

REPUBLIQUE TOGOLAISE

MINISTERE DE LA SANTE

2007

**STRATEGIE DE DEVELOPPEMENT  
SANITAIRE AXEE SUR LES O.M.D.**

2015

***Draft***

Décembre 2006

Groupe Sectoriel santé

## RESUME EXECUTIF

---

Le processus de planification stratégique axée sur les OMD a eu pour porte d'entrée l'analyse de la situation qui a montré un faible niveau des indicateurs de santé en particulier ceux des OMD. Cette analyse a montré essentiellement que ce faible niveau des indicateurs de santé était dû à la performance insuffisante du système de santé caractérisé par un déficit chronique en ressources humaines et l'obsolescence du plateau technique. Eu égard aux réalités de l'environnement, cette analyse permet d'affirmer que si aucune action extraordinaire n'était entreprise, le Togo ne devrait pas atteindre les OMD à l'horizon 2015.

A cet effet, l'évaluation des besoins et leurs coûts a révélé que le Togo a besoin de 2,5 milliards de dollars des Etats-Unis d'Amérique pour réaliser les OMD. En considérant le taux du dollar américain à 510 FCFA, ce besoin équivaut à 1250 milliards de F.CFA.

A cet effet, cinq orientations stratégiques prioritaires ont été identifiées pour conduire et baliser le chemin qui permet d'atteindre au mieux la cible. Ces orientations stratégiques sont :

- ▶ *S1 : Renforcer le système national de santé*
- ▶ *S2 : Mettre la santé de la mère et l'enfant au centre des préoccupations*
- ▶ *S3 : Favoriser l'accès aux services de prévention, de traitement, de soins et de soutien du VIH/SIDA*
- ▶ *S4 : Renforcer la lutte contre le Paludisme*
- ▶ *S5 : Renforcer la lutte contre la Tuberculose.*

### **A. Stratégie S1 : Renforcer le système national de santé**

A partir des données du diagnostic il est évident que le chemin ver les OMD ne peut être ambitionné si le système de santé n'est a priori renforcé. En réalité, c'est effectivement le système de santé qui pilote le processus de réalisation des OMD et donc sa performance en dépend.

L'objectif est de donner au système national de santé les capacités nécessaires pour conduire à bien la mise en œuvre des OMD d'ici à 2015.

Pour Résultats attendus,

- le cadre institutionnel est renforcé et fonctionnel ;
- au moins 80% des ressources humaines de qualité sont disponibles et motivées ;
- les infrastructures de santé et le plateau technique de soins et d'aide au diagnostic sont adéquats.

Quatre axes d'intervention ont été retenus pour la mise en œuvre, il s'agit de :

- 1) Le renforcement institutionnel (réforme organisationnelle et juridique)
- 2) Le renforcement en ressources humaines
- 3) Le renforcement en infrastructures et équipements
- 4) La réforme du système de gestion et de d'utilisation des ressources

Pour chaque axe d'intervention, des actions prioritaires ont été définies.

Sur le plan pratique, cette stratégie doit être mise en oeuvre en début de décennie, en particulier les cinq premières années. De manière spécifique,

- l'essentiel du renforcement institutionnel devra être réalisé les trois premières années de même que les réformes en gestion du système de santé ;
- compte tenu du caractère « ambitieux » des besoins en ressources humaines exprimés, les proportions estimées dans l'évaluation des besoins sont jugées réalistes à savoir 41,5% les 5 premières années et 58,5% les 5 dernières années.

Concernant la réalisation des infrastructures et des équipements, il est de bon sens et efficient de rendre d'abord fonctionnel l'existant à travers les réhabilitations et le renouvellement des équipements médico-techniques avant d'aborder les constructions nouvelles. Ainsi, les réhabilitations devraient commencer par les CHR, ensuite les CHU et enfin les Hôpitaux de district et les USP.

L'Etat devra mettre en place un vaste plan d'investissement public jusqu'en 2010.

Par ailleurs, cette stratégie a un rôle de charnière car entretiendra beaucoup de lien de synergies avec les autres stratégies. Les besoins de financement sont évalués à plus de 1,5 milliard USD soit environ 60% de l'ensemble des besoins pour les OMD.

### **B. Stratégie S2 : Mettre la santé de la mère et l'enfant au centre des préoccupations**

L'atteinte de deux objectifs sur les trois OMD concernés par le secteur de la santé dépend du succès de la santé maternelle et infantile. Aussi, pouvons-nous discerner sans nul doute la place centrale de ce domaine d'activités dans le processus de réalisation des OMD. La politique nationale de santé de 1998 et le PNDS 2002-2006 ont centré leurs priorités sur la santé du couple mère enfant. Cependant, les résultats n'ont pas été à la hauteur de l'ambition faute de véritable changement dans la manière de voir, de faire et de distribuer les moyens. Le système de santé doit réagir pour mettre fin par tous les moyens tactiques aux décès des mères du fait de leur grossesses ou de l'accouchement et éviter à tous prix les décès de bébés et d'enfants de moins de cinq ans.

L'objectif de cette stratégie est de rendre disponibles et accessibles les services de santé maternelle et infantile en vue d'éviter par tous les moyens les décès de mères et d'enfants de moins de cinq ans.

En terme de résultats attendus,

- La mortalité maternelle est réduite à 145 décès maternels pour 100.000 naissances vivantes ;
- La mortalité infantile est réduite à 41 décès pour 1000 naissances.

Pour y parvenir deux axes d'intervention sont identifiés à savoir :

- 1) Accroissement de la disponibilité et l'accessibilité des services de soins préventifs et curatifs pour les enfants de moins de cinq ans
- 2) Accroissement de la disponibilité et l'accessibilité des services de soins promotionnels et curatifs pour la mère.

Le coût total pour la réalisation des interventions relatives à la santé de la mère et l'enfant est de **726 894 222 USD** dont **90 070 554 USD** pour l'amélioration de la santé maternelle et **636 823 668 USD** pour la réduction de mortalité infantile. Un montant total **269 432 405 USD** soit 37% du budget devra être mobilisé pour la période 2006-2010.

Ce coût relativement élevé prend en compte la prévention de la transmissibilité du VIH de la mère à l'enfant (PTME), la lutte contre les infections sexuellement transmissibles et le traitement intermittent du paludisme chez les femmes enceintes.

Sur le plan des modalités de mise en œuvre, les services de santé offerts au couple mère - enfant doivent être suffisamment disponibles, massivement accessibles aux cibles.

§§ L'Etat devra lui-même sécuriser certaines prestations à financer par ses propres soins à tout prix afin de mieux s'en rendre maître. Cette disposition va conférer à ce groupe de prestations une pérennité du point de vue disponibilité et accessibilité. Il s'agit des prestations suivantes :

- les soins prénataux
- les soins d'accouchement et leurs complications
- l'achat des vaccins du PEV

§§ Il est souhaitable que les services suivants puissent devenir entièrement gratuits :

- l'immunisation à travers les PEV
- la césarienne et autres complications de l'accouchement
- les complications post-partum

En terme de chronogramme, les services doivent être rendus disponibles au cours des 4 premières années. La gratuité des prestations ciblées devra commencer dès la première année de mise en œuvre.

### **C. Axe stratégique S3 : Favoriser l'accès aux services de prévention, de traitement, de soins et de soutien du VIH/SIDA**

Cette stratégie vise à rendre disponible et accessible toute la gamme des prestations de soins préventifs, curatifs et de soutien de manière à donner au VIH/SIDA une étiquette de maladie chronique.

A cet effet cinq résultats sont attendus :

- 100% des PVVIH éligibles ont accès au traitement par les ARV ;
- 100% des infections opportunistes ont accès au traitement ;
- Au moins 90% des femmes en âge de procréer adhèrent au programme PTME ;
- Réduire le risque de transmission du VIH de la mère à l'enfant de à moins de 5%.
- Au moins 80% des personnes connaissent leur statut sérologique.

Trois axes d'intervention sont retenus pour y faire face :

- 1) Accélération/renforcement des actions de prévention
- 2) Renforcement des capacités de prise en charge
- 3) Renforcement des mesures de soutien.

