

STRATÉGIE DE COOPÉRATION DE L'OMS AVEC LES PAYS 2009-2013

TOGO



STRATÉGIE DE COOPÉRATION DE L'OMS AVEC LES PAYS 2009–2013

TOGO

Catalogage à la source : Bibliothèque de l'OMS/AFRO

Stratégie de Coopération de l'OMS avec les Pays, 2009–2013

Togo

1. Planification santé
2. Mise en œuvre plan sanitaire
3. Priorités en santé
4. État sanitaire
5. Coopération Internationale
6. Organisation mondiale de la Santé

ISBN: 978 929 031 1300

(NLM Classification: WA 540 HT6)

©Bureau régional de l'OMS pour l'Afrique (2009)

Les publications de l'Organisation mondiale de la Santé bénéficient de la protection par les dispositions du protocole No 2 de la Convention pour la Protection du Droit d'Auteur. Tous droits réservés. Il est possible de se procurer la présente publication auprès de l'Unité des Publications et des Langues, Bureau régional de l'OMS pour l'Afrique, B.P. 6, Brazzaville, République du Congo (téléphone : +47 241 39100; télécopie : +47 241 39507; adresse électronique : afrobooks@afro.who.int). Les demandes relatives à la permission de reproduire ou de traduire la présente publication – que ce soit pour la vente ou une diffusion non commerciale – doivent être envoyées à la même adresse.

Les appellations employées dans la présente publication et la présentation des données qui y figurent n'impliquent de la part de l'Organisation mondiale de la Santé aucune prise de position quant au statut juridique des pays, territoires, villes ou zones, ou de leurs autorités, ni quant au tracé de leurs frontières ou limites. Les lignes en pointillé sur les cartes représentent des frontières approximatives dont le tracé peut ne pas avoir fait l'objet d'un accord définitif.

La mention de firmes et de produits commerciaux n'implique pas que ces firmes et ces produits commerciaux sont agréés ou recommandés par l'Organisation mondiale de la Santé, de préférence à d'autres de nature analogue. Sauf erreur ou omission, une majuscule initiale indique qu'il s'agit d'un nom déposé.

L'Organisation mondiale de la Santé a pris toutes les mesures raisonnables pour vérifier l'exactitude des informations contenues dans la présente publication. Toutefois, cette publication est diffusée sans aucune garantie, fut-elle expresse ou sous-entendue. Le lecteur est responsable de l'interprétation des informations qu'elle contient et de l'utilisation qui en est faite. L'OMS ne peut en aucun cas être tenue responsable des dommages qui pourraient découler de l'utilisation de ces informations.

Imprimé en Inde

SOMMAIRE

ABRÉVIATIONS	v
PRÉFACE	vii
RÉSUMÉ	ix
SECTION 1 INTRODUCTION	1
SECTION 2 DÉFIS DE SANTÉ ET DE DÉVELOPPEMENT	2
2.1 Profil du pays	2
2.2 Profil sanitaire	2
2.3 Développement du système de santé	6
2.4 Défis majeurs du secteur de la santé	11
SECTION 3 COOPÉRATION AU DÉVELOPPEMENT ET PARTENARIAT	12
3.1 Tendances générales de l'aide	12
3.2 Principaux partenaires et domaines d'interventions dans le secteur de la santé	12
3.3 Mécanismes et instruments de coordination	13
SECTION 4 COOPÉRATION DE L'OMS AVEC LE TOGO	14
4.1 Bilan de la mise en œuvre de la stratégie de coopération 2004-2007	14
4.1.1 Au plan programmatique	14
4.1.2 Au plan de l'évolution des ressources	16
4.1.3 Conclusions et leçons tirées	17
4.2 Orientations du nouveau programme de coopération	17
SECTION 5 AGENDA STRATÉGIQUE POUR LA COOPÉRATION DE L'OMS	18
5.1 Objectif général du programme de coopération	18
5.2 Composantes de l'agenda stratégique	18
5.3 Approches stratégiques	19
5.3.1 Renforcement des capacités humaines et institutionnelles	19
5.3.2 Lutte contre les maladies transmissibles et non transmissibles	20
5.3.3 Amélioration de la santé de la mère, de l'enfant et de l'adolescent	20
5.2.4 Renforcement du partenariat, de la coordination et de la mobilisation des ressources	21
SECTION 6 MISE EN ŒUVRE DE L'AGENDA STRATÉGIQUE	22
6.1 Implications pour le Bureau de pays	22
6.2 Implications pour l'équipe inter-pays, le Bureau régional et le Siège	23
6.3 Surveillance et évaluation	23

ANNEXES

ANNEXE 1 : Références bibliographiques	24
ANNEXE 2 : Liste des objectifs stratégiques de la stratégie de coopération de l’OMS avec le Togo	25
ANNEXE 3 : Tableau IV - Domaines d’appuis et de financement des partenaires au développement	26
ANNEXE 4 : Tableau V- Plan indicatif de mise en œuvre des ressources.....	28
ANNEXE 5 : Organigramme du Bureau OMS/TOGO	29

ABRÉVIATIONS

ACD	:	Atteindre chaque district
ARV	:	Antirétroviraux
AS/SR	:	Analyse de la situation en santé de la reproduction
CCIA	:	Comité de coordination inter- agences
CCSS	:	Comité de coordination du secteur de la santé
ACT	:	Polythérapie à base d'Artémisinine
DGSCN	:	Direction générale de la statistique et de la comptabilité nationale
DOTS	:	Traitement de brève durée sous surveillance directe
DSRP-C	:	Document complet de stratégie de réduction de la pauvreté
ECD	:	Équipe cadre de district
ECR	:	Équipe cadre régionale
EDST	:	Enquête démographique et santé du Togo
FMSTP	:	Fonds mondial de lutte contre le Sida, la tuberculose et le paludisme
GAVI	:	Alliance mondiale pour les vaccins et la vaccination
GSM	:	Système mondial de gestion de l'OMS
HTA	:	Hypertension artérielle
MEG	:	Médicament essentiel sous appellation générique
EGIM	:	Enquête par grappe à indicateurs multiples
MII	:	Moustiquaire imprégnée d'insecticide
MNT	:	Maladies non transmissibles
NEPAD	:	Nouveau partenariat pour le développement de l'Afrique
OMD	:	Objectif du Millénaire pour le Développement
OMS	:	Organisation mondiale de la Santé
ONUSIDA	:	Programme conjoint des Nations Unies sur le VIH/sida
ORSEC	:	Organisation des secours
PCIME	:	Prise en charge intégrée des maladies de l'enfant
PCIMNE	:	Prise en charge intégrée des maladies du nouveau-né et de l'enfant
PEV	:	Programme élargi de vaccination
PIAP	:	Programme intérimaire d'actions prioritaires
PNDS	:	Plan national de développement sanitaire
PNUD	:	Programme des Nations unies pour le développement
PSMT	:	Plan stratégique à moyen terme
RSI	:	Règlement sanitaire international
SIDA	:	Syndrome de l'immunodéficience acquise
SNIS	:	Système national d'information sanitaire

SNU	:	Système des Nations unies
TIDC	:	Traitement à l'Ivermectine sous directive communautaire
TPM+	:	Tuberculose pulmonaire à microscopie positive
UNFPA	:	Fonds des Nations unies pour la population
UNICEF	:	Fonds des Nations unies pour l'enfance
USP	:	Unité de soins périphérique
VIH	:	Virus de l'immunodéficience humaine

PRÉFACE

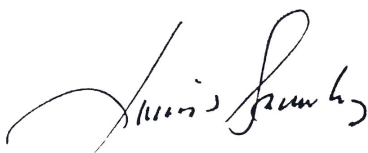
La Stratégie de Coopération de l'OMS avec les Pays (SCP) cristallise l'essentiel des réformes adoptées par l'Organisation mondiale de la Santé en vue de renforcer son action au sein des pays. Elle a impulsé une orientation qualitative décisive aux modalités d'intervention, de coordination et de plaidoyer de notre institution dans la Région africaine. Actuellement bien établie comme outil de planification à moyen terme de l'OMS au niveau des pays, la Stratégie de Coopération vise plus de pertinence et de focalisation dans l'établissement des priorités, plus d'efficacité dans la réalisation des objectifs et une plus grande efficience dans l'utilisation des ressources affectées à l'action de l'OMS dans les pays.

