



PLAN NATIONAL DE DEVELOPPEMENT SANITAIRE DU TOGO : 2012-2015

Février 2012

SOMMAIRE

SOMMAIRE	2
SIGLES & ABREVIATIONS	4
LISTE DES TABLEAUX ET FIGURES	6
PREFACE	7
RESUME	8
INTRODUCTION	11
CHAPITRE 1 : PROCESSUS D'ELABORATION DU PNDS 2012-2015	12
1.1 JUSTIFICATION DE L'ELABORATION DU PNDS 2012-2015.....	12
1.2 METHODOLOGIE D'ELABORATION DU PNDS.....	13
1.2.1 Mise en place et formation d'une équipe d'appui.....	13
1.2.2 Mise en place d'un comité de pilotage	13
1.2.3 Adoption du canevas de rapport du PNDS 2012-2015	13
1.2.4 Analyse causale des goulots d'étranglement du système de santé.....	13
1.2.5 Rédaction du premier draft du PNDS.....	14
1.2.6 Validation du PNDS 2012-2015 et du CDMT 2012-2014.....	14
CHAPITRE 2 : ANALYSE DE LA SITUATION	15
2.1 CONTEXTE NATIONAL	15
2.1.1 Situation Géographique, démographique et organisation administrative	15
2.1.2 Situation politique	16
2.1.3 Situation économique et sociale.....	16
2.1.4 Lien entre pauvreté et santé.....	17
2.1.5 Stratégie nationale de réduction de la pauvreté.....	18
2.2 SITUATION SANITAIRE	19
2.2.1 Profil épidémiologique	19
2.2.2 Organisation sanitaire.....	25
2.2.3 Synthèse de l'analyse des composantes du système de santé.....	26
2.2.4 Principales conclusions de l'analyse des goulots d'étranglements du système de santé.....	31
2.2.5 Continuité des soins	35
2.2.6 Equité dans l'accès aux soins	36
2.3 Défis majeurs du secteur.....	37
CHAPITRE 3 : PRIORITES STRATEGIQUES EN MATIERE DE SANTE	38
3.1 VISION, OBJECTIFS ET PROGRAMMES PRIORITAIRES.....	38
3.1.1 Rappel de la vision et objectifs de la politique nationale de santé	38
3.1.2 Programmes prioritaires	38
3.2 Résultats attendus, stratégies, et domaines prioritaires d'interventions par programme	39
3.2.1 Programme 1 : Lutte contre la mortalité maternelle et néonatale	39
3.2.2 Programme 2 : Lutte contre la mortalité infantile et infanto-juvénile	41
3.2.3 Programme 3 : lutte contre le paludisme, le VIH/Sida, la tuberculose et les autres maladies transmissibles y compris les maladies tropicales négligées et les catastrophes	44
3.2.4 Programme 4 : Prévention et maîtrise des maladies non transmissibles	48
3.2.5 Programme 5 : Renforcement du système de santé et du système communautaire ...	50
CHAPITRE 4 : BESOINS EN MATIERE DE RESSOURCES	57
4.1 Besoins en ressources humaines	57
4.2 Besoins en Infrastructures, Equipements, Matériels et Logistique	58
4.3 Besoins en Médicaments, vaccins et consommables	59

CHAPITRE 5: FINANCEMENT DU PNDS	60
5.1 Besoins financiers du PNDS	60
5.2 Plan de financement.....	61
CHAPITRE 6 : MISE EN ŒUVRE DU PNDS	68
6.1 Cadre institutionnel de mise en œuvre.....	68
6.2 Gestion et mécanisme de coordination	68
6.3 Opérationnalisation du PNDS.....	70
6.4 Mesures d'accompagnement, conditions de succès et risques	71
6.4.1 Conditions de réussite.....	71
6.4.2 Mesures et réformes nécessaires	72
6.4.3 Risques et menaces	72
CHAPITRE 7 : SUIVI & EVALUATION	73
7.1 Cadre institutionnel de suivi-évaluation.....	73
7.2 Mécanisme de suivi /Evaluation	73
7.2.1. Suivi de la mise en œuvre	73
7.2.2 Evaluation	75
CONCLUSION	76
Références	77
Annexes.....	77

SIGLES & ABREVIATIONS

AFD	:	Agence Française de Développement
APD	:	Aide Publique au Développement
ARV	:	Anti-Retro-Viraux
AS/SR	:	Analyse de Situation en Santé de la Reproduction
ASC	:	Agent de Santé Communautaire
AVP	:	Accident de la Voie Publique
AWARE	:	Action for West Africa Region
BAD	:	Banque Africaine de Développement
BADEA	:	Banque Arabe de Développement Economique en Afrique
BCG	:	Bacille de Calmette et Guérin
BID	:	Banque Islamique de Développement
BIDC	:	Banque d'Investissement pour le Développement pour les pays de la
CEDEAO	:	Communauté Economique des Etats de l'Afrique de l'Ouest
BIT	:	Bureau International du Travail
BM	:	Banque Mondiale
BOAD	:	Banque Ouest Africaine pour le Développement
CAMEG	:	Centrale d'Achat des Médicaments Essentiels et Génériques
CCC	:	Communication pour un Changement de Comportement
CCIA	:	Comité de Coordination Inter Agence
CCM	:	Country Coordination Mechanism
CCSS	:	Comité de Coordination du Secteur Santé
CDI	:	Consommateur de Drogue Injectable
CDMT	:	Cadre de Dépenses à Moyen Terme
CHD	:	Centre Hospitalier de District
CHR	:	Centre Hospitalier Régional
CHU	:	Centre Hospitalier Universitaire
CNAO	:	Centre National d'Appareillage Orthopédique
CNLS	:	Conseil National de Lutte contre le SIDA
CNTS	:	Centre National de Transfusion Sanguine
COGES	:	Comité de Gestion
COSAN	:	Comité de Santé
CPM	:	Cellule de Passation des Marchés
CPN	:	Consultations Pré Natales
CRAO	:	Centre Régional d'Appareillage Orthopédique
CRTS	:	Centre Régional de Transfusion Sanguine
CTP	:	Comité technique de planification
CTRP	:	Comité Technique Restreint de Planification
DGR	:	Direction Général des Ressources
DAF	:	Direction Administrative et Financière
DDS	:	Direction du District Sanitaire
DEPP	:	Direction des Etudes, de la Planification et de la Programmation
DESR	:	Direction des Etablissements de Soins et de Réadaptation
DGAS	:	Direction Générale de l'Action Sanitaire
DHAB	:	Direction de l'Hygiène et de l'Assainissement de Base
DIEM	:	Direction des Infrastructures, des Equipements et de la Maintenance
DISER	:	Division de l'Information, des Statistiques, des Etudes et des Recherches
DLM/PSP	:	Direction de Lutte contre les Maladies et des Programmes de Santé Publique
DOTS	:	Directly Observed Treatment Short course
DPML	:	Direction des Pharmacies Médicament et Laboratoire
DPS	:	Direction Préfectorale de la Santé
DRH	:	Direction des Ressources Humaines
DRS	:	Direction Régionale de la Santé
DSC	:	Division de la santé communautaire
DSME	:	Direction de la Santé de la Mère et de l'Enfant
DTC	:	Diphtérie Tétanos Coqueluche
EAM	:	Ecole des Assistants Médicaux
ECD	:	Equipe Cadre de District
ECR	:	Equipe Cadre Régionale

EDST	:	Enquête Démographique et de Santé -Togo
ENAM	:	Ecole Nationale des Auxiliaires Médicaux
ENSF	:	Ecole Nationale des Sages-femmes
FAO	:	Organisation Mondiale pour l'Alimentation
FIDA	:	Fond International pour le Développement Agricole
FKD	:	Fond Koweïtien pour le Développement
FMI	:	Fond Monétaire International
FMMP	:	Faculté Mixte de Médecine et de Pharmacie
FSD	:	Fonds Social de Développement
GAR	:	Gestion Axée sur les Résultats
GAVI	:	Alliance mondiale pour les Vaccins et l'Immunisation
GTZ	:	Deutsche Gesellschaft für Technische Zusammenarbeit
HCDH	:	Haut-Commissariat des Droits de l'Homme
IDE	:	Infirmier Diplômé d'Etat
INH	:	Institut National d'Hygiène
INSP	:	Institut National de Santé Publique
IRA	:	Infection Respiratoire Aigue
IST	:	Infection Sexuellement Transmissible
LNME	:	Liste Nationale des Médicaments Essentiels
MBB	:	Marginal Budgeting for Bottlenecks
MEG	:	Médicament Essentiel et Générique
MICS	:	Enquête par Grappe à Indicateur Multiple
MILDA	:	Moustiquaire Imprégnée d'insecticide à Longue Durée d'Action.
MDR-TB	:	Multiple Drug Resistant Tuberculosis
OIF	:	Organisation International de la Francophonie
OMS	:	Organisation Mondiale de la Santé
ONUSIDA	:	Programme conjoint des Nations Unies pour la lutte contre le SIDA
VPO	:	Vaccin Polio Oral
PAM	:	Programme Alimentaire Mondiale
PCIME	:	Prise en Charge Intégrée des Maladies de l'Enfance
PEV	:	Programme Elargi de Vaccination
PIB	:	Produit Intérieur Brut
PIHI	:	Paquet d'Interventions à Haut Impact
PNUD	:	Programme des Nations Unies pour le Développement
PPTTE	:	Pays Pauvre Très Endettés
PTME	:	Prévention de la Transmission de la Mère à l'Enfant
PVVIH	:	Personnes Vivant avec le VIH/SIDA
QUIBB	:	Questionnaire Unifié des Indicateurs de Base du Bien être
RSI	:	Règlement Sanitaire International
SAA	:	Soins Après Avortement
SIDA	:	Syndrome d'Immuno Déficience Acquis.
SMIR	:	Surveillance Intégrée des Maladies et Riposte
SMART	:	Simple, Mesurables, Acceptés, Réalistes
SNIS	:	Système National d'Information Sanitaire
SONU	:	Soins Obstétricaux et Néonataux d'Urgence
TPM	:	Tuberculose Pulmonaire à Microscopie
TPM+	:	Tuberculose Pulmonaire à Microscopie Positive
TRO	:	Traitement de Réhydrations Oral
UE	:	Union Européenne
UEMOA	:	Union Economique et Monétaire Ouest Africain
UNDAF	:	Plan Cadre Des Nations Unies Pour L'Aide au Développement
UNESCO	:	Organisation des Nations Unies pour l'Education la Science et la Culture
UNFPA	:	Fond des Nations Unies pour la Population
UNHCR	:	Haut-Commissariat des Nations Unies pour les Réfugiés
UNICEF	:	Fonds des Nations Unies pour l'Enfance
UNREC	:	Centre Régional des Nations Unies pour la Paix et le Désarmement en
Afrique	:	
USP	:	Unité de Soins Périphérique
VIH	:	Virus de l'Immunodéficience Humaine

LISTE DES TABLEAUX ET FIGURES

<i>Figure 2.1 : Evolution de la population au Togo entre 1960 et 2020 (en milliers d'habitants)</i>	<i>15</i>
<i>Tableau 2.1 : Nouveau paysage de l'APD au Togo depuis 2006</i>	<i>16</i>
<i>Tableau 2.2 : Répartition de la pauvreté entre milieu rural et milieu urbain par région</i>	<i>17</i>
<i>Figure 2.2 : Mortalité infantile par quintile de pauvreté.....</i>	<i>17</i>
<i>Tableau 2.3 : Evolution des indicateurs clés de la santé au Togo</i>	<i>19</i>
<i>Figure 2.3 : Causes de décès des moins de 5 ans au Togo.....</i>	<i>20</i>
<i>Figure 2.4 : Causes de décès maternel au Togo</i>	<i>22</i>
<i>Figure 2.5 : Causes de décès maternel au Togo et en comparaison avec la moyenne de la Région d'Afrique de l'Ouest.</i>	<i>22</i>
<i>Figure 2.6 : létalité associées au paludisme chez les malades hospitalisés</i>	<i>23</i>
<i>Figure 2.7: Répartition géographique et par type des Formations Sanitaires au Togo (2009)</i>	<i>26</i>
<i>Figure 2.8 : Densité de médecins par région (2010).....</i>	<i>28</i>
<i>Tableau 3.1 : Structure du PNDS</i>	<i>38</i>
<i>Figure 3.1 : Evolution du taux de mortalité maternelle sur la période 2012-2015.....</i>	<i>39</i>
<i>Tableau 3.2 : Evolution attendue des indicateurs de couverture en services de santé maternelle et néonatale..</i>	<i>40</i>
<i>Figure 3.2 : Evolution des taux de mortalité des enfants sur la période 2012-2015, (évolution actuelle, objectif PNDS ; objectif OMD 4)</i>	<i>42</i>
<i>Tableau 3.3 : Evolution attendue des indicateurs de couverture en services de santé infanto-juvénile</i>	<i>42</i>
<i>Tableau 3.4 : Evolution des indicateurs de mortalité et de morbidité liés aux principales maladies transmissibles</i>	<i>45</i>
<i>Tableau 3.5 : Evolution attendue des indicateurs de couverture en services de santé liés à la prévention et à la prise en charge des principales maladies transmissibles</i>	<i>45</i>
<i>Tableau 3.6 : Evolution des indicateurs de mortalité et de morbidité liés aux principales maladies non transmissibles.....</i>	<i>48</i>
<i>Tableau 3.7 : Evolution attendue des indicateurs de couverture en services de santé liés à la prévention et à la prise en charge des principales maladies non transmissibles</i>	<i>49</i>
<i>Tableau 3.8 : Evolution attendue des indicateurs d'offre de services au niveau national</i>	<i>50</i>
<i>Tableau 4.1 : Normes en personnels de santé par catégorie et par type de structure.....</i>	<i>57</i>
<i>Tableau 4.2 : Estimation des besoins en personnels de santé de 2012 à 2015</i>	<i>58</i>
<i>Tableau 4.3 : Projection des besoins en infrastructures et en équipements.</i>	<i>59</i>
<i>Tableau 5.1 : Evolution du financement global du PNDS (en millions FCFA).....</i>	<i>60</i>
<i>Tableau 5.2: Evolution du coût total du PNDS 2012-2015 par source de financement (en millions FCFA)</i>	<i>61</i>
<i>Tableau 5.3 : Evolution de la répartition du coût total (en millions de FCFA) par programme du PNDS</i>	<i>62</i>
<i>Tableau 5.4 : Evolution de la répartition du coût total (en millions de FCFA) par sous-programme du PNDS.....</i>	<i>64</i>
<i>Figure 5.1 : Répartition du budget du PNDS sur la période 2012-2015 par mode de prestation</i>	<i>66</i>
<i>Tableau 5.5 : Répartition du coût total par catégorie budgétaire (en millions de FCFA)</i>	<i>66</i>
<i>Tableau 5.6 Répartition du budget du PNDS (en millions de FCFA) par catégorie budgétaire et par niveau du système de santé.....</i>	<i>67</i>
<i>Tableau 6.2 : Chefs/Responsables des Programmes et de certains domaines stratégiques</i>	<i>69</i>

PREFACE

En septembre 1998, le département de la santé a élaboré pour la première fois une Politique Nationale de Santé (PNS) dont la mise en œuvre est effectuée à travers diverses stratégies nationales spécifiques et deux plans nationaux de développement sanitaire (PNDS 2002-2006, PNDS 2009-2013).

Afin de poursuivre de façon conséquente les efforts déployés en vue de mieux cerner les enjeux et les nouveaux défis auxquels le pays est confronté dans le secteur de la santé, le Togo a signé en mai 2010, le document de pacte mondial du partenariat international pour la santé et initiatives apparentés (IHP+).

En adhérant à ce pacte mondial, le Togo s'est engagé dans la réforme du système de santé et la réalisation d'interventions sanitaires à haut impact capables de produire des résultats en termes d'amélioration de la santé des populations dans un contexte de partenariat innovant en application de la Déclaration de Paris (2005) et du Plan d'action d'Accra (2007) sur l'efficacité de l'aide.

L'élaboration du Plan National de Développement Sanitaire, couvrant la période 2012-2015, s'inscrit dans ce cadre. Elle fait suite à la formulation d'un nouveau document de politique nationale de santé qui se prête à une réforme profonde permettant de répondre efficacement aux problèmes de santé majeurs et aux nouveaux défis du secteur de la santé.

Ce plan est le résultat d'un processus inclusif et consensuel de l'ensemble des parties impliquées dans la santé sur les priorités du secteur de la santé pour la période 2012-2015. Il prend en compte les leçons apprises et les recommandations issues de l'évaluation conjointe de la Politique Nationale de la Santé (PNS) de 1998 et du PNDS 2009-2013 d'une part, et les faiblesses relevées dans l'analyse de la situation sanitaire et les orientations de la nouvelle politique nationale de santé d'autre part.

Le PNDS 2012-2015 fournit une orientation stratégique claire, pertinente et consensuelle tenant compte des opportunités nationales et internationales pour le développement d'une action sectorielle plus efficace, mieux ciblée sur les problèmes prioritaires du pays et centrée autour des interventions à haut impact sur la santé de la mère et de l'enfant, sur les principales maladies pourvoyeuses d'invalidité et de mortalité y compris la malnutrition, le paludisme, le VIH/sida, la tuberculose, les autres endémo-épidémies et les maladies non transmissibles.

En adoptant ce plan, le Gouvernement marque ainsi sa volonté de réaliser des progrès substantiels vers la réalisation des OMD malgré un environnement économique particulièrement défavorable.

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

Enfin, j'exhorte tous ces acteurs nationaux et internationaux du secteur de la santé et au-delà à s'impliquer activement pour sa mise en œuvre et son suivi.

RESUME

Le Plan National de Développement Sanitaire 2012-2015 traduit la volonté du Ministère de la santé et de ses partenaires d'apporter des réponses urgentes et efficaces aux problèmes sanitaires du pays caractérisés surtout par des niveaux encore élevés des taux de morbidité et de mortalité touchant plus particulièrement la femme et l'enfant, des endémo-épidémies et l'émergence des maladies non transmissibles souvent pourvoyeuses de décès et d'invalidité.

L'élaboration de ce plan stratégique s'inscrit dans le cadre de la réforme du système de santé initiée par le Ministère de la santé avec l'appui des PTF, suite à l'adhésion du Togo à IHP+ en mai 2010. Il est le résultat d'un processus inclusif, participatif et consensuel de l'ensemble des parties impliquées dans la santé sur les priorités du secteur de la santé pour la période 2012-2015.

Le PNDS 2012-2015 se fonde sur les orientations stratégiques de la nouvelle politique nationale de santé, ainsi que sur les préoccupations majeures identifiées dans l'analyse diagnostique du moment y compris l'analyse causale des principaux goulots d'étranglement du système de santé. Il intègre les Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD) dans la perspective de permettre au Togo de répondre à son engagement pris pour l'horizon 2015 ; il prend en compte par ailleurs, la prévention et la maîtrise des Maladies Non Transmissibles (MNT) qui constituent un nouveau défi majeur de santé publique comme en témoigne l'attention particulière du Système des Nations Unies sur le sujet (réunion de Haut niveau des Nations Unies sur la prévention et la maîtrise des MNT, septembre 2011).

L'utilisation de deux outils de modélisation, l'outil Marginal Budgeting for Bottlenecks (MBB) et un outil spécifique aux maladies non transmissibles, a permis d'une part, d'identifier les goulots d'étranglements du système de santé autant au niveau de l'offre de services (insuffisance numérique et répartition géographique très inéquitable du personnel qualifié, ainsi que de l'offre de services de santé, disponibilité et qualité insuffisantes des médicaments et autres intrants essentiels, faiblesse des mécanismes de financement, etc.) qu'au niveau de la demande (accès financier, accès à l'information et aux connaissances limités surtout dans les zones rurales et pauvres), et d'autre part d'élaborer des actions à mettre en œuvre, ainsi que le calcul des résultats concrets attendus en termes d'accès aux interventions et de couverture et, finalement, d'impact sur la santé.

Le PNDS 2012-2015 est décliné en cinq programmes dont quatre programmes « d'action » visant respectivement : (i) la réduction de la mortalité maternelle et néonatale, (ii) la réduction de la mortalité infantile et infanto-juvénile, (iii) le contrôle des principales maladies transmissibles, y compris les maladies tropicales négligées et (iv) la lutte contre les maladies non transmissibles; le cinquième programme transversal, vise le renforcement du système de santé dans le but d'un soutien des quatre programmes précédents et d'un accès universel aux services essentiels de santé.

La mise en œuvre de ces programmes repose sur des stratégies coût-efficaces répondant tout à la fois aux besoins de la population, aux faiblesses du système de santé ainsi qu'à la soutenabilité du cadre macro-économique.

Le droit fondamental de chaque citoyen de bénéficier du plus haut niveau de santé possible, défini comme vision de la nouvelle politique nationale de santé, et la nécessité de parvenir à l'équité dans l'accès aux soins de santé ont motivé la priorité accordée à des stratégies visant principalement à :

- i. rapprocher l'offre de soins des communautés*
- ii. renforcer l'utilisation de services*
- iii. améliorer la qualité des soins essentiels*
- iv. améliorer l'efficacité du financement de la santé,*

Ces priorités stratégiques comprennent entre autres :

- le renforcement des soins au niveau familial et communautaire
- le renforcement et l'augmentation des structures offrant les soins obstétricaux et néonataux d'urgence et de prise en charge de certaines Maladies Non Transmissibles (MNT)
- le recrutement du personnel soignant manquant dans les structures de premier échelon et les hôpitaux;
- la mise en place d'un système de motivation pour le personnel travaillant dans les zones rurales éloignées ;
- la mise en place d'un système de financement basé sur la performance
- le renforcement des supervisions et de la formation continue des personnels de santé et des ASC afin de garantir une amélioration significative de la qualité des soins ;
- une disponibilité plus large du médicament générique de qualité à coût abordable et une gestion renforcée de la logistique des médicaments et fournitures essentielles ;
- la mise en place d'un système de référence fonctionnel
- la mise en œuvre des actions visant à réduire les coûts d'accès aux soins de santé pour les plus vulnérables et les pauvres
- la mise en place d'un système d'information sanitaire de qualité et la systématisation du monitoring ;
- le renforcement de la participation communautaire

La mise en œuvre des différentes stratégies permettrait de réduire la mortalité néonatale de **35%**, la mortalité chez les moins de cinq ans de **42%** et la mortalité maternelle de **28%** durant la période 2012-2015. Ainsi :

- le taux de mortalité maternelle devrait passer à 240 pour 100 000 naissances vivantes et celui de la mortalité néonatale à 25 pour 1 000 naissances vivantes en 2015 contre respectivement 350/100 000 et 39 pour 1 000 naissances vivantes en 2008 ;
- le taux de mortalité infantile devrait passer à 47 pour 1.000 naissances vivantes et celui de la mortalité infanto-juvénile à 71 pour 1.000 naissances vivantes contre respectivement 78/1000 et 123 pour 1 000 naissances vivantes actuellement.

Les coûts additionnels nécessaires à la mise en œuvre de ces stratégies sont estimés à **120,75 milliards** de FCFA durant la période 2012-2015, soit en moyenne 30,18 milliards par an. En y ajoutant les coûts de base, le budget global du PNDS est estimé à **344,63 milliards** de FCFA, soit un budget total annuel de 86,15 milliards de FCFA. Les dépenses totales de santé par tête d'habitants atteindraient 15 602 FCFA en 2015, contre 8 315 FCFA en 2011. Les différentes sources de financement sont l'Etat, les PTF et les recettes des formations sanitaires à travers des systèmes de mutualisation du risque maladie comme l'assurance-maladie universelle et les mutuelles de santé plus que par le passé.

Compte tenu de l'importance des défis à relever et sur la base des résultats potentiels attendus d'un tel investissement, il serait fondamental que l'ensemble des acteurs de la santé au Togo, Gouvernement, Partenaire techniques et financiers et société civile puissent s'accorder sur la mobilisation de ressources additionnelles afin de créer l'espace budgétaire nécessaire à la mise en œuvre de cette revitalisation du système de soins de santé primaire.

Un plan de suivi & évaluation du PNDS fera l'objet d'un document séparé qui sera joint en annexe. Des indicateurs d'intrants, de processus, d'effets et d'impact mentionnés dans le diagnostic sectoriel seront utilisés au fil de temps pour apprécier les niveaux d'exécution des activités ainsi que les taux de réalisation des résultats escomptés et ce, conformément au calendrier défini. Ce plan de suivi et évaluation déterminera la manière dont les données seront collectées, analysées et diffusées à tous les niveaux de la pyramide sanitaire. Sur ce,

il est prévu le monitoring semestriel des activités au niveau de districts sanitaires, l'organisation des revues régionales semestrielles et des revues nationales annuelles. Une évaluation à mi-parcours du PNDS interviendra lors de la revue sectorielle annuelle en 2014. Il est prévu également une évaluation finale de la mise en œuvre du PNDS qui se fera à partir des données d'enquêtes nationales (MICS, EDST, STEPS, QUIBB, CNS, revue des dépenses etc.).

Le cadre de suivi évaluation fera l'objet d'une gestion conjointe avec les partenaires techniques et financiers. Pour une meilleure efficacité dans l'allocation des ressources et la dépense, les cibles qui seront fixées annuellement pour l'ensemble des plans d'action annuels détermineront les budgets et la réédition des comptes sera systématisée.

INTRODUCTION

Le présent Plan National de Développement Sanitaire (PNDS) a été élaboré pour la période 2012 – 2015 qui correspond à la période restante pour l'atteinte des objectifs du Millénaire dans la perspective de permettre au Togo de répondre à son engagement pris pour l'horizon 2015.

Son élaboration repose sur les conclusions et recommandations découlant de l'analyse sectorielle récente effectuée suivant un long processus incluant toutes les parties prenantes du secteur de la santé (ministère de la santé et autres départements concernés, PTF, acteurs de la société civile du secteur privé de soins) ainsi que sur les orientations stratégiques de la nouvelle politique nationale de santé du Togo de 2011

Il s'inscrit dans le contexte de la Déclaration de Politique Générale du Gouvernement qui a fait du quinquennat « 2010-2015 » celui du développement en vue de parvenir à une croissance accélérée plus inclusive et équitable et de mieux répondre aux attentes des togolais, en particulier ceux touchés par la pauvreté et la vulnérabilité, avec l'adoption dès 2012 d'un nouveau cadre général de l'action publique (le DSRP II) pour la période 2012-2016. Ce cadre stratégique national en cours d'élaboration se veut être l'instrument du relèvement du défi des OMD.

Le PNDS 2012-2015 prend en compte, outre les priorités nationales en matière de santé, le Nouvel Environnement de l'Aide (Déclaration de Paris et Plan d'action d'Accra sur l'efficacité de l'aide) ainsi que les orientations de l'OMS dans différents domaines de la santé. Il se base sur la stratégie de la Gestion Axée sur les Résultats (GAR) avec une attention particulière aux problèmes d'équité et de genre.

Les priorités majeures du secteur prises en compte dans ce plan pour les quatre prochaines années sont : (i) l'amélioration de la santé de la mère, du nouveau-né, de l'enfant et de l'adolescent, (ii) le contrôle des maladies y compris les Maladies Non Transmissibles (MNT), en revitalisant les soins de santé primaires (SSP) avec un accent particulier sur le partenariat communautaire, le renforcement des piliers clés du système de santé togolais identifiés à l'heure actuelle comme principaux goulots d'étranglement de l'offre et de la demande des services de santé.

Ces priorités sont adressées à travers cinq programmes qui sont ensuite déclinés en sous programmes et en une série d'actions concrètes assorties d'un budget et d'un cadre de suivi et évaluation.

Le PNDS 2012-2015 est structuré en deux grandes parties :

- une première partie sur l'analyse de la situation décrit le contexte national et la situation sanitaire ;
- une deuxième partie présente les composantes du plan et comprend cinq chapitres à savoir : (i) les priorités stratégiques par programme, en termes de résultats d'effets et d'impact, ainsi que les principales stratégies, (ii) les besoins en matière de ressources, (iii) le budget et plan de financement, (iv) le cadre de mise en œuvre et, (v) la stratégie de suivi et évaluation du PNDS.

Ce plan stratégique constitue par excellence la base programmatique pour l'ensemble des intervenants dans le secteur de la santé au Togo pour les quatre prochaines années et doit orienter par conséquent les allocations des différentes ressources internes et externes en faveur du secteur.

CHAPITRE 1 : PROCESSUS D'ELABORATION DU PNDS 2012-2015

2.1 JUSTIFICATION DE L'ELABORATION DU PNDS 2012-2015

En mai 2010, le Togo a adhéré au Partenariat International pour la Santé et initiatives apparentées (IHP+). En adhérant à ce pacte mondial, le Togo s'est engagé dans la réforme du système de santé et la réalisation d'interventions sanitaires à haut impact capables de produire des résultats en termes d'amélioration de la santé des populations dans un contexte de partenariat innovant en application de la Déclaration de Paris (2005) et du Plan d'action d'Accra (2007).

Le point de départ de cette réforme sectorielle en faveur du bien-être des populations a été l'analyse de la situation du secteur de la santé réalisée entre octobre 2010 et mai 2011 suivant un long processus participatif, inclusif et multisectoriel impliquant toutes les parties prenantes du secteur (public/ privé, OSC et PTF).

L'analyse a été basée sur l'utilisation de l'outil CHIP (Country Health Intelligence Portal) visant à couvrir les différentes composantes du système de santé conformément aux orientations de la déclaration de Ouagadougou et prenant en compte l'évaluation conjointe des documents fondamentaux notamment la PNS de 1998 et le PNDS 2009-2013.

Les résultats de cette analyse de la situation du secteur validés le 10 mai 2010 par le Comité des Partenaires du secteur de la santé¹ sont essentiellement marqués par la faiblesse de la réponse sectorielle face aux problèmes prioritaires de santé des populations avec une insuffisance de l'accès, de l'utilisation et de la qualité des services essentiels de santé. Cette analyse a fourni une base rationnelle aux orientations à prendre en compte dans la réforme du secteur².

La seconde étape a été la formulation d'une nouvelle politique nationale de santé en se basant sur les leçons apprises de la mise en œuvre de la précédente politique de 1998, des nouveaux défis nationaux et des conventions et déclarations internationales auxquelles le pays a souscrit en vue de la réalisation des objectifs sanitaires notamment les OMD relatifs à la santé, la prévention et la maîtrise des maladies non transmissibles. La nouvelle politique nationale de santé, validée le 30 septembre 2011 par le Comité des partenaires a été également le résultat d'un long processus inclusif et consensuel de l'ensemble des parties impliquées dans la santé. Le Togo escompte, à travers sa mise en œuvre, atteindre des résultats tangibles pour amener l'état de santé des populations togolaises au niveau le plus élevé possible. Elle sert dorénavant de base à la planification nationale et de cadre de référence pour l'ensemble des intervenants dans le secteur de la santé.

Suite à cette formulation de la nouvelle politique nationale de santé, il devient essentiel de réviser les documents clés de mise en œuvre notamment : le Plan National de Développement Sanitaire (PNDS) et le Cadre de Dépenses à Moyen Terme (CDMT).

Le PNDS 2012-2015 est élaboré selon l'approche de la Gestion Axée sur les Résultats (GAR), liant les résultats attendus avec les ressources additionnelles nécessaires en utilisant les évidences scientifiques autour de l'efficacité d'un certain nombre d'interventions ayant un impact fort sur les OMD liés à la santé.

¹ Le Comité des partenaires du secteur de la santé est l'organe d'orientation, de décision et de validation mis en place dans le cadre du processus IHP+, comprenant l'ensemble des partenaires du secteur au niveau le plus élevé et présidé par le ministre de la santé.

² L'analyse de situation permet aujourd'hui la bonne connaissance du secteur de la santé dans ses forces, ses faiblesses, ses opportunités et menaces, et à faciliter la documentation des changements intervenus dans l'organisation sanitaire, l'offre et l'utilisation des services de santé au cours de ces 10 dernières années ainsi que l'évaluation des diverses implications des tendances par rapport à la réalisation des OMD liés à la santé.

Il sert d'outil de plaidoyer pour une mobilisation additionnelle des ressources afin d'accélérer la réalisation de ces OMD ; dans ce cadre, il constitue l'un des préalables à la signature d'un Compact national garantissant à la fois une augmentation et une meilleure prévisibilité des ressources du secteur. Enfin, ce PNDS est un instrument de base pour une allocation efficiente des ressources dans le secteur avec une prise en compte des questions d'équité et de genre.