Le coût total pour cette réalisation est seulement de **107.891.000 USD** dont 50.530.000 USD à mobiliser d'ici à fin 2010.

La mise en œuvre réussie des interventions de lutte contre le VIH/SIDA passe par trois considérations :

- l'accès permanent du paquet des interventions offertes à tout le monde,

- la capacité de l'Etat à financer directement sur ses propres ressources une part significative des interventions liées au traitement en particulier la thérapie anti-rétrovirale.
- la mise en place d'un mécanisme fonctionnel et efficace de coordination et de suivi/évaluation.

**D. Axe stratégique S4 : Renforcer les actions de prévention et de traitement en vue de faire reculer de manière significative le paludisme**

L'objectif est d'améliorer la disponibilité et l'utilisation de la MII, prévenir efficacement le paludisme pendant la grossesse et mettre en œuvre efficacement la politique de traitement du paludisme.

Comme résultats attendus :

- au moins 80% des enfants de moins de 5 ans et les femmes enceintes dorment sous MII ;
- au moins 80% des cas de paludisme sont correctement pris en charge au niveau des formations sanitaires ;
- au moins 80% des femmes enceintes ont bénéficié d'un TPI.

La mise en œuvre passera par deux axes d'intervention :

- 1) Renforcement des actions de prévention
- 2) Mise en œuvre de la politique de traitement du paludisme

Le coût total estimé de la lutte contre le paludisme est de 82.598.641 USD dont 11.259.410 USD pour les interventions de prévention (soit 13,6%). Environ, 46 millions USD devront être mobilisés d'ici à 2010, soit plus de 55%.

Le coût relativement modeste de cette stratégie est fondé l'accent mis sur la prévention qui pourra induire une réduction substantielle du nombre de nouveaux cas. C'est à cet effet qu'un accent important devra être mis sur le marketing social, en particulier la promotion de l'utilisation des moustiquaires imprégnées.

En vue de pouvoir réaliser cette stratégie, le gouvernement devra veiller à rendre disponible et financièrement accessibles les CTA. A cet effet, il doit mobiliser des ressources propres afin de pouvoir assurer la maîtrise et le contrôle des CTA. Les autres financements peuvent continuer à provenir de sources diverses pourvu qu'une bonne coordination puisse être faite pour garantir la bonne utilisation.

**E. Axe stratégique S5 : Renforcer le dépistage et le traitement de la tuberculose à travers la stratégie DOTS**

L'objectif est d'améliorer le dépistage et le traitement des cas de la tuberculose à travers la stratégie DOTS.

Deux principaux résultats sont attendus :

- Dépister 24.738 nouveaux cas de Tuberculose pulmonaire à microscopie positive (TPM+) d'ici à 2015.
- Guérir 21.027 cas soit 85% du nombre total de cas dépistés.

Les axes d'intervention ciblent :

- 1) Accroissement des capacités de détection de nouveaux cas de TPM+
- 2) Amélioration de la qualité de la prise en charge thérapeutique à travers la DOTS
- 3) Mise en place d'un mécanisme de suivi/évaluation

Les coûts de cette stratégie essentiellement basés sur le coût moyen d'un traitement qui est estimé à 310,39 USD, s'élèvent à 7.455.857 USD pour toute la période.

Sur le plan de la mise en œuvre, les capacités de coordination, d'intégration des actions du programme dans le système national de santé sont déterminantes. L'Etat devra par ailleurs participer effectivement à l'achat des antituberculeux, et pour se faire l'accroissement de sa participation devrait se faire progressivement.

Il est nécessaire de renforcer les capacités de diagnostic et de traitement au cours des 3 premières années de manière à augmenter progressivement le nombre de nouveaux cas détectés. Cette capacité diagnostique concerne aussi bien les équipements, le personnel que le renforcement des compétences.

D'après la projection, de 2006 à 2010, 14.399 nouveaux cas de TPM+ devraient être détectés et traités. Ceci représente 58% des cas attendus à l'horizon 2015. Aussi, au cours des 5 dernières années la tendance pourrait s'inverser.

Au delà des cinq orientations stratégiques, un chapitre a été consacré aux questions relatives aux domaines non couverts par les OMD ainsi que l'approche genre et les droits humains.

Sur le plan du financement, il revient que la réalisation des OMD pour le secteur de la santé à l'horizon 2015 nécessite une mobilisation effective de ressource d'une valeur totale de 2 448 millions dollars des Etats-Unis d'Amérique. Le budget de l'Etat pour la santé pourra supporter environ 369,117 millions USD soit les 15,08% ; les communautés supporteront 125,980 millions USD (5,15%) et les partenaires traditionnels u développement 277,942 millions USD soit 11,35%. Il reste alors un gap de 1 674, 966 millions USD soit 68,42% à rechercher.

Des tableaux et des graphiques ont été confectionnés pour illustrer ces projections.

La réalisation des OMD est faisable. Les autorités politiques et sanitaires togolaises doivent d'abord y croire. La faible performance du système de santé doit être corrigée rapidement pour supporter le reste du processus. C'est à ce titre qu'une stratégie entière a été réservée au renforcement du système santé. Il est nécessaire de briser certains paradigmes négatifs à la réalisation des OMD. Ce document de stratégie doit être utilisé pour élaborer successivement deux plans opérationnels dont un plan de quatre ans, 2007-2010, et un plan quinquennal, 2011-2015.

## TABLE DES MATIERES

---

RESUME EXECUTIF .....	1
TABLE DES MATIERES .....	6
ABREVIATIONS .....	7
1. INTRODUCTION .....	8
2. RAPPEL DE L'ANALYSE DE LA SITUATION EN BREF .....	9
3. RAPPEL DU PROBLEME CENTRAL ET SES DERIVATIONS.....	10
4. RAPPEL DES FORCES ET FAIBLESSES DU SYSTEME DE SANTE, DES OPPORTUNITES ET MENACES DE L'ENVIRONNEMENT... ..	11
5. RAPPEL DES BESOINS ET LEURS COÛTS .....	15
6. HYPOTHESE .....	17
7. ORIENTATIONS STRATEGIQUES PRIORITAIRES .....	18
<b>A. <u>Stratégie S1</u> :</b> Renforcer le système national de santé .....	18
<b>B. <u>Stratégie S2</u> :</b> Mettre la santé de la mère et l'enfant au centre des préoccupations	22
<b>C. <u>Stratégie S3</u> :</b> Favoriser l'accès aux services de prévention, de traitement, soins et de soutien du VIH/SIDA .....	24
<b>D. <u>Stratégie S4</u> :</b> Renforcer les actions de prévention et de traitement en vue de faire reculer de manière significative le paludisme .....	27
<b>E. <u>Stratégie S5</u> :</b> Renforcer le dépistage et le traitement de la tuberculose à travers la stratégie DOTS .....	29
8. MODALITES LIEES AUX DOMAINES NON COUVERTS, APPROCHE GENRE ET DROITS HUMAINS .....	31
9. MODALITES DE FINANCEMENT .....	35
10. CONCLUSION .....	38

## ABREVIATIONS

---

ARV	:	Anti-Retro-Viraux
CAMEG	:	Centrale d'Achat des Médicaments Essentiels et Génériques
CAT	:	Combinaison thérapeutique à base d'artémisinine
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
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
MII	:	Moustiquaire imprégnée d'incide
OEV	:	orphelin et enfant rendu vulnérable du fait du VIH/SIDA
IO	:	Infection opportuniste
OMD	:	Objectif du Millénaire pour le Développement
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
USD	:	Dollar des Etats-Unis d'Amérique
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.

Le présent document de stratégie du secteur santé a été rédigé après une série de travaux dont le diagnostic du système national de santé et de l'état de santé de la population togolaise, l'analyse de besoins et l'estimation des coûts. La présente stratégie de développement sanitaire pour les 10 années à venir s'est donc appuyée sur les résultats, les conclusions et recommandations des différentes études citées plus haut.

Il s'agit ici d'un document qui montre le chemin à suivre pour pouvoir réaliser les OMD à l'horizon 2015.