La première génération de documents de stratégie de coopération avec les pays a été établie à travers un processus participatif qui a mobilisé les trois niveaux de l'Organisation, les pays et leurs partenaires. Pour la majorité des pays, la période biennale 2004-2005 a constitué le point crucial de recentrage de l'action de l'OMS. Elle a permis aux pays de mieux planifier leurs interventions selon une approche basée sur les résultats et un processus gestionnaire amélioré favorisant la prise en compte de leurs besoins réels par les trois niveaux de l'Organisation.

Tirant des enseignements de la mise en œuvre des SCP de première génération, les documents de SCP de seconde génération, en harmonie avec le 11^{ème} Programme général de Travail de l'OMS et le Cadre stratégique à moyen terme, prennent en compte les priorités sanitaires des pays définies dans les plans nationaux de développement sanitaire et les plans sectoriels de lutte contre la pauvreté. Les SCP s'inscrivent aussi dans le nouveau contexte global de la santé et intègrent les principes d'alignement, d'harmonisation et d'efficacité, tels que formulés dans la Déclaration de Paris sur l'efficacité de l'aide et dans les récentes initiatives telles que « Harmonisation pour la Santé en Afrique » (HHA) et « Pantenariat international pour la Santé-Plus » (IHP+). Ils reflètent aussi la politique de décentralisation qui a été opérée et qui renforce la capacité de prise de décisions par les pays pour une meilleure qualité des programmes et des interventions de santé publique.

Enfin, les documents de SCP de deuxième génération sont en synchronisation avec le Plan cadre des Nations Unies pour l'Aide au Développement (UNDAF) en vue d'atteindre les objectifs du Millénaire pour le développement.

Je salue le leadership efficace et efficient assuré par les pays dans la conduite de cet important exercice de formulation des documents de stratégie de coopération de l'OMS avec les pays et demande à tout le personnel de l'OMS, en particulier aux Représentants de l'OMS et aux Directeurs des divisions, de redoubler d'efforts pour garantir une mise en œuvre effective des orientations de la Stratégie de Coopération avec les Pays en vue de la réalisation de meilleurs résultats sanitaires au bénéfice des populations africaines.



Dr Luis G. Sambo
Directeur régional de l'OMS pour l'Afrique

RÉSUMÉ

L'accord de base conclu entre le gouvernement de la République du Togo et l'OMS le 18 février 1961 établit le cadre légal de leur coopération. La stratégie de coopération de l'OMS avec le pays et les plans d'actions biennaux, qui en assurent la mise en œuvre, constituent les instruments d'exécution dudit accord.

La stratégie de coopération de l'OMS avec le Togo pour la période 2009-2013 s'inspire de l'expérience acquise et des progrès enregistrés dans la mise en œuvre de la précédente stratégie de coopération qui couvrait la période 2004-2007. Elle se fonde principalement sur les objectifs et orientations sanitaires du pays, notamment celles figurant dans le Plan national de développement sanitaire 2009-2013, prend en compte les orientations programmatiques de l'OMS et s'inspire des documents des principaux partenaires au développement. Le processus de son élaboration a été participatif, impliquant toutes les parties prenantes dans le pays et aux différents niveaux de l'Organisation.

Partant des défis majeurs identifiés pour le secteur de la santé, la stratégie de coopération de l'OMS avec le Togo développe son agenda stratégique autour de quatre principaux axes: i) renforcement des capacités humaines et institutionnelles du ministère de la Santé ; ii) lutte contre les maladies transmissibles et non transmissibles; iii) amélioration de la santé de la mère, de l'enfant et de l'adolescent et ; iv) renforcement du partenariat, de la coordination et de la mobilisation des ressources.

La situation socio-sanitaire du pays restant encore marquée par les effets de la longue crise sociopolitique et économique que le pays a traversé, l'Organisation renforcera son rôle de plaidoyer en vue d'un dialogue politique entre le gouvernement et ses partenaires, pour promouvoir la place de la santé dans le cadre du développement.

Sur le plan programmatique, l'OMS focalisera son action sur la définition des politiques, des stratégies, des normes et des directives techniques adaptées au contexte national et local. Elle facilitera les échanges d'informations et de connaissances, stimulera la recherche et l'innovation, et contribuera à la surveillance et à l'évaluation de la mise en œuvre des programmes nationaux. Son action sera guidée en particulier par les objectifs nationaux de santé, les priorités régionales et mondiales de l'Organisation, les Objectifs du Millénaire pour le Développement, dans le respect des valeurs de base que sont le droit, la justice et l'équité.

Les efforts de réorganisation de l'action de l'OMS viseront une gestion plus intégrée des programmes, une utilisation plus rationnelle des ressources humaines et financières disponibles, une plus grande harmonisation des actions des partenaires de la santé, en vue d'un soutien plus cohérent et plus adapté aux besoins du pays.

La mise en œuvre de la stratégie nécessitera l'engagement et la mobilisation des énergies à tous les niveaux de l'Organisation, Bureau de pays, Equipe inter-pays, Bureau régional et Siège.

SECTION 1

INTRODUCTION

La Stratégie de Coopération de l'OMS avec le Togo pour la période 2009-2013 s'inspire de l'expérience acquise et des progrès enregistrés dans la mise en œuvre de la précédente stratégie de coopération qui couvrait la période 2004-2007 et dont la mise en œuvre a été considérablement limitée par les effets de la crise sociopolitique que le pays a traversé pendant près de 15 ans. Le nouveau contexte créé par la reprise de la coopération formelle du Togo avec ses partenaires, la décision du gouvernement togolais d'élaborer son Document complet de stratégie de réduction de la pauvreté et plusieurs documents sectoriels, dont celui du secteur de la santé, était une opportunité pour l'OMS de reformuler son programme de coopération avec le pays.

Le nouveau document de stratégie se fonde principalement sur les objectifs et orientations sanitaires du pays tels que définies dans les documents de politique nationale de santé, le plan national de développement sanitaire 2009-2013 et la stratégie intérimaire de réduction de la pauvreté. Elle prend en compte les orientations programmatiques de l'OMS définies dans le onzième programme général de travail, le plan à moyen terme 2008-2013 et les orientations stratégiques de l'action de l'OMS dans la Région africaine 2005-2009. Elle s'inspire également des documents des principaux partenaires au développement, notamment le plan cadre d'assistance des Nations unies au Togo pour la période 2008-2012, les Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD), les partenariats sous-régionaux, régionaux et mondiaux relatifs à la santé et au développement.

Le processus d'élaboration de la stratégie a été conduit entre février 2007 et décembre 2008 par une équipe constituée du personnel du bureau de l'OMS et de cadres du ministère de la Santé, sous la coordination du Représentant de l'OMS. L'exercice a impliqué les principales parties prenantes du gouvernement, des partenaires multilatéraux et bilatéraux et de la société civile. Il a bénéficié également des contributions des autres niveaux de l'OMS, notamment l'équipe inter-pays d'Ouagadougou, le Bureau régional et le Siège.