2.2 METHODOLOGIE D'ELABORATION DU PNDS

Le processus d'élaboration du PNDS s'est inscrit dans le cadre de la feuille de route du processus IHP+ piloté par un comité de coordination multisectorielle. Ce processus a suivi les étapes clés suivantes: (i) mise en place et formation d'une équipe d'appui chargée du processus, (ii) mise en place d'un comité de pilotage, (iii) adoption du canevas de rapport du PNDS 2012-2015, (iv) analyse causale des goulots d'étranglement du système de santé, (v) rédaction du premier draft du PNDS et du CDMT, (vi) finalisation du PNDS 2012-2015 et du CDMT 2012-2014, (vii) validation des documents par le comité des partenaires.

2.2.1 Mise en place et formation d'une équipe d'appui

Afin d'appuyer le processus d'élaboration du PNDS une équipe nationale composée de 30 cadres provenant des différents ministères, de la société civile et des autres parties prenantes du secteur de la santé a été mise en place. Les membres de cette équipe d'appui ont été formés à l'utilisation de l'outil MBB (Marginal Budgeting for Bottlenecks) retenu comme instrument de planification stratégique et de budgétisation basée sur l'évidence et axée sur les résultats. Cette formation de cadres nationaux sur les différentes étapes du cycle de la planification en MBB s'est déroulée au cours de deux sessions organisées du 16 au 27 mai 2011 à l'Institut Régionale de Santé Publique (IRSP) de Ouidah au Bénin et du 05 au 15 juillet 2011 à Kpalimé.

2.2.2 Mise en place d'un comité de pilotage

Par arrêté N°: 0119/2011/MS/CAB/DGS du 26 août 2011, le Ministre de la Santé a mis en place un Comité de Pilotage placé sous l'autorité du Directeur Général de la Santé chargé de l'élaboration du PNDS. Ce Comité de Pilotage est composé des représentants des ministères sectoriels, des Partenaires Techniques et Financiers, de la société civile et des acteurs du secteur de la santé. Il assure la définition des grandes orientations et valide les travaux des différents groupes mis en place.

2.2.3 Adoption du canevas de rapport du PNDS 2012-2015

Se basant essentiellement sur l'adaptation du canevas suggéré par l'OMS au contexte du pays, un groupe restreint de cinq experts du MS aidé des consultants nationaux et internationaux a fait une proposition de la structure du rapport de PNDS en déclinant les orientations stratégiques de la PNS en programmes et sous programmes. Ce canevas a été validé par le Comité de pilotage.

2.2.4 Analyse causale des goulots d'étranglement du système de santé

Suite à l'adoption du canevas de rédaction, huit groupes thématiques multidisciplinaires et plurisectoriels ont été constitués en vue de la réalisation de l'analyse causale des goulots d'étranglement permettant d'affiner les résultats de l'analyse de la situation du secteur réalisée dans le cadre du processus IHP+.

Pour ce faire deux outils ont été utilisés :

- L'outil MBB « Marginal Budgeting for Bottlenecks », développé conjointement par la Banque Mondiale et l'UNICEF afin d'appuyer les pays dans leur exercice de planification et de budgétisation. Cet outil a servi (i) à orienter la collecte des données vers les informations essentielles nécessaires et (ii) à analyser les goulots d'étranglement du système de santé sur la voie d'un accès universel aux interventions à haut impact basé sur l'évidence. L'analyse des goulots d'étranglement repose sur le principe que **la couverture effective** d'une intervention est directement liée à cinq déterminants de couverture : trois déterminants d'offres de soins (disponibilité en produits essentiels, disponibilité en ressource humaines, accessibilité géographique) et deux déterminants d'utilisation (utilisation initiale, utilisation adéquate).

L'analyse et la validation des données nécessaires s'est faite en plusieurs phases :

- travail préparatoire de collecte de données, d'identification des interventions traceuses et des déterminants de couverture,
 - modélisation initiale de l'outil MBB sur la base des données disponibles,
 - revue des données et une première validation des estimations faites,
 - analyse préliminaire des goulots d'étranglement,
 - consolidation des données et des goulots d'étranglement après ajustement,
 - réunions de synthèse d'analyse des goulots d'étranglement et des choix des stratégies correctrices.
- Pour ce qui est de l'analyse de la situation des maladies non transmissibles, non couvertes par le MBB, l'Équipe d'appui a utilisé un outil spécifique d'analyse, de planification et de costing, développé par l'OMS permettant de couvrir les principales maladies non transmissibles retenues dans le programme national.

2.2.5 Rédaction du premier draft du PNDS

Suite à l'analyse, et par note de service du Directeur Général de la santé, il a été mis sur pied un groupe restreint composé de cadres nationaux du ministère de la santé appuyé par des consultants (1 national et 2 internationaux) pour rédiger le draft préliminaire qui a servi de document de travail pour la rédaction du premier draft du PNDS et du CDMT 2012-2014 au cours de deux ateliers nationaux.

2.2.6 Validation du PNDS 2012-2015 et du CDMT 2012-2014

Pour leur validation technique, les drafts consécutifs ont bénéficié des contributions d'amélioration diverses des collaborateurs du secteur, puis ont été présentés, discutés, amendés et validés par l'ensemble des acteurs nationaux du secteur de la santé au cours d'un atelier national de finalisation organisé du 29 au 30 novembre 2011.

Un comité sectoriel santé et VIH/sida s'est tenu le 17 février 2012, pour valider le nouveau Plan de Développement Sanitaire (PNDS) 2012-2015 et le Cadre de Dépenses à Moyen Terme (CDMT) 2012-2015 qui l'accompagne.

CHAPITRE 2 : ANALYSE DE LA SITUATION

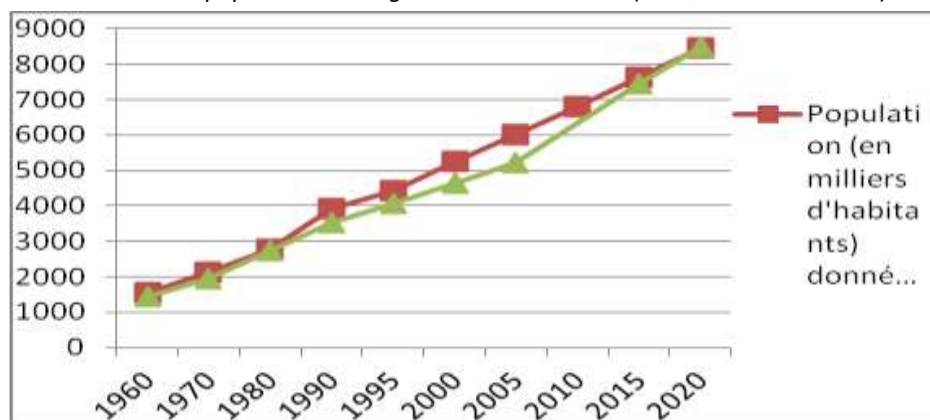
2.1 CONTEXTE NATIONAL

2.1.1 Situation Géographique, démographique et organisation administrative

Situé en Afrique de l'Ouest sur la côte du Golfe de Guinée, le Togo a une superficie de 56 600 Km². Il est limité par le Bénin à l'Est, le Ghana à l'Ouest, le Burkina Faso au Nord et l'Océan Atlantique au Sud. Le pays jouit d'un climat tropical subdivisé en deux grandes zones: une zone de type soudanien au sud avec de vastes terres productives et une zone de type sahélien recouvrant la moitié nord caractérisée par une pénurie de terres fertiles. Le climat chaud et humide du Togo est favorable à la prolifération de vecteurs de maladies et en partie responsable du profil épidémiologique national dominé par les maladies infectieuses et parasitaires.

Sur le plan démographique, le Togo, comme la plupart des pays d'Afrique de l'Ouest, témoigne d'un grand potentiel d'accroissement démographique : l'effectif de la population togolaise a plus que doublé en moins de 30 ans avec une population de 5,7 millions d'habitants en 2010 contre 2,7 millions en 1981. Le contexte démographique est surtout caractérisé par: (i) une prépondérance de jeunes (60% des togolais ont moins de 25 ans), (ii) une croissance démographique élevée (2,6% par an), (iii) une forte densité de population dans les régions côtières (261 habitants au km² pour la région maritime par exemple), (iv) une urbanisation rapide et peu contrôlée surtout à Lomé et (v) un niveau encore élevé de l'indice synthétique de fécondité (ISF à 4,1 enfants par femme), conséquence de la faiblesse de l'offre de services de planification familiale. Les projections de populations montrent une hausse de 25 % de la population du Togo d'ici à 2020 (figure 2.1).

Figure 2.1 : Evolution de la population au Togo entre 1960 et 2020 (en milliers d'habitants)



Source : FNUAP




Cette tendance de l'accroissement démographique entraînera : (i) une forte urbanisation avec augmentation de la demande des services sociaux de base y compris la santé, (ii) une augmentation des naissances ayant pour corollaire, un accroissement des besoins de santé et de protection de la population notamment de la mère et de l'enfant, se traduisant par une demande conséquente en personnel de santé, en infrastructures sanitaires, en matériels de soins et en médicaments appropriés.

S'agissant de l'organisation administrative, le Togo compte cinq régions économiques (Savanes, Kara, Centrale, Plateaux et Maritime) réparties en 35 Préfectures plus la Commune de Lomé qui est subdivisée en 5 Arrondissements. Le processus de décentralisation est en cours et le gouvernement a réaffirmé son engagement de le faire aboutir dans les meilleurs délais. Ce qui signifie que ni les régions ni la commune de Lomé n'ont encore d'autonomie administrative ou financière.

2.1.2 Situation politique

Le contexte politique national a été marqué par des troubles socio-politiques au début des années 1990 entraînant la suspension de la coopération internationale ; ceci a eu pour conséquence une réduction drastique de l'aide publique au développement (APD) dont le niveau est passé de 11,9% du PIB en 1990 à 2,5% en 2003³. Afin de parer à cette situation, le Gouvernement a lancé à partir de 2006, d'importantes réformes politiques et économiques qui ont permis entre autres, d'entamer la reprise de la coopération au développement. Le Togo jouit désormais du soutien total de ses partenaires internationaux traditionnels comme le montre le tableau 2.1 suivant.

Tableau 2.1 : Nouveau paysage de l'APD au Togo depuis 2006

Piliers du DSRP			
Renforcement de la Gouvernance	Bases d'une croissance forte et durable	Développement du capital humain (santé y compris)	Réduction des déséquilibres régionaux
HCDH	BAD - BADEA - BID	BID – BIDC - BOAD	PNUD
PNUD	BIDC – BOAD - FSD	Fonds Mondial	France
HCR	PNUD	FNUAP–OMS–ONUSIDA	UE
France	Chine – FAO – UE	PNUD	BM
OIF	FIDA - FEM	UNESCO	
UE	- FKD	UNICEF	
USA	AFD	France	
UNREC	Allemagne	AFD	
BAD	Japon – UEMOA	Chine	
BM	BAD - BM – BIT	BAD – BIT - FSD	
FMI		Japon – PAM – UEMOA	
	Partenaires présents en 2006 avec un programme actif de coopération		
	Partenaires présents en 2006 avec un programme réduit de coopération		
	Partenaires sans programme de coopération en 2006		

Source : UNDAF révisé, Octobre 2010

2.1.3 Situation économique et sociale

La situation économique nationale est marquée par une croissance économique de plus en plus forte (+3,1% en moyenne entre 2006 et 2010 contre 1,1% entre 1991 et 2005)⁴, résultats des efforts que réalise le gouvernement en matière des réformes économiques et sociales depuis 2008. Ainsi, les réformes entreprises ont permis d'atteindre en novembre 2008 le point de décision de l'Initiative en faveur des Pays Pauvres Très Endettés (PPTTE) et en décembre 2010 le point d'achèvement de l'Initiative PPTTE et de voir l'annulation de 82% de la dette publique extérieure du Togo.

Au niveau des indicateurs macro-économiques, la croissance du PIB a atteint 3,1% en 2009 et 3,7% en 2010 en dépit d'un environnement économique international difficile. Le taux de croissance économique de 4,0% atteint en 2010⁵ (supérieur au taux de croissance démographique de 2,58% la même année⁶) est un signe encourageant de la reprise économique. Cependant, cette croissance, malgré sa hausse significative, s'avère encore insuffisante pour réduire significativement la pauvreté⁷ et relever le défi des OMD notamment les droits à la santé, à l'éducation, et à l'alimentation.

³ Rapport sur l'APD, Togo août 2010.

⁴ Rapport du PNUD, rédigé dans le cadre de la préparation du forum du DRSP II, Décembre 2011

⁵ Etat des lieux de la situation socio-économique du Togo de 2008 à 2011, présenté au cours du forum national d'orientation du DSRP II, décembre 2011.

⁶ RGPH, 2010. Résultats provisoires. Togo, février 2011

⁷ Selon les simulations réalisées en 2007 avec les données de l'enquête QUIBB de 2006, il faudrait une moyenne de 6 à 7% de croissance annuelle et réduire les inégalités régionales afin d'avoir des retombées sur la réduction de la pauvreté et sur le bien-être des populations

En effet, les tendances observées entre 1980 et 2006 avaient montré une progression de la pauvreté de la population togolaise (incidence de pauvreté passant de 32% à 61,7% pendant la période⁸) ; une pauvreté essentiellement rurale et plus marquée dans les régions centrale, Kara et Savanes qui était la région la plus pauvre du Togo (voir tableau 2.2 ci-après).

Tableau 2.2 : Répartition de la pauvreté entre milieu rural et milieu urbain par région

Incidence de la pauvreté monétaire par milieux de résidence selon les régions (en %)							
	Lomé	Maritime	Plateaux	Centrale	Kara	Savanes	National
Milieu urbain	24,5	54,3	36,5	60,2	60,9	76,8	36,6
Milieu rural	-	71,1	60,2	84,0	80,0	92,4	74,3
Ensemble	24,5	69,4	56,2	77,7	75,0	90,5	61,7

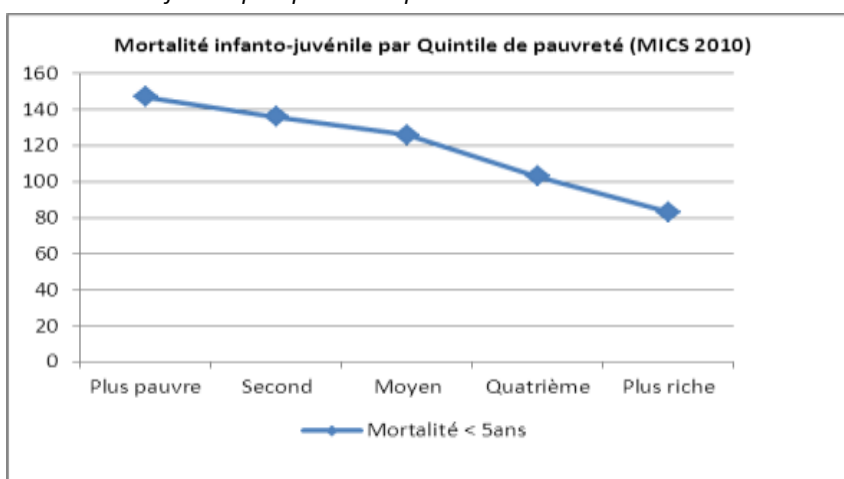
Source: Enquête QUIBB, 2006

La publication des résultats de l'enquête QUIBB de 2011 devrait permettre de disposer des informations sur les tendances de la situation de pauvreté au Togo entre 2008 et 2010.

2.1.4 Lien entre pauvreté et santé

Les résultats du MICS 4 de 2010 montrent une corrélation forte entre, d'une part la pauvreté, et d'autre part, la prévalence des principales causes de morbidité et de mortalité maternelle et infantile. En effet, la proportion de cas de fièvre, de pneumonie présumée, de diarrhée, et la prévalence de la malnutrition sont en général plus élevées chez les enfants de moins de 5 ans vivant dans les ménages les plus pauvres et plus particulièrement dans la région des savanes où l'incidence de la pauvreté était plus élevée selon l'enquête QUIBB de 2006. Ainsi, selon MICS4, le nombre de cas de pneumonie relevés chez les enfants de moins de 5 ans est presque deux fois plus élevé dans les ménages les plus pauvres (7,6%) que dans les ménages les plus riches (4,1%) ; 25,1% des enfants de moins de 5 ans des ménages les plus pauvres ont eu la diarrhée contre seulement 12% des enfants des ménages les plus riches. En outre, l'analyse des niveaux de la mortalité entre les différents groupes économiques du Togo montre que la mortalité des enfants des 20 % des ménages les plus riches est presque de moitié moindre que celle des 20 % des ménages les plus pauvres comme le montre la figure 2.2 présentée ci-après .

Figure 2.2 : Mortalité infantile par quintile de pauvreté



De même, l'analyse des différences entre les six régions sanitaires du Togo montre que le taux de mortalité infantile de la région de Kara (144/1 000 naissances vivantes) est plus de 50% supérieur à celui de la région Maritime (102/1000 naissances vivantes).

⁸ Enquête QUIBB de 2006.

Enfin, la pauvreté figure parmi les principaux déterminants de la croissance rapide de la pandémie de l'infection à VIH car, entre autres, elle force de nombreuses personnes, notamment les jeunes femmes et filles dans le besoin à adopter des comportements à risque tels que la prostitution.

A ces inégalités géographiques et économiques s'ajoutent des disparités sociales. Une mère ayant finalisé l'enseignement primaire et entrepris le niveau secondaire a presque deux fois moins de chance d'avoir un enfant qui meurt avant l'âge de cinq ans qu'une mère n'ayant bénéficié d'aucune scolarisation (MICS4).

2.1.5 Stratégie nationale de réduction de la pauvreté

Le caractère très préoccupant de la situation de la pauvreté au Togo a conduit le Gouvernement togolais à s'engager à partir de 2008 dans une stratégie nationale de développement basée sur la réduction de la pauvreté (DSRP). Sur la base des leçons apprises de la mise en œuvre du DSRP Intérimaire de 2008, le Gouvernement a adopté en 2009 son DSRP Complet qui précise pour la période 2009-2011 le cadre général de l'action publique visant à réamorcer le processus de développement économique et social du Togo. La stratégie vise principalement à l'horizon 2015 à :

- (i) réduire de moitié le nombre de togolais ne pouvant s'assurer une alimentation convenable et des besoins non alimentaires de base ;
- (ii) réduire de moitié, la proportion des personnes privées d'accès à l'eau potable ;
- (iii) augmenter l'espérance de vie ;
- (iv) arrêter la propagation du VIH/SIDA par l'inversion de la tendance actuelle ;
- (v) et réaliser l'éducation primaire pour tous.

Comme on peut le noter, la santé est intégrée dans cette stratégie nationale de développement comme un levier important de réduction de la pauvreté et de l'intégration sociale.

Les résultats de l'évaluation de la mise en œuvre du DSRP-C réalisée en décembre 2011 dans le cadre du prochain DSRP II en cours de formulation montrent qu'en dépit des avancées significatives enregistrées entre 2008 et 2011 notamment sur le plan économique et politique, dans les secteurs de l'éducation primaire et de l'eau, la situation n'a pas beaucoup changé pendant la période en ce qui concerne les OMD. Par ailleurs, les disparités régionales en matière d'accès aux services sociaux demeurent toujours élevées. Les défis majeurs que le DSRP II devrait relever restent la reconstruction des bases d'une croissance forte, durable, inclusive et équitable ainsi que l'amélioration des conditions de vie afin d'avoir des retombées sur la réduction de la pauvreté et sur le bien-être des populations.

2.2 SITUATION SANITAIRE

L'analyse de la situation sanitaire sera abordée sous deux aspects :

- le profil épidémiologique décrivant l'état de santé de la population togolaise et mettant l'accent sur les principales pathologies et problèmes de santé à l'origine de la forte morbidité et mortalité dans la population ;
- l'organisation et le fonctionnement du système de santé en rappelant les principales conclusions de l'analyse de la situation du secteur réalisée en 2011 et les principaux goulots d'étranglement qui empêchent le passage à l'échelle de la couverture effective des interventions à haut impact sur les OMD.

2.2.1 Profil épidémiologique

Dans l'ensemble, les indicateurs sanitaires clés (tableau 2.3) indiquent, nonobstant quelques progrès significatifs obtenus ces dernières années, que les efforts consentis à ce jour n'ont pas permis d'atteindre les objectifs poursuivis (OMD). Les indicateurs de santé liés aux problèmes de santé ciblés par les OMD n'ont connu que peu d'évolution ou sont en quasi-stagnation entre 2006 et 2010.

Tableau 2.3 : Evolution des indicateurs clés de la santé au Togo

Indicateurs épidémiologiques	1988	1998	2006	2010
Espérance de vie à la naissance (années)	55,0	49,0	59,8 (2000)	63,3
Taux brut de mortalité (pour 1.000 habitants)	15,0	13,0	9,6 (2000)	8,1
Mortalité néonatale (pour 1.000 naissances vivantes)	50,4	42	ND	ND
Mortalité infantile (pour 1.000 naissances vivantes)	80,5	79,7	77	78
Mortalité infanto-juvénile (pour 1.000 naissances vivantes)	158	146	123	123
Mortalité maternelle (pour 100.000 naissances vivantes)	640	478	510 (2005)	350 (2008)
Indice synthétique de fécondité	6,6	5,4	5,1 (2000)	4,1
Prévalence de retards de croissance (%)	37,0	30,0	23,7	29,5
Prévalence de l'insuffisance pondérale	27,0	25,0	26,0	16,6
Prévalence de la malnutrition aigue	ND	ND	14,3	4,8
Prévalence de diarrhée chez les enfants de moins de 5 ans	29,0	31,0	15,0	20,6
Prévalence des IRA chez les enfants de moins de 5 ans	ND	ND	6,0%	5,0%
Prévalence du VIH (% population de 15-49)	1,0 (1987)	5,9	3,3 (2005)	3,2
Prévalence de l'HTA	ND	ND	ND	19 %
Prévalence du diabète	ND	ND	ND	2,6 %
Prévalence du tabagisme	ND	ND	ND	6,8 %

Sources : MICS 3 et 4, <http://donnees.banquemondiale.org/indicateur>; rapport ONUSIDA, 2010. SMART, 2010 ; Enquête Step-Wise 2010

La situation sanitaire du Togo est caractérisée par des niveaux encore élevés des taux de morbidité et de mortalité. Le profil de mortalité est marqué par les maladies infectieuses et les maladies non transmissibles.

2.2.1.1 Espérance de vie à la naissance

L'espérance de vie à la naissance au Togo est estimée à 63,3 ans en 2010 tous sexes confondus, selon la Division de la population des Nations Unies. Quoique légèrement supérieure à la moyenne de 59 ans enregistrée pour l'ensemble des pays d'Afrique au sud du Sahara, elle demeure en grande partie influencée par le taux élevé de mortalité infantile.

2.2.1.2 Mortalité Générale

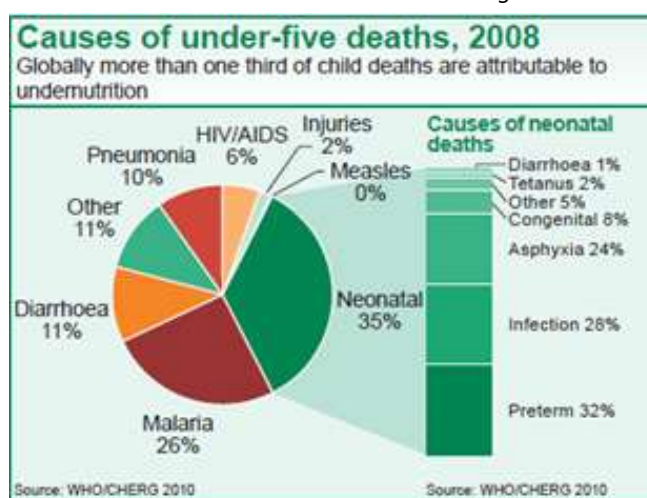
Le taux de mortalité générale estimé à 8,1⁹ pour mille, s'explique essentiellement par les taux élevés des mortalités infantile (TMI), infanto-juvénile (TMIJ)¹⁰, maternelle et de la mortalité liée au sida ; ces cibles des OMD constituent plus de 65 % de la mortalité de la population togolaise.

2.2.1.3 Mortalité et morbidité chez les enfants de moins de 5 ans

Le taux de mortalité infanto-juvénile est estimé à 123‰ selon les résultats de MICS 2010, inchangé par rapport au MICS de 2006 alors qu'il avait connu une réduction annuelle de 2 % entre 1998 et 2006. La réalisation de l'OMD 4 aurait nécessité que le taux annuel de réduction soit d'environ 12 % à compter de 2010. Par ailleurs, selon le rapport de suivi des OMD (2010) le taux de mortalité infanto-juvénile devrait être autour de 60‰ en 2010 (au lieu de 123‰) pour espérer être au rendez-vous de 2015.

La figure 2.3 ci-après présente les principales causes de mortalité des enfants de moins de 5 ans.

Figure 2.3 : Causes de décès des moins de 5 ans au Togo



La mortalité infanto-juvénile est due essentiellement à des maladies infectieuses : près de la moitié des décès (47%) chez les enfants de moins de 5 ans est liée au paludisme (qui reste le problème majeur de santé publique au Togo), à la diarrhée et la pneumonie pour lesquelles des interventions simples ayant un haut impact avéré peuvent facilement être mises en œuvre. Les causes néonatales sont également très importantes (35% des décès). La mortalité des enfants semble également liée à des facteurs sociaux notamment le niveau d'alphabétisation de la mère, le niveau de richesse du ménage et le milieu de résidence comme cela a été relevé dans le chapitre précédent.

⁹ Division de la population des Nations Unies (voir <http://www.un.org/esa/population/unpop.htm>)

¹⁰ Enquête MICS4 de 2010

Les causes majeures de la mortalité des enfants :

- Le **paludisme** représente la première cause de morbidité et de mortalité des enfants de moins de 5 ans enregistrées dans les formations sanitaires. Les résultats d'enquête MICS, 2010 indiquent une prévalence nationale de paludisme de 33,1 % chez les enfants de moins de cinq ans.

D'après les données du ministère de la santé (Indicateurs Essentiels 2009), les enfants de 0 à 5 ans sont les plus touchés dans une proportion de 48% par rapport au nombre de cas enregistrés tous âges confondus. Les enfants de moins de 5 ans hospitalisés pour cause de paludisme représentaient 60,6% des enfants hospitalisés. Le taux de mortalité hospitalière proportionnelle du paludisme était de 19 % en 2009 avec une létalité moyenne de 5 %.

- La **malnutrition** reste préoccupante chez les enfants de 0 à 5 ans. La malnutrition chronique est élevée et touche en moyenne près de 30% des enfants du Togo avec une variabilité importante d'une région à l'autre (43% dans les savanes et 16% dans la commune de Lomé) et également une variabilité suivant les quintiles de richesse (40% chez les enfants du quintile le plus pauvre contre 13 % chez les enfants du quintile le mieux nanti). La malnutrition aiguë varie avec les conditions de sécurité alimentaire et s'élevait à 4,8 % en moyenne sur l'ensemble du territoire en 2010¹¹.

Les **carences en micro nutriments** (Fer, Iode, Vitamine A) sont également fréquentes. La prévalence de l'anémie demeure élevée. Elle est estimée à plus de 40% chez les femmes enceintes et de 76 à 91% chez les enfants de 6 à 36 mois.

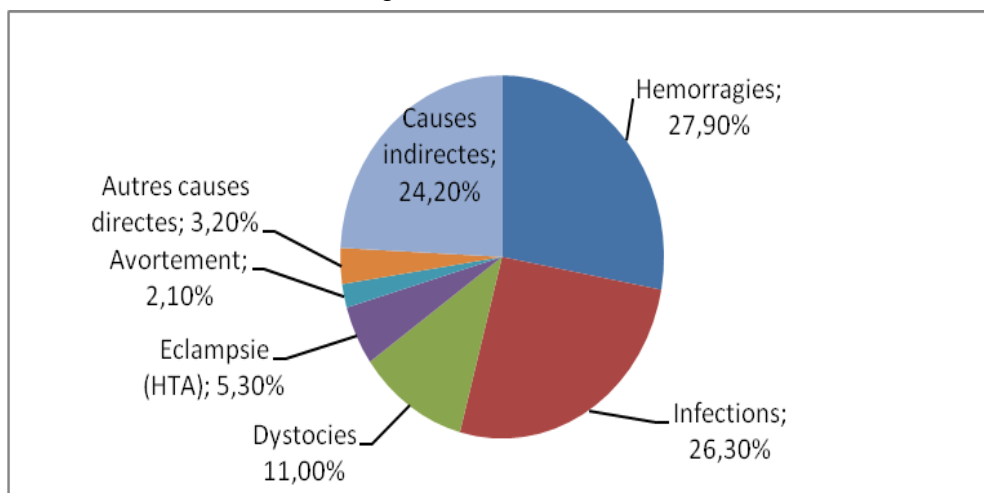
- Les **maladies diarrhéiques** dont la prévalence s'est accrue de 15% en 2006 à 20,6% en 2010, représentent environ 14% des causes de mortalité infantile. En 2008, 674 cas de diarrhées (tous types confondus) et 3 décès associés avaient été recensés (soit un taux de létalité associée de 0,4%). En 2009, 762 cas de diarrhées rouges ont été recensés (0 décès), et 292 cas d'autres diarrhées graves (dont 7 décès). On observe, pour tous types de diarrhée confondus, un taux de létalité de 0,6% en 2009, soit une hausse de plus de la moitié par rapport à 2008. Les causes de la diarrhée sont multiples : infections sur un lit de malnutrition et favorisées par un faible accès à l'eau potable, de mauvaises pratiques d'hygiène et d'élimination des déchets.
- Les **infections respiratoires : le cas de la pneumonie**. Selon MICS 2010, environ 5% des enfants de moins de 5 ans ont été suspectés de pneumonie. D'après les données de l'UNICEF et de l'OMS (2007), le Togo appartient aux zones enregistrant le plus grand nombre de cas de pneumonie : plus de 0,3 cas de pneumonie par enfant et par an ; 17% des décès des moins de cinq ans étaient dus à la pneumonie.

2.2.1.4 Mortalité et morbidité maternelles et néonatales

La mortalité maternelle est très élevée au Togo : le ratio de décès maternel estimé à 350 pour 100.000 naissances vivantes (Inter Agency Estimates, 2008) demeure largement au-dessus du ratio attendu de 160 pour 100.000 naissances en 2015. Ainsi, ce sont trois femmes qui meurent par jour suite à une complication liée à la grossesse, à l'accouchement ou aux suites de couches. D'après les données des figures 2.4 et 2.5 ci-après, 75% des décès maternels sont dus à des causes directes qui sont par ordre de fréquence : les hémorragies, les infections, les accouchements difficiles, les éclampsies (hypertension artérielle) et les complications d'avortement. Les causes indirectes telles que : le paludisme, l'anémie, le VIH/sida, les cardiopathies, le diabète, représentent les 25% restants.

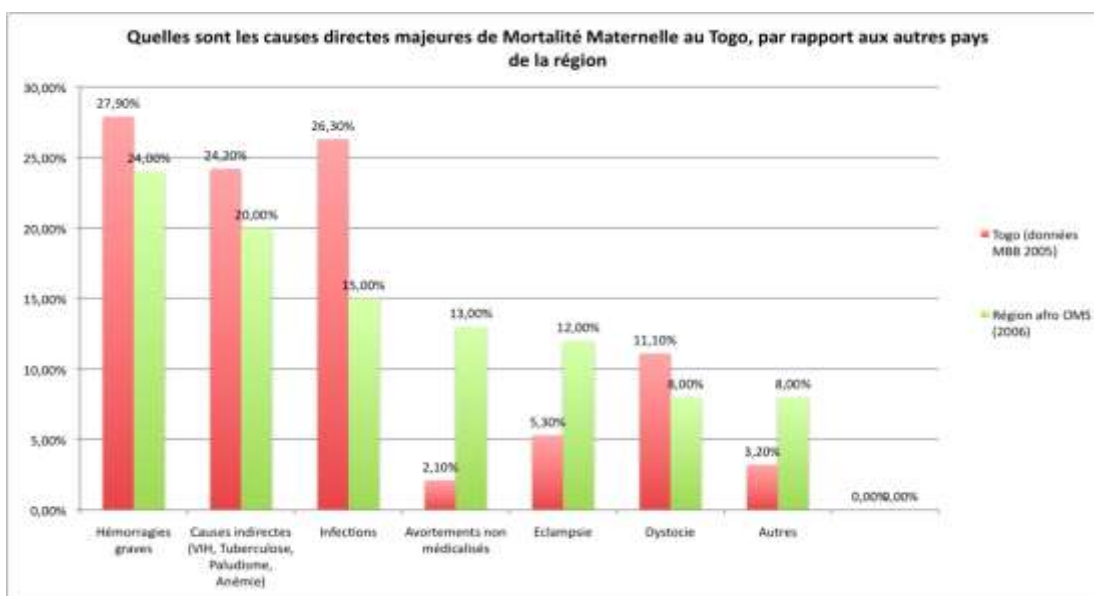
¹¹ Enquête MICS4 de 2010

Figure 2.4 : Causes de décès maternel au Togo



Source : Reduce Alive 2008

Figure 2.5 : Causes de décès maternel au Togo et en comparaison avec la moyenne de la Région d'Afrique de l'Ouest.



