

**REPUBLIQUE TOGOLAISE**

**MINISTERE DE LA SANTE**

**DIAGNOSTIC DU SYSTEME SANITAIRE  
ET DE L'ETAT DE SANTE DE LA  
POPULATION**

*Version validée*

28 octobre 2006

**Dr Minzah PEKELE**  
Expert national,  
Groupe Sectoriel santé

## RESUME EXECUTIF

---

Le Ministère de la santé s'est engagé depuis plus d'une décennie dans un processus de planification marqué par le plan national de développement sanitaire 2002-2006. Aujourd'hui, s'ouvre un nouveau regard à savoir la culture de la prospective en santé et l'élaboration des plans stratégiques à long terme, nouvelle base de développement sanitaire.

L'engagement actuel du Togo sur la voie de la planification stratégique à long terme axée sur les objectifs du millénaire pour le développement (OMD) et impliquant à la fois les départements ministériels dont celui de la santé constitue une opportunité.

La présente analyse diagnostique, constitue une activité préliminaire à la formulation de la stratégie de planification à long terme. L'analyse a mis l'accent sur les OMD, le cadre institutionnel, les ressources humaines, les infrastructures et équipements et le financement du secteur.

Cette étude a montré que le système national de santé dispose d'un schéma organisationnel cohérent et pertinent avec l'existence des structures de gestion à tous les échelons y compris au niveau communautaire. La culture de l'esprit de planification et de gestion a pris racine ainsi que les mécanismes de coordination, de supervision et de suivi à travers les revues périodiques d'activités. La communauté est partie prenante du processus gestionnaire et de prise de décision par rapport aux biens de santé.

L'étude a montré aussi la mise en place d'un système d'information sanitaire assorti des indicateurs de performance qui prennent en compte les objectifs du millénaire pour le développement.

Par ailleurs, contrairement aux idées reçues, le système de santé est bien pourvu en infrastructures de santé. D'après l'analyse de la situation en santé de reproduction au Togo conduite en 2003, environ 88% de la population se situent à moins de 5km soit moins d'une heure de marche, d'une structure de soins.

Malgré cette bonne accessibilité géographique de l'offre de soins et la mise en œuvre de politiques et stratégies de développement sanitaire globalement éclairées et cohérentes, le système de santé togolais est loin de répondre efficacement et de manière satisfaisante à la demande de santé des populations.

Concrètement, le système de santé togolais souffre d'une insuffisance chronique de ressources humaines, d'une inadéquation du plateau technique d'aide au diagnostic et du paquet complémentaire d'activités en soins spécialisés.

La faible part du financement de l'Etat à la santé et la primauté du système de paiement direct bloquent les possibilités de réduction du fardeau financier qui pèse sur les ménages.

Il est aussi à noter une insuffisance des appuis aux niveaux régional et périphérique ainsi qu'une stagnation du cadre institutionnel national eu égard aux réformes en cours.

La performance de notre système de santé est encore faible. Sa capacité actuelle de réponse à la demande de santé des populations ne lui permet pas de lever les défis auxquels il fait face. La faiblesse des indicateurs d'état de santé, et les écarts importants qui les séparent encore des cibles poursuivies le traduisent si bien.

- ☞ **Huit (8) enfants sur 100 décèdent avant leur premier anniversaire, tandis que 15 sur 100 ne voient pas leur 5<sup>ème</sup> anniversaire.** Comment faire pour réduire de moitié ces décès d'enfants à l'horizon 2015 ?
- ☞ **Sur 1000 de nos mères qui accouchent, 5 décèdent du fait de l'accouchement.** Est-il possible de réduire ce nombre à moins de 2 d'ici 2015 ?
- ☞ **L'espérance vie des togolais à la naissance a chuté de 55 ans en 1998 à 51 ans aujourd'hui.** Pourrons-nous la relever à 60 ans d'ici 2015 ?

Des recommandations ont été faites en vue d'orienter la formulation d'une stratégie de développement sanitaire à long terme qui permette de renverser ces tendances actuelles. Au rang de ces recommandations, une bonne place est accordée au renforcement urgent en ressources humaines, à l'adoption du projet du code de la santé par l'Assemblée nationale, à la mise à disposition du plateau technique adéquat pour le diagnostic et les soins, et à la mise en place des mesures novatrices favorisant un accès massif des populations aux services clés liés à la réalisation des objectifs du millénaire pour le développement.

Il est nécessaire d'arriver à briser les paradigmes sur le plan des droits humains en accordant une plus grande attention et un plus grand respect à la personne humaine, en particulier au patient qui est la raison d'être même du système de santé. De même, une prise en compte transversale de l'approche genre doit faire partie du quotidien et du regard futuriste du département.

## TABLE DES MATIERES

---

RESUME EXECUTIF .....	i
TABLE DES MATIERES .....	ii
ABREVIATIONS .....	v
1. INTRODUCTION .....	1
2. METHODOLOGIE .....	1
3. BREVE PRESENTATION DU PAYS .....	2
3.1. Situation du pays .....	2
3.2. Organisation administrative .....	2
3.3. Démographie .....	2
3.4. Contexte politique .....	2
3.5. Contexte économique.....	3
3.6. Contexte social .....	3
4. ETAT DES INDICATEURS SOCIAUX .....	4
4.1. Indicateurs socio-éducatifs .....	4
4.2. Alphabétisation .....	5
4.3. indicateur socio-sanitaires .....	5
4.4. Eau et assainissement .....	7
5. DESCRIPTION DU SYSTEME DE SANTE .....	8
5.1. Introduction .....	8
5.2. Description de l'organisation sanitaire .....	8
5.3. Organisation des structures de soins .....	9
6. ANALYSE DE L'ORGANISATION ET LA GESTION DU SYSTEME DE SANTE .....	11
6.1. Cadre institutionnel .....	11
6.1.1. Cohérence organisationnelle et juridique .....	11
6.1.2. Système de Santé de District.....	11
6.1.3. Processus de planification et de gestion .....	12
6.1.4. Mécanismes de suivi et d'évaluation .....	12
6.1.5. Collaboration intersectorielle .....	15
6.2. Situation des ressources .....	15
6.2.1. Infrastructures et équipements .....	15
6.2.2. Ressources humaines .....	16
6.2.3. Financement de la santé .....	17
6.2.3.1. Budget de l'Etat .....	18

6.2.3.2.	Financement communautaire .....	19
6.2.3.3.	Appui financier des partenaires au développement .....	19
6.3.	Analyse de l'offre et de la demande de santé .....	20
6.4.	Situation de l'approvisionnement et de la distribution des médicaments .....	21
6.5.	Situation du secteur privé de soins .....	22
7.	POLITIQUE ET ORIENTATION STRATEGIQUE .....	23
7.1.	Processus et mécanismes d'application .....	23
7.2.	Orientations pour le développement du secteur .....	23
7.3.	Politique nationale de santé .....	24
7.4.	Note de stratégie sectorielle .....	25
7.5.	Plan national de développement sanitaire quinquennal (2002-2006) .....	25
7.6.	Organisation et participation communautaire à la base .....	25
7.7.	Programmes prioritaires de santé .....	26
7.8.	Prise en compte des OMD dans le processus de développement sanitaire .....	27
8.	ANALYSE DE LA SITUATION SANITAIRE ET DES STRATEGIES D'INTERVENTION.....	30
8.1.	Situation épidémiologique .....	30
8.2.	Maladies transmissibles .....	30
8.3.	Maladies non transmissibles .....	34
8.4.	Santé de la reproduction .....	34
8.5.	Blessures et plaies .....	35
8.6.	Résultats du processus de réalisation des OMD pour la santé .....	35
9.	SYNTHESE DIAGNOSTIQUE .....	38
10.	ANALYSE DES FORCES, FAIBLESSES, OPPORTUNITES ET MENACES .....	40
11.	RECOMMANDATIONS .....	41

## ABREVIATIONS

---

ARV	:	Anti-Retro-Viraux
AS/SR	:	Analyse de Situation en Santé de la reproduction
CAMEG	:	Centrale d'Achat des Médicaments Essentiels et Génériques
CCC	:	Communication pour un Changement de Comportement
CHR	:	Centre Hospitalier Régional
CHU	:	Centre Hospitalier Universitaire
CMS	:	Centre Médico-social
CNAO	:	Centre National d'Appareillage Orthopédique
CNLS	:	Conseil National de Lutte contre le SIDA
CNTS	:	Centre National de Transfusion Sanguine
CPN	:	Consultations Pré Natales
CPC	:	Contrôle et Promotion de la Croissance
CRAO	:	Centre Régional d'Appareillage Orthopédique
CRTS	:	Centre Régional de Transfusion Sanguine
COGES	:	Comité de Gestion
DGS	:	Direction/Directeur Générale de la Santé
DOTS	:	Direct Observing Treatment Short course
DPS	:	Direction Préfectorale de la Santé
DRS	:	Direction Régionale de la Santé
EAM	:	Ecole des Assistants Médicaux
EDST	:	Enquête démographique et de Santé -Togo
ECD	:	Equipe Cadre de District
ECR	:	Equipe Cadre Régionale
ENAM	:	Ecole Nationale des Auxiliaires Médicaux
ENSF	:	Ecole Nationale des Sages-femmes
FMMP	:	Faculté Mixte de Médecine et de Pharmacie
FRP	:	Plan stratégique pour faire Reculer le Paludisme
GAVI	:	Alliance mondiale pour les vaccins et l'immunisation
HD	:	Hôpital de District
INH	:	Institut National d'Hygiène
MEG	:	Médicament Essentiel et Générique
OMD	:	Objectif du Millénaire pour le Développement
PCA	:	Paquet Complémentaire d'Activités
PEV	:	Programme Elargi de vaccination
PF	:	Planification familiale
PMA	:	Paquet Minimum d'Activités
PMI	:	Centre de Protection Maternelle et infantile
PNDS	:	Plan National de Développement Sanitaire
PVVIH	:	Personnes Vivant avec le VIH/SIDA
SNIS	:	Système National d'Information Sanitaire
USP	:	Unité de Soins Périphérique
TPM+	:	Tuberculose Pulmonaire à Microscopie Positive

## **1. INTRODUCTION**

---

Le Ministère de la santé s'est engagé depuis 1996 dans un processus de planification marqué par le renforcement des capacités des intervenants en planification, l'élaboration des plans quinquennaux (2002-2006), leur mise en oeuvre et le suivi. Aujourd'hui, s'ouvre un nouvel air dans ce processus à savoir la culture de la prospective en santé et l'élaboration des plans stratégiques à long terme, nouvelle base de développement sanitaire.

Pour se faire, l'opportunité majeure est l'engagement du pays dans le processus de planification stratégique à long terme axé sur les objectifs du millénaire pour le développement (OMD) et impliquant à la fois plusieurs départements ministériels dont celui de la santé. Cet engagement a été matérialisé par le lancement officiel de cette nouvelle démarche au travers d'un atelier d'orientation méthodologique tenu du 10 au 12 juillet 2006 à Lomé.

La présente étude a pour but d'une part, de fournir les éléments sur les forces et faiblesse du système national de santé et ses capacités réelles à faire face aux besoins de santé de la population, et d'autre part, de mettre en évidence le niveau de l'état de santé de la population à travers des indicateurs pertinents.

Un accent sera mis sur les éléments liés aux aspects santé des objectifs du millénaire pour le développement notamment la santé de la reproduction, la lutte contre le VIH/SIDA, le paludisme, la tuberculose et les autres maladies, ainsi que sur le cadre institutionnel, les ressources humaines, les infrastructures et le financement de la santé.

Cette étude sera complétée par une évaluation des coûts en vue de pouvoir rédiger une stratégie de développement à long terme pour la santé axée sur les OMD.

## **2. METHODOLOGIE**

---

La collecte des données et informations a été faite essentiellement sur une base documentaire. L'analyse des stratégies et de certaines données a nécessité des séances de travail avec les services concernés.

Le présent rapport a fait objet d'un atelier d'examen et d'enrichissement avec les principales parties prenantes les 26 et 27 octobre 2006 à Lomé.

Cette dynamique d'échange se poursuivra à travers le cadre de concertation impliquant l'ensemble des intervenants notamment les décideurs, les acteurs, les bénéficiaires et les partenaires.

### **3. BREVE PRESENTATION DU PAYS**

---

#### **3.1. Situation géographique**

Pays d'Afrique de l'Ouest, le Togo est situé sur la côte du Golfe du Guinée, entre le Bénin à l'Est, le Ghana à l'Ouest et le Burkina-Faso au Nord.

#### **3.2. Organisation administrative**

Sur le plan administratif, le pays est organisé en cinq régions, 30 préfectures et 4 sous-préfectures. Les préfectures et sous-préfectures sont dirigées par des préfets et sous-préfets. Cependant aux niveaux des régions administratives, il y manque d'autorités administratives investies (gouverneurs) et ce sont les préfets des chefs-lieux de régions qui suppléent provisoirement à cette fonction. Cette lacune devra être comblée avec la mise en œuvre de la décentralisation par la nomination de gouverneurs de régions.

#### **3.3. Démographie**

La pression démographique au Togo est forte. La population togolaise est passée de 1.443.000 habitants en 1960 à 2.719.600 habitants en 1981, pour atteindre l'effectif de 4.629.000 habitants en 2000. Selon les estimations de la Direction Générale de la Statistique et de la Comptabilité Nationale (DGSCN), la population togolaise est de 5.337.000 habitants en 2006. Elle se compose de 51,3% de femmes et 48,7% d'hommes. Le taux d'accroissement naturel de 2,4% l'an. Le taux brut de natalité est estimé à 37‰ et le taux brut de mortalité à 13‰. D'après les projection de la DGSCN, cette la population togolaise atteindra 6.850.000 habitants en 2010 et 7.432.000 habitants en 2015.

Les principaux problèmes de population liés à la pauvreté sont : une fécondité caractérisée par des maternités précoces, non désirées et rapprochées, causant de graves problèmes de santé de la reproduction ; une mortalité élevée chez les enfants de moins de 5 ans (146‰) ; une prépondérance des enfants et des jeunes de moins de 15 ans (47%) avec d'épineux problèmes de prise en charge en matière de services sociaux de base ; un niveau élevé de l'analphabétisme (47% en 2000) surtout chez les femmes (67,5%) contre 31,5% chez les hommes ; une croissance urbaine anarchique due essentiellement à un exode rural massif, entraînant la prolifération d'habitats malsains.

#### **3.4. Contexte politique**

Le Togo connaît une crise politique depuis 1990. Après la Conférence Nationale de 1991, la situation politique a été caractérisée par un déficit de confiance entre les principaux acteurs sur un fond de violences sporadiques jusqu'en fin à 2004. Le décès subit du Président Gnassingbé Eyadéma le 5 février 2005 et le processus d'élection de son successeur ont été marqué par une aggravation de cette situation de crise. L'Election présidentielle du 24 avril 2005 qui a porté le Président Faure Gnassingbé au pouvoir, a donné lieu à de nombreuses confrontations entre les membres des partis politiques.

En vue de résoudre cette situation de crise, un dialogue inter togolais initié par le président défunt a été poursuivi et a aboutit à la signature le 20 août 2006 à Lomé d'un accord politique entre les parties prenantes. Cet accord, dénommé Accord politique global, vise, au travers d'un gouvernement d'union nationale, à préparer et organiser les élections parlementaires. Cet accord ouvre ainsi le pays à un processus de normalisation des relations de partenariat avec l'Union Européenne et les institutions financières internationales.

### **3.5. Contexte économique**

Le Togo se classe parmi les pays à faible revenu. L'économie togolaise est essentiellement basée sur l'agriculture, les ressources minières et les services. La part de l'industrie dans l'économie nationale est marginale. Le produit intérieur brut (PIB) par tête d'habitant est de 222 454 FCFA en 2006. Le Togo n'a pas bénéficié de l'initiative « Pays pauvres très endettés » (PPTTE). La coopération avec les principales institutions financières internationales a été interrompue depuis 1992 suite à la crise sociopolitique que le pays a vécue. Cette situation pourrait se renverser compte tenu du climat d'apaisement sociopolitique issu de l'accord politique global intervenu en fin août 2006.