Partant des défis majeurs identifiés pour le secteur de la santé, la stratégie de coopération de l'OMS avec le Togo développe son agenda stratégique autour de quatre principaux axes:

- i) renforcement du système national de santé;
- ii) lutte contre les maladies transmissibles et non transmissibles;
- iii) santé de la mère, de l'enfant et de l'adolescent; et
- iv) partenariat, coordination et mobilisation des ressources.

SECTION 2

DÉFIS DE SANTÉ ET DE DÉVELOPPEMENT

2.1. PROFIL DU PAYS

Avec ses 56 000 km², le Togo est situé en Afrique de l'Ouest entre le Bénin à l'Est, le Ghana à l'Ouest et le Burkina au Nord. La population est estimée à 5.337.000 en 2006 par la Direction générale de la statistique et de la comptabilité nationale (DGSCN). Elle se compose de 51,3% de femmes et 48,7% d'hommes. Le taux d'accroissement naturel est de 2,4% l'an. Le taux brut de natalité est estimé à 37‰ et le taux brut de mortalité à 13‰. Selon les projections de la DGSCN, la population togolaise atteindra 6.452.000 habitants en 2013 et 7.432.000 habitants en 2015.

Depuis le début des années 90, le pays connaît une crise sociopolitique qui a fortement freiné le développement. L'aide publique au développement a connu une réduction de 62% entre 1990 et 2005 entraînant une chute du niveau de l'investissement public qui est passé de 13,8% à 3,3% du PIB durant la même période. L'indicateur du développement humain, qui était de 0,51 au début des années 90, est tombé à 0,495 selon les estimations du Rapport mondial de 2006.

Ce marasme économique a nui à la situation sociale et aggravé la pauvreté. En effet, 61,7% des Togolais vivent en dessous du seuil de pauvreté (enquête QUIBB 2006) ; la pauvreté touche davantage les populations rurales (74,3% contre 36,8% pour les populations urbaines). Les zones géographiques les plus affectées sont les régions de Savanes, Centrale, de la Kara et Maritime où les taux de pauvreté se situent respectivement à 90,5%, 77,7%, 75,0% et 69,4%.

2.2. PROFIL SANITAIRE

L'état de santé des populations togolaises reste très précaire, en raison notamment des conséquences de la crise sociopolitique sur les secteurs sociaux. En dépit des progrès significatifs réalisés dans certains domaines, notamment celui relatif à la lutte contre les maladies évitables par la vaccination, la contreperformance économique du pays au cours des dernières années n'a pas permis d'améliorer les indicateurs socio-sanitaires. L'évolution des principaux indicateurs de santé est résumée dans le tableau 1 ci-dessous.

Tableau I : Évolution de quelques indicateurs de santé

Indicateurs de santé	1998/2002	2006/2007
Taux de mortalité infantile (pour mille)	80	77
Taux de mortalité infanto-juvénile (pour mille)	143	123
Taux de mortalité maternelle (pour 100 mille naissances vivantes)	478	-
Prévalence du VIH dans la population générale (%)	5,9	3,2
Taux de couverture en contrôle et promotion de la croissance (CPC) (%)	17,1	30,1
% d'enfants de moins de 5 ans atteints de paludisme simple correctement pris en charge (%)	33,3	72,8
% d'enfants de moins de 5 ans atteints de paludisme grave correctement pris en charge (%)	54	76,67
% d'enfants de moins de 5 ans dormant sous moustiquaires imprégnées (%)	13	38,4
% de femmes enceintes dormant sous moustiquaires imprégnées (%)	16,5	57,8
Taux de couverture en consultation prénatale (CPN1) (%)	74	83,8
Taux de couverture en accouchements assistés (%)	49	62
Taux de détection des TPM+ (%)	30	39
Taux de guérison des TPM+ (%)	73	60
Taux de malades tuberculeux perdus de vue (%)	11	12
Couverture vaccinale DTC3 (%)	59	65
Couverture vaccinale VAR (%)	48	63
% districts avec couverture vaccinale en DTC3 \geq 80% (%)	43	83
Insuffisance pondérale chez les enfants de moins de 5 ans (%)	25	26
Part du budget de la santé dans le budget général (%)	5,7	7,6

Sources : Composites : EDST 1998, MICS 2002, MICS 2006, MS (PNLP, PNLT, PNLS).

Il apparaît globalement que la plupart des affections et problèmes de santé relèvent de causes infectieuses, microbiennes ou parasitaires évitables pour la plupart, que la pauvreté en est la cause ou le catalyseur, et aussi qu'un certain nombre des problèmes suscités, en l'occurrence les complications liées à l'accouchement, mettent directement en cause le système de santé.

Maladies transmissibles :

Paludisme, VIH/sida et tuberculose

Le paludisme reste au premier rang des pathologies individualisées. Il constitue en moyenne 40% des consultations, 26% des hospitalisations avec une létalité de 8%. Les enfants de 0-5 ans sont les plus touchés et représentent 35% de tous les cas enregistrés dans les formations sanitaires. En 2005, le Togo a changé sa stratégie de prise en charge du paludisme en adoptant les polythérapies à base d'Artémisinine (ACT) pour le traitement du paludisme non compliqué et le traitement préventif intermittent (TPI) chez les femmes enceintes. Grâce à la campagne nationale de distribution de moustiquaires imprégnées d'insecticide (MII) effectuée en décembre 2004, le Togo a réalisé des avancées significatives dans le domaine de la lutte contre le paludisme : le pourcentage de ménages disposant d'au moins une MII est passé de 5,1% en 2001 à 77% en juin 2006 ; le pourcentage d'enfants de moins de 5 ans dormant sous MII est passé de 3,6 % en 2001 à 58% en juin 2006 ; le pourcentage des femmes enceintes dormant sous MII est passé de 3,5% en 2001 à 40% en juin 2006 (*source : Rapport d'évaluation du plan stratégique 2001-2005 publié en juin 2006*). Pour conforter ces résultats, le pays se prépare à conduire en décembre 2008 une nouvelle campagne nationale de distribution des MII à tous les enfants de 0 à 59 mois.

La prévalence du VIH au Togo est estimée à 3,2% en 2007 pour les 15-49 ans (ONUSIDA/OMS), ce qui conduit à environ 110.000 adultes vivant avec le VIH. Cette prévalence se situe à 44,5% chez les travailleuses du sexe à Lomé et à 9,7% parmi les militaires. En fin 2007, le nombre cumulé de cas de Sida avoisinait les 21 740. Celui des enfants et adolescents orphelins du Sida est estimé à 88.000. Le nombre de malades sous ARV est passé de 6 579 à 7 980 de 2006 à 2007, avec un taux de couverture qui est passé de 24% à 30,4%. La proportion de femmes enceintes séropositives bénéficiant d'un traitement pour réduire la transmission mère-enfant est passée de 1,8% en 2005 à 6,8% en 2007. La fréquence de l'infection à VIH chez les enfants à 18 mois est passée de 16,1% en 2006 et à 13,2% en 2007. Une enquête réalisée en 2007 a montré qu'une communauté d'hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes se développe dans le pays, notamment à Lomé.