Source : feuille de route pour la réduction de la mortalité maternelle, néonatale et infanto-juvénile du Togo, période 2008-2012– OMS, UNICEF, UNFPA, AWARE reproductive health, Plan Togo.

Les décès dans la période néonatale représentent plus du tiers des décès des enfants de moins de 5 ans (35% des décès interviennent durant les premiers 28 jours de vie). Les causes de décès néonataux sont dominées par les infections sévères (28 %), la prématurité (32 %), l'asphyxie (24 %) (voir figure 2.3).

La mortalité néonatale toujours élevée qui prévaut au Togo (39 pour 1.000 naissances vivantes en 2008) indique une faible performance du système national de santé notamment en termes de SONU.

En effet, l'enquête nationale sur les SONU réalisée en 2005 a montré que le taux de létalité maternelle était de 5,6% pour l'ensemble des structures SONU avérées alors qu'il doit être inférieur à 1% selon les normes internationales¹². La Région sanitaire Lomé-Commune a le taux le plus élevé (9,5%). Quant au taux de létalité néonatale, il était de 12,6% pour l'ensemble des SONU avérés. Ce taux atteint 26,7% dans la région de la Kara. Pour ce qui concerne le taux de létalité périnatale, il était de 31‰ pour l'ensemble des SONU.

¹² Rapport d'enquête nationale sur les SONU, 2005.

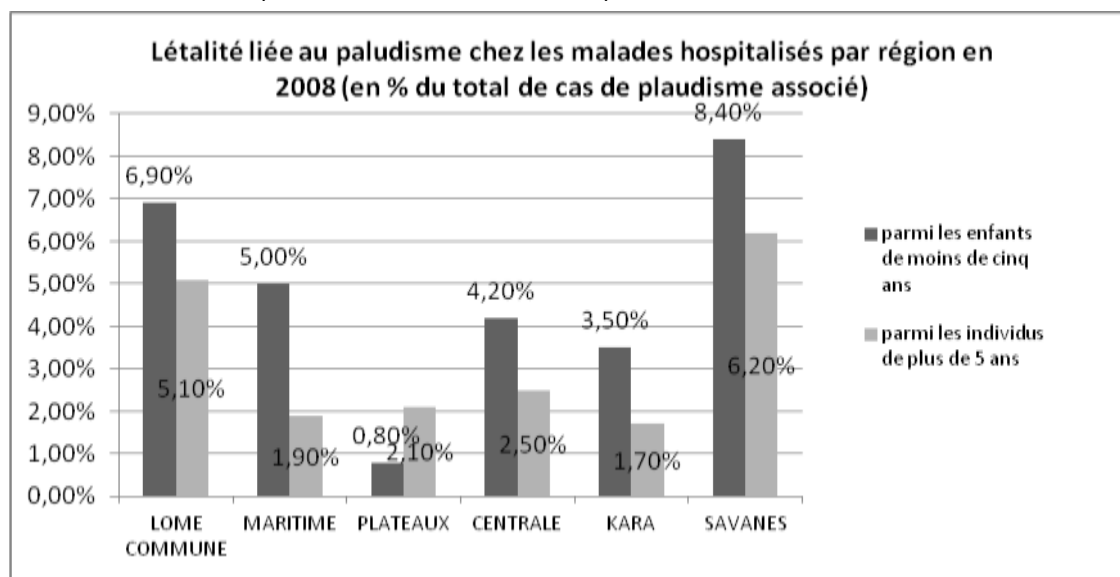
2.2.1.5 Paludisme, VIH/sida, Tuberculose et autres maladies endémiques

Le paludisme constitue un des lourds fardeaux du système de santé du pays. Il totalise en moyenne 40% de toutes les consultations externes entre 2000 et 2008 avec une grande vulnérabilité des enfants de moins de 5 ans. Il est endémique et stable avec une transmission qui dure presque toute l'année sur l'ensemble du territoire national. Selon le rapport PNLP 2009, le paludisme représentait :

- 48% des consultations externes contre 42% en 2008;
- 28% des hospitalisations ;
- 19% des décès enregistrés dans les établissements de soins (23% en 1998) ;
- 25% des décès chez les enfants de moins de 5 ans (34% en 1998)

Selon la répartition géographique, on observe une prévalence des cas de paludisme chez les malades hospitalisés plus élevée dans les régions des Plateaux (69%), de Kara (69%), Centrale (67%) et des Savanes (65%). Par contre, la létalité associée aux cas de paludisme est plus forte dans les régions des Savanes (8,40%) et de Lomé (6,90%).

Figure 2.6 : létalité associées au paludisme chez les malades hospitalisés



Source : Indicateurs Essentielles 2009 – Ministère de la Santé et FNUAP

En ce qui concerne le VIH, la prévalence au sein de la population générale est l'une des plus élevées de l'Afrique de l'Ouest (3,2% en 2010¹³). Bien qu'étant de type généralisée (3,5% chez les femmes enceintes en consultations prénatales en 2010¹⁴), elle présente des disparités régionales et entre les différents groupes socio-culturels : la prévalence du VIH diminue de 6,8 % (Lomé-Commune) à 1,6 % (dans la région des Savanes) ; elle est plus élevée en milieu urbain (4,4%) qu'en milieu rural (2,5%)¹⁵. En outre, l'épidémie est concentrée chez les Professionnelles du sexe et leurs clients (29,5% et 13%), les Hommes ayant des rapports Sexuels avec d'autres Hommes (HSH avec une prévalence de 23%), les Consommateurs de Drogues Injectables (CDI) et les Détenus (7,6% dans la maison d'arrêt de Lomé).

¹³Rapport ONUSIDA 2010

¹⁴Rapport d'activités du PNL 2010

¹⁵Rapport sur la surveillance sentinelle du VIH chez les femmes enceintes, PNL 2010

S'agissant de la tuberculose, le nombre de cas augmente d'année en année en raison de la co-infection TB/VIH et de l'amélioration de la notification des cas. Le nombre de cas de tuberculose dépistés est passé de 1 452 à 2 097 entre 2001 et 2010. Environ 25% des malades souffrant de la forme pulmonaire de tuberculose présentent une coïnfection TB/VIH¹⁶.

Par ailleurs, des épidémies annuelles récurrentes de choléra et de méningite font encore de nombreuses victimes, avec des taux de létalité encore élevés.

Depuis 1980, la méningite cérébro-spinale évolue au Togo en dents de scie avec des pics épidémiques et un espace inter épidémique qui se raccourcit passant de 10 ans à 5 ou 3 ans. Les données récentes des études faites par l'Agence de Médecine Préventive ont montré une part croissante des méningites à pneumocoque ces dernières décennies avec une prédominance du sérotype 1, responsable d'environ 50% des cas, avec une létalité élevée d'environ 50%. Le taux d'incidence au-delà de l'âge de 5 ans est estimé à 10 pour 10 000 par an¹⁷.

Le choléra évolue de façon endémo-épidémique à Lomé et dans d'autres localités urbaines de la région maritime. Le Togo a connu de grandes épidémies de choléra ces dernières décennies notamment en 1998 avec 3669 cas et une létalité de 7%, en 2001 avec 2740 cas et une létalité de 5%.

La shigellose sévit de manière sporadique partout sur l'étendue du territoire national. L'évolution des maladies diarrhéiques est intimement liée à l'insuffisance de l'hygiène alimentaire et des mesures d'assainissement de base.

Depuis 2009, la prévalence des microfilaries est comprise entre 0% et 1% dans tous les districts endémiques de la filariose lymphatique¹⁸ suite aux efforts déployés au plan national pour son contrôle. Par contre, la cartographie de la schistosomiase faite dans les aires de santé hors Lomé Commune a permis de constater que la prévalence dépassait les 20 % dans plus de la moitié de ces aires de santé.

Enfin, les autres maladies transmissibles telles que l'ulcère de Buruli, la lèpre, la trypanosomiase, le pian constituent également un problème de santé publique ; on dénombre environ 300 nouveaux cas de lèpre par an.

2.2.1.6 Maladies non transmissibles

En dehors des principaux problèmes de santé mentionnés plus haut, le Togo supporte un autre fardeau de la maladie lié aux handicaps et surtout à l'émergence de maladies non transmissibles (MNT). Les MNT constituent un nouveau défi majeur de santé publique comme en témoigne l'attention particulière du Système des Nations Unies sur le sujet : Réunion de Haut niveau des NU sur la prévention et la maîtrise des MNT, septembre 2011. Les résultats de la première enquête STEPS réalisée en 2010 sur les facteurs de risque des MNT ont révélé que la prévalence de l'hypertension artérielle, principal facteur de risque des accidents vasculaires cérébraux et des crises cardiaques, était de 19 % et celle du diabète évalué à 2,6 %, au sein de la population des 15-64 ans. Les maladies cardiovasculaires représentaient 6 % des décès enregistrés dans les établissements de

¹⁶ Rapport d'activités 2010, PNL

⁸ Centers for Disease Control and Prevention. Progress Toward Elimination of Lymphatic Filariasis — Togo, 2000–2009. MMWR 2011;60:989-991.

¹⁷ Traore Y, et al. Incidence, seasonality, age distribution, and mortality of pneumococcal meningitis in Burkina Faso and Togo. Clin Infect Dis. 2009 Mar 1;48 Suppl 2:S181-

¹⁸9 Centers for Disease Control and Prevention. Progress Toward Elimination of Lymphatic Filariasis — Togo, 2000–2009. MMWR 2011;60: 989- 991

soins du pays. Les autres MNT en pleine évolution dans le pays sont :(i) le cancer du col de l'utérus, du sein, de la prostate (ii) les maladies bucco-dentaires (iii) les maladies mentales (iv) la drépanocytose (v) le tabagisme dont la prévalence est de 6,8 %, (vi) les violences et traumatismes. Ainsi, selon le rapport 2010 du Ministère de la sécurité et de la protection civile, 3 101 cas d'accidents de la voie publique (AVP) ont été enregistrés dont 470 décès.

2.2.2 Organisation sanitaire

2.2.2.1 Organisation administrative du système de santé

Le système de santé du Togo est organisé en une pyramide sanitaire à trois niveaux : central, intermédiaire et périphérique :

- le **niveau central** est représenté par le cabinet du ministère, la direction générale de la santé (DGS) et ses cinq directions centrales avec leurs divisions et services, ainsi que les institutions de santé à portée nationale
- le **niveau intermédiaire** comprend 6 directions régionales de la santé (DRS);
- le **niveau périphérique** est représenté par le district sanitaire qui constitue l'entité opérationnelle. L'administration des districts sanitaires est assurée par les 30 directions préfectorales de la santé (DPS) et 5 directions de district sanitaire (DDS).

Chaque niveau a ses attributs. Cependant, il convient de noter que l'audit organisationnel du ministère de la santé effectué en 2009 a révélé une organisation de l'administration sanitaire inadéquate au regard des défis à relever face aux OMD liés à la santé.

Pour y remédier, un nouvel organigramme avec une redéfinition des missions visant à renforcer le leadership et la gouvernance institutionnelle du ministère de la santé est en cours de validation.

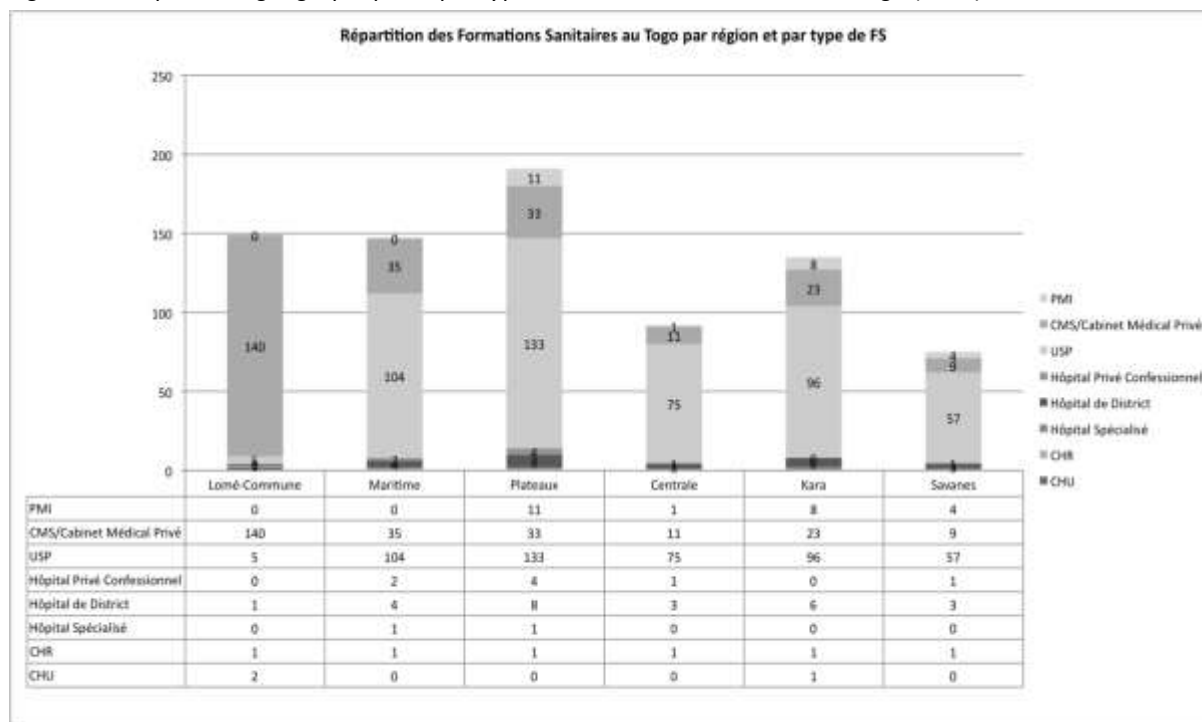
2.2.2.2 Organisation des structures de soins

Le système de prestations de soins est également organisé en trois niveaux de soins : primaire, secondaire et tertiaire.

- Le niveau primaire est constitué des structures de soins de santé primaires autour du district sanitaire et comprend deux échelons : les structures de soins de base (USP, cabinet privé de soins et PMI) et les structures de soins de première référence (HD) publiques ou privées avec ou sans Antenne chirurgicale ;
- Le niveau secondaire est représenté par les Centre Hospitalier Régional (CHR) et hôpitaux spécialisés de référence
- Le niveau tertiaire est constitué par les Centres Hospitaliers Universitaires (CHU) et les institutions spécialisées de santé de portée nationale.

Le Togo compte 3 CHU (2 à Lomé et 1 dans la région de Kara), 6 CHR (1 par région sanitaire), 35 hôpitaux de districts publics et 9 hôpitaux et 16 cliniques privés agréés. On recense également 730 USP dont 251 CMS et Cabinets privés. Au total, selon le document des *Principaux Indicateurs de santé de 2009*, le Togo comptait 789 formations sanitaires conformes aux normes tous secteurs et toutes catégories confondus (figure 2.7).

Figure 2.7: Répartition géographique et par type des Formations Sanitaires au Togo (2009)



2.2.3 Synthèse de l'analyse des composantes du système de santé

L'analyse de la situation du secteur de la santé réalisée selon une approche inclusive et participative de l'ensemble des parties prenantes du secteur et adoptée le 10 mai 2011, a permis de mettre en exergue d'une part, les forces, et d'autre part, les faiblesses qui entravent l'atteinte des OMD relatifs à la santé ainsi que les opportunités par principale composante du système de santé, tels que résumé dans les lignes qui suivent.

2.2.3.1. Gouvernance et pilotage du système de santé

L'analyse de la situation du secteur a montré que la gouvernance institutionnelle et le pilotage du système de santé sont des défis majeurs dans le cadre de la réforme du système de santé.

Forces

- Existence de nombreux documents clés de politique et plans stratégiques de santé;
- Implication et participation de tous les acteurs de la santé y compris les communautés aux questions de santé ;
- Le Code de la santé publique promulgué en 2009 cadre parfaitement avec un environnement favorable à l'amélioration de la santé des populations.

Faiblesses

- Faiblesse de l'architecture institutionnelle du système de santé (faible application du principe de déconcentration et de décentralisation) ;
- Coordination insuffisante des différents acteurs de la santé ;
- Faible pilotage du système de santé (faiblesse des capacités de planification stratégique et opérationnelle, faiblesse de suivi et évaluation due à un système d'information sanitaire déficient qui ne permet pas à l'heure actuelle de disposer en temps réel des bases factuelles et des connaissances pour alimenter et orienter les décisions).

Opportunités

- Les déclarations de Paris et de Rome en faveur de plus d'efficacité de l'APD constituent une opportunité de renforcement du leadership et de la gouvernance du secteur;
- Le Projet d'appui à la réorganisation du Ministère de la Santé et la mise en place de nouvelles pratiques avec le support de l'AFD, sur la base des recommandations de l'audit organisationnel du MS réalisé en 2009, dans l'esprit de la réforme administrative en cours, sont autant d'opportunités à exploiter dans la mise en œuvre du PNDS.

2.2.3.2 Disponibilité, utilisation et qualité de l'offre

Au Togo, l'Etat reste le principal fournisseur de soins avec 67% du total de l'offre de services de soins en 2009. Le secteur privé, en majorité à but lucratif, assure 33% de l'offre et est surtout concentré dans la capitale et ses environs. Il existe également un secteur privé de soins traditionnel reconnu et très sollicité par les populations surtout en zones rurales ; mais la médecine traditionnelle en développement n'est pas encore bien organisée.

Forces

- Existence d'un cadre politique, stratégique normatif et réglementaire de référence;
- existence d'un plan stratégique national des interventions à base communautaire, traduisant une volonté politique de redynamisation de la santé communautaire;
- Des avancées sont enregistrées en matière d'offre et d'utilisation de certains soins préventifs (par exemple la vaccination, la consultation prénatale etc.)

Faiblesses

- Insuffisance d'offres de service et soins essentiels (couverture très limitée de l'approche communautaire intégrée du traitement des maladies infantiles les plus létales, faible disponibilité des SONU, etc.)
- Disparités majeures dans l'accès aux soins (offre de soins et ressources humaines majoritairement concentrées dans les grands pôles urbains);
- Faible utilisation des services : le taux de fréquentation des consultations curatives est en moyenne inférieur à 30% en raison surtout des barrières financières que constituent les coûts des soins pour les familles pauvres (absence d'une politique effective favorisant l'accès aux soins surtout au niveau périphérique) ;
- faible qualité des soins proposés dans les formations sanitaires (non adéquation du personnel et du plateau technique des services de soins aux normes, irrégularité des supervisions etc...);
- Faiblesse de partenariat public-privé (approche de contractualisation des soins peu effective);
- Développement informelle et anarchique de la pratique privée de la médecine.

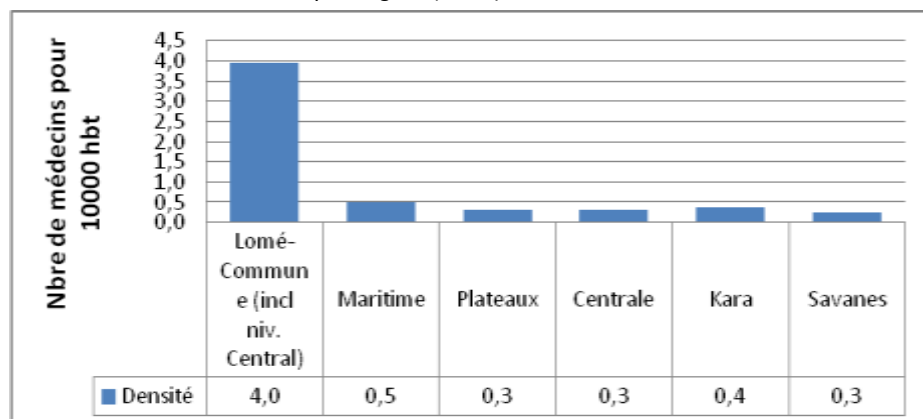
Opportunités

- Adhésion du Togo au Partenariat pour la santé (IHP+) permettant une réforme du système national de santé et la mise en œuvre d'interventions essentielles relatives aux thématiques (santé eau hygiène assainissement, VIH/Sida Nutrition) et ayant un haut impact sur la réduction de la mortalité et par conséquent capables de produire des résultats en termes d'amélioration de la santé des populations,
- 4^{ème} RGPH de 2010 permettant au secteur de disposer des données actualisées et désagrégées pour le calcul des populations cibles.

2.2.3.3 Ressources Humaines en Santé (RHS)

La situation des RHS au Togo se caractérise par une pénurie pour certaines catégories de personnel de santé qualifié, et surtout une répartition géographique extrêmement inéquitable. La densité de médecin par région se présente comme ci-après :

Figure 2.8 : Densité de médecins par région (2010)



Source : Ministère de la santé, Division de l'Administration et des Ressources Humaines,

Forces

- Existence d'un plan de développement et de gestion des ressources humaines (PDGRH 2009-2013) en santé y compris un plan de formation des RHS ;
- Processus de réforme globale du cadre organique de la fonction publique en cours;
- Mise en place des mécanismes permettant à terme une gestion rationnelle et efficiente des RHS;
- Récente création des écoles de formation des paramédicaux dans la partie septentrionale du pays.

Faiblesses

- Déficit quantitatif et qualitatif de RHS persistant en raison de facteurs divers (recrutement insuffisant de certaines catégories de personnel formé, insuffisance de normes en matière de RHS, faible capacité de production des structures de formation, formation continue mal organisée, forte migration des médecins, etc.);
- Distribution géographique des RHS extrêmement inéquitable, les ressources humaines étant majoritairement concentrées dans les grands pôles urbains (74 % des médecins exercent à Lomé alors que seul 7 % d'entre eux exercent dans les deux régions de Kara et Savane);
- Faible productivité des RHS (absence de système d'évaluation des performances, absence de mesures incitatives).

Opportunités

- Le renforcement des ressources humaines en santé fait partie des priorités formulées lors des récentes rencontres sectorielles internationales (Ethiopie 2007, Sénégal 2008) consacrées au développement des capacités sanitaires en Afrique.
- la priorité accordée au développement des RHS dans le nouveau projet d'appui de l'AFD au secteur de la santé au Togo ; (création d'une direction des RH au sein du MS en cours).

2.2.3.4 Accès aux médicaments, vaccins, produits sanguins et aux technologies médicales

La disponibilité des médicaments génériques, de qualité et peu chers constitue un des défis majeurs à relever pour adresser l'accès financier des patients et familles au traitement. L'insuffisance des subventions publiques des produits essentiels (médicaments, vaccins, produits sanguins et consommables médicaux) et la non rationalisation des coûts sont des obstacles importants à l'accès de tous aux soins.

Forces

- Existence d'un cadre législatif et réglementaire concernant ces différents domaines mais le cadre doit encore être aménagé et les politiques mises à jour ;
- Existence d'un système performant d'approvisionnement et de distribution de vaccins;
- Nouvelles acquisitions et renouvellement d'équipements biomédicaux dans certaines structures hospitalières ;
- Secteur de la transfusion sanguine en pleine expansion.

Faiblesses

- Disponibilité insuffisante des médicaments génériques, de qualité et peu chers (situation de fragilité économique et financière de la CAMEG – Togo¹⁹, système d'assurance qualité peu performant ou inexistant, non-respect de la politique nationale des prix des médicaments et de la politique des MEG ;
- Inadéquation de la liste des médicaments et produits essentiels (LME) avec les PIHI par niveau de soins ;
- Trop grande dépendance du financement des produits essentiels (Anti -Retro viraux, réactifs de laboratoires, vaccins, antituberculeux, etc.) à l'égard de l'aide extérieure : par exemple, près de 70% du financement du PEV et plus de 80% du financement des ARV proviennent actuellement de l'aide extérieure;
- Faiblesse des fonctions et des moyens de régulation et de contrôle de la qualité;
- Nombreux dysfonctionnements au niveau du secteur du laboratoire (pénurie de personnel qualifié, l'insuffisance en équipement et en maintenance et leur répartition non équitable sur le territoire) ;
- Absence d'une politique nationale, de plan de maintenance et de renouvellement des infrastructures et équipements.

Opportunités

- Appui des PTF (OMS, AFD) au secteur pharmaceutique visant la promotion des médicaments génériques, l'aménagement du cadre réglementaire, la mise à jour de la politique pharmaceutique nationale, le renforcement du système national pharmaceutique et des capacités de gestion des médicaments.

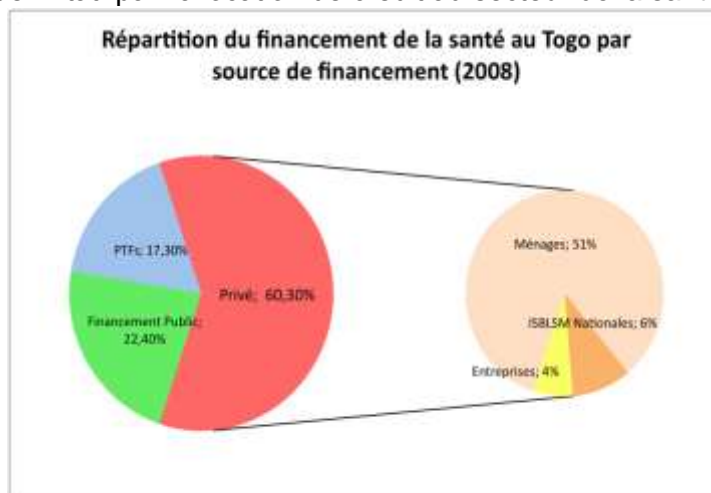
¹⁹ la CAMEG est le pilier du système d'approvisionnement en médicaments des structures publiques et de mise en œuvre de la stratégie nationale de promotion des MEG ;

2.2.3.5 Financement de la santé

Pour ce qui est du financement du secteur de la santé au Togo, il repose essentiellement sur les ressources budgétaires internes de l'Etat par l'allocation de crédit au secteur de la santé, les ressources des ménages et autres financements privés et les ressources financières provenant de l'aide internationale.

Selon les *Comptes Nationaux de la Santé* (CNS) pour l'année 2008, la dépense globale de santé au Togo atteint plus de 70 milliards de FCFA, soit une dépense par habitant de 13.178 FCFA en 2008, et environ 6,9% du PIB.

La mobilisation des ressources du système de santé reste encore très marquée par les dépenses directes des ménages.



Source : CNS 2008

Forces

- Amélioration de l'exécution du budget depuis 2004 (taux d'exécution des dépenses de fonctionnement supérieurs à 80% sur la période 2008-2010 contre moins de 40% en 2002);
- Existence des procédures simplifiées de passation des marchés publics depuis 2010 afin d'améliorer l'exécution des programmes d'investissement financé par l'Etat.

Faiblesses

- Poids élevé des dépenses directes de santé des ménages (51% des dépenses de santé à travers le paiement direct identifié comme un facteur important de faible accessibilité financière des populations aux soins et par conséquent de la sous-utilisation des services) ;
- Insuffisance du budget de l'Etat alloué au ministère de la santé (le ratio budget de la santé sur budget de l'Etat est autour de 6%, ce qui représente 31,6 % des dépenses prévisionnelles du MS) ;
- Allocation des ressources publiques non équitable et non efficace (allocation budgétaire non basée sur le niveau d'activité réel des formations sanitaires, manque de ciblage des interventions les plus efficaces et les plus accessibles aux pauvres : par exemple 36,5% des dépenses de santé de l'Etat vont aux dépenses d'administration générale ; le ratio budget d'investissement sur budget de fonctionnement est de l'ordre de 0,2 alors qu'il devrait se situer entre 0,4 et 0,6 pour une dépense efficace de santé) ;
- Utilisation non efficiente des ressources financières disponibles (mauvaise gouvernance ; absence de mécanismes efficaces de contrôle de gestion)
- Insuffisance du financement extérieur au regard des défis énormes que le Togo doit relever pour atteindre les OMD liés à la santé (l'intervention financière des PTF représente 18% des dépenses de santé).

Opportunités

- Lancement de l'assurance maladie pour les agents publics (la loi n° 2011-003 promulguée en mars 2011 instituant un régime obligatoire d'assurance maladie des agents publics et assimilés) gérée par l'Institut National d'Assurance Maladie (INAM) ;
- Efforts de mutualisation au niveau des communautés à travers la promotion de mutuelles de santé au sein des groupements de production, des groupes organisés ; mais ces efforts doivent encore être appuyés ;

- Processus d'élaboration du pacte national IHP+ dont la signature prévue en fin 2011 devrait permettre au secteur de bénéficier d'une confiance accrue des partenaires au développement sanitaire et une augmentation des financements (internes et externes pour la santé) plus prévisibles et mieux alignés sur les besoins des populations et les priorités nationales.

2.2.3.6 Information, recherche et gestion de la connaissance

Le système d'information sanitaire (SIS) au Togo est composé de divers sous-systèmes éparpillés dans différentes directions du Ministère de la Santé avec une faiblesse évidente de coordination.

Malgré les efforts réalisés à partir de 1994 avec l'informatisation de la gestion de l'information sanitaire jusqu'au niveau du district sanitaire, le SIS n'assure pas à l'heure actuelle une disponibilité permanente des informations complètes et fiables permettant la prise de décision pertinente et la planification aux différents échelons du système de santé.

Forces

- Informatisation progressive du SIS au niveau périphérique;
- Sous système de surveillance épidémiologique satisfaisant ;
- Existence d'une liste d'indicateurs essentiels pour le suivi des performances du système de santé.

Faiblesses

- Insuffisance de la complétude, de la fiabilité et de l'actualisation des informations produites par le SIS (insuffisances en capacités humaines et matérielles, absence d'un système de contrôle de qualité effectif, secteur privé peu impliqué dans le processus de gestion de l'information sanitaire);
- Base informatique de données sanitaires non à jour depuis 2008 (mise à échelle des registres autocopiants non concluante) ;
- Multiplicité des canaux d'information spécifiques notamment des programmes de santé verticaux ;
- quasi-absence de coordination et de financements de la recherche en santé;
- absence de structure de veille et d'alerte sanitaire à même de collecter, analyser, synthétiser et diffuser les informations permettant de prévoir les risques sanitaires et anticiper leur survenue.

Opportunités

Très peu d'opportunités s'offrent à cette thématique. Cependant, l'engagement du Ministère de la santé de procéder à une restructuration de l'organigramme du département constitue une occasion pour renforcer les structures actuelles en charge de l'information sanitaire tant au plan d'équipement qu'en ressources humaines en nombre et en qualification requise.

2.2.4 Principales conclusions de l'analyse des goulots d'étranglements du système de santé

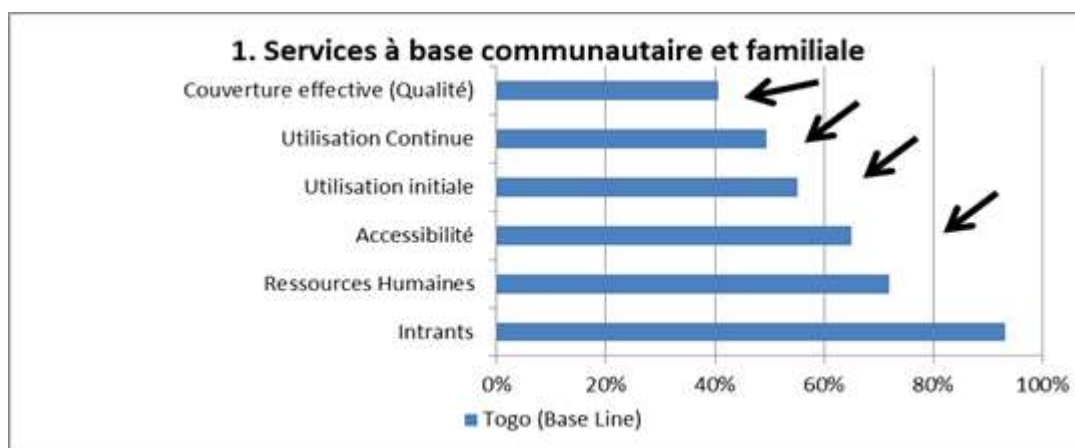
L'application MBB a permis d'affiner l'analyse de situation ciblée sur les interventions essentielles ayant un haut impact sur les OMD. L'outil MBB propose des regroupements sous forme de paquets d'interventions répartis selon les trois modes de prestation de services (communautaires et familiaux, soins préventifs orientés vers les populations et soins cliniques individuels). MBB permet d'identifier les goulots d'étranglement et d'aider à la détermination de leurs causes. Les goulots d'étranglements (GE) sont relatifs à l'offre (la disponibilité des ressources et l'accessibilité géographique des services) et à la demande (l'utilisation et la qualité des services).