### **3.6. Contexte social**

On observe une tendance à la paupérisation croissante de la population depuis 1997 en raison de la baisse des activités économiques du pays dans un contexte où la population continue de croître à un rythme relativement élevé.

#### **3.6.1. Pauvreté au Togo du point de vue du développement humain**

L'enquête budget consommation (EBC) de 1995 a montré que la pauvreté au Togo concerne environ 72,2% de la population dont 57,4% d'extrêmement pauvres, avec un seuil de revenu fixé à 90.000 F CFA par an et par personne. La pauvreté augmente du sud vers le nord, des zones urbaines vers les zones rurales suivant le degré d'emprise de l'économie moderne.

Les plus faibles taux de pauvreté et d'extrême pauvreté se retrouvent à Lomé avec respectivement 3,09% de la population «extrêmement pauvre» et 12,15% de la population «pauvre». Dans les grandes villes, ces taux sont de 16,28% et 28,24%. En revanche, dans les centres urbains secondaires, les «extrêmement pauvres» représentent 28,19 % du total des populations et les «pauvres» 58,26 %. S'agissant du milieu rural dans son ensemble, 78,33 % de la population est dans la pauvreté et près de la moitié (45,54 %) dans l'extrême pauvreté. Concernant les régions économiques, ces ratios sont nettement plus élevés dans les régions de la Kara et des Savanes que dans les régions Maritime et des Plateaux.

La pauvreté touche particulièrement les chômeurs, les personnes sans soutien, les artisans et les travailleurs agricoles et du secteur informel. Elle est surtout amplifiée par l'augmentation rapide du taux de croissance démographique.

Le Togo se situe parmi les pays de faible niveau d'Indice de Développement Humain (IDH)<sup>1</sup>. En 2004, l'IDH s'établit pour le Togo à 0,495 ce qui le classe 143<sup>e</sup> sur 177 pays.

#### **3.6.2. Pauvreté humaine au Togo**

Quant à l'Indice de Pauvreté Humaine (IPH), il s'attache à la répartition des progrès réalisés en matière de développement humain et tente de chiffrer les formes de dénuement. Il est calculé à partir de certains indicateurs qui traduisent les manques et les privations des populations. En 2004 l'IPH est évalué à 38% classant le Togo au 65<sup>ème</sup> rang sur 95 pays en développement.

---

L'IDH prend en compte trois dimensions du développement humain à savoir : les conditions de santé, la connaissance et le niveau de vie. Lorsque le développement est élevé, l'IDH prend une valeur voisine de un (1) et quand il est faible l'IDH tend vers zéro (0).

## 4. ETAT DES INDICATEURS SOCIAUX

Le Togo déploie depuis plusieurs années beaucoup d'efforts en faveur des secteurs sociaux, mais globalement les indicateurs sociaux restent faibles par rapport aux objectifs internationaux pour comme l'indique le tableau ci-après.

Le niveau de tous les indicateurs sociaux se situe en bonne voie par rapport aux objectifs internationaux, ce qui suppose que les efforts actuels doivent être encouragés et maintenus de manière à pouvoir lever les défis.

**Tableau 1** Comparaison de quelques indicateurs sociaux du Togo avec les objectifs internationaux

Indicateurs	Togo 1999-2005	Objectifs internationaux
Espérance de vie à la naissance	51,6 ans	60 ans en 2015
Mortalité infantile des enfants de 0 - 1 an pour 1.000 naissances	80	41
Mortalité maternelle pour 100.000 naissances	478	145
Couverture vaccinale infantile	82 %	90 %
Taux net de scolarisation primaire	72,7 %	100 %
Taux d'analphabétisme	43,7 %	36 %

Source : Document de formulation de la stratégie nationale de la dette du Togo/1999 actualisé avec le rapport mondial sur le développement humain 2001, Données du PEV Ministère de la santé 2005.

### 4.1. Indicateurs socio-éducatifs

Le **taux net de scolarisation** est de 77% en 1999 dans l'enseignement primaire (80% pour les garçons et 74% pour les filles) mais les résultats du MICS II ont montré une baisse de ce taux à 67% en 2000 (72,7% pour les garçons et 61% pour les filles)

Au niveau régional, il existe de grandes disparités : alors que l'admission au CP1 est quasi universelle dans la région Maritime (taux net de scolarisation 83,09 %), moins d'un enfant sur deux accède à l'enseignement primaire dans la région des Savanes où le taux net de scolarisation est de 49,01 %.

La pyramide des effectifs scolaires se rétrécit très rapidement du niveau primaire vers le niveau secondaire et tertiaire. Le niveau primaire représente 84 % du total des effectifs scolarisés, le secondaire 15 % (y compris l'enseignement technique et professionnel) et le tertiaire 1 %. Cette sous scolarité dans l'enseignement secondaire et tertiaire en particulier chez les filles s'explique par divers facteurs déjà évoqués notamment le sous effectif des filles, le niveau élevé des taux de redoublement et d'abandon ainsi que les problèmes de qualité de l'enseignement et d'équité (entre sexes et entre régions) observés au cycle primaire.

La sous scolarité des filles peut être à terme un facteur d'échec des programmes de santé car il est bien établi que le niveau d'instruction des mères est associé à la fréquentation des services de santé et à l'adoption des comportements et pratiques favorables à la santé.

## 4.2. Alphabétisation

Le **taux d'analphabétisme** au Togo était de 43,7 % selon le rapport mondial sur le développement humain publié en 2001.

D'après les données de MICS II, le taux d'analphabétisme est de 62% chez les femmes contre 31% des hommes.

On peut ainsi constater que le taux d'analphabétisme reste important au Togo en particulier chez les femmes malgré les efforts qui sont consentis et la mise en place de nombreuses approches pédagogiques. L'accès des femmes à l'éducation et à l'information reste faible.

## 4.3. Indicateurs socio-sanitaires

La contre performance économique du pays au cours de ces dernières années n'a pas permis d'améliorer les indicateurs socio-sanitaires en raison des difficultés financières de l'Etat ainsi que le faible niveau de l'aide au développement par suite de la suspension de la coopération extérieure avec le Togo.

L'**espérance de vie à la naissance**, a connu une baisse sensible passant de 55 ans en 1988 (54 ans pour les hommes et 56 pour les femmes) à 51,6 ans en 1999 (Rapport Mondial sur le Développement Humain, 2001).

Le **taux de mortalité infantile** (0-1 an) est resté presque inchangé au cours de la décennie 1988- 1998. Il est passé de 81 pour 1.000 naissances vivantes en 1988 à 80 pour 1.000 naissances vivantes en 1998 (EDST). Selon le Rapport Mondial sur le Développement Humain 2001, le taux de mortalité infantile est de 80 ‰ au Togo.

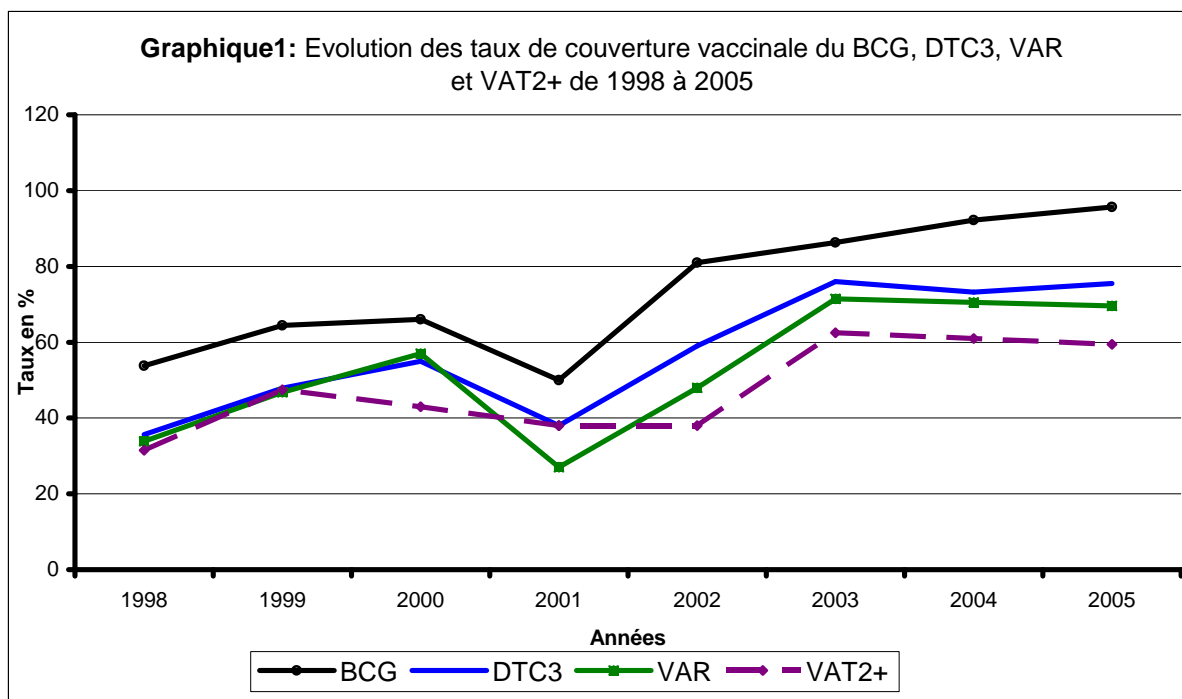
Le **taux de mortalité infanto-juvénile** (0-5 ans) s'est détérioré entre 1990 – 1999 passant de 141 pour mille en 1990 à 143 pour mille en 1999.

Selon EDST-98 le **taux de mortalité maternelle** est passé de 640 pour 100.000 naissances vivantes en 1990 à 478 pour 100.000 naissances vivantes en 1998. Le rapport mondial sur le développement humain a mesuré cet indicateur à 480 pour 100.000 naissances vivantes en 1999.

L'**indice synthétique de fécondité** est passé de 6,4 en 1995 à 5,4 en 1998 (EDST, II) puis à 5,17 en 2003 (AS/SR).

La **couverture vaccinale** contre les six principales maladies de l'enfance est relativement faible. Selon les résultats de l'EDST-98, 31% des enfants de 12-23 mois étaient complètement vaccinés tandis que seulement 23% des enfants ont reçu tous les vaccins du PEV en 1998 avant leur premier anniversaire.

Des disparités importantes existent entre les villes et les campagnes, de même en ce qui concerne les antigènes. La couverture vaccinale anti-rougeoleuse est passée de 65 % en 1991 à 43 % en 1998, puis à 27% en 2001 et 70% en 2005.



La **prévalence de l'insuffisance pondérale**, est de 25% chez les enfants de moins de trois ans dont 7% sous une forme sévère. Le pourcentage d'enfants souffrant de l'insuffisance pondérale atteint 28% en milieu rural, 20% dans les autres villes et 12% à Lomé. Ce pourcentage atteint 39% dans la région des Savanes contre moins du quart des enfants dans les autres régions.

Pour ce qui est de l'**émaciation**, l'enquête MICS II, Togo 2000 révèle que 12% des enfants sont émaciés, dont 2% sous une forme sévère : ces proportions sont respectivement 5 fois et 20 fois plus élevées que celles attendues dans une population en bonne santé et bien nourrie.

Le **taux de l'allaitement maternel exclusif** est de 23,2%, soit moins du quart des enfants âgés de 0 à 3 mois, ce qui est très inférieur à la norme recommandée.

L'application d'un programme national de lutte contre les Troubles dus à la carence en iode basée sur différentes stratégies (iodation du sel, huile iodée, IEC, diversification alimentaire) depuis 1996, a permis une augmentation de la consommation de sel iodé de 1% seulement en 1996 à 71% en 1998 puis à 92,1% en 2005 ; le taux de **prévalence global de goitre** est passé de 18,4% en 1986 à 7,2 % en 2001 et à 2,0% en 2005.

S'agissant de la lutte contre l'**avitaminose A**, selon l'enquête MICS, Togo 2000, 25, 2% des enfants âgés de 12 à 23 mois ont reçu une dose de supplément en vitamine A avant les JNV. Le pourcentage des enfants qui ont reçu un supplément de vit. A augmente avec le niveau d'instruction de la mère, passant de 14% chez les enfants dont les mères n'ont reçu aucune instruction à 25% chez les enfants dont les mères ont reçu une éducation secondaire ou supérieure.

La **prévalence de faible poids de naissance** (moins à 2500 grammes) est de 16 % (MICS, Togo 2000). Ce pourcentage est plus élevé dans la région des Savanes (22%) que dans les autres régions. Le niveau d'instruction a une corrélation sur le poids à la naissance des enfants. Ainsi, la prévalence de faible poids de naissance est de 17% chez les femmes

qui n'ont aucune instruction contre respectueusement 13% et 11% chez les femmes qui ont atteint les niveaux primaire et secondaire et plus.

Le **taux de séro-prévalence du VIH** est passé moins de 1% en 1987 à 5,98% en 1999, puis à 4,8% en 2003 et à 4,5% en 2004 dans la population adulte. En 2005, il est estimé à 3,2%. L'analyse des données composites montre qu'il y a une stabilisation de l'épidémie au Togo.

Des efforts remarquables ont été faits en matière de lutte contre la dracunculose et la poliomyélite. La **dracunculose** est passée de 10 394 cas enregistrés en 1993 à 828 cas en 2000, à 278 cas en 2004 et à 73 cas en 2005.

#### **4.4. Eau et assainissement**

Le taux de **couverture des ménages en eau potable** est de 53% (78% en milieu urbain contre 38% en milieu rural) en 1999 contre 55% (82% en milieu urbain contre 41% en milieu rural) en 1996.

Sur le plan régional, selon les données de MICS II, la situation est très préoccupante dans la région des Savanes où seulement 30% des ménages ont accès à l'eau potable. La meilleure situation dans le pays en matière d'approvisionnement en eau se retrouve dans l'ordre, respectivement à Lomé, dans les régions de la Kara, Maritime, Centrale et des Plateaux.

Quant à l'assainissement, le **taux d'accès aux systèmes d'assainissement** reste encore faible. Seulement 45% des ménages ont accès à des latrines (75 % en milieu urbain contre 24% en milieu rural) en 2000 contre 37,2% (76% en milieu urbain contre 22% en milieu rural) en 1996.

On note ici également une très grande disparité d'une région à une autre; 36 % pour la région Maritime, 35 % pour la région des Plateaux, 28 % pour la région Centrale, 17 % pour la région de la Kara et 19 % pour la région des Savanes.

L'enquête MICS II, Togo 2000 indique que seuls 3,1% des ménages au Togo disposent d'un système d'évacuation des eaux usées et que le système de collecte des ordures ménagères n'existe que dans 7% des ménages.

## 5. DESCRIPTION DU SYSTEME DE SANTE AU TOGO

---

### 5.1 Introduction

L'organisation actuelle du système national de santé découle du décret n° 90/158/PR du 2 octobre 1990 portant organisation et attributions du Ministère de la Santé et du décret n°90/159/PR du 2 octobre 1990 portant organisation des services de la Direction Générale de la Santé Publique ainsi que l'arrêté d'application n° 11/91/MSP du 27 mars 1991 portant organisation des services des Directions Centrales, Régionales et Préfectorales de la Santé.

Cette réforme institutionnelle s'inscrit dans le cadre de la **décentralisation** du système national de santé initiée par le gouvernement avec l'appui des partenaires au développement aux fins d'améliorer la gestion et la performance du secteur.

### 5.2 Description de l'organisation sanitaire

Le système de santé du Togo est organisé en une pyramide à trois niveaux en conformité avec le cadre de développement sanitaire en trois phases préconisé par l'OMS. Ces trois niveaux sont :

- La base de la pyramide représente le **niveau périphérique** ou **opérationnel** correspondant aux 35 districts sanitaires (préfectures), à leurs infrastructures sanitaires (Directions préfectorales de la santé ou Directions de district sanitaire, hôpitaux de préfecture/district, les unités de soins périphériques, les services privés de soins) et aux communautés de base.

Ce niveau est le lieu de mise en œuvre des interventions de santé inspirées de la politique et des directives du niveau central.