La tuberculose : la stratégie DOTS dont la mise en œuvre a démarré en 1996 est actuellement étendue à tous les districts. Le taux de détection de la tuberculose s'est amélioré, passant de 30,66% en 2004 à 39% en 2006. Cette évolution positive n'a cependant pas débouché sur une amélioration de l'état de santé des patients. En effet, pendant la même période, le taux de guérison a chuté de 66,60% à 60%, le taux de perdus de vue s'est élevé de 13,51% à 15% et le taux de décès est passé de 10,13% à 11%. Une enquête nationale sur la co-infection VIH/TB réalisée en 2005 sur 340 nouveaux malades TPM+ a montré un taux de séroprévalence du VIH de 23%. . Un plan de collaboration a été élaboré avec le soutien technique et financier de l'OMS, mais sa mise en œuvre n'est pas encore effective en raison des contraintes budgétaires que connaît le programme avec la suspension du financement du 3^{ème} round du Fonds mondial. On ne dispose pas de données récentes au plan national sur les cas de tuberculose à bacilles multirésistants. Cependant, les résultats d'une enquête réalisée à Lomé en 2004 sur 268 souches, montrent un taux de MDR-TB de 0,5%.

Les maladies à éliminer et à éradiquer

Le Togo a réalisé des progrès significatifs dans le domaine de l'élimination et de l'éradication des maladies, grâce à l'amélioration de la vaccination de routine et l'organisation de campagnes de vaccination supplémentaires. La couverture de la mise en œuvre de

l'approche ACD est de 100%, le pourcentage de districts avec une couverture vaccinale en DTC3 supérieur ou égale à 80 est de 83%. Les niveaux de couverture vaccinale se situent à 92% pour le DTC3 et à 80% pour le VAR. Grâce au soutien de GAVI, le Togo vient d'introduire dans le PEV systématique, la vaccination contre l'hépatite B et les infections qui en découlent. Le Togo a été certifié comme ayant éradiqué la polio en 2006 et s'étant affranchi du tétanos maternel et néonatal en 2007. Il a réduit de 93% la morbidité due à la rougeole et de 100% la mortalité qui lui est associée. En 2007, suite à une épidémie déclarée de fièvre jaune, le pays a organisé une campagne nationale de vaccination qui a touché l'ensemble de la population.

S'agissant des autres maladies, le Togo a atteint le seuil d'élimination de la lèpre en 1996 et le niveau de pré-certification pour la lutte contre le ver de Guinée en 2007. Les paramètres entomo-épidémiologiques et les taux de couverture du TIDC sont satisfaisants dans la plupart des zones d'endémie d'onchocercose. L'élimination des autres maladies ciblées en est encore au stade des préliminaires. Il s'agit notamment de l'ulcère de Buruli, de la filariose lymphatique, de la trypanosomiase humaine africaine. Afin de renforcer ces initiatives, le ministère de la Santé vient d'élaborer un plan stratégique national pour la lutte contre les maladies tropicales négligées.

Les maladies épidémiques

Des épidémies annuelles récurrentes de choléra et de méningite cérébrospinale sont encore fréquentes. Les flambées de méningite sont généralement limitées à la partie septentrionale du pays, tandis que celles de choléra concernent généralement les régions de Lomé-Commune et Maritime. Trois foyers de grippe aviaire ont été déclarés en 2007, appelant au renforcement des mesures de surveillance et de prévention, y compris à travers la mise en œuvre des dispositions du Règlement sanitaire international (RSI) révisé 2005.

Les maladies non transmissibles :

La situation sanitaire se traduit également par la charge des maladies non transmissibles dont la plupart sont liées aux modes de vie et aux comportements. Il s'agit tout particulièrement des maladies cardio-vasculaires, des maladies mentales, du diabète, des accidents domestiques et des violences dans les foyers. Selon une enquête nationale, le tabagisme prend de l'ampleur en milieu scolaire avec une prévalence de 32%. Le principal besoin du pays concerne l'analyse de la situation des MNT courantes et de leurs facteurs, en vue de l'organisation d'une lutte efficace. Deux cadres du ministère de la Santé ont été à cet effet formés à l'outil « approche STEPWISE » élaborée par l'OMS pour aider les pays à mener leurs enquêtes.

Un service des maladies chroniques non transmissibles (MNT) a été créé et placé au sein de la Division de l'épidémiologie, mais celui-ci ne bénéficie pas des ressources humaines, financières, logistiques nécessaires pour l'organisation de la lutte.

Santé de la mère, de l'enfant, des jeunes et des adolescents

La mortalité maternelle demeure préoccupante malgré l'amélioration apparente de certains indicateurs. En effet, entre 1998 et 2006, la proportion d'accouchements assistés par un personnel qualifié est passée de 49% à 62%, le taux de couverture en consultations prénatales a évolué de 74% à 86% ; la prévalence de la contraception moderne a augmenté de 8% à 16,7%, le taux de césariennes est passé de 0,94 en 2003 à 2,62 en 2005. Mais le taux de mortalité maternelle est resté stationnaire depuis 1998 et est à 478 pour 100 000 naissances vivantes.

La mortalité infantile par contre a baissé de 80‰ à 77‰ et la mortalité infanto-juvénile de 146‰ à 123‰ entre 1998 et 2006 (EDST-II et MICS3). Toutefois, la mortalité néo-natale ne s'est pas améliorée. Elle est passée de 40‰ en 1998 à 42‰ en 2006. Sur le plan nutritionnel, la prévalence de l'insuffisance pondérale est de 26% chez les enfants de moins de cinq ans dont 7% sous une forme sévère (enquête MICS3-2006).

Approvisionnement en eau potable, hygiène et assainissement

La proportion de la population ayant accès à une source d'eau potable est passée de 53% en 2000 (MICS2), à 61% en 2006 (MICS3) et celle de la population ayant accès en permanence à un service d'assainissement de base est passée de 40% en 2000 à 32% en 2006. On observe une grande disparité entre le milieu rural et le milieu urbain. La surveillance de la qualité de l'eau et des aliments reste aléatoire à cause de l'insuffisance de ressources humaines et financières.

Les dispositifs d'évacuation des eaux usées domestiques sont très peu répandus (3,1% des ménages en 2000). L'évacuation des eaux usées domestiques se fait généralement dans la rue, dans la nature ou dans les caniveaux. Seule la ville de Lomé dispose d'un embryon de réseau de collecte des eaux usées qui dessert à peine plus de 300 abonnés. Le rejet s'effectue directement en mer, sans traitement préalable.

Malgré les initiatives privées d'évacuation hygiénique des déchets solides dans les principales villes du pays, ces déchets sont le plus souvent évacués dans des dépotoirs sauvages ou servent de remblais dans les rues non bitumées, avec les risques sanitaires y afférents. Un effort appréciable a été fait dans le domaine de la gestion des déchets biomédicaux avec la construction de 170 incinérateurs à la faveur des campagnes de vaccination.

2.3. DÉVELOPPEMENT DU SYSTÈME DE SANTÉ

Cadre politique et stratégique

Le système de santé togolais s'est inspiré des principes généraux et stratégies internationales tels la Santé pour Tous, les Soins de Santé Primaires, l'Initiative de Bamako, le concept de « district opérationnel », la politique de médicaments génériques et plus récemment, les Objectifs du Millénaire pour le Développement.

La politique nationale de santé, élaborée en 1996 et mise à jour en septembre 1998, vise « l'amélioration de l'état de santé des populations dans le cadre du développement socioéconomique général et de la lutte contre la pauvreté ». Elle s'articule autour de trois axes d'intervention : i) réduire la mortalité et la morbidité et améliorer le bien-être à travers des soins préventifs, curatifs, promotionnels et ré-adaptatifs ; ii) étendre la couverture sanitaire à l'ensemble de la population, notamment aux plus démunis, en assurant des services de qualité et la disponibilité des médicaments génériques essentiels (MEG) ; iii) agir sur les déterminants de la santé et rendre le système viable et performant.

