



RÉPUBLIQUE TOGOLAISE

**RAPPORT ANNUEL DE PERFORMANCE DU
SECTEUR DE LA SANTE 2024**

Version finale

Juin 2025

Sommaire

Liste des tableaux	6
Liste des graphiques	7
Résumé analytique	8
Introduction	15
I. CONTEXTE DE LA GESTION SOUS-REVUE	15
1.1. Présentation du Ministère chargé de la santé.....	15
1.2. Vision, missions et objectifs du Ministère chargé de la santé.....	15
1.3. Priorités du Ministère de la santé pour l'année sous-revue	16
1.4. Présentation du budget de l'année sous-revue.....	16
II. PROGRES DANS L'ATTEINTE DES OBJECTIFS	18
2.1. Performances réalisées.....	18
2.1.1. Axe 1 : Système de santé et santé communautaire	18
2.1.2. Axe 2 : Utilisation des services essentiels de santé y compris la nutrition pour les mères, les enfants, les jeunes et adolescents et les personnes âgées.....	32
2.1.3. Axe 3 : Lutte contre les maladies et maîtrise des déterminants sociaux et environnementaux	43
2.1.4. Axe 4 : Réponses aux épidémies et aux autres urgences de santé publique	57
2.1.5. Axe 5 : Protection contre le risque financier lié à l'utilisation des services de santé.....	61
2.1.6. Synthèse de la tendance des indicateurs traceurs de progrès en 2023.....	62
2.2. Bilan des réalisations du plan d'action opérationnel, des marchés publics et d'exécution financière	62
2.2.1. Exécution physique du plan d'action opérationnel.....	62
2.2.2. Exécution des marchés publics.....	63
2.2.3. Point d'ensemble de l'exécution du budget en fin décembre 2023	64
III. ANALYSE DES CAPACITES ET DIFFICULTES RENCONTREES	65
3.1. Analyse de la capacité de mise en œuvre et difficultés rencontrées.....	65
3.1.1. Analyse des capacités de planification et programmation budgétaire	65
3.1.2. Analyse des capacités d'exécution budgétaire et des marchés publics	65
3.2. Analyse de la capacité de suivi et évaluation et difficultés rencontrées	66
3.2.1. Fonctionnement du cadre institutionnel de suivi et évaluation des activités	66
3.2.2. Gestion de l'information pour le suivi de la mise en œuvre des activités.....	66
3.2.3. Suivi de la mise en œuvre des activités	66
3.3. Défis à relever et priorités pour la gestion à venir	67
IV. LEÇONS APPRISSES ET RECOMMANDATIONS	71
4.1. Leçons apprises.....	71
4.2. Recommandations	73
Conclusion	74
Annexes	75

Sigles et abréviations

ANGE	: Agence Nationale pour la Gestion de l'Environnement
ANVT	: Agence Nationale du Volontariat au Togo
AUSSSR	: Projet d'accès aux services de santé sexuelle et reproductive
ARV	: Antirétroviral
ASC	: Agent de Santé Communautaire
ATPC	: Assainissement Total Piloté par la Communauté
BCG	: Vaccin 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
CCC - Santé	: Cellule de Changement Climatique et 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
CIPL	: Cellule d'Inspection Pharmaceutique et de Laboratoire
CIESR	: Cellule d'Inspection des Etablissements de Soins et de la Réadaptation
CISDHAB	: Cellule d'Inspection Sanitaire de la Direction de l'Hygiène et de l'Assainissement de Base
CMS	: Centre Médico-Social
CNAO	: Centre National d'Appareillage Orthopédique
CNC-SS	: Comité National de Coordination du Secteur de la Santé
CNTS	: Centre National de Transfusion Sanguine
COGES	: Comité de Gestion
COUSP	: Centre des Opérations d'Urgence de Santé Publique
CPN	: Consultation Prénatale
CPoN	: Consultation Postnatale
CPS	: Chimio Prévention du paludisme Saisonnier
CRAO	: Centre Régional d'Appareillage Orthopédique
CRTS	: Centre Régional de Transfusion Sanguine
CSST	: Comité Santé Sécurité au Travail
CSU	: Couverture Sanitaire Universelle
CTA	: Combinaison Thérapeutique à base d'Artémisinine
DBC	: Distribution à base communautaire
DHAB	: Direction de l'Hygiène et de l'Assainissement de Base
DCGAI	: Division du Contrôle de Gestion et de l'Audit Interne
DEPP	: Direction des Etudes, de la Planification et de la Programmation
DHIS 2	: District Health Information System 2ème version
DIPD	: Dispositif Institutionnel de coordination, de suivi et de l'évaluation des Politiques de Développement
DPS	: Direction Préfectorale de la Santé

DRH	: Direction des Ressources Humaines
DRS	: Direction Régionale de la Santé
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
ENAM	: Ecole Nationale des Auxiliaires Médicaux
ENAS	: Ecole Nationale des Aides Sanitaires
FDAL	: Fin de la Défécation à l'Air Libre
FFI	: Faisant fonction d'inspecteurs
FS	: Formation Sanitaire
FVH	: Fièvre Virale Hémorragique
GDBM	Gestion des Déchets Biomédicaux
HD	: Hôpital de District
HSH	: Hommes ayant les rapports Sexuels avec d'autres Hommes
IBC	: Interventions à Base Communautaire
IEC/CCC	: Information-Education-Communication / Communication pour un Changement de Comportement
IGSS	: Inspection Générale des Services de Santé
INAM	: Institut National d'Assurance Maladie
INH	: Institut National d'Hygiène
IRAS	: Infections Respiratoires Aigües Sévères
JEE	: Evaluation Externe Conjointe
JPO	: Journées Porte Ouvertes
LFR	: Loi de Finance Rectificative
MAS	: Malnutrition Aiguë Sévère
MASCS	: Ministère de l'Accès aux Soins et de la Couverture sanitaire
MB	: Multi Bacillaire
MII	: Moustiquaire Imprégnée d'Insecticide
MNT	: Maladies Non Transmissibles
MPE	: Maladies à Potentiel Epidémique
MSHP	: Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique
MTA	Médicaments traditionnels améliorés
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
PB	: Pauci Bacillaire
PCI	: Prévention et Contrôle de l'Infection
PCIMNE	: Prise en Charge Intégrée des Maladies du Nouveau-né et de l'Enfant
PDRHS	: Plan de Développement des Ressources Humaines en santé
PEPFAR	: President's Emergency Plan for AIDS Relief
PEV	: Programme Elargi de Vaccination

PFA	: Paralysie Flaque Aigue
PMT	: Praticiens de la médecine Traditionnelle
PNAPP	: Programme National des Addictions aux Produits Psychoactifs
PNDS	: Plan National de Développement Sanitaire
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
PSE	: Plan de Suivi et Evaluation
PSL	: Produits Sanguins Labiles
PSPS-TOGO	: Plateforme du Secteur Privé de Soins-Togo
PTBA	: Plan de Travail Budgétisé Annuel
PTF	: Partenaires Techniques et Financiers
PTME	: Prévention de la Transmission de la Mère à l'Enfant
PVVIH	: Personne Vivant avec le VIH
REPSRU	: Projet de renforcement du système de riposte aux situations d'urgence
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
SAV	: Sérum Antivenimeux
SG	: Secrétariat Général
SIDA	: Syndrome d'Immunodéficience Acquis
SIMR	: Surveillance Intégrée des Maladies et Riposte
SMIPF	: Soins Maternels et Infantiles et Planification Familiale
SMNI	: Soins Maternels, Néonataux et Infantiles
SMTS	Section Médecine du Travail et des Sports
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
SRC	: Syndrome de Rubéole Congénitale
SRMNIA	: Plan stratégique intégré de la santé génésique de la mère, du nouveau-né, de l'enfant et de l'adolescent
SSEQUCU	: Projet de Services de Santé Essentiels de Qualité pour une Couverture sanitaire Universelle
TB	: Tuberculose
Td2	: 2 ^{ème} dose de vaccin contre Tétanos et la Diphtérie
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 : Présentation du budget comparé des années 2023 et 2024 (en milliers FCFA).....	17
Tableau II : Présentation du budget et de l'exécution de l'année 2024 par axe du PNDS arrimé au budget programme.....	18
Tableau III : Performances du Système de santé et santé communautaire.....	18
Tableau IV : Répartition des infrastructures sanitaires par secteur de soins.....	24
Tableau V : Répartition des types d'établissements de soins par région en 2023.....	24
Tableau VI : Niveau de couverture des formations sanitaires par région.....	24
Tableau VII : Exécution du budget de l'année 2024.....	28
Tableau VIII : Répartition de la promptitude et de la complétude des rapports du SNIS par région en 2024.....	30
Tableau IX : Performance de l'utilisation des services essentiels de santé y compris la nutrition pour les mères, les enfants, les jeunes et adolescents et les personnes âgées.....	32
Tableau X : Résultat du Traitement Préventif Intermittent (TPI) par région en 2024.....	36
Tableau XI : Situation des décès maternels et néonataux par région en 2024.....	36
Tableau XII : Proportion d'enfants avec malnutrition aigüe sévère pris en charge par région.....	40
Tableau XIII : Supplémentation en vitamine A chez les enfants au cours de la vaccination de routine par région en 2024.....	40
Tableau XIV : Résultats des échantillons de sel de cuisine testés au niveau des ménages.....	41
Tableau XV : Situation de l'offre de service aux adolescents et jeunes dans les formations sanitaires publiques au Togo en 2024.....	41
Tableau XVI : Activités d'IEC/CCC avec les adolescents et jeunes (10-24 ans) dans les formations sanitaires en 2024 au Togo.....	42
Tableau XVII : : Performance de la lutte contre les maladies et maîtrise des déterminants sociaux et environnementaux.....	43
Tableau XVIII : Répartition par région des résultats du dépistage du VIH en 2024.....	45
Tableau XIX : Répartition des PVVIH sous ARV par région en 2024.....	46
Tableau XX : Résultats de distribution des moustiquaires imprégnées d'insecticide en routine, 2024.....	47
Tableau XXI : Résultats de la chimio prévention du paludisme saisonnier en 2024.....	47
Tableau XXII : Répartition des cas confirmés de paludisme par niveau de soins et par catégorie de patients.....	48
Tableau XXIV : Traitement des cas de paludisme simple selon les directives nationales dans les FS et au niveau communautaire par région en 2024.....	48
Tableau XXV : Incidence et taux de mortalité du paludisme par région en 2024.....	49
Tableau XXVI : Répartition des patients de TB dépistés au Togo selon la forme en 2024.....	49
Tableau XXVII : Synthèse nationale des couvertures du traitement de masse au premier tour en 2024.....	51
Tableau XXIX : Répartition des cas d'Ulcère Buruli (UB) dépistés et pris en charge par district, Togo, 2024.....	52
Tableau XXXI : Nombre de cas de lèpre recensés et pris en charge par région en 2024.....	52
Tableau XXIX : Demandes de traitement dans les centres de santé mentale.....	54
Tableau XXXII : Activités de promotion de la santé réalisées en 2024.....	55
Tableau XXXIV : Principaux indicateurs de la FDAL par région sanitaire en 2024.....	56
Tableau XXXV Performance de la réponse aux épidémies et aux autres urgences de santé publique.....	57
Tableau XXXVI : Complétude et promptitude des rapports hebdomadaires de surveillance par région en 2023 et 2024.....	57
Tableau XXXVII : Distribution annuelle des résultats virologiques des cas de Grippe, 2023-2024, Togo....	60
Tableau XXXVIII : Performance de la protection contre le risque financier lié à l'utilisation des services de santé.....	61
Tableau XXXIX : Synthèse de la tendance des indicateurs traceurs de progrès par axe du PNDS en 2024 ..	62

Tableau XL : Niveau d'exécution physique du PAO/PTBA en 2024	63
Tableau XLI : Exécution du budget comparé des années 2023 et 2024 (en milliers FCFA)	64
Tableau XLII : Défis majeurs du secteur de la santé par axe stratégique.....	67
Tableau XLIII : Leçons apprises et bonnes pratiques	71
Tableau XLIV : Recommandations formulées à l'endroit des différents acteurs.....	73
Tableau XLV : Statistiques relatives au fonctionnement du CNC-SS & ses démembrements en 2024	75
Tableau XLVI : Légende de l'organigramme du Ministère de la santé	78
Tableau XLVII : Répartition du personnel du secteur public et privé par région au 31 décembre 2024	80

Liste des graphiques

Figure 1 : Evolution des effectifs du personnel de la santé du secteur public de 2021 à 2023	Erreur ! Signet non défini.
Figure 2 : Répartition des ratios des personnels traceurs par région en 2023	Erreur ! Signet non défini.
Figure 3 : Evolution de la couverture des femmes enceintes vues au premier contact (CPN1) au cours des deux dernières années au Togo.....	Erreur ! Signet non défini.
Figure 4 : Evolution de la couverture des femmes enceintes vues au quatrième contact (CPN4) au cours des deux dernières années au Togo	Erreur ! Signet non défini.
Figure 5 : Evolution du taux d'accouchement assisté par un personnel qualifié de 2022 à 2023 au Togo	Erreur ! Signet non défini.
Figure 6 : Evolution des décès maternels notifiés et audités	Erreur ! Signet non défini.
Figure 7 : Evolution des décès néonataux notifiés et audités	Erreur ! Signet non défini.
Figure 8 ; Couvertures vaccinales de la vaccination de routine au Togo en 2023, chez les enfants de 0-23 mois et les femmes enceintes	Erreur ! Signet non défini.
Figure 9 : Taux d'abandon vaccinal au niveau régional en 2023	Erreur ! Signet non défini.
Figure 10 : Résultats administratifs du vaccin VPH par région	Erreur ! Signet non défini.
Figure 11 : Répartition du nombre de dépisté et du taux de séropositivité par population clé en 2023 au Togo.....	Erreur ! Signet non défini.
Figure 12 : Répartition du nombre de sites de PTME et de centres de SMNI par région en 2023	Erreur ! Signet non défini.
Figure 13 : Répartition du dépistage des cas de TB par région sanitaire en 2023..	Erreur ! Signet non défini.
Figure 14 : Résultats de traitement des cas nouveaux et rechutes (Patients incidents) de la cohorte 2022	Erreur ! Signet non défini.
Figure 15 : Nombre de cas de morsure de serpent pris en charge par région en 2023 par région	Erreur ! Signet non défini.
Figure 16 : Courbe épidémique hebdomadaire des cas de Covid-19 au Togo de mars 2020 à décembre 2023	Erreur ! Signet non défini.
Figure 17 : Evolution par semaines épidémiologiques des cas suspects de méningites 2022-2023	Erreur ! Signet non défini.
Figure 18 : Evolution par semaine épidémiologique des cas suspects de rougeole 2022-2023	Erreur ! Signet non défini.
Figure 19 : Organigramme du ministère de la santé.....	Erreur ! Signet non défini.

Résumé analytique

Le présent résumé analytique synthétise le contenu du rapport annuel de performance¹ 2024 du secteur de la santé par axe stratégique du PNDS 2023-2027.

Axe 1 : Système de santé et santé communautaire

Le pourcentage de réunions du comité national de coordination du secteur de la santé (CNC-SS) organisées en 2024 au niveau central est de 75% soit 3/4 réunions.

Cet indicateur est calculé au niveau région et district sanitaire avec un taux de réalisation respectif de 96% (23/24) et 62% (97/156). En considérant les trois (03) niveaux de la pyramide sanitaire, (CNC-SS, CRC-SS et CDC-SS), cette proportion est de 67% en 2024 soit 123/184 contre 20,11% en 2023 soit 37/184. La progression de cet indicateur est liée tant au niveau national que régional au suivi stratégique de la Direction des Etudes, de la Planification et de la Programmation (DEPP).

Le pourcentage de régions et districts ayant organisé la revue annuelle de performance est de 100%.

Le pourcentage de femmes aux postes nominatifs au sein du ministère chargé de la santé est de 11% en 2024 contre 15% en 2023 pour une cible de 21%. Cette régression illustre clairement l'aggravation de la faible représentativité des femmes dans les processus de nomination aux postes de responsabilité².

La part du budget de l'Etat alloué au secteur de la santé a régressé de 8,80% en 2023 à 6,9% en 2024 pour une cible de 9%. Cette situation est due à la diminution des allocations budgétaires. Il en est de même pour le taux d'exécution budgétaire du MSHP qui a régressé passant de 99,91% en 2023 à 84,39% en 2024.

Le taux d'accessibilité géographique des populations aux services de santé est maintenu à 90,7% entre 2023 et 2024. Il s'agit d'une données proxy car les données actualisées de la carte sanitaire ne sont pas encore disponibles

La densité cumulée du personnel traceur de soins (médecins, infirmiers, sage-femmes, techniciens supérieurs de soins) est passée de 7,83 personnels pour 10 000 habitants en 2023 à 8 en 2024. Cette performance s'explique par le recrutement du personnel de santé en 2024.

La couverture des besoins en personnel de santé au niveau primaire de soins a régressé passant de 44,66% en 2023 à 41,62% en 2024. Cette régression s'expliquerait d'une part par la prise en compte stricte des critères inscrits dans le PSE et d'autres part, par l'accroissement de la population.

Le pourcentage d'établissements de santé sans rupture de stock d'au moins un médicament traceur (au cours des trois derniers mois) est passé de 57,80% en 2023 à 74,54% en 2024 pour une cible de 60%. Cette performance serait attribuable à une amélioration de la disponibilité des médicaments traceurs dans les FS dans le cadre de la mise en œuvre des Conditions Basées sur la Performance (CBP) du projet SSEQCU.

¹ Mode de calcul de la performance en *Annexe n° 2*

² Document budgétaire sensible au genre et Budget programme du MSHP, 2024

Le taux de disponibilité des intrants essentiels au niveau communautaire a régressé de 79,65% en 2023 à 78% en 2024 pour une cible de 89,20%. Cette situation est due au manque de dotations en intrants PCIMNE-C en dehors de ceux fournis pour la prise en charge du paludisme aux 4 697 ASC dont les capacités ont été renforcées en décembre 2023 sur la prise en charge correcte du paludisme selon l'approche PCIMNE-C.

La proportion des besoins non satisfaits en concentrés de globules rouges (CGR) est passée de 24,21% en 2023 à 16,19% en 2024. Cette progression est liée à une augmentation de la production des PSL qui s'explique par la mise en œuvre effective du calendrier des collectes mobiles, par l'implication des associations et sociétés dans la promotion du don de sang et surtout par l'amélioration du financement des centres de transfusion sanguine.

Le nombre de laboratoire de biologie médicale ayant progressé d'une étoile par outil « SLIPTA » par année est passé de 12 en 2023 à 28 en 2024 pour une cible de 15 laboratoires. Cette performance est due à l'actualisation et renforcement du cadre institutionnel et réglementaire, au renforcement de la gouvernance et de la coordination des activités, à la poursuite de l'implémentation du Système de Management de la Qualité (SMQ) dans les laboratoires, à l'extension du programme de mentorat technique à une quinzaine de LBM, à l'amélioration de la Biosécurité-Biosûreté, à la mise aux normes des équipements et infrastructures et enfin à la meilleure gestion des données (système de gestion informatisée des données, le « LabBook »).

Le taux d'utilisation des soins curatifs a progressé passant de 60,41% en 2023 à 61,53% en 2024 pour une cible de 61,9%. Cette amélioration est attribuable au renforcement des infrastructures sanitaires et équipements, à l'utilisation des assurances maladies et à la sensibilisation de la population sans oublier l'amélioration de la qualité des données.

La proportion de formations sanitaires mettant en œuvre l'approche qualité a connu une régression passant de 43,72% en 2023 à 39,01% en 2024 pour une cible de 42,10%. Cette contre-performance est due à la création de nouvelles FS publiques et à la prise en compte de certaines FS privés et confessionnelles dans l'approche.

Le pourcentage de cadres de partenariat et de collaboration inter-multisectorielle fonctionnels (Plateforme Onehealth, Eau, Assainissement et Education) est resté stationnaire à 66,67% entre 2023 et 2024 pour une cible 70%.

La promptitude des rapports du système national d'information sanitaire (SNIS) a progressé passant de 85,57% en 2023 à 89,2% en 2024 pour une cible de 87%.

La complétude des rapports du SNIS a régressé de 97,7% en 2023 à 95,4% en 2024 pour une cible de 98%. Cette contre-performance est imputable aux différentes activités menées dans le cadre du nettoyage des métadonnées et les activités réalisées pour assainir les données dans le Dhis2 telles que l'attribution des rapports mensuels d'activités (RMA) à certaines formations sanitaires en cours d'année.

Le pourcentage de FS et de districts sanitaires disposant d'un comité de sécurité et santé au travail (CSST) est passé de 1,81% en 2023 à 2,79% en 2024 pour une cible de 23%. Cet indicateur n'a pas progressé par rapport à 2023 par manque de ressources pour la mise en place des comités et la formation des membres.

Concernant la proportion de médicaments traditionnels améliorés, il est à noter qu'aucun n'a reçu d'autorisation de mise sur le marché (AMM) en 2024 pour une cible de 40%. Néanmoins, 43 Praticiens de la médecine Traditionnelle (PMT) ont été accompagnés dans l'élaboration des dossiers à soumettre pour l'homologation mais aucun dossier n'a été soumis à cause des difficultés liées à la réalisation des tests toxicologiques.

Le pourcentage de villages qui disposent d'au moins un ASC formé sur les soins intégrés (diarrhée, pneumonie et paludisme) ou PCIMNE communautaire a progressé passant de 81,5% en 2023 à 85% en 2024 pour une cible de 82%. Cette performance est liée à la formation des ASC en PCIMNE-C avec l'appui des partenaires.

Le pourcentage de Comités de gestion (COGES) fonctionnels a progressé passant de 64,08% en 2023 à 67% en 2024 pour une cible de 72%. Cette amélioration est due à l'application des critères de fonctionnalité définis dans le nouveau manuel de formation des COGES.

Le pourcentage de FS pratiquant la Prévention et contrôle des infections (PCI) a progressé de 54,46% en 2023 à 73,87% en 2024 pour une cible de 77%.

Le taux d'infection post opératoire a progressé de 1,70% en 2023 à 1,53% en 2024 pour une cible de 0,6%.

Malgré que les cibles ne soient atteintes en 2024, il est noté une progression de ces deux indicateurs à cause du renforcement des interventions, l'opérationnalisation des politiques et programmes, la pratique de l'hygiène hospitalière, la supervision dans les FS, la communication pour le développement et la disponibilité du plan d'action de gestion des déchets biomédicaux (GDBM) dans plus de 87% des FS, la mise en place d'un outil Excel pour faciliter le mise en œuvre et aussi le suivi régulier.

Axe 2 : Utilisation des services essentiels de santé y compris nutrition par les mères, les enfants, les jeunes et adolescents et les personnes âgées

Le pourcentage de femmes enceintes ayant effectué au moins 4 visites de soins prénatals a connu une régression passant de 52,5% en 2023 à 49,8% en 2024 pour une cible de 57%. Ceci serait dû au retard à la CPN1 et au non-respect des rendez-vous et par une augmentation des structures informelles qui partagent de moins en moins les informations sanitaires.

La proportion de décès maternels ayant fait l'objet d'un audit a progressé passant de 72,9% en 2023 à 90% en 2024 pour une cible de 82%. La proportion de décès néonataux ayant fait l'objet d'un audit a progressé passant de 8,2% en 2023 à 23,93% en 2024 pour une cible de 50%. Cette performance est due à l'appui technique et financier des partenaires (Fonds SBT, OMS et UNFPA) ayant facilité l'accompagnement des comités d'audits.

Le nombre de Couple année protection (CAP) a régressé, passant de 409 729 en 2023 à 351 718,68 en 2024 malgré la mise en œuvre des stratégies novatrices. Cela s'explique par l'insuffisance de la mise en œuvre de la DBC et des JPO et la fin de certains projets d'implémentation de la DBC.

La létalité maternelle de causes obstétricales directes dans les structures SONU est passée de 0,85 % en 2023 à 0,64% en 2024 pour une cible de 1,07%. Les principales causes de ces décès sont entre autres les hémorragies, des éclampsies/pré éclampsies, les infections puerpérales.

Le pourcentage d'accouchement assisté par un personnel qualifié a connu une progression passant de 75,10% en 2023 à 78,56% en 2024 pour une cible de 78%.

La proportion de femmes ayant bénéficié d'une césarienne subventionnée a connu une régression passant de 95,8% en 2023 à 93,39% en 2024. Cette contreperformance s'expliquerait par la grève du personnel de bloc opératoire avec un service minimum durant la période de mai à juillet 2024. Au cours de cette période, la plupart des femmes enceintes à césariser étaient référés dans les structures sanitaires privées pour une prise en charge.

Le pourcentage de femmes enceintes ayant reçu trois (03) doses de Sulfadoxine-pyriméthamine pour le traitement préventif intermittent (TPI3) a connu une légère régression, passant de 66,22% en 2023 à 65,04% en 2024 pour une cible de 66,80%. Cette baisse serait due au retard des femmes pour recourir à la première consultation prénatale malgré la disponibilité constante des intrants et à la réalisation des stratégies avancées en CPN.

La proportion d'enfants de 6-59 mois malnutris aigus sévères ayant bénéficié d'une prise en charge a connu une progression passant de 35% en 2023 à 37,80% pour une cible de 40,40%. Cette performance se justifie par le renforcement des dépistages actifs à travers la prise de périmètre brachial (PB) familial, le renforcement des capacités des prestataires sur la prise en charge de la malnutrition et ceci spécifiquement dans la région des Savanes et de la Kara.

Le pourcentage d'enfants de 0 à 11 mois ayant reçu 3 doses de DTC-HepB-Hib a connu une progression en passant de 92% en 2023 à 116% en 2024 pour une cible 95%. Ce taux supérieur à 100% pourrait s'expliquer par la revue à la baisse de la proportion de la cible qui est passée de 4,15% en 2023 à 3,1% en 2024.

Le pourcentage de formations sanitaires publiques offrant des services adaptés aux adolescents et aux jeunes (espaces aménagés et équipés, personnel formé, rapport d'activités) est passé de 7% en 2023 à 7,25% en 2024, pour une cible de 7,25%. La valeur initiale fixée par le PNDS pour 2024 était de 5,2%.

Le Togo ne dispose pas d'un centre de gériatrie de référence national fonctionnel depuis l'année 2023.

Il n'existe ni d'ASC formé pour la prise en charge des personnes âgées ni de centre de gériatrie créé sur le plan national en 2024 pour la prise en charge des personnes âgées.

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

Le pourcentage de PVVIH qui connaissent leur statut sérologique à l'égard du VIH (niveau d'atteinte du premier « 95 ») a connu un progrès sensible en passant de 85,94% en 2023 à 91,94% en 2024 pour une cible de 92%. Cette performance est due à la poursuite du renforcement des différentes stratégies de dépistage du VIH (index testing, EPOA, dépistage communautaire, autotest, ...) et le ciblage des groupes à hauts risques pour le dépistage.

L'incidence des cas du paludisme est passée de 286 cas pour 1000 habitants en 2023 à 257,6 cas pour 1000 habitants en 2024. Le taux de mortalité hospitalière due au paludisme est passé de 15 cas pour 100 000 habitants en 2023 à 11,7 cas pour 100 000 habitants en 2024. Cette bonne performance liée à la baisse du nombre de cas et de décès pourrait s'expliquer par la disponibilité et la bonne utilisation des MII distribuée en 2023 à tous les ménages lors de la campagne de

masse, les efforts consentis pour améliorer le système de référence des cas graves et la prise en charge rapide de ces cas dans les hôpitaux avec l'artésunate injectable.

L'incidence de la Tuberculose (p.100.000) est de 30 en 2024 contre 32 en 2023. Cette performance dénote d'une bonne couverture du traitement des patients TB qui est estimée à 110% en 2023. La baisse de cet indicateur est une progression dans le sens de l'élimination de la TB à l'horizon 2035.

Le « Taux de succès de traitement antituberculeux des patients nouveaux et rechutes (guéris plus traitement terminés) » a régressé, passant de 86% en 2023 à 85% en 2024 pour une cible de 88%. Cette situation s'explique par les taux élevés de décès (7%), de perdu de vue (6%) enregistrés en 2024, imputables au déficit dans le suivi des patients TB.

Les couvertures programmatiques de l'Ivermectine chez les 5 ans et plus et du Praziquantel chez les Enfants d'âge scolaire (EAS) lors des TDM ont connu une régression positive passant respectivement de 105,67% en 2023 à 100,50% en 2024 pour l'onchocercose et de 100,98% en 2023 à 99,17% en 2024 pour les schistosomiasis pour une cible $\geq 95\%$. Ces bonnes performances seraient dues à la maîtrise de plus en plus des populations programmatiques, à la disponibilité des intrants et l'amélioration de la qualité des données dans le contexte d'élimination des deux maladies. Malgré tout, le recensement des populations par les ASC souffre toujours par endroit, de même que la non maîtrise du calcul des populations programmatiques, ce qui explique les couvertures dépassant les 100% parfois.

Le pourcentage des districts qui assurent la prise en charge spécialisée des affections bucco-dentaires n'a pas évolué. Il est resté stationnaire à 47% entre 2023 et 2024 pour une cible de 30,7%.