Un accent sera mis sur les éléments suivants : les OMD pour santé, le cadre institutionnel, les ressources humaines, les infrastructures et le financement de la santé.

C'est le document de référence pour la programmation des interventions ciblant les OMD au cours des prochaines années.

## 2. RAPPEL DE L'ANALYSE DE LA SITUATION EN BREF

---

L'étude diagnostique 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 la 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 national de santé souffre d'une insuffisance chronique de ressources humaines, d'une insuffisance 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. Par exemple :

- ☛ **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 de 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 ?

### 3. RAPPEL DU PROBLEME CENTRAL ET SES DERIVATIONS

---

L'analyse de la situation a mis à nu le problème central qui est le **Mauvais état de santé** des populations se traduisant évidemment par la faiblesse des indicateurs d'état de santé en particulier ceux des OMD.

Cette faiblesse des indicateurs de santé à induire l'impact attendu au niveau des OMD a pour origine immédiate la contre performance du système de santé qui est censé les produire.

En effet, la défaillance du système de santé se traduit par son incapacité à contenir et maîtriser l'évolution des maladies prioritaires d'une part, et à répondre efficacement aux besoins des populations par des soins qualitatifs accessibles à tous ou du moins à la majorité des populations, aux groupes vulnérables et aux pauvres.

Les racines de la contre performance du système national de santé se trouvent dans ce qu'on pourrait appeler ici « les trois insuffisances » à savoir :

- l'insuffisance en ressources humaines pour lesquelles le problème est très grave et chronique. Elle s'exprime aussi bien sur le plan quantitatif, qualitatif que de l'utilisation qu'on en fait.
- L'insuffisance en infrastructures et équipements sanitaires, se traduisant par une inadéquation du plateau technique de diagnostic et de soins, une absence base factuelle donnant l'assurance d'une bonne équité dans la distribution des infrastructures sanitaire dont le nombre par niveau du système de soins et l'accessibilité géographique globale sont assez satisfaisants.
- L'insuffisance de financement : la part du financement de l'Etat est faible, ceci essouffle le système malgré sa grande capacité d'endurance. Par ailleurs, il n'y a pas une garantie a priori que les financements disponibles sont bien gérés du fait de la non application de manuels de procédure financière et comptable, l'inexistence de contrôles et d'audits. Par ailleurs, les modes de paiement sont encore caduques et reposent essentiellement

sur le paiement direct. Ce mode de paiement rend tous les services inaccessibles aux populations. Les modes de financements alternatifs se traduisant par les mutuelles de santé, les assurances publiques et privées, etc., sont marginales.

Au-delà des « trois insuffisances », il est à noter la faiblesse du cadre institutionnel :

- en particulier, la fragilité du tissu juridique dû à la non adoption du code de la santé publique par l'Assemblée nationale, rendant difficile le redressement des défaillances dans la collaboration entre les secteurs public, privé, confessionnel et traditionnel, en vue d'une meilleure protection de la population.
- la lenteur des réformes sur le plan gestionnaires (absence/défaut d'utilisation de manuel de procédure, de description détaillée de poste, de système d'audit, de contrôle ou d'inspection).

Par ailleurs, il faut ajouter, l'**insuffisance des appuis** au système. En d'autres termes, il manque de supervision, de suivi/évaluation, de formation continue, d'assistance technique qui devraient permettre au système de se remettre en cause permanemment et partant, devenir plus proactif.

Les « trois insuffisances », les manquements au niveau du cadre institutionnel et le sevrage du système par rapport aux appuis techniques, rendent le pilotage du système national de santé difficile.

En plus, les actions ne sont pas toujours suffisamment intégrées eu égard aux moyens limités, le marketing social est peu efficace et les cibles mal définies. De même, les populations cibles des OMD, devraient avoir un accès massif voire universel à toutes les prestations des paquets minima d'activités, car sans l'accès il ne peut y avoir d'effets attendus.

## **4. RAPPEL DES FORCES ET FAIBLESSES DU SYSTEME DE SANTE, DES OPPORTUNITES ET MENACES DE L'ENVIRONNEMENT**

---

L'analyse diagnostique a permis de dégager les forces, les faiblesses, les opportunités et les menaces qui jouent sur le système de santé et qui doivent être prises en compte dans la formulation de la stratégie.

### **4.1- 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 ;

### **4.2- 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.

### **4.3- 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 ;

#### **4.4 - 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.
- Faible capacité d'innovation du système national de santé et résistance de certains responsables aux changements.

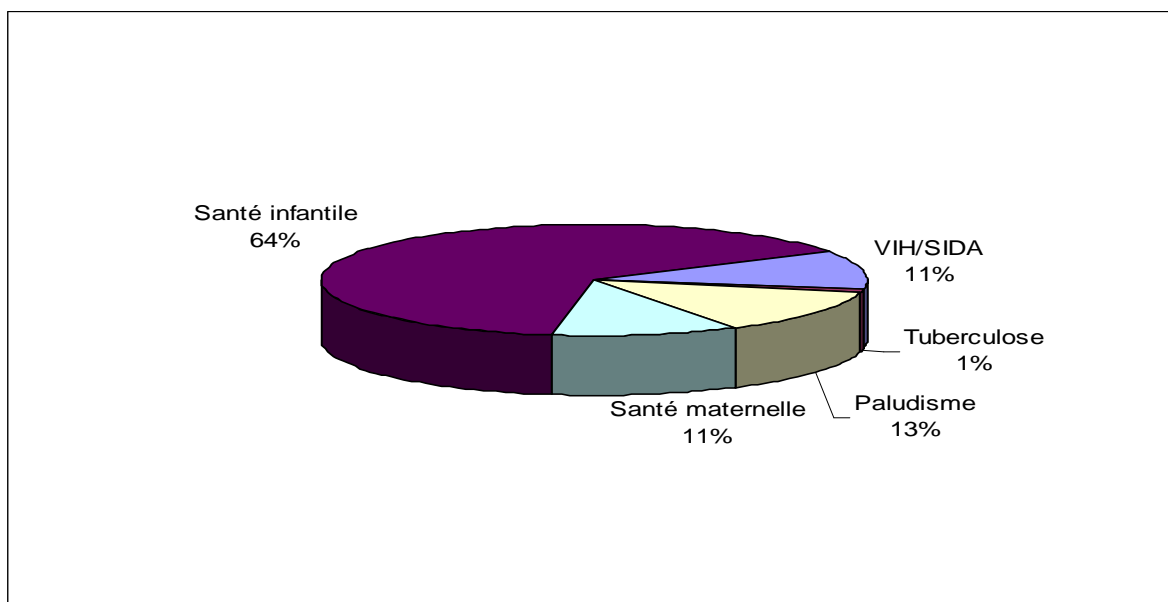
## 5. RAPPEL DES BESOINS ET LEURS COÛTS

### - Synthèse des coûts des OMD santé au Togo

L'évaluation des besoins en matière de réalisation des OMD d'ici à l'an 2015 sur la base des coûts directs et des coûts systémiques se résume comme suit :

- **Coûts directs**

Les coûts directs des interventions nécessaires pour l'atteinte des OMD- santé au Togo entre 2006 et 2015 s'élève à **environ \$1 milliard de US**. La santé infantile représente 64 % de ce montant, elle est suivie de la lutte contre le paludisme qui représente 13% et le SIDA pour 11 %.



- **Coûts systémiques**

Les coûts systémiques qu'on peut associer aux coûts indirects dans le financement de la santé dans le cadre de l'atteinte des OMD- santé, sont composés des financements relatifs aux besoins en infrastructures sanitaires, ressources humaines (personnels de santé, administratifs et de soutien) et en gestion/santé publique. Ces coûts ont été estimés à **1.504 millions \$US** soit 767.040 millions de FCFA pour la période 2006 à 2015 soit 15 \$US soit 7 650 FCFA par tête en moyenne et par an pour l'atteinte des OMD- santé au Togo entre 2006 et 2015.

