significativement à l'amélioration des indicateurs du PEV ; -La mise en œuvre des Journées de Santé de l'Enfant et de la Semaine Africaine de la Vaccination a contribué significativement à l'amélioration des indicateurs du PEV et ceux de la nutrition ; -l'augmentation de la couverture vaccinale de Covid-19 grâce aux campagnes d'accélération vaccinales. -L'intérêt des femmes pour les méthodes contraceptives de longue durée d'action à cause de la gratuité. -L'implication de tous les acteurs dans le processus de la planification des différentes activités de DSMIPF devient une pratique à promouvoir en vue d'un consensus avant leurs mises en œuvre -L'effort de respect des activités prévues dans le PTA de la DSMIPF permet d'atteindre une meilleure performance -L'implication des ASC dans la mise en œuvre des actions essentielles de nutrition a permis d'améliorer la couverture de la prise en charge de la MAS ;

Axes stratégiques	Leçons apprises
	<ul style="list-style-type: none"> -L'intégration du dépistage de la malnutrition aux journées de santé de l'enfant a contribué à améliorer la couverture de la prise en charge de la MAS ; -La stratégie PB mère a contribué à plus de détection des enfants malnutris et leur référence vers les centres de pris en charge de la MAS surtout en cette période de la covid 19 ; -La capitalisation, la valorisation et la vulgarisation intercommunautaire de l'ingénierie locale innovante dans la construction des latrines restent des facteurs non négligeables dans l'assurance de la durabilité/pérennité des réalisations ; -L'implication du monde scolaire à travers l'Assainissement Total Piloté par les Ecoles (ATPE) renforce l'hygiène et l'assainissement dans les établissements scolaires ; -La multisectorialité dans la composition des cellules de coordination au niveau déconcentré favorise l'engagement de plusieurs départements autour de l'initiative TOGO SANDAL. -Maintenir le suivi sur l'utilisation des kits de césarienne dans les hôpitaux pour une gestion rigoureuse et efficace.
<p>Axe 2 : Renforcement de la lutte contre les maladies transmissibles</p>	<ul style="list-style-type: none"> -La mise en œuvre des mesures d'atténuation dans le contexte de la pandémie au Covid 19 a permis de dépister plus de cas de TB qu'en 2021 ; -La lutte contre la TB dépend fortement du financement extérieur, ce qui ne permet pas d'avoir les résultats escomptés en termes de résultats de traitement ; -L'utilisation du E-Tracker dans les sites PEPFAR dans le cadre du suivi individualisé des PVVIH a permis l'amélioration de la qualité des données du VIH sur les sites concernés ; -L'accessibilité des femmes enceintes à la prévention du paludisme (TPI) a été amélioré grâce à la mise à échelle des stratégies avancées en CPN, à la dotation de crédit de communication aux sage-femmes pour le rappel des RDV des femmes enceintes irrégulières et aux dialogues communautaires dans les districts sanitaires ; -Les tournées de triangulation et de validation des données à tous les niveaux ont permis d'améliorer leur qualité ; <p>L'administration de quatre cycles de CPS a contribué à réduire la morbidité et la mortalité chez les enfants de moins de 5 ans dans les régions ciblées.</p>
<p>Axe 3 : Amélioration de la sécurité sanitaire et la réponse aux épidémies et autres urgences de santé publique</p>	<ul style="list-style-type: none"> -L'implication de chaque service/secteur concerné par la gestion des urgences est un facteur de réussite dans la lutte contre les épidémies/urgences -La planification et la mise en œuvre des activités de préparation (financement de l'Etat, pré disposition des intrants au niveau des régions et des districts à fort risque...) permet une réaction plus prompte dans la gestion des cas de MPE -La supervision facilitante et formation des membres des comités PCI in situ dans les établissements de soins de référence a permis de renforcer leur connaissance et pratique en PCI -La formation du personnel d'appui de bionettoyage et de GDSS en PCI ont permis d'améliorer l'efficacité des pratiques du bionettoyage et de bonne pratique de gestion des déchets.
<p>Axe 4 : Renforcement de la lutte contre les maladies non transmissibles et promotion de la santé</p>	<ul style="list-style-type: none"> -L'engagement des partenaires techniques et financiers est un gage de réussite de la lutte contre les MNT ; -La validation des données de surveillance des indicateurs MNT au cours des supervisions a contribué à l'amélioration de la qualité des données MNT saisies dans le DHIS2 ; -le renforcement de la collaboration intersectorielle et multidisciplinaire à travers une formation en communication sur les risques et engagement communautaire (CREC) a contribué à l'amélioration de la lutte contre les maladies surtout les MPE ; -le renforcement des capacités des préfets, des secrétaires généraux des préfectures, des maires et des leaders communautaires en communication sur les risques et engagement communautaire a contribué à l'amélioration de l'adhésion des communautés dans les activités sanitaires de routine et des campagnes de masse ; -les sensibilisations de masse lors des journées de sports a permis aux populations d'être informées sur les maladies cardiovasculaires et d'autres maladies non transmissibles ; -la supervision dans les régions sanitaires a permis d'améliorer l'organisation de la promotion de la santé au niveau intermédiaire ;