S'inspirant des orientations du document complet de stratégie de réduction de la pauvreté (DSRP-C), le ministère de la Santé a élaboré un nouveau plan couvrant la période 2009-2013. Le nouveau PNDS s'est fixé comme objectifs d'une part, de privilégier les actions à gain rapide de par leur impact sur l'état de santé des populations et, d'autre part, de consolider le système national de santé en renforçant le cadre institutionnel, l'approche sectorielle,

l'approche contractuelle et le dispositif facilitant la réactivité du secteur. Cinq axes stratégiques sont retenus dans le PNDS 2009-2013:

- Renforcement de l'organisation et de la gestion du système de santé
- Lutte contre les maladies transmissibles et non transmissibles
- Amélioration de la santé de la mère, de l'enfant et de l'adolescent
- Renforcement de la coordination, du partenariat et de la participation communautaire
- Renforcement de la collaboration intersectorielle pour un environnement favorable à la santé

Organisation du système national de santé

L'organisation du système national de santé du pays reste calquée sur le modèle classique avec trois niveaux notamment le niveau périphérique ou opérationnel correspondant aux 35 districts sanitaires, le niveau intermédiaire ou régional correspondant aux 6 régions sanitaires, et le niveau central ou national.

Le principal défi est de faire en sorte que chaque niveau joue pleinement et efficacement son rôle.

Couverture sanitaire

Le secteur public de soins :

Le secteur public de soins compte 535 structures sanitaires toutes catégories confondues, inégalement réparties sur l'étendue du territoire.

Tableau II : Tableau récapitulatif des structures de santé du secteur public

Type de formation sanitaire	Savanes	Kara	Centrale	Plateaux	Maritime	Lomé-Commune	Total
CHU		1				2	3
CHR	1	1	1	1	1	1	6
Hôpital spécialisé					1		1
Hôpital de district	3	6	4	7	4	1	25
USP	55	101	59	140	111	19	485
PMI		5		9	1		15
Ensemble des formations sanitaires	59	114	64	157	118	23	535
Lits d'hospitalisation	406	1 010	714	1 266	1 118	645	5 159
Dépôts de pharmacies publiques	3	12	6	16	13	3	53
Centres de dépistage VIH	2	2	2	1	3	32	41

Source : Cartographie de l'offre de services de santé, MS/DISER, octobre 2006.

La plupart des infrastructures et équipements sont très dégradés, avec un plateau technique insuffisant.

Les soins de santé du secteur privé

À la faveur de la crise et devant l'incapacité du ministère de la Santé à jouer efficacement son rôle de contrôle et de régulation, le secteur privé est devenu très florissant. On note au total, 284 structures sanitaires et 187 officines pharmaceutiques comme l'indique le tableau suivant.

Tableau III : Tableau récapitulatif des structures de santé du secteur privé en 2006

Type de formation sanitaire	Savanes	Kara	Centrale	Plateaux	Maritime	Lomé-Commune	Total
Hôpital privé confessionnel	1		1	4	2		8
CMS/Dispensaire privé	10	9	13	23	4	5	64
Cliniques/Cabinets privés	1	4			32	247	284
Ensemble secteur privé	11	13	14	27	38	252	284
Officines pharmaceutiques	02	04	02	05	46	128	187

Source : Cartographie de l'offre de services de santé, MS/DISER, octobre 2006

Le niveau de collaboration entre les secteurs public et privé demeure faible.

Couverture en soins de santé

Naguère estimée à 60% en 1998, 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 est passée à 88% en 2003 (AS-SR). Le pourcentage de population situé à 2,5km (soit 30 minutes de marche) d'une formation sanitaire est de 72% (MICS 2006). La cartographie de l'offre et de la demande de santé réalisée dans la région des Plateaux en 2005 et celle de l'offre de santé réalisée à l'échelle nationale en 2007 avec l'appui de l'OMS ont confirmé cette bonne couverture en infrastructures sanitaires. Le principal défi dans ce domaine est l'amélioration de la qualité de l'offre et sa meilleure adéquation à la demande. En effet, la mise en œuvre des soins de santé essentiels n'est parfois pas effective dans les USP du fait du manque de personnel et /ou d'équipement. Un autre défi concerne une meilleure organisation et intégration des formations sanitaires privées dans le système de santé national.

Système d'information sanitaire

Le système d'information sanitaire (SIS) ne fournit pas les données et les informations nécessaires en temps réel. La promptitude de l'information fait cruellement défaut au système. Pour pallier à cette carence, le ministère de la Santé a mis en place un programme de réforme du SNIS avec l'appui de l'OMS. Cette réforme consiste essentiellement à la mise en place des registres autocopiants au niveau opérationnel et le développement d'un programme informatique de traitement et d'analyse des données avec des possibilités de mise en réseau. L'expérience pilote testée dans le district de Kloto s'est avérée concluante. Fort de ce résultat, le ministère de la Santé envisage de mettre la réforme à l'échelle avec l'appui du Fonds mondial de lutte contre le Sida, la tuberculose et le paludisme.

Approvisionnement en médicaments

Il existe une centrale nationale d'approvisionnement en médicaments essentiels et

génériques (CAMEG) chargée d'assurer l'approvisionnement des formations sanitaires en médicaments essentiels. Mise en place en 1996 avec l'appui des partenaires, la CAMEG dispose de filiales régionales relativement bien fonctionnelles, ce qui facilite la distribution et la disponibilité en médicaments essentiels et génériques. La liste de médicaments essentiels est régulièrement mise à jour avec l'appui de l'OMS. La dernière révision de la liste date de 2006.

Le secteur pharmaceutique privé compte 150 officines et cinq grossistes distributeurs, un grossiste dépositaire et trois usines privées de fabrication et de conditionnement de médicaments. La médecine et la pharmacopée traditionnelles sont reconnues et organisées par une loi ainsi que par le code de la santé publique en cours d'adoption. Des progrès restent à faire cependant, dans les domaines du contrôle de qualité, de l'enregistrement des médicaments, de la pharmacovigilance, de la standardisation des remèdes traditionnels et de la collaboration entre les pratiques traditionnelles et modernes de santé publique

La vente illicite des médicaments, l'insuffisance du contrôle de qualité, le coût élevé des médicaments sous nom de marque et de certains médicaments essentiels génériques, constituent les principaux problèmes à résoudre pour améliorer l'accès des populations à des médicaments de qualité et à un coût abordable.

Ressources humaines pour la santé

Le système de santé du Togo fait face à une pénurie grave de ressources humaines. En 2007, l'effectif du personnel était de 7765 agents pour une population estimée à 5 446 000 habitants. Les principaux ratios (rapport population/personnel de santé) se présentent comme suit, en comparaison avec les normes recommandées par l'OMS :

- 1 médecin pour 11 171 habitants contre 1 pour 10 000
- 1 infirmier d'Etat pour 6 135 habitants contre 1 pour 4 000
- 1 sage-femme pour 13 171 habitants contre 1 pour 4 000

Par ailleurs, le pays compte seulement 165 pharmaciens et 33 chirurgiens dentistes.

Cette crise des ressources humaines se pose non seulement en termes de nombre, mais également en termes de qualité et de répartition. Près de 80% du personnel reste concentré dans les centres urbains, principalement à Lomé et dans la région Maritime.