- Le milieu de la pyramide représente le **niveau intermédiaire** ou **régional** correspondant aux 6 régions sanitaires comprenant chacune une direction régionale de la santé et ses services connexes, un centre hospitalier régional et les services privés de soins à portée régionale.

Le niveau régional est chargé de l'appui et du suivi - évaluation du niveau opérationnel à la mise en œuvre de la politique de santé et des directives nationales.

- Le sommet de la pyramide représente le **niveau central** ou **national**, correspondant au Cabinet du Ministère, à la Direction générale de la santé publique et ses Directions centrales, ses Divisions et services, ainsi que les structures d'intérêt national (CHU, INH, CNAO, CNTS et les écoles de formation en santé) et aux services privés de soins à portée nationale.

Le niveau central est chargé de la définition et du suivi de la mise en œuvre des grandes orientations de la politique sanitaire du pays en tenant compte des principaux axes de développement socio-économique du gouvernement et des problèmes prioritaires de Santé Publique. Il fixe les normes et standards relatifs au développement sanitaire et assure la coordination de l'action sanitaire au plan national ainsi que le contrôle de toutes les interventions de santé.

### 5.3 Organisation des structures de soins

Les structures de soins sont diversifiées.

- ✓ ☞ **Le secteur public** comprend :
  - 03 Centres hospitaliers universitaires CHU dont 02 à Lomé et 01 à Kara
  - 02 hôpitaux spécialisés (Hôpital Psychiatrique à Aného et l'Hôpital d'enfants à Dapaong)
  - 06 Centres hospitaliers régionaux (CHR)
  - 26 Centres hospitaliers préfectoraux (CHP) ou hôpitaux de district (HD)
  - 104 Centres médicaux<sup>2</sup> et 436 Dispensaires soit un total de 540 unités de soins périphériques (USP)<sup>3</sup>.
  - 38 centres de Protection maternelle et infantile (PMI)
  - 02 Centres de transfusion sanguine dont un National (CNTS) à Lomé et un Régional (CRTS) à Sokodé
  - 01 Institut national d'hygiène (INH) avec un Laboratoire National de Référence (LNR)
  - 03 Centres d'appareillage orthopédique dont un National (CNAO) à Lomé et deux Régionaux (CRAO) à Kara et à Dapaong
  - 34 Centres de conseil et de dépistage volontaire et anonyme du VIH (publics et privés).

Par ailleurs, il y a 03 écoles de formation en santé dont l'École nationale des auxiliaires médicaux (ENAM) à Lomé et Sokodé, l'École nationale des sages-femmes (ENSF) et le Centre de formation en santé publique de Lomé.

Au niveau universitaire, en dehors de la Faculté mixte de médecines et de pharmacie (FMMP) et l'École de assistants médicaux (EAM) il y a aussi des écoles formant d'autres catégories de personnel de santé.

#### ✓ ☞ **Le secteur privé de soins**

Le secteur privé de soins est très florissant au Togo. Il se compose de :

- **Prestataires privés à but non lucratif**, essentiellement confessionnels et communautaires

On dénombre 09 hôpitaux privés confessionnels dont 02 spécialisés, 07 centres médico-sociaux, 08 dispensaires et 07 centres de protection maternelle et infantile.

- **Prestataires privés à but lucratif**

On compte 236 cliniques/polycliniques et cabinets médicaux privés. Ils sont concentrés dans la capitale.

Ces dernières années on a remarqué un développement anarchique du secteur privé informel échappant gravement au contrôle de la tutelle.

- **Thérapeutes traditionnels** (tradithérapeutes), ils sont omniprésents sur le terrain.

Ces structures de santé sont ainsi réparties par niveau dans le système de santé comme l'indique le tableau suivant :

---

<sup>2</sup> Centres médico-sociaux, centres de santé et polycliniques.

<sup>3</sup> Les centres médicaux et les dispensaires sont des «unités de soins périphériques (USP)» autour de l'hôpital de district.

**Tableau 2 :** Répartition des structures de soins par niveau du système de santé

<b>Niveaux</b>	<b>Structures publiques de soins</b>	<b>Structures privées de soins</b>
<b>Central</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 3 CHU</li> <li>- 1 CNTS</li> <li>- 1 INH</li> <li>- 1 CNAO</li> <li>- 2 HSP (hôpitaux spécialisés)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 1 HSP (hôpital spécialisé)</li> <li>- 2 Polycliniques</li> </ul>
<b>Régional</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 6 CHR</li> <li>- 1 CRTS</li> <li>- 2 CRAO</li> </ul>	-
<b>Périphérique</b>	- 7 HD avec bloc chirurgical	- 5 Hôpitaux avec bloc chirurgical
	- 18 HD sans bloc chirurgical	- 236 Cliniques/polycliniques
	- 104 Centres de santé	- 7 Centres de santé
	- 436 Dispensaires	- 8 Dispensaires
	- 38 PMI	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 7 PMI</li> <li>- Cases de santé</li> <li>- Postes de soins traditionnels</li> </ul>

**Source :** construit à partir des données de la Direction générale de la santé

## **6. ANALYSE DE L'ORGANISATION ET DE LA GESTION DU SYSTEME DE SANTE**

---

### **6.1 Cadre institutionnel**

#### **6.1.1 Cohérence organisationnelle et juridique**

L'organigramme actuel du ministère de la santé ne reflète pas suffisamment la réforme en matière de décentralisation des structures de santé engagée dans le secteur depuis 1990. Plus concrètement, des réaménagements sont intervenus sans que l'organigramme issu de l'arrêté d'application des décrets 90-158, 90-159 du 02 octobre 1990 ait subi une mise à jour conséquente. La structuration de l'organigramme aux niveaux intermédiaire et périphérique n'est pas encore effective.

Il est difficile de situer les établissements hospitaliers sur l'organigramme. Le décret n° 90-159/PR stipule que la DRS assure la coordination de toutes les actions de santé dans la région. En réalité, la DRS n'a pas de pouvoir hiérarchique direct sur le Centre Hospitalier Régional (CHR). Le CHR relève selon le décret 90-191/PR du Ministre de la santé, ce qui pose de problèmes certains de mise œuvre de la politique du Ministère.

La Direction des Etablissements de soins (DES), chargée d'appliquer la politique sanitaire et hospitalière rencontre d'énormes difficultés à coordonner et à superviser le fonctionnement des établissements hospitaliers. La création par arrêté no 11/91/MSP de la division des établissements privés de soins au sein de la DES n'est pas juridiquement fondée selon les dispositions de l'article 19 du décret n° 82-137 du 11 mai 1982 fixant les principes généraux d'organisation des départements ministériels.

Certains textes organiques qui régissent le secteur de la santé sont dépassés et semblent ne plus être en harmonie avec la réforme du secteur opérée ces dernières années. En effet, c'est pour répondre à cet état de fait que le code de la santé a été initié par le département de la santé.

Il est donc urgent que le projet de loi portant code de la santé publique de la République Togolaise introduit à l'Assemblée nationale depuis décembre 2005 puisse faire objet d'examen et de vote avec diligence.

#### **6.1.2 Système de Santé de District**

La politique sanitaire nationale a retenu comme première grande option stratégique prioritaire la décentralisation du système de santé avec comme élément de base, le district sanitaire opérationnel.

Bien que la décentralisation dans le secteur de la santé ait pris de l'avance sur les autres secteurs avec la création des Directions Régionales de la Santé (DRS), le processus est loin d'être achevé. En effet, les décrets d'application de la loi n'existent pas encore et sur le plan administratif, il n'y a aucun texte portant sur la déconcentration et visant à alléger la tutelle de l'Etat.

Sur le plan financier, les conditions d'autonomie ne sont pas encore réunies. La crise financière actuelle de l'Etat a entraîné le manque de liquidités au niveau du Trésor Public et des trésoreries régionales. Dans ces conditions, l'allocation des crédits budgétaires sous forme de créances sur le Trésor Public n'arrange pas les services de santé et principalement les régions et les districts. Les fournisseurs manifestent des réticences à s'engager pour le

recouvrement de leur paiement et quand ils acceptent c'est à des conditions désavantageuses pour les services de santé.

S'agissant de l'adjudication des marchés, en l'occurrence ceux de génie civil, les responsables des niveaux décentralisés se sont souvent plaints de n'être pas assez associés dans la conception, la réalisation et le suivi des travaux de génie civil. Les conséquences sont le plus souvent la mauvaise qualité des travaux.

Le projet qui vise à donner la personnalité morale à des fédérations de COGES (ASACO) au niveau du district, en vue de renforcer leur implication réelle à l'effort de développement sanitaire local, pourra être plus utile lorsque la loi sur la décentralisation sera mise en application.

Au sujet du système de référence et de contre référence, son organisation à l'intérieur des districts et dans le système de santé dans son ensemble est insuffisante. On note une quasi absence de liens fonctionnels entre les niveaux périphérique et de référence. Il n'y a pas à ce jour, une circulation rapide de dossiers pour la communication entre les équipes soignantes, ni de facilitation logistique.

L'accessibilité financière des populations aux soins de santé reste faible, parce que le recouvrement des coûts est une innovation récente qui cependant est peu acceptée par la population.

### **6.1.3 Processus de planification et de gestion**

Depuis 1996, le département de la santé s'est engagé dans un processus de planification de bas en haut (bottom-up) et participatif des activités de mise en œuvre des soins de santé primaire (SSP) dans le cadre de districts sanitaires opérationnels.

Les plans d'actions annuels des USP et les plans quinquennaux des divers services, les Plans de Développement Sanitaire des Districts (PDS), les Plans Régionaux de Développement Sanitaires (PRDS) et le Plan National de Développement Sanitaire (PNDS) sont les principaux mécanismes de planification du système de santé au Togo.

Le processus de planification ascendante est fort appréciable, car il permet aux acteurs d'améliorer leur connaissance en matière de planification et de programmation des activités de développement au niveau local, d'augmenter la capacité de mobilisation des ressources et garantit la participation de tous les intervenants.

Dans le même temps, il faut remarquer qu'à l'heure actuelle, les capacités institutionnelles du Ministère de la santé restent faibles sur le plan des ressources humaines et financières.

### **6.1.4 Mécanismes de suivi et d'évaluation**

Les mécanismes de suivi et d'évaluation comprennent la mise en place d'un Système d'Information Sanitaire, la supervision et les sessions de revue.

#### **6.1.4.1 Système d'Information sanitaire**

Le système d'information sanitaire a fait l'objet d'une revue en 2001 dans le cadre de l'élaboration d'un plan directeur du SNIS pour le pays avec l'appui de l'OMS. Dans sa conception, ce système devrait comprendre les sous systèmes suivants :

- le système de surveillance épidémiologique (détection précoce des cas);
- le système de surveillance et d'évaluation des activités des services de santé (surveillance continue ou système de routine);
- le système d'information pour la gestion des programmes ;
- le système d'information pour la gestion des ressources ;
- le système d'information à base communautaire.

A ce jour, les deux sous-systèmes développés sont la surveillance épidémiologique et le système de surveillance et d'évaluation des activités des services de santé.

- **système de surveillance et d'évaluation des activités des services de santé**

Les rapports mensuels dressent le bilan de toutes les activités ayant eu lieu dans les formations sanitaires le mois écoulé. Les données envoyées permettent de construire des indicateurs sur la quantité et la qualité des activités menées et d'en mesurer le progrès et l'impact sur l'état de santé.

La nécessité de disposer d'un système capable de fournir des données fiables et pertinentes nécessaires à la planification, la gestion et le suivi/l'évaluation de l'ensemble des activités sanitaires aux niveaux périphérique et intermédiaire et central, a motivé la réorientation de sous système de surveillance continue et sa décentralisation progressive depuis 1994. Au nombre des progrès enregistrés, on peut citer en priorité : (i) la mise en place de cellule statistique opérationnelle au niveau des six régions sanitaires, (ii) la possibilité de traitement et d'analyse plus approfondie ainsi que la production des rapports par région.

- **Système de surveillance épidémiologique: Système National d'Alerte**

Le Système National d'Alerte Précoce (SNAP) est un système de surveillance épidémiologique qui permet un suivi continu et rapproché de certaines maladies. C'est un processus de collecte, de complication et d'analyse des données sur 15 maladies et leur diffusion à l'ensemble des acteurs au développement de la santé. Dans le cadre de la surveillance intégrée des maladies, la dracunculose, l'onchocercose et plus récemment, la grippe aviaire, ont été ajoutées à la liste des maladies surveillées. L'unité fonctionnelle du SNAP est représentée par les USP qui sont regroupées dans chaque district sanitaire en 2 à 4 réseaux de surveillance épidémiologique. Un réseau est une aire géographique de surveillance épidémiologique regroupant plusieurs USP (3 à 8). En période hors épidémie la transmission des données est hebdomadaire alors qu'en situation épidémique elle est quotidienne. La coordination du système est assurée par la Division de l'Epidémiologie du Ministère qui centralise les données et qui a la responsabilité d'informer le niveau hiérarchique supérieur sur les tendances des maladies prioritaires sous surveillance.

Le système devrait fonctionner en réseau avec les structures sectorielles et de production de données, qu'elles soient publiques ou privées.

Mais à l'heure actuelle, si le taux d'envoi des rapports (nombre de rapports attendus rapporté au nombre de rapports reçus) est de 100% au niveau des réseaux de districts, des améliorations doivent encore y être apportées.

La non notification, à ce jour, des données par la plupart des formations sanitaires privées (cliniques et cabinets) surtout de la Capitale constitue ainsi un véritable goulot d'étranglement au SNAP qui vise à assurer une complétude de l'information sanitaire, reflétant la réalité actuelle du terrain. Le système de surveillance épidémiologique est encore trop centralisé. La décentralisation opérée concerne plus la collecte et la transmission des données que leur traitement et utilisation sur place pour la détection précoce des épidémies et la prise de décision. Les activités de surveillance pluripathologique sont beaucoup plus intégrées au niveau périphérique qu'au niveau central. Le bulletin semestriel de rétro information épidémiologique n'est pas diffusé au niveau opérationnel.

Les orientations en vue du renforcement de la performance du système d'information sanitaire (SIS) contenues dans le Plan Directeur ont conduit au projet actuel de réforme du système national d'information sanitaire (SNIS) dont le centre pilote est le district sanitaire de Kloto.

Les grandes lignes de cette réforme du SNIS sont :

- la révision des données de base à collecter,
- la mise en place de registres autocopiants,
- la mise en place d'un logiciel et des progiciels d'application,
- l'extension du réseau aux régions, aux districts et aux services,
- la mise en réseau des services, régions et le niveau central (intranet),
- l'accès au réseau internet.

#### **6.1.4.2 Supervision formative**

En théorie, la supervision est assurée au niveau de l'USP tous les trois mois par l'équipe cadre de district (ECD), au niveau district par l'équipe cadre régionale (ECR) de façon semestrielle. Les supervisions USP portent en général sur la qualité des soins, la gestion des vaccins et des médicaments, l'examen des activités préventives, le contrôle de la gestion financière et des médicaments. Les structures de santé de premier niveau sont supervisées par les Equipes Cadres de District qui sont à leur tour supervisées par la DRS.

Il a été mis en exergue l'irrégularité des visites de supervision. Dans 69,2% des cas, les formations sanitaires n'ont pas été supervisées au cours des trois derniers mois. Les raisons avancées le plus souvent sont le manque de temps (53,8%), le manque de moyens de transport (46,1%) et enfin le manque de ressources financières (30,7%). Il faut rappeler que la notion de manque de temps évoquée comme premier motif fait appel à l'insuffisance de ressources humaines et une meilleure gestion des ressources y compris le temps.

Par ailleurs, les membres des ECD, malgré leur motivation, sont en majorité peu compétents et non outillés.

#### **6.1.4.3 Revue périodiques des activités**

Depuis fin 2002, l'organisation des ateliers de revue des activités sanitaires chaque année est institutionnalisée et fait obligation à chaque niveau du système et chaque service de le respecter et en faire un rapport. A cet effet, des délais et dates butoirs officiels pour la tenue des revues annuelles d'activités par niveau du système ont été définis sous forme de directives nationales.