Tous les cas de noma de 2024 sont des cas suspects cliniques car aucun n'a pu être confirmé par faute de test de confirmation. Au total 199 cas ont été dépistés en 2024. Le pourcentage de cas diagnostiqués avec complication (degré 3, 4 et 5) est égal à 0% en 2024 contre 10% en 2023 pour une cible de 80%.

Le pourcentage des districts sanitaires offrant la prise en charge intégrée des maladies non transmissibles (WHOPEN) a progressé passant de 7,69% en 2023 à 18% en 2024 pour une cible de 27%. Cette performance, bien que nettement supérieure à celle de 2023, reste encore faible par rapport à la cible. Ceci est dû à la faible mobilisation des ressources financières en faveur de la mise en œuvre du WHOPEN.

La proportion d'hôpitaux offrant des services spécialisés de prise en charge des maladies cardiovasculaires a progressé passant de 26% en 2023 à 34% en 2024 pour une cible de 30%. Cette amélioration est due à la coordination des activités de lutte contre les MNT dans les structures sanitaires et surtout à la collaboration avec le secteur privé.

Le pourcentage des FS offrant un service en matière de santé mentale est passé de 4,58% en 2023 à 7,5% en 2024 pour une cible de 21,8%. Cette faible performance, malgré le progrès enregistré, est due à la disponibilité d'au moins un personnel qualifié (psychologue, master en santé mentale, psychiatre) dans les centres offrant les services.

Concernant le pourcentage de patients dépendant des substances psychoactives pris en charge dans une structure d'addictologie, la mise en œuvre n'a pas encore commencé car le Togo ne dispose pas d'un centre dédié.

Le pourcentage de personnes vivant avec un handicap, prises en charge en réadaptation physique a progressé passant de 64,08% en 2023 à 92,01% en 2024. Cette progression est due la réalisation des consultations foraines en 2024 à l'occasion de la célébration du cinquantenaire du Centre National d'Appareillage Orthopédique (CNAO).

Le taux de chirurgie de la cataracte (p 1000000) a régressé de 1 496 en 2023 à 999 en 2024 pour une cible de 1 291 cas. En effet, au Togo le nombre de cas de cataracte opéré dépend encore fortement des campagnes foraines et donc des partenaires financiers. En 2024 le financement a diminué ce qui s'est traduit par une régression des campagnes foraines d'où l'intérêt de subventionner les chirurgies de la cataracte en poste fixe pour améliorer le taux.

Le pourcentage de villages certifiés « Fin de défécation à l'air libre (FDAL) » a progressé de 37,70% en 2023 à 40,12% en 2024 pour une cible de 45%. Cette performance est due au suivi régulier des ouvrages sanitaires et à l'implication des autorités locales dans la mise en œuvre des activités. Cependant, beaucoup d'efforts reste à faire puisqu'on est encore loin de la cible.

Une Task Force fonctionnelle sur les questions liées aux changements climatiques et aux risques sanitaires a été créée le 23 janvier 2023. Au cours de l'année 2024, la Cellule a tenu quatre (04) réunions.

En 2024, quatre (04) nouveaux capteurs ont été installés, portant le nombre total à sept (07) contre trois (03) en 2023 pour une cible de 07. Les sites d'implantation sont les districts sanitaires Agoè-Nyivé (04), Golfe (02) et Kozah (01) qui disposent désormais d'un capteur fonctionnel pour la mesure de la qualité de l'air.

Axe 4 : Réponse aux épidémies et autres urgences de santé publique

La proportion d'épidémie ayant bénéficié d'une réponse dans les 14 jours après la notification est maintenue à 100% de 2023 à 2024. Plusieurs interventions expliquent le maintien de cette performance dont la surveillance hebdomadaire des maladies à potentiel épidémique (MPE), la détection précoce des urgences, la réponse aux épidémies dans les délais et de l'application du RSI.

Le nombre de COUSP fonctionnels est resté stationnaire à un (01) entre 2023 et 2024 pour une cible de trois (03) centres. Au niveau des régions, les COUSP sont mis en place avec certains équipements disponibles. Il reste la phase de formation des acteurs pour les rendre fonctionnels.

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

Les dépenses de santé domestiques du gouvernement en pourcentage des dépenses courantes de santé ont progressé, passant de 13,5% en 2021 à 21,2% 2023 pour une cible de 19,7%³. Cette situation s'expliquerait par la priorité donnée par le gouvernement à l'assurance maladie universelle et la prise du décret No 2023-097/PR du 11 octobre 2023 confiant la gestion de l'assurance maladie universelle (AMU) à l'INAM et à la CNSS.

3 Rapport des Comptes de la santé 2022-2023, données disponibles chaque deux ans

Les dépenses d'assurance sociale/obligatoire en pourcentage des dépenses courantes de santé ont progressé de 3,6% en 2021 à 5,0% en 2023 pour une cible de 6,8% (2023). Cette progression s'expliquerait par l'action du gouvernement à travers l'amélioration de l'enrôlement des bénéficiaires et de la digitalisation du système de gestion, l'implication des groupements du privé et les partenaires sociaux.

La proportion de la population couverte par le régime unique d'assurance maladie a progressé de 5,4% en 2021 à 39,4% en 2023 pour une cible de 16,3% (2023). Cette performance s'expliquerait par l'augmentation du nombre de bénéficiaires inscrits sur le régime AMU (INAM et CNSS) ainsi que les bénéficiaires des assurances WEZOU et School AMU.

La dépense de santé des ménages par paiement direct en pourcentage de la dépense courante de santé est passée de 66,0% en 2021 à 51,2% en 2023 pour une cible de 57,3% (2023). Les dépenses de santé à la charge des ménages restent encore élevées, d'où la nécessité d'accélérer l'extension de l'AMU.

Le bilan programmatique (exécution physique des PAO/PTBA) montre une nette progression de réalisation passant de 78% en 2023 à 81,38% en 2024 pour l'ensemble des services du Ministère y compris les programmes de santé et des régions sanitaires.

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

Introduction

Dans le cadre du suivi évaluation du Plan National de Développement Sanitaire (PNDS) 2023-2027, le secteur de la santé élabore chaque année, avec l'ensemble de toutes les parties prenantes, le rapport annuel de performance de la mise en œuvre des interventions. Il permet de faire le suivi des indicateurs de progrès dans l'atteinte des cibles fixées dans le plan de suivi évaluation (PSE).

Ce rapport représente un document de référence pour le gouvernement et ses partenaires du secteur de la santé. Il permet d'avoir 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.

L'année 2024 est la seconde année de mise en œuvre du PNDS 2023-2027. Comme de routine, l'élaboration du rapport de performance 2024 du secteur constitue une étape majeure dans l'opérationnalisation de la redevabilité du dispositif de coordination de suivi des activités du secteur. Il contribuera à l'évaluation à mi-parcours dudit PNDS.

Ce rapport annuel de performance a été élaboré à partir des données provenant des revues régionales et des rapports des directions centrales ainsi que ceux des programmes de santé. L'approche d'élaboration a été ascendante, participative et inclusive avec l'implication des parties prenantes au développement sanitaire. L'analyse de la performance s'est basée sur les 57 indicateurs traceurs de mesure de progrès retenus dans le PSE du PNDS 2023-2027. Il a été prévalidé le 05 juin 2025 et présenté à la seconde session du CNC-SS le 14 août 2025.

Le présent rapport, 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 Ministère de la santé est défini par le décret n° 2012-006/PR du 07 mars 2012 portant organisation des départements ministériels. Il a été complété par l'arrêté n° 0021/2013/MS/CAB du 27 février 2013 portant organisation des services du ministère chargé de la santé avec création d'un secrétariat général et de deux directions générales (*Annexe n° 2*) et l'arrêté n° 171/2020/MSHP/CAB/SG portant organisation administrative des régions sanitaires. Un accent particulier a été mis sur l'accès aux soins et assurance maladie ayant conduit à la prise de décret n° 2024-041/PR du 20 août 2024, portant composition du Gouvernement, a nommé le Ministre de l'Accès aux Soins et de la Couverture Sanitaire (MASCS).

1.2. Vision, missions et objectifs du secteur

La vision de la politique nationale de santé à l'horizon 2030 est celle d'un Togo dans lequel les hommes, les femmes, les enfants, les jeunes, les adolescents et les personnes âgées qui y habitent pratiquent des comportements favorables à la santé, ont accès aux soins et services de santé de qualité dont ils ont besoin et qui sont offerts à un coût abordable par un système de santé

performant, résilient et capable de satisfaire le droit à la santé de tous en particulier les plus vulnérables".

De cette vision, les missions assignées au secteur 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.⁴

Ces missions sont en cohérence avec les orientations de la feuille de route gouvernementale 2020-2025 dont les objectifs pour le secteur de la santé sont : i) Généraliser la couverture maladie pour une large partie de la population ; ii) 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 ; iii) Améliorer la qualité de l'offre de services et soins de santé ; iv) Renforcer la sécurité sanitaire et la réponse aux épidémies et autres urgences de santé publique.

1.3. Priorités du secteur de la santé pour l'année sous-revue

Les principales priorités du secteur de la santé en 2024 demeurent la mise en œuvre des interventions clés en rapport avec les cinq (05) axes du PNDS 2023-2027. Il s'agit principalement de : i) la poursuite des 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, des jeunes et adolescents et des personnes âgées 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 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) l'amélioration de la disponibilité de ressources humaines qualifiées, des médicaments essentiels et autres produits de santé ; viii) le renforcement du Système national d'information sanitaire (SNIS) et du processus de planification suivant l'approche budget programme et ix) les projets P3 et P4 de la feuille de route gouvernementale 2020-2025 pour la santé (mise en place de la couverture sanitaire universelle et réponses aux urgences sanitaires). En outre, l'Assurance Maladie Universelle (AMU) a été rendue effective en avril 2024.

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

La part du budget de l'Etat alloué au secteur de la santé est passée de 8,80% en 2023 à 5,33% en 2024 pour une cible de 9%. Ce taux reste encore faible par rapport aux engagements pris au sommet d'Abuja de consacrer au moins 15% du budget général de l'Etat au secteur de la santé.

⁴ Décret N°2012-004/PR relatif aux attributions des ministres d'Etat et ministres du 29 Février 2012

Le budget général 2024 du secteur de la santé y compris ceux des formations sanitaires est de 168,137 milliards FCFA contre 182,740 milliards de FCFA en 2023, soit une diminution de 14,604 milliards de FCFA (7,99%) due essentiellement à la diminution des dépenses de transfert (11,97%), des dépenses d'investissement sur ressources internes (56,07%) et externes (12,54%).

Ce budget est réparti de la manière suivante : i) 51,532 milliards FCFA (30,65%) pour l'Etat soit une diminution de 8,676 milliards de FCFA (14,41%) par rapport à 2023 ; ii) l'appui des partenaires s'élève à 68,387 milliards FCFA (40,67%) soit une diminution de 9,801 milliards de FCFA (12,54%) par rapport à 2023 et enfin iii) le recouvrement des coûts (recettes propres) des formations sanitaires autonomes et non autonomes respectivement de 31,743 milliards FCFA et 16,475 milliards FCFA.

Les ressources hors budget général (Partenaires non-inscrits au budget de l'Etat) s'élèvent à 16,974 milliards de FCFA contre 11, 676 milliards de FCFA en 2023, on note une augmentation de 5,298 milliards de FCFA soit 45,38%.

En considérant les dépenses publiques relatives à la Loi de finance rectificative (LFR), il a été alloué au MSHP un montant de 119,919 milliards de FCFA en 2024 contre 138,396 milliards de FCFA en 2023 soit une nette diminution de 18,477 milliards de FCFA représentant une régression de 13,35% par rapport à 2023.

Les dépenses de fonctionnement comprennent : i) les dépenses de personnel (traitements et salaires) pour un montant de 30,742 milliards de FCFA, soit 18,28% du budget total contre une proportion de 16,13% en 2023 ; ii) les dépenses de matériel (biens et services) pour un montant de 1,897 milliards de FCFA, soit 1,13% du budget total contre une proportion de 0,87% en 2023 ; iii) les dépenses de transfert (transferts et subventions) pour un montant 12,165 milliards de FCFA, soit 7,23% du budget alloué, contre une proportion de 7,56% par rapport à 2023.

Les dépenses d'investissement sont estimées à 75,116 milliards de FCFA en 2024 contre 93,504 milliards de FCFA en 2023, soit une diminution de 18,388 milliards de FCFA correspondant à une régression de 19,67%.

Les dépenses sur le recouvrement de coûts sont estimées à 48,218 milliards de FCFA en 2024 contre 44,344 milliards en 2023 soit une augmentation de 3,873 milliards de FCFA correspondant à 8,73%. Le tableau suivant présente le budget total 2024 comparé avec celui de l'année de 2023.

Tableau I : Présentation du budget comparé des années 2023 et 2024 (en milliers FCFA)

Nature des dépenses	Montant en milliers de FCFA		Part dans le budget général		Variation	Taux de variation
	2023(a)	2024(b)	2023(a/A)	2024 (b/A)	(b-a)	(b-a)/(a)
Dépenses de personnel (Traitements et salaires)	29 475 771	30 741 684	16,13%	18,28%	1 265 913	4,29%
Dépenses de matériel (Achat de biens et services)	1 597 997	1 897 230	0,87%	1,13%	299 233	18,73%
Dépenses de transfert (Transferts et subventions)	13 817 942	12 164 502	7,56%	7,23%	- 1 653 440	-11,97%
Total fonctionnement (I)	44 891 710	44 803 416	24,57%	26,65%	- 88 294	-0,20%
Dépenses internes d'investissement	15 316 551	6 728 898	8,38%	4,00%	- 8 587 653	-56,07%
Dépenses externes d'investissement	78 187 521	68 386 715	42,79%	40,67%	- 9 800 806	-12,54%
Total investissement (II)	93 504 072	75 115 613	51,17%	44,68%	- 18 388 459	-19,67%

Budget total (I+II)	138 395 782	119 919 029	75,73%	71,32%	- 18 476 753	-13,35%
Ressources Propres (III)	44 344 483	48 217 563	24,27%	28,68%	3 873 080	8,73%
Total général (I+II+III) = A	182 740 265	168 136 592	100,00%	100,00%	- 14 603 673	-7,99%

(Source : DAF /SIGFiP 2024)

Le tableau suivant présente le budget et l'exécution de l'année 2024 par axe du PNDS arrimé au Budget programme.

Tableau II : Présentation du budget et de l'exécution de l'année 2024 par axe du PNDS arrimé au budget programme

Axes	Action budget programme	Budget 2024 (A)	Exécution 2024 (B)	Taux d'exécution C= (B/A)*100	Part des axes dans l'exécution globale
AXE 1	A1.1, A1.2, A1.3, A1.4, A1.5, A1.6, A2.5, A2.6, A3.1 et A3.2	45 647 968 000	42 319 952 196	93%	38%
AXE 2	A2.1	8 694 015 000	5 964 670 921	69%	7%
AXE 3	A1.7, A2.2; A2.3, A2.4	22 624 918 000	17 194 634 554	76%	19%
AXE 4	A4.1, A4.2	14 886 477 000	7 762 552 742	52%	12%
AXE :5	A3.3.	28 065 651 000	26 363 876 171	94%	23%
TOTAL		119 919 029 000	99 605 686 584	83,06%	100%

(Source : DAF /SIGFiP 2024)

II. Progrès dans l'atteinte des objectifs

2.1. Performances réalisées

Les performances réalisées par le secteur de la santé sont appréciées à travers 57 indicateurs traceurs de progrès inscrits dans le PSE du PNDS 2023-2027 organisés autour des cinq (05) axes stratégiques à savoir : i) Système de santé et santé communautaire (22 indicateurs) ; ii) Utilisation des services essentiels de santé y compris nutrition pour les mères, les enfants, les jeunes et adolescents et les personnes âgées (12 indicateurs) ; iii) Lutte contre les maladies et maîtrise des déterminants sociaux et environnementaux (17 indicateurs) ; iv) Réponses aux épidémies et aux autres urgences de santé publique (02 indicateurs) et enfin v) Protection contre le risque financier lié à l'utilisation des services de santé (04 indicateurs).

2.1.1. Axe 1 : Système de santé et santé communautaire

Cet axe stratégique regroupe 22 indicateurs traceurs dont 13 en progression, 06 en régression et 03 stationnaires dont les données de base ne sont pas disponibles pour des raisons de changement du mode de calcul. Le tableau ci-après présente la performance du système de santé et santé communautaire en 2024.

Tableau III : Performances du Système de santé et santé communautaire

Effet	Indicateurs	Valeur de référence (2023)	Valeur cible en 2024	Valeur réalisée en 2024	Performance en 2024	Score de performance en 2024	Analyse
E1.1	1.Pourcentage de réunions du comité national de coordination du secteur organisées	75,00%	100%	75,00%	0,0	1	Stationnaire

	2. Pourcentage de régions et districts ayant organisé la revue annuelle de performance	100%	100%	100%	0,0	1	Progression
	3. Pourcentage de femmes aux postes nominatifs du ministère chargé de la santé	15,0%	21%	10,7%	-0,7	0	Régression
E1.2	4. Part du budget de l'Etat alloué au secteur de la santé	8,80%	9%	6,90%	-9,5	0	Régression
E1.3	5. Taux d'accessibilité géographique des formations sanitaires	90,70%	84%	90,70%	0,0	1	Progression
	6. Densité de personnel de santé (ratio pour 10.000 habitants)	7,83	9,45	8,00	0,1	1	Progression
	7. Couverture des besoins en personnels de santé au niveau primaire de soins	44,66%	59,10%	41,62%	-0,2	0	Régression
	8. Pourcentage d'établissements de santé sans rupture de stock d'au moins un médicament traceur (au cours des trois derniers mois)	57,8%	66,20%	74,5%	2,0	5	Progression
	9. Taux de disponibilité des intrants essentiels au niveau communautaire	79,65%	89,20%	78%	-0,2	0	Régression
	10. Proportion des besoins non satisfaits en concentrés de globules rouges (CGR)	24,21%	18%	16,19%	1,3	5	Progression
	11. Nombre de laboratoire de biologie médicale ayant progressé d'une étoile par outil SLIPTA par année	12	16	28	4,0	5	Progression
E1.4	12. Taux d'utilisation des soins curatifs	60,41%	61,90%	61,53%	0,8	4	Progression
	13. Proportion de formations sanitaires mettant en œuvre l'approche qualité	43,72%	42,10%	39,01%	-2,9	0	Régression
E1.5	14. Pourcentage de cadres de partenariat et de collaboration inter-multisectorielle fonctionnels	66,67%	70%	66,67%	0,0	1	Stationnaire
E1.6	15. Taux de promptitude des rapports du SNIS	85,57%	87%	89,20%	2,5	5	Progression
	16. Complétude des rapports du SNIS	97,70%	98%	95,40%	-7,7	0	Régression
E1.7	17. Pourcentage de formations sanitaires et de districts sanitaires disposant d'un comité SST	1,81%	23%	2,79%	0,0	1	Progression
E1.8	18. Proportion de médicaments traditionnels améliorés (MTA) ayant une autorisation de mise sur le marché (AMM)	0%	43%	0%	0,0	1	Stationnaire
E1.9	19. Pourcentage de villages qui disposent d'au moins un agent de santé communautaire formé	81,51%	82%	85%	7,1	5	Progression

	sur les soins intégrés (diarrhée, pneumonie, malnutrition, paludisme)						
	20.Pourcentage de COGES fonctionnels	64,08%	72%	67%	0,4	2	Progression
E1.1	21.Pourcentage de formations sanitaires pratiquant la PCI	54,46%	77%	73,87%	0,9	4	Progression
0	22.Taux d'infections post opératoire	1,70%	0,60%	1,53%	0,2	1	Progression

2.1.1.1. Gouvernance, pilotage et leadership 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). Il a été créé le 14 novembre 2019 par Arrêté N°215/2019/MSHP/CAB/SG avec des démembrements au niveau régions et districts qui tiennent des sessions ordinaires trimestrielles.

Le pourcentage de réunions du comité national de coordination du secteur organisées en 2024 au niveau central est de 75% (3/4).

Cet indicateur est calculé au niveau région et district sanitaire avec un taux de réalisation respectivement de 96 % (23/24) et 62% (97/156). En considérant les trois (03) niveaux de la pyramide sanitaire, (CNC-SS, CRC-SS et CDC-SS), cette proportion est de 67% en 2024 soit 123/184 contre 20,11% en 2023 soit 37/184. La progression de cet indicateur est liée tant au niveau national que régional au suivi stratégique de la DEPP.

Néanmoins il subsiste des insuffisances en vue d'améliorer cet indicateur au niveau districts. Cette situation s'explique par une mauvaise planification, une insuffisance dans la compréhension de l'organisation de ces réunions, l'appropriation surtout de l'arrêté mettant en place le CNC-SS, l'insuffisance dans la mobilisation des ressources et un faible engagement des premiers responsables des districts.

En outre, il faut mentionner la tenue régulière des réunions de cabinet auxquelles participent, les responsables du niveau central. Le nombre de réunions hebdomadaires de cabinet tenues en 2024 est de 23/52.

Il existe également des sous-comités multisectoriels tels que le Comité de Coordination Inter Agence (CCIA) pour la vaccination ayant organisé une réunion sur trois en 2024 ; le Country Coordination Mechanism (CCM) pour les subventions du Fonds Mondial a tenu quatre réunions sur six prévues en 2024 et enfin la plateforme OneHealth.

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

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

Concernant la tenue des revues annuelles, tous les districts et régions ont organisé leur revue de performance au titre de l'année 2024 soit un taux de réalisation de 100%.

Approche genre

Dans le cadre de la mise en œuvre de l'approche genre dans le secteur, la proportion de femmes aux postes nominatifs au ministère chargé de la santé a diminué, passant de 15% en 2023 à 10.7% en 2024, pour une cible fixée à 21%. Cette régression illustre clairement l'aggravation de la faible représentativité des femmes dans les processus de nomination aux postes de responsabilité⁵. En 2024, on note une prédominance du personnel masculin dans le secteur public de la santé avec 54% d'hommes contre 46% de femmes, contre respectivement 55% et 45% en 2023. Cette situation met en évidence la nécessité d'accélérer la mise en œuvre des actions de promotion du genre, en vue d'assurer une participation inclusive de tous les acteurs et de favoriser l'atteinte des objectifs du secteur.

Elaboration des documents de politiques et stratégies

Dans le cadre de la mise en œuvre du PNDS, plusieurs documents stratégiques ont été élaborés en 2024 :

- Plan de Développement des ressources humaines en santé (PDRHS) 2024-2027 ;
- Elaboration de la stratégie de la Chaîne d'approvisionnement des produits de santé (CAPS) 2023-2026
- Elaboration du Plan stratégique intégré de la santé génésique de la mère, du nouveau-né, de l'enfant et de l'adolescent (SRMNIA) 2024-2027 ;
- Révision du plan de lutte contre les produits médicaux de qualité inférieure et falsifiés (PMQIF) 2024-2027
- Elaboration du Plan d'action national de sécurité sanitaire (PANSS)2025-2027
- Elaboration de plan stratégique de santé mentale 2024-2027
- Etc....

Développement de l'approche contractuelle des structures sanitaires

Durant l'année 2024 le nombre de structures sanitaires sous approche contractuelle n'a pas évolué. La réforme sur le mode de gestion par l'approche contractuelle s'est poursuivie dans les formations sanitaires : CHU-SO, CHU Kara, CHR Atakpamé, CHR Sokodé, CHR Dapaong, CHR Tsévié, CHP Blitta, CHP Notsè, CMS Siou, CHR Kara, USP Katchamba et le Centre national de transfusion sanguine (CNTS).

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 (99% de disponibilité des examens de laboratoires) ; (ii) d'augmenter la fréquentation des centres (41%) ; (iii) d'augmenter le nombre d'actes réalisés (65%) ; (iv) d'améliorer la disponibilité en médicaments (> 96%) ; (v) d'améliorer les conditions d'assainissement des centres (salubrité des centres) ; (vi) d'augmenter le chiffre d'affaires des formations sanitaires de 2018 en 2024 (de 97%) et (vii) renforcer la pertinence du diagnostic des besoins.

Au total, 902 284 404 F CFA ont été utilisés en 2024 pour la mise en œuvre de l'approche contractuelle dans les formations sanitaires.

Inspection des services de santé

Il existe cinq (05) entités d'inspection et de contrôle à savoir : Inspection générale des services de santé (IGSS), Division du contrôle de gestion et de l'audit interne (DCGAI), Cellule d'inspection pharmaceutique et de laboratoire (CIPL), Cellule d'inspection des établissements de

⁵ Document budgétaire sensible au genre et Budget programme du MSHP, 2024

soins et de la réadaptation (CIESR) et Cellule d'inspection sanitaire de la direction de l'hygiène et de l'assainissement de base (CISDHAB). Il faut signaler aussi que la DISEM fait également des missions d'inspection des équipements et des infrastructures.

L'IGSS, rattachée au cabinet, est au-dessus de toutes les autres entités de contrôle du ministère de la santé et à ce titre les autres entités lui devraient être rattachées sur le plan fonctionnel.

En 2024, l'IGSS a réalisé l'inspection et le contrôle de 02 CHP de type 2 et 03 USP de type 2 et a fait le suivi à distance des recommandations issues des missions d'inspection de 2023 dans quatre (04) formations sanitaires. En outre, elle a appuyé le Centre national de transfusion sanguine (CNTS) à faire le suivi physique de la mise en œuvre des recommandations de l'inspection des activités de production de produits sanguins dans deux (02) hôpitaux privés confessionnels.

La DCGAI a réalisé en 2024, 13 missions d'audit administrative, financière et comptable, dont 11 financées par l'Etat et 02 financées par GAVI alliance, dans 18 établissements de santé comprenant (01CHU, 01CHR, 04CHP, 02DRS, 05DPS et 05CMS). Ces missions ont permis d'identifier et de corriger les non-conformités, optimisant ainsi les performances desdites entités.

Au cours de l'année 2024, la Cellule d'inspection sanitaire, chargée de la sécurité sanitaire de l'eau et des aliments à la DHAB, a mené 485 visites de contrôle et d'inspection dans 284 établissements du secteur de l'eau et des aliments. Ces interventions ont permis de délivrer 182 certificats d'hygiène et de salubrité aux structures ayant satisfait aux exigences en vigueur et aux normes d'hygiène et de salubrité. Parmi les 173 unités de production et de conditionnement d'eau (en sachet « Pure Water » et en bouteille), 148 ont été jugées conformes. Parmi les 267 autres visites couvrant la transformation des denrées alimentaires, les boulangeries, les restaurants, seulement 55 ont été certifiées. Ces actions ont renforcé la prévention des risques sanitaires liés à la consommation d'eau et d'aliments.

La cellule d'inspection de la direction des établissements de soins et de réadaptation n'est pas encore opérationnelle. Néanmoins la direction a réalisé des inspections dans le cadre des demandes d'autorisation d'installation, d'autorisation d'exploitation, de renouvellement d'autorisation et de transfert des formations sanitaires privés. Au total, pour le compte de l'année 2024, 29 autorisations d'installation et 63 autorisations d'exploitation ont été accordées.

La CIPL a effectué des inspections dans le cadre de la délivrance des agréments et du suivi de conformité réglementaire sur les sites d'officines, dépôts pharmaceutiques, agences de promotion, sociétés de distribution, et grossistes répartiteur/dépositaire ainsi que la délivrance des certificats de bonne pratique de fabrication aux unités de production.

En 2023 une stratégie intérimaire de renforcement de l'inspection et du contrôle des établissements de santé a été élaborée pour prendre en compte le besoin urgent de maîtriser les coûts de maintenance des infrastructures et des équipements ainsi que l'amélioration de la qualité des soins. Cette stratégie intérimaire a pris en compte uniquement les formations sanitaires publiques des six régions sanitaires du Togo.

La mise en œuvre de cette stratégie a commencé vers fin 2023 et s'est poursuivi en 2024, puis est effectuée de façon conjointe par l'IGSS, la CISDHAB, la CIPL, la DCGAI, la DISEM, la CIESR et un personnel du Ministère de l'accès aux soins et de la couverture sanitaire (MASCs). En 2024 à cette équipe s'est jointe la DSMI/PF.

En 2024 la mise en œuvre a eu lieu grâce à l'appui du projet d'accès aux services de santé sexuelle et reproductive (AUSSSR). Elle a permis : i) d'élaborer quelques outils d'inspection (guides d'entretien) ; ii) de former les ECD et ECR sur l'utilisation de ces guides et la méthodologie d'inspection et de faire d'eux des faisant fonction d'inspecteurs (FFI) soit un total de 206 FFI formés sur toute l'étendue du territoire national ; iii) d'effectuer l'inspection de 130 USP (I et II) et 09 CHP (I et II) dans les régions des savanes, de la Kara et de la Centrale.

Ces activités ont été menées par les FFI sous la supervision et la coordination des différentes cellules et division d'inspection du MSHP avec la DSMI/PF sous le leadership de l'IGSS appuyé par le responsable de gestion des établissements de santé (P3D).