**Tableau 1 : Synthèse des coûts des interventions d'ici à 2015**

<b>Togo</b>	<b>2006-2010</b>	<b>2011-2015</b>	<b>Total</b>
VIH/SIDA	\$ 50 530 409	\$ 57 361 019	\$ 107 891 428
Tuberculose	\$ 3 407 738	\$ 6 476 703	\$ 9 884 441
Paludisme	\$ 68 239 172	\$ 60 749 678	\$ 128 988 849
Santé maternelle	\$ 46 591 037	\$ 64 055 551	\$ 110 646 588
Santé infantile (Données erronées et non corrigées)	\$ 230 144 254	\$ 406 679 413	\$ 636 823 668
<b>Totaux Coûts directs</b>	<b>\$ 398 912 609</b>	<b>\$ 656 072 042</b>	<b>\$ 1 054 984 651</b>
<b>Coût direct par tête</b>	<b>\$ 12</b>	<b>\$ 18</b>	<b>\$ 15</b>
Gestion & Santé Publique	\$ 99 728 152	\$ 164 018 011	\$ 263 746 163
Ressources humaines	\$ 343 548 757	\$ 484 447 423	\$ 827 996 180
Infrastructures (nouvelles et charges récurrentes)	\$ 335 373 929	\$ 77 005 014	\$ 412 378 942
<b>Totaux Coûts systémiques</b>	<b>\$ 778 650 838</b>	<b>\$ 725 470 447</b>	<b>\$ 1 504 121 285</b>
<b>Coûts totaux</b>	<b>\$ 1 177 563 448</b>	<b>\$ 1 381 542 489</b>	<b>\$ 2 559 105 937</b>
<b>Coût total par tête</b>	<b>\$ 35</b>	<b>\$ 37</b>	<b>\$ 36</b>

Le coût global est estimé à 2,6 milliards de USD. La part des coûts systémiques est importante et est généralement supportés par l'Etat et certains de ses partenaires sous forme de charges de fonctionnement et d'investissement.

D'après ce modèle, il faudra alors une moyenne de **\$ 36 US soit 18.360 FCFA** par tête d'habitant et par an pour atteindre les OMD au Togo.

## 6. HYPOTHESE

---

**Le processus de réforme de la vie sociopolitique et économique se poursuit normalement.**

**Le Togo jouit de l'estime et de la confiance internationale.**

**Le pays prend place durablement dans le concert des nations.**

## 7. ORIENTATIONS STRATEGIQUES PRIORITAIRES

---

En prenant en compte tout ce qui précède à savoir la réalité de la situation socio sanitaire et les problèmes actuels du système national de santé, les opportunités et les menaces que présente l'environnement, ainsi que les besoins nécessaires et leurs coûts, **cinq stratégies prioritaires** sont proposés pour permettre d'atteindre les objectifs du millénaire pour le développement d'ici à 2015.

Il s'agit des stratégies suivantes dont les domaines ont été annoncés dans le document d'évaluation des coûts et besoins de financement :

- ▶ *S1 : Renforcer le système national de santé*
- ▶ *S2 : Mettre la santé de la mère et l'enfant au centre des préoccupations*
- ▶ *S3 : Favoriser l'accès aux services de prévention, de traitement, de soins et de soutien du VIH/SIDA*
- ▶ *S4 : Renforcer la lutte contre le Paludisme*
- ▶ *S5 : Renforcer la lutte contre la Tuberculose.*

Chacun des axes montre clairement le sentier à suivre, les dangers et les risques possible à éviter à chaque niveau du chemin, les besoins et leur financement et leur utilisation jusqu'à l'atteinte irrésistible des cibles poursuivies.

### **A. Stratégie S1 : Renforcer le système national de santé**

A partir des données du diagnostic il est évident que le chemin ver les OMD ne peut être ambitionné si le système de santé n'est a priori renforcé. En réalité, c'est effectivement le système de santé qui est au centre du processus de réalisation des OMD et donc sa performance en dépend.

### **i. Objectif**

Donner au système national de santé les capacités nécessaires pour conduire à bien la mise en œuvre des OMD d'ici à 2015.

### **ii. Résultats attendus**

- le cadre institutionnel est renforcé et fonctionnel ;
- au moins 80% des ressources humaines de qualité sont disponibles et motivées ;
- les infrastructures de santé et le plateau technique de soins et d'aide au diagnostic sont adéquats.

### **iii. Axes d'intervention**

Ils sont au nombre de cinq :

- 1) Le renforcement institutionnel (réforme organisationnelle et juridique)
- 2) Le renforcement en ressources humaines
- 3) Le renforcement en infrastructures et équipements
- 4) **L'amélioration du financement**
- 5) La réforme du système de gestion et de d'utilisation des ressources

### **iv. Actions Prioritaires**

Les activités clés à mettre en œuvre sont ci-après définies pour chaque Axe d'intervention.

- **Le renforcement institutionnel** (réforme organisationnelle et juridique)
  - Adoption de la loi portant code de la santé publique par l'Assemblée nationale et sa mise à jour périodique.
  - Mise en application de la loi portant code de la santé publique.
- **Le renforcement en ressources humaines**
  - Organisation de Recrutements initial (urgent) et périodiques
  - Elaboration d'une politique nationale et d'un plan de gestion des ressources humaines pour la santé prenant en compte le renforcement des capacités du personnel en cours d'emploi
  - Elaboration d'un plan de formation en ressources humaines pour la santé

- **Le renforcement en infrastructures et équipements**

Il s'agit ici de donner la priorité au bon fonctionnement de l'existant qui à lui seul peut répondre largement à l'essentiel des besoins. A cet effet, il faut :

- Réhabiliter et équiper les infrastructures existantes
- Elaborer une carte sanitaire en vue de mieux prendre en compte les zones mal couvertes par l'offre
- Construire de nouvelles infrastructures en fonction des besoins définis par la carte sanitaire.

- **L'amélioration du financement**

- Renforcer le plaidoyer pour l'augmentation du financement national
- Faire le plaidoyer pour la mobilisation des ressources extérieures
- Encourager et soutenir les stratégies alternatives de financement

- **La réforme du système de gestion et de d'utilisation des ressources**

- Elaborer et mettre en œuvre des manuels de procédure de gestion administrative, financière et comptable
- Mettre en œuvre le management participatif
- Appliquer la gestion basée sur les résultats.

**v. Modalités de mise en œuvre et chronogramme**

Cette stratégie doit être mise en oeuvre en début de décennie, en particulier les cinq premières années. De manière spécifique,

L'essentiel du renforcement institutionnel devra être réalisé les trois premières années de même que les réformes en gestion du système de santé.

Compte tenu du caractère « ambitieux » des besoins en ressources humaines exprimés, les proportions estimées dans l'évaluation des besoins sont jugées réalistes à savoir 41,5% les 5 premières années et 58,5% les 5 dernières années.

Concernant la réalisation des infrastructures et des équipements, il est stratégique de rendre d'abord fonctionnel l'existant à travers les réhabilitations et le renouvellement des équipements médico-techniques. Les réhabilitations devront commencer par les CHR, ensuite les CHU et enfin les Hôpitaux de district et les USP sans remettre en cause la procédure de gestion des besoins absolus ou urgents. La construction des nouvelles formations sanitaires devra aller aux cinq dernières années.

L'Etat devra mettre en place un vaste plan d'investissement public jusqu'en 2010.