L'atelier national de revue des activités sanitaires de 2002, avait fait les recommandations sur les points suivants :

- la nécessité qui s'impose à chaque responsable (DPS, DRS, directeurs d'hôpital, Chef programme) et au ministère d'organiser des revues annuelles de bilan,
- l'obligation à chacun de respecter les délais ci-après pour ne pas pénaliser d'autres ou faire souffrir le processus. Ces délais et dates butoirs sont révisés et présentés dans le tableau 3,
- la nécessité d'informer et de solliciter l'appui de la hiérarchie directe
- l'obligation à tous de rédiger des rapports et de les diffuser,
- le devoir de faire le feed-back régulièrement.

**Tableau 3** : Délais et dates butoirs officiels pour la tenue des revues annuelles d'activités par niveau du système

Niveaux du système	Districts (DPS/DDS)	CHR et Services régionaux	Régions (DRS)	CHU, Services nationaux et Programmes	Ministère (MS/DGS)
Dates butoirs	1 <sup>er</sup> janvier - 10 février	1 <sup>er</sup> janvier - 10 février	11 à fin février	1 <sup>er</sup> –20 mars	21-31 mars

Source : Revue annuelle du ministère de la santé, année 2003

### 6.1.5 Collaboration intersectorielle

Malgré certaines avancées, la collaboration avec les autres services ministériels au niveau opérationnel est encore difficile en raison du fait que tous les départements ne sont pas au même niveau de décentralisation.

D'une manière générale, il existe des liens traditionnels de collaboration entre le département de la santé et les certains secteurs ministériels. Parmi eux on peut citer, les secteurs en charge notamment des affaires sociales, de la population, du plan, des finances, de l'économie, de l'éducation nationale, du service de santé des forces armées, de l'environnement.

Cette bonne collaboration devra être étendue autres départements comme ceux de la ville, le commerce, l'eau, pour ne citer que ceux-là.

## 6.2 Situation des ressources

### 6.2.1 Infrastructures et équipements

L'inventaire des infrastructures de santé en 2001 a montré que sur 936 établissements de soins (toutes catégories confondues) recensés dans le pays, un peu plus des 3/4 d'entre eux appartiennent à l'Etat.

Ainsi, comparativement à d'autres pays de l'Afrique noire, le Togo est relativement bien pourvu en réseau sanitaire (EUROSTAT, 1991). Mais nombre de ces formations sanitaires sont vétustes. L'état des infrastructures de soins réalisé en 1995 a mis en évidence que 81% d'entre elles nécessitaient des travaux de réfection simple, de réhabilitation ou de construction. Depuis la situation ne s'est guère améliorée d'autant plus que le grand projet de réhabilitation et d'extension des infrastructures sanitaires (hôpitaux) financé par la Banque africaine de développement n'a pu se réaliser avec succès.

Par ailleurs, les infrastructures dévolues à des technologies spécifiques comme les laboratoires d'analyses biologiques et les centres de radiologie et d'imagerie médicale sont également dans une situation préoccupante.

Toutefois, cette situation a pu s'améliorer grâce au projet d'appui de la Banque islamique de développement (BID) qui a permis de construire ou de réhabiliter et d'équiper plus de 45 structures sanitaires dans les zones rurales peu desservies. De même, au niveau du Centre national de transfusion sanguine (CNTS) et en partie à l'Institut national d'hygiène (INH) de Lomé, grâce à l'appui de la Coopération française, la réhabilitation et l'équipement de ces centres ont été possibles.

L'accessibilité géographique population vivant à moins de 5km, soit 1 heure, de marche d'une structure de soins, est passée de 60% en 1996 à 88% en 2003 (AS/SR). Autrement dit, seulement 12% de la population font plus de 5 km (1heure) de marche pour demander un soin.

La maintenance et l'entretien des bâtiments sont insuffisants et parfois même inexistant, faute d'une programmation systématique et de manque de moyens financiers et humains.

### 6.2.2 Ressources humaines

Les ressources humaines en santé constituent un des éléments clés de la mise en œuvre de la Politique Nationale Sanitaire. En 2005, l'effectif du personnel est de 6973 agents.

**Tableau 4 :** Effectifs du personnel de la santé en 2005

	NC	CHU	LC	MARIT.	PLAT.	CENTR.	KARA	SAV.	SSA	TOTAL
<b>Personnel médical</b>	32	115	27	19	42	15	20	10	45	<b>325</b>
<b>personnel paramédical et technique</b>	142	974	432	563	755	479	523	302	284	<b>4454</b>
<b>Personnel administratif et financier</b>	217	626	152	251	182	276	313	138	39	<b>2194</b>
<b>TOTAL</b>	<b>391</b>	<b>1715</b>	<b>611</b>	<b>833</b>	<b>979</b>	<b>770</b>	<b>856</b>	<b>450</b>	<b>368</b>	<b>6973</b>

NC = niveau central ; SSA = service de santé des armées

Source : Rapport annuel du Ministère de la santé, année 2005.

Le personnel de la santé est constitué en 2005 de : 56% de paramédicaux, 8% de médicaux et 36% d'agents administratifs et financiers. Pour une population estimée à 5.212.000 hts, les ratios de couverture en 2005 donnent 1 médecin pour 16.035 hts, 1 infirmier d'Etat pour 7.609 hts et 1 sage femme pour 15.195 hts.

L'effectif du personnel de santé est globalement insuffisant. Cette insuffisance est plus remarquable pour le personnel médical spécialisé, les infirmiers et les sages-femmes. Le problème de pénurie de personnel de santé est aggravé par le non remplacement des départs à la retraite. En exemple, entre 2006 et 2010, environ 1.250 agents iront à la retraite. Hormis cela, le département est également confronté aux problèmes de fuite des cerveaux, de vieillissement du personnel, de répartition inadéquate du personnel, d'absence d'outil de gestion et d'évaluation de la performance du personnel, et enfin d'inexistence d'une politique de développement des ressources humaines pour la santé.

Cette situation de pénurie de ressources humaines qualifiées dans le secteur public de santé est due à la conjoncture de facteurs variés tels que :

- le non remplacement des départs à la retraite, des départs vers le secteur privé ou à l'étranger d'une partie du personnel qualifié, et des décès (le dernier recrutement effectué en 1998 et en 2003 au niveau du secteur n'ont pas permis de combler le déficit),
- la rareté des recrutements dans la fonction publique,
- insuffisance des effectifs dans la formation des agents de santé
- l'absence d'une politique sectorielle de ressources humaines, de plan de formation continue, de plan de carrière et de motivation,
- constant de beaucoup de faiblesses dans le recrutement et la gestion des ressources humaines au niveau des établissements autonomes de santé
- les mauvaises conditions de travail...

En somme, les difficultés rencontrées aujourd'hui tiennent pour une large part à des problèmes de planification, de gestion et de formation des personnels de la santé. Ces contraintes devront être levées pour atteindre les objectifs mondiaux de couverture sanitaires adéquate à la population.

### 6.2.3 Financement de la santé

Les ressources financières du secteur de la santé proviennent de différentes sources, notamment :

- Le budget de l'Etat ;
- Le financement communautaire ;
- L'appui de partenaires au développement.

Le financement de l'Etat s'élève à 13.064.162.000 FCFA en 2005 contre 10.424.351.000 FCFA en 2004 soit une progression de 25%. Ce financement est exprimé sous deux formes différentes :

- i. les crédits de fonctionnement pour l'ensemble des services administratifs, fonds non liquides.
- ii. les subventions (virement de fonds liquides) pour les établissements de santé à gestion autonome.

Ce montant est réparti comme suit :

- Les dépenses en personnel : 4 836 102 000 FCFA
- Les dépenses en matériels : 2 741 060 000 FCFA
- Les subventions : 4 895 000 000 FCFA
- Les dépenses d'investissement : 592 000 000 FCFA

En sus de ces ressources, la communauté participe au financement du système de la santé par le recouvrement des coûts. En 2005, le montant du recouvrement des coûts est de 5.415.188.212 FCFA contre 7.043.085.384 FCFA en 2004, soit une régression de plus de 23%. Le tableau ci-dessous montre que la part formelle de ce financement communautaire est passée de 24% du total du budget formel en 2004 à 17 % en 2005.

Quant aux partenaires, ils ont financé le système de santé à hauteur de 13.411.936.085 FCFA contre 11.568.123.144 FCFA en 2004 soit une augmentation de 15%. Cette augmentation est marquée par un doublement du financement du Fonds Mondial, passant de 3,8 milliards de FCFA en 2004 à 8 milliards en 2005.

**Tableau 5** : Financement du secteur de la santé par source

	2004		2005	
	Valeur (FCFA)	Part (%)	Valeur (FCFA)	Part (%)
ETAT	10 424 351 000	36	13 064 162 000	41
COMMUNAUTES	7 043 083 380	24	5 415 186 212	17
PARTENAIRES	11 568 123 144	40	13 411 936 085	42
<b>TOTAL</b>	<b>29 035 557 524</b>	<b>100</b>	<b>31 891 284 297</b>	<b>100</b>

Source : Construit à partir des données du Ministère de la santé

De manière globale le montant du financement du département de la santé s'élève à 31.891.284.297 FCFA en 2005 contre 29.035.557.524 FCFA en 2004, soit une progression de 09%.

### 6.2.3.1 Budget de l'Etat

Les difficultés financières de l'Etat ont des répercussions sur le financement du secteur. Le tableau suivant, donnant l'évolution des allocations budgétaires au secteur les 16 dernières années, indique une insuffisance de l'affectation budgétaire. Celle-ci représente en moyenne 8,4% du budget général de fonctionnement. Ce pourcentage est loin des 15% recommandés par les Chefs d'Etat africains au sommet d'Abuja en 2000. De plus, lorsque l'on soustrait les subventions et transferts aux établissements autonomes de santé, il ne reste plus qu'une moyenne de 6,5% du budget qui vont aux activités de santé de base.

De façon globale, l'analyse des allocations budgétaires de l'Etat au secteur au cours de la décennie a mis en évidence :

1. Une **insuffisance des affectations budgétaires** : le budget de la santé per capita est en moyenne de 2 400 FCFA par an, ce qui est très insuffisant au regard du coût moyen estimé du Paquet Minimum d'Activités (PMA). En effet, Selon la Banque Mondiale, le coût d'un PMA adapté à l'épidémiologie subsaharienne est estimé entre 7 000 à 9.000 F CFA par an et par tête d'habitant. Le respect du PMA impliquerait pour le Togo une dépense en santé de l'ordre de 32 à 41 milliards F CFA contre 10,7 milliards alloués pour l'année 2000.

**Tableau 6** : Allocations budgétaires au secteur de la santé (1991-2006)

Année	Budget fonction.	Budget Invest.	Budget Santé	Budget Général	% Budget Santé	Budget Santé/hab.
1991	7 632 717	1 137 100	8 769 817	92 490 000	8,3%	2 439
1992	8 012 721	1 677 700	9 690 421	93 636 324	8,6%	2 618
1993	7 489 466	3 050 000	10 539 466	75 984 240	9,9%	2 768
1994	8 150 814	895 700	9 046 514	121 116 000	6,7%	2 303
1995	8 548 682	1 379 100	9 927 782	90 730 000	9,4%	2 450
1996	9 286 620	1 584 700	10 871 320	111 907 500	8,3%	2 469
1997	9 791 729	810 700	10 602 429	126 020 000	7,8%	2 483
1998	14 191 672	1 500 000	15 691 672	153 125 665	9,3%	3 561
1999	15 966 868	3 104 000	19 070 868	155 057 362	10,3%	4 232
2000	10 142 680	585 000	10 727 680	179 375 949	5,7%	2 317
2001	11 020 275	362 000	11 382 275	155 433 378	6,2%	2 246
2002	10 160 000	361 000	10 521 000	184 578 947	5,7%	2 167
2003	12 029 215	401 000	12 430 215	179 181 413	6,9%	2 532
2004	9 621 351	803 000	10 424 351	199 742 937	5,2%	2048
2005	12 472 162	592 000	13 064 162	202 873 032	6,4%	2 476
2006	14 652 292	4 664 000	19 316 292	254 101 424	7,6%	3 619

Source : Adapté à partir des données du Ministère de la santé

2. Un **déséquilibre dans les engagements des dépenses du secteur** : l'examen des engagements financiers sur la période 1988-2006 révèle que l'essentiel des ressources du Ministère de la Santé est consacré aux dépenses de personnel, et ce, au détriment des dépenses d'entretien, de matériel et de médicaments. Au niveau des régions par exemple, les dépenses de personnels représentent souvent plus de 70% des crédits budgétaires alloués. Toutefois, ce déséquilibre a tendance à se réduire au fil des années. Le rapport de l'ordre de 75/25 entre dépenses de personnel et les autres dépenses de fonctionnement est jugé inadéquat pour assurer des prestations de services de qualité. Il est nécessaire de réduire ce déséquilibre en augmentant la part du budget réservé aux activités de fonctionnement hors salaires.
3. une **insuffisance de liquidité des crédits budgétaires alloués** : malgré l'absence de données sur la réalité de la liquidation des dépenses budgétaires, en absence de suivi des taux d'exécution des dépenses, il est vrai qu'une grande part des crédits alloués n'a pu produire les services attendu faute de liquidité pour payer les attributaires des services. être disponible.

Ces faiblesses budgétaires rendent difficile la mise en œuvre des activités planifiées en particulier au niveau des districts sanitaires et constituent une contrainte majeure qui devra être levée pour escompter atteindre les résultats et les objectifs du millénaire pour le développement.

### **6.2.3.2 Financement communautaire**

Il est difficile à l'étape actuelle de disposer du montant des ressources générées par les communautés de base dans le fonctionnement des formations sanitaires en l'absence de données chiffrées.

Toutefois, d'après les données statistiques financières du Ministère de la santé, les recettes annuelles de recouvrement de coûts des structures sanitaires publiques ont évolué de 1,6milliards de FCFA en 1997 à 7 milliards en 2004 pendant que le budget de l'Etat était de 10 milliards et les partenaires au développement 11 milliards. Le montant de ce recouvrement des coûts en 2005 a été de 5,4 milliards de FCFA.

Par ailleurs, l'enquête sur les comptes nationaux de santé a montré qu'en 2002 les ménages ont déboursé environ 80% des dépenses de santé.

Le principal goulot d'étranglement est le monde de paiement. La plupart des paiements se font directement sous forme liquide par le demandeur de soins. Or, l'avènement de la maladie est presque toujours une surprise et inopportun car ne coïncide presque jamais avec la disponibilité financière. La couverture du mode de paiement indirect à travers les mutuelles de santé, l'assurance maladie et les formes assimilées est marginale. Le problème d'**accessibilité financière** posé est entier.

### **6.2.3.3 Appui financier des partenaires au développement**

Les partenaires au développement ont depuis longtemps participé sous diverses formes au financement du secteur de la santé. Il convient de remarquer que ces dernières années, la part de l'aide extérieure dans les dépenses de santé du secteur de la santé est encore prépondérante. Le montant de l'aide extérieure est évalué en moyenne à 10 milliards par an. Parmi les partenaires multilatéraux, le Fonds Mondial de Lutte contre le SIDA, la Tuberculose et le Paludisme et le Fonds GAVI (pour la vaccination des enfants) occupent une part substantielle du financement.

Le plus souvent, il est difficile de disposer des données sur les dépenses effectivement réalisées par les partenaires au bénéfice du système national de santé.

## 6.3 Analyse de l'offre et de la demande de santé

### 6.3.1 Couverture des services

La couverture en soins de santé primaires (SSP) définie par un accès à une unité périphérique de soins à une distance inférieure à 5 km (accessibilité géographique), est passée de 60% en 1998 à 88% en 2003. Depuis l'année 2003, beaucoup de réalisations devant contribuer à l'amélioration de l'accessibilité géographique ont été faites. Au nombre de ces réalisations on peut citer la construction des infrastructures sanitaires en milieu rural avec l'appui de la Banque islamique de développement, ainsi que l'élaboration de la carte sanitaire de la région des Plateaux et son application en vue de rationaliser au mieux l'offre de santé dans cette région.

Cependant, la mise en œuvre des soins de santé essentiels n'est pas toujours effective dans les USP.