Axes stratégiques	Leçons apprises
	<ul style="list-style-type: none"> -les missions de terrain pour la collecte des données de la promotion de la santé ont permis d'avoir une base des parties prenantes de la CREC dans chaque région ainsi que les médias de proximité ; -le développement de nouvelles approches de communication comme la communication digitale, l'écoute sociale a permis une amélioration dans la gestion des rumeurs ; -la mise en place d'un studio complet de traitement de support de communication audiovisuel permet à la DivPS d'assurer la visibilité des actions du ministère ; -l'octroi des LAPTOP à tous les PF PS des districts permet de traiter les données collectées.
Axe 5 : Renforcement du système de santé vers la Couverture Sanitaire Universelle (CSU) y compris la santé communautaire.	<ul style="list-style-type: none"> -La non exhaustivité des données collectées sur les RHS dans le privé a contribué en grande partie à la réduction des indicateurs de couverture en personnel ; -L'expérimentation des organes de qualité dans la région de la Kara montre une nette amélioration de la qualité des soins, il est souhaité une mise à échelle sur le plan national ; -Le suivi-évaluation des activités techniques du CNTS est facilité par l'utilisation d'un logiciel médicoteknique Transfus CONTROL® ; -L'absence d'un schéma directeur pour le développement de l'offre de soins ne facilite pas la coordination des projets de construction et de réhabilitation des infrastructures ; -L'opérationnalisation de la loi sur l'assurance maladie nécessite un plaidoyer de haut niveau pour l'adoption des paramètres techniques de l'AMU.

4.2.Recommandations

4.2.1. Suivi de la mise en œuvre des recommandations issues de la validation techniques du RAP 2021

Au total neuf (09) recommandations ont été formulées. Deux (02) sont totalement réalisées (44,4%), quatre (04) en cours de réalisation et trois (03) non réalisées. Ces dernières sont reconduites en 2023.

4.2.2. Nouvelles recommandations formulées

Eu égard aux résultats obtenus et des difficultés rencontrées dans la mise en œuvre des activités en 2022, de nouvelles recommandations ont été formulées à l'issue de l'atelier. Il s'agit des trois (03) non réalisées de 2022 et deux (02) nouvelles (voir tableau suivant) pour contribuer à l'amélioration des performances l'année 2023.

Tableau XLIV : Nouvelles recommandations formulées à l'endroit des différents acteurs

N°	Recommandations formulées	Responsables de mise en œuvre	Acteurs impliqués	Echéance	Etat de mise en œuvre 2022
1	Doter la DHAB d'une ligne budgétaire pour la mise en œuvre du programme durable de la PCI	DAF	DHAB	31/12/2023	Non réalisée
2	Faire un plaidoyer pour une ligne budgétaire à l'achat de la vitamine A et l'Albendazole	SG/DGAS	DN	31/12/2023	Non réalisée
3	Renforcer les capacités des chargés de planification suivi évaluation en la matière	DEPP/SP-PNDS	Programmes	31/12/2023	Non réalisée
4	Veiller à la concordance des données entre le niveau opérationnel et le niveau central (concertation avec les chargés SE des programmes pour l'harmonisation des données et validation)	SP-PNDS	DSNISI, régions et districts	31/12/2023	Nouvelle
5	Prendre des dispositions idoines pour que progressivement la saisie des données dans le DHIS2 soit respectée dans le temps	DSNISI	Acteurs niveau central et opérationnel	31/12/2023	Nouvelle

Conclusion

Les résultats de la dernière année de mise en œuvre du PNDS 2017-2022 sont appréciés sur la base des 34 indicateurs traceurs retenus dans le PSE. L'analyse de ces résultats a permis d'apprécier la pertinence des stratégies et interventions prévues et leur contribution à l'amélioration de la santé des populations. Ainsi, les tendances globales observées des 34 indicateurs traceurs de progrès se présentent comme suit : 21 indicateurs sont en progression soit 61,76% contre 55,88% en 2021 et 10 en régression soit 29,41% contre 35,29% en 2021 ; 03 stationnaires dont 01 indicateur d'enquête, soit 8,82%.