**Tableau 2 : Synthèse la mise en œuvre du renforcement du SNS**

	2006-2008	2009-2010	2011-2012	2013-2015
<b>Renforcement institutionnel</b>	+++	++	+	+
<b>Ressources humaines</b>	41,5%		58,5%	
<b>Infrastructures et équipements</b>	Réhabilitation et équipements		Constructions nouvelles	
<b>Amélioration du Financement</b>	++	+++	+++	+++
<b>Réformes en gestion</b>	+++	++	+	+

**Tableau 3 : Chronogramme de réalisation des infrastructures et équipements**

		2007-2008	2009-2010	2011-2012	2013-2015	Totaux
<b>Réhabilitation et équipement</b>	<b>CHR</b>	8 822 484				23 683 197
	<b>CHU</b>		- (à revoir)			
	<b>HD, USP</b>		7 430 356	7 430 357		
<b>Constructions</b>				157 083 155	157 083 156	314 166 311
<b>Maintenance</b>		15 802 401	15 802 401	17 169 853	25 754 780	74 529 434

**Tableau 4 : Plan de financement du renforcement du système de santé**

	2007-2008	2009-2010	2011-2012	2013-2015	TOTAUX
<b>Renforcement institutionnel</b>	81 459 121	54 306 081	54 306 081	81 459 121	<b>271 530 404</b>

<b>Réformes en gestion</b>					
<b>Ressources humaines</b>	137 419 503	206 129 254	193 778 969	290 668 454	<b>827 996 180</b>
<b>Infrastructures + équipements + maintenance</b>	24 624 885	23 232 757	181 683 365	182 837 936	<b>412 378 942</b>
<b>Totaux</b>	243 503 509	283 668 092	429 768 415	554 965 511	<b>1 511 905 526</b>

### **B. Stratégie S2 : Mettre la santé de la mère et l'enfant au centre des préoccupations**

L'atteinte de deux objectifs sur les trois OMD concernés par le secteur de la santé dépend du succès de la santé maternelle et infantile. Aussi, pouvons-nous discerner sans nul doute la place centrale de ce domaine d'activités dans le processus de réalisation des OMD. La politique nationale de la santé de 1998 et le PNDS 2002-2006 ont centré leurs priorités sur la santé du couple mère enfant. Cependant, les résultats n'ont pas été à la hauteur de l'ambition faute de véritable changement dans la manière de voir, de faire et de distribuer les moyens. Plus qu'une stratégie, le système de santé doit réagir pour mettre fin, par tous les moyens tactiques, aux décès des mères du fait de leur grossesses ou de l'accouchement et éviter à tous prix les décès de bébés et d'enfants de moins de cinq ans.

#### **i. Objectifs :**

Rendre disponibles et accessibles les services de santé maternelle et infantile en vue d'éviter par tous les moyens les décès de mères et d'enfants de moins de cinq ans.

#### **ii. Résultats attendus**

- La mortalité maternelle est réduite à 145 décès maternels pour 100.000 naissances vivantes ;
- La mortalité infantile est réduite à 41 décès pour 1000 naissances.

#### **iii. Axes d'interventions**

Deux axes d'intervention sont identifiés pour réaliser les objectifs n°4 et n°5 des OMD concernés tous deux par le secteur de la santé. Il s'agit de :

- 1) Accroissement de la disponibilité et l'accessibilité des services de soins préventifs et curatifs pour les enfants de moins de cinq ans
- 2) Accroissement de la disponibilité et l'accessibilité des services de soins promotionnels et curatifs pour la mère.

#### iv. Actions Prioritaires

Les principales actions à mettre en œuvre sont ci-dessous déclinées par stratégie.

- **Accroître la disponibilité et l'accessibilité des services de soins préventifs et curatifs pour les enfants de moins de cinq ans**
  - Mise en œuvre le plan de viabilité économique du PEV
  - Mise en œuvre des soins de santé primaire infantiles et néonataux
  - Mise en œuvre des soins hospitaliers
  
- **Accroître la disponibilité et l'accessibilité des services de soins promotionnels et curatifs pour la mère**
  - Planification familiale
  - Dispensation de soins prénataux et prévention des complications obstétricales
  - Amélioration de la couverture des services de la PTME
  - Prévention du paludisme pendant la grossesse
  - Dispensation de soins d'accouchement et prise en charge des complications
  - Dispensation de soins post-partum et prise en charge des complications
  - Prévention des infections sexuellement transmissibles
  - Dispensation prestations en vue de faire face à d'autres conditions maternelles.

#### v. Coût

Le coût total pour la réalisation des intervention relatives à la santé de la mère et l'enfant est de 726 894 222 USD dont 90 070 554 USD pour l'amélioration de la santé maternelle et 636 823 668 pour la réduction de mortalité infantile. Un montant total 269 432 405 USD soit 37% du budget devra être mobilisé pour la période 2006-2010.

**Tableau 5 Répartition du budget de la santé maternelle et infantile de 2006 à 2015**

	<b>2006-2010</b>	<b>2011-2015</b>	<b>Total</b>
<b>Santé maternelle</b>	39 288 151	50 782 403	90 070 554
<b>Santé infantile</b>	<b>230 144 254</b>	<b>406 679 413</b>	<b>636 823 668</b>
<b>Totaux</b>	269 432 405	457 461 816	726 894 222

**Données erronées**

Il faut noter que, du point de vue coût, les interventions en faveur de l'amélioration de la santé maternelle ont pris en compte :

- La PTME
- La lutte contre le IST
- Le traitement intermittent du paludisme chez les femmes enceintes.

#### **vi. Modalités de mise en œuvre**

Les services de santé offerts au couple mère - enfant doivent être suffisamment disponibles **et** massivement accessibles aux cibles.

§§ L'Etat devra lui-même sécuriser certaines prestations à financer par ses propres soins à tout prix afin de mieux s'en rendre maître. Cette disposition va conférer à ce groupe de prestations une pérennité du point de vue disponibilité et accessibilité. Il s'agit des prestations suivantes :

- les soins prénataux
- les soins d'accouchement et leurs complications
- l'achat des vaccins du PEV

§§ Les services clés à rendre entièrement gratuits :

- l'immunisation à travers les PEV
- la césarienne et autres complications de l'accouchement
- les complications post-partum

En terme de chronogramme, les services doivent être rendus disponibles au cours des 4 premières années. La gratuité des prestations ciblées devra commencer dès la première année de mise en œuvre.

## **C. Stratégie S3: Favoriser l'accès aux services de prévention, de traitement, de soins et de soutien du VIH/SIDA**

### **i. Objectif :**

Rendre disponible et accessible toute la gamme des prestations de soins préventifs, curatifs et de soutien de manière à donner au VIH/SIDA une étiquette de maladie chronique.

### **ii. Résultats attendus**

- 100% des PVVIH ont accès au traitement par les ARV ;
- 100% des infections opportunistes bénéficient de traitement ;
- Au moins 90% des femmes en âge de procréer adhèrent au programme PTME ;
- Réduire le risque de transmission du VIH de la mère à l'enfant de à moins de 5%.
- Au moins 80% des personnes adoptent les comportements à moindre risque
- Au moins 80% des personnes connaissent leur statut sérologique.
- Des groupes à haut risque ont accès à des programmes spécifiques de prévention, de traitement et de soutien.

### **iii. Axes d'intervention**

Trois axes d'intervention sont retenus pour y faire face :

- 1) Accélération/renforcement des actions de prévention
- 2) Renforcement des capacités de prise en charge
- 3) Renforcement des mesures de soutien.

### **iv. Actions prioritaires**

- **Accélération/renforcement des actions de prévention**
  - les interventions centrées sur les jeunes ;
  - les interventions centrées sur les travailleurs de sexe et leurs clients
  - l'approvisionnement, la distribution, et le marketing social des préservatifs
  - la prévention des infections sexuellement transmissibles (IST) ;
  - le conseil, dépistage, volontaire et anonyme ;

- les programmes sur le lieu de travail ;
  - la sécurité du sang ;
  - la prévention de la transmission mère - enfant ;
  - les médias ;
  - les programmes de réduction des dommages ;
  - les interventions ciblant les homosexuels.
- **Renforcement des capacités de prise en charge**
    - les soins palliatifs
    - le traitement des infections opportunistes (IO)
    - les examens diagnostiques du VIH
    - la prophylaxie des IO chez les patients symptomatiques
    - la thérapie anti-rétrovirale (ARV) et le soutien aux services de laboratoire dont elle dépend.
- **Renforcement des mesures de soutien**
- Les actions de soutien ciblent essentiellement les orphelins et enfants rendus vulnérables du fait du VIH/SIDA (OEV). Elles couvrent :
- les soins dans les orphelinats ;
  - l'aide communautaire aux OEV ;
  - les aides financières aux études des OEV.
- **Renforcement de la coordination, du suivi/évaluation et de la recherche**
    - Mise en œuvre des trois principes directeurs (three ones) de la lutte contre le VIH/SIDA ;
    - Plaidoyer pour la mobilisation des ressources ;
    - Recherche.