Le déficit des ressources humaines pour la santé que connaît le Togo est liée essentiellement au faible taux de recrutement et au non remplacement des départs dus à la retraite, aux décès et à la fuite des cerveaux. Elle trouve son fondement dans un certain nombre de facteurs et de lacunes, notamment :

- Les déficiences liées à la planification et à la gestion du personnel, y compris celui du secteur privé
- L'inadéquation des moyens budgétaires et les plafonds imposés en matière de recrutement qui entravent la production ou le recrutement des personnels de santé à une plus grande échelle, tout comme la mise en œuvre de mesures appropriées pour la motivation et la rétention du personnel.

En vue de réduire le déficit, le gouvernement a, en janvier 2008, pris des mesures pour prolonger à 60 ans l'âge de départ à la retraite et procéder au recrutement de nouveaux agents avec un accent particulier sur le personnel médical et paramédical.

Financement de la santé

Les principales sources de financement du secteur de la santé sont : l'Etat, la communauté, les collectivités locales et les partenaires au développement.

Le financement de l'Etat : après une période de progression passant de 9,4 milliards (6,3% du budget de l'Etat) à 13,6 milliards (8,8%) entre 1995 et 1999, le budget de l'Etat alloué au secteur de la santé a connu une stagnation, voire une baisse passant de 5,7 % en 2002 à 4,1% en 2004 avant de remonter à 7,6% en 2006. Cette situation est aggravée par de véritables problèmes de décaissement et de mobilisation des ressources par le ministère de la Santé

Le financement par la communauté : les ménages participent au financement de la santé à travers le recouvrement des coûts dans les formations sanitaires (initiative de Bamako). La contribution des ménages est constituée par le paiement à l'acte et l'achat des médicaments génériques par les patients. Selon les données disponibles pour l'année 2006, les ressources générées par le recouvrement des coûts au niveau des formations sanitaires du secteur public s'élevaient à 6,837 milliards FCFA, soit 41% du budget alloué à la santé par l'Etat.

Le financement des collectivités : certaines collectivités locales (mairies ou préfectures) participent au financement des services de santé par le paiement des salaires de certaines catégories de personnels appelés agents de santé de préfecture. Relativement marginale à l'heure actuelle, cette source de financement est appelée à se renforcer avec la mise en œuvre de la loi sur la décentralisation.

Le financement des partenaires au développement : l'appui financier des partenaires extérieurs intervient à travers des programmes de coopération avec le gouvernement ou des financements directs aux communautés de base par le biais des organisations non gouvernementales et des associations. L'aide au secteur de la santé est passée de \$10,966 millions dollars US en 1996 à \$ 4,3 millions en 2000, soit une diminution de 60,6%. A partir de l'année 2004, grâce aux financements de l'Alliance mondiale pour les vaccins et la vaccination (GAVI) et du Fonds mondial de lutte contre le SIDA, la tuberculose et le paludisme (FMSTP) le montant de l'aide au secteur de la santé notamment dans les domaines de la lutte contre le VIH/SIDA, la tuberculose, le paludisme et des maladies évitables par la vaccination. Le montant de l'aide a atteint une enveloppe d'environ 20 à 26 millions de dollars US par an.

Performance du système de santé

La baisse drastique des ressources humaines et financières, associée aux effets de la crise sociopolitique persistante a eu des effets négatifs considérables sur les services avec pour conséquence une baisse importante de la performance du système de santé, en particulier au niveau des districts. Les statistiques sanitaires indiquent une sous utilisation des principaux services offerts dans les structures sanitaires. Les indicateurs clés d'utilisation des services ont pour la plupart régressé entre 1990 et 2005. Les raisons de cette désaffection des services de soins curatifs incluent : le problème d'accessibilité financière des populations, l'état précaire des bâtiments et des équipements, mais surtout le peu d'attraction qu'exercent les centres à cause de l'absence des cofacteurs de qualité des services tels l'accueil, la disponibilité du personnel, la disponibilité des médicaments et du matériel.

2.4. DÉFIS MAJEURS DU SECTEUR DE LA SANTÉ

Les défis auxquels le système de santé du Togo est actuellement confronté n'ont pas fondamentalement varié au cours de ces dernières années.

Le défi fondamental auquel fait face le secteur de la santé demeure celui de la réalisation de l'objectif de la santé pour tous dans un contexte marqué par de graves difficultés de gestion et une pénurie aiguë de ressources. La plupart des indicateurs de l'état de santé, en particulier ceux liés aux OMD, ne sont pas satisfaisants, marqués par des taux élevés de morbidité et de mortalité, notamment chez les femmes et les enfants.

L'ampleur des maladies transmissibles, notamment le paludisme, le VIH/SIDA et la tuberculose, l'émergence des maladies non transmissibles, les difficultés d'accès géographique et économique aux soins de santé, la précarité des conditions d'hygiène et d'assainissement, les difficultés d'approvisionnement en eau potable, sont les principaux problèmes de santé immédiats auxquels font face les populations.

La faiblesse des capacités humaines et institutionnelles caractérisée par: la situation précaire des ressources humaines pour la santé et leur gestion qui constituent un véritable goulot d'étranglement pour l'amélioration des performances et la qualité des soins ; la réduction ou la stagnation des ressources financières consacrées à la santé par l'Etat, les communautés et les partenaires au développement sanitaire ; au plan managérial, la gestion, l'encadrement et la supervision font souvent défaut, en particulier au niveau du district et le système d'information sanitaire manque de fiabilité aux différents niveaux du système de santé. Sur le plan institutionnel et juridique, l'écart significatif entre d'une part l'existence des politiques, des stratégies, des textes réglementaires et d'autre part leur mise en œuvre effective doit être réduit.

La faiblesse du partenariat et de la coordination qui limitent à la fois la synergie et la complémentarité des interventions ainsi que le contrôle du secteur privé, doit être soulignée. Les liens entre santé et pauvreté, santé et sécurité alimentaire, santé et environnement, impliquent un renforcement significatif de la collaboration intersectorielle. Des partenariats fondés sur la concertation, en particulier avec la société civile, le secteur privé et les communautés, afin d'améliorer l'utilisation des services de santé, l'accès à l'eau et à l'assainissement, et s'attaquer à d'autres déterminants comportementaux, sociaux, économiques et environnementaux de la santé.

SECTION 3

COOPÉRATION AU DÉVELOPPEMENT ET PARTENARIATS

En raison du contexte sociopolitique difficile que le pays a connu, l'aide publique au développement a considérablement diminué. Cette situation de marasme économique est en passe de changer compte tenu du climat d'apaisement sociopolitique consécutif à l'accord politique global intervenu en août 2006.

3.1. TENDANCES GÉNÉRALES DE L'AIDE

Le Togo dépend de l'assistance étrangère pour le financement d'une bonne partie de son programme d'investissement public. Traditionnellement, 80% de l'investissement public est financé par des ressources extérieures constituées de dons et de prêts consentis à des termes concessionnels. Avec la crise sociopolitique, l'aide publique au développement a connu une réduction de 62% entre 1990 et 2005 entraînant une chute du niveau de l'investissement public qui est passé de 13,8% à 3,3% du PIB durant la même période. Les secteurs sociaux, en particulier celui de la santé, ont subi fortement le contrecoup de cette diminution de l'aide extérieure. Grâce au climat d'apaisement sociopolitique consécutif à l'engagement des parties prenantes à mettre en œuvre de manière objective l'accord politique global signé le 20 août 2006, la coopération a repris avec l'UE et les institutions financières internationales. Une Conférence des partenaires, a été organisée sous l'égide du gouvernement togolais et de la Commission européenne, en septembre 2008 à Bruxelles, en vue de promouvoir la reprise pleine et entière de la coopération avec le pays. Le Togo se trouve actuellement en meilleure position pour bénéficier davantage de financements de ses partenaires extérieurs. Cependant, il doit se préparer à relever son principal handicap : faible performance pour la gestion des programmes et l'absorption de ressources.