Le taux de réalisation physique global (tous les axes) des PAO a progressé de 71,11% en 2021 et à 78,61% en 2022 pour l'ensemble des entités à cause d'une meilleure programmation des activités à tous les niveaux. L'exécution des marchés publics a régressé de 79,37% en 2021 à 73,37% en 2022. Il en est de même pour les dépenses publiques du secteur de la santé qui est passé de 90,76% en 2021 à 75,26% en 2022.

L'analyse approfondie montre que 04 indicateurs ont constamment évolué de 2017 à 2022 et 01 a persisté dans sa régression durant la même période (Pourcentage de COGES fonctionnels). Les autres indicateurs traceurs ont évolué en dents de scie et/ou sont restés stationnaires.

Eu égard à ce qui précède, il s'avère nécessaire de renforcer la mise en œuvre des budgets programmes du ministère.

Les améliorations ont été possibles grâce à l'effort du gouvernement et aux divers appuis techniques et financiers des partenaires au développement ainsi que l'accompagnement des OSC et du secteur privé à qui le MSHPAUS tient à présenter sa gratitude.

Toutefois, au vu des difficultés, des enjeux nationaux et internationaux et des défis identifiés, le MSHPAUS s'emploiera à saisir toutes les opportunités en vue de l'optimisation des résultats du PNDS 2023-2027. Pour ce faire, quelques recommandations sont formulées à l'endroit des différents acteurs afin d'améliorer les performances du secteur pour la prochaine année.

Annexes

A1 : Formules de calcul de la performance et de correction des cibles

Calcul et détermination du score Performance

Calcul de la performance (Formule)

$$\text{Performance} = \frac{\text{Valeur réalisée} - \text{Valeur de référence}}{\text{Valeur cible} - \text{Valeur de référence}}$$

Détermination du score de performance

Les scores sont affectés de la manière suivante (en posant $P = \text{Performance}$) :

- 0, lorsque $P < 0$, c'est-à-dire le progrès réalisé est négatif (il y a recul de l'indicateur) ;
- 1, lorsque $0 \leq P < 0,25$ c'est-à-dire le progrès réalisé se situe entre 0% et 25%, y compris 0% ;
- 2, lorsque $0,25 \leq P < 0,50$ c'est-à-dire le progrès réalisé se situe entre 25% et 50%, y compris 25% ;
- 3, lorsque $0,50 \leq P < 0,75$ c'est-à-dire le progrès réalisé se situe entre 50% et 75%, y compris 50% ;
- 4, lorsque $0,75 \leq P < 1$ c'est-à-dire le progrès réalisé se situe entre 75% et 100%, y compris 75% ;
- 5, lorsque $P \geq 1$ c'est-à-dire le progrès réalisé est supérieur ou égal à 100% (la valeur cible est atteinte ou dépassée).