#### **v. Coût**

Le budget nécessaire pour mener à bien ces actions et permettre d'inverser les tendances de l'évolution du VIH/SIDA au Togo est estimé à 107.891.000 USD dont 50.530.000 USD à mobiliser d'ici à fin 2010. Ce coût est réparti comme suit, dans le tableau suivant, par axe d'intervention prioritaire.

Tableau 6 : Besoins de financement du VIH/SIDA par axe d'intervention prioritaire de 2006 à 2015

	<b>2006-2010</b>	<b>2012-2015</b>	<b>Totaux</b>	<b>%</b>
Actions de Prévention	28 943 000	19 637 000	48 580 000	45
Services des soins et traitements	8 149 000	23 464 000	31 613 000	29
Actions de Soutien	6 469 000	6 347 000	12 817 000	12
Coordination et recherche	6 970 000	7 912 000	14 882 000	14
<b>TOTAL</b>	<b>50 530 000</b>	<b>57 361 000</b>	<b>107 891 000</b>	<b>100</b>

NB : Les besoins et les coûts des interventions liées au VIH/SIDA n'intègrent pas ici les interventions relatives à la PTME et aux IST déjà prises en compte au niveau de la santé maternelle.

#### vi. Modalités de mise en œuvre

La mise en œuvre réussie des interventions de lutte contre le VIH/SIDA passe par trois considérations :

- l'accès permanent du paquet des interventions offertes à tout le monde,
- la capacité de l'Etat à financer directement sur ses propres ressources une part significative des interventions liées au traitement en particulier la thérapie anti-rétrovirale.
- la mise en place d'un mécanisme fonctionnel et efficace de coordination et de suivi/évaluation.

L'estimation des coûts de la PTME et de la lutte contre les IST a été faite au niveau de la santé maternelle cependant, à l'élaboration des plans opérationnels, la responsabilité de ces actions devra relever prioritairement du PNLS.

#### D. Stratégie S4 : Renforcer les actions de prévention et de traitement en vue de faire reculer de manière significative le paludisme

##### i. Objectif

Améliorer la disponibilité et l'utilisation de la MII, prévenir efficacement le paludisme pendant la grossesse et mettre en œuvre efficacement la politique de traitement du paludisme.

##### ii. Résultats attendus :

- au moins 80% des enfants de moins de 5 ans et les femmes enceintes dorment sous MII ;
- au moins 80% des cas de paludisme sont correctement pris en charge au niveau des formations sanitaires ;
- au moins 80% des femmes enceintes ont bénéficié d'un TPI.

### **iii. Axes d'intervention**

- 4) Renforcement des actions de prévention
- 5) Mise en œuvre de la politique de traitement du paludisme

### **iv. Actions prioritaires**

Les principales actions sont ci-dessous indiquées par axe d'intervention.

- **Renforcement des actions de prévention**
  - Approvisionnement /distribution des MII
  - Mise en œuvre d'un plan de marketing social pour l'utilisation des MII
  - Traitement préventif intermittent des femmes enceintes
  
- **Mise en œuvre de la politique de traitement du paludisme**
  - Approvisionnement en médicaments antipaludiques (CTA et autres) et consommables
  - Réalisation des tests de diagnostic de confirmation du paludisme
  - Prise en charge correcte des cas de paludisme simple dans les structures de soins ;
  - Prise en charge du paludisme simple à domicile par les agents de santé communautaire (ASC)
  - Prise en charge correcte des cas de paludisme grave dans les structures de soins ;

### **v. Coût**

Le coût total estimé de la lutte contre le paludisme est de 82.598.641 USD dont 11.259.410 USD pour les interventions de prévention (soit 13,6%). Environ, 46 millions USD devront être mobilisés d'ici à 2010, soit plus de 55%. Ce coût ne prend

pas en compte le traitement préventif intermittent du paludisme chez la femme enceinte qui est intégré à la santé maternelle.

#### **vi. Modalités de mise en œuvre**

En vue de pouvoir réaliser cette stratégie, le gouvernement devra veiller à rendre disponible et financièrement accessibles les CTA. A cet effet, il doit mobiliser des ressources propres afin de pouvoir assurer la maîtrise et le contrôle des CTA. Les autres financements peuvent continuer à provenir de sources diverses pourvu qu'une bonne coordination puisse être faite pour garantir la bonne utilisation.

### **E. Stratégie S5: Renforcer le dépistage et le traitement de la tuberculose à travers la stratégie DOTS**

#### **i. Objectif**

Améliorer le dépistage et le traitement des cas de la tuberculose à travers la stratégie DOTS.

#### **ii. Résultats attendus :**

- Dépister 24.738 nouveaux cas de Tuberculose pulmonaire à microscopie positive (TPM+) d'ici à 2015.
- Guérir 21.027 cas soit 85% du nombre total de cas dépistés.

#### **iii. Axes d'intervention**

Les axes d'intervention ciblent :

- 1) Accroissement des capacités de détection de nouveaux cas de TPM+
- 2) Amélioration de la qualité de la prise en charge thérapeutique à travers la DOTS
- 3) Mise en place d'un mécanisme de suivi/évaluation

#### **iv. Actions prioritaires**

- Accroissement des capacités de détection de nouveaux cas de TPM+
  - Equipement des centres de diagnostic
  - Mise en place des stratégies appropriées de référence et de contre référence
  
- **Amélioration de la qualité de la prise en charge thérapeutique à travers la DOTS**
  - Approvisionnement en médicaments antituberculeux et consommables
  - Prise en charge des cas dans la communauté
  - Formation du personnel
  
- **Mise en place d'un mécanisme de suivi/évaluation**

#### **v. Coûts**

Le coût moyen d'un traitement étant estimé à 310,39 USD, le budget de cette stratégie s'élève à 7.455.857 USD pour toute la période.

#### **vi. Modalités de mise en œuvre**

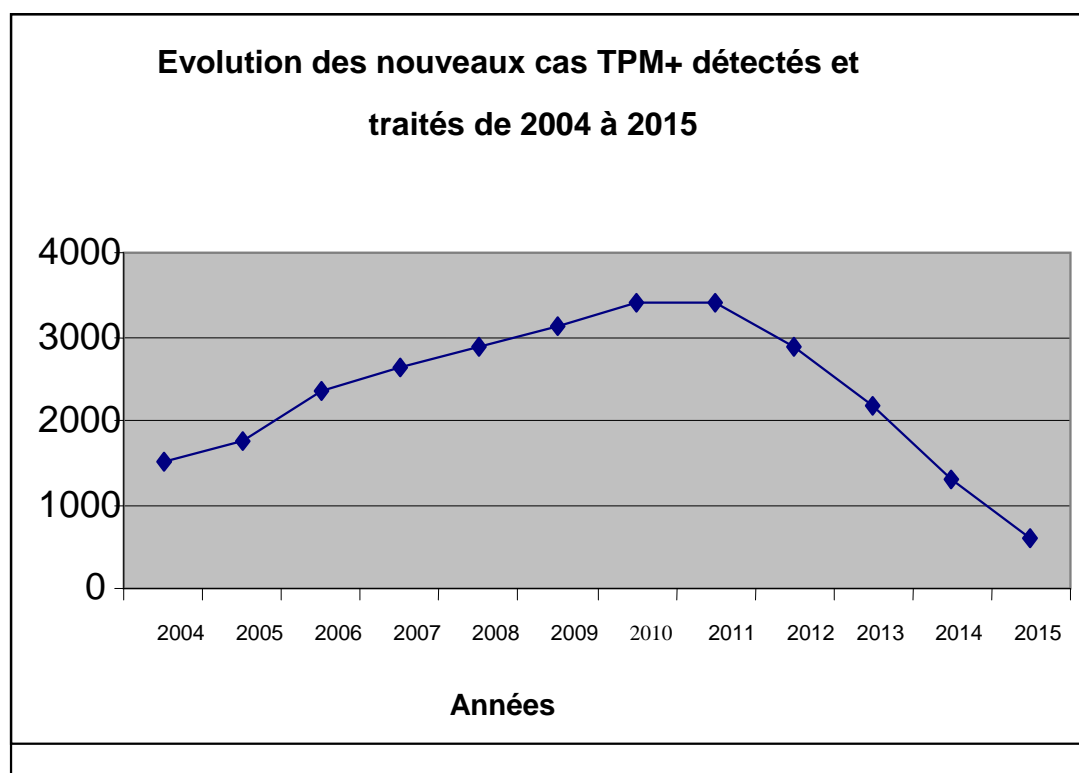
Les capacités de coordination, d'intégration des actions du programme dans le système national de santé sont déterminantes. L'Etat devra par ailleurs participer effectivement à l'achat des antituberculeux, et pour se faire l'accroissement de sa participation devrait se faire progressivement.