Les résultats de l'enquête de terrain réalisée dans le cadre de cette étude en 1996 révèlent également une insuffisance de mise en œuvre du paquet minimum d'activités (PMA) au niveau périphérique. Sur les 232 USP prises en compte dans l'enquête de terrain, à peine 68% d'entre elles offrent à l'heure actuelle le PMA portant sur les prestations curatives, les soins préventifs (CPN, assistance à la maternité, CPC, vaccinations,...), ainsi que les soins promotionnels (IEC, PF). 32% d'entre elles ne mènent pas les activités de panification familiale (PF).

S'agissant du paquet complémentaire d'activités (PCA), il est peu développé au niveau des hôpitaux en particulier les hôpitaux de district. Sur un total de 25 hôpitaux de district (HD) seulement 7 hôpitaux disposent d'un paquet complémentaire d'activités en chirurgie et gynécologie. Nombre d'hôpitaux de districts sont considérés comme de gros dispensaires, car ils offrent une gamme très réduite de services. Les consultations à titre ambulatoire, les hospitalisations (hébergement médical et obstétrique), et quelques analyses de laboratoires constituent pour bien de structures de référence, l'essentiel de l'activité hospitalière. Cette situation tient des causes diverses notamment, le sous équipement, mais surtout, le manque chronique de personnel qualifié laissant place à une part importante d'agents pas ou peu qualifiés pour la dispensation des soins ou la prise en charge des patients, avec comme conséquence la détérioration constante de la qualité des soins et la perte de confiance des populations vis à vis de ces établissements.

A cela, il faut aussi ajouter une quasi absence de liens fonctionnels entre les niveaux périphérique et de référence. Les résultats de l'examen des mécanismes de référence au niveau des districts sont présentés dans le tableau 7 ci-après:

**Tableau 7 :** Mécanismes utilisés pour faciliter la référence des malades entre les formations sanitaires du district

Mécanismes	Existe
Fiches de référence du niveau inférieur au niveau supérieur	19,2%
Rapport de rétro information de contre référence (retour vers le niveau inférieur)	13%
Système d'ambulance	61,5%
Systèmes de communication	10,7%
Niveaux de tarification graduelle	26,1%
Exemption de paiement sur présentation de la fiche de référence	13%

Source : Evaluation du système de santé de district

### 6.3.2 Utilisation des services

Les statistiques sanitaires indiquent une sous-utilisation des principaux services offerts dans les structures sanitaires du secteur.

Les indicateurs clés d'utilisation des services ont pour la plupart régressé entre 1990 et 2005. Certaines des raisons de cette désaffection des services de soins curatifs qui peuvent être avancées incluent : le problème d'accessibilité financière des populations, l'état précaire des bâtiments et des équipements, mais surtout la non attractivité des centres liée à l'absence des cofacteurs de qualité de services tels l'accueil, la disponibilité du personnel, de disponibilité en médicaments et matériel, etc.

En effet, les études menées sur la fréquentation auprès des populations ont montré que les causes d'insatisfaction évoquées par les usagers des centres de santé sont : le mauvais accueil, l'attente prolongée avant les soins, l'indisponibilité et l'incompétence des agents ainsi que la vente parallèle de médicaments.

**Tableau 8** : Evolution des Indicateurs-clés de performance du système (1990-2005)

Indicateurs clés	1990	2000	2005
1. Taux de fréquentation	60,5 %	23,8%	25%
2. Taux d'occupation des lits	ND	35,3%	31,5%
3. Couverture en CPN	81,2%	72,9%	83%
4. Couverture en soins obstétricaux	62,3%	48,6%	61%
5. Couverture vaccinale (enfants 12-23 mois)	ND	41,0%	82%
6. % enfants de 1 an vaccinés contre la rougeole	78%	57,0%	70%
7. Taux d'utilisation de la contraception	ND	25,7%	-

Sources : DISER, CCA, MICS-2000

Sur le plan de l'activité vaccinale, l'effort consenti par l'Etat et la communauté internationale dans la mise en œuvre du Programme Elargi de Vaccination (PEV) et qui a permis d'atteindre au début de la décennie les objectifs mondiaux auxquels le pays a souscrits dans ce domaine a été ébréché depuis lors. On a relevé d'abord une régression des taux de couvertures vaccinales puis une reprise. Ceci a été possible grâce aux actions conjuguées des vaccinations de routine et des campagnes de vaccination.

### 6.4 Situation de l'approvisionnement et de la distribution des médicaments

La levée du monopole de TOGOPHARMA (actuellement en cessation d'activités) a permis l'implantation de nouveaux grossistes répartiteurs privés. Le Togo compte actuellement :

- Trois grossistes répartiteurs à but lucratif : SOCOPHARM, GTPHARM et SOTOMED,
- Un grossiste dépositaire confessionnel CAPHECTO (OCDI)
- 140 officines privées de pharmacie dont 122 à Lomé,
- 33 dépôts pharmaceutiques agréés,
- Un grossiste répartiteur communautaire à gestion autonome, CAMEG – Togo relayé au niveau régional par des dépôts régionaux d'approvisionnement. La CAMEG-Togo a recours aux appels d'offres internationaux comme procédures d'acquisition des médicaments et distribue aux formations sanitaires publiques selon un système de recouvrement de coûts. L'appel à la concurrence présente ainsi l'avantage (i) de l'égalité de soumission de tous les concurrents, (ii) de la transparence dans le

processus de passation des marchés, (iii) de la possibilité d'obtenir des prix compétitifs et (iv) de l'efficacité du processus.

On note par ailleurs l'existence de deux usines de fabrication privées GGIA et TONG MEI

Les pharmaciens privés sont de plus en plus favorables à la politique de médicaments essentiels génériques en raison de leur accessibilité financière. Le médicament occupe une place importante dans la politique de santé du Togo, politique fondée en grande partie sur l'Initiative de Bamako et le recouvrement des coûts.

Il est à noter que le système de tarification des produits pharmaceutiques est basé sur l'application des taux de marge. Après la dévaluation, le taux de marge grossiste et celui des officines sont ramenés respectivement à 10% et 30% contre 13 et 34% avant 1994 afin de compenser la baisse du pouvoir d'achat des populations. Toutefois ces marges ne sont pas toujours respectées par les prestataires.

## **6.5 Situation du secteur privé de soins**

Les problèmes prioritaires du secteur sanitaire privé au Togo peuvent donc être résumés comme suit :

- i. Installation anarchique dans le secteur ;
- ii. Cadre juridique inadéquat ;
- iii. Absence de normes et standards dans l'exercice du privé ;
- iv. Faible couverture (mauvaise répartition géographique, cherté des soins par rapport à la bourse de la majorité de la population, faible implication dans la mise en œuvre des programmes préventifs...) ;
- v. Absence de programme d'installation des jeunes diplômés au niveau du secteur privé lucratif ;
- vi. Difficultés d'accès aux crédits d'installation et de fonctionnement ;
- vii. Difficulté d'obtention de l'agrément ;
- viii. Difficultés de financement (imposition élevée, disparités dans la tarification, absence d'assurance –maladie ou mutuelle généralisée à toute la population ;
- ix. Faible collaboration entre les secteurs public et privé ;
- x. Absence de supervision et de monitoring des structures privées ;
- xi. Non-respect des attributions des différentes catégories de structures de soins ;
- xii. Formation illégale et anarchique de personnel paramédical dans les structures privées
- xiii. Absence d'esprit de coopération dans le secteur privé (médecine de groupe, clinique ou cabinet coopératif).

## 7. POLITIQUE ET ORIENTATION STRATEGIQUE

---

### 7.1 Processus et mécanismes d'application

Avant d'aborder l'aspect analytique du secteur, il convient d'énumérer quelques étapes importantes qui retracent le cadre politique dans lequel évolue le secteur de la santé. On peut citer notamment :

- a. L'adoption et la mise en œuvre en 1980 de la stratégie des soins de santé primaire (SSP) par la ratification des documents officiels<sup>4</sup>;
- b. L'adoption et la mise en œuvre du Scénario africain de développement sanitaire en trois (3) phases de Lusaka, 1985 ; ce cadre a inspiré l'organisation actuelle des services de santé;
- c. L'adoption et la mise en œuvre de la stratégie de l'Initiative de Bamako (IB)<sup>5</sup> ;
- d. L'adoption et la mise en œuvre du paquet minimum « Santé pour tous » ;
- e. L'élaboration par le Gouvernement de la politique nationale de santé en 1998 ;
- f. L'élaboration de la note stratégique pour le secteur de la santé au Togo en 1998 ;
- g. L'élaboration d'un document sur les normes et standards au niveau du district sanitaire 2001;
- h. L'élaboration du plan directeur du SNIS
- i. L'élaboration des plans de développement sanitaire et du plan national de développement sanitaire pour cinq ans (2002-2006);
- j. L'élaboration des indicateurs de suivi des performances dans le cadre du PNDS et des OMD ;
- k. L'élaboration et la mise à jour des plans stratégiques des différents programmes de santé ;
- l. La réforme du SNIS ;
- m. L'élaboration du code de la santé publique ; etc.

Le secteur de la santé a su rester en phase avec les grandes orientations régionales et mondiales notamment celles de l'OMS en matière de développement sanitaire.

### 7.2 Orientations pour le développement du secteur

Afin d'enrayer la dégradation du système sanitaire, le Togo avec l'appui des organismes bi et multilatéraux a entrepris une réforme de son système de santé axée sur le concept de

---

<sup>4</sup> L'approche SSP, adoptée à Alma-ata en 1978 vise à offrir à la communauté des soins de première nécessité en utilisant des techniques simples, mais scientifiquement éprouvées et peu coûteuses. Les populations devront être associées à la planification et à la mise en œuvre des programmes de santé qui leur sont destinés. Les SSP sont composés des éléments suivants : (i) donner aux populations des informations nécessaires pour la restauration et la promotion de leur santé ; (ii) protéger les enfants et les mères par les vaccinations, le suivi des grossesses et la planification familiale ; (iii) assurer la disponibilité des médicaments efficaces peu coûteux (Médicaments Essentiels Génériques) ; (iv) rendre l'eau potable et l'environnement salubre ; (v) lutter contre les maladies endémiques.

<sup>5</sup> C'est une initiative adoptée par les gouvernements africains à Bamako en 1987 pour renforcer les SSP et leurs systèmes de financement (introduction des MEG moins coûteux, financement communautaire des soins et gestion communautaire des ressources sanitaires)

« District Opérationnel ». A cet effet, des textes réglementaires relatifs au secteur de la santé ont été adoptés et promulgués ; des documents fondamentaux ont été élaborés et validés par l'ensemble des intervenants du secteur : Il s'agit, entre autres, de :

- i. Décret 90-159/PR du 02 octobre 1990, portant organisation des services de la direction générale de la santé ;
- ii. Décret 90-191/PR du 26 décembre 1990, portant réorganisation des établissements hospitaliers de la République Togolaise, qui transfère certaines responsabilités de décisions aux conseils d'administration ;
- iii. Décret 90-192/PR du 26 décembre 1990, autorisant les formations sanitaires à utiliser les recettes provenant des prestations de soins et Arrêté interministériel n°01/91/MSP/MEF du 03 janvier 1991 portant création, attributions et fonctionnement des comités de gestion des centres médico-sociaux et dispensaires en vue de promouvoir l'implication des communautés dans la gestion de la santé;
- iv. Décret n° 96-026/PR du 18 mars 1996 fixant les conditions d'exercice de la profession de grossiste répartiteur de produits pharmaceutiques et de produits assimilés ;
- v. Ordonnance n° 91-01 du 08 janvier 1991 fixant les modalités d'approvisionnement en médicaments qui libéralise la fonction de grossiste répartiteur dont Togopharma détenait le monopole ;
- vi. Normes sanitaires du district ;
- vii. Le document national d'approche contractuelle ;
- viii. Le projet de loi portant code de la santé publique de la république Togolaise, en instance d'adoption à l'Assemblée nationale depuis décembre 2005.

### **7.3 Politique nationale de santé**

La politique nationale de santé élaborée en 1996 a été revue et adoptée en novembre 1997 en fonction des nouvelles données économiques et socio-politiques. Son objectif général est d'améliorer l'état de santé des populations dans le cadre du développement socio-économique et de la lutte contre la pauvreté. Ses objectifs intermédiaires consistent à :

- réduire la mortalité et la morbidité et améliorer le bien-être à travers des soins préventifs, curatifs, promotionnels et réadaptatifs en :
  - . réduisant la mortalité maternelle, infantile et infanto-juvénile
  - . réduisant la morbidité et la mortalité dues aux principales maladies ;
  - . contribuant au développement des services de planification familiale
  - . promouvant des attitudes et des comportements sains, favorables à la santé et au bien-être
- étendre la couverture sanitaire à l'ensemble de la population en :
  - . rendant les services accessibles à tous, notamment aux plus démunis
  - . assurant des services de qualité, y compris la disponibilité en médicaments essentiels génériques (MEG)
  - . intensifiant l'utilisation des services par des actions d'information, d'éducation et de communication
- agir sur les déterminants de la santé et rendre le système viable et performant en :
  - . intégrant la politique socio-sanitaire dans celle du développement socio-économique du pays

- améliorant l'efficacité du système par une gestion rationnelle des ressources et des activités
- organisant la participation de l'Etat, des collectivités, des prestataires privés, des individus et des partenaires au développement à la prise en charge de la santé.

La politique nationale de santé énonce clairement les principes généraux de la santé Publique. Référence est faite à l'Objectif santé pour Tous, à la stratégie des Soins de Santé Primaires ainsi qu'à l'Initiative de Bamako et aux principes des médicaments essentiels génériques.

#### **7.4 Note de stratégie sectorielle**

Elaborée en 1998 après le document national de politique de santé, la note sectorielle retrace tout simplement les 12 stratégies auxquelles le secteur de la santé a recours pour atteindre ses objectifs de santé.

#### **7.5 Plan national de développement sanitaire quinquennal (2002-2006)**

Ce plan résume les orientations stratégiques et les actions prioritaires qui doivent guider l'ensemble des interventions de santé au cours de la période 2002-2006.

A cet effet trois orientations stratégiques assorties des actions prioritaires ont été définies. Il s'agit de :

- Reformier le système de santé en vue de l'adapter aux nouveaux défis :
  - le renforcement des capacités institutionnelles du secteur de la santé ;
  - le Renforcement de la planification et de la gestion des ressources humaines au sein du secteur de la santé ;
  - le renforcement des capacités de gestion du secteur de la santé.
- Orienter le développement du système de santé pour en assurer l'adéquation avec les besoins des populations les plus vulnérables et les pauvres :
  - le renforcement de la couverture sanitaire et de la qualité des soins et services ;
  - le renforcement de la lutte intégrée contre les maladies transmissibles et non transmissibles et promotion de la santé de la reproduction ;
  - la promotion des activités de recherche et de l'utilisation de leurs résultats pour la prise de décision ;
  - l'amélioration du volume de financement en faveur du secteur de la santé
- Promouvoir un environnement physique, économique et politique favorable à la santé, et un plaidoyer pour placer la santé au cœur du développement économique et social du pays :
  - le renforcement de la collaboration intersectorielle ;
  - le développement du plaidoyer et de la coopération.

#### **7.6 Organisation et participation communautaire à la base**

Des efforts importants ont été faits pour impliquer la communauté dans la gestion de la santé. La participation communautaire est faite à travers divers organes : comités de développement, comités de santé et comités de gestion. Depuis quelques années ces comités participent activement aux activités sanitaires et y jouent un important rôle dans le développement du système de santé à la base.

Elle se traduit depuis 1995 par l'implication des représentants des communautés dans les activités de planification, d'exécution de certaines activités, notamment la mobilisation sociale et la cogestion des biens et des fonds de recouvrement de coûts.

Le financement communautaire se traduit par la participation des patients aux frais de consultation, d'analyses et l'achat des médicaments. Cela se fait à travers la tarification des actes et prestations offerts.