Les données d'analyse des GE sont tirées du document de plaidoyer en cours d'élaboration par l'Unicef et le Ministère de la santé²⁰ et des résultats obtenus des travaux des groupes thématiques multidisciplinaires et plurisectoriels mis en place dans le cadre de l'élaboration du PNDS.

L'analyse causale des principaux GE est présentée par mode de service et par paquet d'interventions.

2.2.4.1 Analyse des goulots d'étranglement des Services et soins de santé communautaire

Le graphique ci-dessous présente une estimation de la performance des déterminants de couverture des interventions à base communautaire et familiale. Chaque déterminant de ce graphique est la moyenne des déterminants des 4 interventions traceuses : utilisation de moustiquaires imprégnées chez les enfants de 0 à 5 ans, utilisation de toilettes améliorées, allaitement maternel exclusif, traitement de la diarrhée avec le SRO (voir graphiques à l'annexe 1).



L'analyse de la performance a mis en évidence trois dimensions de la santé communautaire:

- il n'y a pas de problèmes majeur de disponibilité de produits (comme le chlore, le savon, la moustiquaire, etc.) ou médicaments de base (comme le SRO) ; par exemple, la situation des MILDA s'est améliorée considérablement depuis le début des campagnes de distribution gratuite et la vente de moustiquaires subventionnées à la CPN. Cependant, les familles, essentiellement celles vivant en zones rurales isolées, ont encore du mal à se procurer les produits ou médicaments de base pour mettre en œuvre les pratiques familiales : comme le chlore pour le traitement de l'eau à domicile, les sels de réhydratation orale pour le traitement de la diarrhée à domicile ; à l'évidence, l'inefficacité de la chaîne de distribution et l'accessibilité financière limitée expliquent cette situation ;
- le nombre d'agents de santé communautaires (ASC) est déjà important pour couvrir efficacement les villages éloignés : le Togo en dénombre actuellement environ 8.500 ASC ; mais ces agents restent encore en marge du système de santé²¹ malgré la

²⁰ Document Cadre stratégique d'investissement pour la revitalisation du système de soins de santé primaire, document de travail, rédigé en août 2011

²¹ En effet, Les ASC sont souvent recrutés dans le cadre de projets verticaux qui leur fournissent une indemnité variant selon les financements. Leurs activités souvent s'arrêtent avec les arrêts de financement. De plus, ces ASC manquent souvent de formation suffisante afin de pouvoir mettre en œuvre un paquet d'interventions communautaire de façon intégrée. Il est donc indispensable de clarifier leurs statuts officiels, leur place dans la pyramide sanitaire et la politique de rémunération.

validation de la Politique Nationale de soins de Santé à base communautaire et de son plan stratégique ;

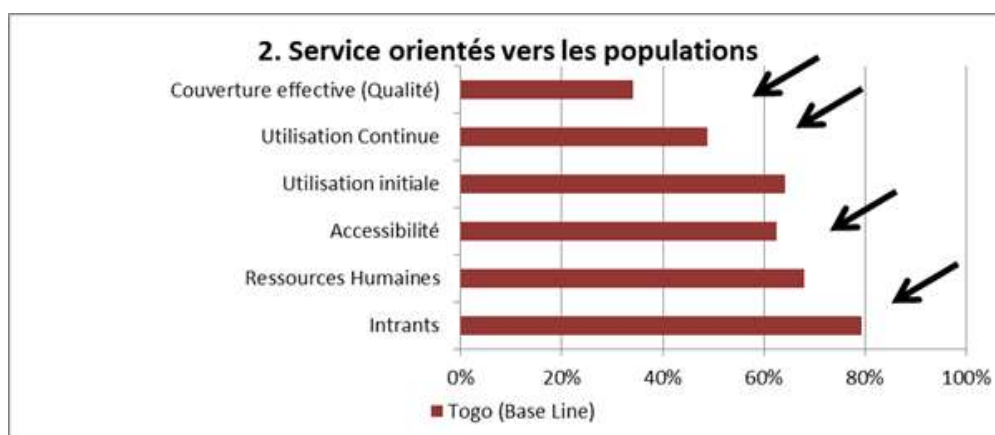
- l'utilisation des services est fortement influencée par les dynamiques communautaires et familiales (comme l'allaitement maternel exclusif ou l'utilisation de latrines) et l'analyse met en évidence un déficit de demandes pour ces services liés à un manque d'information de la communauté sur les bienfaits de ces interventions et l'importance de ces comportements qui sont en faveur de la promotion de la santé.

En somme, il apparaît que les couvertures des pratiques familiales essentielles et de l'approche communautaire intégrée du traitement des maladies infantiles les plus létales restent encore très limitées pour influencer positivement la réduction de la mortalité maternelle et infanto juvénile. Des raisons techniques (comme l'accès aux intrants de base et la disponibilité des ASC formés) mais aussi des raisons culturelles (comme l'accès à l'information et aux connaissances liées à des dynamiques communautaires) peuvent expliquer cette situation

2.2.4.2 Analyse des goulots d'étranglement des services préventifs délivrés par le premier niveau de soins (ou services préventifs orientés vers les populations)

Le graphique ci-après présente une estimation de la performance des déterminants de couverture des services orientés vers la population.

Chaque déterminant de ce graphique est la moyenne des déterminants des 4 interventions traceuses : Planification familiale, Consultation Périnatale, Prévention de la transmission du VIH SIDA de la mère à l'enfant (PTME), Vaccination infantile (cf. graphiques à l'annexe 1).



L'analyse des goulots d'étranglement des services préventifs orientés vers la population a permis de mettre en évidence :

- des situations très différentes en fonction des services offerts : une première situation encourageante tant en matière d'offre de soins qu'en matière d'utilisation des services pour les soins préventifs chez les enfants de 0 à 5 ans (comme la vaccination) et de la grossesse (comme la consultation prénatale) ; en opposition à une seconde situation qui présente encore de nombreuses faiblesses pour les soins préventifs liés à la santé de l'adolescent et de l'adulte (comme le planning familial) et les soins préventifs liés au VIH/SIDA (comme la PTME) ;
- une offre de soins globalement insuffisante en raison des difficultés liées principalement à l'inefficacité du système d'approvisionnement en intrants (particulièrement dans la gestion de la PTME) et aux difficultés de mise à l'échelle nationale des stratégies intégrées avancées et mobiles ;

- des ressources humaines inégalement réparties sur le territoire et insuffisamment formées, plus particulièrement pour les soins demandant des connaissances techniques spécifiques (comme la PTME ou les dernières méthodes modernes de Planification familiale) ;
- une utilisation initiale des services offerts élevée mais une utilisation adéquate plus limitée, liée à la difficulté de soutenir la demande de soins préventifs dans le temps lorsque ceux-ci demandent une utilisation continue et contraignante ou alors à un parcours thérapeutique complexe pour permettre une prise en charge adéquate (comme pour la PTME qui impose à la mère d'être suivie dans un centre et de faire le diagnostic dans un autre, généralement à une distance plus importante de son domicile) ; le manque de suivi/ recherche active et l'insuffisance de supervision formative.

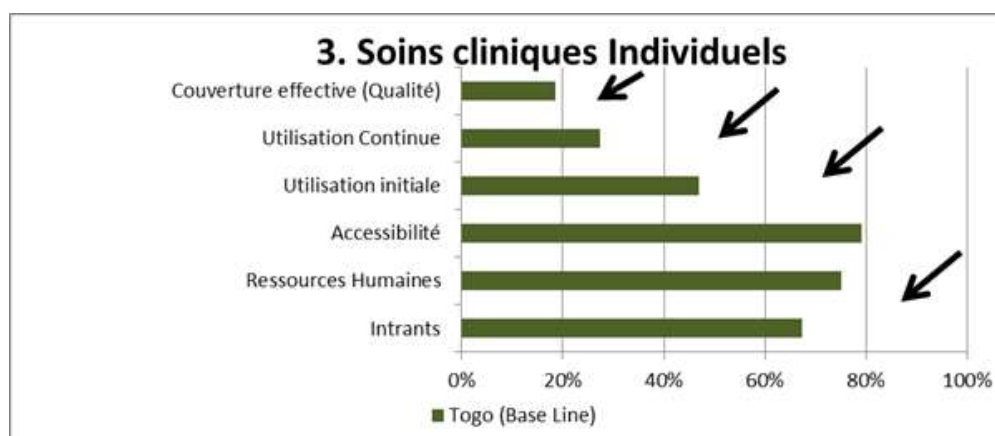
Au total, trois dimensions ont été relevées dans les goulots d'étranglement qui empêchent l'augmentation de la couverture effective des services préventifs :

- (i) l'insuffisance d'offres de services : la faible performance des services de prévention de la transmission du VIH/Sida de la mère à l'enfant semble être directement liée (i) à une disponibilité insuffisante en intrant VIH dans les structures sanitaires, (ii) au nombre insuffisant de centres de prise en charge, (iii) au nombre trop limité de personnel formé par rapport aux besoins de la population ;
- (ii) la nécessité de développer la dimension promotionnelle. A titre d'exemple, dans le cas du planning familial, si l'offre de soins est encore limitée, l'utilisation de méthodes modernes d'espacement des naissances est encore plus faible. La performance des soins préventifs est directement liée à des facteurs indirects comme la question du genre ou de l'environnement social et culturel.
- (iii) la nécessité d'aller au-delà de l'offre de soins à la recherche des déterminants relatifs à la demande notamment l'utilisation continue et la qualité. L'analyse des performances du système en matière de couverture vaccinale en est un bon exemple. Au Togo, plus de 90 % des enfants ont reçu le BCG ; mais seulement 71% ont reçu les trois doses de DTC (ou de Pentavalent) et moins de 65% des enfants sont vaccinés contre la rougeole.

2.2.4.3 Analyse des goulots d'étranglement des soins curatifs des formations sanitaires

Le graphique ci-après présente une estimation de la performance des déterminants de couverture des services cliniques individuels (soins cliniques dispensés en formation sanitaire).

Chaque déterminant de ce graphique est la moyenne des déterminants des 4 interventions traceuses : prise en charge de la pneumonie de l'enfant, accouchement simple, Soins d'Urgence Obstétricale et Néonatale simple et Soins d'Urgence Obstétricale et Néonatale complexe (voir graphiques à l'annexe 1).



L'analyse des quatre groupes d'interventions traceurs a mis en évidence :

- une disponibilité en produits et matériels médicaux essentiels limitée, principalement liée à l'inefficacité de la chaîne d'approvisionnement et à une mauvaise planification des besoins ;
- des ressources humaines disponibles principalement dans certains grands centres hospitaliers et dans la capitale; c'est particulièrement le cas pour les sages-femmes où le problème majeur n'est pas tant du nombre mais plutôt son déploiement et sa répartition équitable sur l'ensemble du territoire national, l'insuffisance en médecins spécialistes (pédiatres, néonatalogistes, gynéco-obstétriciens etc.) ;
- une faible accessibilité des populations aux structures SONU liée à une disponibilité limitée en termes d'offre de SONU ;
- une tarification des soins aux usagers qui empêche l'utilisation adéquate des services (en raison du coût élevé pour les soins essentiels et d'une politique de tarification mal ou non appliquée) ;
- un retard à la prise en charge des pathologies complexes dans les centres hospitaliers liés à l'absence de système efficace de référence /contre référence (absence de normes et de directives claires en la matière et manque de coordination entre les différents niveaux du système de soins) ;
- une qualité des soins insuffisante pour permettre une prise en charge effective des pathologies les plus courantes liées à une mauvaise application des protocoles nationaux. Par exemple, la PCIME est peu appliquée lors des consultations et la qualité même des soins essentiels pour la prise en charge des urgences vitales comme les Soins Obstétricaux et Néonataux d'Urgence (SONU) n'est pas satisfaisante. Le rapport sur les SONU de 2007 révèle un taux de létalité maternelle dans les structures qui est 5 fois supérieur aux normes internationales;
- une charge administrative très lourde pour le soignant empêchant la mise en œuvre satisfaisante des protocoles nationaux ;
- des supervisions formatives et des formations continues insuffisantes pour permettre de détecter les problèmes de fonctionnement et apporter les corrections nécessaires à temps, tout en assurant par la même occasion, la mise à niveau du personnel soignant.

2.2.5 Continuité des soins

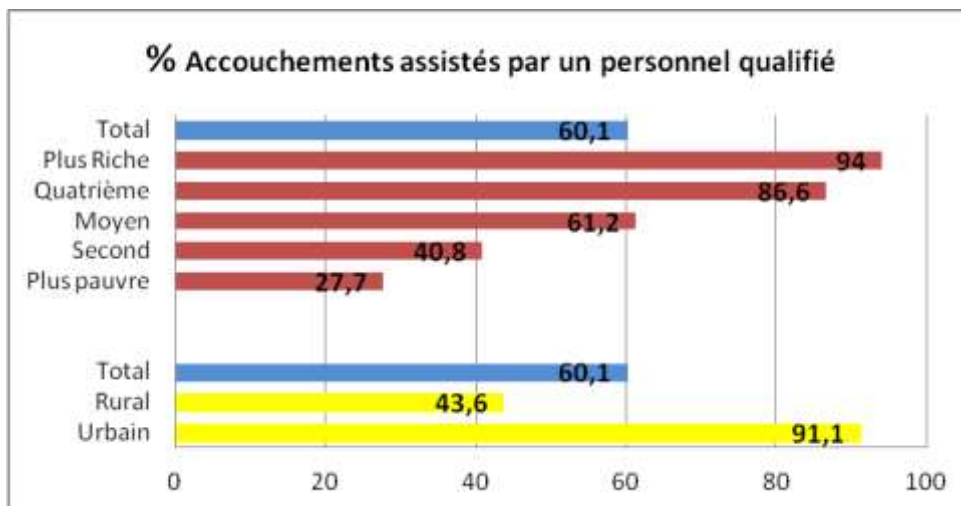
Il ressort de l'analyse, trois dimensions de la continuité de soins devant être prises en compte dans le relèvement des défis de l'accès aux soins :

- des situations différentes du continuum de soins dans le temps avec des soins inégalement performants pour la mère, le nouveau-né et l'enfant pendant la grossesse, l'accouchement, les périodes postnatale et néonatale, ainsi que l'enfance et l'adolescence. Ainsi on observe par exemple, une situation très encourageante tant en matière d'offre que d'utilisation des services pour le suivi de la grossesse (comme la consultation prénatale) et pour les soins préventifs du nourrisson, du jeune enfant (comme la vaccination) en opposition à une seconde situation qui présente encore de nombreuses faiblesses pour les soins préventifs liés à la santé du jeune et de l'adolescent (comme le planning familial) ;
- des contraintes majeures de la continuité des soins de santé essentiels dans l'espace; caractérisées par une santé communautaire peu considérée (à ce jour, la couverture de l'approche communautaire intégrée du traitement des maladies infantiles les plus létales reste très limitée), l'absence d'un système de référence fonctionnel pour faciliter la circulation du patient à l'intérieur des différents échelons de la pyramide sanitaire permettant ainsi une réponse graduée à des pathologies de complexité variable ;

- des opportunités manquées qui font que des interventions prioritaires ciblant la même population et utilisant les mêmes moyens humains et matériels ou dont l'une « porte » l'autre ont toujours des niveaux de couverture différents : on note par exemple une couverture élevée en CPN en opposition à une faible performance des services de prévention de la transmission du VIH/Sida de la mère à l'enfant, deux interventions ayant pourtant la même cible. De même, plus de 90% des enfants ont reçu le BCG et ont donc été en contact au moins une fois avec le service de vaccination. Pourtant, la couverture vaccinale complète chez l'enfant de moins de un an, qui est l'objectif final et qui assure une protection efficace contre les maladies vaccinables, reste inférieure à 65 %. L'importante déperdition notée au niveau de ces interventions à passage multiples (CPN, vaccination) témoigne des insuffisances de continuité dans la prise en charge.

2.2.6 Equité dans l'accès aux soins

L'analyse de l'offre des services de santé met en évidence des inégalités majeures en matière d'accès aux soins. Les niveaux de couverture de certaines interventions essentielles de santé diffèrent significativement selon le milieu et les quintiles de bien-être économique. Ainsi la proportion de femmes ayant effectué quatre visites prénatales au moins ou bénéficié d'accouchement assisté ou dont les enfants ont été complètement vaccinés est plus élevée en milieu urbain qu'en milieu rural ou chez les femmes des couches sociales défavorisées comme en témoigne la figure ci-après montrant la répartition des soins obstétricaux, par quintile du bien-être économique et selon le milieu.



Source : MICS 2010

En considérant la figure ci-dessus, il y a lieu de noter que la couverture en soins obstétricaux par un personnel qualifié en milieu rural (43,6%) représente moins de la moitié de celle observée en milieu urbain (60,1%) ; chez les femmes vivant dans les ménages les plus pauvres la couverture en soins obstétricaux (27,7%) est trois fois moindre que le niveau relevé chez celles des ménages du quintile le plus riche.

Cette photographie des inégalités sociales de santé montre que le système de santé du Togo peine à apporter une réponse équitable aux besoins de santé des populations et appelle à une réflexion sur une organisation des soins répondant aux besoins des populations en situation de vulnérabilité sociale, tout en veillant à la soutenabilité du cadre macro-économique.

Le renforcement du système de santé en partant de la perspective communautaire apparaît comme fondamental pour rendre effective une approche équitable d'accès aux soins de santé adéquats à un coût supportable.

2.3 DÉFIS MAJEURS DU SECTEUR

Le PNDS 2012-2015 présente la particularité en ce sens que son terme correspond à l'horizon 2015 pour l'atteinte des OMD. Or, au regard de la situation actuelle du secteur, les gaps sont encore importants pour la réalisation des OMD-santé notamment en matière de santé maternelle, néo natale et infanto juvénile. L'accélération de la réalisation de ces OMD auxquels s'ajoute la lutte efficace contre les maladies non transmissibles émergentes constituent des défis majeurs du plan.

L'importance des efforts à fournir au cours des quatre prochaines années pour atteindre ces résultats nécessite de :

- renforcer la gouvernance et le pilotage du système de santé y compris la culture de la performance et de l'obligation de compte rendu,
- mettre à disposition un personnel de santé suffisant, compétent, productif et attentif aux besoins des populations afin d'améliorer les indicateurs de santé ;
- améliorer la disponibilité, l'utilisation et la qualité de l'offre privilégiant l'approche intégrée et les interventions à haut impact avéré, capables de produire des résultats en termes d'amélioration de la santé des populations ; le rapprochement de l'offre de soins des communautés ; et le développement du système de référence / contre référence ;
- étendre l'accès aux médicaments et aux technologies médicales essentiels, et en améliorer la qualité et l'utilisation ;
- renforcer le système d'information sanitaire ainsi que celui de la rétro information ;
- améliorer le financement du secteur en mettant l'accent sur la mobilisation de ressources adéquates, une politique d'allocation optimale de ressources, ainsi que la protection financière des groupes vulnérables.

En conclusion de ce chapitre, il ressort de l'analyse que la mortalité maternelle, néonatale et infanto-juvénile encore élevée au Togo est en partie due à des taux de couverture en soins préventifs et curatifs essentiels encore bas malgré les progrès qui ont pu être observés pour certaines interventions comme la supplémentation en vitamine A, l'utilisation de MILDA et la couverture vaccinale.

Pour inverser la tendance actuelle, il apparaît fondamental de prioriser des stratégies coût efficaces, répondant tout à la fois aux besoins de la population et aux faiblesses du système de santé ; la réduction de la mortalité infanto juvénile suppose des efforts majeurs sur (i) les principales maladies transmissibles, causes de décès infantiles notamment le paludisme, la diarrhée et les infections respiratoires aiguës (prévention par les moustiquaires, la TRO, la reconnaissance des signes de danger ainsi que la prise en charge efficace des cas) ; (ii) la malnutrition (notamment l'amélioration de la prise en charge des cas de malnutrition, la promotion de la lutte contre les carences en micronutriments et l'allaitement maternel exclusif).

Pour réduire fortement la mortalité maternelle et néo natale il serait nécessaire de renforcer considérablement les SONU, la promotion du planning familial et de l'accouchement par un personnel qualifié ; tout cela axé sur le passage à l'échelle nationale de la mise en œuvre des interventions à haut impact.

Enfin, de manière générale, le contrôle des maladies pourvoyeuses d'incapacités et de décès suppose une politique de promotion de la santé dans un environnement favorable à la santé. Cette politique devrait mettre l'accent en particulier sur les pratiques essentielles au niveau individuel, des ménages et des communautés ainsi que la prise en charge correcte des cas au niveau de toutes les formations sanitaires.

CHAPITRE 3. : PRIORITES STRATEGIQUES EN MATIERE DE SANTE

3.1 VISION, OBJECTIFS ET PROGRAMMES PRIORITAIRES

3.1.1 Rappel de la vision et objectifs de la politique nationale de santé

La nouvelle politique nationale de santé validée par le Comité des Partenaires en septembre 2011 a défini une vision du secteur suivante : « assurer à toute la population le niveau de santé le plus élevé possible en mettant tout en œuvre pour développer un système de santé performant basé sur des initiatives publiques et privées, individuelles et collectives, accessible et équitable, capable de satisfaire le droit à la santé de tous en particulier les plus vulnérables ».

Pour réaliser cette vision, la politique nationale de santé a retenu les objectifs de développement ci-après :

- **Objectif 1** : Réduire la mortalité maternelle et néonatale et renforcer la planification familiale,
- **Objectif 2** : Réduire la mortalité chez les enfants de moins de 5 ans ;
- **Objectif 3** : Combattre le VIH/sida, le paludisme, la tuberculose et les autres maladies y compris les maladies non transmissibles (diabète, HTA, drépanocytose, maladies mentales, cancer, obésité, maladies bucco-dentaires, maladies respiratoires chroniques etc.) les maladies à potentiel épidémique et les maladies tropicales négligées ;
- **Objectif 4** : Promouvoir la santé dans un environnement favorable à la santé ;
- **Objectif 5** : Améliorer l'organisation, la gestion et les prestations des services de santé.

Ces objectifs sont traduits en programmes dans le PNDS dont la mise en œuvre efficace permettra au secteur de la santé de relever les multiples défis auxquels il est confronté.

3.1.2 Programmes prioritaires

La mise en œuvre du PNDS 2012-2015 s'articule autour de cinq programmes dont quatre programmes « d'action » visant respectivement : (i) la réduction de la mortalité maternelle et néonatale, (ii) la réduction de la mortalité infantile et infanto-juvénile, (iii) le contrôle des principales maladies transmissibles, y compris les maladies tropicales négligées et (iv) la lutte contre les maladies non transmissibles. Le cinquième programme transversal, vise le renforcement du système de santé dans le but d'un soutien des quatre programmes précédents et d'un accès universel aux services essentiels de santé.

Tableau 3.1 : Structure du PNDS

Types de programmes	Intitulés			
QUATRE PROGRAMMES D'ACTION	Lutte contre la mortalité maternelle et néonatale	Lutte contre la mortalité infantile et infanto-juvénile	lutte contre le paludisme, le VIH/SIDA, la tuberculose et les autres maladies transmissibles	Prévention et maîtrise des maladies non transmissibles y compris le handicap
UN PROGRAMME DE SOUTIEN	Renforcement du système de santé et du système communautaire			

3.2 RÉSULTATS ATTENDUS, STRATÉGIES, ET DOMAINES PRIORITAIRES D'INTERVENTIONS PAR PROGRAMME

La planification stratégique axée sur les résultats exige de plus en plus de précision dans les différents niveaux de résultats. Pour ce faire, les outils utilisés ont permis d'estimer ces niveaux par programme.

3.2.1 Programme 1 : Lutte contre la mortalité maternelle et néonatale

3.2.1.1 Résultats d'impact attendus

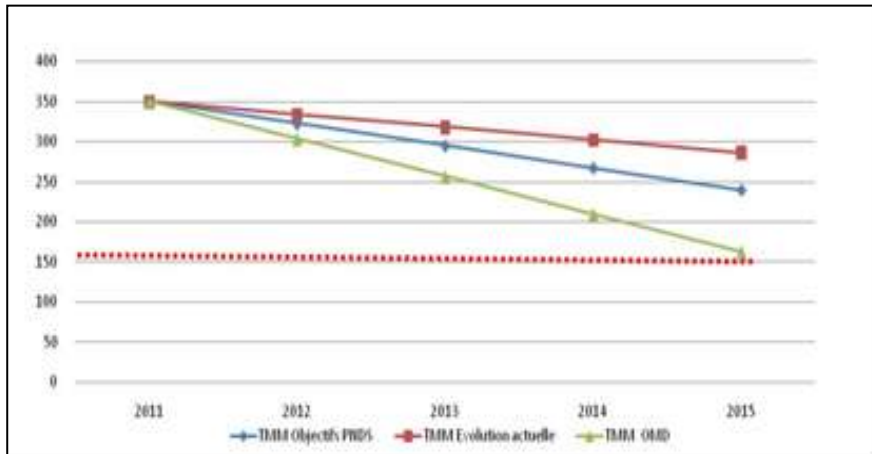
L'objectif visé à travers la mise en œuvre de ce programme est de réaliser des progrès substantiels vers l'atteinte des OMD 4 et 5.

Tenant compte des données actuelles du pays et de l'analyse des goulots d'étranglement du système, il ressort de l'application MBB que la mise en œuvre de ce programme permettrait d'ici fin 2015, de réduire la mortalité maternelle de 28% et la mortalité néonatale de 35% soit une réduction annuelle de 7% pour la mortalité maternelle et de 8% pour la mortalité néonatale. En d'autres termes, ce programme devrait permettre de sauver pendant la période 2012-2015 **884 vies de mères** supplémentaires

La mise en œuvre des interventions à haut impact permettront de réduire le taux de mortalité maternelle à 240 pour 100 000 naissances vivantes et celui de la mortalité néonatale à 25 pour 1 000 naissances vivantes en 2015 contre respectivement 350/100 000 et 39 pour 1 000 naissances vivantes en 2008.

Le graphique ci-dessous présente l'évolution du ratio de décès maternel selon la situation actuelle, l'objectif du PNDS et la réalisation de l'OMD 5. Il apparaît que, malgré cet effort de réduction significatif, l'objectif de diminution de 75% de ce ratio ne sera pas atteint d'ici 2015 comme le préconise les OMD.

Figure 3.1 : Evolution du taux de mortalité maternelle sur la période 2012-2015



3.2.1.2 Résultats d'effet attendus

Pour atteindre les résultats d'impact ci-dessus, la mise en œuvre du PNDS 2012-2015 devra permettre d'assurer une couverture effective minimale pour les interventions à haut impact. Les couvertures présentées au tableau 3.2 suivant les modes de prestation de services sont les résultats d'effet attendus à terme.

Tableau 3.2 : Evolution attendue des indicateurs de couverture en services de santé maternelle et néonatale

Indicateurs et niveaux de prise en charge	Baseline	Cibles PNDS
1. Services à base communautaire et familiale		
% de nouveau-nés allaités au sein dans l'heure qui suit la naissance	61,1%	66,0%
% de nouveau-nés avec pneumonie traités aux antibiotiques à domicile	36,5%	66,0%
2. Services orientés vers les populations		
% des femmes en âge de reproduction demandant et utilisant actuellement une méthode de contraception moderne	13,2%	52,0%
% des femmes enceintes ayant accomplies 4 visites CPN incluant le test des urines	29,0%	60,0%
% de mères ayant accouché dans les 12 derniers mois et protégées contre le tétanos	85,0%	91,0%
% des femmes enceintes recevant une supplémentation de fer	0,0%	24,3%
3. Soins cliniques Individuels		
% d'accouchements assistés par personnel qualifié	60,1%	73,0%
% d'accouchées bénéficiant d'un suivi post-natal (au moins une visite post-partum dans les deux jours suivant l'accouchement)	33,0%	73,0%
% des grossesses avec complications traitées dans les structures SONUB ou SONUC	41,3%	80,0%
Taux de césarienne	2,3%	5,0%
% de femmes enceintes avec risque de prématurité traitées aux stéroïdes durant la période anténatale par un agent de santé formé	5,0%	37,8%
% des cas d'éclampsie traités avec du Sulfate de Mg par un agent de santé formé	5,0%	37,8%
% des cas d'infection néonatale traités aux antibiotiques par un agent de santé formé	52,5%	59,0%

3.2.1.3 Stratégies et domaines prioritaires d'intervention

Ce programme sera mis en œuvre à travers l'amélioration de la disponibilité et de l'accessibilité d'un paquet d'interventions obstétricales et néonatales à haut impact. Le paquet d'interventions spécifique de santé de la mère et du nouveau-né comprendra au moins :

- l'augmentation de l'offre et l'amélioration de la qualité des services intégrés de santé de la reproduction des adolescents et jeunes incluant la prévention des grossesses précoces et/ou non désirées, la prévention de l'usage de substances nocives (alcool, tabac, drogues), la lutte contre les IST/VIH/Sida en coordination avec les actions du programme 3 et en partenariat avec les différents ministères concernés (jeunesse, éducation, promotion de la femme et de la famille, etc...) et la société civile;
- le repositionnement de la planification familiale pour porter la prévalence contraceptive moderne à au moins 50% des femmes demandeuses, ceci à travers l'extension de la mise à l'échelle nationale des stratégies mobiles et de stratégies avancées orientées vers les populations éloignées, la mise en œuvre du plan de sécurisation des produits contraceptifs et le renforcement de la gestion de la logistique des produits SR dans le cadre de la stratégie nationale de disponibilité des médicaments et consommables essentiels développée dans le programme 5 ;

- l'augmentation de la couverture des interventions essentielles de qualité focalisées sur : (i) le suivi de la grossesse (comme la CPN recentrée incluant la prophylaxie ARV chez les femmes séropositives) ; (ii) la généralisation de l'assistance à l'accouchement par un personnel qualifié niveau des USP avec utilisation systématique du partogramme et gestion active de la troisième phase du travail ; (iii) la déconcentration des structures offrant les soins obstétricaux et néonataux d'urgence et les soins après avortement par une mise à niveau des hôpitaux de district, régionaux et les CHU en vue d'assurer la prise en charge à plus de 80% des grossesses compliquées ; (iv) la disponibilité des soins appropriés du suivi post-partum. Dans ce cadre, la disponibilité du personnel qualifié particulièrement les sages-femmes en zone éloignée sera généralisée à travers la mise en place des mécanismes de rétention tels que décrits dans le programme 5, la mise à jour des compétences à travers l'organisation des stages hospitaliers, et la mise en œuvre du paquet de soins essentiels au nouveau-né dans les structures sanitaires du pays. L'accessibilité aux produits et technologies médicaux essentiels sera améliorée ;
- le renforcement de la demande des services SMI/PF à travers : (i) l'appui à l'offre d'un paquet intégré de services SMI sur les marchés²² y compris les droits humains de la femme en partenariat avec les agences du SNU et les ONG concernées ; (ii) la mise en place d'une politique favorisant l'accès financier des femmes aux soins de santé maternelle (comme la généralisation d'un tarif forfaitaire de la CPN à l'accouchement normal, la subvention des médicaments génériques essentiels à la prise en charge de la santé maternelle, l'amélioration de l'efficacité de la politique de subvention de la césarienne, le partenariat avec les institutions de microcrédit) ; (iii) le développement des réseaux sociaux au niveau communautaire pour une meilleure utilisation des services sociaux de base et l'adoption de pratiques de santé adéquates ; (iv) le développement de la communication par les médias et autres canaux que les ASC ;
- la promotion et la mise en œuvre des revues de cas/audits des décès maternels, néonataux et des échappées-belles à travers la mise en place d'action favorisant : (i) l'amélioration de la certification des causes de décès au niveau des Hôpitaux, (ii) la systématisation des audits des échappées belles, et (iii) l'intégration de la surveillance démographique dans les sites sentinelles existants ;
- la mise à jour des curricula de formation de base des personnels de santé en PF, prévention des avortements à risque et soins après avortement.