Décentralisation et déconcentration du système de santé

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

Chaque région sanitaire est administrée par une Direction régionale de la santé (DRS) et chaque préfecture sanitaire par une Direction préfectorale de la santé (DPS). Les actions des DRS sont coordonnées par les équipes cadres de région (ECR) et celles des DPS, par les équipes cadre de district (ECD). Il faut également noter que chaque région et préfecture sanitaire dispose d'une ligne de crédit dans le budget général de l'Etat.

La mise en place des gouverneurs de région a permis leur implication dans la gestion du système de santé.

2.1.1.2. Capacités opérationnelles du système de santé

Offre de soins et accessibilité des services de santé

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.

Le taux d'accessibilité géographique des populations aux FS est resté stationnaire entre 2023 et 2024 à 90,70%.

L'examen des infrastructures sanitaires a montré que le secteur public représente 36,14% de l'offre de soins en 2023 et le secteur privé est le principal fournisseur de soins avec 63,86% réparti comme suit : 48,10% pour le privé libéral, 13,26% pour le privé confessionnel/ONG et 2,5% pour les associatifs et communautaires. Les données de 2024 de la carte sanitaire ne sont pas encore disponibles d'où l'utilisation des données de 2023. Les tableaux suivants donnent respectivement la répartition des infrastructures sanitaires par secteur et la répartition des établissements de soins par type et par région en 2023.

Tableau IV : Répartition des infrastructures sanitaires par secteur de soins

Type	Public/ Parapublic	Privé			Total
		Libéral	Confessionnel/ ONG	Associatif/ Communautaire	
Hôpital	47	87	18	0	152
Nombre de lits Hôpital	3 983	597	1 082	0	5 662
USP I & II	703	911	257	52	1871
Nombre de lits USP	4 762	1 229	1 883	316	7 874

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

Tableau V : Répartition des types d'établissements de soins par région en 2023

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	1	1	0	0	1	4
Hôpital I	70	13	11	3	5	5	107
Hôpital II	9	3	9	3	4	4	32
USP I	671	219	260	113	130	97	1 490
USP II	252	40	62	24	36	19	433
Infirmierie	29	4	10	9	9	7	68
Autres	4	1	4	0	0	0	9
Total général	1 039	282	358	153	186	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%. En considérant les populations des localités, l'accessibilité géographique est de 90,7%. Le tableau ci-dessous présente le niveau de couverture des FS par région.

Tableau VI : Niveau de couverture des formations sanitaires par région

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

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

Ressources humaines en santé

En 2024, l'effectif du personnel de santé des secteurs public et privé est de 17 695 toutes catégories confondues dont 13 413 pour le secteur public (75,80%) et 4 282 pour le secteur privé soit 24,20% (*Annexe n° 3*). A défaut du recensement du personnel de santé du secteur privé, l'effectif de 2022 (4 282) est encore reconduit en 2024 pour permettre de déterminer le taux de couverture du personnel de santé aux niveaux national et régional.

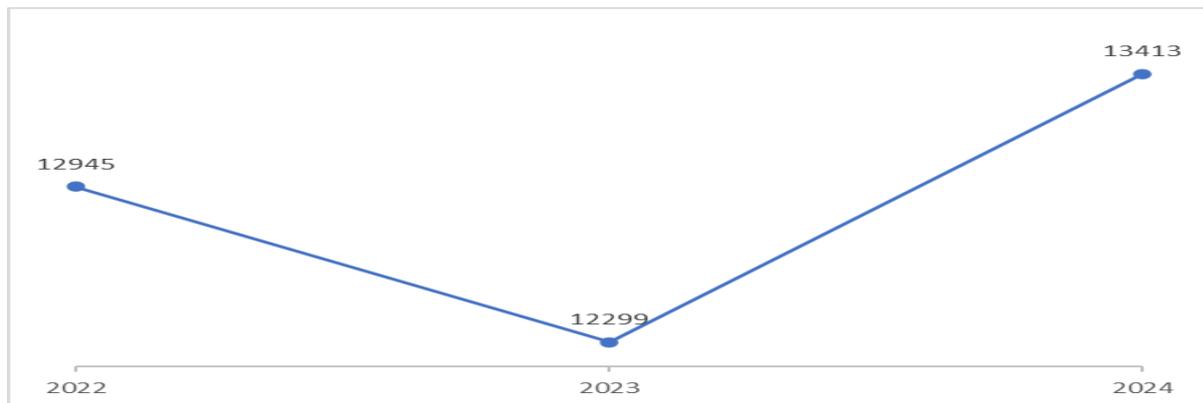


Figure 1 : Evolution des effectifs du personnel de la santé du secteur public de 2022 à 2024

(Source : Rapport annuel DRH 2024)

S'agissant de la formation initiale, les Facultés des Sciences de la Santé (FSS) de Kara et de Lomé ont sorti un total de 110 médecins généralistes, 15 pharmaciens et 91 médecins spécialistes dont 45 nationaux au titre de l'année 2024. Par ailleurs, les écoles de formation paramédicale, ENAM, ENSF et ENAS ont mis sur le marché de l'emploi, environ 943 diplômés en 2024. Parmi eux, 29% proviennent de l'ENAM de Lomé, 17% de l'ENAS de Sokodé, 8% de l'ENSF Lomé et le reste des ENAM et ENSF de Tsévié, Atakpamé, Kara, Dapaong et Kpalimé.

Le secteur privé participe également à la formation initiale des paramédicaux au Togo. Toutefois, cette contribution reste limitée et se traduit notamment par une faible couverture des institutions privées de formation en santé, estimée à 18% ainsi que par la proportion relativement faible de professionnels formés dans ce secteur.

En ce qui concerne la formation continue, environ 2 442 agents de santé, soit 2% de l'effectif total du personnel étaient en congé de formation dans divers domaines de la santé. Parmi eux, 56% (soit 137 agents) sont des hommes et 44 % (soit 107 agents) des femmes.

La densité (ou ratio) du personnel traceur (médecins, infirmiers, sage-femmes et techniciens supérieurs de soins)⁶ pour 10 000 habitants a connu une progression entre 2023 et 2024 passant de 7,83 à 8 pour une cible de 9,45%. Cette progression des effectifs en 2024, contrairement à

⁶ Cades administratif des soins de santé, techniciens supérieurs et spécialistes en ophtalmologie, instrumentation chirurgicale des blocs opératoires, odonto-stomatologie, oto-rhino-laryngologie, radiologie et imagerie médicale, santé mentale, anesthésie réanimation, de santé...

celle observée en 2023, pourrait s'expliquer par le recrutement de nouveaux agents pour le compte du ministère de la Santé.

Le taux de couverture des besoins en personnel de santé au niveau primaire de soins a régressé passant de 44,66% en 2023 à 41,62% en 2024 pour une cible de 59,1%. Cette régression s'expliquerait d'une part par la prise en compte stricte des critères inscrits dans le PSE et d'autres part par l'accroissement de la population. La figure ci-après montre la répartition des ratios du personnel traceur par région.

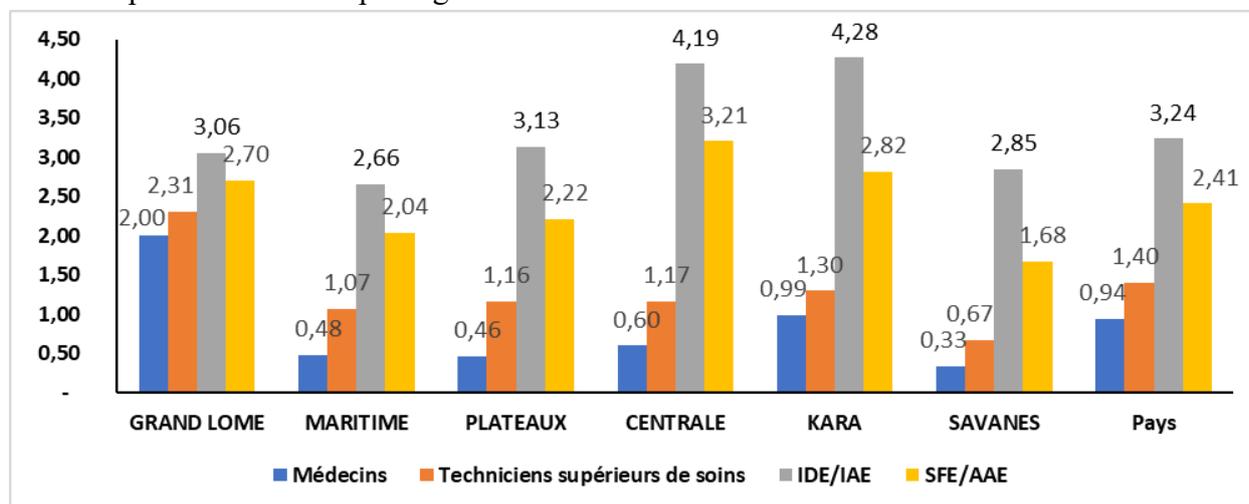


Figure 2 : Répartition des ratios des personnels traceurs par région en 2024

Source : Rapport annuel DRH, 2024

Médicaments et produits de santé y compris les produits sanguins labiles (PSL)

Le pourcentage d'établissements de santé sans rupture de stock d'au moins un médicament traceur (au cours des trois derniers mois) est passé de 57,80% en 2023 à 74,54% en 2024 pour une cible de 60%. Cette performance serait attribuable à une amélioration de la gestion des stocks dans les FS par le renforcement de la disponibilité des médicaments traceurs dans le cadre de la mise en œuvre des Conditions basées sur la performance (CBP) du projet SSEQCU.

Malgré cette amélioration de la disponibilité des médicaments dans les formations sanitaires, il convient de mentionner la persistance des ruptures de certains MEG, y compris le sérum antivenimeux.

Le non-respect des dispositions du Système national d'approvisionnement pharmaceutique (SNAP) participe 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. Le processus de mise en place de cette entité est en cours au Togo.

Le taux de disponibilité des intrants essentiels au niveau communautaire est passé de 79,65% en 2023 à 78% en 2024 pour une cible de 89,20%. Cette situation est due au manque de dotations

en intrants PCIMNE-C en dehors de ceux fournis pour la prise en charge du paludisme aux 4 697 ASC dont les capacités ont été renforcées en décembre 2023 sur la prise en charge correcte du paludisme selon l'approche PCIMNE-C. Par ailleurs, le PNDS 2023-2027 a pris en compte les intrants DBC (Distribution à Base Communautaire des contraceptifs) dans le calcul des indicateurs au niveau communautaire alors que tous les ASC ne sont pas formés à la DBC.

A propos des PSL, le nombre des concentrés de globules rouges mis à la disposition des patients a augmenté passant de 74 550 en 2023 à 82 424 en 2024.

Malgré cette amélioration de la disponibilité des produits sanguins, la proportion des besoins non satisfaits reste toujours élevée. Elle a progressé passant de 24,21% en 2023 à 16,19% en 2024 pour une cible de 15%. Cette progression est liée à une augmentation de la production des PSL qui s'explique par la mise en œuvre effective du calendrier des collectes mobiles, par l'implication des associations et sociétés dans la promotion du don de sang et surtout par l'amélioration du financement des centres de transfusion sanguine.

Biologie médicale

En 2024, le nombre de laboratoires ayant progressé d'une étoile par année est passé de 12 en 2023 à 28 en 2024 par outil SLIPTA pour une cible de 15 laboratoires. Cette performance est due à l'actualisation et renforcement du cadre institutionnel et réglementaire, au renforcement de la gouvernance et de la coordination des activités, à la poursuite de l'implémentation du Système de Management de la Qualité (SMQ) dans les laboratoires, à l'extension du programme de mentorat technique à une quinzaine de LBM, à l'amélioration de la Biosécurité-Biosûreté, à la mise aux normes des équipements et infrastructures et enfin à la meilleure Gestion des données (système de gestion informatisée des données, le « LabBook »).

Imagerie médicale

Les formations sanitaires disposent d'un plateau technique d'imagerie médicale qui permet la prise en charge des patients à des degrés divers. Ce plateau technique est composé de scanners, d'équipements de radiodiagnostic et d'échographie.

En 2024, le plateau technique s'est renforcé sur financement additionnel du Projet de renforcement du système de riposte aux situations d'urgence (REPSRU) par l'acquisition de quinze (15) unités mobiles de radiographie numérique au profit de quinze CHP (Blitta, Vogan, Cinkassé, Gando, Bassar, Mô (Djarkpanga), Guérin-Kouka, Kpélé (Adéta), Assahoun ; CHR Tsévié, CHR Kara, Hôpital de Bè, Hôpital de l'Ordre de Malte d'Elavagno, CMS Bè-Kpota, et Hôpital Psychiatrique de Zébé à Aného).

Deux (02) scanners CT64/128 ont été acquis et en cours d'installation au profit du CHR Lomé Commune et du CHU Kara sur subvention NFM III et C19 RM du Fonds Mondial.

Recherche en santé

La recherche permet de produire des données de qualité en vue d'une prise de décision d'amélioration du système de la santé.

En 2024, plusieurs études et recherches ont été effectuées dans différents domaines et capitaliser par la Division des Etudes et Recherche soit entre autres : Santé de la mère et de l'enfant, Tuberculose, Paludisme, Santé communautaire, Vaccination⁷.

⁷ Rapport de la revue des interventions 2023 du renforcement du système de santé

Il convient de mentionner la réalisation des comptes de la santé couvrant les années 2022 et 2023 dont le rapport est en cours de validation.

Il est relevé des faiblesses liées au fonctionnement de la division : (i) sa méconnaissance par beaucoup d'acteurs de la recherche ; (ii) la lenteur dans l'étude des dossiers avec pour conséquence, le faible intérêt des investigateurs de recherches à soumettre les dossiers ; (iii) l'insuffisance de suivi des études autorisées et (iv) l'insuffisance de ressources financières.

2.1.1.3. Financement et utilisation des ressources financières allouées au secteur

Le financement des activités du secteur de la santé est assuré par l'Etat y compris les collectivités locales, les Partenaires Techniques et Financiers et le recouvrement des coûts (recettes propres) des formations sanitaires. Le budget global alloué aux activités du Ministère de la santé et de l'hygiène publique en 2024 y compris les recouvrements de coûts a été exécuté à 84,39%, respectivement 92,55% pour les dépenses de fonctionnement, 77,40% pour les dépenses d'investissement, 87,69% pour les ressources propres (recouvrement de coûts)⁸ et 81,45% pour les ressources externes hors budget de l'Etat.

Au titre des dépenses de fonctionnement, les dépenses de personnel ont été exécutées à 89,67% ; les dépenses de biens et services à 95,77% et les dépenses de transfert à 99,33%.

Les dépenses d'investissement sur ressources internes (PIP et hors PIP) ont été exécutées à 99,38% et ressources externes (RE) à 75,24%.

Au total 141,888 milliards de FCFA (y compris les recouvrements de coût 42,282 milliards de FCFA) ont été mobilisés sur 168,137 milliards de FCFA autorisés.

Les dépenses hors budget d'un montant de 16,974 milliards de FCFA ont été mobilisées sur 16,258 milliards de FCFA prévues.

En considérant ce qui a été ordonnancé, il ressort que les dépenses de fonctionnement ont connu une diminution de 0,25 milliards de FCFA par rapport à 2023. L'investissement sur ressources propres a connu une augmentation de 4,71% passant de 3,803 milliards de FCFA en 2023 à 6,637 milliards de FCFA en 2024 soit une augmentation en valeur absolue de 2,884 milliards de FCFA. Le financement mobilisé auprès des partenaires inscrits au budget de l'Etat est passé de 92,520 milliards de FCFA en 2023 à 51,451⁹ milliards de FCFA en 2024 soit une nette diminution de 41,069 milliards de FCFA.

Les dépenses sur ressources propres (recouvrement de coûts) ont connu une hausse de 6,89% entre 2023 et 2024. On note de façon globale une diminution de 43,035 milliards de FCFA des ressources mobilisées entre 2023 et 2024.

Tableau VII : Exécution du budget de l'année 2024

Nature des dépenses	Crédits votés (a) Prévision (LFI)	Crédits autorisés (b) (LFR)	Engagement		Ordonnancement	
			Montant (C)	Taux (c/b)	Montant (d)	Taux (d/b)
Dépenses de personnel (Traitements et salaires)	30 741 684 000	30 741 684 000	27 567 142 869	89,67%	27 567 142 869	89,67%

⁸ Analyse tirée des données de l'annexe 1

⁹ Financement inscrit au budget de l'Etat, gestion 2024

Dépenses de matériel (Achat de biens et services)	1 897 230 000	1 897 230 000	1 830 371 734	96,48%	1 817 055 879	95,77%
Dépenses de transfert (Transferts et subventions)	12 009 942 000	12 164 502 000	12 083 938 440	99,34%	12 082 739 324	99,33%
Total fonctionnement (I)	44 648 856 000	44 803 416 000	41 481 453 043	92,59%	41 466 938 072	92,55%
Dépenses d'investissement Hors PIP	251 500 000	251 500 000	250 384 367	99,56%	250 384 367	99,56%
Dépenses d'investissement PIP sur ressources internes	6 423 428 000	6 477 398 000	6 436 951 031	99,38%	6 436 951 031	99,38%
Dépenses d'investissement PIP sur ressources externes	59 282 977 000	68 386 715 000	51 451 413 114	75,24%	51 451 413 114	75,24%
Total investissement (II)	65 957 905 000	75 115 613 000	58 138 748 512	77,40%	58 138 748 512	77,40%
Budget total (I+II)	110 606 761 000	119 919 029 000	99 620 201 555	83,07%	99 605 686 584	83,06%
Dépenses sur ressources Propres (structures autonomes) (III)	31 742 783 553	31 742 783 553	28 096 983 536	88,51%	28 096 983 536	88,51%
Dépenses sur ressources Propres (structures non autonomes)	16 474 779 116	16 474 779 116	14 185 375 421	86,10%	14 185 375 421	86,10%
Dépenses sur ressources Propres (IV)	48 217 562 669	48 217 562 669	42 282 358 957	87,69%	42 282 358 957	87,69%
Total général (I+II+III)	158 824 323 669	168 136 591 669	141 902 560 512	84,40%	141 888 045 541	84,39%

(Source : DAF /SIGFiP 2024

2.1.1.4. Accès des populations aux soins et services de qualité sur l'ensemble du territoire national

La proportion de formations sanitaires mettant en œuvre l'approche qualité a connu une régression passant de 43,72% en 2023 à 39,01% en 2024 pour une cible de 42,10%. Cette contre-performance est due à la création de nouvelles formations sanitaires publiques et à la prise en compte de certaines formations sanitaires privés et confessionnelles dans l'approche.

En 2024, la DESR a mené plusieurs activités en matière d'assurance qualité des soins de santé ayant permis d'améliorer les prestations de services dans les structures sanitaires. Il s'agit entre autres de : i) la revue des activités de la mise en œuvre de l'approche qualité des soins et services de santé lors de la réunion annuelle ordinaire du conseil national de la qualité des soins et services; ii) démarrage de la mise en œuvre de la démarche qualité à travers la formation du conseil qualité de la DRS Savanes, des conseils qualité des 07 districts de la région et de 15 cercles qualité dans 04 districts (Tône, Tandjouaré, Oti et Oti-Sud) ; formation des membres du conseil régional de la qualité des soins et services de santé des savanes ; iii) les évaluations externes des conseils des régions sanitaires des Plateaux et Kara sur l'Assurance qualité des services de santé par le niveau central.

Au plan national en 2024, 06 conseils qualité des régions, 37 conseils qualité de districts et 484 cercles qualité au niveau USP ont mis en œuvre la démarche qualité avec l'appui des partenaires techniques et financiers à travers divers projets.

Le taux d'utilisation des soins curatifs a progressé passant de 60,41% en 2023 à 61,53% en 2024 pour une cible de 61,9%. Cette amélioration est attribuable au renforcement des infrastructures sanitaires et équipement, à l'utilisation des assurances et à la sensibilisation de la population sans oublier l'amélioration de la qualité des données.

2.1.1.5. Cadre de partenariat et de collaboration inter-multisectorielle

Le pourcentage de cadres de partenariat et de collaboration inter-multisectorielle fonctionnels est resté stationnaire à 66,67% entre 2023 et 2024 pour une cible 76%.

En effet, dans le cadre de partenariat et de collaboration inter multisectorielle, il existe trois (03) qui sont la Plateforme Onehealth, le cadre Eau et Assainissement et l'Education. En 2024, il n'y a que deux cadres qui ont fonctionné (Plateforme Onehealth, Eau et Assainissement).

Sur le plan national, le ministère chargé de la santé entretient des liaisons étroites avec l'ensemble de ses partenaires techniques et financiers, les ONG/associations nationales, la Plateforme du secteur privé de la santé au Togo (PSPS-TOGO), les autres ministères et institutions ayant des interventions dans le domaine de la santé. En 2024, une réunion sur deux (50%) de concertation entre le MSHP et la Plateforme du secteur privé de la santé (PSPS-TOGO) a été organisée. Plusieurs sessions de travail sont tenues avec les associations et les ordres des professionnels de santé ainsi que le secteur privé de soins pour la définition des outils de régulation sectoriel (normes sanitaires privées, ordinogrammes, etc.).

2.1.1.6. Information sanitaire de qualité

La promptitude des rapports du système national d'information sanitaire (SNIS) est passée de 85,57% en 2023 à 89,2% en 2024 pour une cible de 87%. La complétude des rapports du SNIS a régressé de 97,7% en 2023 à 95,4% en 2024 pour une cible de 98%.

Cette performance est imputable aux différentes activités menées dans le cadre du nettoyage des métadonnées et les activités réalisées pour assainir les données dans le Dhis2 telles que l'attribution des rapports mensuels d'activités (RMA) à certaines formations sanitaires en cours d'année. Le tableau suivant présente la répartition de la promptitude et de la complétude des rapports du SNIS par région sanitaire en 2024.

Tableau VIII : Répartition de la promptitude et de la complétude des rapports du SNIS par région en 2024

Régions sanitaires	Total rapports attendus global	Total rapports reçus global	Complétude globale (%)	Total rapports reçus à temps global	Promptitude globale (%)
Grand-Lomé	25 908	22 438	77,6	18 520	64,9
Maritime	28 667	31 096	99,4	28 928	92,7
Plateaux	42 553	44 963	97,3	42 284	92,
Centrale	21 396	22 776	99,	21 563	94,
Kara	26 076	28 154	98,9	27 077	95,4
Savanes	19 948	21 522	98,7	20 625	95,2
Total pays	164 191	170 952	95,4	159 000	89,2

(Source : DHIS2, avril 2025)

2.1.1.7. Sécurité et santé au travail

Le pourcentage de FS et de districts sanitaires disposant d'un comité de sécurité et santé au travail (CSST) est passé de 1,81% en 2023 à 2,79% en 2024 pour une cible de 23%. Cet indicateur n'a pas progressé par rapport à 2023 par manque de ressources pour la mise en place des comités et la formation des membres.

En matière de SST, des réunions de coordination des activités de sécurité et santé au travail pour le personnel de santé ont été menées avec les DRS. Des CSST ont été mis en place dans les six (06) régions sanitaires, dans les CHU et dans certains hôpitaux de district. En plus sur toute l'étendue du territoire, dix-neuf (19) établissements de soins publics et privés ont été érigés en

centres pilotes en sécurité et santé au travail pour le personnel de santé. Une table ronde avec pour thème « *Prendre soin de ceux qui soignent au Togo, quel impact sur la qualité des soins et prestation des services de santé* » a été organisée à l'endroit des décideurs politiques et des PTF du secteur de la santé. Des directives et protocoles de sécurité et santé pour le personnel de santé au Togo en réponse aux urgences sanitaires ont été élaborés pour servir de guide pour tout prestataire de soins de santé en général et en particulier aux membres des CSST pour le personnel soignant.

Une enquête pour le profil national de sécurité et santé au travail a été réalisée et le processus pour la validation du document final est en cours en vue de la mise en place d'une stratégie nationale de SST au Togo.

Des activités de collaboration avec la Direction General du Travail (DGT), la Direction Générale de la Protection Sociale (DGPS) et la Caisse Nationale de Sécurité Sociale (CNSS) sont organisées en termes de formation des CSST au profit des entreprises de tous les secteurs d'activités.

Au cours de l'année 2024, la Section Médecine du Travail et des Sports (SMTS) a organisé de manière continue les consultations de pathologies professionnelles au bénéfice de tous les travailleurs des secteurs public et privé en vue de la prise en charge et de la prévention des risques professionnels. L'appui de la SMTS aux études impacts environnementales (EIE) et aux audits environnementales (AE) de l'Agence Nationale pour la Gestion de l'Environnement (ANGE) ont permis de renforcer la sécurité et santé au travail dans les entreprises en cours d'installation et anciennement créées. Les activités de recherches, d'innovations et d'enseignement de la SST dans lesquels l'équipe de la SMTS intervient, permettent de renforcer la culture de la prévention des risques professionnels au Togo.

2.1.1.8. Médecine traditionnelle

Concernant la proportion de médicaments traditionnels améliorés (MTA), il est à noter qu'aucun n'a reçu d'autorisation de mise sur le marché (AMM) en 2024 pour une cible de 43%. Néanmoins, 43 PMT ont été accompagnés dans l'élaboration des dossiers à soumettre pour l'homologation. Cependant, les difficultés résident dans la réalisation des tests toxicologiques sur les MTA.

La division de la médecine et de la pharmacopée traditionnelles a mené au cours de l'année 2024 des activités de promotion, d'organisation de l'exercice de la Médecine Traditionnelle ainsi que la valorisation des médicaments issus de la pharmacopée traditionnelle. Parmi les activités on note : i) l'appui à l'organisation des praticiens de la médecine traditionnelle (PMT) en association dans les 06 régions sanitaires ; ii) la sensibilisation des membres des association des PMT de la région Grand Lomé sur la vie associative ; iii) la révision des statuts des associations des praticiens de la médecine traditionnelle de la préfecture du Golfe ; iv) la sensibilisation des PMT sur les procédures d'autorisation de mise sur le marché de MTA ; v) la sensibilisation sur les bonne pratique d'hygiène.

2.1.1.9. Système de santé communautaire

En 2024, il est dénombré 7 949 Agents de santé communautaires (ASC) et 3 954 Relais communautaires (RC) selon la cartographie réalisée en septembre 2022.

Le pourcentage de villages qui disposent d'au moins un ASC formé sur les soins intégrés (diarrhée, pneumonie et paludisme) ou PCIMNE communautaire a progressé passant de 81,5% en 2023 à 85% en 2024 pour une cible de 82%. Cette performance est liée à la formation des ASC avec l'appui des partenaires.

En 2024, on compte 464 COGES fonctionnels sur 693 FS publiques. Le pourcentage de Comités de Gestion (COGES) fonctionnels a augmenté passant de 64,08% en 2023 à 67% en 2024 pour une cible de 72%. Cette augmentation serait due au fait que beaucoup de FS appliquent les critères de fonctionnalité définis dans le nouveau manuel de formation des COGES.

2.1.1.10. Prévention et contrôle des infections

Le pourcentage de FS pratiquant la Prévention et contrôle des infections (PCI) est de 73,87% en 2024 contre 54,46% en 2023 pour une cible de 77%.

Le taux d'infection post opératoire a régressé passant de 1,70% en 2023 à 1,53% en 2024 pour une cible de 0,6%.

Malgré que les cibles de ces deux indicateurs ne soient pas atteintes en 2024, il est noté une progression de ces deux indicateurs à cause du renforcement des interventions, l'opérationnalisation des politiques et programmes, la pratique de l'hygiène hospitalière, la supervision dans les FS, la communication pour le développement et la disponibilité du plan d'action de gestion des déchets biomédicaux (GDBM) dans plus de 87% des FS, la mise en place d'un outil Excel pour faciliter la mise en œuvre et aussi le suivi régulier.

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

L'axe 2 comporte 12 indicateurs traceurs dont 06 en progression, 04 en régression et 02 stationnaires. Le tableau ci-après présente l'utilisation des services essentiels de santé y compris la nutrition pour les mères, les enfants, les jeunes et adolescents et les personnes âgées en 2024.