Formule pour la correction des cibles

$$\text{NVCn} = \text{VRn-1} + (\text{VCn} - \text{VCn-1})$$

NVCn : Nouvelle valeur cible de l'année n

VRn-1 : Valeur réalisée de l'année n-1

VCn : Valeur cible de l'année n

VCn-1 : Valeur cible de l'année n-1

A.2 : Organigramme du Ministère de la santé et de l'Hygiène publique

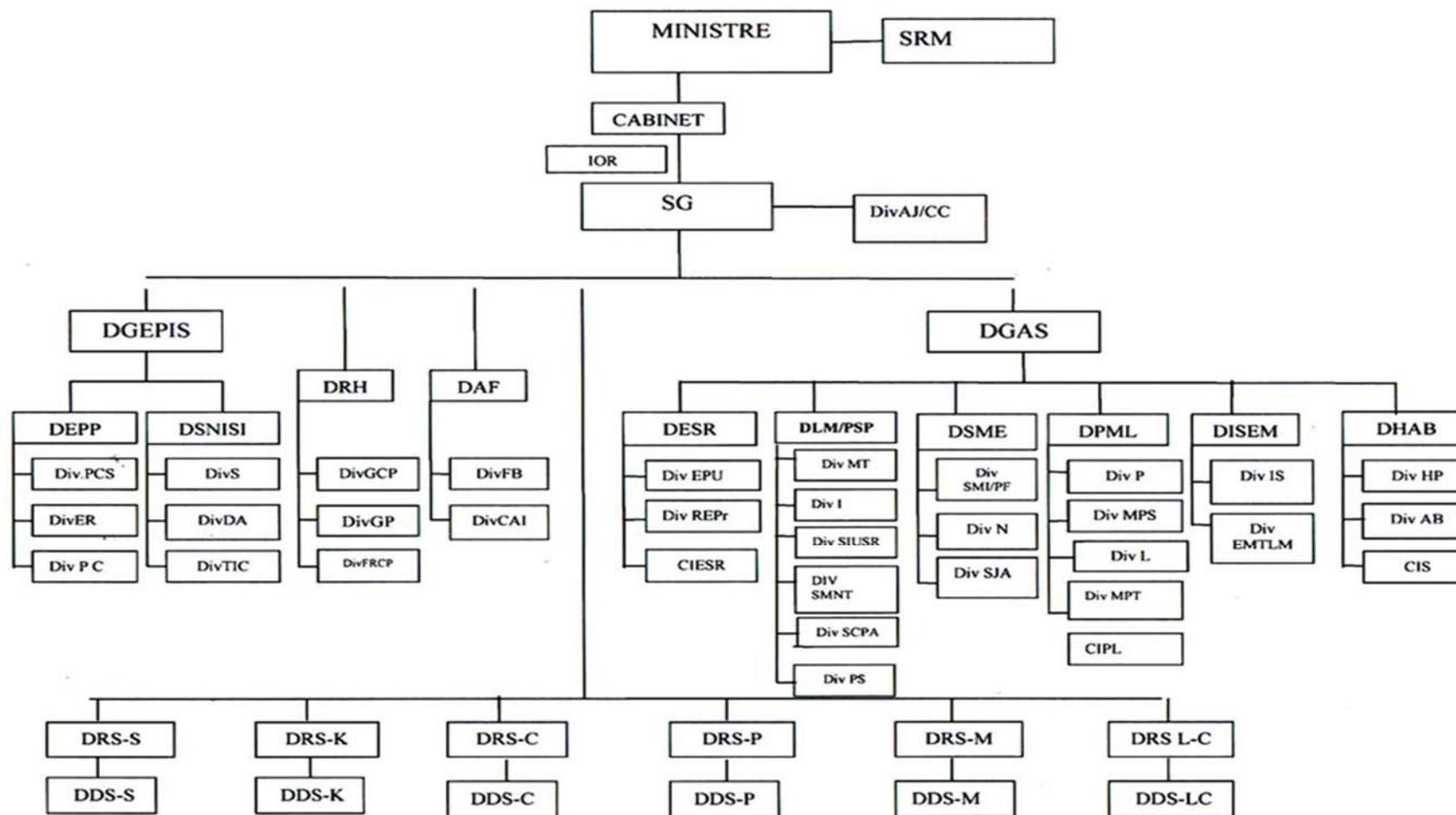


Figure 25 : Organigramme du ministère de la santé
 (Source : rapport de performance du MSPS 2016)

Tableau XLV : Définition des sigles et abréviations de l'organigramme du Ministère de la santé