Il est nécessaire de renforcer les capacités de diagnostic et de traitement au cours des 3 premières années de manière à augmenter progressivement le nombre de nouveaux cas détectés. Cette capacité diagnostic concerne aussi bien les équipements, le personnel que le renforcement des compétences.

D'après la projection, de 2006 à 2010, 14.399 nouveaux cas de TPM+ devraient être détectés et traités. Ceci représente 58% des cas attendus à l'horizon 2015. Aussi, au cours des 5 dernières années la tendance pourrait s'inverser (voir tableau 7 et le graphique correspondant.)

**Tableau 7 : Modèle d'évolution des cas de tuberculose et des coûts de 2006 à 2015**

	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
<b>Nouveaux cas de TB détectés</b>	2350	2640	2885	3135	3389	3389	2881	2161	1296	612
<b>Progression (%)</b>	33,14	12,34	9,3	8,7	8,13	0	-15	-25	-40	-52,8
<b>Coûts (USD)</b>	708 273	795 677	869 518	944 867	1 021 420	1 021 420	868 313	651 310	390 605	184 452



## **8. MODALITES LIEES AUX DOMAINES NON COUVERTS, A L'APPROCHE GENRE ET AUX DROITS HUMAINS**

---

### **8.1 Domaines non couverts**

La présente stratégie a ciblé prioritairement les interventions directement liées à la réalisation des OMD. Ceci justifie que ces interventions fassent objet d'attention particulière du fait qu'elles utilisées pour le plaidoyer pour la mobilisation des ressources.

Ceci étant, les autres interventions de santé publique seront aussi mises en oeuvre car d'une part, elles participent à la réalisation des OMD et d'autre part, constituent des éléments de réponse du système de santé à la demande de santé des populations.

L'approche intégrée permet de faire bénéficier à ces domaines concernés les fruits des financements des domaines prioritaires faciles à attirer les financements.

Par ailleurs, l'Etat et ses partenaires traditionnels continueront de financer tous les autres domaines d'action du secteur de la santé.

Ainsi , dans le domaine de la lutte contre la maladie, il est nécessaire d'accorder une attention aux actions en cours, notamment la lutte contre le ver de guinée, l'onchocercose, l'ulcère de Buruli, la filariose lymphatique, etc.

Les maladies non transmissibles, longtemps souvent moins bien prises en compte dans les actions de lutte doivent aussi être reconsidérées. Des stratégies simples et moins coûteuses sont actuellement disponibles pour agir plus efficacement.

### **8.2 Approche genre et droits humains**

L'approche genre et les droits humains sont des concepts nouveaux qui permettront de donner une nouvelle dimension au secteur de la santé sur le plan de la qualité des interventions et du respect du patient.

Ces concepts doivent être mis en œuvre de manière transversale et concernent tous les niveaux du système de santé et tous les intervenants. Il s'agit beaucoup plus d'une culture et d'un changement de comportement qui ne sont pas des objectifs en soi mais concourent à faciliter l'atteinte des objectifs de santé et des OMD.

Aussi, est-il recommandé :

- d'intégrer la notion de genre dans les programmes d'enseignement des écoles de formation en santé
- de prendre en compte l'approche genre et droit dans le système de planification et de gestion des interventions
- de développer des communications sur les thèmes relatifs à l'approche genre et droit humain au cours des ateliers de planification, de bilan des activités et d'échange d'expériences.

## 9. MODALITES DE FINANCEMENT

Sur le plan du financement, il revient que la réalisation des OMD pour le secteur de la santé à l'horizon 2015 nécessite une mobilisation effective de ressource d'une valeur totale de 2 448 004 654 dollars des Etats-Unis d'Amérique.

L'analyse des sources potentielles de financement révèle trois principales sources. L'Etat, les communautés et les partenaires au développement. Le budget de l'Etat pour la santé pourra supporter environ 369,117 millions USD soit les 15,08% ; les communautés supporteront 125,980 millions USD (5,15%) et les partenaires traditionnels au développement 277,942 millions USD soit 11,35%. Il reste alors un gap de 1 674, 966 millions USD soit 68,42% à rechercher.

**Tableau 8** : Besoins de financement des OMD par stratégie

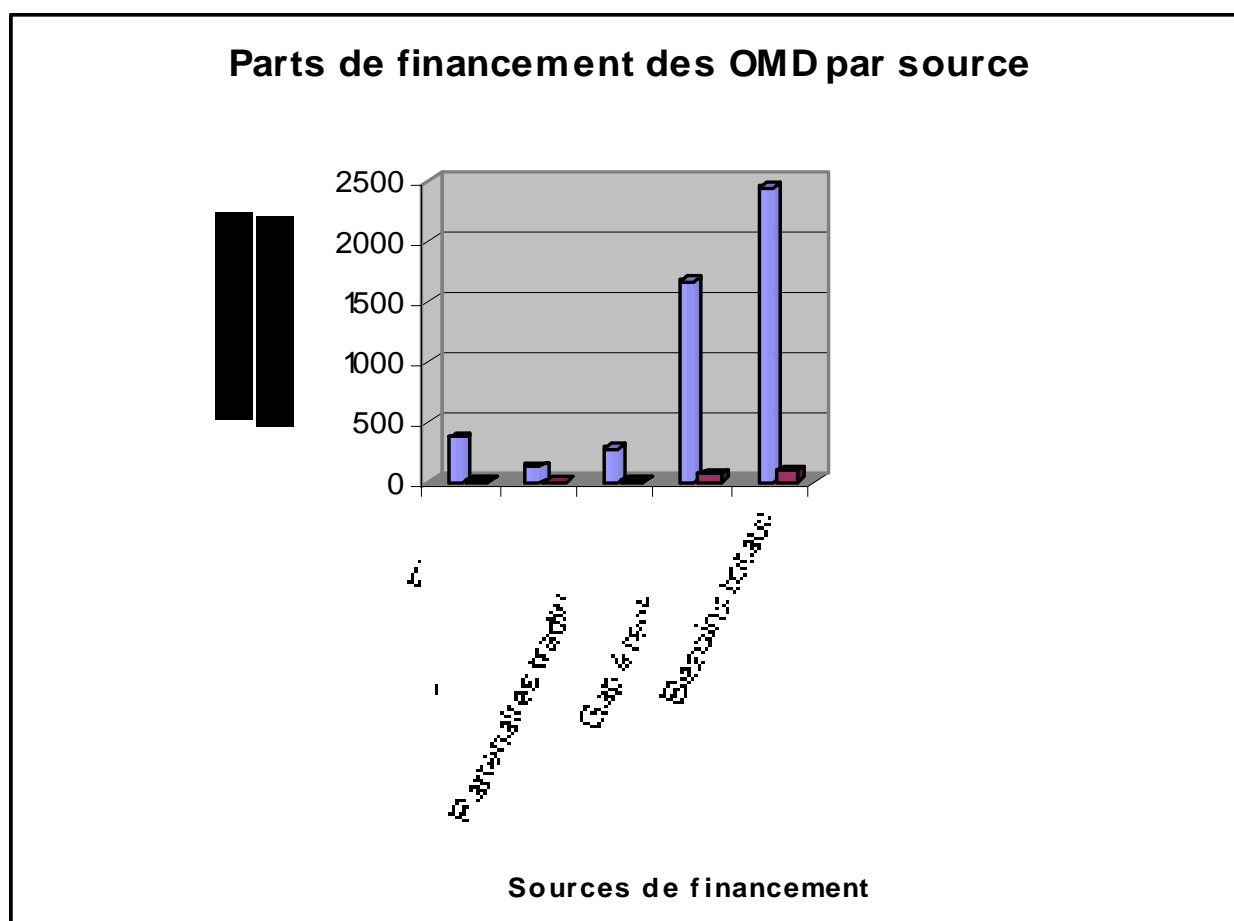
	2006-2008	2009-2010	2011-2012	2013-2015	Totaux	Part (%)
<b>Syst. de santé</b>	243 503 509	283 668 092	429 768 415	554 965 511	<b>1 511 905 527</b>	61,76
<b>Santé Mat/Inf</b>	161 659 443	107 772 962	182 984 726	274 477 090	<b>726 894 221</b>	29,69
<b>VIH/SIDA</b>	30 318 000	20 212 000	22 944 400	34 416 600	<b>107 891 000</b>	4,41
<b>Paludisme</b>	28 178 843	18 785 896	18 757 325	28 135 987	<b>93 858 051</b>	3,83
<b>Tuberculose</b>	2 373 468	1 966 287	1 889 733	1 226 367	<b>7 455 855</b>	0,30
<b>Totaux</b>	<b>466 033 263</b>	<b>432 405 237</b>	<b>656 344 599</b>	<b>893 221 555</b>	<b>2 448 004 654</b>	100,00