Plusieurs ONG et Associations locales ou nationales participent à l'action de la santé sur le terrain. La communauté, à travers ses différentes formes d'organisations, mène plusieurs activités de développement sanitaire comme la collecte des ordures ménagères, la gestion des latrines communautaires (dans la région sanitaire de Lomé\_Commune essentiellement), la distribution des contraceptifs et de l'ivermectine, la sensibilisation sur les maladies, la lutte contre les pratiques néfastes à la santé et bien d'autres activités spécifiques menées par les agents de santé communautaire.

## **7.7 Programmes prioritaires de santé**

Pour résoudre les problèmes de santé, plusieurs programmes prioritaires de santé sont mis en place. Pour être efficace chaque programme élabore son cadre stratégique quinquennal et un plan opérationnel. L'élaboration de ces documents se fait de manière participatives et implique les représentant de tous les secteurs de développement sans oublier la société civile et les partenaires au développement.

A ce titre quelques programmes prioritaires sont ci-après listés :

- 1) Programme national de lutte contre les IST/SIDA (PNLS/IST)
- 2) Programme national de lutte contre le Paludisme<sup>6</sup> (PNLP)
- 3) Programme National de lutte contre la Tuberculose (PNLT)
- 4) Programme élargi de Vaccination (PEV)
- 5) Programme national de Santé de la Reproduction (PNSR)
- 6) Programme d'éradication de la Dracunculose<sup>7</sup> (Ver de Guinée)
- 7) Programme national de lutte contre l'Ulcère de Burili (PNLUB)
- 8) Programme de Prise en charge intégrée des maladies de l'enfant (PCIME)
- 9) Programme national de lutte contre l'Onchocercose<sup>8</sup> (PNLO)
- 10) Programme Global de lutte contre la Filariose lymphatique (PGLFL)
- 11) Programme de nutrition
- 12) Programme de Santé des jeunes et des Adolescents
- 13) programme national de santé mentale
- 14) programme national de santé Bucco-dentaire
- 15) Programme national de lutte contre le Diabète
- 16) Programme national de lutte contre les maladies cardio-vasculaires
- 17) programme national de lutte contre la Cécité (PNLC)
- 18) Programme national de Médecine Traditionnelle
- 19) programme de surveillance intégrée des maladies et réponse aux épidémies
- 20) Programme national de lutte contre la Lèpre
- 21) Etc.

---

<sup>6</sup> Maladie infectieuse provoquée par un hématozoaire spécial, le plasmodium, inoculé par la piqûre de moustiques appartenant à diverses variétés d'anophèles. Elle revêt des formes nombreuses : aiguës, consistant en accès de fièvre survenant à intervalles réguliers ; chroniques, avec anémie.

<sup>7</sup> Infestation de l'organisme par la filaire (nom donné à des parasites que leur longueur a fait comparer à un fil) de Médine ou ver de Guinée. Elle se manifeste par une ou plusieurs tumeurs sous-cutanées qui ne tardent pas à s'abcéder et d'où l'on peut extraire les parasites.

<sup>8</sup> Maladie de l'Afrique Tropicale, se manifeste par des petites tumeurs analogues à des ganglions enflammés. Ces diverses manifestations sont dues à la présence d'embryons de filaires.

La mise en œuvre des programmes de santé a permis d'enregistrer des progrès dans la lutte contre la maladie. Les acquis majeurs enregistrés au cours de la décennie sont entre autres :

- la réduction de l'incidence des six maladies cibles du PEV notamment la tuberculose, la diphtérie, le tétanos, la rougeole, la poliomyélite (en voie d'éradication) et la coqueluche grâce à l'extension des services de vaccination,
- la régression drastique de la dracunculose passant de 2 073 cas en 1995 à 828 cas en 2000 et à 143 cas en 2005,
- la régression de la lèpre dont le taux de prévalence est passée de 15,8 pour 10 000 en 1988 à 0,76 pour 10 000 habitants en 1999.
- Plusieurs villages naguère endémiques de la cécité des rivières (onchocercose) ont été libérés de cette maladie invalidante
- La réduction des troubles liés à la carence en iode (TDCI) grâce à la mise en œuvre depuis 1996 de plusieurs stratégies de lutte en particulier l'iodation du sel ; le taux de prévalence de goitre est passé de 18% à 7,2% entre 1986 et 2000, et à 2% en 2005.
- Si la lutte contre le VIH/SIDA, la Tuberculose et le Paludisme a enregistré des progrès encourageants au cours de ces trois dernières années, la part de leur organisation en programme et la mise en place d'un système de planification et de gestion ne doit pas être sous-estimée.

Malgré ces progrès, la situation sanitaire reste encore précaire. La lutte contre la maladie n'a pas connu une avancée substantielle.

## **7.8 La prise en compte des OMD dans le processus de développement sanitaire**

### **7.8.1 Rappel des OMD pour la santé**

Trois OMD concernent le secteur de la santé. Il s'agit de :

- réduire la mortalité infantile ;
- améliorer la santé maternelle et
- combattre le VIH / Sida, le paludisme et d'autres grandes maladies.

Chacun de ces trois objectifs comprend des cibles. Ainsi,

- pour la réduction de la mortalité infantile au Togo, la cible fixée consiste à réduire de deux tiers entre 1990 et 2015, le taux de mortalité des enfants de moins de 5 ans ;
- pour l'amélioration de la santé maternelle, la cible à atteindre prévoit une réduction de trois quarts, entre 1990 et 2015, le taux de mortalité maternelle :
- pour le combat contre le VIH / Sida, le paludisme et autres maladies graves, deux cibles ont été prévues :
  - la réduction de la prévalence des IST / VIH/Sida (d'ici 2015, avoir stoppé la propagation du VIH/SIDA et commencé à inverser la tendance actuelle)
  - avoir maîtrisé d'ici 2015 le paludisme et les autres grandes maladies, et avoir commencé à inverser la tendance actuelle.

### **7.8.2 Actions entreprises par le Ministère de la santé**

Le Gouvernement avec l'appui des partenaires techniques et financiers a fait certaines réalisations par rapport aux objectifs du millénaire pour le développement (OMD) au TOGO.

Au nombre de ces actions, on peut citer :

- l'élaboration et l'édition du document « Indicateurs essentiels de performance des districts sanitaires y compris les indicateurs du NEPAD et des OMD » ;

**Tableau 9** : Synthèse du regroupement des indicateurs habituels du secteur de la santé autour des OMD

Regroupement des Indicateurs de santé autour des OMD / Santé	
Objectifs	Indicateurs habituellement utilisés dans le système national de santé
OMD / Santé	<p><b>Réduire la mortalité infantile</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Taux de couverture contraceptive</li> <li>- Taux de malnutrition chez les enfants de moins de 3 ans</li> <li>- Taux de couverture vaccinale au BCG</li> <li>- Taux de couverture vaccinale au VAR</li> <li>- Taux de couverture vaccinale en DTC3</li> <li>- Taux de couverture vaccinale des femmes enceintes (VAT2 et plus)</li> <li>- Taux d'abandon du DTC</li> <li>- Pourcentage d'insuffisance pondérale à la naissance</li> </ul>
OMD / Santé	<p><b>Améliorer la santé maternelle</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Taux de couverture en CPN</li> <li>- Taux de couverture des soins obstétricaux</li> <li>- Indice de suivi des femmes enceintes vues à la CPN</li> <li>- Taux de césarienne</li> <li>- Taux de mortalité maternelle chez les femmes en couche dans les f. s.</li> <li>- Charge de travail du point de vue obstétrical</li> </ul>
OMD / Santé	<p><b>Combattre le VIH/SIDA, le Paludisme et d'autres maladies</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pourcentage d'enfants de moins de 5 ans atteints de paludisme grave</li> <li>- Taux de létalité du paludisme</li> <li>- Nombre de cas enregistrés d'IST selon l'approche syndromique</li> <li>- Pourcentage de FE séropositives ayant bénéficié du protocole PTME</li> <li>- Nombre de PVVIH sous ARV</li> <li>- Pourcentage de FE vues en CPN ayant bénéficié d'un dépistage volontaire du VIH</li> <li>- Taux de dépistage de la Tuberculose</li> <li>- Pourcentage de malades tuberculeux soignés sous DOTS</li> <li>- Pourcentage de tuberculeux guéris dans la cohorte</li> <li>- Taux de létalité du choléra</li> <li>- Taux de létalité de la méningite cérébro-spinale</li> <li>- Nbre de cas de dracunculose dépistés les 2 dernières années</li> <li>- % de villages endémiques libérés de la dracunculose</li> <li>- Pourcentage de couverture géographique en traitement de l'onchocercose</li> <li>- Taux de couverture thérapeutique à l'ivermectine</li> </ul>
OMD / Santé	<p><b>Renforcer le partenariat pour les produits pharmaceutiques</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Taux de disponibilité des MEG d'utilisation courante par niveau de soins</li> <li>- Taux de disponibilité des vaccins</li> <li>- Part des médicaments dans les dépenses courantes par niveau de soins</li> </ul>
Autres objectifs de santé	<p><b>Améliorer l'opérationnalité du système national de santé</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Taux de disponibilité du PMA requis</li> <li>- Taux de satisfaction en personnel qualifié</li> <li>- Dépense de santé per capita (par tête d'habitant) en F CFA</li> <li>- Taux d'exécution du budget du plan d'action annuel par source de financement</li> <li>- Taux de réalisation des supervisions</li> <li>- Pourcentage de COGES fonctionnels</li> <li>- Couverture en visites domiciliaires</li> </ul>
Autres objectifs de santé	<p><b>Améliorer l'utilisation des services de santé</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Taux de fréquentation des formations sanitaires</li> <li>- Taux d'occupation des lits</li> <li>- Taux de mortalité hospitalière</li> <li>- Charge de travail du point de vue curatif</li> <li>- Taux de recouvrement des coûts par niveau de soins</li> <li>- Recette moyenne par cas (coût moyen d'un traitement)</li> <li>- Nombre de causeries IEC/CCC réalisées</li> <li>- Nombre de spots IEC/CCC télé/radiodiffusés</li> </ul>

- l'élaboration du rapport annuel du Ministère de la Santé sur le suivi du PNDS, des OMD et de la stratégie de réduction de la pauvreté ;
- l'élaboration du « Profil du système de santé » incluant les indicateurs des OMD ;
- L'élaboration du « Rapport de suivi des OMD au Togo »
- l'élaboration en cours du Bilan Commun de Pays (CCA-UNDAF)

- Cependant, selon le rapport 2004 du Togo sur les OMD, les objectifs 2 (Assurer l'éducation primaire pour tous) et 5 (Améliorer la santé maternelle) ont plus de chance d'être réalisés que les autres. Ainsi donc :

- l'objectif No 4, « Réduire la mortalité des enfants de moins de 5 ans » semble difficile à atteindre en raison de la situation socioéconomique du pays ;
- l'objectif No 5, « Améliorer la santé maternelle », sera probablement atteint en 2015 ;
- l'objectif No 6, « Combattre le VIH/sida, le paludisme et d'autres maladies » paraît aussi difficile à atteindre. Cependant, des avancées significatives peuvent être obtenues si les appuis dont bénéficie le Togo sont renforcés.

L'environnement politique actuel et la détermination des divers acteurs nationaux et internationaux dans l'amélioration des services sociaux de base permettent d'avoir l'espoir que le pays peut gagner le défi des OMD.

Afin d'amener les acteurs et décideurs du secteur de la santé à mieux intégrer dans leurs habitudes l'esprit et le souci des OMD les indicateurs de santé habituellement utilisés ont été regroupés autour des trois principaux OMD pour la santé ainsi que de l'alinéa 6 du 8<sup>ème</sup> OMD à savoir « rendre disponibles et accessibles les médicaments essentiels ». Ce regroupement a été opéré dans le document des principaux indicateurs de performance et leurs manuels d'application pour chaque niveau du système de santé. Le tableau ci-après résume ce travail.

## **8. ANALYSE DE LA SITUATION SANITAIRE ET DES STRATEGIES D'INTERVENTION**

---

### **8.1. Situation épidémiologique générale**

La situation sanitaire se caractérise par des taux élevés de morbidité et mortalité en particulier chez les enfants et les femmes.

Les taux de mortalité infantile et infanto-juvénile sont respectivement de 80 et 146 pour 1000 naissances vivantes en 1998. Ces mortalités sont surtout dues au paludisme qui reste toujours le problème majeur de santé publique au Togo malgré la mise en œuvre des programmes de lutte et de prévention ; les autres causes de mortalité infantile et infanto-juvénile sont essentiellement : les IRA, les maladies diarrhéiques, la rougeole, le SIDA, l'insuffisance pondérale à la naissance et les carences nutritionnelles.

Le taux de mortalité maternelle est passé de 640 pour 100.000 naissances vivantes en 1990 à 478 pour 100.000 naissances vivantes en 1998 selon les résultats de l'EDST.

Beaucoup de maladies découlent de l'environnement dans lequel évoluent les populations. La promiscuité, l'accessibilité insuffisante en eau potable (47% des ménages n'ont pas accès à l'eau potable en 1999 contre 45% en 1996), l'insuffisance d'installations hygiéniques (seulement 45% des ménages disposent de latrines) et l'accès limité des populations aux systèmes de moyens adéquats d'évacuation des ordures ménagères, des eaux usées (seulement 3,1% des ménages disposent d'un système d'évacuation des eaux usées et 7% de système de collecte des ordures ménagères) provoquent la fréquence des maladies hydriques et transmissibles en l'occurrence le choléra, les diarrhées graves, les parasitoses intestinales etc.

Grâce aux efforts entrepris par le gouvernement, avec l'appui des partenaires au développement, des ONG et de la société civile, l'objectif mondial d'éliminer le tétanos maternel et néonatal est un acquis depuis 2005. Tandis que ceux d'éradiquer la poliomyélite et la dracunculose sont aussi sur la bonne voie.

La situation sanitaire se traduit également par l'émergence d'autres problèmes de santé liés aux modes de vie et aux comportements. Il s'agit tout particulièrement des maladies cardiovasculaires, des maladies mentales, du diabète, des accidents domestiques, des violences dans les foyers, des grossesses précoces et non désirées, etc.

Il apparaît globalement que la plupart des affections et problèmes de santé évoqués relèvent des causes infectieuses, microbiennes ou parasitaires, qu'ils sont pour la plupart évitables, que la pauvreté les suscite ou les aggrave et aussi qu'un certains nombres de problèmes suscités, en l'occurrence les complications liées à l'accouchement, mettent très directement en cause le système de santé.

Les maladies telles que le paludisme, le VIH/SIDA et la tuberculose sont considérées comme celles de la pauvreté et font actuellement l'objet d'une plus grande prise de conscience.

### **8.2. Maladies transmissibles**

#### **8.2.1. VIH/SIDA**

Les premiers cas d'infection à VIH ont été identifiés en 1986 dans le milieu prostitutionnel. Après avoir atteint un pic à 6% en 2000 la prévalence du VIH a actuellement une tendance

à la stabilisation après la baisse amorcée en 2003. Elle est aujourd'hui de 3,2% dans la population sexuellement active de 15 à 49 ans. Le VIH se transmet dans 82% des cas par contact hétérosexuel, dans 6,5% de la mère à l'enfant. Les autres voies de transmission représentent environ 11%.

Sur la base de la prévalence actuelle de 3,2% on note que 110000 adultes et enfants vivent avec le VIH, que 9700 enfants de 0 à 14 ans vivent avec le VIH, que 9100 adultes et enfants sont décédés du SIDA et que l'épidémie a rendu 88 000 enfants de 0 à 17 ans orphelins.

Le VIH1 est dominant dans la dynamique de l'épidémie (96% des cas d'infection).

Par ailleurs, il faut noter que la prévalence est plus élevée chez les travailleurs de sexe. Elle atteint 29,5% au niveau national et 46,1% pour la capitale Lomé (Enquête de surveillance de deuxième génération chez les travailleurs de sexe au Togo, décembre 2005, SIDA 3 / ACDI).

Les femmes sont également beaucoup plus touchées que les hommes : le sexe ratio Femme/Homme pour l'infection à VIH est de 2.75 pour la tranche de 15-24 ans (rapport ONUSIDA 2006).

La dynamique de l'épidémie en rapport avec le profil sociodémographique, les modes de transmission dominants et les comportements sexuels font apparaître un risque accru d'explosion de l'infection à VIH parmi les couches vulnérables que sont les jeunes, les femmes et particulièrement les travailleurs de sexe, les migrants et les corps en uniformes.