Tableau IX : Performance de l'utilisation des services essentiels de santé y compris la nutrition pour les mères, les enfants, les jeunes et adolescents et les personnes âgées

Effet	Indicateurs	Valeur de référence (2023)	Valeur cible en 2024	Valeur réalisée en 2024	Performance en 2024	Score de performance en 2024	Analyse
E2.1	23.Pourcentage de femmes enceintes ayant effectué au moins 4 contacts de soins prénatals	54,57%	57%	49,80%	-2,0	0	Régression
	24.Proportion de décès maternels ayant fait l'objet d'un audit (revue)	65,35%	82%	90,03%	1,5	5	Progression
	25.Nombre de Couple Année Protection	409729	528073	351719	-0,5	0	Régression
	26.Létalité maternelle de causes obstétricales directes dans les FS	0,85%	1,07%	0,64%	-1,0	0	Progression
	27.Pourcentage d'accouchements assistés par un personnel qualifié	75,10%	78,00%	78,56%	1,2	5	Progression

	28.Proportion de femmes césariées ayant bénéficié de la subvention	95,79%	96,00%	93,39%	-11,4	0	Régression
	29.Pourcentage de femmes enceintes ayant reçu au moins trois doses de Sulfadoxine-pyriméthamine (TPI) pendant la grossesse	66,22%	66,80%	65,04%	-2,0	0	Régression
E2.2	30.Proportion des enfants de moins de 5 ans malnutris aigus sévères pris en charge	35,00%	40,40%	37,80%	0,5	3	Progression
	31.Pourcentage d'enfants de 0 à 11 mois ayant reçu 3 doses de Penta	92,0%	95%	116,4%	8,1	5	Progression
E2.3	32.Pourcentage de formations sanitaires publiques offrant des services adaptés aux adolescents et jeunes (espaces aménagés et équipés, personnel formé, rapport d'activités)	7,0%	7,25%	7,25%	1,0	5	Progression
E2.4	33.Nombre de service de gériatrie de référence national fonctionnel	0	0	0	0,0	1	Stationnaire
	34.Pourcentage d'ASC-RC formé à la prise en charge des personnes âgées	0%	1,7%	0%	0,0	1	Stationnaire

2.1.2.1. Réduction de la charge de la morbidité et de la mortalité maternelle et néonatale

Les principales réalisations pour la réduction de la charge de la morbidité et de la mortalité maternelle et néonatale au cours de l'année 2024 ont concerné les activités suivantes :

Soins maternels et infantiles

- Couverture des services prénatals

Selon les données du DHIS2 de 2024, le nombre de femmes ayant effectué une visite prénatale (CPN1) était de deux cent quarante-sept mille six cent quatre-vingt-treize (247 693) contre deux cent cinquante-cinq mille huit cent quatre-vingt-deux (255 882) en 2023 soit une couverture en CPN de 81% en 2024 contre 83,6% en 2023. Le graphique ci-après montre l'évolution de la couverture des femmes enceintes vues au 1er contact CPN1 au cours des années 2023 et 2024.

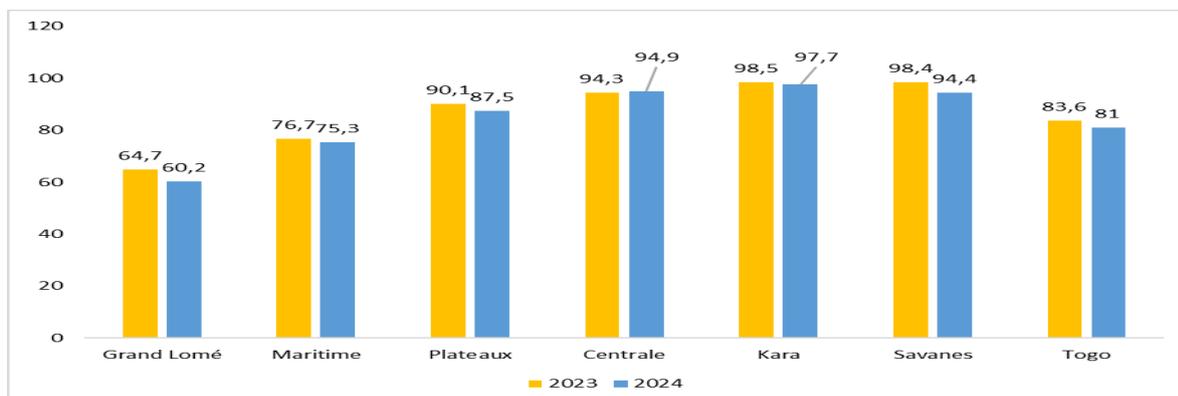


Figure 3 : Evolution de la couverture des FE vues au 1er contact CPN1 au cours des années 2023 et 2024
(Source : Rapport annuel DSMIPF, 2024)

Le pourcentage de femmes enceintes ayant effectué au moins 4 contacts en soins prénatals a connu une régression passant de 52,5% en 2023 à 49,80% en 2024 pour une cible de 57%. Ceci pourrait s'expliquer par la présence de structures privées informelles voire formelles ne rapportant pas les données dans le DHIS2 notamment pour les régions du Grand-Lomé et Maritime (couverture inférieure à 80%). Le graphique suivant montre l'évolution de la couverture des FE vues au 4^{ème} contact (CPN4) au cours des années 2023 et 2024 :

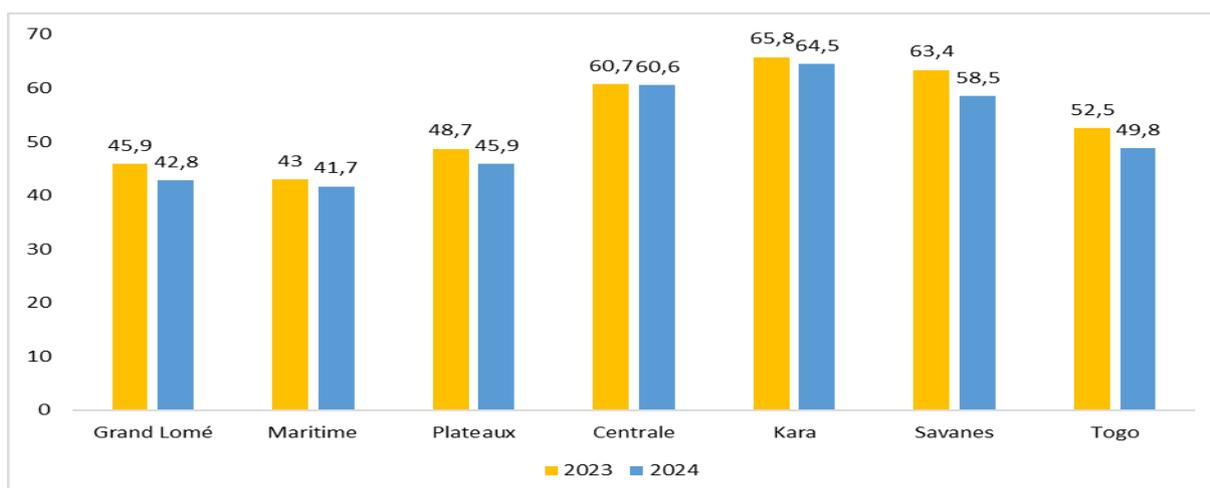


Figure 4 : Evolution de la couverture des FE vues au 4ème contact (CPN4) au cours des années 2023 et 2024
(Source : Rapport annuel DSMIPF, 2024)

- Couverture des accouchements

En 2024, 217 296 accouchements ont été réalisés contre 216 441 en 2023. Dans les FS, on a constaté une diminution du taux d'accouchement qui est passé de 75,10% en 2023 à 78,56% en 2024 pour une cible de 78%. Parmi les accouchements de 2024, 2,73% (5 906) ont eu lieu à domicile contre 3,8% (6 673) en 2023. Le graphique ci-après présente l'évolution du taux d'accouchement par région de 2023 à 2024 :

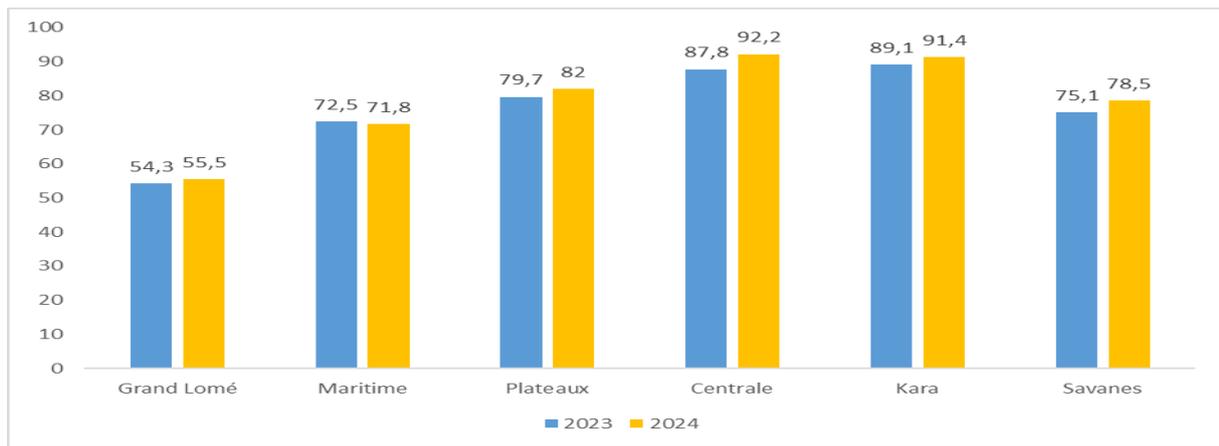


Figure 5 : Evolution du taux d'accouchements assistés par un personnel qualifié de 2023 à 2024

(Source : Rapport annuel DSMIPF, 2024)

La proportion des femmes ayant effectué la 1^{ère} consultation postnatale est de 48,8%, contre 58% en 2023. Par ailleurs, le ratio d'avortement provoqué/spontané est passé de 0,16 en 2023 à 0,19 en 2024.

En 2024, les indicateurs des soins maternels et infantiles ont régressé dans l'ensemble. Cette régression est surtout marquée dans la région du Grand-Lomé, la région Maritime restant stationnaire. Ceci pourrait s'expliquer par une augmentation des structures privées qui partagent de moins en moins les informations sanitaires, mais aussi, par une insuffisance dans la qualité des données rapportées (complétude).

- *Couverture en césarienne subventionnée*

Dans le cadre de la réduction de la morbidité, de la mortalité maternelle et néonatale, le Gouvernement a adopté entre autres mesures, la subvention de la césarienne, effective depuis 2011. Les ressources allouées pour la mise en œuvre de la subvention de la césarienne sont restées constantes depuis 2016. Elles sont d'un milliards cinquante-huit mille (1 058 000 000) de FCFA par an (le bénéficiaire y contribue à hauteur de 10.000 FCFA soit, environ 10% du coût total de la césarienne)¹⁰. En 2024 cette subvention est passée à un milliard deux cent million (1 200 000 000) FCFA. Notons qu'au cours de l'année 2024, 24 597 accouchements par césarienne ont été réalisés pour 22 972 kits utilisés contre 25 721 accouchements pour 24 639 kits utilisés en 2023. Ainsi, la proportion des femmes césarisées ayant bénéficié de la subvention est passée de 95,8% en 2023 à 93,39% en 2024.

Cette contreperformance se traduit par la grève du personnel de bloc opératoire avec un service minimum durant mai à juillet 2024. Au cours de cette période la plupart des femmes enceintes étaient référées dans les structures sanitaires privées pour une prise en charge.

- *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 en TPI3 a connu une légère régression passant de 66,22% en 2023 à 65,04% en 2024 pour une cible de 66,80%. Cette baisse serait due au retard des femmes pour recourir à la première consultation prénatale. Le PNLP poursuit à cet effet des dialogues communautaires pour sensibiliser les femmes enceintes sur l'importance de

¹⁰ Budget de l'Etat, gestion 2022.

démarrer la CPN plus tôt. Le tableau suivant montre les résultats du TPI au cours de l'année 2024.

Tableau X : Résultat du Traitement Préventif Intermittent (TPI) par région en 2024

Région	Nb femmes enceintes vues en CPN1	Nb FE ayant pris une dose de TPI	Nb FE ayant pris deux doses de TPI	Nb FE ayant pris trois doses de TPI	Couverture (%)			Cible annuelle TPI3	Performance (%)
					TPI 1	TPI 2	TPI 3		
Grand Lomé	49 742	45 566	39 585	33 509	91,60	79,60	67,40	38 424	87,21
Maritime	38 266	35 248	29 040	25 147	92,10	75,90	65,70	28 162	89,29
Plateaux	54 024	49 112	40 556	31 051	90,90	75,10	57,50	39 660	78,29
Centrale	28 525	25 850	22 028	18 984	90,62	77,22	66,55	20 675	91,82
Kara	36 378	33 334	28 669	24 314	91,60	78,80	66,80	27 167	89,50
Savanes	40 778	37 536	33 284	28 120	92,00	81,60	69,00	30 324	92,73
Total	247 713	226 646	193 162	161 125	91,50	78,00	65,04	184 412	87,37

(Source : rapport annuel PNLN, 2024)

- Surveillance des décès maternels, néonataux et riposte

En 2024, 341 décès maternels et 2 035 décès néonataux ont été enregistrés sur le plan national. La proportion de décès maternels ayant fait l'objet d'un audit (revue) a connu une amélioration passant de 72,20% en 2023 à 90,03% en 2024 pour une cible de 82%. La proportion des décès néonataux audités est passée de 8,20% en 2023 à 23,93% en 2024. Le tableau suivant montre la situation des décès maternels et néonataux par région en 2024.

Tableau XI : Situation des décès maternels et néonataux par région en 2024

Régions	Décès maternels				Décès néonataux			
	Enregistrés	Notifiés	Audités	% d'audit	Enregistrés	Notifiés	Audités	% d'audit
Grand Lomé	140	140	140	100	786	459	228	29,01
Maritime	51	51	44	86,27	189	141	27	14,29
Plateaux	73	73	49	67,12	467	277	17	3,64
Centrale	19	19	16	84,21	211	161	54	25,59
Kara	38	38	38	100	220	118	80	36,36
Savanes	20	20	20	100	162	162	81	50
Togo	341	341	307	90,03	2035	1318	487	23,93

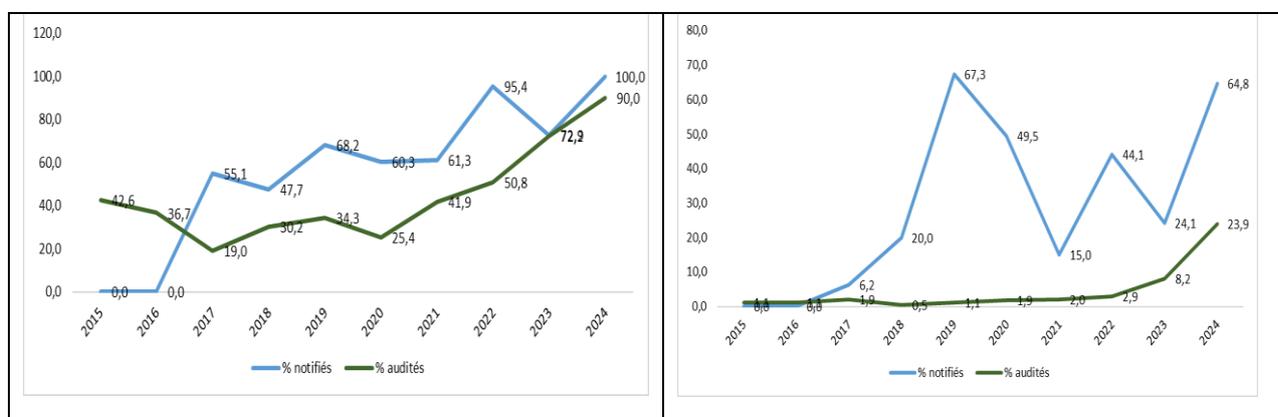


Figure 6 : Evolution des notifications et des audits des décès maternels et néonataux de 2015 à 2024

(Source : Rapport DSMIPF, 2024)

L'analyse des tendances de 2015 à 2024 montre une amélioration de la notification et des audits de décès. Ces performances peuvent s'expliquer beaucoup plus par l'appui du niveau central aux

comités d'audit grâce au financement des partenaires dans toutes les régions sauf celle des Plateaux.

- ***Soins obstétricaux et néonataux d'urgence (SONU)***

La létalité maternelle de causes obstétricales directes dans les structures SONU est passée de 0,85 % en 2023 à 0,64% en 2024 (277/43 496 décès selon la synthèse régionale) pour une cible de 1,07%. Les principales causes de ces décès sont les hémorragies, les éclampsies/pré éclampsies, les infections puerpérales.

En 2024, un monitoring a été réalisé selon les données du DHIS2. La disponibilité des fonctions essentielles dans les SONU B a connu une régression passant de 100% en 2023 à 84,60% en 2024. La proportion des formations sanitaires SONU B fonctionnelles est passée de 73,30% au deuxième trimestre de l'année 2023 à 64,70% de la même période de 2024. Cette proportion oscille entre 0% et 100% d'une région à une autre. La région Centrale a enregistré la plus faible performance. Cette sous performance serait liée à la faible disponibilité des équipements nécessaires pour l'offre des soins notamment la ventouse et à l'insuffisance du nombre de sage-femmes requis dans les SONU-B. En effet, la région centrale ne dispose que d'une seule structure SONU B ayant 3 sage-femmes.

- ***Lutte contre les fistules obstétricales (FO)***

Les activités menées en matière de lutte contre les fistules obstétricales (FO) au cours de l'année 2024 sont entre autres : i) le suivi post opératoire de 46 femmes victimes opérées en 2023 dont 37 déclarées guéries ; ii) le recensement de 170 cas probables de FO avec 80 nouveaux cas confirmés ; iii) des campagnes de prise en charge chirurgicale qui ont permis d'opérer 71 femmes ; iv) la réinsertion socio-économique de 50 femmes guéries de FO et v) le renforcement de compétence de 40 prestataires de maternité (accoucheuses et sage-femmes) et 30 prestataires de soins en prévention et détection précoce et systématique des cas de FO.

Planification familiale (PF)

En 2024, plusieurs approches ont été utilisées pour l'amélioration de l'offre et l'accès aux services PF. Il s'agit des services PF de routine et des stratégies novatrices (PF dans le post-partum, stratégie avancée, distribution à base communautaire, PF dans le post-abortum, journées portes ouvertes, ...).

Malgré la mise en œuvre de ces stratégies, le nombre de Couple année protection (CAP) a régressé, passant de 409 729 en 2023 à 351 718,68 en 2024. Cela pourrait s'expliquer par l'insuffisance de la couverture géographique en DBC, des journées porte-ouvertes, la fin de certains projets axés sur la planification familiale en offre de service gratuite comme Amplify PF, projet SSDR mise en œuvre dans la région Centrale par les OSC RADAR et ADESCO et dans le district des Lacs par Handicap International.

2.1.2.2. Réduction de la charge de la morbidité et de la mortalité infanto juvénile

Renforcement du Programme élargi de vaccination (PEV)

- ***Couverture vaccinale au niveau national***

Les couvertures vaccinales sont supérieures à 90% pour tous les antigènes et sont à la hauteur des objectifs fixés pour 2024.

Le pourcentage d'enfants de 0 à 11 mois ayant reçu 3 doses de DTC-HepB-Hib a connu une progression en passant de 92% en 2023 à 116% en 2024 pour une cible de 95%. Ce taux

supérieur à 100% pourrait s'expliquer par la revue à la baisse de la proportion de la cible qui est passée de 4,15% en 2023 à 3,1% en 2024 selon le Recensement Général de la Population et de l'Habitat, 2022.

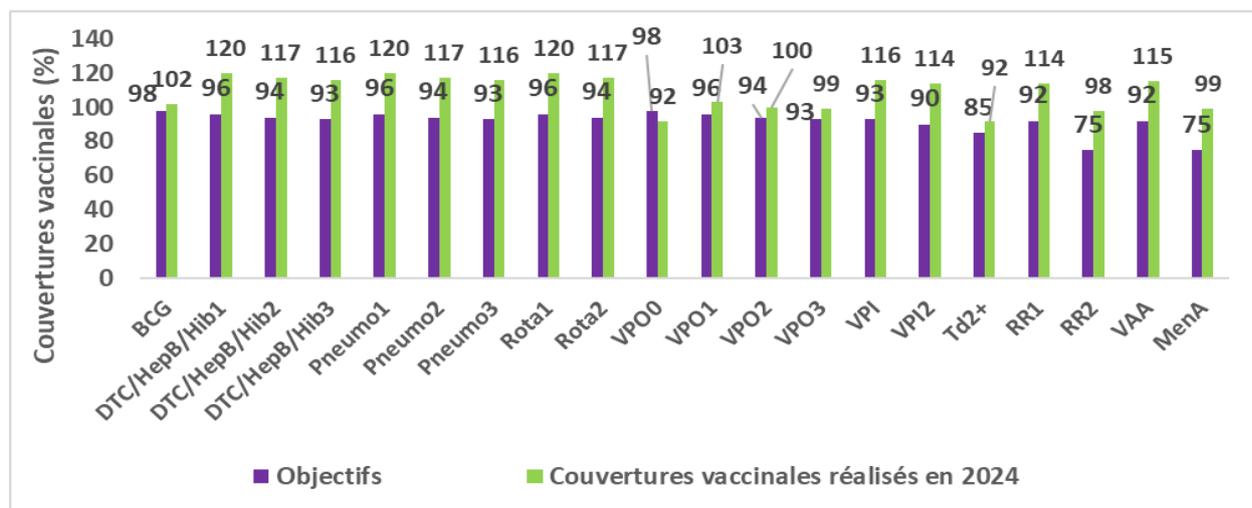


Figure 7 : Couvertures vaccinales de la vaccination de routine au Togo en 2024, chez les enfants de 0-23 mois et les femmes enceintes

(Source : Rapport PEV 2024)

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

Le graphique suivant présente les couvertures vaccinales par région pour la vaccination de routine des enfants de 0 à 23 mois et des femmes enceintes en 2024.

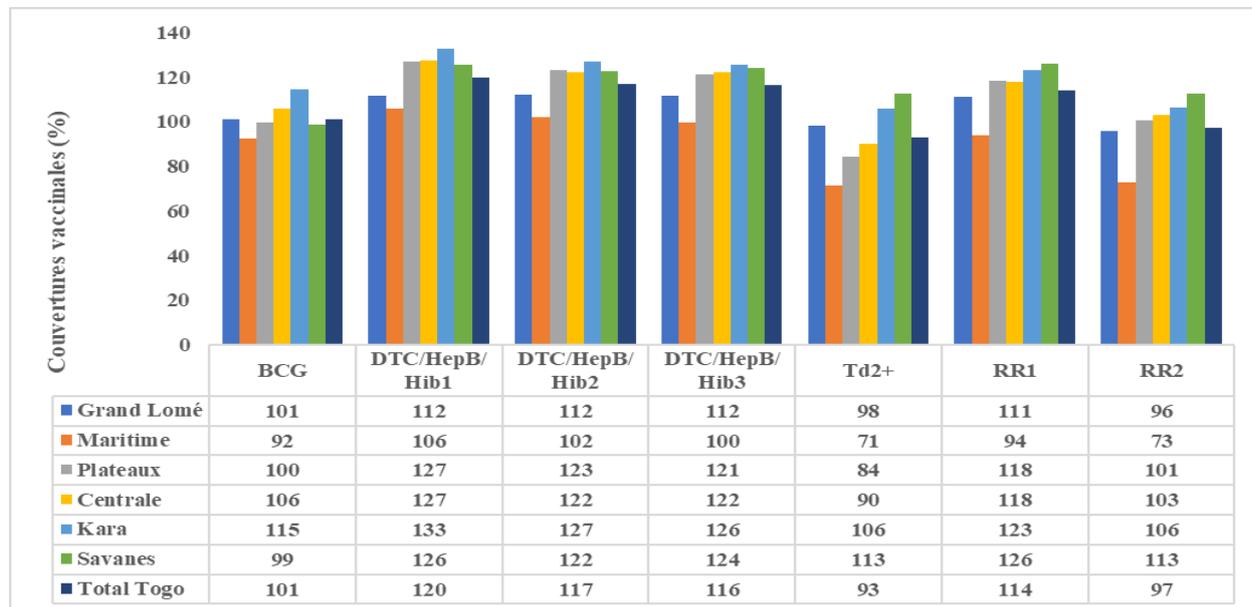


Figure 8 : Couvertures vaccinales des enfants de 0 à 23 mois et des femmes enceintes par région en 2024

(Source : rapport annuel PEV, 2024)

Les couvertures vaccinales présentent des disparités régionales avec les plus faibles couvertures vaccinales (couvertures vaccinales inférieures à 80%) en RR2 (73%) et Td2+ (71%) dans la région Maritime qui pourrait être due au non-respect du calendrier vaccinal de la deuxième année de vie des enfants.

- **Abandon de la série vaccinale**

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 < 10% pour les séries DTC-HepB-Hib1-3 (3%) et DTC-HepB-Hib1-RR1 (5%). En ce qui concerne la série RR1-2, il est noté un taux d'abandon élevé (14%), ce qui témoigne de l'insuffisance de la vaccination dans la 2ème année de vie. La même tendance est observée au niveau de toutes les régions.

Le graphique ci-dessous montre les taux d'abandon vaccinal par région sanitaire en 2024.

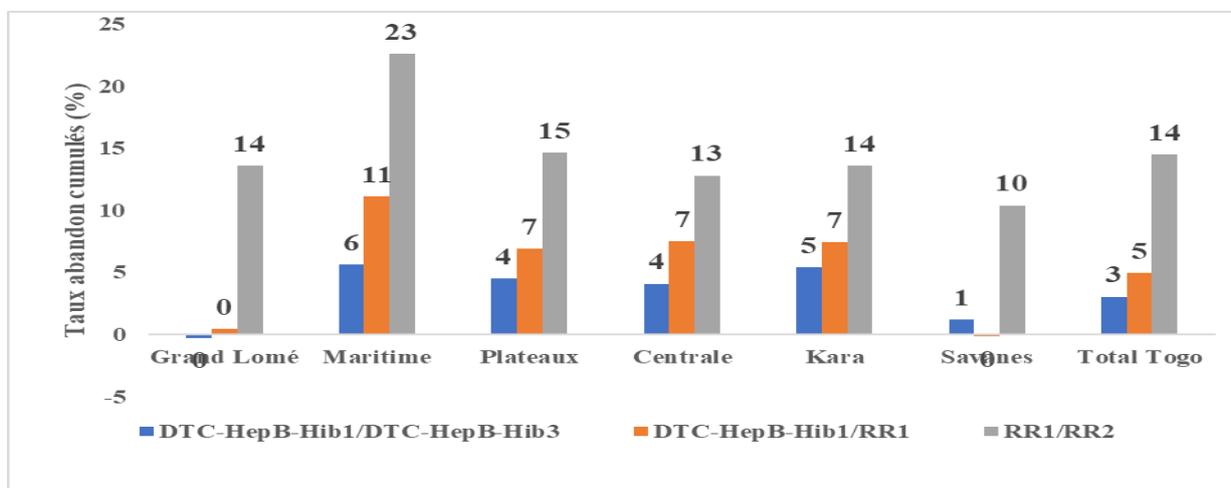


Figure 9 : Taux d'abandon vaccinal au niveau régional en 2024

(Source : rapport annuel PEV, 2024)

- Résultats des activités de vaccination supplémentaires

Il s'agit de la campagne de vaccination contre la méningite avec le vaccin ACYW135 dans le district sanitaire de Kozah. Les résultats de cette campagne étaient satisfaisants car l'objectif de 95% a été dépassé atteignant 96,87 % dans toute l'aire sanitaire. Le graphique suivant présente les résultats administratifs du vaccin ACYW135 :

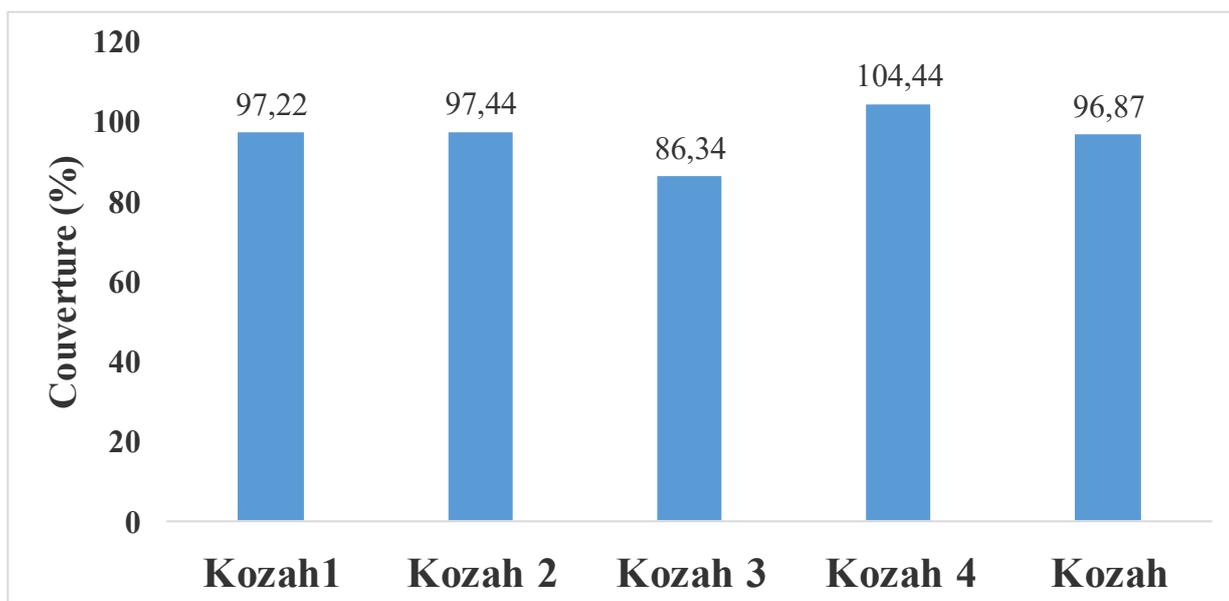


Figure 10 : Couvertures vaccinales de la campagne de vaccination contre la méningite par commune de la Kozah, 2024

(Rapport de campagne méningite Kozah, 2024)

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 augmentation passant de 30,39 % en 2022 à 35 % en 2023 et à 37,80% en 2024 pour une cible de 40,40%. La performance de l'année se justifierait par le renforcement des dépistages actifs à travers la prise de périmètre brachial (PB) familial, le renforcement des capacités des prestataires sur la prise en charge de la malnutrition et ceci spécifiquement dans les régions des Savanes et de la Kara. Il faut noter également le dépistage actif organisé dans le cadre du projet de supplémentation SQLNS dans les districts de Oti Sud et Tandjouaré dans la région des Savanes puis Binah et Kéran dans la région de la Kara. La mise à échelle de ces actions dans les autres régions s'avère importante pour l'atteinte des objectifs nationaux. Le tableau suivant montre le nombre et la proportion d'enfants avec MAS pris en charge par région en 2024.