3.2. PRINCIPAUX PARTENAIRES ET DOMAINES D'INTERVENTION DANS LE SECTEUR DE LA SANTÉ

Au plan bilatéral, les principaux bailleurs de fonds sont la France, l'Allemagne, les Etats-Unis d'Amérique, le Canada, la Chine et le Japon. Les agences multilatérales présentes dans le secteur de la santé sont : le Fonds mondial de lutte contre le SIDA, la tuberculose et le paludisme (FMSTP), le Fonds GAVI, l'OMS, l'UNICEF, l'UNFPA, le PNUD, la Banque mondiale, l'Union européenne, la Banque africaine de développement, la Banque islamique de développement, etc. Il faut par ailleurs mentionner la présence de près de 200 ONG et associations internationales ou locales travaillant dans le domaine de la santé. Parmi elles on peut citer : Population Service international, Plan Togo, la Croix-Rouge togolaise, la Croix-Rouge suisse, Borne Fonden, le Corps de la paix, l'Association allemande de lutte contre la lèpre et la tuberculose (DAHW), Sight Savers International (SSI). Les associations nationales représentent 88% des ONG enregistrées dans le domaine de la santé et 61%

sont concentrés dans les régions de Lomé-Commune, Maritime et Plateaux. Les interventions des partenaires couvrent essentiellement la santé de la mère et de l'enfant, le VIH/SIDA et le système de santé. L'eau et l'assainissement, les maladies non transmissibles ainsi que la réhabilitation des infrastructures sanitaires ne bénéficient pas de l'appui requis. Ces domaines d'appui et de financement des partenaires y compris les zones d'intervention sont présentés à l'annexe 2.

3.3. MÉCANISMES ET INSTRUMENTS DE COORDINATION

La coordination dans le secteur s'effectue à travers trois mécanismes : i) le Comité de coordination du secteur santé au niveau national (CCSS) ; et ii) la coordination des partenaires de la santé au sein du groupe thématique santé dont le leadership est assuré par l'OMS. Par ailleurs, des sous-comités sont mis en place pour les besoins de suivi de certains programmes nationaux : le Conseil national de lutte contre le Sida (CNLS), l'organe de coordination nationale des projets financés par le Fonds mondial (CCM), le Comité de coordination inter-agences (CCIA) pour la coordination du programme élargi de vaccination (PEV), le Comité national de lutte contre le paludisme, le Comité national de lutte contre la tuberculose et le groupe thématique ONUSIDA. Au niveau décentralisé, la coordination locale se fait à travers les organes de gestion mis en place à cet effet. Il s'agit notamment des équipes cadres de région (ECR), des équipes cadres de district (ECD), des conseils d'administration (CA) pour les établissements publics autonomes de santé. L'OMS devra jouer un rôle de premier plan dans l'appui du ministère de la Santé pour le renforcement de la coordination et de la capitalisation des expériences aux fins d'une plus grande synergie et complémentarité des interventions de développement sanitaire.

SECTION 4

COOPÉRATION DE L'OMS AVEC LE TOGO

La coopération entre l'OMS et le Togo a été formalisée après l'indépendance nationale¹, avec l'ouverture du Bureau de pays en juillet 1963. Le renforcement progressif du bureau au cours de la dernière décennie, notamment par la mise en place de l'équipe de pays à partir de 1996 et l'augmentation significative des ressources financières allouées, a permis d'améliorer le soutien apporté au pays.

Le programme de coopération de l'OMS avec le Togo couvre traditionnellement les domaines suivants: développement des services et du système de santé, la préparation et la riposte aux situations d'urgence, la surveillance, la prévention et la lutte contre la maladie, la santé de la mère et de l'enfant, la santé et l'environnement ainsi que la promotion de la santé.

4.1 BILAN DE LA MISE EN ŒUVRE DE LA STRATÉGIE DE COOPÉRATION 2004-2007

La stratégie de coopération de l'OMS avec le Togo pour la période 2004-2007 s'était développée autour de quatre axes stratégiques : i) renforcement du « pilotage » du secteur de la santé ; ii) amélioration de la performance du système de santé ; iii) réduction du fardeau des maladies transmissibles et non transmissibles ; iv) santé de la mère, de l'enfant et de l'adolescent.

L'élaboration des budgets programmes 2004-2005 et 2006-2007, en collaboration étroite avec les nationaux, sur la base des orientations de la stratégie, ont confirmé la pertinence des domaines choisis et leur alignement sur les priorités nationales. Les exercices d'évaluation effectués entre 2004 et 2007 ont donné les résultats suivants :

4.1.1 Au plan programmatique

Principales réalisations du programme:

Dans le domaine du pilotage du secteur de la santé on peut noter parmi les réalisations les plus significatives : les revues annuelles et évaluations du PNDS 2002-2006, l'élaboration du PNDS 2009-2013, la contribution à l'élaboration du plan intérimaire des actions prioritaires du secteur santé (PIAP) 2008-2010, du document de stratégie nationale axée sur les OMD, l'élaboration des comptes nationaux de la santé, l'appui à la mobilisation de ressources notamment à travers le Fonds mondial de lutte contre le SIDA, la tuberculose et le paludisme et l'Alliance GAVI, l'appui à la coordination du secteur santé en tant que chef de file des partenaires de la santé. L'OMS a également apporté son appui technique à l'élaboration de plusieurs textes réglementaires et législatifs, notamment le code de la santé, le code de l'hygiène, la loi sur les PVVIH, la loi sur l'environnement, la loi sur la santé de la reproduction.

Dans le domaine du renforcement du système de santé, les principaux résultats de l'action de l'OMS concerne : l'élaboration d'un plan national de développement des ressources humaines, la formation des personnels de santé, l'appui à la dévolution du Centre de formation en santé publique de Lomé, l'évaluation de la performance des districts sanitaires, les revues et évaluations des programmes prioritaires, le développement d'un système informatisé de gestion de l'information sanitaire avec l'élaboration du logiciel « SNISDATA » et de registres autocopiants (Expérience de Kloto), système retenu pour être étendu à l'ensemble du pays. D'autres appuis ont concerné le développement d'outils et guides techniques, des missions d'appui techniques reçues de l'équipe inter-pays d'Ouagadougou, du Bureau régional et du Siège.

Dans le domaine de la lutte contre les maladies, les appuis de l'OMS ont concerné le développement de politiques et de stratégies : politique nationale d'accès universel au traitement ARV, plan stratégique de lutte contre le VIH/Sida 2007-2010, système national de suivi médical des PVVIH ; plan de mise en œuvre de la PTME ; évaluation de la stratégie DOTS dans 5 districts, élaboration d'un plan de collaboration des activités VIH/TB, élaboration de la nouvelle politique du traitement du paludisme basée sur les ACT, mise en place d'un système de pharmacovigilance pour les ACT, organisation de la toute première campagne de distribution de moustiquaires imprégnées réalisée à l'échelle d'un pays ; élaboration de plans nationaux de lutte contre l'ulcère de Buruli, le noma. L'OMS a également contribué à l'élaboration de divers outils pour la surveillance des maladies en vue de la certification de leur éradication/élimination (polio, tétanos néonatal, ver de Guinée, onchocercose, lèpre, rougeole). Elle a joué un rôle clé dans la prévention et la lutte contre les épidémies, les inondations et autres catastrophes (étude sur la vulnérabilité du Togo aux situations d'urgence, volet santé du plan ORSEC, plan d'assistance humanitaire pour la gestion des réfugiés et personnes déplacées, plan de contingence des agences du système des Nations unies, plans de lutte contre les épidémies). Elle a soutenu la gestion de plusieurs épidémies (choléra, méningite, grippe aviaire, fièvre jaune) et diverses situation d'urgence survenues dans le pays (troubles sociopolitiques, inondations, crises alimentaires).