3.2.2 Programme 2 : Lutte contre la mortalité infantile et infanto-juvénile

3.2.2.1 Résultats d'impact attendus

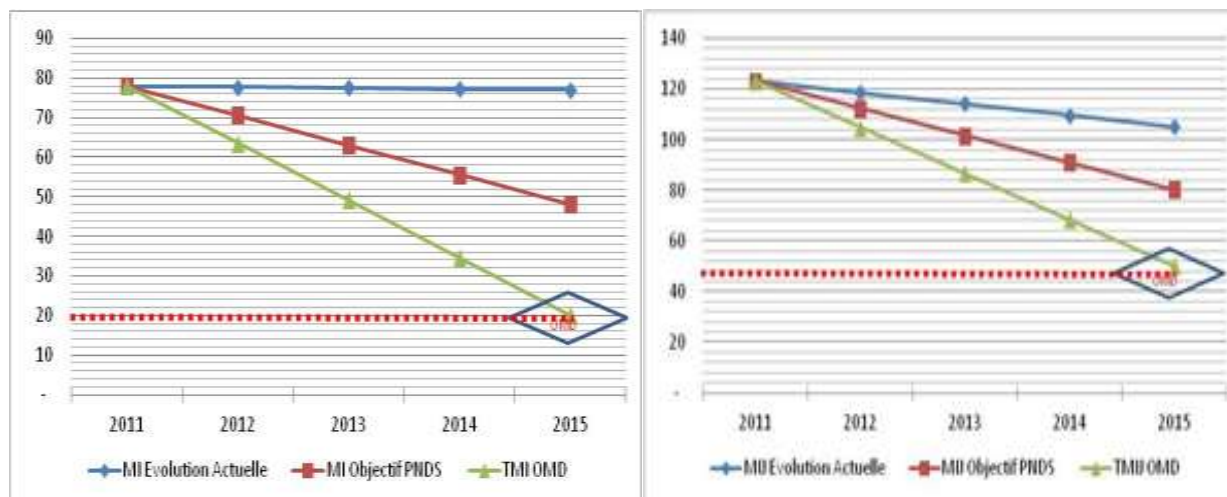
L'objectif visé à travers la mise en œuvre de ce programme est de réaliser des progrès substantiels vers l'atteinte de l'ODD 4.

Dans ce cadre, avec la mise en œuvre équitable des interventions à haut impact dans une approche intégrée, une réduction de 40,7% peut être obtenue pour la mortalité infantile, de 42% pour la mortalité infanto-juvénile. Ainsi, le taux de mortalité infantile sera de 47 pour 1.000 naissances vivantes et celui de la mortalité infanto-juvénile de 71 pour 1.000 naissances vivantes contre respectivement 78/1000 et 123 pour 1 000 naissances vivantes actuellement. En d'autres termes, ce programme devra permettre de sauver **13 244 vies d'enfants de moins de 5 ans** supplémentaires pendant la période 2012 à 2015.

²² Paquet comprenant au moins un centre d'information sur la PF, la santé maternelle, la nutrition de l'enfant et les droits humains des femmes (âge minimum légal pour le mariage, conseil juridique pour lutter contre les violences, etc.)

Les graphiques ci-dessus montrent l'évolution des taux de la mortalité infantile (TMI) et infanto-juvénile (TMIJ) selon la situation actuelle si rien n'est fait, selon la mise en œuvre du PNDS et l'évolution selon la mise en œuvre des stratégies d'atteinte de l'OMD 4. .

Figure 3.2 : Evolution des taux de mortalité des enfants sur la période 2012-2015, (évolution actuelle, objectif PNDS ; objectif OMD 4)



3.2.2.2 Résultats d'effets attendus

Pour atteindre ce niveau de mortalité infanto-juvénile, la mise en œuvre du PNDS 2012-2015 devra permettre d'assurer une couverture effective minimale pour des interventions à haut impact. Les couvertures présentées au tableau 3.3 ci-dessous sont les résultats d'effet attendus à terme.

Tableau 3.3 : Evolution attendue des indicateurs de couverture en services de santé infanto-juvénile

Indicateurs et niveaux de prise en charge	Baseline	Cibles PNDS
1. Services à base communautaire et familiale		
% des enfants de moins de 5 ans ayant dormi sous MILDA	57,0%	75,4%
% des mères se lavant les mains de manière adéquate aux moments clés ²³	ND	30,0%
% d'enfants de 0 à 5 mois allaités exclusivement au sein	62,5%	71,9%
% enfants 6 - 9 mois recevant l'alimentation complémentaire et continuant l'allaitement au sein	43,2%	67,1%
% d'enfants ayant eu la diarrhée et reçu un TRO avec poursuite de l'alimentation	20,6%	50%
% d'enfants avec diarrhée et traités avec SRO plus Zinc	1,6%	17,1%
% d'enfants respirant difficilement sans soins cliniques traités aux antibiotiques par un agent de santé communautaire et suivi à domicile	10,3%	37,0%

²³ Lavage des mains au savon avant les repas, après avoir été aux toilettes, avant et après avoir changé un bébé;

Indicateurs et niveaux de prise en charge	Baseline	Cibles PNDS
2. Service orientés vers les populations		
% d'enfants de 12-23 mois ayant reçu la vaccination contre la Rougeole	63,8%	71,0%
% d'enfants de 12-23 mois ayant reçu la vaccination BCG	90,7%	95,0%
% d'enfants de 12-23 mois ayant reçu la vaccination OPV	65,2%	75,0%
% d'enfants de 12-23 mois ayant reçu 3 doses de Pentavalent	71,4%	90,0%
% d'enfants de 12-23 mois ayant reçu le vaccin contre le pneumocoque	0,0%	90,0%
% d'enfants de 12-23 mois ayant reçu le vaccin contre le rota virus	0,0%	94,0%
% des enfants avec malnutrition aigüe recevant des aliments thérapeutiques	17,6%	25,3%
3. Soins cliniques Individuels		
% de cas d'IRA traités aux antibiotiques par un agent de santé formé	30,7%	53,0%
% de cas de diarrhée traités au SRO associé au Zinc par un agent de santé formé	3,2%	29,4%
% de prise en charge de la malnutrition aigüe sévère	48,0%	60,0%
% d'enfants avec paludisme traités à l'ACT par un agent de santé formé	9,5%	80,0%
% des enfants éligibles recevant des ARV	35,0%	90%

3.2.2.3 Stratégies et domaines prioritaires d'intervention

La mise en œuvre du programme 2 reposera essentiellement sur le développement et le passage à l'échelle nationale des interventions préventives et curatives à haut impact relatives à la santé de l'enfant de 0 à 5 ans notamment : celles portant sur l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant, celles ayant trait aux conditions adéquates d'hygiène d'eau et d'assainissement, la vaccination, ainsi que celles devant permettre de prévenir la transmission VIH/Sida de la mère à l'enfant et d'assurer la prise en charge et le suivi de l'enfant atteint de maladie. Il s'agit de garantir ainsi la continuité des soins avec les étapes précédentes et jusqu'à l'âge de 5 ans. Cela se fera en coordination avec les actions de lutte contre la maladie (programme 3) et dans le cadre d'un renforcement général du système de santé.

Plus particulièrement, il s'agira de développer les stratégies suivantes :

- le renforcement des soins communautaires et familiaux à travers : (i) la promotion au niveau familial et communautaire des pratiques familiales essentielles²⁴, (ii) la mise en œuvre d'une approche intégrée des interventions pour le traitement et le suivi des pathologies les plus courantes et les plus létales pour les enfants de moins de cinq ans (comme la diarrhée, le paludisme, la pneumonie et la malnutrition sévère);

²⁴ Le paquet de pratiques défini comme étant fondamental au niveau familial comprend : (i) les pratiques d'alimentation du nourrisson (comme l'allaitement maternel exclusif durant les six premiers mois ayant un impact notable sur la réduction de la mortalité infanto-juvénile), (ii) l'utilisation des MILDA par les moins de 5 ans pour prévenir le paludisme, (iii) le traitement de la diarrhée à domicile avec la TRO associée au Zinc, (iv) les pratiques de l'hygiène individuelle (comme le lavage systématique des mains aux moments clés) et collective (gestion adéquate des excréta) ayant un impact direct sur la diarrhée et la pneumonie ;

- le renforcement de la politique de subvention des médicaments génériques essentiels à la prise en charge des maladies infantiles les plus létales ;
- le renforcement des activités de communication au niveau communautaire sur les pratiques familiales essentielles à travers la formation des ASC en technique de communication et le développement de la communication par les média et autres canaux que les ASC. Dans ce cadre, l'accent sera mis sur les méthodes comme le marketing social ou le renforcement des échanges inter personnels dans la communauté pour renforcer les capacités des familles à être elles-mêmes les moteurs du changement des comportements nécessaires à l'amélioration de leur état de santé ;
- l'extension de la promotion de l'Assainissement Total Piloté par la Communauté²⁵ (ATPC) dans des villages des districts ciblés du pays ;
- le renforcement de la prestation des services au niveau des structures en accordant la priorité : (i) aux soins préventifs (renforcement du PEV, supplémentation en micronutriments, fortification et conseils nutritionnels, déparasitage systématique périodique des enfants de 0 à 5 ans) ; (ii) la prise en charge intégrée des maladies de l'enfant (PCIME clinique) visant en particulier les principales causes de mortalité infantile ; (iii) le traitement de la malnutrition aiguë des enfants ; (iv) la prise en charge et le suivi de l'enfant vivant avec le VIH. Dans ce domaine, l'accent sera donné à la rationalisation des soins en stratégie fixes et avancées, la mise en adéquation du plateau technique et la disponibilité des intrants essentiels en lien avec les actions de lutte contre la mortalité maternelle et néonatale (programme 1), de lutte contre la maladie (programme 3) et dans le cadre d'un renforcement général du système de santé (programme 5). Le renforcement du PEV se fera en particulier à travers la mise en œuvre de l'approche « Atteindre Chaque Enfant » (ACE) et l'introduction de nouveaux vaccins contre les maladies de l'enfance (infections à pneumocoque, à rotavirus, à méningocoque,...) tout en les portant au même niveau de couverture que les vaccins précédents;
- la formation des prestataires de santé, public et privés, et des agents de santé communautaire à la mise en œuvre du paquet de soins intégrés ainsi que l'intégration des stratégies PEV, PCIMNE et Nutrition dans les curricula des institutions de formation en santé en lien avec les stratégies prévues au titre du renforcement des ressources humaines dans le programme 5.

3.2.3 Programme 3 : lutte contre le paludisme, le VIH/Sida, la tuberculose et les autres maladies transmissibles y compris les maladies tropicales négligées et les catastrophes

3.2.3.1 Résultats d'impact attendus

La mise en œuvre de ce programme devra permettre pendant la période 2012-2015 de réduire :

- l'incidence du VIH/Sida chez la femme enceinte de 10% ;
- la transmission du VIH de la mère à l'enfant de 70%
- la mortalité spécifique due au paludisme de 34% ;
- la mortalité due à la tuberculose de 16%.
- la mortalité due aux maladies à potentiel épidémique à moins de 10%

Avec ce programme une réduction totale de 33% peut être obtenue de la mortalité liée à ces trois principales maladies et autres maladies transmissibles.

²⁵ voir le site dédié à l'initiative pour plus d'information : <http://www.communityledtotalsanitation.org/>

Tableau 3.4 : Evolution des indicateurs de mortalité et de morbidité liés aux principales maladies transmissibles

Indicateurs	Baseline	Cibles PNDS
Prévalence du VIH chez les personnes âgées de 15-49 ans (%)	3,2	2,2
Incidence du VIH chez les femmes enceintes (p 1000)	2,7	1,4
Pourcentage de nouveau-nés séropositifs nés de mères vivants avec le VIH (%)	7,5	2,0
Pourcentage de décès parmi les PVVIH (%)	0,8	0,5
Incidence du Paludisme (p 1000)	102,4	25,3
Taux de mortalité spécifique due au Paludisme (p 1000)	0,3	0,1
Prévalence de la Tuberculose (p 100.000)	64	32
Taux de mortalité due à la TB (p 100.000)	4,1	1,88
Taux de létalité cumulé des Méningites (%)	20,4	<5
Taux de létalité cumulé du choléra (%)	0,6	<1
Nombre de cas confirmés de fièvre jaune	4	0
Prévalence des microfilaries % (filarioses lymphatiques) :	1	<1
Prévalence des Schistosomiasis (%)	23	≤ 10
Prévalence du Trachome (%)	5	< 1
Prévalence de l'onchocercose(%)	5 à 15	<5
Prévalence des géohelminthiases	33%	≤10%

3.2.3.2 Résultats d'effets attendus

Pour atteindre ces niveaux de réduction de morbidité et de mortalité liées au paludisme, au VIH, à la tuberculose et aux MTN, la mise en œuvre du PNDS 2012-2015 devra permettre d'assurer une couverture effective minimale pour des interventions à haut impact. Les couvertures présentées au tableau ci-dessous sont les résultats d'effet attendus à terme de la mise en œuvre du programme de lutte contre les principales maladies ciblées.

Tableau 3.5 : Evolution attendue des indicateurs de couverture en services de santé liés à la prévention et à la prise en charge des principales maladies transmissibles

Indicateurs et niveaux de prise en charge	Baseline	Cibles PNDS
1. Services à base communautaire et familiale		
% de femmes enceintes dormant sous MILDA	45,8%	71,4%
% des ménages des zones ciblées ayant bénéficié de pulvérisation intra domiciliaire d'insecticide	0,0%	60,0%
% de jeunes, filles et garçons âgés de 15-19 ans, ayant déclaré avoir eu un rapport sexuel à risque au cours des 12 derniers mois et avoir utilisé un moyen de protection contre le VIH	47,0%	80,0%
2. Services orientés vers les populations		
% de femmes enceintes ayant reçu 2 doses de TPI pendant la grossesse	64,7%	76,2%
% de femmes enceintes séropositives recevant un régime complet prophylactique d'ARV pour réduire la TME du VIH	52,2%	80,5%

Indicateurs et niveaux de prise en charge	Baseline	Cibles PNDS
3. Soins cliniques Individuels		
% de cas de paludisme suspects et testés avant la mise sous traitement	ND	80,0%
% d'adultes avec Paludisme traités aux CTA par un agent de santé formé	13,0%	80,0%
% de cas de paludisme grave et correctement pris en charge	4,4%	90,0%
% des femmes enceintes séropositives recevant de la chimio prophylaxie au Cotrimoxazole	4,8%	40,0%
% des enfants éligibles recevant des ARV	35,0 %	90,0%
% des femmes enceintes éligibles recevant des ARV	17,0%	80,0%
% des adultes séropositifs éligibles recevant des ARV	57,5%	80,0%
% d'échecs traitement en 1ere ligne recevant un régime ARV de 2ème ligne	5,9%	3,0%
% de cas de TB détectés et traités sous DOTS	39,0%	70,0%
% des malades TB multi résistants traités par les médicaments 2 ^{ème} ligne	50,0%	80,0%
% de malades de TB TPM+ dépistés traités et guéris chaque année	81,0%	85,0%

3.2.3.3 Stratégies et domaines prioritaires d'intervention

Il s'agit pour les trois maladies prioritaires (paludisme, VIH/sida, tuberculose) d'assurer aux populations l'accès universel des interventions. Les différentes stratégies seront reliées à celles entreprises au titre des programmes précédents de santé maternelle et infantile.

Concernant la **lutte contre le paludisme**, les principales stratégies sont :

- le renforcement de la prévention à travers : (i) la promotion de l'utilisation des moustiquaires imprégnées d'insecticide à longue durée d'action (MILDA) par toute la famille mais en priorité par le couple mère-enfant afin de prévenir les naissances prématurées dues au paludisme et de réduire la mortalité des moins de 5 ans; dans ce cadre, les efforts de distribution de masse visant la couverture universelle seront renforcés et mieux structurés; (ii) la lutte anti vectorielle intégrée comprenant la pulvérisation intra domiciliaire d'insecticides et l'assainissement du milieu en partenariat avec les différents ministères concernés (environnement, assainissement) et les collectivités locales ;
- l'amélioration de la qualité de la prise en charge des cas de paludisme simple et de paludisme grave en se basant sur l'approche multisectorielle de « Roll Back Malaria » et grâce en particulier au renforcement continu des compétences des prestataires de santé publics et privés et à la disponibilité des médicaments essentiels dans le cadre des efforts du programme 5 (renforcement du système de santé et du système communautaire) visant une accessibilité universelle aux médicaments essentiels ;
- le développement de campagnes de mobilisation et de communication pour le changement de comportement avec l'implication de la communauté ;
- le renforcement de la surveillance épidémiologique, entomologique et de l'efficacité des antipaludiques.

En matière de **lutte contre le VIH/Sida**, les stratégies prioritaires suivantes seront mises en œuvre :

- le renforcement des capacités de prévention en renforçant l'information et la sensibilisation au profit des groupes vulnérables et des groupes à haut risque par l'accompagnement technique des secteurs public, privé et communautaire impliqués afin d'amener les groupes cibles à se prémunir contre le VIH et les IST en utilisant le

condom. D'autres actions de prévention visant la sécurité transfusionnelle et la sécurité en milieu de soins seront développées;

- la déconcentration de la dispensation des ARV aux PVVIH, par une augmentation des structures de prise en charge, un approvisionnement régulier du pays en ARV avec la prévision d'un stock de sécurité, en réactifs et matériels nécessaires, tout en renforçant les compétences du personnel de santé pour la prise en charge médicale et psychosociale et nutritionnelle correcte des PVVIH y compris les enfants;
- la gratuité des ARV pour les PVVIH en particulier les mères et les enfants y compris les malades co-infectés TB-VIH ;
- la mise à l'échelle de la PTME de façon intégrée avec les autres interventions à haut impact sur la réduction de la mortalité maternelle, néonatale et infanto juvénile ;
- l'organisation de la prise en charge des orphelins du sida et des nouveau-nés séronégatifs de mères séropositives sur le plan nutritionnel avec le concours de la société civile et du ministère de l'action sociale ;
- la promotion du dépistage volontaire au sein de la population ;
- le développement des activités de suivi-évaluation et de la recherche.

Dans le domaine de la **lutte contre la tuberculose**, et pour inverser la tendance de l'évolution de la tuberculose (réduction de la morbidité et de la mortalité), les stratégies prioritaires porteront sur :

- l'appui technique rapproché aux districts dans la mise en œuvre de la stratégie DOTS de qualité ;
- l'amélioration du dépistage des personnes souffrant de la tuberculose y compris les enfants ;
- le renforcement du réseau de laboratoire, la surveillance et la prise en charge des cas de Tuberculose multi résistante (MDR) ;
- le renforcement de la capacité managériale du programme, notamment du suivi évaluation des activités nécessaires à l'amélioration des indicateurs d'appréciation de la performance thérapeutique;
- l'amélioration des activités de lutte contre la coïnfection TB-VIH grâce à une meilleure collaboration entre le programme de lutte contre le VIH/Sida et celui de la lutte contre la tuberculose.

Afin de maintenir un état de préparation et une réponse rapide aux **épidémies**, les capacités nationales de surveillance épidémiologique et de la riposte seront renforcées à travers l'opérationnalisation du système de surveillance intégrée des maladies. La surveillance intégrée sera renforcée sur le plan institutionnel, méthodologique et logistique pour assurer notamment la prévention et la détection précoce des maladies à potentiel épidémique (le choléra, les méningites cérébro-spinales, la dysenterie bacillaire, etc...), des maladies à éradiquer ou à éliminer, et les urgences de santé publique de portée internationale, qu'il s'agisse d'épidémies naturelles (comme les gripes ou les fièvres hémorragiques virales), accidentelles ou délibérées, d'accidents biochimiques ou radioactifs, conformément au Règlement Sanitaire International (RSI) 2005.

Les actions de surveillance épidémiologique seront soutenues par l'Institut National de Santé Publique (INSP) dont la création est prévue dans le projet de réorganisation du Ministère de la santé. L'INSP sera construit et structuré à partir de l'actuel Institut National d'Hygiène qui assure depuis 1998, la confirmation au laboratoire des maladies à potentiel épidémique dans le cadre de la SIMR.

Pour ce qui est des maladies tropicales négligées (ulcère de Buruli, noma, bilharziose, filariose lymphatique, lèpre, trypanosomiase, pian, onchocercose, géohelminthiases, charbon, etc...), les stratégies prioritaires porteront sur la mise à l'échelle des interventions de prise en charge intégrée des maladies, y compris l'organisation des campagnes de chimiothérapie préventive intégrées.

Des mesures adéquates seront prises en vue d'éveiller les agents soignants et les relais communautaires à la prévention, au diagnostic et à la prise en charge de ces maladies.

Enfin, des mesures seront prises en vue du renforcement des structures et des compétences pour la prévision et gestion des catastrophes, l'objectif étant de réduire leur impact sur la santé.

3.2.4 Programme 4 : Prévention et maîtrise des maladies non transmissibles

3.2.4.1 Résultats d'impact attendus

L'objectif visé à travers ce programme est de réduire significativement la morbidité, l'incapacité et la mortalité liées aux maladies non transmissibles, aux troubles mentaux, à la violence et aux traumatismes²⁶ ainsi que le niveau d'exposition aux facteurs de risque pour la santé associés au tabac, à l'alcool, aux drogues, à l'usage d'autres substances psychoactives, à une mauvaise alimentation et à la sédentarité.

La mise en œuvre de ce programme devra permettre de réduire d'au moins 2% par an la prévalence des MNT et la mortalité liée aux MNT de 0,5% par an (cible AFRO) comme présenté dans le tableau 3.6.

Tableau 3.6 : Evolution des indicateurs de mortalité et de morbidité liés aux principales maladies non transmissibles

Indicateurs	Baseline	Cibles PNDS
Prévalence du tabagisme	8,5%	6,4%
Prévalence de l'obésité	6,2%	5,2%
Prévalence de l'Hypertension artérielle	19,0%	18,0%
Prévalence du Diabète	2,6%	1,6%
% des adultes âgés de 25 à 64 ans avec aucun des facteurs de risque combinés ²⁷	2,4%	3,4%
Prévalence Traumatisme et violence	15,0%	14,0%
Prévalence de l'anomalie de l'hémoglobine forme homozygote SS (Drépanocytose)	2%	1,5%
Prévalence cécité	1,0%	0,5%
Prévalence cancer du col de l'utérus chez les femmes de 35 à 65 ans	0,2%	0,2%
Prévalence cancer du sein chez les femmes de 40 à 75 ans	0,1%	0,05%
Prévalence cancer de la prostate chez les hommes de 50 à 75 ans	0,2%	0,1%
Prévalence de la démence chez les personnes âgées de plus de 65 ans	2,5%	2,0%
% de décès par accidents causés par les engins à deux roues(*)	32,0%	5,0%

(*) Selon le rapport 2010 du Ministère de la Sécurité et de la Protection Civile

²⁶ Cet objectif prend en compte le renforcement du système et service de santé et de réadaptation dans le domaine des affections chroniques non transmissibles, y compris les maladies cardio-vasculaires, le cancer, le diabète, les maladies respiratoires chroniques, les déficiences visuelles et les troubles génétiques, ainsi que les troubles mentaux, comportementaux, neurologiques et dus à l'usage de substances psychoactives, les traumatismes et les incapacités toutes causes confondues.

²⁷ Résumé des facteurs majeurs de risque combinés

1. Fumeurs actuels quotidiens ; 2. Consommation de moins de 5 portions de fruits et légumes par jour ;
3. Niveau bas d'activité physique ; 4. Surcharge pondérale ou obésité ; 5. Tension artérielle élevée ;

3.2.4.2 Résultats d'effet attendus

Pour atteindre les résultats d'impact ci-dessus, la mise en œuvre du présent plan stratégique devra permettre d'assurer une couverture effective minimale pour un certain nombre d'interventions à haut impact. Les couvertures présentées au tableau ci-dessous sont les résultats d'effet attendus à terme.

Tableau 3.7 : Evolution attendue des indicateurs de couverture en services de santé liés à la prévention et à la prise en charge des principales maladies non transmissibles

Indicateurs et niveaux de prise en charge	Baseline	Cibles PNDS
% de personnes de 15 à 64 ans consommant quotidiennement les 5 portions de fruits et légumes	5,1%	6,1%
% d'adultes pratiquant une activité physique modérée à intense	87,0%	88,0%
% de porteurs d'HTA suivis médicalement	9,3%	15,0%
% de diabétiques détectés et suivis médicalement	57,2%	63,2%
% de structures de santé primaires offrant le paquet essentiel d'interventions pour la prise en charge intégrées des MNT	0,0%	20,0%
% de personnes vivant avec un handicap prise en charge en réadaptation physique	ND	2,0%
% de femmes âgées de 30-49ans ayant fait au moins fois le dépistage du cancer du col	< 1%	5,0%
% de femmes âgées de 40-69ans ayant fait au moins fois le dépistage du cancer du sein par mammographie	< 1%	5,0%

3.2.4.3 Stratégies et domaines prioritaires d'intervention

Le Programme 4 concerne les Maladies Non Transmissibles telles que: les maladies cardiovasculaires, les cancers, les affections respiratoires chroniques, le diabète, la santé mentale, la santé bucco-dentaire et le noma, la drépanocytose, les handicaps, violences et traumatismes, et leurs facteurs de risque. Il sera abordé à travers une approche bien coordonnée et intégrée basée sur des données existantes. A cet effet, une Politique Nationale et un Plan Stratégique Intégré de lutte contre les MNT en cours d'élaboration seront mis en œuvre dans le cadre du PNDS 2012-2015.

Les interventions prioritaires porteront sur l'élaboration des lois et règlements pour la réduction des facteurs de risque des principales MNT, l'amélioration du niveau de connaissance de la population sur les moyens de prévention des principales MNT, la promotion de la détection précoce et l'amélioration de la prise en charge des cas, le renforcement de la surveillance épidémiologique et la promotion de la recherche opérationnelle.

Les principales stratégies qui seront développées au titre de ce programme comprennent :

- le développement et le renforcement des mesures législatives, réglementaires et intersectorielles pour réduire les facteurs de risque modifiables des principales MNT ainsi que la protection des personnes vivants avec les MNT et en situation de handicap à travers :(i) le plaidoyer pour un engagement national de haut niveau pour renforcer la priorité des MNT au niveau de l'élaboration des politiques nationales de développement ; (ii) la réduction de l'offre et de l'accessibilité aux produits du tabac et de l'alcool ; (iii) l'application de la loi anti-tabac votée par l'Assemblée nationale en décembre 2010 ; (iv) l'encouragement d'une alimentation saine et (v) la promotion de l'activité physique régulière individuelle ;

- le développement et la dissémination de l'information sur les principales MNT au niveau communautaire par l'implication des principaux acteurs de la lutte contre les MNT en particulier les communautés, dans l'élaboration et la mise en œuvre des activités de promotion et d'éducation pour la santé liées aux MNT ainsi que l'implication des médias dans la diffusion des informations de prévention des MNT ;
- la promotion de la détection précoce des principales MNT grâce à l'application de nouvelles techniques de dépistage à bon rapport coût efficacité et l'organisation de campagnes nationales de dépistage des MNT et de leurs facteurs de risque ;
- le renforcement des capacités de prise en charge des cas (prévention secondaire et tertiaire) à travers : (i) un système de prestation des soins de santé amélioré et rendu efficace pour la prise en charge et le contrôle des MNT ; (ii) l'approvisionnement régulier en médicaments essentiels et consommables de qualité ; et (iii) l'accessibilité financière aux médicaments essentiels pour la prévention et le traitement des MNT ;
- le renforcement du suivi/évaluation, de la surveillance des facteurs de risque et de la promotion de la recherche opérationnelle au sein du programme national MNT ;

3.2.5 Programme 5 : Renforcement du système de santé et du système communautaire

Ce programme vise à favoriser l'atteinte des résultats d'impacts présentés dans les précédents programmes. Plus spécifiquement, il s'agit de renforcer les différentes composantes du système de santé pour permettre un accès universel aux services préventifs et curatifs qui seront développés en vue d'une réduction durable de la mortalité et de la morbidité.

3.2.5.1 Résultats d'effet

La mise en œuvre du programme 5 devra permettre d'atteindre les résultats d'effet ci-dessous (tableau 3.8). Ces résultats ont été estimés après une simulation de levée des goulots d'étranglement et en conformité avec les besoins d'accès universel aux services essentiels de santé.

Tableau 3.8 : Evolution attendue des indicateurs d'offre de services au niveau national

Indicateurs et niveaux de prise en charge	Baseline	Cibles PNDS
Taux d'accessibilité géographique	62%	85%
Taux d'utilisation des soins curatifs	30%	50%
% de villages ruraux qui disposent d'un agent de santé communautaire formé sur les soins intégrés (diarrhée, pneumonie, paludisme)	ND	90%
Densité de personnel de santé (ratio pour 10.000 habitants)	6,5	10,0
% d'USP disposant des RHS selon les normes	70%	95%
% d'HD disposant du personnel soignant selon les normes	ND	80%
% d'hôpitaux de niveau secondaire et tertiaire disposant du personnel soignant selon les normes	ND	80,0%
Disponibilité des intrants au niveau communautaire	80,0%	95,0%
Disponibilité des médicaments et consommables essentiels au niveau des USP	80,0%	95,0%
Disponibilité des médicaments et consommables essentiels au niveau des hôpitaux (HD, CHR)	60,0%	95,0%
% du budget de l'Etat alloué à la santé	6,0%	15,0%
Dépense publique de santé par habitant et par an	8 315 FCFA	15 602 FCFA

Indicateurs et niveaux de prise en charge	Baseline	Cibles PNDS
Part des ménages (out of Pocket) dans la dépense publique de santé	23,2%	15,3%
% de la dépense publique par rapport au PIB	6,9%	10,0%
Taux d'exécution des dépenses publiques	73,1%	95,0%
Part des financements extérieurs en pourcentage des dépenses de santé	17,3%	39,9%
Part de la dépense publique de santé du niveau périphérique (USP, niveau communautaire) en pourcentage des dépenses publiques de santé	16,2%	35,0%
Part de la dépense publique de santé du niveau des hôpitaux (HD et CHR) en pourcentage des dépenses publiques de santé	12,3%	23,0%
Part de la dépense publique de santé du niveau tertiaire (hôpitaux centraux) en pourcentage des dépenses publiques de santé	35,0%	25,0%
Part de la dépense publique de santé du niveau administratif (régional et central)	36,5%	17,0%
Part des subventions pour soins aux indigents et autres personnes vulnérables en pourcentage des dépenses publiques de santé	6,0%	15,0%
% de prisons disposant d'une infirmerie avec un personnel qualifié	46,2%	80%
% d'établissement scolaires disposant d'une infirmerie avec un personnel qualifié	ND	80%
% de district disposant d'un centre d'écoute spécifique pour jeune	50%	90%

3.2.5.2 Stratégies des composantes programmatiques de soutien

Tenant compte des principales insuffisances et contraintes retenues dans la partie analyse de situation et en appui des orientations stratégiques des programmes précédents, la revitalisation du système de santé et du système communautaire reposera essentiellement sur le renforcement des composantes suivantes :

➤ Renforcement de la gouvernance et pilotage du système de santé

Dans ce domaine, en partant du principe que même avec des ressources limitées, la bonne gouvernance peut faire la différence, les stratégies d'amélioration seront axées sur :

- le renforcement du processus de déconcentration/décentralisation dans le secteur pour consolider la responsabilité des acteurs à tous les niveaux du système de santé. Cette décentralisation couvrira au moins trois aspects :
 - (i) une décentralisation administrative renforçant le pouvoir de décision et d'action des structures du niveau intermédiaire et périphérique. Les formations sanitaires (surtout les hôpitaux) bénéficieront ainsi d'une plus grande autonomie de gestion accompagnée bien entendu de contrôles renforcés sur les résultats. Dans ce contexte, le cadre réglementaire et législatif sera amélioré par l'élaboration des textes d'application du code de la santé et des textes pour éclaircir les points insuffisamment définis comme la composition et le mandat de l'équipe cadre de région (ECR), l'équipe cadre de district (ECD), des comités de gestion (COGES) et d'autres organes de gestion des structures autonomes en vue de leur meilleure représentativité ;
 - (ii) une décentralisation financière en vue de corriger le déséquilibre observé à l'heure actuelle (36,5% des dépenses gouvernementales de santé sont captées par les fonctions administratives, un record de l'Afrique de l'Ouest) en orientant davantage les ressources vers les niveaux opérationnels à haut impact.