Tableau XII : Proportion d'enfants avec malnutrition aiguë sévère pris en charge par région

Régions sanitaires	Nbre d'enfants avec MAS pris en charge	Nbre d'enfants avec MAS attendus	Couverture (%)
Grand-Lomé	1 825	7 771	23,48
Maritime	1 108	5 313	20,85
Plateaux	1 035	5 809	17,82
Centrale	873	2 197	39,74
Kara	1 387	3 888	35,67
Savanes	5 816	6 886	84,46
Total Pays	12 044	31 864	37,80

(Source : Rapport annuel DN, DHIS2, 2024)

- Lutte contre les carences en vitamine A

Deux stratégies de supplémentation sont utilisées pour lutter contre les carences en vitamines A, il s'agit de la supplémentation en routine des enfants de 6-23 mois et celle de la routine renforcée deux fois dans l'année pour les enfants de 6-59 mois.

La couverture de la supplémentation en routine des enfants de 6 à 23 mois a augmenté de 75,0% en 2023 à 93,56% en 2024. Le tableau ci-après présente les résultats de la supplémentation en routine de la vitamine A en 2024. L'une des raisons de cette performance est le renforcement de la supplémentation en vitamine A des enfants de la tranche 12-23 mois lors de la vaccination RR2.

Tableau XIII : Supplémentation en vitamine A chez les enfants au cours de la vaccination de routine par région en 2024

Régions sanitaires	Enfants (6-11 mois) Supplémentés	12-23 mois supp	6-23 mois supp	Cible 6-23 mois	Couverture (%)
Grand-Lomé	80 799	24 197	104 996	139 702	75,16
Maritime	41 981	61 075	103 056	85 966	119,88
Plateaux	62 323	30 598	92 921	104 436	88,97
Centrale	28 130	20 530	48 660	50 785	95,82
Kara	41 981	26 620	68 601	62 913	109,04
Savanes	31 230	34 068	65 298	73 000	89,45
Total Pays	289 544	197 088	483 532	516 803	93,56

(Source : Rapport annuel DN, DHIS2, 2024)

- **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), l'une des stratégies est le contrôle de routine du sel alimentaire au niveau des ménages et sur les marchés. Les ménages disposant d'un sel iodé à teneur de 15 PPM est dit adéquatement iodé. En 2024, ce contrôle montre que la proportion des ménages disposant du sel iodé a connu une régression passant de 80% en 2023 à 69% en 2024. Cette performance est liée à la rupture des kits de contrôle. Ce contrôle de routine est qualitatif et ne donne pas de valeur sur la teneur en iode dans le sel. Seules les enquêtes permettent de déterminer la teneur en iode dans le sel.

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 ci-après présente les résultats des échantillons de sel testés en routine par région en 2024.

Tableau XIV : 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	2 458	2 314	94,14
Maritime	13 470	11 104	82,43
Plateaux	12 103	10 518	86,90
Centrale	2 618	2 311	88,27
Kara	18 134	17 057	94,06
Savanes	12 533	9 515	75,91
Total Pays	61 316	41 715	68,03

(Source : Rapport annuel Div N, DHIS2, 2024)

2.1.2.3. Santé des adolescents et jeunes

Le pourcentage de formations sanitaires publiques offrant des services adaptés aux adolescents et jeunes (espaces aménagés et équipés, personnel formé, rapport d'activités) est passé de 7% en 2023 à 7,25% en 2024, pour une cible corrigée de 7,25%. La valeur initiale fixée par le PNDS pour 2024 était de 5,2%.

A l'échelle nationale, 731 formations sanitaires publiques ont été identifiées pour offrir des services adaptés aux adolescents et jeunes. L'offre de service adapté exige que la formation sanitaire dispose d'au moins un prestataire formé en la matière. Le tableau ci-dessous présente la situation de l'offre de service destinés aux adolescents et jeunes dans les formations sanitaires publiques au Togo.

Tableau XV : Situation de l'offre de service aux adolescents et jeunes dans les formations sanitaires publiques au Togo en 2024

Indicateurs	FS publiques	FS publiques disposant de prestataires formés en offre des services aux AJ	FS publiques disposant de prestataires formés offrant des services aux AJ	FS publiques disposant de prestataires formés offrant des services aux AJ avec espace/local dédié
Nombre	731	247	185	53
Pourcentage	100%	33,78%	25,30%	7,25%

(Source : Rapport annuel DivSJA, 2024)

Cette progression de l'indicateur a grandement bénéficié de la contribution des projets des ONG et partenaires en santé des adolescents et jeunes (SAJ), qui ont permis la formation des prestataires dans ce domaine. Ces formations ont été essentielles pour garantir la qualité et la pertinence des services adaptés aux besoins spécifiques de cette population.

Renforcement de l'information, l'éducation et la communication à l'endroit des adolescents et jeunes et de la communauté

Le tableau ci-dessous présente les types d'activités d'IEC/CCC avec les adolescents et jeunes (10-24 ans) dans les formations sanitaires en 2024 au Togo.

En résumé, l'ensemble des activités montre une forte mobilisation féminine. Le counseling/entretien individuel constitue la principale stratégie déployée en nombre de séances.

Tableau XVI : Activités d'IEC/CCC avec les adolescents et jeunes (10-24 ans) dans les formations sanitaires en 2024 au Togo

Types d'activités IEC	Nombre de séances	Effectif de l'auditoire	
		Féminin	Masculin
Causeries éducatives	10 733	121 487	63 227
Counseling/entretien individuel	206 592	163 542	78 086
Activités de masse	5 977	84 155	76 886
Emissions radiophoniques	930		

(Source : DHIS2)

Amélioration de la qualité de l'offre de services intégrés dans les formations sanitaires et dans la communauté au profit des adolescents et jeunes

Les services contraceptifs offerts en routine dans les formations sanitaires ont permis de toucher 89 365 individus âgés de 10 à 24 ans (anciennes et nouvelles utilisatrices) selon les données du DHIS2, contre 87 083 en 2023. La promotion des campagnes d'offre de services intégrés en santé sexuelle et reproductive (prise en charge des IST, conseil et dépistage du VIH, planification familiale, etc.) ainsi que le renforcement de la DBC, à travers l'extension des services aux adolescents, ont contribué à recruter un plus grand nombre de jeunes filles utilisatrices de méthodes contraceptives modernes.

Par ailleurs, 118 722 adolescents et jeunes ont été nouvellement dépistés et connaissent leur statut sérologique vis-à-vis du VIH en 2024, contre 112 480 l'année précédente. Concernant la prise en charge des cas d'IST chez les 10–24 ans, 36 663 cas ont été enregistrés (source : DHIS2).

Renforcement de la santé scolaire et universitaire

En 2024, aucune action supplémentaire n'a été entreprise pour améliorer la couverture ou renforcer l'appui aux infirmeries scolaires. Le nombre de structures fonctionnelles est actuellement estimé à 60 sur l'ensemble des établissements scolaires de l'enseignement secondaire (tous degrés et ordres confondus).

Par ailleurs, bien que le circuit de prise en charge des élèves détectés lors des visites médicales scolaires ait été élaboré en 2023, aucune activité de mise en œuvre ou de suivi n'a été réalisée en

2024 dans le cadre du processus national de visites médicales systématiques en milieu scolaire pour des raisons financières.

2.1.2.4. Santé des personnes âgées

Deux indicateurs de performance sont liés à la santé des personnes âgées. Le premier est le nombre de service de gériatrie de référence national fonctionnel prévu pour être réalisé en 2026. Le second est le pourcentage d'ASC-RC formés sur la prise en charge des personnes âgées. Cette activité programmée en 2023 n'a pas été mise en œuvre. Par ailleurs, le nouveau manuel de formation des ASC validé en 2023 a pris en compte un module spécifique de prise en charge communautaire des personnes âgées.

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

L'axe 3 comporte 17 indicateurs traceurs dont 12 en progression, 02 en régression, 03 stationnaires. Le tableau ci-après présente la performance de la lutte contre les maladies et maîtrise des déterminants sociaux et environnementaux.

Tableau XVII : Performance de la lutte contre les maladies et maîtrise des déterminants sociaux et environnementaux

Effet	Indicateurs	Valeur de référence (2023)	Valeur cible en 2024	Valeur réalisée en 2024	Performance en 2024	Score de performance en 2024	Analyse
E3.1	35.Niveau d'atteinte du premier « 95 » (Pourcentage des PVVIH qui connaissent leurs statuts sérologiques à l'égard du VIH)	84,34%	92%	91,90%	1,0	4	Progression
	36. Incidence du Paludisme (p.1000)	285,76	186	257,63	0,3	2	Progression
	37.Incidence de la Tuberculose (p.100.000)	32	32	30	-	-	Progression
	38.Taux de succès de traitement antituberculeux des patients nouveaux et rechutes (guéris plus traitement terminés)	86,7%	88%	85,25%	-1,1	0	Régression
E3.2	39.Couverture programmatique à l'Ivermectine	105,67%	95%	101%	0,5	2	Progression
	40.Couverture programmatique au Praziquantel chez les enfants d'âge scolaire	100,98%	95%	99%	0,3	2	Progression
E3.3	41.Proportion de formations sanitaires offrant des services spécialisés de prise en charge des maladies cardiovasculaires	24%	27%	26%	0,7	3	Progression

	42.Pourcentage des districts sanitaires offrant la prise en charge intégrée des maladies non transmissibles	7,69%	27%	17,95%	0,5	3	Progression
E3.4	43.Pourcentage de patients dépendant des substances psychoactives pris en charge dans une structure d'addictologie	0%	2%	0%	0,0	1	Stationnaire
	44.Pourcentage des formations sanitaires offrant un service en matière de santé mentale	4,58%	21,80%	7,52%	0,2	1	Progression
E3.5	45.Pourcentage de personnes vivant avec un handicap, prises en charge en réadaptation physique	64,08%	75%	92,01%	2,6	5	Progression
	46.Pourcentage des districts qui assurent la prise en charge spécialisée des affections bucco-dentaires	47%	30,70%	47%	0,0	1	Stationnaire
	47.Pourcentage de cas de noma diagnostiqués avec complication (degré 3, 4 et 5)	47%	10%	0%	1,3	5	Progression
	48.Taux de chirurgie de la cataracte (p 1000000)	1496	1360	999	-3,7	0	Régression
E3.6	49.Pourcentage de villages certifiés FDAL	37,70%	45%	40,57%	0,4	2	Progression
E3.7	50.Existence d'une cellule changement climatique et santé fonctionnelle	1	1	1	0,0	1	Stationnaire
	51.Nombre de districts sanitaires disposant d'au moins un capteur fonctionnel pour la mesure de la qualité de l'air	3	7	7	1,0	5	Progression

2.1.3.1. Lutte contre les maladies transmissibles

Lutte contre le VIH-Sida, les Hépatites Virales et les IST

La prévalence du Sida selon EPP Spectrum version 6.41 est estimée à 1,64% en 2024 avec 101 552 PVVIH attendues. Chez les groupes à risque, selon les résultats de l'Enquête de Surveillance de Seconde Génération réalisée en 2022 chez les populations clés, la prévalence est de 8,7% chez les hommes ayant les rapports Sexuels avec d'autres hommes (HSH), de 5,8% chez les professionnels de sexe (PS), de 3,8% chez les détenus et de 3,6% chez les usagers de drogues (UD).

- Dépistage du VIH

En 2024, pour toutes les stratégies et cibles confondues, 594 329 personnes ont été dépistées et connaissent leur statut sérologique au VIH contre 576 688 en 2023. Le pourcentage de personnes qui connaissent leur statut sérologique à l'égard du VIH a connu un progrès sensible passant de 86,34% en 2023 à 91,94% en 2024.

Dans le souci d'améliorer le niveau d'atteinte des « 1^{er} 95 », les nouvelles stratégies de dépistage du VIH (index testing, EPOA, autotest, dépistage communautaire) ont été renforcées tout en mettant un accent sur les zones et groupes à hauts risques (les populations clés). Le tableau ci-dessous présente la répartition des personnes dépistées et le taux de séropositivité par région sanitaire en 2024.

Tableau XVIII : Répartition par région des résultats du dépistage du VIH en 2024

Régions sanitaires	Nombre dépisté	Nombre positif	Taux de séropositivité (%)
Grand-Lomé	160 943	5 491	3,41
Maritime	80 816	2 398	2,97
Plateaux	124 621	1 689	1,36
Centrale	67 123	806	1,20
Kara	79 725	928	1,16
Savanes	81101	379	0,47
Total Pays	594 329	11 691	1,97

(Source : Rapport PNLs-HV-IST, 2024)

Dans les services adaptés (SA), 43 983 populations clés ont été référées, conseillées et dépistées avec un taux de séropositivité de 1,71% en 2024 contre 3,51% en 2023. Les PS ont été les plus dépistés (48,40%) suivis des HSH (34,46%). Le taux de séropositivité le plus élevé est enregistré chez les PS soit 2,25%. La figure ci-dessous montre la répartition des dépistés et le taux de séropositivité par population clé dans les SA en 2024.

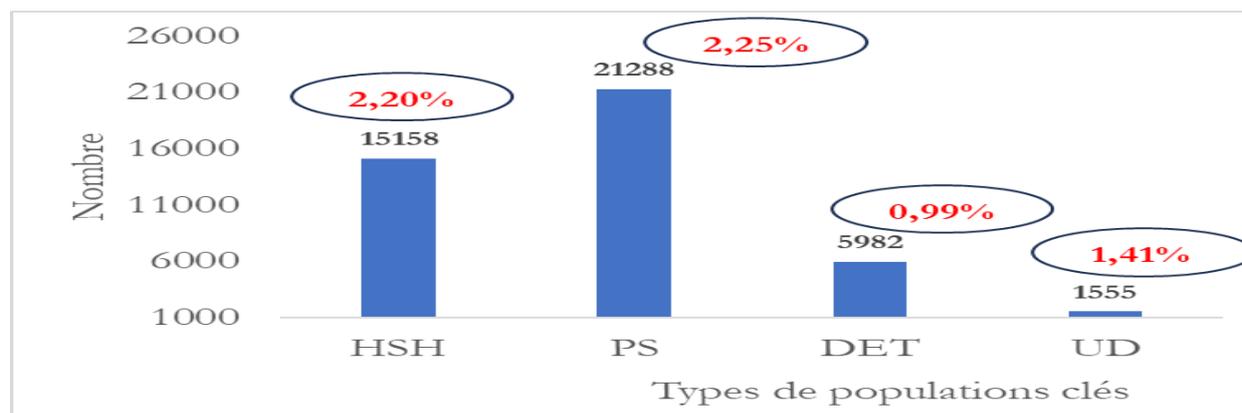


Figure 11 : Répartition du nombre de dépisté et du taux de séropositivité par population clé en 2024 au Togo
(Source : Rapport PNLs-HV-IST, 2024)

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

La couverture géographique en sites PTME en 2024 est de 85,44% (839/982). La proportion des sites PTME fonctionnels est de 97,33% (839/862). (voire figure ci-après).

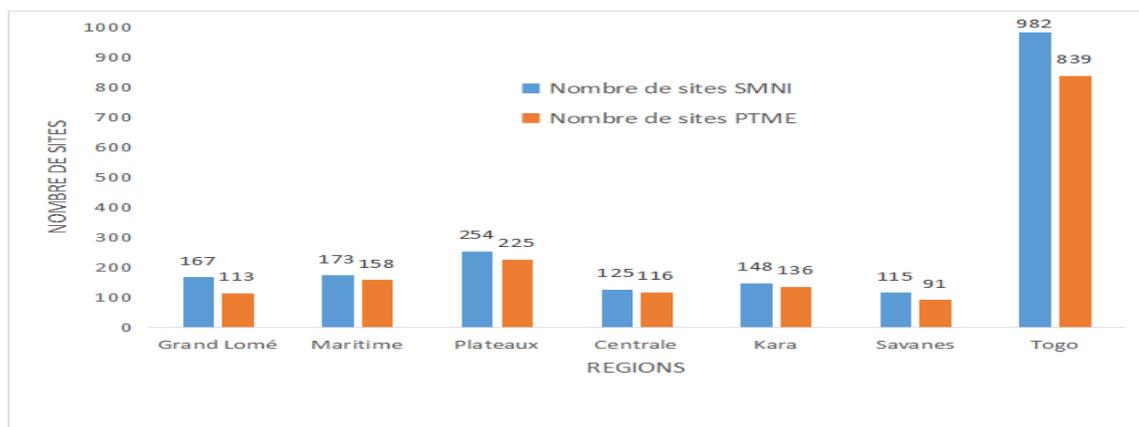


Figure 12 : Répartition du nombre de sites de PTME et de centres de SMNI par région en 2024
(Source : Rapport annuel PNLs-HV-IST, 2024)

Les accouchements des femmes enceintes séropositives ont permis d'enregistrer 2 939 enfants vivants, nés de mères séropositives en 2024 contre 3 084 en 2023. Les 2 939 enfants, soit 100% ont reçu la prophylaxie antirétrovirale contre 98,80% en 2024. Cette amélioration de la couverture des enfants mis sous prophylaxie est due à la disponibilité des intrants (Névirapine sirop) surtout au renforcement du suivi rapproché au niveau des gros sites PTME.

Ainsi, il est noté une amélioration de la couverture de femmes enceintes séropositives au VIH ayant reçu des antirétroviraux pour réduire la transmission du VIH de la mère à l'enfant qui est passée de 83,13% en 2023 à 86% en 2024.

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

En 2024, 93 370 PVVIH sont inscrites aux soins et régulièrement suivies dans les structures de prise en charge. Le nombre de PVVIH sous ARV est de 93 342 avec 3 801 enfants et 89 541 adultes. Le taux de survie des PVVIH sous ARV dont on sait qu'ils sont toujours en vie à 12 mois après le début du traitement est de 93,80% selon les résultats de l'enquête sur la survie des PVVIH réalisée au Togo en 2023 sur la cohorte de 2020 contre 91% en 2017.

Tableau XIX : Répartition des PVVIH sous ARV par région en 2024

Regions	Enfants	Adultes	Total	Pourcentage (%)
Grand Lomé	1 872	51 616	53 488	57,30
Maritime	787	15 535	16 322	17,49
Plateaux	512	9 380	9 892	10,60
Centrale	250	4 759	5 009	5,37
Kara	261	6 043	6 304	6,75
Savanes	119	2 208	2 327	2,49
Total	3 801	89 541	93 342	100

(Source : Rapport PNLs-HV-IST, 2024)

Lutte contre le Paludisme

Le paludisme continue de faire peser un lourd tribut sur les populations togolaises. Les stratégies de lutte contre le paludisme engagées par le Togo se poursuivent avec : i) la prévention du paludisme à travers la promotion de l'utilisation des Moustiquaires Imprégnées d'Insecticide (MII), le Traitement Préventif Intermittent (TPI) chez la femme enceinte, la Chimio prévention du paludisme saisonnier (CPS) chez les enfants de moins de 5 ans dans 23 districts et la chimio prévention du paludisme pérenne (CPP) chez les enfants de moins de 2 ans dans 16 districts ; ii) la prise en charge des cas de paludisme à travers le diagnostic parasitologique et le traitement des cas simples avec des combinaisons thérapeutiques à base d'artémisinine dans les formations

sanitaires et au niveau communautaire et des cas graves dans les hôpitaux ; iii) la surveillance épidémiologique mise en œuvre à tous les niveaux du système de santé pour assurer un suivi efficace de la maladie et guider les interventions.

- Distribution des Moustiquaires Imprégnées d’Insecticide (MII) en routine

La distribution des MII en routine se fait sur l’ensemble du territoire aux groupes cibles vulnérables qui sont les femmes enceintes (FE) et les enfants de moins d’un an. Les couvertures sont passées de 97,49% en 2023 à 98,70% en 2024 chez les FE et de 96,33% en 2023 à 96,6% chez les enfants de moins d’un an. Les résultats de la distribution des MII en routine sont présentés dans le tableau ci-après.

Tableau XX : Résultats de distribution des moustiquaires imprégnées d’insecticide en routine, 2024

Régions sanitaires	Distribution aux FE			Distribution aux enfants de moins d’un an		
	Nbre en CPN1	Nbre ayant reçu MII	(%)	Nbre vaccinés DTC-HepB-Hib1	Nbre ayant reçu MII	Pourcentage (%)
Centrale	28 525	28 512	100	32 926	32 927	100
Grand-Lomé	49 742	47 012	94,50	78 918	72 884	92,40
Kara	36 378	36 253	99,70	42 539	42 199	99,20
Maritime	38 266	38 257	100	46 511	46 514	100
Plateaux	54 023	53 695	99,40	67 405	64 104	95,10
Savanes	40 778	40 749	99,90	46 818	45 727	97,70
Total pays	247 712	244 478	98,70	315 117	304 355	96,60

(Source : rapport annuel PNLN, 2024)

- 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. En 2024, le Togo a étendu la CPS à quatre nouveaux districts dans la région des Plateaux (Amou, Anié, Est mono et Ogou) en plus des districts des régions des Savanes, de la Kara et de la Centrale au profit des enfants de 3-59 mois et passé de 4 à 5 cycles dans tous les districts cibles. En 2024, elle s’est déroulée courant mois de mai à octobre. Les distributeurs communautaires (ASC/RC) ont administré de porte à porte la Sulfadoxine Pyriméthamine plus l’Amodiaquine aux enfants cibles dans les ménages. Les résultats obtenus sont présentés dans le tableau ci-après :

Tableau XXI : Résultats de la chimio prévention du paludisme saisonnier en 2024

Régions	Cycle 1			Cycle 2			Cycle 3			Cycle 4			Cycle 5		
	Enfants cibles recensés	Enfants traités	Couv (%)	Enfants cibles recensés	Enfants traités	Couv (%)	Enfants cibles recensés	Enfants traités	Couv (%)	Enfants cibles recensés	Enfants traités	Couv (%)	Enfants cibles recensés	Enfants traités	Couv (%)
Centrale	121 437	118 060	97	122 328	120 229	98	125 586	122 760	98	126 471	123 572	98	126 380	123 677	98
Kara	149 739	146 568	98	148 122	145 770	98	154 979	152 095	98	156 242	153 912	99	155 285	152 844	98
Plateaux	95 086	90 985	96	98 287	95 076	97	103 752	100 591	97	104 922	101 790	97	105 067	102 546	98
Savanes	179 534	177 251	99	186 577	184 873	99	188 108	185 759	99	190 433	188 228	99	190 177	188 216	99

(Source : rapport annuel PNLN, 2024)

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

Le nombre de cas de paludisme confirmé a baissé de 2 367 706 en 2023 à 2 182 671 en 2024 répartis entre les FS (66%) et le niveau communautaire (34%). Cette baisse du nombre de cas pourrait s'expliquer par la disponibilité et la bonne utilisation des MII distribuées en 2023 à tous les ménages lors de la campagne de masse. Les enfants de moins de 5 ans occupent 30% 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 2024.

Tableau XXII : Répartition des cas confirmés de paludisme par niveau de soins et par catégorie de patients

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
Centrale	181 188	97 888	279 076	81 167	187 458	10 451	279 076
Grand-Lomé	164 014	28 376	192 390	35 705	150 664	6 021	192 390
Kara	282 537	192 711	475 248	183 834	279 683	11 731	475 248
Maritime	235 403	126 694	362 097	89 339	265 165	7 593	362 097
Plateaux	330 057	198 460	528 517	154 277	356 277	17 963	528 517
Savanes	253 780	91 563	345 343	103 568	231 471	10 304	345 343
Total pays	1 446 979	735 692	2 182 671	647 890	1 470 718	64 063	2 182 671
%	66	34	100	30	67	3	100

(Source : rapport annuel PNL, 2024)

- **Traitement des cas de paludisme**

Le traitement du paludisme se fait au niveau communautaire et dans les formations sanitaires. En 2024, 99% des cas simples de paludisme ont reçu un traitement de première intention selon les directives nationales de prise en charge du paludisme dans les formations sanitaires et 99,6% au niveau communautaire avec les CTA ; et avec la quinine (chez les femmes enceintes au 1^{er} trimestre de grossesse). Le tableau ci-dessous présente les cas traités selon les directives nationales dans les FS et au niveau communautaire.

Tableau XXIII : Traitement des cas de paludisme simple selon les directives nationales dans les FS et au niveau communautaire par région en 2024

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	%
Centrale	173 587	172 388	99,3	97 888	97 699	99,8	271 475	270 087	99,5
Grand-Lomé	145 819	141 607	97,1	28 376	28 253	99,6	174 195	169 860	97,5
Kara	272 465	269 736	99,0	192 711	191 141	99,2	465 176	460 877	99,1
Maritime	223 769	222 711	99,5	126 694	126 632	100,0	350 463	349 343	99,7
Plateaux	312 130	309 097	99,0	198 460	197 929	99,7	510 590	507 026	99,3
Savanes	240 068	239 219	99,6	91 602	90 965	99,3	331 670	330 184	99,6
Total pays	1 367 838	1 354 758	99,0	735 731	732 619	99,6	2 103 569	2 087 377	99,2

(Source : rapport annuel PNL, 2024)

- **Incidence et taux de mortalité du paludisme**

L'évolution épidémiologique du paludisme est marquée par une diminution des cas confirmés et des décès dus au paludisme en 2024. En effet, l'incidence du paludisme est passée de 286 cas pour 1000 habitants en 2023 à 257,6 cas pour 1 000 habitants en 2024. En ce qui concerne le taux de mortalité, il est passé de 15,47 pour 100 000 habitants en 2023 à 11,7 pour 100 000

habitants en 2024. Ces diminutions pourraient s'expliquer par la disponibilité et l'utilisation des MII distribuées aux populations en 2023, les efforts consentis pour améliorer le système de référence des cas graves et la prise en charge rapide des cas graves dans les hôpitaux avec l'artésunate injectable.

Tableau XXIV : Incidence et taux de mortalité du paludisme par région en 2024

Régions sanitaires	Population	Nombre de cas de paludisme	Incidence du paludisme pour 1 000hbts	Nombre de décès	Taux de mortalité pour 100 000 hbts
Centrale	832 544	279 076	335,2	156	18,7
Grand-Lomé	2 290 199	192 390	84,01	142	6,2
Kara	1 031 367	475 248	460,8	150	14,5
Maritime	1 409 272	362 097	256,94	82	5,8
Plateaux	1 712 065	528 517	308,7	241	14,1
Savanes	1 196 727	345 343	288,57	222	18,6
Total pays	8 472 173	2 182 671	257,6	993	11,7

Source Rapport PNLP, 2024

Lutte contre la tuberculose

✓ Dépistage de la tuberculose (TB)

Un total de 3 200 patients de tuberculose toutes formes confondues a été dépisté, donnant un taux de notification de la TB de 34,74 patients pour 100 000 habitants pour une population totale estimée à 9 209 445 habitants en 2024¹¹. Ce taux est de 33,97 patients pour 100 000 habitants chez les nouveaux patients et rechutes (3 129 patients). Les nouveaux patients TB pulmonaire bactériologiquement confirmés représentent 77,03% de l'ensemble des patients TB, suivis des patients de tuberculose extra pulmonaire confirmés bactériologiquement ou diagnostiqués cliniquement (13,16%).

En ce qui concerne l'Incidence de la Tuberculose (p.100.000), la valeur calculée pour le Togo est passée de 32 à partir des données de 2023 saisies sur la plateforme de l'OMS à 30 en 2024 pour une cible de 32. Cette performance illustre la bonne couverture du traitement des patients TB. Ainsi, le taux de couverture du traitement des patients TB calculé à partir des cas estimés selon le PSN TB 2024-2026 a été de 101,59 en 2024 (3 129/3 080).

Le recul de cet indicateur est à prendre au sens positif dans le sens de la réduction voulue des cibles de la stratégie « Mettre fin à la Tuberculose » à l'horizon 2035.

Cet indicateur ne se calcul pas par pays. Il est généré par modélisation à partir des données saisies en année n-1 par l'OMS. L'information affichée est celle communiquée dans le rapport paru en 2024.