SRM	Services rattachés au ministère
IGSS	Inspection générale des services de santé
PRMP	Personne responsable des marchés publics
CPMP	Commission de passation des marchés publics
CCMP	Commission de contrôle des marchés publics
AC	Administration centrale
SG	Secrétariat général
Div. AJ	Division des affaires juridiques
CC	Cellule de communication
DGEPIS	Direction générale des études, de la planification et de l'information sanitaire
DEPP	Direction des études, de la planification et de la programmation
Div PCS	Division de la planification et de la carte sanitaire
Div ER	Division des études et de la recherche
Div PC	Division de la programmation et de la Coopération
DSNISI	Direction du système national d'information sanitaire et l'informatique
Div S	Division des statistiques
Div DA	Division de la documentation et des archives
Div TIC	Division des technologies de l'information et de la communication
DRH	Direction des ressources humaines
Div GCP	Division de la gestion courante du personnel
Div GP	Division de la gestion prévisionnelle
Div FRCP	Division de la formation et du renforcement des capacités du personnel
DAF	Direction des affaires financières
Div FB	Division des finances et du budget
Div CAI	Division du contrôle de gestion et de l'audit interne
DGAS	Direction générale de l'action sanitaire
DESR	Direction des établissements de soins et de réadaptation
DEP	Division des établissements publics
Div REPr	Division des soins de réadaptation et des établissements privés
CIESR	Cellule d'inspection des établissements de soins et de réadaptation
DLM/PSP	Direction de lutte contre la maladie et des programmes de santé publique
Div MT	Division des maladies transmissibles
Div I	Division de l'immunisation
Div SIUSR	Division de la surveillance intégrée des urgences sanitaires et de la riposte
Div SMNT	Division de la surveillance des maladies non transmissibles
Div SCPA	Division de la santé communautaire et des personnes âgées
Div SP	Division de la promotion de la santé
DSME	Direction de la santé de la mère et de l'enfant
Div SMI/PF	Division de la santé maternelle et infantile et de la planification familiale
Div N	Division de la nutrition
Div SJA	Division de la santé des jeunes et des adolescents
DPML	Direction de la pharmacie, du médicament et des laboratoires

Div P	Division de la pharmacie
Div MPS	Division du médicament et des produits de santé
Div L	Division des laboratoires
Div MPT	Division de la médecine et pharmacopée traditionnelle
CIPL	Cellule d'inspection pharmaceutique et de laboratoires
DISEM	Direction des infrastructures sanitaires, des équipements et de la maintenance
Div IS	Division des infrastructures sanitaires
Div EMTLM	Division des équipements médico-techniques, de la logistique et de la maintenance
DHAB	Direction de l'hygiène et de l'assainissement de base
Div HP	Division de l'hygiène publique
Div AB	Division de l'assainissement de base
CIS	Cellule d'inspection sanitaire
SE	Services extérieurs
DRS	Directions régionales de la santé
DDS	Direction du District Sanitaire
IOR	Institutions et organismes rattachés
CHU	Centres hospitaliers universitaires
CHR	Centres hospitaliers régionaux
INH	Institut national d'hygiène
LNCQM	Laboratoire national de contrôle de qualité des médicaments
CAMEG	Centrale d'achat des médicaments essentiels et génériques
CNTS	Centre national de transfusion sanguine
CRTS	Centres régionaux de transfusion sanguine
CNAO	Centre national d'appareillage orthopédique
CRAO	Centres régionaux d'appareillage orthopédique
ENAM	Ecole nationale des auxiliaires médicaux (Lomé et Kara)
ENAS	Ecole nationale des aides sanitaires de Sokodé
ENSF	Ecole nationale des sage-femmes (Lomé et Kara)
CFSP	Centre de formation en santé publique
CPCD	Centre de prise en charge de la drépanocytose
CSS	Comité sectoriel santé VIH/Sida
CCM	Country Coordinating Mechanisme (Organisme national des projets financés par le Fonds Mondial de lutte contre le paludisme, la tuberculose et le VIH/Sida)
CB	Commission budgétaire
ORHS	Observatoire des ressources humaines en santé
CCIA	Comité de coordination inter agence
CCPP	Comité de coordination des projets et programmes

(Source : rapport de performance du MSPS 2016)

A.3 : Situation du personnel de santé du secteur public et privé par région en 2022

Tableau XLVI : Situation du personnel de santé par région et par secteur au 31 décembre 2022