**Tableau 9** : Schéma des sources de financement des OMD pour la santé (en millions de dollars US)

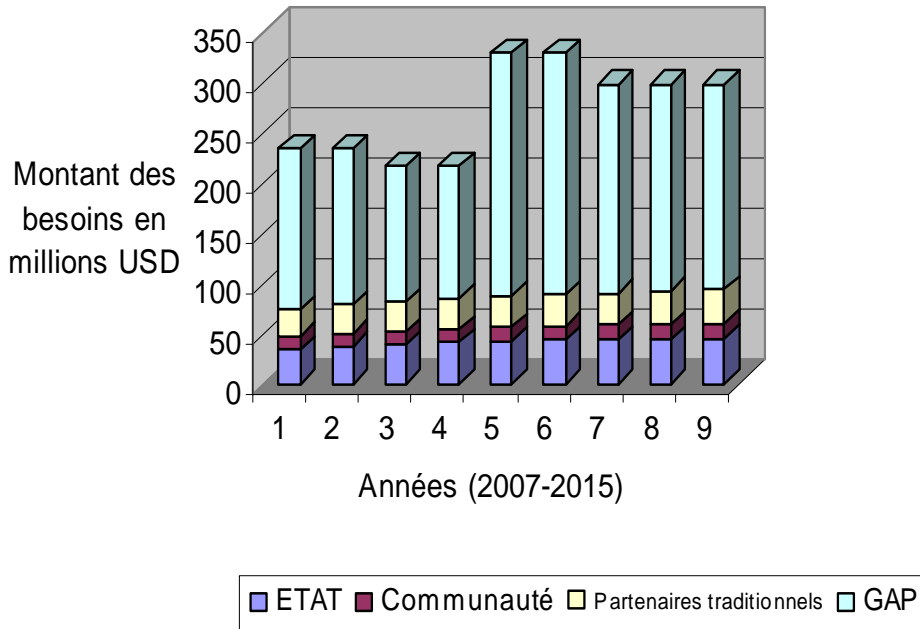
Années	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Coûts des OMD	233,017	233,017	216,203	216,203	328,172	328,172	297,741	297,741	297,741
ETAT	33,333	37,255	39,216	41,176	42,157	43,137	43,627	44,118	45,098
Autofinancement du système de santé	13,725	12,745	12,745	13,235	14,706	14,706	14,706	14,706	14,706
Partenaires traditionnels	27,451	29,412	29,412	30,392	30,392	31,373	31,863	33,333	34,314
<b>GAP</b>	<b>158,507</b>	<b>153,605</b>	<b>134,830</b>	<b>131,399</b>	<b>240,917</b>	<b>238,956</b>	<b>207,545</b>	<b>205,584</b>	<b>203,623</b>

**Tableau 10 : Parts de financement des OMD par source (en million USD)**

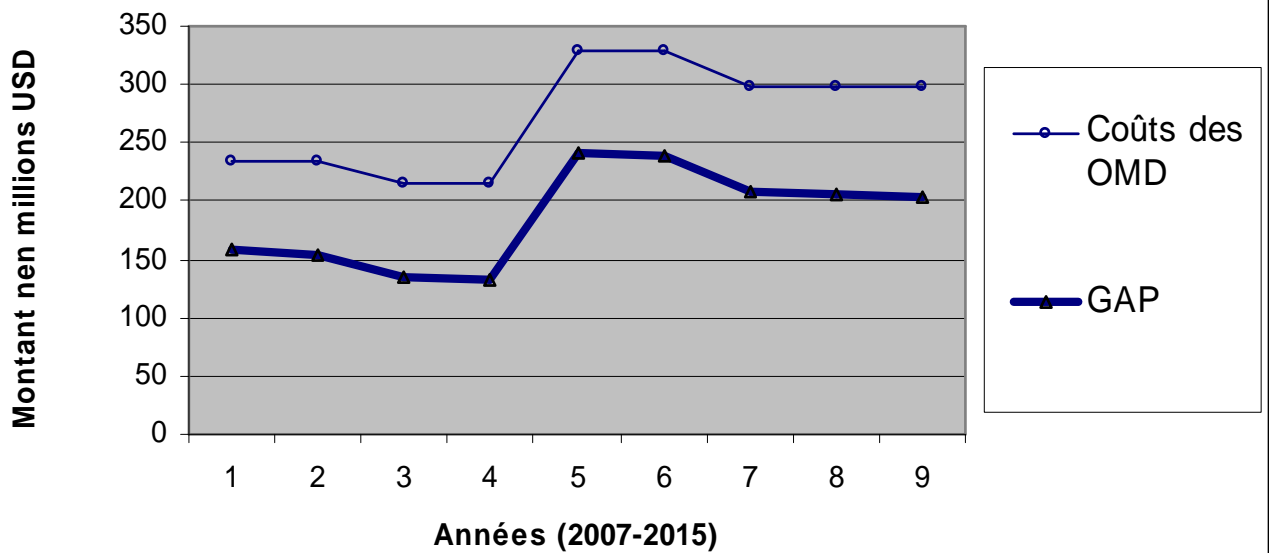
	Montant des Financements	Part (%)
<b>ETAT</b>	369,117	15,08
<b>Communautés</b>	125,980	5,15
<b>Partenaires traditionnels</b>	277,942	11,35
<b>Gap à rechercher</b>	1 674,966	68,42
<b>Besoins totaux</b>	2 448,005	100,00



Projection des besoins de financement des OMD (santé) mettant en évidence les GAP



Evolution de la projection des financement (OMD-santé) totaux et par sources



## 10. CONCLUSION

---

La réalisation des OMD est faisable. Le coût total pour se faire est de 2,448 milliards USD soit environ 1.250 milliards de nos francs. Parmi les principales sources de financement, l'Etat est le chef d'orchestre. En effet, sa performance, ses capacités joueront dans la négociation pour la mobilisation des fonds en provenance d'autres sources. La part minimale estimée de l'Etat sur le total des besoins est de 15%, et 5% seront recueilli de la communauté sur la base du recouvrement des coûts dans les structures de soins. Les partenaires traditionnels pourront contribuer à hauteur de 11%. Cela montre que le gap à combler est important soit plus de 68%. Aussi, les stratégies appropriées de mobilisation des ressources devront-elles être mises en oeuvre pour espérer y parvenir. Les autorités politiques et sanitaires togolaises doivent d'abord effectivement croire en cette faisabilité. Il est utile de rappeler la place centrale de la performance du système de santé dans l'atteinte des OMD. C'est à ce titre qu'une stratégie entière a été réservée au renforcement du système santé.

Le présent document de stratégie doit être utilisé pour élaborer successivement deux plans opérationnels dont un plan de quatre ans, 2007-2010, et un plan quinquennal, 2011-2015.