Tableau XXV : Répartition des patients de TB dépistés au Togo selon la forme en 2024

Type de TB	TPB+ NC	Rechutes	Cas déjà traités (hors rechutes)	TPB-toutes formes	TEP - toutes formes	Total de cas de TB
Effectifs	2 465	143	67	101	424	3 200
Pourcentage (%)	77,03	4,47	2,09	3,16	13,25	100

(Source : rapport annuel PNLT, 2024)

¹¹ Population OMS 2023 projetée avec un taux d'accroissement de 2,3%

La répartition des patients TB par région (figure ci-après) révèle que la région du Grand-Lomé a enregistré à elle seule 39% de tous les patients de tuberculose du pays en 2024. Elle est suivie de la région Maritime (24%) et de la région des Plateaux (15%). La situation est presque identique pour les nouveaux patients de tuberculose pulmonaire bactériologiquement confirmés (TPB+).

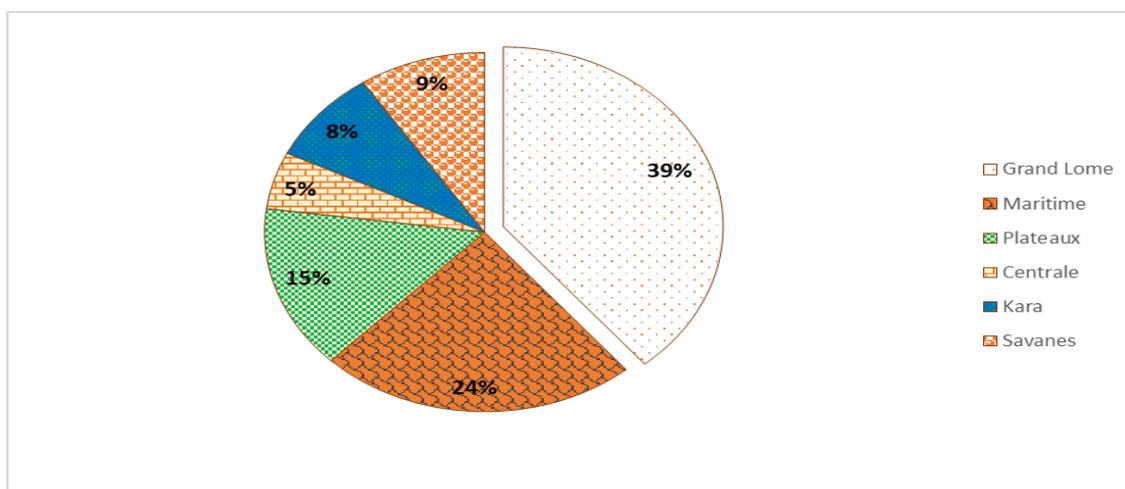


Figure 13 : Répartition du dépistage des cas de TB par région sanitaire en 2024
(Source : rapport annuel PNL, 2024)

✓ **Co-infection Tuberculose/VIH**

Tous les 3 200 patients TB toutes formes confondues enregistrés en 2024, soit 100% ont été testés à la sérologie VIH ou ont leur statut sérologique documenté. Parmi eux, 392 soit 12,25% sont co-infectés TB/VIH contre 13,03% en 2023.

Un total de 392 patients coinfectés TB-VIH a été notifié en 2024 et tous mis sous ARV et sous cotrimoxazole donnant une couverture de 100% pour les deux molécules respectivement.

✓ **Résultats du traitement**

Le « Taux de succès de traitement antituberculeux des patients nouveaux et rechutes (guéris plus traitement terminés) » qui est le deuxième indicateur traceur TB est de 85% (2 613/3 065) en 2024 contre 86% en 2023. Ce résultat indique que l'objectif fixé (Cible PNDS) qui est de 88% en 2024 n'est pas atteint. Cette performance est attribuable aux insuffisances dans le suivi des patients TB.

Les résultats de traitement des patients nouveaux et rechutes de TB sont illustrés par la figure suivante :

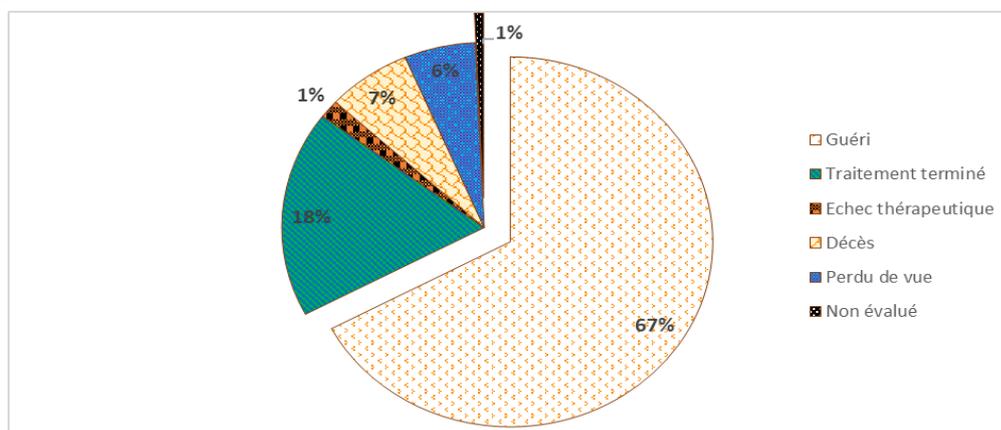


Figure 14 : Résultats de traitement des cas nouveaux et rechutes (Patients incidents) de la cohorte 2023
(Source : rapport annuel PNL, 2024)

Le résultat du taux de succès thérapeutique des patients nouveaux et rechutes (85%) est en deçà de la cible (88%). Ce résultat pourrait s'expliquer par le taux élevé de décès (7%) et de perdu de vue (6%) liés au déficit dans le suivi des patients TB (patients irréguliers et non prise en charge optimale des comorbidités).

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

En 2024, 22 patients pharmaco résistants (TB-MR/RR) ont été dépistés et mis sous traitement contre 15 en 2023. Parmi eux, quatre (04) étaient co-infectés TB-MR/VIH soit une proportion de 18,18%.

2.1.3.2. Lutte intégrée contre les maladies tropicales négligées (MTN)

MTN à Chimiothérapie Préventive

La prise en charge intégrée des MTN à Chimiothérapie Préventive (CTP) a permis de maintenir la couverture géographique à 100% pour les trois interventions du TDM pour les deux tours sauf pour l'Ivermectine où elle était de 37,5% au 1er tour à cause de l'évaluation d'impact programmée dans la Kara et dans les Plateaux en 2024.

Pour les MTN à CTP, deux tours de traitements de masse ont eu lieu avec des couvertures programmatiques qui sont dans les normes requises.

Le Togo a atteint le seuil de l'élimination de la filariose lymphatique comme problème de santé publique depuis 2017 puis celui du trachome en 2022. Cependant la surveillance se poursuit de même que la détection et la prise en charge des cas. Pour l'onchocercose, l'arrêt de traitement dans la région Maritime a été effective depuis 2023.

Les zones de mise en œuvre des TDM du 1er tour en 2024 sont pour l'onchocercose dans 12 districts des régions Savanes et Centrale, et les géohelminthiases dans tous les districts. Le district de Danyi, qui autrefois, était non endémique aux géohelminthiases est redevenu endémique selon les résultats de l'évaluation de 2023. La chimiothérapie préventive contre les schistosomiasis a été faite dans 544 FS de 37 districts sanitaires conformément au guide de distribution de 2024. Notons que les districts de Vo et des Lacs ont pour la 3ème fois continué leur projet pilote de déparasitage en milieu scolaire.

Le 2^{ème} tour a été une occasion pour rattraper les zones non traitées au 1^{er} tour pour cause de l'évaluation. Il a concerné l'administration du Praziquantel dans 15 districts, l'Ivermectine dans 29 et l'Albendazole dans 04.

Les couvertures programmatiques de l'Ivermectine chez les 5 ans et plus, et du Praziquantel chez les Enfants d'âge scolaire (EAS) lors des TDM ont connu une régression positive passant respectivement de 105,67% en 2023 à 100,50% en 2024 pour l'onchocercose et de 100,98% en 2023 à 99,17% en 2024 pour les schistosomiasis pour une cible $\geq 95\%$. Ces performances seraient dues à la maîtrise de plus en plus des populations programmatiques, à la disponibilité des intrants et à l'amélioration de la qualité des données dans le contexte d'élimination des deux maladies.

Tableau XXVI : Synthèse nationale des couvertures du traitement de masse au premier tour en 2024

Médicaments distribués	Couvertures (%)		
	Masculin	Féminin	Total
Albendazole (5-14 ans)	101,3	102,6	101,9
Ivermectine (5 ans et plus)	99,7	101,4	100,5
Praziquantel (5 à 14 ans)	98,8	99,5	99,2

(Source : Rapport annuel PNMTN, 2024)

MTN à prise en charge de cas (PCC)

D'une manière générale, le nombre de cas dépistés décroît ces trois dernières années pour les six (06) MTN PCC phares du programme.

- ✓ **Pour l'ulcère de Buruli**, 07 nouveaux cas cliniques ont été enregistrés en 2024 contre 08 en 2023 et 10 en 2022. Parmi eux, 85,7% ont moins de 15 ans et 42,8% sont féminins.

Tous sont dépistés aux catégories I et II. Sur le plan clinique, Il y a eu 5 cas d'ulcères (71,4%). Quant à la localisation ; 71,47% des lésions étaient retrouvées aux membres supérieurs tandis que 28,6% aux membres inférieurs. La PCR était positive dans 71,4% des cas (5/7) et 100% des patients ont reçu une antibiothérapie spécifique. Le tableau suivant résume la répartition des cas d'Ulçère de Buruli (UB) dépistés et pris en charge par district

Tableau XXVII : Répartition des cas d'Ulçère Buruli (UB) dépistés et pris en charge par district, Togo, 2024

Districts	Sexe		Formes cliniques				Age		Catégories			PCR
	M	F	N	P	E	U	< 15 ans	≥ 15 ans	I	II	III	
Zio	3	1	1	1	-	2	3	1	2	2	0	3
Yoto	1	1	-	-	-	2	2	0	1	1	0	1
VO	0	1	-	-	-	1	1	0	-	1	0	1
Total	4	3	1	1	0	5	6	1	3	4	0	5

(Source : Rapport annuel PNMTN, 2024)

N= Nodule, P=Papule, O= Œdème, U= Ulcère

- ✓ **Pour la Lèpre** : un total de 80 cas ont été enregistrés dans les 06 régions du Togo dont 74 nouveaux cas, 5 reprises et une rechute. Les deux sexes étaient représentés avec 48,80% de femmes. Cinq (05) enfants ont été dépistés pour la lèpre en 2024 dont quatre (04) enfants MB. 42, 50% des patients, tous adultes avaient une infirmité de degré 2 contre 47,67% en 2023. La région des Savanes suivie de la Kara ont enregistré plus de la moitié des cas de lèpre dépistés en 2024. La région des Savanes a enregistré à elle seule quatre cas de reprises de traitement en 2024.

L'analyse de ces résultats montre une persistance de la chaîne de transmission qui est encore active et un dépistage tardif.

Le nombre de cas cumulé de lèpre enregistrés au programme par région est présenté dans le tableau ci-après :

Tableau XXVIII : Nombre de cas de lèpre recensés et pris en charge par région en 2024

Région	MB				PB				Total MB	Total PB	Reprise Traitement F 15ans et plus, MB	Rechute F 15ans et plus, MB	Total enregistré
	0-14 ans		15 ans et plus		0- 14 ans		15 ans et plus						
	M	F	M	F	M	F	M	F					
Savanes	2	1	5	12	0	0	1	0	20	1	4	0	25
Kara	0	0	10	10	0	1	0	0	20	1	1	0	22
Centrale	0	0	7	3	0	0	0	0	10	0	0	1	11
Plateaux	0	0	2	4	0	0	0	0	6	0	0	0	6
Maritime	0	0	5	2	0	0	1	2	7	3	0	0	10
Grand Lomé	0	0	4	1	0	0	1	0	5	1	0	0	6
Total	2	1	33	32	0	1	3	2	68	6	5	1	80

(Source : Rapport annuel PNMTN, 2024)

- ✓ **Pour le Pian** : Un seul cas confirmé de pian en 2024 contre 15 en 2023 confirmés au DPP (tréponémique et non tréponémique) dans Agoè-Nyivé. En effet, 912 personnes ont été soumises au test rapide RTD présentant des lésions suspectes contre 4 886 en 2023. Notons cependant que seulement 20 personnes soit 2,19% ont été positives au 1er test et une seule a été confirmée au DPP.
- ✓ **Draconculose (Ver de Guinée)** : Eradiqué le 22 décembre 2011, le Togo est dans la phase de post certification de l'éradication de la draconculose marquée 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 2024 un (01) cas de rumeur a été investigué mais non confirmé dans le district de la Kozah.
- ✓ **Pour l'envenimation par morsure de serpent** : En 2024, 3 357 cas d'envenimation par morsure de serpent contre 2 660 en 2023 ont été enregistrés dans les formations sanitaires avec une légère baisse du taux de guérison à 82,1% contre 84,1% en 2023. Par contre, il a été noté une amélioration de la létalité passant de 1,6% en 2023 à 0,9% en 2024. Notons que 2% des patients reçus pour morsure de serpents ont demandé la sortie par manque de moyens financiers y compris les évadés contre 8,5% en 2023. La moyenne de dose utilisée par personne est de 1,4 sur le plan national avec des variations entre 1,1 et 2,1 dans les districts sanitaires. Cette moyenne de dose un peu faible dans certaines régions serait liée probablement aux fréquentes ruptures de SAV souvent rencontrées par moment. Il est à reconnaître les efforts des autorités sanitaires qui ont permis de renforcer l'appui en SAV en quantité par rapport en 2023, mais reste toujours inférieure aux besoins s'expliquant par des ruptures fréquentes de SAV.
- ✓ **Pour le Trichiasis Trachomateux** : Il convient de mentionner l'élimination du trachome comme problème de santé publique au Togo en 2022. En 2024, les activités de surveillances ont permis de dépister 8 cas parmi lesquels 7 ont été opérés.
- ✓ **Trypanosomiase humaine africaine (THA)** : Les activités réalisées en 2024 sont axées tout comme en 2023 sur le dépistage passif sur les 3 sites sentinelles. La recommandation de l'OMS de former les prestataires des hôpitaux pour étendre la surveillance n'a pas pu se réaliser par faute de moyens financiers. En 2024, 713 cas suspects ont été enregistrés sur toute l'étendue du territoire mais aucun résultat n'a été positif.
- ✓ **Dengue** : Au total, 1 613 cas de dengue ont été confirmés sur un total de 4 745 cas suspects signalés en 2024.
- ✓ **Lymphœdème** : 11 nouveaux patients atteints de lymphœdème ont consulté un établissement de santé en 2024.
- ✓ **Hydrocèle** : 24 cas d'hydrocèle ont été enregistrés en 2024.
- ✓ **Gale** : 763 cas de gale ont été dépistés lors des consultations foraines en 2024.
- ✓ **Noma** : Le pourcentage des districts qui assurent la prise en charge spécialisée des affections bucco-dentaires n'a pas évolué. Il est resté stationnaire à 47% entre 2023 et 2024 pour une cible de 30,7%.

Tout comme en 2023, tous les 199 cas de noma dépistés en 2024 sont des cas suspects cliniques car aucun n'a pu être confirmé par faute de test de confirmation. Ainsi, le pourcentage de cas de noma diagnostiqués avec complication (degré 3, 4 et 5) est de 0% en 2024 contre 10% en 2023 pour une cible de 80%.

2.1.3.3. Lutte contre les maladies non transmissibles (MNT)

Le pourcentage des districts sanitaires offrant la prise en charge intégrée des maladies non transmissibles (WHOPEN) a progressé passant de 7,69% en 2023 à 18% en 2024 pour une cible de 27%. Cette performance, bien que nettement supérieure à celle de 2023 (plus que le double), reste encore insuffisante par rapport à la cible. Ceci serait dû à la faible mobilisation des ressources financières en faveur de la mise en œuvre du WHOPEN.

La proportion d'hôpitaux offrant des services spécialisés de prise en charge des maladies cardiovasculaires a progressé passant de 26% en 2023 à 34% en 2024 pour une cible de 30%. Cette amélioration est due à la coordination des activités de lutte contre les MNT dans les structures sanitaires et surtout à la collaboration avec le secteur privé de soins.

En 2024, la Division de la surveillance des maladies non transmissibles (Div SMNT) a réalisé plusieurs activités entre autres : i) formation des prestataires de soins de santé primaire sur la prise en charge intégrée des principales MNT dans les districts de Bas Mono, Avé, Kozah et Binah ; ii) supervision des prestataires de soins dans la prise en charge des principales MNT dans les districts de Yoto, Zio, Avé et Bas Mono ; iii) supervision des points focaux MNT des régions et districts du pays sur la coordination des activités de lutte contre les MNT ; iv) formation des ASC sur la prévention et le contrôle des MNT dans les districts de Kozah et de Binah ; v) formation des surveillants des hôpitaux sur l'enregistrement des cas de cancers au Togo ; vi) collecte et enregistrement des cas de cancer dans les structures publiques et privées de la région sanitaire du Grand Lomé ; vii) vulgarisation des résultats de STEPS 2021 et production des outils de communication sur ces résultats.

2.1.3.4. Santé mentale et prise en charge des troubles mentaux

Le pourcentage des formations sanitaires offrant un service en matière de santé mentale est passé de 4,58% en 2023 à 7,5% en 2024 pour une cible de 21,8%. Cette faible performance est due au fait que seuls les centres disposant d'au moins un personnel qualifié (psychologue, master en santé mentale, psychiatre) offrent les services.

A ce jour, le Togo ne dispose pas encore de centre d'addictologie pour la prise en charge des patients dépendant des substances psychoactives.

Tableau XXIX : Demandes de traitement dans les centres de santé mentale

Régions sanitaires	2024	2023
Savanes	221	249
Kara	415	351
Centrale	87	176
Plateaux	287	223
Maritime	438	473
Grand-Lomé	437	605
Total pays	1 885	2 077

(Source : Rapport WENDU 2023-2024)

Les données ont été collectées dans les centres de santé mentale. Il a été enregistré en 2024, 1 885 personnes (usagers de drogues) contre 2 077 en 2023 soit une légère baisse de 2% en 2024. Cette situation pourrait s'expliquer par l'intensification des séances de sensibilisation des élèves et des parents contre l'usage des stupéfiants et le manque de ressources pour couvrir tous les

districts, et à l'interdiction de la prise de ces substances par le Gouvernement dans les lieux publics.

2.1.3.5. Prise en charge des autres maladies et conditions de santé (santé oculaire et handicap physique)

Le pourcentage de personnes vivant avec un handicap, prises en charge en réadaptation physique a progressé passant de 64,08% en 2023 à 92,01% en 2024. Cette progression est due à la réalisation des consultations foraines en 2024 par le Centre National d'Appareillage Orthopédique (CNAO) à l'occasion de la célébration de son cinquantenaire.

En ce qui concerne la santé buccodentaire, le pourcentage des districts qui assurent la prise en charge spécialisée des affections bucco-dentaires n'a pas évolué. Il est resté stationnaire à 47% entre 2023 et 2024 pour une cible de 30,7%.

Le taux de chirurgie de la cataracte (p 1 000 000) a régressé passant de 1 496 en 2023 à 999 en 2024 pour une cible de 1 291 cas. Au Togo le nombre de cas de cataracte opéré dépend encore fortement des campagnes foraines et donc des partenaires qui les financent. En 2024 ce financement a diminué, ce qui s'est traduit par une régression des campagnes foraines d'où l'intérêt de subventionner les chirurgies de la cataracte en poste fixe pour améliorer la performance.

2.1.3.6. Promotion de la santé et des comportements favorables à la santé

Promotion de la santé

Les activités réalisées en matière de la promotion de la santé au cours de l'année 2024 se résument essentiellement à des sensibilisations et à des renforcements de capacités des acteurs au niveau central et déconcentré sur les maladies à potentiel épidémique (rougeole, méningite, fièvres virales hémorragiques, choléra, Mpox ou variole de singe ...), les maladies non transmissibles (diabète, HTA, santé mentale...), les maladies transmissibles (paludisme, hépatites virales), l'hygiène et assainissement de base, la vaccination, la santé maternelle et infantile, la planification familiale.

Plusieurs journées mondiales ont été célébrées autour de différentes thématiques liées à la santé pour sensibiliser la population sur l'adoption de bonnes pratiques allant vers le changement de comportement social.

A cela s'ajoutent l'animation des dialogues communautaires, les réunions avec les autorités et les groupes cibles, l'animation et la diffusion d'émissions radiophoniques et des spots, des causeries éducatives, des visites à domicile réalisées dans les communautés. Le tableau suivant présente les différentes activités réalisées en 2024 :

Tableau XXX : Activités de promotion de la santé réalisées en 2024

Activités	Nombre			Taux de réalisation 2024 (%)
	Réalisé 2023	Planifié 2024	Réalisé 2024	
Sorties réalisées par les prestataires et les ASC pour la sensibilisation avec mégaphone	21 804	26 500	22 502	84,91
Sorties réalisées par les prestataires et les acteurs de la promotion de la santé pour la sensibilisation avec véhicules sonorisés	65	115	45	39,13
Causeries éducatives	383 522	1 120 000	46 350	4,14

Animations et diffusions d'émissions radiophoniques et de spots	4 484	6 800	4 502	66,21
Visites à domicile réalisées par les prestataires de soins, les ASC et la société civile	146 644	160 000	153 441	95,90
Réunions avec les autorités et les groupes cibles	359	380	361	95,00
Dialogues communautaires réalisés par les responsables des formations sanitaires et les OSC	11 696	15 500	12 508	80,69
Activités de renforcement de capacités.	89	150	92	61,33

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 2 519 villages.

Ainsi, le pourcentage de villages certifiés FDAL a augmenté passant de 37,70% en 2023 à 40,57% en 2024 pour une cible de 45%. Cette performance est due d'une part au suivi régulier des ouvrages sanitaires et à l'implication des autorités locales dans la mise en œuvre, et d'autre part à l'implication de l'Etat à travers sa contrepartie au programme. Beaucoup d'efforts reste à faire puisque la cible n'est pas atteinte. Le tableau suivant présente les principaux indicateurs de la FDAL par région sanitaire en 2024.

Tableau XXXI : Principaux indicateurs de la FDAL par région sanitaire en 2024

Régions sanitaires	Pourcentage de villages certifiés* FDAL (%)	Pourcentage des villages ayant maintenu 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	ND	0,00	NA	NA
Maritime	11,26	1,11	19,38	ND	5,60
Plateaux	34,93	62,08	15,26	61,54	19,29
Centrale	9,75	68,48	4,34	2,86	20,00
Kara	74,72	85,61	61,51	71,92	63,53
Savanes	87,84	85,54	60,02	84,88	68,98
Total Pays	40,57	74,43	22,70	74,26	28,84

* % certifié est égal au nombre de villages certifiés sur le nombre total de villages
NA = non applicable

(Source : rapport annuel DHAB, 2024)

2.1.3.7. Maîtrise des effets du changement climatique sur la santé

Une Task Force fonctionnelle sur les questions liées aux changements climatiques et aux risques sanitaires a été créée le 23 janvier 2023. Cette problématique est intégrée dans la PNS horizon 2030 et dans le PNDS 2023-2027 avec l'existence d'un Plan national d'adaptation du secteur de la santé (PNAS) 2020-2025. Au cours de l'année 2024, quatre (04) réunions de la Cellule ont été réalisées.

En 2024, quatre (04) nouveaux capteurs ont été installés, portant le total à sept (07) le nombre à ce jour, contre trois (03) en 2023 pour une cible 07 (en 2024). Les sites d'implantation sont les districts sanitaires : Agoè-Nyivé (04), Golfe (02) et Kozah (01) disposant d'un capteur fonctionnel pour la mesure de la qualité de l'air.

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

Cet axe stratégique compte deux (02) indicateurs traceurs dont 01 maintenu à 100% et l'autre stationnaire en 2024.

Tableau XXXII Performance de la réponse aux épidémies et aux autres urgences de santé publique

Effet	Indicateurs	Valeur de référence (2023)	Valeur cible en 2024	Valeur réalisée en 2024	Performance en 2024	Score de performance en 2024	Analyse
E4.1	52.Proportion d'épidémie ayant bénéficié d'une réponse dans les 14 jours après la notification	100,0%	100%	100,0%	0,0	1	Progression
E4.2	53.Nombre de COUSP fonctionnels	1	3	1	0,0	1	Stationnaire

2.1.4.1. Préparation, riposte aux épidémies et autres urgences de santé publique et relèvement

Lutte contre les autres maladies transmissibles y compris les maladies à potentiel épidémique (MPE)

En 2024, plusieurs activités ont été menées 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) les activités en lien avec la mise en œuvre du Règlement sanitaire international (RSI) 2005.

La proportion d'épidémie ayant bénéficié d'une réponse dans les 14 jours après la notification est maintenue à 100% de 2023 à 2024. Plusieurs interventions expliquent le maintien de cette performance notamment la surveillance hebdomadaire des maladies à potentiel épidémique (MPE), la détection précoce des urgences, la réponse aux épidémies dans les délais et l'application du RSI.

En matière de surveillance des MPE en 2024, tous les districts ont eu à notifier au moins un cas.

Surveillance épidémiologique à des fins de détection précoce des cas

- *Promptitude et complétude de la transmission des rapports de surveillance*

La complétude des rapports hebdomadaires de surveillance des maladies à potentiel épidémique et des maladies d'importance en santé publique est de 100% en 2024. Par rapport à l'année 2023, la promptitude des rapports en 2024 a connu une légère augmentation par rapport à 2023 (93,4%). Cette augmentation de la promptitude serait liée à une appropriation du DHIS2 par les acteurs de la surveillance épidémiologique sur le terrain.

Tableau XXXIII : Complétude et promptitude des rapports hebdomadaires de surveillance par région en 2023 et 2024

Régions sanitaires	Nombre de districts en 2024	Complétude 2023 (%)	Promptitude de 2023 (%)	Complétude de 2024 (%)	Promptitude de 2024 (%)
Grand-Lomé	2	90,5	87,9	100	90,11
Maritime	6	100	94,3	100	90,9

Régions sanitaires	Nombre de districts en 2024	Complétude 2023 (%)	Promptitu de 2023 (%)	Compléto de 2024 (%)	Promptitu de 2024 (%)
Plateaux	12	99,8	93,4	100	100
Centrale	5	99,6	96,1	99,62	94,8
Kara	7	99,7	91,2	100	97,64
Savanes	7	99,8	96,7	100	99,14
TOTAL	39	98,9	93,4	100	96,87

(Source : Rapport annuel DSIUSR, 2024)

- Surveillance de la Covid-19

A la date du 31 décembre 2024, le nombre total de cas confirmés cumulé depuis mars 2020 de la Covid-19 est de 39 651 dont 39 295 guéris, 0 actif et 290 décès soit une létalité de 0,73%. L'année 2024 a connu une régression du nombre de cas confirmés tel que le montre l'évolution hebdomadaire du nombre de cas confirmés de la figure suivante :

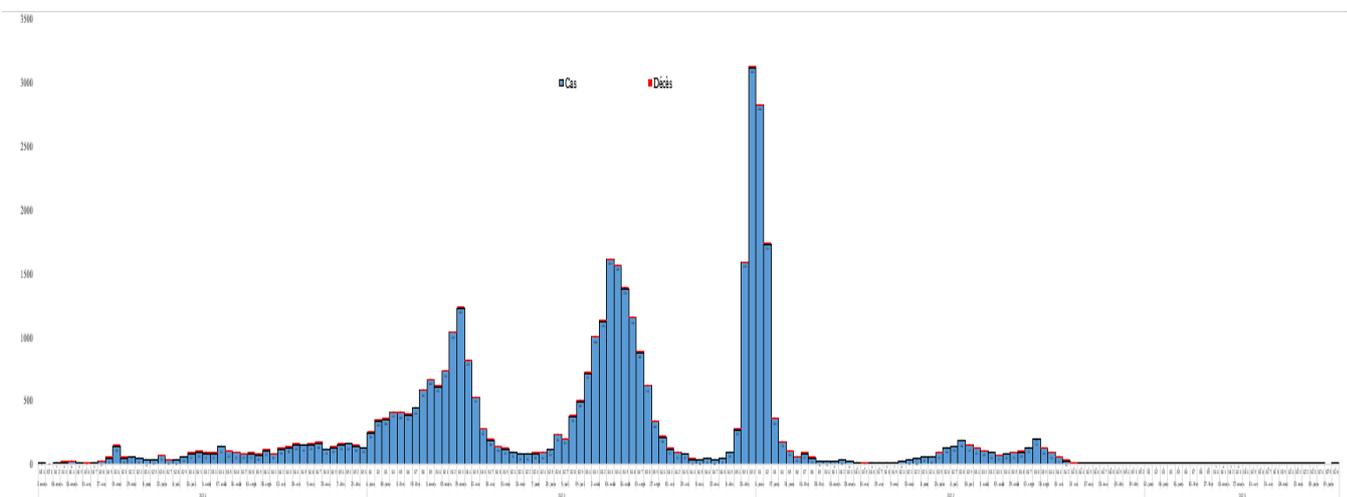


Figure 15 : Courbe épidémique hebdomadaire des cas de Covid-19 au Togo de mars 2020 à décembre 2024
(Source : Données DSIUSR, 2024)

Depuis 2023, la vaccination contre la Covid-19 a été introduite dans le PEV de routine.