Catégories professionnelles	Grand-Lomé		Maritime		Plateaux		Centrale		Kara		Savanes		Total par secteur		Total général
	Public	Privé	Public	Privé	Public	Privé	Public	Privé	Public	Privé	Public	Privé	Public	Privé	
Personnel médical	320	188	50	11	53	10	31	11	82	9	24	7	527	236	763
Médecins généralistes	59	132	23	9	28	6	14	11	22	8	13	6	159	172	331
Médecins spécialistes	217	51	24	2	23	3	15		51	1	11	1	341	58	399
Chirurgiens-dentistes	3	5	1	0	1	1	1	0	1	0	0	0	7	6	13
Pharmaciens	15	0	2	0	1	0	1	0	1	0	0	0	20	0	20
Personnel paramédical	2 197	753	762	116	1 025	205	630	119	850	122	615	138	6 015	1 453	7 453
Infirmiers diplômés d'Etat	405	208	161	33	232	64	121	38	184	40	156	57	1 259	440	1 699
Sage-femmes d'Etat	329	140	111	13	135	35	69	19	101	18	59	14	804	239	1 043
Auxiliaires d'Etat en pharmacie	17	5	7	3	11	1	5	3	10	2	7	2	57	16	73
Infirmiers auxiliaires	100	61	113	33	157	16	129	16	153	12	123	18	775	156	931
Accoucheuses auxiliaires	174	23	103	2	150	17	110	14	116	5	104	7	757	68	825
Personnel d'hygiène et d'assainissement	190	8	49	3	80	0	41	0	49	2	38	1	447	14	461
Personnel de laboratoire	346	175	56	14	67	30	46	16	59	27	34	17	608	279	887
Personnel de réadaptation fonctionnelle	134	11	22	0	27	1	22	8	32	0	18	5	255	25	280
Techniciens supérieurs de soins	467	115	132	13	160	41	85	4	137	14	72	14	1 053	201	1 254
Psychologues de santé	35	7	8	2	6		2	1	9	2	4	3	64	15	79
Personnel administratif cadre	599	191	98	35	118	29	74	23	95	32	50	33	1 034	343	1 377
Personnel technique	129	7	13	1	20	4	23	1	37	0	6	3	228	16	244
Personnel médico-technique	6	0		0	3	3	2	0	3	0	2	2	16	5	21
Personnel d'appui	739	250	274	97	351	273	235	127	264	145	224	212	2 087	1 104	3 191
Personnel hospitalier d'appui	644	603	482	70	575	225	384	98	472	69	384	60	2 941	1 125	4 066
Total	4 634	1 992	1 679	330	2 145	749	1 379	379	1 803	377	1 305	455	12 945	4 282	17 194
Pourcentage	26,90	11,56	9,75	1,92	12,45	4,35	8,00	2,20	10,47	2,19	7,58	2,64	75,14	24,86	100,00

(Source : rapport annuel DRH, 2022)

A 4 : Suivi approfondi des indicateurs traceurs de 2017, 2018, 2019, 2020, 2021 et 2022

Tableau XLVII : Analyse approfondie des indicateurs traceurs de 2017 à 2022

Indicateurs traceurs de progrès	Réalisée 2017	Réalisée 2018	Réalisée 2019	Réalisée 2020	Réalisée 2021	Réalisée 2022	Perf
Sur les 20 indicateurs en progression de 2018, 04 ont continué leur évolution jusqu'en 2022							
2. Pourcentage de femmes enceintes ayant effectué au moins 4 visites CPN	24,30%	34,50%	37,70%	39,13%	44,60%	50,40%	
11. Pourcentage de FE ayant reçu 3 doses de TPI pendant la grossesse	34%	45,50%	49,44%	51,51%	58%	61,50%	
17. Pourcentage de formations sanitaire pratiquant la PCI	36,00%	38,00%	41,60%	56,78%	65,50%	67,95%	
21. Pourcentage de structures de santé primaires offrant le paquet essentiel d'interventions pour la prise en charge intégrée des MNT (WHO-PEN)	10,29%	18,00%	25,70%	36,01%	41,48%	44,21%	
Sur les 20 indicateurs en progression de 2018, 7 ont continué leur évolution en 2020 parmi lesquels 02 ont régressé en 2022							