- (iii) une décentralisation de la gestion des ressources humaines (processus de recrutement et d'affectation de personnels, etc.) ; certaines de ces mesures à mettre en place sont détaillées dans la composante relative au développement des ressources humaines pour la santé ;
- le développement des capacités (institutionnelles et organisationnelles) du système de santé par la formation des différents acteurs aux niveaux central, régional et de district sur : (i) le processus de planification, de programmation et de budgétisation du secteur basé sur l'analyse des goulots d'étranglement, (ii) le suivi-évaluation et des domaines spécifiques complémentaires ;
- l'opérationnalisation des mécanismes de coordination prévus aux trois niveaux du système de santé (le comité sectoriel santé et VIH/sida²⁸ et ses démembrés au niveau régional et préfectoral) et l'organisation systématique des revues périodiques des activités du secteur à tous les niveaux pour renforcer la participation de tous les acteurs dans la gestion du système de santé.

➤ **Renforcement du système d'information sanitaire, de la recherche et la gestion de la connaissance**

Dans ce domaine, il s'agira surtout d'assurer la disponibilité en temps réel de données sanitaires de qualité et leur utilisation pour suivre les performances des services sanitaires aux différents niveaux. Ce renforcement du SIS se fera à travers les mesures prioritaires suivantes :

- le développement d'un plan national de suivi et d'évaluation comportant des indicateurs de base (et des cibles) ainsi que des dispositions concernant la collecte, la gestion, l'analyse, la communication et l'utilisation des données à tous les niveaux pour permettre au système de disposer de données fiables pour la gestion du PNDS et d'assurer la retro information en temps utile;
- le renforcement des capacités en suivi-évaluation et en gestion de l'information sanitaire, en supervision et en monitoring ;
- la restructuration du système d'information sanitaire (SIS) dans son format actuel prenant en compte : (i) la simplification et l'amélioration des outils de gestion du SIS afin qu'il n'y ait plus de programmes verticaux de suivi et d'évaluation mais que ceux-ci soient intégrés dans une méthodologie centrée sur les résultats ; (ii) l'utilisation d'outils performants de gestion des données à tous les niveaux, (internet, téléphones portables pour la notification et la réponse, etc.). L'accent sera mis sur la production et l'analyse des données de qualité aux fins d'une prise de décision judicieuse à tous les niveaux et en particulier au niveau du district ;
- le développement de la recherche en santé avec un accent particulier sur la recherche opérationnelle visant à prouver l'efficacité de stratégies innovatrices ainsi que la promotion de la cyber santé ;
- la mise en place d'un mécanisme rendant les informations accessibles à toutes les parties prenantes, y compris les communautés, la société civile, les professionnels de la santé et les hommes politiques.

²⁸ le Comité sectoriel santé et VIH/SIDA du DIPD est le nouveau dispositif institutionnel de concertation, de suivi et d'évaluation de la politique sectorielle santé et VIH/SIDA

➤ Développement des Ressources Humaines pour la santé

Les différentes stratégies de développement et de gestion des ressources humaines qui seront privilégiées au cours des quatre prochaines années sont :

- l'inventaire exhaustif des ressources humaines pour la santé (y compris les fonctions essentielles et nécessaires en adéquation avec les normes et standards) ;
- la mise en adéquation des ressources disponibles et les fonctions identifiées par le recrutement de personnels soignants manquants dans les établissements de soins, en particulier au niveau des USP (de manière à atteindre une couverture d'au moins 95%) et des hôpitaux de districts ainsi que le recrutement d'ASC dans les villages éloignés non couverts dans le cadre de la redynamisation des soins de santé primaires ; l'accent sera mis sur le recrutement des personnels en lien direct avec la santé maternelle, néonatale et infanto-juvénile ;
- la mise en place de paquets d'incitations et de rétention (primes, logement, bourses de spécialisation, développement d'un plan de carrière pour le personnel en conformité avec la vision et les besoins du secteur etc.) pour le personnel travaillant en zone difficile ainsi que d'autres mécanismes de répartition équitable du personnel (comme le recrutement sur poste,) ;
- la mise en place d'un système de motivation basée sur la performance sur la base des expériences réussies dans plusieurs pays en Afrique et dans la sous-région²⁹ ;
- l'amélioration de la gestion des ressources humaines à travers la décentralisation, l'informatisation et la mise en place d'un Observatoire national des Ressources Humaines pour la santé ;
- le renforcement de la formation continue en synergie avec les besoins du secteur à travers les mesures suivantes : (i) adoption d'un plan de formation continu mis en œuvre de manière efficiente, (ii) amélioration de la collaboration avec les institutions nationales de formation ;
- la mise en adéquation des capacités et des curricula des institutions publiques et privées de formation avec les besoins de formation initiale.

➤ Amélioration de l'accessibilité géographique et la qualité des soins

Dans ce domaine, il s'agira d'améliorer l'accès aux soins de santé préventifs et curatifs de qualité pour les populations, particulièrement celles vivant en zones rurales isolées, et les plus vulnérables.

L'accessibilité géographique des services essentiels de santé sera améliorée à travers :

- l'adoption et la mise en œuvre équitable d'un plan de construction, de réhabilitation et d'équipement en particulier des structures de santé du niveau opérationnel. Dans ce cadre, une carte sanitaire nationale à visée prospective sera élaborée et utilisée dans l'optique de rationaliser les investissements et de réduire de façon significative l'importante disparité dans la répartition des infrastructures et équipements de santé entre régions et entre zones urbaines et rurales;
- le renforcement de l'offre d'un paquet de prestations de service au niveau communautaire ; l'objectif étant de porter cette offre³⁰ à hauteur de 90% pour permettre aux familles les plus démunies et les plus éloignées des formations sanitaires, d'avoir accès aux soins préventifs et curatifs essentiels ;

²⁹ Ce mécanisme de financement a eu des effets positifs dans plusieurs pays d'Afrique (Rwanda, Burundi par exemple) sur la performance des services de santé. Il est de plus en plus adopté par les pays de la sous-région (comme au Bénin, Sénégal, ...).

³⁰ C'est-à-dire le pourcentage de villages ruraux disposant d'un agent de santé communautaire formé sur les soins intégrés (diarrhée, pneumonie, paludisme et malnutrition).

- une présence plus fréquente et plus effective du personnel de santé au sein des communautés dans le cadre d'activités avancées et mobiles visant à la fois la fourniture de services essentiels de santé et la supervision des activités communautaires menées ou appuyées par les relais et agents de santé communautaires ;
- le renforcement du partenariat public-public et public-privé en incluant la médecine traditionnelle, la société civile et les structures communautaires. A cet effet, la politique nationale d'approche contractuelle adoptée en 2003 sera actualisée et servira de cadre de référence pour développer ce partenariat ;
- le renforcement du système de soins en milieu scolaire, professionnel et carcéral en les dotant en unité de soins avec un personnel qualifié en collaboration avec les ministères en charge de ces institutions.

Un plaidoyer sera aussi développé auprès des ministères concernés pour le désenclavement des zones difficiles d'accès par la construction des pistes rurales.

Afin d'améliorer l'**accessibilité socioculturelle** et financière aux soins de santé, il sera développé des mécanismes destinés à : (i) améliorer l'accueil dans les services de santé, (ii) promouvoir l'accessibilité des femmes, des groupes vulnérables et personnes âgées aux soins, (iii) adapter l'organisation des services à l'environnement socioculturel y compris la prise en charge des indigents ; (iv) renforcer la lutte contre la stigmatisation surtout en matière de VIH/Sida et de santé mentale, (v) renforcer la collaboration avec les praticiens de la médecine traditionnelle.

Le ministère de la santé est garant de la **qualité des soins et services de santé** sur l'ensemble du territoire national. A cet effet, il mettra en place des critères d'assurance de qualité et des outils d'analyse des goulots d'étranglement à tous les niveaux du système de prestations de soins et services de santé, publics et privés. Des procédures, normes et standards en matière de soins et de gestion seront établis pour fournir une base permettant d'évaluer la qualité des services de santé. Le contrôle de qualité sera renforcé à travers des supervisions régulières à tous les niveaux du système de soins de santé, des missions d'inspection et des sessions semestrielles de monitoring/micro planification dans les formations sanitaires.

Il s'agira aussi d'assurer une meilleure gestion des urgences par la mise en place d'un système de référence fonctionnel et l'amélioration de la performance des hôpitaux dans le cadre de la mise en œuvre d'une réforme hospitalière.

Ces actions, seront complétées par des mesures spécifiques d'amélioration de l'accessibilité financière qui seront mises en œuvre dans le cadre d'un renforcement du financement du secteur.

➤ **Renforcement de l'accès aux médicaments, vaccins, produits sanguins et technologies médicales essentiels**

La mise en œuvre de cette composante vise à assurer la disponibilité des médicaments et autres intrants essentiels au niveau des formations sanitaires et au niveau communautaire, avec un accent sur le renforcement de la chaîne d'approvisionnement.

S'agissant de la sous composante pharmaceutique, il s'agira d'améliorer l'accès aux médicaments et consommables médicaux de bonne qualité et à moindre coût. Les stratégies suivantes seront mises en œuvre : (i) promotion des médicaments essentiels génériques ; (ii) mise en place d'un système d'assurance qualité reposant sur l'homologation, le contrôle qualité et la pharmacovigilance ; (iii) mise en place d'un dispositif législatif et réglementaire adéquat ; (iv) amélioration du système d'approvisionnement et de distribution des médicaments génériques, produits médicaux essentiels et équipement pour les structures

sanitaires, avec le renforcement de la CAMEG, pilier du système d'approvisionnement en médicaments des structures publiques et de mise en œuvre de la stratégie nationale de promotion des MEG ; (v) renforcement des capacités de gestion du médicament au sein des formations sanitaires ; (vi) promotion de l'utilisation rationnelle des médicaments par l'actualisation périodique de la liste nationale des médicaments essentiels (LNME) en se référant aux PIHI par niveau; (vii) incitation du secteur privé à renforcer la production locale (viii) renforcement de la sécurisation des médicaments et lutte contre le marché illicite des médicaments.

Afin d'améliorer la disponibilité et l'accessibilité des produits sanguins labiles sécurisés sur toute l'étendue du territoire national, la stratégie nationale de transfusion sanguine mise en place sera renforcée en conformité avec la politique nationale de transfusion sanguine. Dans ce domaine, l'usage rationnel du sang et des dérivés sanguins ainsi que la traçabilité de l'ensemble des activités de transfusion sanguine seront renforcés.

Parallèlement, la politique de subvention des médicaments, vaccins et autres intrants médicaux essentiels en faveur des populations les plus vulnérables sera renforcée et pérennisée par la définition d'un environnement institutionnel et financier viable incluant surtout la mobilisation des ressources locales (de l'État et des partenaires locaux) en lien avec le renforcement du financement du secteur.

Enfin, les capacités diagnostiques seront renforcées à travers : (i) l'élaboration d'un plan national d'acquisition et de maintenance des équipements sanitaires et sa mise en œuvre efficiente ; (ii) le renforcement de l'administration et l'organisation du système des laboratoires et de l'imagerie médicale ; (iii) l'amélioration de la couverture nationale en activités de laboratoires et la promotion de l'assurance qualité dans les laboratoires et services d'imagerie; (iv) le renforcement du système de maintenance par la mise en place des structures de maintenance décentralisées;

➤ **Renforcement du financement du secteur**

La mise en œuvre de cette composante vise à assurer un financement plus équitable, plus efficace et plus durable. Pour ce faire, les stratégies suivantes seront développées :

- l'amélioration et l'intensification de la communication entre le ministre en charge de la santé et le ministre en charge de l'économie et des finances pour un renforcement de la participation de l'Etat au financement de la santé en vue d'atteindre l'objectif d'Abuja (au moins 15% du budget général). Pour une dépense efficace de santé, les dépenses d'investissement devront être portées à des proportions d'au moins 30% du budget de la santé chaque année en garantissant la pérennité des coûts de fonctionnement (le ratio budget d'investissement sur budget de fonctionnement de l'ordre de 0,2 actuellement devrait se situer à 0,4 d'ici 2015) ;
- le renforcement de la participation du secteur privé au financement des services de santé. Elle repose sur (i) la poursuite du recouvrement des coûts auprès des ménages et (ii) la mobilisation des ressources financières auprès des partenaires locaux (associations et ONG, les entreprises et sociétés privées). En ce qui concerne la participation des ménages au financement des services de santé, elle devra répondre davantage aux impératifs de solidarité nationale. Les modalités de recouvrement des coûts, des prestations dans les formations sanitaires seront revues pour garantir l'accessibilité financière des populations. La contribution directe des ménages « out-of-pocket » dans la dépense publique de santé devra diminuer de 23,2% actuellement à moins de 15%. Cette diminution va s'appuyer sur les mesures suivantes : (i) élargissement progressif de la couverture de l'assurance maladie obligatoire³¹, (ii) mise

³¹ la loi n° 2011-003 promulguée en mars 2011 institue un régime obligatoire d'assurance maladie limité pour le moment aux seuls agents de l'Etat. La responsabilité de la gestion est assurée par le ministère du travail. Il

en œuvre des actions visant à réduire les coûts d'accès aux soins de santé pour les pauvres (comme la gratuité de certains services, l'appui à la pérennisation des mutuelles de santé en particulier dans les zones défavorisées) ; (iii) harmonisation de la tarification couplée avec la rationalisation des soins et de la prescription médicale ;

- l'engagement des PTF à s'aligner sur les priorités du secteur. Dans ce cadre, un compact national sera signé autour des orientations stratégiques du PNDS et du financement conjoint du CDMT 2012-2014 en vue d'accroître le caractère prévisible du financement de la santé ;
- l'amélioration de la gestion et une utilisation efficiente et équitable des ressources du secteur afin de tirer le plus grand bénéfice des ressources disponibles. Dans ce cadre, la méthode d'allocation budgétaire sera axée sur les résultats et prendra en compte l'activité réelle des formations sanitaires et la recherche de plus d'équité. S'inspirant des expériences réussies des pays de la sous-région, le financement basé sur la performance (FBR) sera introduite comme un outil de gestion des financements additionnels. L'objectif majeur est d'atteindre des résultats précis par une allocation ciblée des ressources et une motivation conditionnée par des résultats. Par ailleurs, des efforts seront faits pour améliorer la coordination, le suivi et l'harmonisation à l'échelle sectorielle des ressources tant externes qu'internes à travers la mise en place de mécanismes communs de gestion dans le cadre d'une approche sectorielle redynamisée et renforcée (Compact) conformément aux directives de la Déclaration de Paris.
- .

➤ **Renforcement de la participation communautaire**

Le partenariat communautaire dans le système de santé est un élément clef permettant de réduire les disparités dans l'accès aux soins de santé de base. Ce renforcement de la participation communautaire sera réalisé à travers la mise en place d'actions favorisant :

- les dynamiques communautaires existantes (comités de santé, comités de gestion-COGES, coopératives et groupements d'intérêt économique, etc..) afin de leur donner un rôle central dans le processus de gouvernance du système de santé décentralisé ;
- la participation des communautés dans le processus de planification notamment dans l'analyse des contraintes et dans le suivi de la mise en œuvre des soins de santé primaires ;
- les initiatives communautaires de santé comme l'Assainissement Total Par la Communauté (ATPC).

est important d'élargir la population cible bénéficiaire dans le cadre d'une stratégie globale d'accès universel aux services de soins de qualité.

CHAPITRE 4 : BESOINS EN MATIERE DE RESSOURCES

Les besoins en ressources ont été calculés pour atteindre les résultats d'effet du programme relatif au renforcement du système de santé prenant en compte les besoins additionnels nécessaires à l'atteinte des couvertures effectives en interventions essentielles retenues dans les quatre premiers programmes d'action.

4.1 BESOINS EN RESSOURCES HUMAINES

L'estimation des besoins en ressources humaines de la santé s'est faite en deux phases : (i) établissement des normes en personnels par type de structures, (ii) estimation des besoins tenant compte de la situation actuelle et des départs attendus. A défaut des normes préétablis pour les hôpitaux régionaux et universitaires, des normes ont été défini en se référant aux services couverts par ces structures.

Tableau 4.1 : Normes en personnels de santé par catégorie et par type de structure

Personnel	CHU	CHR	HD II	HD I	USP 2	USP 1
Médecin spécialiste	114	28	1	0	0	0
Médecin Généraliste	15	5	2	1	1	
Assistants Médicaux	5	10	2	1	1	
Infirmier instrumentiste	26	15	1	0		
Infirmier anesthésiste	24	15	1	1		
Infirmiers dentiste/ORL/TSO	9	6	1	1		
Infirmier manipulateur radio	17	2	1	1		
Kinésithérapeute	7	4	1	1		
Infirmier d'Etat	66	43	5	3	1	1
Infirmier auxiliaire			5	3	1	0
Sage-femme	15	10	6	4	1	0
Accoucheuse auxiliaire	0	15	4	4	1	1
Aides soignant	61	36	5	3	2	1

Avant l'estimation des besoins en effectif, il est important de donner la situation actuelle en termes de structures sanitaires disponibles. En effet, il existe au Togo :

- 460 unités de soins périphériques de type I
- 53 unités de soins périphériques de type II
- 22 Hôpitaux de district de type I
- 13 Hôpitaux de district de type II
- 6 hôpitaux de région
- 3 Centres hospitaliers universitaires
- 1 hôpital psychiatrique
- 2 Centres (1 national, 1 régional) de transfusion sanguine et 6 postes de collecte et de distribution des produits sanguins ;
- 3 Centres (1 national et 2 régionaux) d'appareillage orthopédique ;

Autre paramètres pris en compte : entre 35 et 40% des USP de type I sont tenues par des infirmiers auxiliaires ou permanents alors que le document de normes prévoit un infirmier diplômé d'Etat. Cette situation va influencer la projection de recrutement du personnel infirmier d'Etat.

Tenant compte de tout ce qui précède, les besoins additionnels en ressources humaines pour la santé ont été estimés et présentés au tableau 4.2 ci-après.

Tableau 4.2 : Estimation des besoins en personnels de santé de 2012 à 2015

Catégories de personnel	Niveau Communautaire	USP (I+II)	HD (I+II)	CHR	CHU	Districts, Régions, Adm. centrale	Total
Agent de santé communautaire	500						788
Assistant d'hygiène		50				5	70
Infirmier Auxiliaire d'Etat		150	50			0	220
Infirmier Diplômé d'Etat		200	75	50	50	15	409
Accoucheuse Auxiliaires d'Etat		50	25			0	87
Sage-femme d'Etat		150	50			5	226
Techniciens Supérieurs de soins		46	56	76	48	7	261
Préparateurs en pharmacie			40	12	12	36	100
Techniciens de laboratoires		10	10	10		20	56
Ingénieur biomédical				5	1	1	8
Techniciens statisticien			10	6	3		19
Ingénieur statisticien ou démographe						4	4
Médecins généraliste			27	12	51	7	119
pharmaciens				5	1	0	14
Chirurgiens-dentistes				4		0	6
Médecins spécialistes			13	18	111	2	159
Médecins de Santé Publique						18	28
Personnel technique	0	656	356	198	277	120	1 786
Personnel administratif et de soutien					366	500	908
Total	500	656	356	198	643	620	3 482

4.2 BESOINS EN INFRASTRUCTURES, EQUIPEMENTS, MATÉRIELS ET LOGISTIQUE

Pour atteindre la couverture sanitaire escomptée, il s'agira d'abord de rendre fonctionnelles certaines structures existantes (de 30 à 40% de ces structures) qui nécessitent des reconstructions, des réhabilitations ou des équipements additionnels ; par ailleurs, il sera nécessaire de procéder à de nouvelles constructions dans des zones reculées habitées par des densités humaines suffisantes ou suffisamment éloignées pour justifier de telles créations.

Pour la logistique, en particulier roulante (véhicules, motos, vélos, etc.), elle constituera un des leviers de la mise à échelle des prestations préventives, du renforcement de la référence (ambulances) et de la supervision par niveau ; pour une amélioration de la disponibilité du sang sécurisé, des véhicules de collecte mobile de sang seront acquis au profit des centres de transfusion sanguine.

Tableau 4.3 : Projection des besoins en infrastructures et en équipements.

Infrastructures par niveau	Besoins (2012 à 2015)
Niveau USP (type I & II)	
Constructions de nouvelles formations sanitaires avec logements, forages et/ou branchements d'eau et d'électricité	50
Réhabilitations et extension des USP	60
Construction et/ou réhabilitation d'incinérateurs	100
Construction des latrines	800
Adduction d'eau dans les anciennes formations sanitaires : forages, et / ou branchements	50
Electricité dans les anciennes formations sanitaires : groupes électrogènes/ panneaux solaires	50
Équipements USP (type I & II)	70
Motos	500
Vélos pour ASC	1 500
Moto ambulance	300
Niveau district	
Réhabilitations et extensions des formations sanitaires	15
Construction des bureaux de la DPS	10
Équipements sanitaires types	5
Véhicules Ambulances	20
Véhicules de supervision (tout terrain)	18
Niveau régional et central	
Réhabilitations et extension des formations sanitaires	8
Équipements sanitaires types	5
Banques du sang nationales et régionales	1
Véhicules ambulances	10
Véhicules de supervision (tout terrain)	10
Autres véhicules spécialisés (ex : Véhicule-laboratoire pour la confirmation rapide des épidémies, Véhicule de collecte mobile de sang, Camions spiraux)	5

4.3 BESOINS EN MÉDICAMENTS, VACCINS ET CONSOMMABLES

L'estimation des besoins en médicaments a été faite en ciblant certains médicaments traceurs (ARV, antituberculeux, les contraceptifs et produits de soins obstétricaux, néonataux et infanto-juvénile, les produits sanguins et les produits de nutrition) et en se référant au plan stratégique des programmes concernés. Pour les vaccins, le plan pluriannuel complet du PEV a fourni toutes les informations sur les antigènes habituels et ceux dont l'introduction est prévue au cours de ce PNDS.

Ces besoins en médicaments et autres produits médicaux ont été consolidés en relation avec les niveaux de couverture en interventions essentielles à haut impact planifiés pour le PNDS. Les quantités en détail par médicament et produit médicaux essentiels figurent dans le tableau de projection des besoins joint à l'annexe n°2.

CHAPITRE 5: FINANCEMENT DU PNDS

Le financement du PNDS 2012 - 2015 sera assuré par l'Etat, les Partenaires Extérieurs et les recettes propres des formations sanitaires. Il concerne les structures publiques de santé. Les structures privées de santé dont les flux de financement ne sont pas encore maîtrisés ne sont pas pris en compte. Le volume des ressources attendues de ces différents intervenants est déterminé sur la base d'hypothèses inspirées de l'exécution du budget de l'Etat et des partenaires sur la période 2008 – 2010 pour le calcul des coûts de base et de l'estimation des coûts additionnels à partir de l'outil MBB et de l'outil d'estimation du coûts des MNT (OMS).

5.1 BESOINS FINANCIERS DU PNDS

Les coûts de base obtenus à partir des exercices budgétaires des années 2008 à 2010, sont estimés en moyenne à 55 milliards par an.

Les ressources additionnelles permettent de financer les stratégies nécessaires pour lever les goulots d'étranglements et atteindre les objectifs fixés dans la période du PNDS. Elles viennent en complément au budget disponible. Le montant des ressources additionnelles est estimé à 120 milliards sur la période soit en moyenne 30 milliards de coûts additionnels par an.

Le budget global du PNDS est ainsi obtenu en additionnant le coût de base aux coûts additionnels. Le montant global du PNDS est estimé alors à 344,6 milliards. Les besoins financiers évolueraient d'environ 73,4 milliards jusqu'à plus de 98,7 milliards par an comme présenté dans le tableau 5.1 ci-après.

Sur la période du plan, les dépenses totales de santé par habitant et par an passeront de 12 451F CFA (soit 25, USD) en 2012 à 15 602 FCFA (soit 31,4 USD) en 2015 soit un accroissement de 22,2% ; actuellement, cette dépense publique de santé est estimée à 8 315 FCFA (16,6 USD).

Tableau 5.1 : Evolution du financement global du PNDS (en millions FCFA)

	2012	2013	2014	2015	Total
Coût de base	55 970,24	55 970,24	55 970,24	55 970,24	223 880,97
Coût additionnel	17 520,84	26 071,86	34 377,79	42 785,04	120 755,53
Coût Total	73 491,09	82 042,10	90 348,03	98 755,29	344 636,51
Coût par habitant (FCFA)	12 451,34	13 578,70	14 609,13	15 602,69	

En se référant à l'espace budgétaire disponible, le montant du budget du PNDS est jugé soutenable. En effet, ce niveau d'investissement peut être atteint par une augmentation du budget de l'Etat alloué à la santé afin de le porter à 10% en 2015 (inférieur à l'objectif de 15% en rapport avec l'engagement d'Abuja de 2001), par une utilisation efficiente des financements déjà acquis à travers une réallocation des dépenses à priorités plus élevées, et pour les partenaires, le respect des engagements.

5.2 PLAN DE FINANCEMENT

▪ *Par source de financement*

Le financement dans le secteur de la santé sera essentiellement le fait de l'Etat, des partenaires au développement et des populations.

Les ressources nécessaires à l'atteinte des objectifs fixés dans le PNDS se présenteraient par source de financement comme ci-après :

Tableau 5.2: Evolution du coût total du PNDS 2012-2015 par source de financement (en millions FCFA)

Sources de financement	Coût de Base	2012	2013	2014	2015	Total	%
Budget de l'Etat	27 121,35	35 190,12	39 223,48	43 144,00	47 112,29	164 669,90	47,8%
Partenaires	19 001,67	27 972,42	32 267,57	36 438,30	40 661,02	137 339,30	39,9%
Recettes des formations sanitaires	9 847,22	10 328,54	10 551,05	10 765,73	10 981,98	42 627,30	12,4%
Total	55 970,24	73 491,09	82 042,10	90 348,03	98 755,29	344 636,51	

En considérant le tableau 5.2 ci-dessus, l'Etat serait le principal pourvoyeur en ressources financières du secteur de la santé dans la mise en œuvre du PNDS 2012-2015, avec un apport de 164 milliards de FCFA, représentant 47,8% du financement. Il serait suivi par les partenaires avec un apport de 137 milliards de FCFA, représentant 39,9%, viendraient enfin les recettes des formations sanitaires pour 12,4%.

Sur les 4 années du PNDS, le budget de l'Etat aura augmenté de 70% en 2015 par rapport à la période 2008-2010 alors que les ressources prévisibles des PTF auront doublé (107%) en 2015.

Les recettes des formations sanitaires représentent actuellement 12% du financement des dépenses de santé dans le secteur public. Il y a lieu de noter que le PNDS prévoit une baisse assez significative de la part des ménages « out-of-Pocket » aux coûts des soins. Pour maintenir, le rythme de croissance relative des recettes des formations sanitaires observé dans le tableau ci-dessus, cette baisse sera compensée par l'accroissement des ressources provenant des systèmes de mutualisation du risque maladie à travers l'assurance-maladie obligatoire et les mutuelles de santé que l'Etat entend développer, l'augmentation de l'utilisation des services (objectif du PNDS), ainsi que l'amélioration de la gestion des fonds dans les formations sanitaires.

▪ **Par programme et par sous-programme**

Le tableau 5.3 ci-après présente les ressources nécessaires à la mise en œuvre du PNDS par programme sur la période 2012 - 2015.

Tableau 5.3 : Evolution de la répartition du coût total (en millions de FCFA) par programme du PNDS

Programmes du Plan National de Santé	Coût de Base	2012	2013	2014	2015	Total	
P1 : Lutte contre la mortalité maternelle et néonatale	3 727,96	4 265,71	4 638,37	5 011,03	5 383,69	19 298,80	5,6%
P2 : Lutte contre la mortalité infanto-juvénile	4 172,05	6 891,16	9 415,62	11 940,08	14 464,54	42 711,41	12,4%
P3 : lutte contre le paludisme, le VIH/SIDA, la tuberculose et les autres maladies transmissibles	4 552,88	7 191,83	7 483,10	7 774,37	8 065,64	30 514,95	8,9%
P4 : Contrôle des maladies non transmissibles	609,39	1 302,19	1 648,59	1 648,59	1 648,59	6 247,96	1,8%
P5 : Renforcement du système de santé et du système communautaire	42 907,97	53 840,19	58 856,42	63 973,97	69 192,83	245 863,40	71,3%
Grand Total	55 970,24	73 491,09	82 042,10	90 348,03	98 755,29	344 636,51	

En considérant le tableau 5.3 ci-dessus, il y a lieu de noter que durant la période, le programme 5 (renforcement du système de santé et du système communautaire) occupera la plus grande part du financement suivi du programme 2 (Lutte contre la mortalité infanto-juvénile).

Le renforcement du système de santé et du système communautaire représente 71,3 % du financement global sur les quatre ans et servira à renforcer les principaux domaines d'appui notamment l'augmentation de l'accessibilité géographique (investissement limité en infrastructures, réhabilitation, équipement pour une mise à niveau des formations sanitaires ; moyens de transport, etc.), la disponibilité de ressources humaines pour la santé (recrutement du personnel, renforcement des capacités ; stratégies de rétention et d'amélioration des performances etc.) et la disponibilité des médicaments et fournitures essentielles. L'approche communautaire et le renforcement des capacités institutionnelles connaîtront une augmentation progressive mais régulière sur toute la période. Il y a lieu de faire remarquer que ce budget renferme les différents coûts non spécifiques aux programmes, mais nécessaires à leur mise en œuvre et qui font partie du renforcement du système de santé.

Pour le programme de lutte contre la mortalité infanto juvénile, sa part de budget sera d'environ 12%. Il s'agit des coûts spécifiques de la mise à l'échelle équitable de paquets d'interventions de santé infantile à haut impact qui seront mises en œuvre selon une approche intégrée. L'accent sera mis sur la promotion au niveau familial et communautaire des pratiques familiales essentielles et la PCIME communautaire pour rapprocher l'offre de soins et faciliter l'accès financier à la prise en charge des maladies les plus létales (diarrhée, paludisme, pneumonie, malnutrition)³² ; le financement servira aussi au renforcement des soins préventifs (comme le PEV, la supplémentation périodique en micronutriments, la fortification et conseils nutritionnels, le déparasitage systématique périodique des enfants de 0 à 5 ans) et au renforcement de la prestation de soins curatifs pour la survie de l'enfant (par exemple la PCIME clinique).

³² Etant donné que la majorité des décès des enfants de moins de 5 ans ont lieu à domicile et que le cout du traitement en médicaments génériques est moins important à ce niveau

Pour le programme de lutte contre le paludisme, le VIH/Sida, la tuberculose et les autres maladies transmissibles (maladies tropicales négligées et à potentiel épidémique), l'accent sera donné à la mise en œuvre des actions de prévention et de prise en charge ainsi que l'achat des intrants essentiels. Sa part de budget sera d'environ 8,9%.

Quant au programme de lutte contre la mortalité maternelle et néonatale, le financement proposé servira en priorité à la mise à échelle interventions axées sur le suivi de la grossesse, l'amélioration de la prise en charge des accouchements normaux et accouchements dystociques qui connaissent aujourd'hui une couverture limitée, la prévention et la prise en charge des causes de mortalité néonatales (asphyxie, prématurité, etc.). Comme déjà signalé, il ne s'agit ici que des coûts spécifiques ; les coûts d'équipement d'accouchement, de suivi prénatal et de la prise en charge des urgences obstétricales et néonatales (tels que la mise à niveau des hôpitaux de district, régionaux et les CHU) font partie des coûts de renforcement des capacités des structures publiques de santé. Sa part de budget sera d'environ 6%.

Enfin, pour le programme de prévention et maîtrise des maladies non transmissibles, le budget cible l'opérationnalisation progressive du plan de lutte intégrée en cours d'élaboration. Il s'agit des coûts spécifiques aux interventions axées prioritairement sur la prévention primaire et l'accès au traitement en particulier du diabète, de l'hypertension artérielle, de l'insuffisance rénale, du cancer et de la drépanocytose.

Le tableau ci-après indique la répartition du budget estimatif des besoins du PNDS 2012-2015 par sous-programme.