- Surveillance des autres maladies à potentiel épidémique (MPE)

La surveillance des MPE a permis une notification continue et une confirmation des cas au laboratoire des autres maladies suivantes : Poliomyélite, Méningite, Rougeole, Fièvre jaune, Choléra, Grippes, Dengue et Mpox.

Paralysies Flasques Aigues (PFA)

En 2024, 427 cas de PFA ont été notifiés. Tous les 39 districts ont notifié au moins 01 cas de PFA avec prélèvement de selles soit 100%. On note une bonne performance à tous les niveaux avec 100% des districts ayant atteint l'objectif de 03 cas de PFA pour 100 000 enfants de moins de 15 ans.

Le Togo n'a pas enregistré de cas de poliomyélite confirmé en 2024.

Méningites

Le nombre total de cas de méningite notifié en 2024 est de 1 030 avec 06 décès soit une létalité de 0,6 %.

Le nombre de cas de méningite confirmés au cours de l'année est de 76 avec le *Streptococcus pneumoniae* isolé dans 88,2% des cas (67/76) et l'*Haemophilus Influenzae b* (Hib) dans 11,8% des cas (9/76). En 2024, le Togo n'a pas connu d'épidémie de méningite.

Rougeole/Rubéole

Le nombre total de cas suspects de rougeole investigués avec échantillons de sang acheminés au laboratoire en 2024 est de 893 avec 343 cas de IgM+ anti rougeoleux soit 38% et 23 cas de rubéole confirmés soit 2,6%. Il n'y a pas eu de flambée de rubéole en 2024. Certains districts (18/39) sont rentrés en épidémie de rougeole. Il s'agit de : Agou, Akébou, Avé, Bas Mono, Bassar, Binah, Cinkassé, Dankpen, Kéran, Kloto, Kpendjal, Kpendjal-Ouest, Moyen mono, Ogou, Oti, Oti-Sud, Tone, Wawa. Cette épidémie a été notifiée à l'OMS selon les exigences du RSI (2005), suivi d'un communiqué du Ministre chargé de la santé, de l'activation du COUSP et la mise en place d'une équipe de gestion de l'incident. Des ripostes vaccinales locales ont été organisées dans des districts ayant connu des épidémies en plus de celles qui ont été menées autour des cas confirmés au niveau des formations sanitaires concernées.

Fièvre jaune

La surveillance de la fièvre jaune a permis de notifier un total de 343 cas suspects prélevés et envoyés à l'INH en 2024. Parmi tous les cas qui se sont révélés positifs ou indéterminés à l'INH et qui ont été convoyés au Laboratoire de l'Institut Pasteur de Dakar, un (01) cas provenant du district de Tandjouaré a été confirmé. Ce cas est décédé et constitue aussi le seul décès de fièvre jaune enregistré au cours de l'année 2024.

Choléra

En 2024, le Togo a enregistré une épidémie de choléra dans les districts d'Agoè-Nyivé, Golfe, Bas-Mono et Lacs avec un total de 281 cas suspects dont 87 confirmés au laboratoire et 17 décès soit une létalité de 6,04%. La surveillance des diarrhées graves a été renforcée sur toute l'étendue du territoire avec les investigations, l'actualisation des directives de surveillance et de prise en charge des cas, la veille sanitaire avec surveillance active des maladies diarrhéiques plus spécifiquement dans les districts concernés. Les actions de PCI-WASH ont été menées ainsi que celles de la communication de risque et engagement communautaire.

Grippes

Il s'agit du Syndrome grippal et des infections respiratoires aiguës sévères (IRAS). La surveillance de la grippe se fait sur deux plans : la surveillance générale qui est syndromique et la surveillance sentinelle dans laquelle les prélèvements naso/oropharyngés sont réalisés sur une proportion de cas suspects. Cette surveillance sentinelle se fait sur sept sites sentinelles : CHR Dapaong, Hôpital d'Enfant Yendoubé de Tantigou, CHR Tsévié, Hôpital de Bè, Centre Médical des Armées, CHR Kara et Hôpital de district de Bassar. Les principaux résultats virologiques obtenus sont résumés dans le tableau ci-dessous.

Tableau XXXIV : Distribution annuelle des résultats virologiques des cas de Grippe, 2023-2024, Togo

Resultats virologiques										
Années	Surveillance générale Cas suspects de grippe (SG+IRAS+Pneumonies +suspects de AH1N1)	Surveillance sentinelle Cas suspects de grippe (SG+IRAS) / sentinelle+investigation	Total positifs	Différents sous- types				%Positifs		
				A/H3N2	A/H1N1pdm	Grippe A indéterminé	Grippe B	%grippe s B	%grippe A	Positivité (%)
2023	63 432	2 107	251	95	146	0	10	0	11	11
2024	81 051	1 701	293	141	22	0	137	8,05	9,50	17,22

Sources : Rapport annuel DSIUSR, 2024

Fièvres Virales Hémorragiques

Le pays a connu sa première épidémie de dengue en 2024. A la date du 31 décembre 2024, un total de 3 826 cas suspects dont 1 403 confirmés (soit 36,7% de positivité) a été notifié. Le COUSP a été activé avec mise en place du système de gestion d'incident avec tenue régulière des réunions de l'équipe et aussi de ses parties prenantes. La surveillance de la dengue a été renforcée avec recherche active des cas dans les formations sanitaires et en communautés. Les actions de communication de risque et engagement communautaire ont été menées et les cas ont été pris en charge. Il y a eu le briefing des acteurs sur la surveillance et la prise en charge des cas de dengue, la validation du protocole de prise en charge et la formation des acteurs en prise en charge. Les cas ont été pris en charge dans les formations sanitaires.

Mpox

Le pays n'a pas connu d'épidémie de Mpox en 2024. La surveillance de cette maladie est effective et a permis de notifier 31 cas suspects. Tous sont négatifs au laboratoire.

- 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. Suivant les orientations de l'OMS, cette mise en œuvre se fait dans le cadre de la surveillance intégrée des maladies et riposte.

Le rapport de l'évaluation externe du RSI (JEE) menée en août 2024 a fait ressortir des recommandations qui ont conduit à l'élaboration du Plan d'action national de sécurité sanitaire (PANSS) 2024-2027. En février 2025, le point focal national RSI a mené l'évaluation interne de la mise en œuvre du RSI (2005) de l'année 2024 et a soumis le rapport sur la plateforme e-SPAR.

2.1.4.2. Mise en place et opérationnalisation des centres des opérations d'urgence de santé publique (COUSP)

Le nombre de COUSP fonctionnels est resté stationnaire à 01 de 2023 à 2024 pour une cible 03. Au niveau des régions, les COUSP régionaux sont mis en place avec dotation de certains équipements. Il reste la phase de formation des acteurs pour les rendre fonctionnel.

Il existe des comités de gestion des urgences sanitaires au niveau national, régional et districts ainsi que des équipes d'intervention rapide fonctionnelles.

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

En 2024, les 04 indicateurs traceurs de l'axe 5 sont tous en progression. Ces données sont issues du rapport des comptes de la santé 2022-2023. Ces comptes de la santé ont été réalisés en 2024 au titre de la période 2022-2023¹². Le tableau ci-après présente les performances de la protection contre le risque financier lié à l'utilisation des services de santé.

Tableau XXXV : Performance de la protection contre le risque financier lié à l'utilisation des services de santé

Effet	Indicateurs traceurs	Valeur de référence (2021)	Valeur cible en 2023	Valeur réalisée en 2023	Performance en 2023	Score de performance en 2023	Analyse
E5.2	54. Dépenses de santé domestiques du gouvernement en pourcentage des dépenses courantes de santé	13,5%	24%	21,1%	0,7	3	Progression
	55. Dépenses d'assurance sociale/obligatoire en pourcentage des dépenses courantes de santé	3,6%	10,1%	5,0%	0,2	1	Progression
E5.3	56. Proportion de la population couverte par le régime unique d'assurance maladie	5,4%	27,2%	39,4%	1,6	5	Progression
E5.4	57. Dépense de santé des ménages par paiement direct en pourcentage de la dépense courante de santé	66,0%	48,5%	51,2%	0,8	4	Progression

2.1.5.1. Les politiques et processus contre le risque financier lié à l'utilisation des services de santé

Les dépenses de santé domestiques du gouvernement en pourcentage des dépenses courantes de santé ont progressé, passant de 13,5% en 2021 à 21,2% en 2023 pour une cible de 19,7%. Cette situation s'expliquerait par la priorité donnée par le Gouvernement à l'assurance maladie universelle et la prise du décret No 2023-097/PR du 11 octobre 2023 confiant la gestion de l'AMU à l'INAM et à la CNSS.

2.1.5.2. Les financements à travers des sources pérennes pour la couverture maladie universelle

Les dépenses d'assurance sociale/obligatoire en pourcentage des dépenses courantes de santé ont progressé de 3,6% en 2021 à 5,0% en 2023 pour une cible de 6,8% (2023). Cette progression s'expliquerait par l'action du Gouvernement à travers l'amélioration de l'enrôlement des bénéficiaires et de la digitalisation du système de gestion, l'implication des groupements du privé et les partenaires sociaux.

¹² Comptes de la santé 2022-2023, Rapport DER, 2024

2.1.5.3. Un mécanisme de mise en commun des ressources /fonds mobilisés

La proportion de la population couverte par le régime unique d'assurance maladie a progressé de 5,4% en 2021 à 39,4%¹³ en 2023 pour une cible de 16,3% (2023). Cette performance s'expliquerait par l'augmentation du nombre de bénéficiaires inscrits sur le régime AMU de l'INAM et de la CNSS ainsi que les bénéficiaires des assurances WEZOU et School AMU.

2.1.5.4. Les mécanismes performants d'achat des prestations de soins

La dépense de santé des ménages par paiement direct en pourcentage de la dépense courante de santé est passée de 66,0% en 2021 à 51,2% en 2023 pour une cible de 57,3% (2023). Les dépenses de santé à la charge des ménages restent encore élevées, d'où la nécessité d'accélérer l'extension de l'AMU.

2.1.6. Synthèse de la tendance des indicateurs traceurs de progrès en 2024

Les résultats obtenus en 2024 montrent que sur les 57 indicateurs traceurs : 36 indicateurs sont en progression avec un taux de 63,16% ; 12 en régression soit 21,05% et 09 stationnaires (15,79%). La synthèse des tendances de ces indicateurs est résumée par axe dans le tableau suivant :

Tableau XXXVI : Synthèse de la tendance des indicateurs traceurs de progrès par axe du PNDS en 2024

Axes	Nombre d'indicateurs	Progression (Nbr et %)		Régression (Nbr et %)		Stationnaire (Nbr et %)	
Axe 1	22	13	59,09	6	27,27	3	13,64
Axe 2	12	6	50,00	4	33,33	2	16,67
Axe 3	17	12	70,59	2	11,76	3	17,65
Axe 4	2	1	50	0	0	1	50
Axe 5	4	4	100	0	0	0	0
Total	57	36	63,16	12	21,05	9	15,79

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

2.2.1. Exécution physique du plan d'action opérationnel

Le taux de réalisation physique global (tous les axes) des PAO/PTBA a progressé, passant de 77,98% en 2023 à 81,38% en 2024 pour l'ensemble des services centraux, programmes de santé et régions sanitaires. La synthèse régionale des PAO/PTBA donne un taux de réalisation de 82,18% contre 78,22 en 2023 ; le niveau central, 75,22% contre 75,49% en 2023. Les activités sont beaucoup plus réalisées au niveau de l'axe 3 à 85,72% suivi de l'axe 2 avec 84,17% ; la plus faible s'est observée au niveau de l'axe 5 avec 68,63%.

A propos du niveau d'exécution du PAO/PTBA, sur un total de 6 032 activités planifiées toutes entités confondues 4 788 sont totalement réalisées soit 79,38% ; 4% sont en cours de réalisation et 16,98% 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 des fonds. Le tableau ci-après présente le niveau d'exécution physique des PAO/PTBA par axe stratégique du PNDS en 2024.

Tableau XXXVII : Niveau d'exécution physique du PAO/PTBA en 2024

AXES	Structures	Nombre d'activités prévues	Nombre d'activités réalisées à 100%	Nombre d'activités en cours de réalisation (Moins de 100%)	Nombre d'activités non réalisées	Taux de réalisation du PTBA/PAO
Axe 1	Synthèse niveau central (Directions, Divisions et Programmes)	178	111	12	53	65,73
	Synthèse régionale	2 322	1 808	92	352	79,84
Total axe1		2 500	1 919	104	405	78,84
Axe 2	Synthèse niveau central (Directions, Divisions et Programmes)	203	143	13	47	73,65
	Synthèse régionale	1 016	865	23	123	86,27
Total axe2		1 219	1 008	36	170	84,17
Axe 3	Synthèse niveau central (Directions, Divisions et Programmes)	266	228	4	34	86,47
	Synthèse régionale	1 597	1 334	66	185	85,60
Total axe3		1 863	1 562	70	219	85,72
Axe 4	Synthèse niveau central (Directions, Divisions et Programmes)	45	19	10	16	53,33
	Synthèse régionale	303	213	16	73	72,94
Total axe4		348	232	26	89	70,40
Axe 5	Synthèse niveau central (Directions, Divisions et Programmes)	0	0	0	0	-
	Synthèse régionale	102	67	6	141	68,63
Total axe5		102	67	6	141	68,63
Synthèse régionale		5 340	4 287	203	874	82,18
Synthèse niveau central		692	501	39	150	75,22
Ensemble PTBA/PAO		6 032	4 788	242	1 024	81,38
Niveau de réalisation			79,38	4,01	16,98	

(Sources, Rapports annuels de performance 2024 des Régions et Rapports annuels 2024 des Services centraux et des Programmes de santé)

2.2.2. Exécution des marchés publics

Les marchés publics sont exécutés aussi bien sur les ressources internes que les ressources externes. En 2024, la Personne Responsable des Marchés Publics (PRMP) a élaboré un plan de passation des marchés publics du MSHP. Ce plan a prévu 93,76% des marchés pour les demandes de cotation (DC) ; 3,73% pour les demandes de renseignement de prix (DRP) et enfin 3,71% pour les appels d'offres (AO). L'exécution de ces différents marchés publics se présente comme suit : i) pour les demandes de cotation 80,69% des marchés sont approuvés et 19,31% en cours d'approbations ; ii) pour les demandes de renseignement de prix, des marchés ont été approuvés à 60,98% et 39,02% non entamés ; iii) pour les marchés d'appel d'offres, 67,9% ont été approuvés, 7,1% en cours d'approbation en 2025 et 25% non entamés.

Le taux d'approbation global des marchés publics a régressé de 72,27% à 71,04% en 2024. Notons que 8,77% des marchés sont en cours d'approbation pour l'année 2025 et 20,18% non encore entamés.

En termes de nombre de marchés programmés, les demandes de cotation (DC) représentent 93,75%, les demandes de renseignement de prix (DRP) 3,71% et les appels d'offres (AO) 2,53%.

Par contre les AO représentent 72% des montants planifiés, 21% pour les demandes de cotation et 8% pour les demandes de renseignement de prix.

Quant aux marchés de fournitures, ils représentent 50,68% en termes de nombre planifié, 88% en montant ; les services, 45,88% en nombre et 3% en montant planifié ; les travaux 1,45% en nombre et 04 en montant planifié ; pour les prestations intellectuelles, 1,99% en nombre et 5 en montant planifié.

2.2.3. Point d'ensemble de l'exécution du budget en fin décembre 2024

Sur le plan de mobilisation des ressources, le financement des activités du Ministère chargé de la santé est assuré en 2024 sur le financement de l'Etat, des PTF et les recettes propres des formations sanitaires (recouvrement des coûts). Au total 145,737 milliards FCFA¹⁴ ont été mobilisés pour la mise en œuvre des activités en 2024 contre 188,772 milliards de FCFA en 2023. Sur les 145,737 milliards FCFA mobilisés, la contribution de l'Etat est de 48,154 milliards FCFA¹⁵ (33,04%) ; l'appui des partenaires inscrits au budget de l'Etat s'élève à 51,451 milliards FCFA (35,30%), le recouvrement des coûts (recettes propres) des FS est de 42,282 milliards FCFA (28,68%).

Les dépenses hors budget d'un montant de 3,849 milliards de FCFA ont été mobilisées sur 4,726 milliards de FCFA prévues soit un taux d'exécution de 81,45%.

Le taux d'exécution du budget général alloué aux activités du MSHP a régressé passant de 99,91% en 2023 à 84,39% en 2024 à cause de la faible consommation des dépenses de personnel et d'autres part de la faible mobilisation des ressources financées par le FM avec un taux d'exécution de (27%) pour une prévision de 9 749 288 000 FCF.

Tableau XXXVIII : Exécution du budget comparé des années 2023 et 2024 (en milliers FCFA)

Nature des dépenses	Montant en milliers de FCFA		Part dans l'exécution		Variation	Taux de variation
	2023(a)	2024(b)	2023 (a/A)	2024 (b/A)	(b-a)	(b-a)/(a)
Dépenses de personnel (Traitements et salaires)	27 818 538	27 567 143	15,55	19,43	- 251 395	-0,90
Dépenses de matériel (Achat de biens et services)	1 525 637	1 817 056	0,85	1,28	291 419	19,10
Dépenses de transfert (Transferts et subventions)	13 688 857	12 082 739	7,65	8,52	- 1 606 118	-11,73
Total fonctionnement (I)	43 033 032	41 466 938	24,05	29,23	- 1 566 094	-3,64
Dépenses internes d'investissement (y compris HORS PIP)	3 803 560	6 687 335	2,13	4,71	2 883 776	75,82
Dépenses externes d'investissement	92 520 460	51 451 413	51,71	36,26	- 41 069 047	-44,39
Total investissement (II)	96 324 020	58 138 749	53,84	40,98	- 38 185 272	-39,64
Budget total (I+II)	139 357 052	99 605 687	77,89	70,20	- 39 751 366	-28,52
Ressources Propres (III)	39 556 568	42 282 359	22,11	29,80	2 725 791	6,89
Total général (I+II+III) = A	178 913 620	141 888 046	100,00	100,00	- 37 025 575	-20,69

(Source : DAF /SIGFiP 2024)

14 Montant ordonnancé

15 Total fonctionnement + dépenses internes d'investissement

III. Analyse des capacités et difficultés rencontrées

3.1. Analyse de la capacité de mise en œuvre et difficultés rencontrées

L'analyse des capacités de mise en œuvre des activités en 2024 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 et d'absorption des ressources du MSHP. 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 2023-2027.

3.1.1. Analyse des capacités de planification et programmation budgétaire

En matière de planification, le ministère a élaboré, conformément aux orientations de la Feuille de Route (FdR) 2020-2025 du Gouvernement et des priorités du PNDS 2023-2027, son Plan de Travail Budget Annuel (PTBA) 2024. Ce PTBA résulte de la consolidation des Plans de Travail Annuels (PTA) des directions et services centraux, des programmes de santé, des régions et districts sanitaires, des hôpitaux autonomes (CHU, CHR et CHP) et des spécificités nationales (INH, CNTS, CNAO, CRTS).

Les activités inscrites au PTBA 2024 ont fait l'objet de programmation trimestrielle. Tous les services et programmes de santé ont régulièrement participé à cet exercice en 2024.

Sur le plan budgétaire, le ministère a élaboré conformément aux orientations de la lettre de cadrage du Ministère de l'économie et des finances, son budget programme 2024-2026 structuré autour de quatre programmes :

- Programme 1 : Pilotage et soutien des services du MSHP ;
- Programme 2 : Offre de services de santé de qualité et lutte contre la maladie ;
- Programme 3 : Couverture Santé Universelle
- Programme 4 : Réponse aux urgences sanitaires.

De plus, le Programme d'Investissement Public (PIP) 2024-2026 a été élaboré conformément à la lettre de cadrage du Ministère de l'économie et des finances et aux orientations du Ministère de la planification du développement et de la coopération.

Par ailleurs, dans le but d'accompagner les hôpitaux se doter d'un Projet d'établissement hospitalier (PEH), le ministère avec l'appui du Fonds Mondial a élaboré un guide d'élaboration du projet d'établissement hospitalier qui a été validé le 15 novembre 2024. Il s'agit d'amener chaque hôpital à se doter d'une véritable feuille de route qui définit sa vision, ses objectifs et ses priorités pour une période donnée.

3.1.2. Analyse des capacités d'exécution budgétaire et des marchés publics

En matière de suivi de l'exécution du budget, plusieurs missions de suivi de l'exécution budgétaire ont été organisées dans vingt-huit (28) structures sanitaires de quatorze (14) districts des régions sanitaires des Plateaux, des Savanes, de la Centrale et Maritime. La plupart des districts n'ont pas été couverts pour insuffisance de ressources financières.

Pour l'exécution budgétaire, la capacité d'exécution directe du budget mobilisé par le Ministère a régressé passant de 99,91% en 2023 à 84,39% en 2024. Cette régression s'explique en partie par la faiblesse de l'exécution au niveau des dépenses d'investissement financées sur les ressources externes à 75,24%.

Les dépenses de fonctionnement sont exécutées à 92,55%, celles des investissements à 77,40% et les ressources propres (recouvrement de coûts) à 87,89%.

Au titre des dépenses de fonctionnement, les dépenses de personnel ont été exécutées à 89,67% ; celles des biens et services à 95,77 et les dépenses de transfert à 99,33%.

Les dépenses d'investissement sur ressources internes (RI) ont été exécutées à 99,38% et celles sur ressources externes (RE) à 75,24%. Au total 141,903 milliards francs CFA ont été engagés et ordonnancés sur 168,137 milliards francs CFA autorisés.

Le taux d'approbation global des marchés publics a régressé de 72,27% à 71,04% en 2024. Notons que 8,77% des marchés sont en cours d'approbation pour l'année 2025 et 20,18% non encore entamés.

3.2. Analyse de la capacité de suivi et 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 PSE du PNDS 2023-2027. Il est conforme au Dispositif institutionnel de coordination, de suivi et de l'évaluation des politiques de développement (DIPD).

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 SNIS.

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 2023-2027 avec 81 indicateurs clés dont 57 indicateurs traceurs de progrès et 24 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.

Au niveau district, le suivi est beaucoup plus rapproché, avec l'implication des représentants de la communauté au niveau des FS à travers les COGES et la contribution des ASC. Ce suivi de proximité a consisté en la supervision formative intégrée du personnel des FS 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 2024 a eu lieu dans tous les districts.

Au niveau régional, un tableau de bord des indicateurs traceurs renseigné et envoyé au niveau central a permis 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 2024 des régions sanitaires. En outre, les ECR ont pu organiser au moins une mission de supervision intégrée semestrielle vers les districts pour le soutien technique indispensable à la bonne marche des activités : Savanes 01, Kara 02, Centrale 01, Plateaux 02, Maritime 01 et Grand-Lomé 02 ; soit un taux de réalisation de 75% (9/12) en 2024 contre 83,33% en 2023. Cette performance est liée à une meilleure planification des activités et l'organisation interne des services. Toutefois, certaines difficultés liées au déficit en RH, à la

faible capacité de mobilisation des ressources financières et logistiques destinées à la réalisation des activités au niveau des régions ont été relevées.

Concernant les activités de suivi supervision semestrielle programmées en 2024 par le niveau central vers les régions, les deux missions planifiées ont été réalisées.

La synthèse de l'exécution physique des PAO/PTBA montre une nette progression de la réalisation globale passant de 78% en 2023 à 81,38% en 2024 pour l'ensemble des services du niveau central y compris les programmes de santé et des régions sanitaires.

3.3. Défis à relever et priorités pour la gestion à venir

Le tableau suivant présente les défis majeurs du secteur de la santé par axe stratégique

Tableau XXXIX : Défis majeurs du secteur de la santé par axe stratégique

AXE 1	Défis à relever par domaine	Acteurs
Effet attendu 1.1 : La gouvernance, le pilotage et le leadership du secteur sont renforcés	<ul style="list-style-type: none"> -Renforcer la fonctionnalité des Comités régional et préfectoral de Coordination du Secteur de la Santé ; -Capitaliser les leçons apprises de la mise en œuvre de l'approche contractuelle pour le renforcement de la gestion des autres structures sanitaires ; -Rendre opérationnelle, la nouvelle organisation administrative des aires sanitaires ; -Améliorer le processus de planification et de programmation des investissements dans le secteur ; -Renforcer les capacités de l'IGSS en ressources humaines, matérielles et financières pour la mise en œuvre des activités et rédiger les textes portant organisation et fonctionnement de ce service ; -Renforcer la collaboration avec les structures privées ; -Renforcer la capacité du ministère dans la vulgarisation des résultats de recherches en santé ; -Redynamiser la division de la documentation et de l'archivage en mettant en place un système plus efficace (digitalisation) ; -Evaluer le plan stratégique de la recherche en santé 2015-2020 et élaborer un nouveau plan ; -Mettre en place un comité de coordination et un comité technique de recherche en santé ; -Renforcer les capacités des acteurs sur les outils d'analyse des goulots d'étranglement pour le monitoring et la planification opérationnelle ; -Accompagner les hôpitaux à élaborer leur projet d'établissement hospitalier -Doter les centres des outils appropriés de gestion des déchets biomédicaux -Renforcer la capacité des acteurs sur toute l'étendue du territoire en matière de PCI. -Elaborer un nouveau plan stratégique de recherche en santé -Vulgariser des résultats de recherches en santé -Disposer d'un mécanisme permanent de coordination et de suivi du financement alloué à la recherche en santé ; 	<p>DEPP Cellule approche contractuell e</p> <p>IGSS</p> <p>Secrétariat général</p> <p>Cabinet</p> <p>DER PNPCI</p>
Effet attendu 1.2 : Le financement et l'utilisation des ressources financières allouées au secteur de la santé sont améliorés	<ul style="list-style-type: none"> -Renforcer les capacités opérationnelles des organes de passation de la commande publique. 	<p>PRMP, DAF</p>
Effet attendu 1.3 : Les capacités opérationnelles du système de santé sont renforcées	<ul style="list-style-type: none"> -Renforcer la Chaîne d'approvisionnement des produits de santé avec une disponibilité permanente au dernier kilomètre des produits essentiels/SAV/PSL y compris l'homologation des médicaments traditionnels améliorés (MTA) ; -Rendre disponible les sérums antivenimeux à tous les niveaux du système ; 	<p>DPML</p> <p>DRH</p>

	<ul style="list-style-type: none"> -Renforcer la CAMEG et poursuivre le processus de mise en place de l'Agence togolaise de réglementation pharmaceutique (ATRP) ; -Assurer la couverture de l'ensemble des besoins en PSL ; -Renforcer le système de pharmacovigilance, d'hémovigilance et de management de la qualité des produits de santé y compris les vaccins et les PSL ; -Renforcer le cadre législatif et réglementaire de Biologie médicale ; -Améliorer l'offre et la qualité des prestations de la Biologie médicale à tous les niveaux du système sanitaire ; -Mettre en place un système pérenne de biosûreté et de biosécurité de transport des matières infectieuses à l'échelle nationale et internationale ; -Renforcer l'implication de tous les LBM dans la surveillance des événements de santé publique y compris la RAM ; -Agrandir les locaux des laboratoires régionaux et de l'INH ; -Etendre les prestations de l'antenne de l'INH de Kara au contrôle de qualité de l'eau et des aliments et assurer la vaccination dans le cadre du RSI ; -Réduire la fragmentation du système de financement de la santé et mobiliser des ressources additionnelles pour la mise à échelle des interventions. -Poursuivre le déploiement de iHRIS ; -Financer la formation continue du personnel de santé surtout des spécialistes médicaux et paramédicaux ; -Mobiliser une subvention plus importante encore et adaptée au niveau des activités transfusionnelles ; -Prendre des mesures pour l'exonération de certaines taxes au profit des Centres de transfusion sanguine des services sociaux ; - Opérationnaliser les CRTS obtenus par réhabilitation et extension des PCD et les doter en personnel suffisant. 	
Effet attendu 1.4 : L'accès des populations aux soins et services de qualité sur l'ensemble du territoire national est renforcé	<ul style="list-style-type: none"> -Elaborer le schéma directeur de l'implantation des formations sanitaires en lien avec la carte sanitaire. Mobiliser les ressources pour l'extension de la démarche qualité des soins et services de santé ; -Poursuivre le processus de finalisation des normes sanitaires avec une extension au secteur privé -Poursuivre la mise en œuvre de la stratégie nationale de la qualité des soins et service et le renforcement de la PCI avec l'implication des structures privées de soins 	DESR
Effet attendu 1.5 : Le cadre de partenariat et la collaboration inter-multisectorielle fonctionnent efficacement	<ul style="list-style-type: none"> -Renforcer la fonctionnalité du cadre de partenariat et de collaboration inter multisectorielle. 	DEPP/DPC
Effet attendu 1.6 : L'information sanitaire de qualité est disponible pour la prise de décision	<ul style="list-style-type: none"> -Héberger du Dhis2 au Togo -Relever la complétude de la saisie des données -Prendre en main de la maintenance du Dhis2 au niveau local -Réaliser l'enquête EDST -Vulgariser les résultats de recherches en santé. -Redynamiser la division de la documentation et de l'archivage en mettant en place un système plus efficace. -Renforcer la coordination et de suivi du financement alloué à la recherche en santé 	DSNISI DER
Effet attendu 1.7 : La sécurité et la santé au travail sont renforcées	<ul style="list-style-type: none"> -Mettre en place un mécanisme de réduction des risques professionnels dans tous les secteurs d'activités ; -Installer les comités sécurité et santé au travail pour le personnel de santé (HealthWISE) y compris la formation de tous les membres des CSST -Créer les antennes des sections de médecine du travail et des sports dans les six régions du Togo ; 	SMTS