5. Proportion de décès maternels notifiés ayant fait l'objet d'un audit (revue)	19,02%	30,15%	34,30%	56%	68,40%	53,24%	
28. Pourcentage de villages qui disposent d'au moins un ASC formé sur les soins intégrés (diarrhée, pneumonie, paludisme et malnutrition)	46,80%	66,00%	71,90%	79,84%	76,90%	67,14%	
Sur les 11 indicateurs de 2018 en régression, 01 a persisté dans sa régression jusqu'en 2022							
22. Pourcentage de COGES fonctionnels	75%	74%	73,72%	63,62%	59,60%	58,10%	
Sur les 06 indicateurs traceurs de 2018 en régression jusqu'en 2020, 03 ont émergé en 2022							
14. Pourcentage de FE VIH+ ayant reçu des ARV durant leur grossesse	66%	80%	75,36%	63,60%	67,97%	79,30%	
23. Taux de couverture des besoins en personnel au niveau primaire de soins	47,60%	42,50%	42,29%	36,19%	42,10%	48,90%	
30. Proportion des besoins non satisfaits en concentrés de globules rouges (CGR)	32,70%	26,23%	25,96%	20,53%	26%	25,36%	
Les 06 indicateurs traceurs de 2018 en régression en 2019, 05 avaient émergé en 2020 et continué leur progression en 2022							
3. Taux d'accouchements assistés par un personnel qualifié	69,70%	84,77%	63,80%	65,10%	70,30%	72,50%	
16. Proportion de personnes traitées à l'Ivermectine dans la population éligible	83,36%	83,51%	82,50%	83,62%	85,36%	92,90%	
20. Pourcentage de personnes vivant avec un handicap pris en charge en réadaptation physique	2%	68,13%	52,10%	70,61%	79,93%	90,41%	
Les indicateurs traceurs évoluant en dents de scie et/ou stationnaires de 2017 à 2022							
1. Létalité maternelle de causes obstétricales directes dans les FS	1,20%	1,70%	1,74%	1,27%	1,30%	1,18%	
4. Proportion de femmes césariées ayant bénéficié de la subvention	99,49%	93,54%	98,80%	95,69%	94,60%	91%	
6. Nombre de Couple Année Protection (CAP)	294365	346202	475 602	446 741	428090	480122	
7. Pourcentage des enfants avec malnutrition aigüe sévère ayant bénéficié d'une prise en charge	59,00%	21,00%	29,50%	27,27%	37,28%	30,40%	
8. Pourcentage d'enfants de 0-11 mois ayant reçu 3 doses de vaccin Pentavalent (DTC-HepB-Hib3)	90,00%	88,00%	90,55%	88,63%	89,57%	89,00%	
9. Taux d'abandon vaccinal DTCHepB-Hib1/RR	2,00%	8,00%	4,79%	8,73%	9,28%	7,5%	
10. Pourcentage de villages certifiés FDAL	39,10%	29,00%	31,43%	34,43%	35,20%	32,57%	
12. Létalité due au paludisme chez les enfants de moins de 5 ans	4,08%	3,50%	4,01%	3,20%	2,50%	2,50%	
13. Pourcentage de nouveaux cas de tuberculose bactériologiquement confirmés traités avec succès (guérison et traitement terminé) parmi les nouveaux cas de tuberculose bactériologiquement confirmés et enregistrés sur une période donnée	83,00%	80,70%	82,49%	86,44%	85%	86,72%	
15. Proportion de PVVIH sous ARV dont on sait qu'ils sont toujours en vie à 12 mois après le début du traitement	91,00%	91%*	ND	89,50%	89,50%	89,50%	Stat
18. Taux d'infections post opératoires	1,20%	2,90%	2,05%	1,35%	0,83%	0,99%	
19. Proportion d'épidémie ayant bénéficié d'une réponse dans les 14 jours après la notification	100%	100%	100,00%	100%	100%	100%	Stat
24. Densité de personnel de santé (ratio pour 10.000 habitants)	6	7,3	7,01	8,24	8,41	8,06	
25. Taux d'accessibilité géographique	71,40%	71,40%	71,40%	71,40%	76,45%	90,70%	
26. Densité de lits d'hospitalisation pour 10.000 habitants	4,3	3,7	6,20%	4,1	3,6	7,43	
27. Taux d'utilisation des soins curatifs	39,20%	56,60%	63,10%	51,10%	56%	56,40%	
29. Pourcentage d'établissements de santé sans rupture de stock d'au moins un médicament traceur (au cours des trois derniers mois)	53,60%	54,40%	54,63%	47,06%	58%	57,20%	
31. Complétude des rapports du SNIS	91,00%	96,50%	92,21%	89,70%	89,20%	96,50%	
32. Taux de recouvrement des recettes	77,90%	86,50%	90,27%	80,47%	83,03%	91,5%	
Part du budget général de l'Etat alloué au secteur de la santé	4,60%	7,30%	6,78%	9,51%	7%	96,50%	
34. Taux d'exécution des dépenses publiques de santé	101,40%	98,00%	91,79%	85,53%	90,76%	75,3%	