Dans le cadre d'application des Trois Principes Directeurs, le Togo a mis en place une structure nationale de coordination de la réponse nationale qui est le Conseil National de Lutte contre le SIDA (CNLS) présidé par le Président de la République. Le CNLS est chargé de la définition des orientations et de la coordination de la réponse nationale. Il comprend en son sein un Secrétariat Permanent.

Le pays dispose d'un cadre stratégique national de lutte contre le VIH/SIDA/IST qui est le cadre de référence pour les interventions dans ce domaine. Le cadre stratégique (2001-2005) étant arrivé à terme, le nouveau est en cours d'élaboration. Ce nouveau prendra en compte les recommandations issues de la revue du cadre précédent.

La **stratégie nationale** s'inscrit dans le cadre de l'accès universel aux services de prévention, de traitement, de soins et de soutien. Elle met l'accent sur la prévention des nouvelles infections, le traitement des PVVIH par les ARV et les médicaments contre les infections opportunistes, les soins et le soutien aux personnes infectées et affectées.

En fin septembre 2006, le nombre de PVVIH qui bénéficient de la prise en charge globale y compris avec les ARV est 5.300 personnes sur une cible de 15.000 personnes d'ici à l'an 2010.

### **8.2.2. Tuberculose**

La tuberculose reste un problème majeur de santé publique. En 2005, selon l'OMS, le nombre de nouveaux cas estimés est de 150 cas de tuberculose pulmonaire à microscopie positive (TPM+) pour 100 000 habitants et de 300 cas toutes formes confondues pour 100 000 habitants.

En 2005, les résultats du PNLT donnent 1.765 nouveaux cas de TPM+ dépistés soit un taux de détection de 32,25% selon l'OMS (1.765 sur 5.472 cas attendus). Ce taux reste faible dans toutes les régions sanitaires. Aucune région sanitaire n'a atteint 70% de taux de

détection (cible OMS). Les plus bas taux de détection se situent dans les régions des Savanes (19,15%) et de la Kara (13,51%).

Dans la cohorte 2004, 1569 nouveaux cas TPM+ ont été notifiés. Le taux de succès des nouveaux cas TPM+ est de 66% et varie selon les régions sanitaires. Les régions sanitaires des Plateaux et de la Kara enregistrent les taux de succès thérapeutique les plus élevés (76,56% et 72,17%).

Les taux de létalité rapportés dans cette cohorte sont 4 fois plus élevés dans les régions Centrales et Kara (17,82% et 19,13%) que dans la région Lomé commune (3,59%).

Les taux de défaillance au traitement les plus élevés sont observés dans les régions Lomé commune (18,46%), Maritime (15,42%) et la région des Savanes (11,76%). Le plus bas taux de défaillance est enregistré dans la région de la Kara (3,40%)

Concernant la **co-infection TB-VIH**, une enquête est réalisée en 2004 sur 268 patients nouveaux cas TPM+ recrutés au CHU de Lomé Tokoin, le résultat montre un taux de séroprévalence VIH à **25,70%**. En 2005, une enquête nationale a été sur 340 nouveaux malades TPM+ répandus sur toute l'étendue du territoire. Le résultat montre un taux de séroprévalence au VIH de **27%**.

Afin d'améliorer le taux de succès du traitement la stratégie DOTS est appliquée au Togo depuis 1996 conformément aux directives internationales. Cette stratégie est fondée sur la détection prioritaire des cas contagieux et leur traitement par une chimiothérapie de courte durée directement observée au moins pendant la phase initiale de traitement.

La priorité du programme ces 5 dernières années a été d'étendre la stratégie DOTS à l'ensemble des districts sanitaires et d'améliorer les indicateurs (en particulier les taux de détection et de traitement avec succès) dans ce domaine. A ce jour, si l'extension de la DOTS est effective à 100% des districts, l'amélioration des indicateurs n'a pas suivi. En effet, les districts sont encore loin de maîtriser à leur niveau la mise en œuvre correcte et efficace de cette stratégie.

### **8.2.3. Paludisme**

Le paludisme est l'endémie de premier rang des pathologies parasitaires rencontrées au Togo tant sur le plan de la morbidité que de la mortalité des enfants de moins de 5 ans.

Il représente en moyenne 40% des consultations externes et 26% des hospitalisations dans les formations sanitaires publiques en 1998 avec une durée d'hospitalisation moyenne de 6 jours.

Le taux de mortalité hospitalière du paludisme est de 23,6% en 1997 et de 23,1% en 1998 et occupe ainsi le 1<sup>er</sup> rang des pathologies individualisées avec une létalité moyenne de 8%. Les enfants de 0 – 5 ans sont les plus touchés dans une proportion de 35% par rapport au nombre de cas enregistrés tous âges confondus.

Les activités de lutte contre le paludisme sont inscrites dans la stratégie des Soins de Santé Primaires (SSP).

L'adhésion du Togo à la **politique mondiale de lutte contre le paludisme** s'est traduite par l'élaboration en 1994 de la politique nationale de lutte contre le paludisme. Cette

politique a défini les grands objectifs prioritaires et déterminé les stratégies globales des interventions.

Cependant, les études récentes menées dans le cadre de l'évaluation du PNLN ont mis en évidence certaines faiblesses :

- Le paludisme ferait perdre à l'économie togolaise environ 2 milliards F CFA par an ;
- Le coût moyen du traitement d'un épisode de paludisme est de 25.000 F CFA, ce qui indique globalement un non respect des schémas et directives thérapeutiques du programme<sup>9</sup>.
- Le nombre de journées de travail perdues du fait du paludisme serait passé de 44.676 en 1997 à 54.726 en 1998.

A l'heure actuelle, le paludisme est une préoccupation majeure pour l'humanité toute entière et un centre d'intérêt autour duquel se mobilisent le monde scientifique, l'OMS et ses partenaires et le G8 (groupe des huit pays les plus industrialisés).

L'initiative « Faire reculer le Paludisme » lancée le 23 juillet 1998 a reçu un écho favorable auprès des Chefs d'Etat du G8 et des Gouvernements des pays endémiques et a été matérialisé par les Sommets de Harare, d'Abuja 1 et Abuja 2.

Au Togo, cet engagement s'est traduit dans les faits par l'élaboration d'un plan stratégique 2001-2005 dont la mise en œuvre a déjà fait objet d'une revue. Ainsi, le nouveau cadre stratégique devra prendre en compte les recommandations de cette revue.

**Les stratégies** développées pour atteindre les objectifs de lutte comportent : (i) le renforcement de la prise en charge correcte des cas de paludisme (diagnostic précoce et traitement approprié des cas) ; (ii) la prévention et le contrôle (chimio prophylaxie anti-palustre chez les femmes enceintes, lutte anti-vectorielle au niveau collectif et au niveau individuel) et (iii) les mesures de soutien.

Du point de vue traitement, une nouvelle politique a été élaborée et adopte les combinaisons thérapeutiques à base d'artémisinine au détriment de la chloroquine et ses dérivés devenus peu efficaces au traitement du paludisme simple.

La prévention au niveau individuel se caractérise par le renforcement de la promotion de l'utilisation de la moustiquaire imprégnée d'insecticide.

#### **8.2.4. Dracunculose ou ver de guinée**

Maladie invalidante, endémique dans plusieurs localités du pays. Elle est caractérisée par sa liaison avec les sources d'eau non potable. Les principales stratégies de lutte sont : le filtrage de l'eau infectée, le traitement des sources d'eau contaminées, les forages et l'adduction d'eau potable. Ces stratégies ont permis de passer de 10.390 cas en 1993 à 73 cas en décembre 2005. A ce jour, le principal défi sur la base des acquis est le renforcement de la communication pour un changement de comportement et la gestion des cas importés du Ghana voisin.

#### **8.2.5. Onchocercose ou cécité des rivières**

La lutte contre cette maladie invalidante a bénéficié du programme sous-régional (multi-pays) appuyé par l'OMS. Ce programme régional étant arrivé à terme en 2003, des zones de faible performance ont été retenues pour poursuivre des interventions spéciales. Le Togo est particulièrement concerné par des contrées le long des fleuves Kara, Kéran et Mô.

---

<sup>9</sup> Le coût moyen du traitement du paludisme respectant les directives nationales (par la chloroquine) ne dépasse guère 1 000 F CFA.

Ainsi, la dévolution de ces activités au pays étant en cours, le pays doit les prendre en compte dans son programme d'action avec budget.

#### **8.2.6. Choléra et les autres maladies diarrhéiques**

Le choléra et la shigellose sont les deux maladies diarrhéiques les plus fréquentes. Le choléra évolue de façon endémo-épidémique depuis plus de 4 ans dans la Commune de Lomé et ses environs constituant ainsi une menace permanente pour la communauté. 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 mésuses d'assainissement de base.

Sur le plan de la prise en charge, les structures appropriées et les moyens ne sont pas toujours adéquats pour faire face aux situations d'épidémies.

#### **8.2.7. Maladies évitables par la vaccination**

Il s'agit de la tuberculose, la diphtérie, la coqueluche, le tétanos, la rougeole, la poliomyélite couverts par le programme élargi de vaccination (PEV) depuis 1980. La cible est les enfants de 0 à 11 mois et les femmes enceintes (tétanos materno-néonatal). A ces maladies s'ajoutent aujourd'hui **la Fièvre jaune** et **l'Hépatite B virale**.

#### **8.2.8. Les autres maladies transmissibles**

les efforts ne sont pas des moindre en ce qui concerne la lutte contre par exemple **l'ulcère de Buruli**, la **filariose lymphatique** et la **lèpre** par contre ils doivent être renforcés pour la **bilharziose**, la **trypanosomiase**, le pian, etc.

### **8.3. Maladies non transmissibles**

La situation sanitaire se traduit également par l'émergence des maladies non transmissibles dont la plupart sont liés aux modes de vie et aux comportements. Il s'agit tout particulièrement des maladies cardio-vasculaires, des maladies mentales, du diabète, des accidents domestiques, des violences dans les foyers, des grossesses précoces et non désirées, etc.

### **8.4. Santé de la Reproduction**

L'Analyse de la Situation en Santé de la Reproduction au Togo réalisée en 2003 indique que l'utilisation de la contraception moderne a atteint 11,3% chez les femmes en âge de procréer contre 8% selon EDST-1998. Cependant, les besoins non satisfaits en planification familiale persistent même s'ils ont régressé de 35% à 25% entre 1998 et 2003. Le niveau de la mortalité maternelle demeure préoccupant. Il est évalué à 478 pour 100.000 naissances vivantes selon EDST-1998, contre un seuil de 100 pour 100.000 naissances vivantes fixé par le programme d'action du Caire pour la période 2000-2005.

Les principales causes de mortalité maternelle sont : les hémorragies, les septicémies, l'éclampsie, les dystocies et les avortements provoqués.

Le pourcentage des accouchements assistés par du personnel qualifié de santé est passé de 51% en 1998 (EDST-1998) à 61% en 2003 (Analyse de la situation en SR). Le taux de prévalence contraceptive a progressé de 24% (EDST-1998) à 25,7% (ASSR) pour toutes les méthodes confondues (y compris les méthodes naturelles). La proportion des mères ayant bénéficié de consultations prénatales est de 86% (Analyse de la situation en SR 2003).

Sur le plan stratégique, le pays vise à rendre disponibles et accessibles les services de santé de la reproduction et de satisfaire ainsi à tous les besoins. A cet effet, il a été mis en place un plan pluriannuel de sécurisation du pays en produits contraceptifs.

### 8.5. Blessures et plaies

Les blessures et les plaies occupent le deuxième rang des causes de consultation médicale. Les principales causes des ces plaies et blessures sont les accidents de circulation. Malgré cela, aucune stratégie spécifique et coordonnée n'est mise en place à cet effet.

### 8.6. Résultats du processus de réalisation des OMD pour la santé

Le département de la santé, sur la base des documents de référence pour la mise en œuvre des OMD à savoir les indicateurs de suivi des performances du système de santé et des OMD pour la santé

#### 8.6.1. Réduire la mortalité des enfants de moins de 5 ans

Pour cet objectif, les indicateurs de performance traceurs qui sont les taux de couverture vaccinale en BCG, en DTC3, en VAR, en VAT2+ et le taux de couverture contraceptive sont en amélioration progressive depuis 3 ans. Ceci dénote le bon avancement vers la réalisation de cet objectif. Toutefois, il est à noter qu'à ce niveau, le département de la santé a peu d'influence sur les indicateurs liés à l'alimentation qui influence fortement la composante Nutrition. A titre d'exemple, on peut citer les taux d'insuffisance pondérale à la naissance et de malnutrition chez les enfants de moins de 3 ans.

Par ailleurs, l'évaluation de la lutte contre les troubles dus à la carence en iode a montré que le Togo remplit les principaux critères d'élimination du TDCI. Cette enquête a conclu entre autres que le taux de prévalence du goitre chez les enfants de 6 à 12 ans est passé de 7,2% en 2001 à 2,0% en 2005.

**Tableau 10:** Indicateurs de suivi de la réduction de la mortalité des enfants de moins de 5 ans

	1998 **	2000	2003	2004	2005
<i>Taux de mortalité des enfants de moins de 5 ans (pour 1000)</i>	146	141 <sup>a</sup>	138,3 <sup>c</sup>	-	-
<i>Taux de mortalité juvénile (pour 1000)</i>	72	-	-	-	-
<i>Taux de mortalité infantile (pour 1000)</i>	80	79 <sup>a</sup>	84,1 <sup>c</sup>		
<i>Proportion d'enfants de moins de 1 an vaccinés contre la rougeole</i>	42,6%		71 <sup>b</sup>	70	70 <sup>d</sup>
Taux de couverture vaccinale au DTC 3	42	55 <sup>b</sup>	75 <sup>b</sup>	71	82 <sup>d</sup>
Taux de couverture vaccinale au VAT2 et plus chez les femmes enceintes	41,2	44 <sup>b</sup>	56 <sup>b</sup>	61	70 <sup>d</sup>
Taux de prévalence du goitre chez les enfants de 6 à 12 ans (%)		7,2 (2001)			2,0 <sup>e</sup>

**NB :** Les indicateurs en italique sont ceux spécifiquement retenus par le Gouvernement

**Sources :** \*\*Toutes les valeurs de 1998 sont de l'EDST, 1998

<sup>a</sup>UNICEF, La situation des enfants dans le monde 2003

<sup>b</sup>Principaux Indicateurs de santé 2003, octobre 2003

<sup>c</sup>Analyse de la Situation en Santé de la Reproduction 2003 (AS/SR)

<sup>d</sup>Revue du PEV 2005

<sup>e</sup>Enquête de Prévalence des TDIC, 2005.

#### 8.6.2. Améliorer la santé maternelle

Concernant cet objectif, les indicateurs traceurs tels que les taux de consultation prénatale, d'accouchement assisté et de mortalité maternelle dans les formations sanitaires pour ne citer que ceux là se confirment dans leurs valeurs les deux dernières années.