	-Doter une ligne budgétaire pour le fonctionnement de la section MTS.	
Effet attendu 1.8 : La médecine traditionnelle est promue	-Elaboration des dossiers pour l'homologation des médicaments traditionnels améliorés ; -Non prise en compte dans la réglementation des aspects liés à la médecine douce, complémentaire, alternative ; -Faible niveau de mise en application des bonnes pratiques d'hygiène et l'absence de contrôle qualité des médicaments ; -Insuffisances liées au fonctionnement des associations des PMT. -Réaliser les tests toxicologiques sur les médicaments traditionnels améliorés.	DivMT
Effet attendu 1.9 : Le système de santé communautaire est renforcé	-Actualiser les documents normatifs des IBC suivant le nouveau contexte de décentralisation en cours ; -Responsabiliser les communes dans la gestion des ASC/RC y compris leur immatriculation dans le cadre de la décentralisation en cours ; -Améliorer les conditions de vie et de travail des ASC/RC à travers l'optimisation de leurs pratiques ; -Démarrer la digitalisation des interventions à base communautaire des ASC/RC- Améliorer la fonctionnalité des COGES dans les FS.	DSCPA
Effet attendu 1.10 : La prévention et le contrôle des infections sont renforcés	-Réviser les normes en matière d'infrastructures et d'équipements sanitaires -Respecter les normes sanitaires ; -Appuyer l'initiative Togo sans défécation à l'air libre (TOGO-SANDAL).	PNPCI
AXE 2	Défis à relever par domaine	
Effet attendu 2.1 : La charge de morbidité et de mortalité maternelle et néonatale est sensiblement réduite	Mobilisation des ressources domestiques pour assurer la mise en œuvre des activités de la division ; -Renforcement du personnel qualifié dans les services des soins maternels et néonataux ; -Révision du réseau des structures offrant les SONU afin d'améliorer la couverture des SONU ; -Renforcement du matériel et équipements médico-techniques pour une meilleure qualité des soins en particulier dans les structures SONU ; -Amélioration de la qualité des données y compris la logistique ; -Mise à échelle de la distribution à base communautaire dans le domaine de la PF ; -Amélioration de la disponibilité des produits contraceptifs au dernier Km. -Renforcement de la coordination et du suivi de la mise en œuvre des interventions au niveau opérationnel -Remboursement des actes de césariennes au structures sanitaires bénéficiaires -Livraisons des kits de césarienne à temps par les fournisseurs ; -Paiement à temps du fournisseur des kits de césarienne.	DSMIPF CGKC
Effet attendu 2.2 : La charge de morbidité et de mortalité infanto juvénile est réduite	-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 et 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.	DivNut
	-Mise en œuvre d'une coordination efficace avec les autres programmes pour renforcer le 2YL (vaccination dans la deuxième année de vie) ; -L'introduction des vaccins contre Hep B à la naissance, et contre le paludisme	DI/PEV
Effet attendu 2.3 : La santé des adolescents et jeunes est promue	- Mobiliser des ressources publiques pour soutenir la mise en œuvre effective des visites médicales systématiques en milieu scolaire ; - Assurer la gratuité des services de santé sexuelle et reproductive pour les adolescents, notamment l'accès à la contraception, la prise en charge des infections sexuellement transmissibles (IST) et des violences faites aux filles et aux enfants.	DSA
Effet attendu 2.4 : La	-Actualisation des documents normatifs des IBC ;	DSCPA

santé des personnes âgées est promue	-Amélioration des conditions de vie et de travail des ASC -Amélioration de la fonctionnalité des COGES.	
AXE 3	Défis à relever par domaine	Acteurs
Effet attendu 3.1 : Les capacités de lutte contre les maladies transmissibles et les effets du changement climatique sur la santé sont renforcées	-Mobilisation des ressources pour la vaccination des enfants contre le paludisme ; -Mobilisation des ressources endogènes pour financer la lutte contre le paludisme -Renforcement du système de surveillance du paludisme pour la prise de décisions sur la base des données factuelles.	PNLP
	-Réduction des taux de décès et de perdu de vue des patients TB ; -Amélioration du dépistage pédiatrique	PNLT
	-Amélioration de l'accès au dépistage et de la prise en charge du VIH pédiatrique ; -Programmation stratégique pour la triple élimination (VIH, syphilis et hépatites virales) chez les femmes enceintes ; -Renforcement de l'offre de service du traitement préventif de la tuberculose des PVVIH	PNLS-HV-IST
Effet attendu 3.2 : Les capacités de lutte intégrée contre les maladies tropicales négligées à chimiothérapie préventive et à prise en charge des cas sont renforcées	-Recherches du nouveau partenariat pour remplacer le départ brusque et imaginé de USAID, principal PTF des MTN CTP ; -Poursuivre la mise en œuvre du projet pilote de déparasitage dans le district de Vo et des Lacs à tout le pays ; -Digitalisation des activités de TDM ; -Extension de la couverture géographique des zones endémiques aux MTN à MC ; -Maintien des acquis des 04 MTN éliminées (Vers de Guinée, FL, trachome et THA) par une surveillance post élimination adéquate.	PNMTN
Effet attendu 3.3 : Les capacités de lutte contre les maladies non transmissibles sont renforcées	-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
Effet attendu 3.4 : La santé mentale et la prise en charge des troubles mentaux sont promues	-Renforcement en personnels minimum et qualifiés pour le pilotage du programme ; -Mobilisation des ressources financières pour la lutte contre le Tabac, la lutte contre la drogue, la lutte contre l'alcool, et la promotion de la santé mentale ; -Réaffectation efficiente des acteurs de la santé mentale : psychologue, masters de santé mentale et psychiatre.	PNAPP
Effet attendu 3.5 : Les capacités de prise en charge des autres maladies et conditions de santé (santé oculaire et handicap physique) sont renforcées	-Disponibilité d'un médecin en permanence au CNAO ; -Amélioration de la couverture des districts prenant en charge les affections buccodentaires ; -Renforcement de la coordination des activités de la santé buccodentaire -Disponibilité de spécialistes buccodentaires.	PNSO CNAO Santé bucco-dentaire
Effet attendu 3.6 : La promotion de la santé et des comportements favorables à la santé sont renforcés	-Changement social de comportement ; -Intensification de la gestion de l'infodémie/rumeurs ; -Mobilisation des ressources pour une meilleure coordination des activités de promotion de la santé. -Maintien des acquis sur le terrain à travers l'appropriation des approches par les autorités locales et les services techniques déconcentrés ; -Mobilisation des ressources financières pour une couverture universelle à long terme en ATPC.	Div PS DHAB
Effet attendu 3.7 : La maîtrise des effets du changement climatique sur la santé est renforcée	-Mobilisation des ressources financières pour la mise en œuvre des activités de la cellule (Obtenir un financement adéquat pour mener à bien les initiatives et les programmes visant à protéger la santé publique contre les effets du CC) ; -Réalisation des études et recherches sur les CC et la santé. -Formation des acteurs du niveau opérationnel sur la thématique.	CCC-Santé
AXE 4	Défis à relever par domaine	Acteurs

Effet attendu 4.1 : Les capacités de préparation et de riposte aux épidémies et autres urgences de santé publique sont renforcées	-Financement des activités de surveillance surtout de suivi-évaluation ; -Insuffisance de ressources humaines qualifiées aux points d'entrée ; -Renforcement de la coordination et la collaboration des acteurs transfrontaliers.	DSIUSR
Effet attendu 4.2 : Les centres des opérations d'urgence de santé publique (COUSP) sont mis en place et opérationnels	-Rendre fonctionnel les COUSP régionaux par la formation des acteurs et la mise à disposition des matériels et équipements complémentaires.	COUSP
AXE 5	Défis à relever par domaine	Acteurs
Effet attendu 5.2 : Les financements à travers des sources pérennes pour la couverture maladie universelle sont mobilisés	-Mettre en œuvre la stratégie nationale de financement de la santé pour la couverture sanitaire universelle ; -Mettre en place un système d'informations centralisé de l'AMU ; -Opérationnaliser le fonds d'appui au secteur social en particulier la composante fonds d'appui à la CSU. -Redynamiser la division de la documentation et de l'archivage en mettant en place un système plus efficace (digitalisation). -Renforcer la coordination et de suivi du financement alloué à la recherche en santé	MASCS DER
Effet attendu 5.3 : Un mécanisme de mise en commun des ressources/fonds mobilisés est mis en place	-Diffuser les critères d'allocation des fonds d'appui aux indigents dans les hôpitaux publics autonomes ; -Poursuivre l'harmonisation des procédures de tarifications des prestations tant dans le secteur public que dans le privé en vue de rendre accessible le coût dédié aux patients.	MASCS DER
Effet attendu 5.4 : Les mécanismes performants d'achat des prestations de soins sont développés	-Mettre en œuvre les mécanismes alternatifs de paiement des prestataires.	MASCS DER

IV. Leçons apprises et recommandations

4.1. Leçons apprises

Tableau XL : Leçons apprises et bonnes pratiques

Axes stratégiques	Leçons apprises
Axe 1 : : Système de santé et santé communautaire	-La franche collaboration entre le secteur de la santé et les autorités de la gouvernance locale et les communautés aux interventions de santé -La bonne planification et programmation des ressources améliore la décision d'investissements dans le secteur ; -L'opérationnalisation de la nouvelle organisation administrative des aires sanitaires est un préalable aux réformes dans le secteur ; -Les activités de contrôle et d'inspection sont fortement contraintes par un déficit en ressources logistiques, en équipements adaptés, ainsi qu'un manque de personnel en quantité et en qualité. Cette situation entrave la capacité des cellules à assurer une couverture suffisante et une réponse efficace aux risques dans tous les domaines ; -La supervision formative permet d'améliorer significativement les indicateurs du programme -La revalorisation du budget associée à l'implication des associations et sociétés dans la promotion de don de sang ont permis d'augmenter considérablement le nombre de CGR mis à la disposition de la population ; -L'absence de collecte de données sur les RHS dans le secteur privé a contribué à la baisse des indicateurs de couverture en personnel ;

Axes stratégiques	Leçons apprises
	<ul style="list-style-type: none"> -La performance ne peut être possible sans les ressources pour la réalisation des activités pour atteindre les cibles. -L'absence de collecte de données sur les RHS dans le privé a contribué à la baisse des indicateurs de couverture en personnel -L'implication des ASC dans la mise en œuvre des actions essentielles de nutrition, de la PCIMNE-C, de la distribution à base communautaire a permis de rapprocher les soins des communautés et a contribué à l'éviction des complications de certaines maladies. -La collaboration avec l'inspection du travail et les services de prévention de la CNSS ont permis de renforcer la prévention des accidents du travail et les maladies professionnelles ;
<p>Axe 2 : Utilisation des services essentiels de santé y compris la nutrition pour les mères, les enfants, les jeunes et adolescents et les personnes âgées</p>	<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 méningite contribue significativement à l'amélioration des indicateurs du PEV. -La gratuité des méthodes contraceptives lors des JPO a suscité l'intérêt des femmes et contribué à l'augmentation du CAP. -La fonctionnalité des comités de revues des décès maternels et néonataux passe par une motivation des membres à travers la prise en charge des séances d'audits et la mise en œuvre des recommandations issues des revues réalisées. -L'implication des acteurs communautaires et des collectivités locales est un impératif pour contribuer à l'amélioration des indicateurs SMIPF surtout dans la région Grand-Lomé. -La disponibilité de prestataires formés est un facteur clé pour améliorer l'offre et la qualité des services adaptés aux adolescents et jeunes. -La planification et le suivi régulier sur l'utilisation des kits de césarienne dans les hôpitaux favorise une gestion rigoureuse et efficiente. -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. -La stratégie périmètre brachial (PB) familial a contribué à plus de détection des enfants malnutris et leur référence vers les centres de prise en charge de la MAS. -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 écoles (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 ;
<p>Axe 3 : lutte contre les maladies et maîtrise des déterminants sociaux et environnementaux</p>	<ul style="list-style-type: none"> -Le test Xpert, lorsqu'il est utilisé pour le dépistage en première intention est très efficace ; -La prise en charge des comorbidités telles que le diabète, le VIH, l'anémie etc... permet d'assurer la survie des patients tuberculeux. -Le monitoring de la demande des examens de crachat lors des réunions mensuelles des districts permet d'améliorer le dépistage de la tuberculose. -Le remboursement des frais de transports des échantillons des sites vers les laboratoires des plates formes conventionnelles et de GeneXpert a contribué à l'amélioration de la couverture en PCR et de la charge virale. -Le remboursement des frais de déplacement des mères pour la réalisation de la PCR1 chez les enfants exposés a contribué énormément à l'amélioration de sa couverture. -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 ; -L'accessibilité des femmes enceintes à la prévention du paludisme (TPI) a été améliorée grâce à la mise à l'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

Axes stratégiques	Leçons apprises
	<p>dans les districts sanitaires ;</p> <ul style="list-style-type: none"> -Les tournées de triangulation et de validation des données à tous les niveaux ont permis d'améliorer leur qualité ; L'administration de cinq cycles de CPS a contribué à réduire la morbidité et la mortalité chez les enfants de moins de 5 ans dans les régions ciblées. -La mise en œuvre d'une composante FBR sur le projet Anesvad a permis d'améliorer les données MTN-MC saisies dans le DHIS2 -La fonctionnalité du cadre national de collaboration multisectorielle des MTN a permis d'explorer et de renforcer les activités de durabilité -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 leaders religieux en infodémie a contribué à l'amélioration de l'adhésion des communautés dans les activités sanitaires de routine et des campagnes de vaccination ; -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 formation des points focaux promotion de la santé et les responsables de suivi et évaluation des OSC sur la gestion de l'infodémie a contribué à l'amélioration de l'adhésion des communautés dans les activités sanitaires de routine et des campagnes de vaccination ; -L'organisation des dialogues communautaires a contribué à renforcer l'engagement des populations dans la résolution des problèmes de santé ; - L'utilisation de nouvelles approches de communication comme la communication digitale, l'écoute sociale a permis une amélioration dans la gestion des rumeurs ; -L'implication des communes dans l'initiative Crédit latrines a largement favorisé sa compréhension et son adhésion par les communautés. -Engagement politique affirmé et appropriation multisectorielle de l'initiative TOGO/SANDAL
Axe 4 : Réponses aux épidémies, aux autres urgences de santé publique	<ul style="list-style-type: none"> -La mise en place d'un système national de convoyage des échantillons améliore les indicateurs de surveillance et de gestion des urgences sanitaires ; -Le renforcement de capacité continu des acteurs de surveillance du niveau périphérique permet le maintien de la capacité du pays à détecter précocement et à riposter efficacement aux urgences sanitaires ; -La formation des agents de force de l'ordre présents au niveau des postes frontaliers sur la surveillance des MPE, améliore les fonctions de détection et de notification des cas au de ces PoE ; -Les investigations géolocalisées avec l'outil GPS améliore par la cartographie, la réponse aux urgences.
AXE 5 : Protection contre le risque financier lié à l'utilisation des services de santé	<ul style="list-style-type: none"> -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.

4.2. Recommandations

Des recommandations à l'endroit des différents acteurs en vue d'optimiser leur contribution à l'atteinte des objectifs du secteur sont formulées dans le tableau ci-après :

Tableau XLI : Recommandations formulées à l'endroit des différents acteurs

N°	Recommandations	Responsables de mise en œuvre	Acteurs impliqués	Echéance
1	Faire la mise à jour des cibles au niveau des différents indicateurs	SP-PNDS		Octobre 2025
2	Former le reste des COGES sur les critères de fonctionnalité dans les formations sanitaires	DSCPA		Décembre 2025
3	Proposer une étude sur le Covid long (effets	DISUSR	DI, DER	Décembre 2025

	secondaires chez des personnes ayant contracté le Covid-19)			
4	Institutionnaliser la production des rapports annuels d'activités au niveau central	SG/MSHP	SP-PNDS, Directions, Divisions, Programmes	Décembre 2025

Conclusion

Les résultats de la mise en œuvre du PNDS 2023-2027 sont appréciés sur la base des 57 indicateurs traceurs retenus dans le PSE 26 sont nouveaux et 31 anciens qui étaient monitorés dans le PSE du PNDS 2017-2022.

Les résultats obtenus en 2024 montrent que sur les 57 indicateurs traceurs : 36 indicateurs sont en progression avec un taux de 63% ; 21% en régression et 16% stationnaires.

La synthèse de l'exécution physique des PAO/PTBA montre une nette progression de la réalisation globale passant de 78% en 2023 à 81,38% en 2024 pour l'ensemble des services du secteur de la santé y compris les programmes de santé et des régions sanitaires. L'exécution budgétaire du secteur qui a connu une régression passant de 99,91% en 2023 à 84,39% en 2024. Le taux d'approbation global des marchés publics a régressé de 72,27% à 71,04% en 2024.

L'amélioration de certains indicateurs a été possible 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 MSHP tient à présenter sa gratitude.

Eu égard aux résultats obtenus en 2024, il s'avère nécessaire de renforcer la mise en œuvre du budget programmes du ministère pour optimiser la mise en œuvre des activités en vue d'améliorer les indicateurs en souffrance et de parvenir à la CSU.

Toutefois, au vu des difficultés, des enjeux nationaux et internationaux et des défis identifiés, le secteur de la santé s'emploiera à saisir en fonction des ressources disponibles, toutes les opportunités en vue de l'optimisation des résultats en 2025.

Annexes

A.1 Statistique liées au fonctionnement du CN-SS et ses démembrements en 2024

Tableau XLII : Statistiques relatives au fonctionnement du CNC-SS & ses démembrements en 2024

N°	Entités	Réunions planifiées	Réunion réalisées	Réalisation (%)
1	DRS Grand-Lomé	4	4	100%
2	Golfe	4	2	50%
3	Agoè-Nyivé	4	3	75%
	Total Grand-Lomé	12	9	75%

N°	Entités	Réunions planifiées	Réunion réalisées	Réalisation (%)
1	DRS Maritime	4	3	75%
2	Avé	4	3	75%
3	Bas-Mono	4	2	50%
4	Lacs	4	2	50%
5	Vo	4	3	75%
6	Yoto	4	1	25%
7	Zio	4	2	50%
	Total Maritime	28	16	57%

N°	Entités	Réunions planifiées	Réunion réalisées	Réalisation (%)
1	DRS Plateaux	4	4	100%
2	Agou	4	3	75%
3	Akébou	4	2	50%
4	Amou	4	2	50%
5	Anié	4	2	50%
6	Danyi	4	2	50%
7	Est-Mono	4	2	50%
8	Haho	4	3	75%
9	Kloto	4	2	50%
10	Kpélé	4	1	25%
11	Moyen-Mono	4	1	25%
12	Ogou	4	1	25%
13	Wawa	4	2	50%
	Total Plateaux	52	27	52%

N°	Entités	Réunions planifiées	Réunion réalisées	Réalisation (%)
1	DRS Centrale	4	4	100%
2	Blitta	4	2	50%
3	Mô	4	4	100%
4	Sotouboua	4	2	50%
5	Tchamba	4	4	100%
6	Tchaoudjo	4	3	75%
	Total Centrale	24	19	79%

N°	Entités	Réunions planifiées	Réunion réalisées	Réalisation (%)
1	DRS Kara	4	4	100%
2	Kozah	4	3	75%
3	Kéran	4	3	75%
4	Doufelgou	4	2	50%
5	Bassar	4	3	75%
6	Binah	4	3	75%
7	DANKPEN	4	3	75%
8	ASSOLI	4	4	100%
	Total Kara	32	25	78%

N°	Entités	Réunions planifiées	Réunion réalisées	Réalisation (%)
1	DRS Savanes	4	4	100%
2	Cinkassé	4	2	50%
3	Kpéndjal	4	3	75%
4	Kpéndjal-Ouest	4	1	25%
5	Oti	4	2	50%
6	Oti-Sud	4	4	100%
7	Tandjouaré	4	4	100%
8	Tône	4	4	100%
	Total Savanes	32	24	75%

N°	Entités	Réunions planifiées	Réunion réalisées	Réalisation (%)
	Total Niveau Central	4	3	75%

RECAPITULATIF

N°	Organe & démembrement	Réunions planifiées	Réunion réalisées	Réalisation (%)
1	CNC-SS	4	3	75%
2	CRC-SS	24	23	96%
3	CDC-SS	156	97	62%
	Total	184	123	67%

A.2 Méthode de calcul de la performance des indicateurs

Méthode de calcul de la performance des indicateurs

L'estimation des scores se fonde sur le principe de cotation. A chaque indicateur, on attribue une note cotée de 0 à 5 (5 étant le niveau de satisfaction le plus élevé) selon le niveau d'atteinte des résultats par rapport à la cible prévue. L'appréciation de la performance de chaque axe du PNDS sera faite en fonction de la moyenne des scores des indicateurs d'effet et/ou de résultat relatifs aux domaines que couvre cet axe.

La performance au niveau de chaque indicateur est mesurée comme suit :

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

La Performance traduit le progrès réalisé dans l'atteinte de la valeur cible.

Les scores sont affectés de la manière suivante (en posant P=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 $0,25 \leq P < 0,5$ c'est-à-dire le progrès réalisé se situe entre 25% et 50%, y compris 25% ;

3, lorsque $0,5 \leq P < 0,75$ 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).

A.3 Organigramme du ministère de la santé

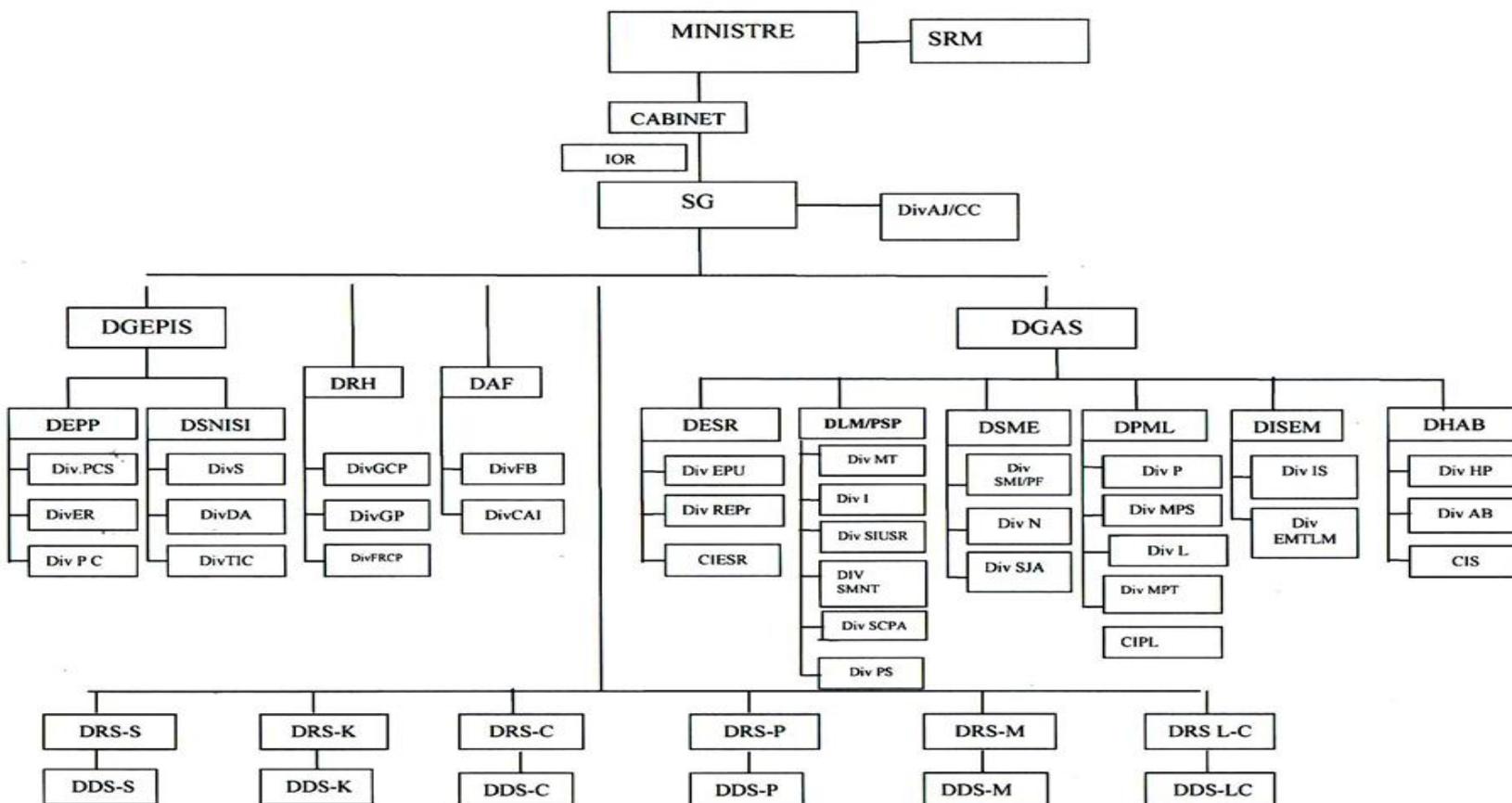


Figure 16 Organigramme du ministère de la santé
 (Source : rapport de performance du MSPS 2016)

Tableau XLIII : Légende 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.4 Répartition du personnel du secteur public et privé par région au 31 décembre 2024

Tableau XLIV : Répartition du personnel du secteur public et privé par région au 31 décembre 2024

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	282	188	59	11	70	10	40	11	95	9	33	7	579	236	815
Médecins généralistes	62	132	25	9	37	6	20	11	34	8	22	6	200	172	372
Médecins spécialistes	205	51	32	2	32	3	18	0	58	1	11	1	356	58	414
Médecins vétérinaires	1	0		0		0		0		0		0	1	0	1
Chirurgiens-dentistes	2	5		0		1	1	0	1	0		0	4	6	10
Pharmaciens	12	0	2	0	1	0	1	0	2	0		0	18	0	18
Personnel paramédical	2 023	753	885	116	1 157	205	761	119	988	122	617	138	6 431	1 453	7 884
Infirmiers diplômés d'Etat	366	208	183	33	285	64	152	38	245	40	156	57	1 387	440	1 827
Sage-femmes d'Etat	322	140	157	13	165	35	99	19	147	18	82	14	972	239	1 211
Auxiliaires d'Etat en pharmacie	21	5	11	3	14	1	7	3	12	2	8	2	73	16	89
Infirmiers auxiliaires	66	61	126	33	171	16	143	16	144	12	110	18	760	156	916
Accoucheuses auxiliaires	134	23	115	2	163	17	135	14	121	5	98	7	766	68	834
Personnel d'hygiène et d'assainissement	162	8	60	3	72	0	49	0	59	2	36	1	438	14	452
Personnel de laboratoire	333	175	61	14	76	30	51	16	76	27	30	17	627	279	906
Personnel de radiologie	39	0	8	0	18	0	4	0	16	0	6	0	91	0	91
Personnel de réadaptation fonctionnelle	132	11	21	0	27	1	25	8	38	0	20	5	263	25	288
Techniciens supérieurs de soins	414	115	138	13	158	41	93	4	120	14	66	14	989	201	1 190
Psychologues de santé	34	7	5	2	8	0	3	1	10	2	5	3	65	15	80
Personnel administratif cadre	447	191	92	35	99	29	67	23	94	32	59	33	858	343	1 201
Personnel technique	90	7	14	1	15	4	13	1	23	0	6	3	161	16	177
Personnel médico-technique	8	0	1	0	1	3	2	0	3	0	2	2	17	5	22
Personnel d'appui	1 108	250	445	97	579	273	394	127	499	145	338	212	3 363	1 104	4 467
Personnel hospitalier d'appui	529	603	324	70	400	225	265	98	254	69	232	60	2 004	1 125	3 129
Total	4 487	1 992	1 820	330	2 321	749	1 542	379	1 956	377	1 287	455	13 413	4 282	17 695
Pourcentage	25,36	11,26	10,29	1,86	13,12	4,23	8,71	2,14	11,05	2,13	7,27	2,57	75,80	24,20	100

(Source : Rapport annuel d'activités DRH, 2024)