Tableau 5.4 : Evolution de la répartition du coût total (en millions de FCFA) par sous-programme du PNDS

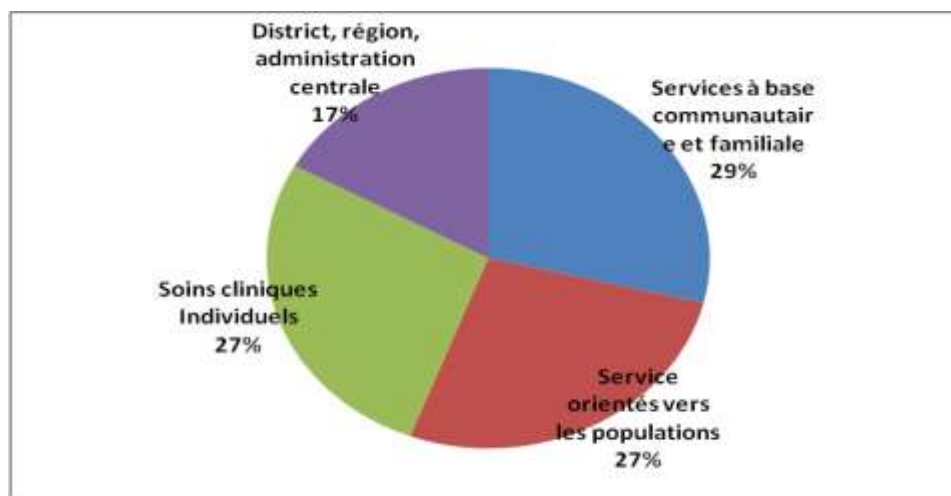
Programmes	Sous Programmes	Coût de Base	2012	2013	2014	2015	Total
P1 : Lutte contre la mortalité maternelle et néonatale	P1.1 Amélioration de la santé de la reproduction des adolescents et des jeunes	1 569,77	1 574,62	1 574,62	1 574,62	1 574,62	6 298,47
	P1.2. Repositionnement de la planification familiale	1 165,60	1 231,82	1 274,37	1 316,91	1 359,45	5 182,54
	P1.3. Renforcement de la prestation des services de santé maternelle et néonatale (suivi de grossesses, naissances et post partum)	992,59	1 081,12	1 136,09	1 191,06	1 246,03	4 654,30
P2 : Lutte contre la mortalité infantile-juvénile	P2.1. Promotion au niveau familial et communautaire des pratiques familiales essentielles et PCIMNE communautaire	1 627,74	2 917,24	4 149,12	5 381,01	6 612,89	19 060,26
	P2.2. Promotion des interventions de nutrition, y inclus la supplémentation en micronutriments, la fortification et conseils nutritionnels, le déparasitage systématique périodique de 0 à 5 ans	468,80	840,03	1 205,28	1 570,52	1 935,77	5 551,59
	P2.3. Renforcement du PEV	1 092,50	1 172,67	1 237,77	1 302,88	1 367,98	5 081,30
	P2.4. Renforcement de la PTME	134,09	157,10	171,72	186,34	200,96	716,13
	P2.5. Renforcement de la prestation des services curatifs en lien avec la santé infantile et infanto juvénile (PCIME, prise en charge et suivi de l'enfant atteint de sida, traitement de la malnutrition aiguë)	848,92	1 684,46	2 509,39	3 334,32	4 159,26	11 687,43
P3 : lutte contre le paludisme, le VIH/SIDA, la tuberculose et les autres maladies transmissibles	P3.1 Lutte contre le paludisme	708,59	859,02	907,58	956,13	1 004,69	3 727,43
	P3.2. Lutte contre le VIH/Sida	3 406,29	3 642,34	3 877,52	4 112,70	4 347,88	15 980,44
	P3.3. Lutte contre la tuberculose	299,84	312,25	319,78	327,32	334,85	1 294,21
	P3.4. Lutte contre les autres maladies transmissibles y compris les maladies à potentiel épidémique	23,49	961,90	1 023,83	1 085,76	1 147,69	4 219,17
	P3.5. Lutte contre les maladies tropicales négligées	108,57	1 046,98	1 108,91	1 170,84	1 232,77	4 559,51

P4 : Contrôle des maladies non transmissibles	P4.1. Prévention des facteurs de risque pour la santé associés aux MNT	96,93	429,47	595,74	595,74	595,74	2 216,70
	P4.2. Renforcement des capacités de prise en charge (prévention secondaire et tertiaire) des MNT	512,46	872,72	1 052,85	1 052,85	1 052,85	4 031,26
P5 : Renforcement du système de santé et du système communautaire	P5.1. Gouvernance et pilotage du système de santé	8 947,40	10 483,72	12 020,04	13 556,36	15 092,68	51 152,79
	P5.2. Développement des ressources humaines pour la santé	6 281,97	8 245,26	10 099,48	11 953,69	13 807,91	44 106,34
	P5.3. Accessibilité géographique et qualité des soins	5 037,91	8 822,17	10 099,46	11 469,05	12 930,94	43 321,63
	P5.4. Disponibilité des médicaments, vaccins, produits sanguins et technologies médicales	11 921,58	12 565,00	12 780,40	13 004,83	13 238,27	51 588,50
	P5.5. Financement du secteur	10 074,71	13 885,22	14 136,70	14 388,18	14 639,66	57 049,75
	P5.6. Système d'information sanitaire	650,49	705,97	761,45	816,92	872,40	3 156,74
	Total	55 970,24	73 491,09	82 042,10	90 348,03	98 755,29	344 636,51

▪ **Par mode de prestation et paquets d'intervention**

Le graphique ci-après présente les ressources nécessaires à la mise en œuvre du PNDS par mode de prestation de services.

Figure 5.1 : Répartition du budget du PNDS sur la période 2012-2015 par mode de prestation



En considérant le graphique ci-dessus, les services préventifs et les autres soins primaires du niveau communautaire et les services orientés vers les populations représenteront plus de la moitié (56%) des financements nécessaires ; les soins cliniques individuels des trois niveaux (primaire, secondaire et tertiaire) représenteront 27% alors que la gestion du système représentera 17%. L'objectif majeur visé est de recentrer les coûts additionnels vers les services préventifs de santé de proximité et le renforcement de la santé communautaire. Ce qui permet de corriger le déséquilibre observé jusqu'alors en orientant davantage les ressources vers les actions et les niveaux à haut impact.

▪ **Par catégorie de dépenses**

Le tableau suivant montre les affectations des ressources par catégorie budgétaire.

Tableau 5.5 : Répartition du coût total par catégorie budgétaire (en millions de FCFA)

	Coûts de base	2012	2013	2014	2015	Total
Investissements	8 229	15 339	18 787	22 134	25 523	81 783
Equipements et matériels	2 113	4 594	5 798	6 968	8 151	25 511
Infrastructures	5 292	9 276	11 206	13 080	14 977	48 538
Maintenance	823	1 469	1 783	2 087	2 395	7 734
Fonctionnement	38 509	44 110	46 844	49 499	52 187	192 641
Fonctionnement courant	22 117	23 532	24 232	24 912	25 601	98 278
Médicaments et intrants essentiels	16 392	20 578	22 612	24 587	26 586	94 363
Personnel	9 232	14 041	16 411	18 714	21 046	70 213
Primes	2 538	4 060	4 810	5 539	6 277	20 685
Renforcements des capacités	633	1 213	1 502	1 783	2 068	6 567
Rémunérations et autres avantages	6 062	8 769	10 099	11 392	12 701	42 961
Grand total	55 970	73 491	82 042	90 348	98 755	344 637

En observant le tableau 5.5 ci-dessus, on constate que la rubrique «personnel» passera de 16,5% en moyenne entre 2008 et 2010 à 19,8% en 2013 (recrutement du personnel de soins

manquant, rémunération supplémentaire basée sur la performance) avant d'atteindre 21% au terme du plan. Concernant les ressources d'investissement, elles passeront de 16% entre 2008 et 2010 à 25% en 2015, soit un ratio investissement/fonctionnement de 0,2 entre 2008 et 2010 à 0,35 en 2015. Ceci met en évidence les besoins de mettre à niveau des infrastructures sanitaires qui ont souffert de la situation socio politique et de l'insuffisance de maintenance.

▪ **Par catégorie budgétaire et par niveau du système de santé**

Le tableau suivant montre les affectations des ressources par catégorie et selon les trois niveaux de la pyramide sanitaire.

Tableau 5.6 Répartition du budget du PNDS (en millions de FCFA) par catégorie budgétaire et par niveau du système de santé

	Niveau Central	Niveau Intermédiaire	Niveau Périphérique	Total
Investissements	24535,0	16356,7	40891,6	81783,3
Equipements et matériels	7653,4	5102,3	12755,7	25511,5
Infrastructures	14561,4	9707,6	24269,0	48538,1
Maintenance	2320,1	1546,7	3866,9	7733,7
Fonctionnement	57792,2	38528,1	96320,3	192640,5
Fonctionnement courant	29483,4	19655,6	49139,0	98278,0
Médicaments et intrants essentiels	28308,8	18872,5	47181,3	94362,5
Personnel	21063,8	14042,5	35106,4	70212,7
Primes	6205,5	4137,0	10342,5	20685,1
Renforcements des capacités	1970,0	1313,3	3283,3	6566,6
Rémunérations et autres avantages	12888,3	8592,2	21480,5	42961,0
Grand total	103391,0	68927,3	172318,3	344636,5
	30%	20%	50%	

Sur la période du plan, on observe que la moitié des ressources totales du secteur ira aux districts sanitaires. Ce qui permet de corriger le déséquilibre observé jusqu'alors en orientant davantage les ressources vers les niveaux opérationnels à haut impact. Ceci implique qu'il faudra renforcer la gestion décentralisée en dotant les ECD des outils de gestion moderne, en transférant les ressources humaines compétentes vers les districts et en même temps en améliorant le réseau des fiduciaires au niveau des districts sanitaires pour les transferts de fonds.

Cette décentralisation des ressources du secteur vers les districts sanitaires nécessitera un changement important dans le comportement des autorités au plus haut niveau pour qu'elle devienne une réalité pendant la période du plan.

CHAPITRE 6 : MISE EN ŒUVRE DU PNDS

6.1 CADRE INSTITUTIONNEL DE MISE EN ŒUVRE

S'appuyant sur les leçons apprises lors de l'évaluation conjointe de la PNS 1998 et du PNDS 2009-2013, il importe de renforcer la coordination et la responsabilisation à tous les niveaux en vue d'une appropriation effective de la nouvelle politique sanitaire du Togo par tous les acteurs du développement du secteur.

Aussi, la mise en œuvre du PNDS 2012-2015 sera-t-elle assurée par les organes de gestion et de coordination existantes mais allégés au plan numérique et renforcés au plan de la qualification des membres les composant tant au niveau central, intermédiaire que périphérique.

Cette gestion requiert désormais à n'en point douter, non seulement une collaboration franche et transparente entre les différentes entités (organes de gestion, directions et services) mais aussi et surtout une coordination efficace de l'ensemble des programmes à tous les niveaux assortie d'un effort de responsabilisation effective et d'une culture d'obligation de compte rendu.

6.2 GESTION ET MÉCANISME DE COORDINATION

➤ Niveau central

Composé du cabinet, des directions générales et des directions techniques, il est le premier responsable de la conception et du suivi de la mise en œuvre des actions découlant de la nouvelle politique nationale de la santé et déclinées en programmes et sous programmes dans le PNDS. A ce titre, le niveau central est au premier chef, le garant des normes et standards, de la conception, de la coordination, de la planification et du suivi de la mise en œuvre du PNDS.

Les *organes de gestion* de ce niveau sont :

- le Comité sectoriel santé et VIH/SIDA³³
- les organes spécifiques : CCM, CCIA, etc.
- le Conseil d'administration au niveau des CHD, CHR, CHU et autres institutions nationales de santé publique.

Les corps de contrôle tels que l'Inspection Générale du Ministère de la santé, l'organe national de lutte contre la corruption doivent être mis à contribution pour le contrôle financier et l'utilisation à bon escient des équipements et matériels mis à disposition des formations sanitaires à tous les niveaux.

Le mécanisme de coordination de tous les programmes relève de l'autorité du ministre de la santé qui délègue cette responsabilité de la manière suivante :

- (i) la coordination de tous les programmes prévus dans le PNDS relève de la compétence des directions générales de la santé ;
- (ii) la coordination des programmes relevant d'une seule direction est assurée par le responsable de cette dernière ;
- (iii) la coordination des programmes impliquant plusieurs directions centrales est assurée par le directeur identifié parmi ceux concernés ;
- (iv) la coordination est réalisée dans les hôpitaux nationaux, et dans tous les autres établissements nationaux à caractère hospitalier et/ou de santé publique sous la tutelle du MS, par les conseils d'administration en conformité avec les orientations de la réforme hospitalière et du renforcement de la gouvernance dans le secteur.

(v)

³³ En principe à partir de maintenant, les organes de coordination existants notamment le Comité des partenaires et le CCSS doivent se fondre dans le Comité sectoriel santé et VIH/SIDA du DIPD pour n'avoir qu'un seul cadre de concertation, de suivi et d'évaluation de la politique sectorielle santé et VIH/SIDA

Tableau 6.2 : Chefs/Responsables des Programmes et de certains domaines stratégiques

Programmes/domaines stratégiques	Département Responsable	Autres acteurs du MS impliqués
Lutte contre la mortalité maternelle et néonatale	<i>Santé familiale</i>	PNLP ; PNLS, RH, DISER
Lutte contre la mortalité infantile et infanto-juvénile	<i>Santé familiale</i>	PNLP ; PNLS, RH, DISER
Lutte contre le paludisme, le VIH/SIDA, TB et les autres maladies transmissibles (MTN et maladies à potentiel épidémique)	<i>Maladies transmissibles</i>	DEPI, RH, DISER,
Contrôle des maladies non transmissibles	<i>Maladies Non Transmissibles</i>	DEPI, RH, DISER,
Ressources Humaines en Santé	<i>Ressource Humaines</i>	DISER
Médicaments essentiels, vaccins, produits sanguins et technologies médicales	<i>Pharmacies et laboratoires</i>	DISER, Etablissement de Soins,
Financement du secteur	<i>Affaires financières</i>	RH ; DISER,
Planification, Suivi et Evaluation	<i>Planification et programmation</i>	Affaires financières,
Le système communautaire	<i>Santé communautaire</i>	Directions régionale et préfectorale

➤ **Niveau intermédiaire**, représenté par la direction régionale de la santé

Il est chargé de la mise en œuvre de la politique nationale de la santé et partant du PNDS dans sa région. Le directeur régional de la santé assure la planification, la coordination de toutes les activités des services de santé au niveau de la région. Les *organes de gestion* de ce niveau sont :

- le Comité régional Santé et VIH/Sida, (présidé par le Préfet du chef-lieu de la région) ;
- l'Equipe Cadre Régionale (ECR), coordonnée par le directeur régional de la santé ;
- le Conseil d'Administration au niveau des hôpitaux régionaux et tous autres établissements à caractère de santé publique qui sont sous la tutelle du MS.

➤ **Niveau périphérique**, constitué des districts sanitaires

Le niveau périphérique est **le niveau opérationnel** de mise en œuvre des activités de santé au Togo. Le directeur du district sanitaire est responsable de la planification, de la programmation et de l'exécution des activités de santé sur l'ensemble du territoire du district. Les organes de gestion à ce niveau sont :

- le comité préfectoral santé et VIH/Sida (présidé par le préfet) ;
- l'Equipe Cadre de District (ECD), coordonnée par le directeur du district sanitaire ;
- le COGES au niveau des structures périphériques ;
- le Conseil d'Administration au niveau des hôpitaux de district.

Toutes ces structures de coordination veilleront à ce que les organisations et associations de la société civile, les acteurs du secteur privé de la santé et les PTF, soient impliqués à tous les niveaux en vue d'une prise de décision concertée sur l'ensemble des questions relatives à la santé.

Des textes réglementaires seront révisés ou élaborés pour toutes ces entités de coordination en vue de garantir la réalité de l'approche sectorielle, de la transparence et de la participation de tous les acteurs du développement sanitaire à tous les niveaux de mise en œuvre.

Par ailleurs les procédures de gestion administrative, financière et comptable d'une part, les mécanismes de contrôle et d'audit d'autre part, devront être améliorés, disséminés et appliqués à tous les niveaux du système de santé.

6.3 OPÉRATIONNALISATION DU PNDS

L'opérationnalisation du PNDS 2012-2015 se fera à travers un processus de planification descendante c'est-à-dire évoluant du niveau central vers le niveau des districts sanitaires.

Le niveau intermédiaire ou régional jouera un rôle de conseils et d'appui technique aux districts sanitaires.

Cette manière de procéder permettra de : (i) adapter les orientations nationales et les cadrages financiers au niveau des districts sanitaires, et (ii) disposer en retour de plans opérationnels en conformité avec les orientations nationales et aussi avec les réalités de chaque district sanitaire.

Ainsi, les différentes phases évolueront du niveau central vers le niveau district sanitaire pour repartir avec une consolidation qui permettra de disposer de plans opérationnels de district sanitaire répondant à la matrice nationale. Il s'agira donc :

➤ **Au niveau central :**

- d'élaborer le CDMT sectoriel pour la période 2012-2014, qui servira d'élément de négociation sur la voie du Compact. Il sera revu au début de chaque année ;
- d'élaborer des matrices de cadrage annuel pour chaque district sanitaire définissant : (i) les objectifs de couverture/effet ou résultats attendus, (ii) les cibles ; (iii) les principales stratégies et actions retenues ; (iv) les cadrages financiers par district sanitaire.

Ces matrices seront élaborées dans le cadre d'ateliers impliquant le niveau central, (Directions générales de la santé, Directions techniques et Programmes nationaux), les DRS, les équipes cadres de district sanitaire et les Partenaires. Elles seront évaluées semestriellement, et en cas de besoin, revues afin de prendre en compte les nouveautés et les contraintes. Les équipes des Directions en charge de la planification, des équipements/matériels et des finances, la DRH et les DRS s'assureront que ces matrices sont conformes avec les orientations et cadrages du PNDS.

➤ **Au niveau intermédiaire**

Les ECR sont intimement associées au processus d'élaboration de cadrage annuel pour les districts sanitaires pilotés par le niveau central. De par leur rôle de conseils et d'appui technique aux districts sanitaires, elles encadreront ces derniers dans l'élaboration des plans d'action opérationnels annuels et s'assureront qu'ils sont en conformité avec les matrices et cadrages nationaux.

C'est au niveau des régions sanitaires que les plans opérationnels annuels seront validés en présence des représentants de certaines directions générales et techniques telles celles en charge de la planification, des affaires financières et des ressources humaines.

➤ **Au niveau district**

Il s'agira :

- d'élaborer les plans d'action opérationnels annuels des districts sanitaires en veillant au respect des orientations et des cadrages retenus dans les matrices de district sanitaire ; cette étape se fera en présence de représentants de la DRS, des Partenaires et acteurs appuyant ou intervenant dans le district sanitaire. Les responsables politiques, administratifs, sectoriels et communautaires du district sanitaire seront associés.
- de transmettre à la DRS – pour approbation des différents plans opérationnels ne comportant que (i) les niveaux actuels des indicateurs de couverture, (ii) les résultats attendus³⁴, (iii) les actions³⁵ retenues par résultats et (iv) les ressources humaines et

³⁴ En précisant le nombre de personnes à couvrir par l'intervention concernée

financières nécessaires en incluant les ressources disponibles et les ressources additionnelles nécessaires.

L'appui du niveau central lors de cet exercice au niveau régional, consistera avant approbation, à la vérification de conformité avec les orientations et cadrages nationaux. Les plans ainsi validés serviront de base à la mobilisation des ressources locales, nationales et extérieures et éventuellement à la mise en place d'éléments de motivation pour l'amélioration de la performance dans chaque district sanitaire.

Remarque :

- Pour plus de transparence, il est nécessaire de mentionner dans le document les critères de répartition des crédits.
- Pour une mise en œuvre efficace du PNDS, il faut que les acteurs disposent d'un cahier de charge définissant les critères d'évaluation et de motivation.
- Pour une collaboration fructueuse avec le secteur privé de la santé, il faut associer dans la mesure du possible, les acteurs dudit secteur à toutes les sessions de formation ainsi qu'aux activités du ministère de la santé à tous les niveaux.

6.4 MESURES D'ACCOMPAGNEMENT, CONDITIONS DE SUCCÈS ET RISQUES

6.4.1 Conditions de réussite

Le succès de la mise en œuvre du PNDS repose sur :

- **l'adhésion et la redevabilité** de tous les acteurs et de tous les partenaires vis-à-vis des résultats sanitaires et des ressources financières;
- **l'engagement national** au plus haut niveau afin de réaliser la vision exprimée dans la nouvelle politique sanitaire, celle d'assurer un niveau de santé le plus élevé possible à la population ;
- la création d'un environnement propice et des conditions de **bonne gouvernance** devrait se traduire par une plus grande transparence dans la gestion et par une plus grande équité, toutes choses qui vont contribuer à renforcer la confiance des partenaires et l'adhésion des communautés pour la mise en œuvre du PNDS ;
- **le développement et la gestion décentralisée des ressources humaines:** Dans le cadre du renforcement institutionnel, une attention spéciale devra être accordée au rôle et à la place prépondérante des ressources humaines dans la mise en œuvre du PNDS à tous les niveaux. En effet, l'amélioration de la performance du système national de santé est liée en grande partie au niveau de développement des ressources humaines à savoir, leur qualification technique, leur civisme et leur degré de motivation , leur répartition de façon équitable sur l'ensemble du territoire national et une meilleure gestion de leurs performances ;
- **la collaboration intra et inter sectorielle** dans la résolution des problèmes de nutrition, dans la lutte contre la maladie (VIH/SIDA, paludisme etc.), dans la disponibilité en eau potable, dans l'implication et la participation des femmes et des jeunes, ainsi que dans la problématique de préservation de l'environnement.
- **la réorganisation du Ministère de la santé:** Le succès de la mise en œuvre du PNDS nécessite une réorganisation du ministère de la santé et un renforcement des mécanismes de coordination technique et administrative. A ce sujet le ministère de la santé est en train de prendre toutes les dispositions pour l'application effective du nouvel organigramme. Ce dernier permettra en effet de hisser au rang de priorité et en toute

³⁵ On évitera d'aller dans le détail des activités qui est un exercice fastidieux et qui limiterait la marge de manœuvre des responsables du niveau opérationnel en restant « stratégique dans la mise en œuvre ».

visibilité, les structures en charge des programmes retenus dans le PNDS 2012-2015, tels que la réduction de la mortalité maternelle, néo natale et infanto juvénile ;

- **la restructuration et le renforcement** en personnel qualifié et en équipement informatique adéquat de la Division en charge de l'Information Sanitaire (*DISER*) pour orienter véritablement son mandat vers le suivi évaluation des programmes. Il en est de même pour tous les services déconcentrés en charge de l'animation du SIS à tous les niveaux. Il est à envisager d'introduire les notions du SIS dans le curricula de formation de base des professionnels de la santé (médecins, SF et les IDE) afin de les familiariser à la collecte et à l'utilisation des données pour la prise de décision ;
- **l'approche intégrée de la programmation** ;
- **l'effectivité** de la coordination à tous les niveaux ;
- **le développement d'une approche de financement basée sur la performance.**

6.4.2 Mesures et réformes nécessaires

- **Nécessité d'une carte sanitaire nationale** : la perspective du développement sanitaire repose avant tout sur une connaissance parfaite des structures de santé (les plans types, les normes en équipements par niveau de prestation), les critères d'implantation et leur répartition sur le territoire national. La carte sanitaire devra aussi renseigner sur les paquets d'interventions et les différents intervenants par niveau de prestation et par type d'intervention (santé maternelle et néonatale, santé infantile et infanto juvénile, nutrition, eau hygiène et assainissement VIH /SIDA, santé mentale, santé scolaire, etc. L'existence d'une telle cartographie (à actualiser périodiquement) pourra servir d'outil à la planification et à l'instauration d'une plus grande équité dans l'allocation des ressources internes et externes.
- **Transfert de compétences** vers les Agents de Santé Communautaire pour la mise en œuvre d'un paquet d'interventions intégrées à haut impact à travers la formation, l'équipement et la motivation des ASC ;
- **Les autres mesures et réformes nécessaires sont liées à** : (i) la disponibilité des ME, vaccins et produits sanguins, matériels et équipements appropriés, technologies médicales etc. ; (ii) la contractualisation (conventions avec le secteur privé, contrat de performance) ; ((iii)le financement du secteur de la santé (modalités de financement alternatif, mobilisation des ressources financières additionnelles, coordination de la contribution financière des PTF) ;(iv) le suivi-évaluation (élaboration d'un plan de suivi /évaluation, et les critères de fonctionnalité et indicateurs de performance d'un district sanitaire).

6.4.3 Risques et menaces

Les risques sont identifiés selon les principaux déterminants du système de santé à savoir : la disponibilité des ressources essentielles (ressources humaines, ressources matérielles) la gouvernance/coordination, le financement du secteur et le suivi évaluation ainsi que le mode d'intervention au niveau communautaire. Leur analyse et la manière d'assurer leur gestion (notamment au plan de la prévention) sont développées dans le tableau à l'annexe 3.

CHAPITRE 7 : SUIVI & EVALUATION

Un plan de suivi évaluation de la mise en œuvre du PNDS sera élaboré. Ce plan précisera les acteurs impliqués, leurs rôles et responsabilités, le mécanisme de suivi évaluation et les différents indicateurs de mesures de performance.

7.1 CADRE INSTITUTIONNEL DE SUIVI-ÉVALUATION

Le cadre institutionnel de suivi-évaluation du PNDS est conforme au dispositif institutionnel mis en place dans le cadre du suivi et de l'évaluation des politiques de développement (DIPD). Il se présente comme ci-après :

- au niveau central, le comité sectoriel santé et VIH/SIDA, dont les attributions, les organes sont décrits par ARRETE N°2011-066/PMRT ; est le nouveau cadre conjoint de coordination, de suivi et de l'évaluation de la politique sectorielle santé et VIH/SIDA ;
- le Secrétariat technique est assuré par la Direction en charge de la planification et la Direction en charge des affaires financières en collaboration avec les directions techniques ;
- le suivi évaluation au niveau régional et préfectoral sera réalisé par les démembrements de ce comité (comités régionaux et locaux santé et VIH/Sida).et les autres organes de suivi du niveau déconcentré notamment : l'Equipe Cadre Régionale (ECR), l'Equipe Cadre de District (ECD), le Conseil d'Administration au niveau des hôpitaux (régionaux et préfectoraux).

NB. Les organes de suivi ci-dessus indiquées seront révisés (revue des attributions, du nombre et de la qualification des membres) pour être rendus efficaces avec respect scrupuleux des périodicités dévolues à chacun d'eux.

7.2 MÉCANISME DE SUIVI /EVALUATION

7.2.1. Suivi de la mise en œuvre

Le suivi de la mise en œuvre des activités se fera à tous les niveaux du système de santé avec des outils plus ou moins différents selon qu'il s'agisse du niveau central, intermédiaire ou périphérique.

➤ *Au niveau national*

En tout premier lieu, il convient de réviser en profondeur et d'actualiser le système d'information sanitaire dont l'importance n'échappe à personne. Car il faudra désormais disposer des données fiables pour les prises de décision et les besoins de planification à tous les niveaux. Ceci suppose la revue et l'harmonisation des indicateurs en rapport avec les interventions à haut impact sur la réduction de la mortalité maternelle, néo-natale et infanto juvénile.

L'amélioration de la collaboration secteur public avec le secteur privé permettra d'insérer les données issues du secteur privé dans le système national d'information sanitaire.

Par ailleurs les données et informations issues des différentes études et enquêtes commanditées par les programmes nationaux devront être collectées à travers des outils simples, à concevoir, car leur utilisation contribuera aussi à l'élaboration des politiques/stratégies ainsi qu'à la reprogrammation.

Il est aussi essentiel que les données de monitoring/micro planification issues des districts sanitaires soient analysées au niveau de la direction nationale en charge des études et de la planification afin de les rendre disponibles au niveau national pour des besoins d'utilisation éventuelle et de comparaison avec les données du SNIS.

Le mécanisme de retro information devra être formalisé avec une périodicité consensuelle à déterminer pour le niveau central vers le niveau régional et pour ce dernier vers le district sanitaire. De façon concrète :

- Une mission conjointe de suivi composée des cadres du MS et de certains autres départements ministériels (économie/finances, Action sociale par exemple) et les PTF sera effectuée chaque semestre dans les régions et districts sanitaires. Les termes de référence de la mission seront soigneusement élaborés dans le cadre des préparatifs de ladite mission par un groupe mixte (GVT et PTF) sous la supervision de la Direction en charge de la planification.
- La revue annuelle sera pilotée par le comité sectoriel santé et VIH/Sida. La direction en charge de la planification et la Direction en charge des affaires financières en assureront le secrétariat. A cette occasion les progrès vers l'atteinte des OMD concernant la santé seront les éléments essentiels d'un examen critique des programmes 1, 2, 3 et 4 du PNDS. Les indicateurs retenus pour cet exercice de revue annuelle sont des indicateurs de couverture.
- Un tableau de bord établi pour les programmes et éventuellement les sous programmes sera rempli chaque semestre par les chefs responsables des programmes et envoyé à la Direction en charge de la planification pour analyse des indicateurs retenus.

D'autres outils sont nécessaires pour le suivi des réalisations physiques et le suivi financier et comptable. Il peut s'agir de :

- **Fiche de suivi des réalisations physiques** destinée aux directions centrales et techniques, aux DRS ainsi qu'aux districts sanitaires. Dès le démarrage des opérations, la fiche est remplie périodiquement (trimestriellement, semestriellement, annuellement selon le cas) par le responsable de la structure concernée à divers niveaux de la pyramide sanitaire. La fiche renseigne sur la nature de l'opération, rappelle le coût et les délais de réalisation prévus, indique l'état d'avancement, précise les problèmes éventuels et fait des recommandations. La fiche dûment remplie est envoyée à la DGR/DIEM pour saisie et traitement informatique tout en assurant la rétro information aux structures périphériques.
- **Rapport comptable semestriel** Ce rapport consigné dans une fiche (une page,) fera le point de la situation financière selon les normes et procédures retenues. La fiche est remplie *semestriellement* avec en annexe la copie des différentes pièces justificatives des dépenses effectuées y compris les derniers relevés de compte. Le rapport comptable semestriel est également envoyé à l'Inspection Générale du Ministère avec copie à la DGR/DAF pour saisie et traitement informatique tout en assurant la rétro information aux structures périphériques.

La fiche de suivi des réalisations physiques et le rapport comptable semestriel permettent le calcul des indicateurs de résultats : taux de réalisation des intrants et des extrants.

➤ **Au niveau régional**

Le tableau de bord doit être rempli chaque semestre et adressé au niveau national (DGEP/DEP) pour analyse et retro-information. Ce tableau de bord constitue le menu de la revue semestrielle au niveau de la région sanitaire, toujours sur base des indicateurs de couverture.

La supervision formative trimestrielle des districts sanitaires pour soutenir l'appui technique est indispensable à la bonne marche des activités au niveau des districts sanitaires.

➤ **Au niveau district**

Le district sanitaire est la cheville ouvrière de la mise en œuvre du PNDS 2012-2015. A ce titre le suivi de la mise en œuvre devra être plus rapproché, avec implication des représentants de la communauté locale. Ce suivi de proximité consistera en :

- la supervision formative intégrée sur un rythme trimestriel du personnel des USP soutenue par une bonne préparation (cadre de suivi dynamique, cahier de charge, calendrier préalablement établi) et assortie à chaque fois d'une retro information vers les USP ;
- deux (2) sessions semestrielles de monitoring/micro planification par les pairs dans toutes les USP réalisées avec la participation des représentants des communautés locales. On prendra soin de procéder au début de chaque session de monitoring, à la vérification de la mise en œuvre des actions correctrices déterminées lors de la session précédente ;
- le rapport de performance trimestriel et annuel de chaque district sanitaire sur la base des contrats de performance établi entre le niveau régional et le district sanitaire. Au préalable il aura déjà été déterminé pour un DS, les critères de fonctionnalité ainsi que les indicateurs de performance. La proportion des DS performants pourra être calculée chaque année.

Sur la base des performances obtenues par an et par DS, une récompense sera décernée aux meilleurs DS à titre de motivation (lettre de félicitation, proposition aux distinctions honorifiques nationales etc.). Cette approche sera un facteur déclencheur de l'assurance qualité basée sur la concurrence dans les prestations de services de soins au niveau opérationnel.

7.2.2 Evaluation

Une évaluation à mi-parcours est prévue à la fin de l'année 2013 ou début 2014. Elle portera à la fois sur les indicateurs de processus et sur les indicateurs de couverture déjà identifiés.