**Tableau 11** : Indicateurs de suivi de l'amélioration de la santé maternelle

	1998	2000	2003
<i>Taux de mortalité maternelle (100.000 naissances vivantes)</i>	478	480 <sup>a</sup>	
<i>Proportion d'accouchements assistés par le personnel de santé qualifié (%)</i>	58,8	49 <sup>a</sup>	60,8 <sup>b</sup>
<i>Taux de couverture en CPN (%)</i>	82		86,2 <sup>b</sup>

**NB** : Les indicateurs en italique sont ceux spécifiquement retenus par le Gouvernement

**Sources** : \*\*Toutes les valeurs de 1998 sont de l'EDST, 1998

<sup>a</sup>UNICEF, La situation des enfants dans le monde 2003

<sup>b</sup>Analyse de la Situation en Santé de la Reproduction 2003 (AS/SR)

### 8.6.3. Combattre le VIH/SIDA, le Paludisme, la Tuberculose et d'autres maladies

**Tableau 12**: Indicateurs de suivi du combat contre le VIH/SIDA, le Paludisme, la Tuberculose et d'autres maladies

	1990	1998	2000	2003	2004	2005
<i>Taux de prévalence du VIH parmi les femmes enceintes âgées de 15 à 24 ans (%)</i>				4,8 <sup>i</sup>	4,2 <sup>i</sup>	3,4 <sup>i</sup>
<i>Taux d'utilisation de la contraception (%)</i>		7,9		11,3 <sup>f</sup>	-	-
<i>Taux de prévalence du VIH (%)</i>			6 <sup>e</sup>	4,8 <sup>i</sup>	4,5 <sup>i</sup>	3,2 <sup>e</sup>
<b>Nombre d'enfants orphelins du SIDA</b>			63 000 <sup>g</sup>			
<i>Taux de prévalence du paludisme (%)</i>				19,35 <sup>b</sup>	19,79 <sup>b</sup>	
<i>Taux de mortalité lié au paludisme (%)</i>				0,24 <sup>b</sup>	0,22 <sup>b</sup>	0,18 <sup>b</sup>
<i>Taux de létalité du paludisme (%)</i>			7,2 <sup>b</sup>	6,0 <sup>b</sup>	4,1 <sup>b</sup>	3,7 <sup>b</sup>
<i>Proportion d'enfants de moins de 5 ans dormant sous moustiquaire imprégnée (%)</i>			2 <sup>a</sup>	3,6 <sup>d</sup>	46,0 <sup>d</sup>	54 <sup>f</sup>
<i>Proportion de femmes enceintes dormant sous MII (%)</i>				3,5 <sup>d</sup>	36 <sup>d</sup>	40 <sup>f</sup>
<i>% d'enfants de moins de 5 ans atteints de paludisme grave (%)</i>				53,6 <sup>b</sup>	16,7 <sup>b</sup>	14,5 <sup>b</sup>
<i>Taux de mortalité lié à la tuberculose</i>		12,3 <sup>h</sup>	12,7 <sup>h</sup>	12,7 <sup>b</sup>	12,1 <sup>b</sup>	12,2 <sup>b</sup>
<i>Proportion des cas de tuberculose détectés et soignés (%)</i>				30 <sup>b</sup>	38 <sup>b</sup>	32,25 <sup>b</sup>
<i>Couverture vaccinale en BCG (%)</i>		75,7	66 <sup>b</sup>	89 <sup>b</sup>	91 <sup>b</sup>	92 <sup>h</sup>
<i>Taux de dépistage de la tuberculose (%)</i>				30 <sup>b</sup>	38 <sup>b</sup>	32,25 <sup>b</sup>
<i>% de tuberculeux guéris dans la cohorte (%)</i>	55,76 <sup>b</sup>		75,3 <sup>b</sup>	65,61 <sup>d</sup>		66 <sup>b</sup>

**NB** : Les indicateurs en italique sont ceux spécifiquement retenus par le Gouvernement

**Sources** : \*\*Toutes les valeurs de 1998 sont de l'EDST, 1998

<sup>a</sup>UNICEF, La situation des enfants dans le monde 2003

<sup>b</sup>Principaux Indicateurs de santé 2003, 2004, 2005

<sup>c</sup>Analyse de la Situation en Santé de la Reproduction 2003 (AS/SR)

<sup>d</sup>Rapport annuel du Ministère de la santé, 2004

<sup>e</sup>Rapport ONUSIDA, 2006

<sup>f</sup>Enquête de couverture Moustiquaires \_Paludisme, 2005

<sup>g</sup>Rapport Mondial sur le développement humain 2004, PNUD

<sup>h</sup>Revue du PEV 2005

<sup>i</sup>Enquêtes Sentinelles, PNLS.

Pour l'objectif n°6, la lutte contre le VIH/SIDA, le Paludisme, la Tuberculose et d'autres maladies, des progrès significatifs ont été notés dans la lutte contre les maladies suivantes :

- Le VIH/SIDA : la prévalence du VIH/SIDA est estimée à 4,5% dans la population générale à partir de l'enquête sur les sites sentinelles ; de nombreux documents de directives ou de guide pour la prise en charge avec les ARV et les Infections opportunistes (IO), un plan d'extension de la prise en charge des PVVIH par les ARV, etc. ont été élaborés. Une subvention significative sur les médicaments ARV a été

possible grâce au Fonds Mondial et l'Etat rendant plus accessibles les ARV et les médicaments contre les Infections opportunistes. Des travaux de génie civil pour la création de nouveaux centres de conseil et de dépistage volontaire et anonyme (CDVA) ainsi que pour les centres de prévention de transmission du VIH de la mère à l'enfant (PTME) ont été entamés. Une masse critique de personnel formé dans les domaines de la prescription des ARV, la prise en charge des IO, le diagnostic syndromique des IST, etc.

- Le Paludisme : des progrès significatifs ont été enregistrés à travers les actions suivantes : adoption d'une nouvelle politique thérapeutique, la distribution systématique de moustiquaires imprégnées d'insecticide (MII) à tous les enfants de 9 mois à 5 ans au cours de la campagne intégrée en décembre 2004. Au total 924.000 MII ont été distribuées à 866.725 enfants. Ceci a permis d'augmenter ainsi le nombre d'enfants dormant sous MII de 13,10% à plus de 46%, le nombre de femmes enceintes dormant sous MII de 16,5% à 36% et le pourcentage de ménages disposant d'au moins une moustiquaire de 21,5% à 62,5%.
- Le ver de Guinée : une réduction drastique du nombre de cas de été opérée passant de 10.394 cas en 1993 à 73 cas en 2005.
- La Poliomyélite : le Togo est à la porte de certification de l'éradication.
- Le tétanos materno-néonatal : la certification de l'élimination a été effective en 2005. le Togo figure parmi les sept (07) pays du monde ayant éliminé cette maladie.

Par contre, des améliorations et des renforcements doivent être faits pour la lutte contre :

- la tuberculose, une lenteur dans l'amélioration des indicateurs, le taux de dépistage n'a pas progressé, les taux de décès et de guérison stagnent ou régressent.
- les maladies hydriques telles que le choléra, la shigellose, la fièvre typhoïde et les parasitoses digestives liées à l'hygiène alimentaire et les comportements.

#### **8.6.4. Rendre les médicaments essentiels disponibles et abordables**

**Tableau 13** : Indicateurs la disponibilité des médicaments et des vaccins

	2003	2004	2005
Taux de disponibilité des MEG d'utilisation courante	81 <sup>4</sup>	89	91
Taux de disponibilité en vaccins	65 <sup>4</sup>	95	97

Sources : Rapports annuels du Ministère de la santé, années 2003 et 2005.

Pour l'objectif N° 8, la santé a pris pour son compte de "rendre disponible et accessibles les médicaments essentiels y compris les ARV et les médicaments contre les infections opportunistes". Les résultats de processus sont aussi très encourageants. La disponibilité des médicaments clé au niveau des districts est presque à 100% et un peu moins dans les formations sanitaires de la périphérie. Les coûts des ARV et des médicaments contre les infections opportunistes (IO) ont commencé à baisser.

Sur la base des résultats chiffrés ci-dessus et des actions en cours dans le domaine de la santé, il est permis de croire que le département de la santé tient la route dans la marche vers la réalisation des objectifs du millénaire pour le développement. Cependant, la vitesse de progression dans la réalisation des trois principaux indicateurs est assez faible.

## 9. SYNTHÈSE DIAGNOSTIQUE

---

Il ressort de cette analyse divers problèmes dont les conséquences sont les faibles valeurs des indicateurs d'état de santé en particulier ceux des OMD pour la santé.

- **Mauvais état de santé** : la plupart des indicateurs d'état de santé en particulier ceux des OMD ne sont pas satisfaisants
  
- **Mauvaise performance du système de santé** : l'opérationnalité, la réactivité, l'équité, l'accessibilité, le respect des droits humains devant permettre au système de santé de faire face plus efficacement aux besoins de santé des populations sont insuffisants :
  - i) Les épidémies (choléra, shigellose, méningites, grippe aviaire) sont encore non maîtrisées,
  - ii) Le Plateau technique faible : soins spécialisés en pédiatrie/chirurgie, gynécologie/médecine/radio imagerie médicale, etc.
  - iii) L'accessibilité aux services à des insuffisance à l'égard des indigents et assimilés : accès financier (système de prise en charge des indigents), accès géographique (carte sanitaire), etc.
  - iv) La qualité non médicale : accueil, la communication, hospitalité, le respect de la personnalité humaine.
  
- **Insuffisance des appuis au système** : la supervision, le suivi/évaluation, la formation continue, l'assistance technique qui devraient permettre au système de se remettre en cause permanemment et partant, de se mettre à niveau, manquent...
  
- **Insuffisance de ressources pour la santé** :
  - o Les Ressources humaines sont insuffisantes sur les plans qualitatif et quantitatif ; de surcroît, elles sont mal planifiées, mal gérées et non efficacement motivées.
  - o infrastructures et équipements : sont vétustes, insuffisants, obsolètes.
  - o financement : le financement de l'Etat est faible, ceci essouffle le système malgré sa grande capacité d'endurance. Par ailleurs, il y a une mauvaise gestion des fonds par la non application de manuels de procédure financière et comptable, l'inexistence de contrôles et d'audits. La faiblesse du financement alternatif (mutuelles, assurances, etc.) quant à lui
  
- **Politique et stratégie de santé** :
  - o Gestion des programmes de santé : insuffisance d'intégration des activités, gestion verticale, certains programmes de santé n'ont pas de cadre stratégique adéquat (non élaboré de manière participative).

- Insuffisance de communication et de marketing social sur les politiques et stratégies nationales d'intervention. Les activités d'IEC/CCC ne sont pas suffisamment professionnalisées.

- **Cadre institutionnel et juridique :**

- L'organigramme n'a pas été révisé afin de permettre au système de santé de mieux faire face aux défis,
- Cadre juridique défaillant : le code de la santé bien que élaboré n'est pas adopté par l'Assemblée nationale or son application devrait permettre au système de s'en servir pour redresser des défaillances (secteur public, privé, tradithérapeutes) et de mieux protéger les population.
- Absence de manuel de procédure, de description détaillée de poste, de système d'audit, de contrôle ou d'inspection.

## **10. ANALYSE DES FORCES, FAIBLESSES, OPPORTUNITES ET MENACES**

---

L'analyse diagnostique permet de dégager les forces, les faiblesses, les opportunités et les menaces de l'environnement.

### **10.1 Forces du système de santé**

Les forces majeures sur lesquelles peuvent s'appuyer la stratégie de développement sanitaire à long terme sont :

- L'existence d'un cadre de suivi des la mise en œuvre des OMD pour la santé;
- Le processus de décentralisation du système de santé assez avancé ;
- La reconnaissance du secteur de la santé par les pouvoirs publics comme un secteur prioritaire ;
- L'existence d'un projet de loi portant code de la santé ;
- L'existence de cadre de concertation intra/ intersectoriel et avec les partenaires au développement.
- L'existence de textes réglementant la pratique de la médecine traditionnelle ;

### **10.2 Faiblesses du système**

Les principales faiblesses à prendre en compte impérativement dans la mise place de la stratégie sont :

- L'insuffisance de personnel qualifié ;
- La faible capacité de gestion du secteur ;
- Faible capacité de ministère de la santé dans le contrôle de la vente illicite de médicaments et l'implantation anarchique des prestataires privés de soins.

### **10.3 Opportunités**

Les opportunités suivantes que présente l'environnement devront être présentes à l'esprit :

- Le climat d'apaisement politique consécutif à l'accord global
- Les perspectives de reprise de la coopération avec les partenaires au développement ;
- La bonne collaboration intersectorielle ;
- Le bon développement de l'espace médiatique (public et privé) et de télécommunication ;
- Le taux de scolarisation à un niveau acceptable ;

### **10.4 Menaces**

Les menaces suivantes de l'environnement existent et peuvent entraver la réalisation de la stratégie de développement, il faudra donc en tenir compte afin de minimiser leurs effets au cas où elles advenaient.

- Difficulté probable du gouvernement issu de l'accord politique global à atteindre ses objectifs
- La quasi-absence de mécanisme efficace de prise en charge des démunis.

## **11. RECOMMANDATIONS**

---

A l'issue de cette analyse diagnostic les recommandations ci-après sont faite en tenant compte des acquis, les forces, les faiblesses, les opportunités, et les menaces de l'environnement. Ces recommandations seront la base de construction de la stratégie à long terme.

### **A/ Réforme renforcement du cadre institutionnel :**

- Il est nécessaire de rendre le département plus opérationnel appliquant la reforme recommandée depuis 1996 pour les départements ministériels.
- Renforcer la capacité de pilotage et de contrôle du Ministère de la santé
- Faire le plaidoyer pour l'adoption du code de la santé publique, finaliser les textes d'application et à faire le suivi de la mise en oeuvre par un comité mis en place à cet effet.
- Elaborer des manuels de procédure administrative et financière simples et faciles à appliquer / adapter dans les services

### **B/ Ressources humaines :**

- Pourvoir un recrutement de nouveaux agents pour le secteur, en privilégiant le personnel technique.
- Elaborer une politique de développement des ressources humaines pour la santé qui prenne en compte la gestion, le plan de carrière, la motivation et le renforcement des capacités des personnels en cours d'emploi ainsi que la formation des personnels dans les écoles de formation de base.
- Renforcer et adapter les écoles de formation en santé

### **C/ Les infrastructures et équipements**

- élaborer une carte sanitaire pour les autres régions sanitaires à l'instar de la région des Plateaux mais en utilisant les techniques simples à moindres coûts qui sont actuellement recommandées pour les pays en voie de développement.
- Appliquer la carte sanitaire pour améliorer la rationalisation et la gestion les infrastructures sanitaires.
- Investir pour la mise à niveau du plateau technique dans les hôpitaux.
- Mettre à disposition des formations sanitaires les matériels et consommables de première nécessité pour des soins efficaces et efficients.

### **D/ Financement du secteurs**

- augmenter la part de financement de l'Etat
- rendre plus judicieux et supportable le financement de la communauté
- renforcer le plaidoyer pour la mobilisation des ressources extérieures

- poursuivre l'expérimentation sur les approches alternatives de financement de la santé (mutuelles, assurance, autres modèles de prépaiement)
- mettre en place des mécanismes de gestion financière et comptable simples et faciles à appliquer / adapter dans les services
- développer les compte nationaux de santé

#### **E/ Poursuivre la mise en œuvre efficace des activités liées aux OMD**

- Rendre plus accessibles les services liés aux OMD pour la santé
- Faire maîtriser par les acteurs la contribution de leur part d'activités dans la réalisation de chacun des OMD ainsi que les relations de cause à effet par rapport à la réalisation des OMD (renforcer la communication de haut en bas et vis versa).
- Renforcer les mesures de suivi/évaluation et de supervision
- Généraliser la mise en œuvre de la réforme du SNIS à toutes les régions et les districts
- Capitaliser la gestion rationnelle, la gestion intégrée des ressources et la lutte intégrée contre les maladies.

#### **F/ Rendre massivement accessibles les prestations prioritaires aux cibles**

- Il est urgent de revoir les coûts des prestations en tenant compte de la part de chaque type de prestation dans la réalisation des OMD pour la santé.
- Harmoniser les coûts des prestations par niveau du système de soin et par catégorie de prestation.

#### **G/ Faire la promotion de services de santé de la reproduction**

- Rendre disponibles les services de santé de la reproduction y compris les contraceptifs
- Pratiquer les prix accessibles aux personnes démunies

#### **H/ Dynamiser le secteur privé et sa complémentarité avec le public**

- améliorer le cadre de référence et d'exercice du secteur privé
- renforcer la collaboration entre les secteurs public et privé de soins
- améliorer l'organisation du secteur traditionnel de soins
- renforcer la capacité d'autocontrôle du secteur privé

#### **I/ Prendre en compte l'approche genre et les droits humains de manière transversale**

- intégrer la notion de genre dans les programmes d'enseignement des écoles de formation en santé
- prendre en compte l'approche genre et droit dans le système de planification et de gestion des interventions

- développer des communications sur les thèmes relatifs à l'approche genre et droit humain au cours des ateliers de revues.