Une évaluation finale en 2015 sera effectuée selon l'esprit de l'évaluation conjointe IHP+. Elle utilisera les données des enquêtes nationales telles que MICS et EDST ; STEPS; QUIBB pour apprécier les résultats d'impact. Elle portera aussi sur les financements mobilisés annuellement et globalement sur les quatre ans par rapport aux montants prévus en utilisant les résultats de l'Enquête budget et consommation des ménages ainsi que les Comptes Nationaux de Santé. Cette évaluation finale contribuera à l'élaboration du prochain PNDS 2016-2020 et permettra de mieux déterminer les objectifs et stratégies de ce futur document.

CONCLUSION

Le Plan National de Développement Sanitaire 2012-2015 constitue l'orientation stratégique du secteur de la santé pour les quatre prochaines années. Il est cohérent par rapport aux Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD), aux nouvelles priorités nationales et à la nouvelle Politique Nationale de la Santé de 2011.

Le PNDS 2012-2015 constitue une avancée majeure dans la façon d'aborder le développement sanitaire au Togo. En effet, plus que par le passé, l'élaboration de ce nouveau plan repose sur une analyse situationnelle approfondie du pays incluant l'analyse des goulots d'étranglement du système de santé et sur une modélisation permettant d'établir sur une base scientifique le lien entre les stratégies à mettre en œuvre et les résultats d'effets et d'impact potentiels.

Les stratégies de coûts efficaces retenues dans ce document ont fait l'objet d'un large consensus qui a été facilité par l'approche participative et inclusive ayant guidé toutes les phases d'élaboration de ce plan.

Le présent plan de développement sanitaire est orienté vers la réalisation des OMD relatifs à la santé et le contrôle des MNT à travers des initiatives pour revitaliser le système de soins de santé primaires, en mettant un accent particuliers sur l'offre de services et soins de proximité conjointement au renforcement durable de l'utilisation des services et une amélioration significative de la qualité des soins à tous les niveaux de la pyramide sanitaire.. La priorité est ainsi accordée au renforcement du système de santé, en partant de la perspective communautaire comme central pour rendre effective une approche équitable d'accès aux services essentiels de santé considérés comme un droit humain, une obligation de l'état et de la collectivité nationale et internationale.

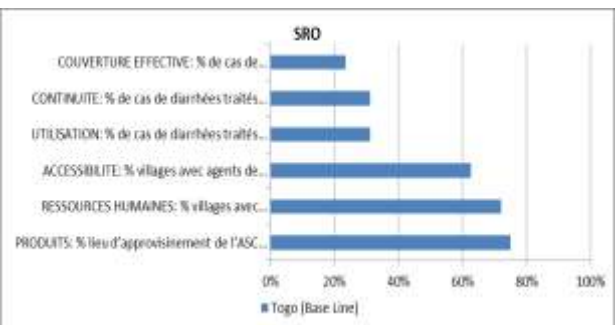
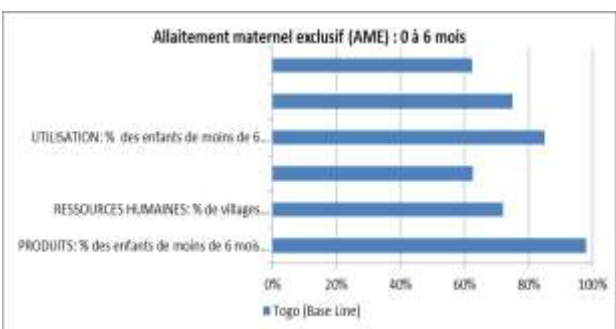
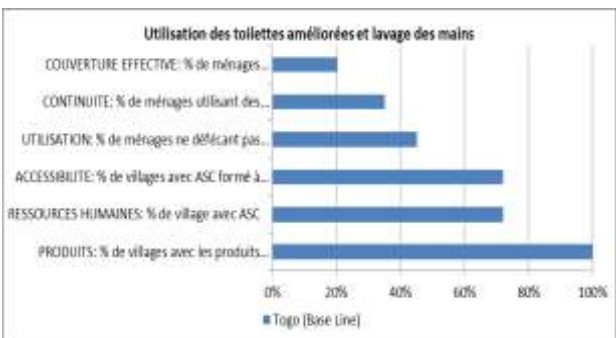
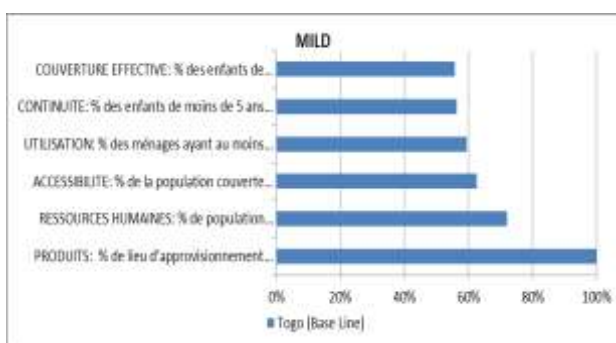
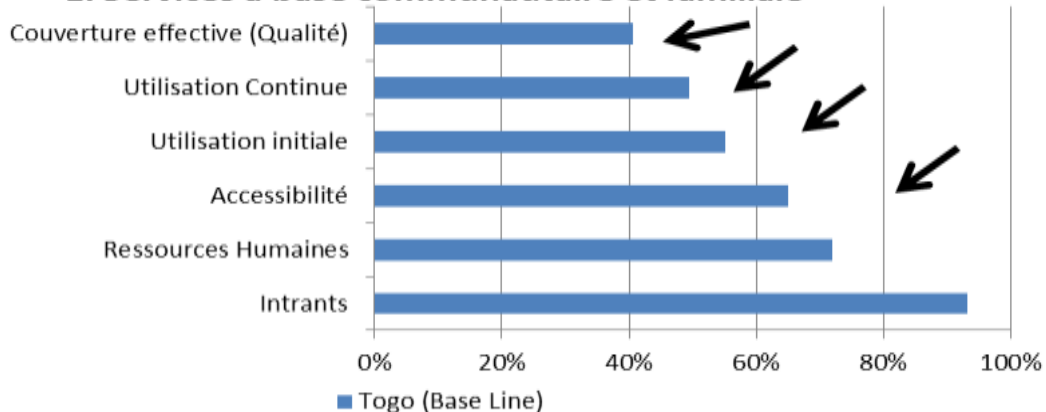
La mise en œuvre du PNDS 2012-2015 se fera à travers le Cadre des Dépenses à Moyen Termes (CDMT 2012-2014). Elle s'inscrira dans la perspective de la Déclaration de Paris et dans le respect des valeurs et principes directeurs énoncés dans la nouvelle politique nationale de la santé.

Références

- Ministère de la Santé du Togo, Analyse sectorielle de la santé, 2011
- Ministère de la Santé du Togo, Politique nationale de santé, 2011
- Ministère de la Santé du Togo, Cadre stratégique d'investissement pour la révitalisation du système de soins de santé primaires au Togo, 2011
- Ministère de la Santé du Togo, Rapport suivi des OMD 2010
- Ministère de la Santé du Togo, Plan d'action 2010, Division de l'assainissement et de l'hygiène du milieu, 2010
- Ministère de la Santé du Togo, Rapport PNL 2010
- Ministère de la Santé du Togo, Rapport annuel du Paludisme 2010
- Ministère de la Santé du Togo, Plan national de développement Sanitaire 2009-2013
- Ministère de la Santé du Togo, Plan national de développement des RH 2010
- Ministère de la Santé du Togo, Politique nationale de nutrition
- Ministère de la Santé du Togo, Politique nationale des IBC 2010-2014
- Ministère de la Santé du Togo, Division Santé Familiale (DSF) Plan stratégique Santé familiale
- Ministère de la Santé du Togo, Plan stratégique PTME
- Ministère de la Santé du Togo, Indicateurs 2009
- Ministère de la Santé du Togo Plan sectoriel VIH 2009-2013
- Ministère de la Santé du Togo, Rapport Comptes nationaux de la santé 2008
- Ministère de la Santé du Togo, Division Santé Familiale (DSF) Rapport Evaluation des SONU au Togo, 2008
- Ministère de la Santé du Togo, Rapports annuels d'activité Direction des Affaires Communes (DAC), 2006, 2007, 2008, 2009, 2010
- Ministère de la santé du Togo, Politique nationale d'Approche Contractuelle, décembre 2003
- Ministère de la Santé du Togo, Normes Sanitaires Togo 2001
- Ministère de l'Economie et des Finances du Togo, Cellule DSRP, DSRP-complet 2009-2011
- Banque Mondiale, Rapport d'Analyse du Secteur de la Santé du Togo, Draft1, avril 2011
- OMS, Statistiques Sanitaires mondiale 2010, www.who.org
- OMS Togo, IHP+, Country Health Intelligence Portal (CHIP) 2010, www.healthintelligenceportal.org
- OMS, Rapport sur la santé dans le monde, Le financement des systèmes de santé : le chemin vers une couverture universelle, 2010
- MBB, Notes Techniques Avril 2008
- Ministère de la Santé du Togo, PNHAT
- PNUD Togo, Rapport APD Togo, Septembre 2010
- Investir dans la santé pour l'Afrique : *L'argumentation en faveur du renforcement des systèmes pour de meilleurs résultats sanitaires*, HHA, site : www.hha-online.org
- UNICEF Togo, Rapport Provisoire MICS 4, 2010,
- UNICEF, Situation des enfants dans le Monde, www.unicef.org
- UNICEF Togo, Rapport provisoire Enquête SMART 4

Annexes

1. Services à base communautaire et familiale

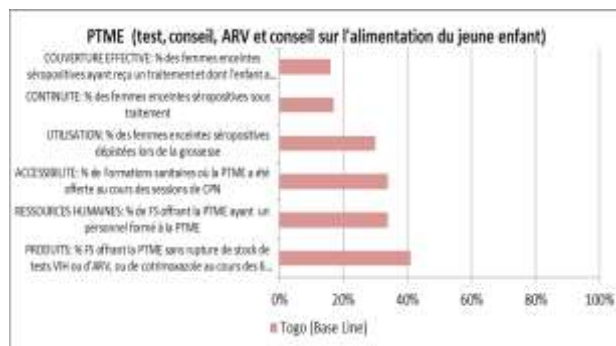
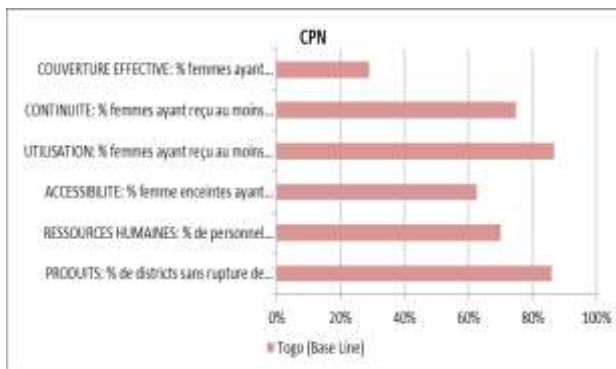
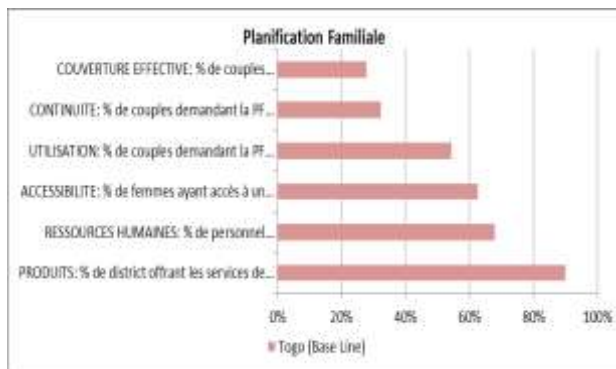
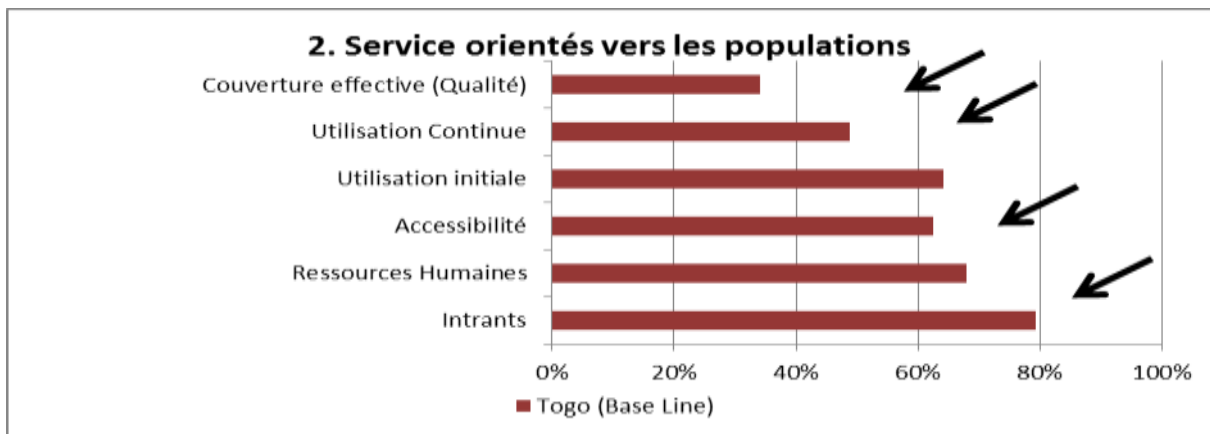


2.1 ANALYSE DES GOULOTS D'ÉTRANGLEMENT DES SERVICES ET SOINS DE SANTÉ COMMUNAUTAIRE

Le graphique 1 présente une estimation de la performance des déterminants de couverture des interventions à base communautaire et familiale. Chaque déterminant de ce graphique est la moyenne des déterminants des 4 interventions traceuses : utilisation de moustiquaires imprégnées, utilisation de toilettes améliorées, allaitement maternel exclusif, traitement de la diarrhée avec Sels de Réhydratation Oraux -SRO (cf graphiques ci-contre).

La revue des graphiques par le panel d'expert a permis de mettre en évidence :

- Les produits essentiels en matière de santé communautaire étant très limité pour les interventions préventives (chlore, savon, moustiquaire etc.) il n'y a pas de problèmes majeur d'accès aux produits, sauf de manière spécifique pour le traitement des pathologies de base où la complexité de la chaîne d'approvisionnement limite la disponibilité des médicaments essentiels, particulièrement dans les zones reculées
- Le nombre d'agents de santé communautaires est déjà important dans les villages, mais ceux-ci n'ont pas nécessairement reçu une formation suffisante pour pouvoir mettre en œuvre l'ensemble du paquet communautaire introduit dernièrement.
- L'utilisation des services est fortement influencée par les dynamiques communautaires et familiales (comme l'allaitement exclusif ou l'utilisation de latrines) et l'analyse met en évidence un déficit de demandes pour ces services liés à un manque de prise de conscience communautaire de l'importance des comportements favorisant la promotion de la



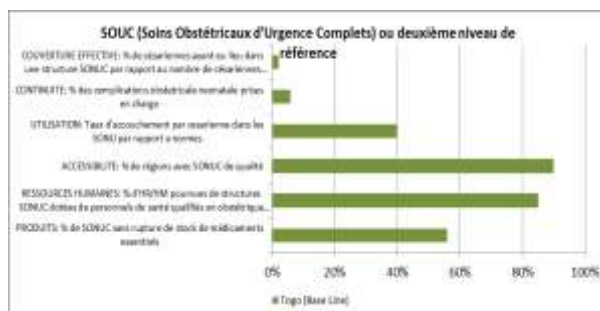
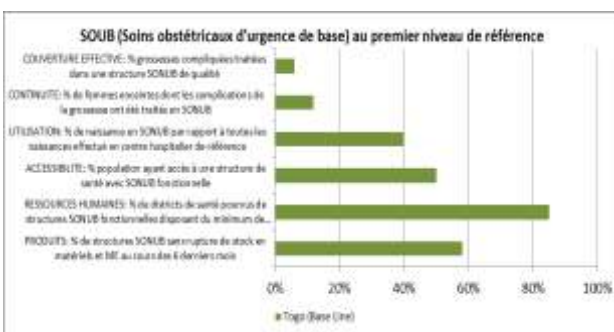
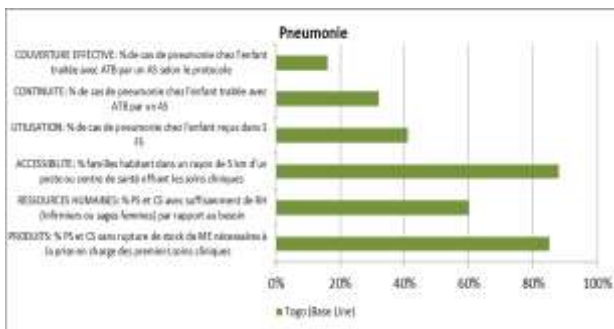
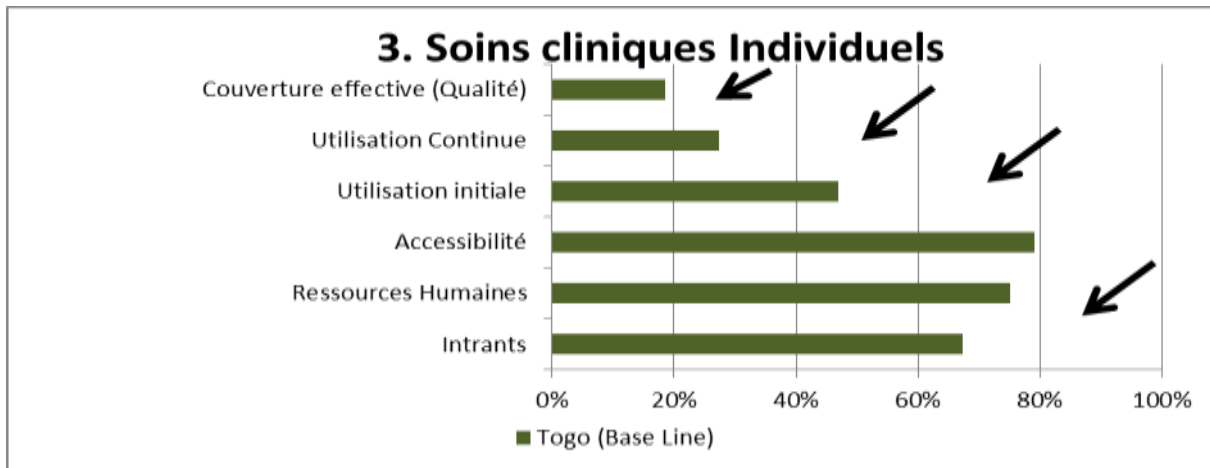
2.2 ANALYSE DES GOULOTS D'ÉTRANGLEMENT DES SERVICES ORIENTÉS VERS LA POPULATION (SERVICES PRÉVENTIFS DES FORMATIONS SANITAIRES)

Le graphique 2 présente une estimation de la performance des déterminants de couverture des services orientés vers la population.

Chaque déterminant de ce graphique est la moyenne des déterminants des 4 interventions traceuses : Planification familiale, Consultation Prénatal, Prévention de la transmission du VIH SIDA de la mère à l'enfant (PTME), couverture du Programme élargie de vaccination (cf graphiques ci-contre).

La revue des graphiques par le panel d'expert a permis de mettre en évidence :

- Des situations très différentes en fonction des services proposés
- Une offre de soins globalement insuffisante liée principalement aux difficultés d'approvisionnement, particulièrement dans la gestion de la PTME.
- Des ressources humaines inégalement réparties sur le territoire et insuffisamment formées, plus particulièrement pour les soins demandant des connaissances techniques spécifiques (comme la PTME ou les dernières méthodes modernes de Planification familiale).
- Une utilisation initiale des services offerts forte mais une utilisation adéquate plus limitée, liée à la difficulté de soutenir la demande de soins préventifs dans le temps lorsque ceux-ci demandent une utilisation continue et contraignante ou alors à un parcours thérapeutique complexe pour permettre une prise en charge adéquate (comme pour la PTME qui impose à la mère d'être suivie dans un centre et de faire le diagnostic dans un autre, généralement à une distance plus importante de son domicile)



2.3 ANALYSE DES GOULOTS D'ÉTRANGLEMENT DES SOINS CURATIFS DES FORMATIONS SANITAIRES

Le graphique 3 présente une estimation de la performance des déterminants de couverture des services cliniques individuels (soins cliniques dispensés en formation sanitaire).

Chaque déterminant de ce graphique est la moyenne des déterminants des 4 interventions traceuses : Prise en charge de la pneumonie de l'enfant, Accouchement simple, Soins d'Urgence Obstétricale et Néonatale simple et Soins d'Urgence Obstétricale et Néonatale complexe (cf. graphiques ci-contre).

La revue des graphiques par le panel d'expert a permis de mettre en évidence :

- Une disponibilité en produits essentiels limitée, principalement liée à la complexité de la chaîne d'approvisionnement.
- Des ressources humaines disponibles principalement dans les grands centres hospitaliers.
- Une tarification des soins aux usagers qui empêche l'utilisation adéquate des services (en raison du coût trop important pour les soins vitaux et d'une politique de tarification mal appliquée pour les autres soins).
- Un retard à la prise en charge des pathologies complexes dans les centres hospitaliers liés à l'absence de système de référence /contre référence.
- Une qualité des soins insuffisants pour permettre une prise en charge effective des pathologies les plus courantes liées à une mauvaise application des protocoles nationaux.
- Une charge administrative très lourde pour le signant empêchant la mise en œuvre satisfaisante des protocoles nationaux.
- Des supervisions et des formations continues insuffisantes pour permettre la mise à niveau du personnel soignant.

Annexe n°2 :
Tableau de projection des besoins en intrants essentiels

Médicaments	Années			
	2012	2013	2014	2015
ANTIRETROVIRAUX				
Ligne 1 adultes (comprimé)				
AZT+3TC	2 327 220	2 422 920	2 609 280	2 838 540
AZT+3TC+NVP	10 082 700	10 832 340	11 258 100	12 247 260
EFV	489 750	1 008 330	1 197 060	1 302 180
TDF+3TC+EFV	529 800	1 276 800	1 469 820	1 599 030
Ligne 2 adultes (comprimé)				
ABC+DDI+LPV/r	314 580	370 920	405 840	441 660
AZT+3TC+LPV/r	121 020	142 680	156 120	169 920
TDF+3TC+ATV+RTV	48 420	57 060	62 400	67 920
TDF+3TC+LPV/r	1 935 900	2 282 520	2 497 560	2 717 880
Ligne 1 enfants (flacon)				
AZT sp /100ml	1 129 766	1 381 666	1 589 414	1 797 163
3TC sp/240ml	1 129 766	1 381 666	1 589 414	1 797 163
ABCsp	988 546	1 208 957	1 390 738	1 572 518
NVPsp/240ml	94 147	115 139	132 451	149 764
NFVsp	94 147	115 139	132 451	149 764
Ligne 2 enfants (flacon)				
ABC+DDI+LPV/r	67	91	111	128
AZT+3TC+LPV/r	176	238	291	334
TDF+3TC+LPV/r	16	21	26	29
INTRANTS DU PALUDISME				
CTA Ligne 1				
Artémether -Luméfantrine	3 284 772	2 252 118	2 318 233	2 380 119
CTA Ligne 1				
Artésunate -Amodiaquine	247 241	169 514	174 491	179 149
Sulfatoxine Pyriméthamine	583 330	599 970	617 535	634 175
Kits pour paludisme grave	47 176	43 843	40 640,00	37 677
TDR	8 165 961	5 599 250	5 763 200	5 918 475
MILDA	3 505 556	551 650	567 800	3 811 111
ANTITUBERCULEUX				
RHZE	633 152	1 104 032	729 056	750 408
RH150/75	644 746	1 360 324	1 279 552	1 317 312
S 1g	18 450	24 439	17 004	17 480
RHE	161 438	296 748	148 768	32 896
RHZ péd	6 300	10 719	15 867	16 062
RH péd	15 960	18 090	31 734	32 124
E100	0	21 924	22 707	23 229
Z400	0	18 042	15 664	7 528
Pyridoxine 250 mg inj	18 012	18 546	19 104	19 674
Diclofénac 50 mg comp	379 512	390 726	402 444	414 414

Kanamycine 1g inj	915	915	915	915
Prothionamide 250 mg comp	10 980	10 980	10 980	10 980
Gatifloxacin 400 mg comp	7 320	7 320	7 320	7 320
Ethambutol 400 mg comp	7.320	7 320	7 320	7 320
Pyrazinamide 400 mg comp	10 980	10 980	10 980	10 980
Clofazimine 100 mg comp	1 220	1 220	1 220	1 220
Isoniazide 300 mg comp	2 440	2 440	2 440	2 440
Hydroxyde d'aluminium (comp ou sachet)	7 200	7 200	7 200	7 200
Seringue	18 450	11 259	17 000	17 480
Eau	18.450	12 439	17 000	17 480
PRODUITS CONTRACEPTIFS				
Microgynon	10 000	10 000	10 240	10 547
Ovrette	7 000	7 000	7 168	7 383
Confiance	97 200	100116	102 519	105 594
Postinor	3 000	3 000	3 072	3 164
Jadelle	12 000	12 000	12 288	12 657
Copper T 380 A	6 000	6 000	6 144	6 328
Noristerat	18 000	18 000	18 432	18 985
Depo Provera	120 000	120 000	122 880	126 566
Pharmatex crème	3000	3000	3000	3072
Pharmatex comp	4500	4500	4608	4746
Condom masculin	2 000 000	2 000 000	2 048 000	2 190 404
Condom féminin	5000	5000	5120	5274
Produits de soins obstétricaux néonataux et infanto-juvénile				
Sulphate de Magnésie 5 g amp de 10 ml	25 300	25 907	26 684	27 485
Ocytocine 5 UI amp 1 ml	25 327	25 935	26 713	27 514
Methyl Ergométrine 0,5 mg	2 477	2 536	2 613	2 691
Fer Acide Folique 200 mg blister	25 079	25 681	26 451	27 245
Quinine 300 mg Comp	11 115	11 382	11 723	12 075
Quinine 600 mg Amp	10 543	10 796	11 120	11 454
Vitamine K1 inj 10 mg amp	24 770	25 364	26 125	26 909
Phénobarbital 200 mg	2 477	2 536	2 613	2 691
Adrenaline 1 mg amp 1ml	2 477	2 536	2 613	2 691
Atropine Sulfate 1 mg amp 1 ml	2 533	2 594	2 672	2 752
Polyvidone 10%	11 146	11 414	11 756	12 109
Salbutamol 0,5mg amp 1 ml	4 842	4 958	5 107	5 260
Gentamicine 0,3% collyre	99 079	101 457	104 501	107 636
Célestène 5 mg	5 573	5 707	5 878	6 054
Bupivacaine 0,5%	5 573	5 707	5 878	6 054
Kétamine 50 mg flacon 10 ml	669	685	706	727
Fentanyl 100 µg amp 2 ml	24 770	25 364	26 125	26 909
Loxen 1mg/ ml fl 10 ml	279	286	294	303
Kit CPN	204 427	209 333	215 613	222 082
Kit accouchement normal	192 067	196 677	202 577	208 654
Kit césarienne	12 360	12 657	13 036	13 427

Kits Soins Après Avortement	10 978	14 016	17 144	20 367
Kits de réanimation du nouveau-né	30664	31340	32342	33312
PRODUITS SANGUINS				
Poches à sang simples	3 000	3 500	4 000	4 500
Poches à sang doubles	28 000	31 000	33 000	35 000
Poches à sang triples	9 000	10 000	11 000	12 000
Réactifs de dépistage VIH (nbre de tests)	43 000	47 900	51 600	55 500
Réactifs de dépistage HBV (nbre de tests)	43 000	47 900	51 600	55 500
Réactifs de dépistage HCV (nbre de tests)	43 000	47 900	51 600	55 500
Réactifs de dépistage syphilis (nbre de tests)	44 000	49 000	53 000	56 500
Réactifs de groupage ABO RhD (Kit ABO/D 10 ml)	330	370	400	430
Cartes gels de groupage ABO RhD (kits unitaires)	28 000	31 200	33 600	36 000
VACCINS				
BCG	380 114	360 411	376 353	384 639
VPO	1 061 261	1 090 242	1 117 062	1 144 542
VAT	561 821	580 390	609 283	637 627
VAR	298 363	306 934	317 452	323 384
VAA	298 363	306 934	317 452	323 384
DTC+Hep.B + Hib	781 248	811 162	839 935	858 406
Pneumo	970 734	811 162	839 935	858 406
Men AFRIVAC	0	0	693 998	572 271
Rota	0	670 206	559 957	572 271
NUTRITION				
Vitamine A Vaccine	3 219 823	3 333 041	3 449 881	3 570 453
Abendazole/ Mebendazole	2 836 612	2 936 356	3 039 290	3 145 512

ANNEXE No 3

Tableau de gestion des risques et menaces

Déterminants	Risques potentiels	Mesures de prévention/ correction
Disponibilité des intrants essentiels	Accroissement de la vente illicite des médicaments sur le marché et de l'automédication.	Application scrupuleuse de la loi à ce sujet
	Multiplicité des circuits parallèles d'acquisition et de vente des médicaments et consommables médicaux au niveau des formations sanitaires	Enquête suivie de mesures correctives voir même coercitives
	Non application de la politique des MEG	Information des prestataires à tous les niveaux
	Insuffisance du contrôle de qualité du Médicament	Création d'un laboratoire national de contrôle de qualité des ME
Disponibilité des RH	Non application de la politique de développement des RH (gestion de carrières, plan de des ressources ;	Promotion du recrutement sur poste
	Aléas de financement	-Assurer une coordination efficace de la contribution financière des PTF -Application des stratégies de mobilisation des ressources financières additionnelles
	Déséquilibre dans la répartition du personnel au détriment du niveau opérationnel	-Définir et appliquer les critères d'affectation et les primes de zones reculées
	L'absence de suivi de la performance et de mise en œuvre des contrats de performance par niveau	- Mise en place de mécanisme d'évaluation des performances individuelles du personnel ; - Instituer le contrat de performance à tous les niveaux et procéder a leur évaluation chaque année
	Les capacités de formation n'arrivent pas à combler les gaps en RHS	-Renforcer les capacités actuelles de formation des Ecoles publiques - Promouvoir la formation privée des cadres de santé
Financement du secteur	Insuffisance de mobilisation des ressources financières et/ou réduction en cours (coupures) des budgets	Signature du Compact et suivi régulier de sa mise en œuvre
	Maintien du déséquilibre de financement au détriment des niveaux opérationnels et au profit des investissements	Plaidoyer pour une affectation préférentielle des RF vers le niveau périphérique
Suivi de la mise en œuvre	la non satisfaction des besoins en RH notamment au niveau des DS entravant leur développement	-Plaidoyer pour une affectation préférentielle des RH vers le niveau périphérique -Récompenser les DS performants
	L'inexistence des critères de fonctionnalité et des indicateurs de performance	Définir et appliquer les critères de fonctionnalité et les indicateurs de performance du DS
Prestation niveau communautaire	La non motivation des ASC	Associer les collectivités locales et les municipalités dans la recherche des stratégies de motivation des ASC
Gouvernance coordination leadership	Non représentativité effective des populations dans la gestion du système de santé	-Associer tous les acteurs du développement sanitaire à la prise de décision à tous les niveaux (Plaidoyer auprès des plus hautes autorités nationales)

		-Réviser/élaborer des textes instituant une coordination efficace dans le secteur - Mobilisation des moyens et renforcement des capacités de régulation
	Faiblesse de la gouvernance du secteur	Associer tous les acteurs du développement sanitaire à la prise de décision à tous les niveaux (Plaidoyer auprès des plus hautes autorités nationales)
	Maintien de l'organigramme actuel du MS	Plaidoyer pour l'adoption en CM du nouvel organigramme et veiller à son application dans les meilleurs délais
Suivi évaluation	Insuffisance d'analyse des données collectées et de retro information	-Réviser en profondeur et actualiser le SNIGS -Réviser et harmoniser les indicateurs d'effet -Rendre formelle la retro information
	Non restructuration des structures en charge de la gestion de l'information sanitaire à tous les niveaux	-Restructure et renforcer la division actuelle en charge de la gestion de l'information sanitaire (application de l'organigramme en cours d'adoption en CM)
	Non existence d'un plan national de suivi évaluation	Réviser/élaborer un plan national de suivi évaluation et veiller à sa mise en œuvre de façon efficace