Dans le domaine de la santé de la mère, de l'enfant et de l'adolescent, les réalisations les plus significatives de l'OMS concernent : l'élaboration d'une feuille de route pour la réduction de la mortalité maternelle et néonatale, le développement d'un outil de plaidoyer REDUCE/ALIVE, l'adoption de la loi sur la santé de la reproduction, l'instauration des revues/audits des décès maternels et néonataux, la réalisation de plusieurs campagnes nationales de vaccination (polio, rougeole, fièvre jaune), l'introduction de nouveaux vaccins, l'extension de la mise en œuvre de la PCIME dans ses volets clinique, communautaire et son enseignement dans les écoles de formation des professionnels de la santé et l'élaboration d'un plan stratégique 2008-20012 pour la santé des adolescents et des jeunes.

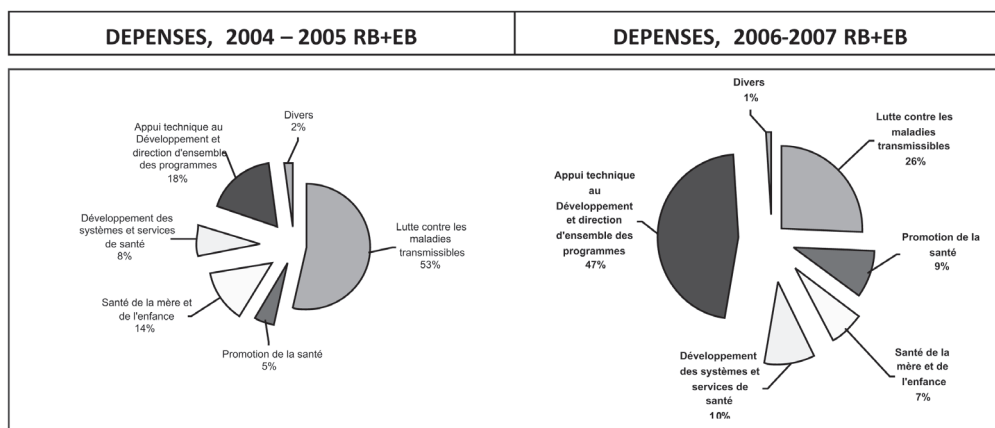
Lacunes de la mise en œuvre de l'agenda stratégique :

Les principaux domaines de la stratégie de coopération qui n'ont pas été couverts de façon adéquate ont concerné : l'actualisation des comptes nationaux de la santé, l'actualisation de la politique nationale de santé, l'élaboration de la politique hospitalière, le renforcement des activités de promotion de la santé, le renforcement des capacités nationales en matière de négociation et mobilisation des ressources, la mise en place d'un système de surveillance de seconde génération du VIH/Sida, les études et recherche en vue d'une meilleure connaissance de l'épidémiologie de la tuberculose, l'élaboration de normes et directives pour la surveillance et la prise en charge des principales MNT, la mise en place des services conviviaux pour les adolescents..

4.1.2 Au plan de l'évolution des ressources

Au plan des allocations budgétaires : l'allocation pour le pays a été respectivement de 5 873 000 et 4 354 000 USD au cours des biennums 2004-2005 et 2006-2007. . En dépit d'un fléchissement du budget au cours du deuxième biennum, il est à souligner que l'allocation pour le budget régulier a connu une augmentation, ce qui a rehaussé le niveau de sécurisation de la mise en œuvre des activités au niveau du Togo. Les répartitions de ces budgets par domaine d'intervention sont présentées ci-après (Figure N°1).

Figure n° 1 : Distribution des dépenses de santé par grands domaines d'intervention de 2004 à 2007



Au plan des ressources humaines : le bureau de pays dispose actuellement d'un effectif de 23 personnes dont deux internationaux (le Représentant et l'administrateur), 8 nationaux administrateurs des programmes et 14 agents des services généraux.

Dans le cadre de l'exercice de restructuration des Bureaux de pays, une nouvelle organisation de travail en unités fonctionnelles (clusters) a été adoptée en vue de renforcer l'esprit d'équipe et améliorer l'efficacité du travail. Conformément aux dispositions du nouvel organigramme adopté, les différents programmes ont été regroupés dans les quatre unités suivantes : i) Gestion du système de santé, ii) Lutte contre les maladies, iii) Santé de la mère et de l'enfant et iv) Administration et finances (cf. annexe 3).

Le pays a bénéficié de diverses missions d'appuis de la part de l'équipe sous-régionale d'Ouagadougou, du Bureau régional et du Siège. Les domaines les plus concernés par ces missions ont été ceux relatifs à : la lutte contre la maladie (prévention et lutte contre les épidémies, paludisme, tuberculose, VIH/Sida, programme élargi de vaccination), la santé de la mère et de l'enfant, le système de santé. Au cours de la période 2004-2007, environ 50 missions d'appuis ont été reçues, dont 30 du Bureau régional, 15 de l'équipe inter-pays et 5 du Siège. Dans le cadre de la coopération technique entre pays en développement, des membres de l'équipe du bureau de l'OMS et des cadres du ministère de la Santé ont effectué des missions d'appui dans d'autres pays de la Région, notamment au Burkina, au Niger, au Tchad, en RCA.

Sur le plan matériel : des aménagements importants apportés au bureau (renouvellement du parc informatique, mise en fonction du GPN, mise à jour du réseau informatique, installation du VSAT, mise en place des dispositifs complémentaires de sécurité, acquisition de nouveaux matériels et mobiliers de bureaux, renouvellement partiel du parc automobile), sont de nouveaux gages de performance dans la gestion du Bureau.

4.1.3 Conclusions et leçons tirées

La crise sociopolitique avec ses nombreuses conséquences sur le plan humanitaire, sur le plan de la performance des services et sur la motivation des personnels de santé, l'insuffisance de financement et l'incapacité de mobiliser des ressources au regard du contexte national du pays ont été les contraintes majeures ayant limité la mise en œuvre de la stratégie.

Au plan des principaux enseignements tirés de ces résultats et des différentes évaluations, on doit souligner :

- La faiblesse des capacités nationales dans tous les domaines, ce qui suggère la nécessité de poursuivre et renforcer l'assistance et le plaidoyer sur la priorité à accorder à la santé, l'urgence de renforcer les capacités humaines et institutionnelles dans les domaines clés pour atteindre les OMD liés à la santé
- Le renforcement des partenariats et la mobilisation des ressources sont indispensables pour relancer le développement d'un pays longtemps privé de l'aide publique au développement. Il est important non seulement de contribuer à la mise en place des conditions de reprise économique dans le pays, mais aussi d'aider le pays à se doter d'une stratégie de mobilisation de ressources et d'un cadre de gestion financière favorisant l'utilisation optimale des ressources disponibles. L'appui à la mise en place de mécanismes efficaces relatifs à la Déclaration de Paris et un soutien spécial au bureau de l'OMS dans le pays pour le mobiliser les fonds extrabudgétaires s'imposent.
- L'impérieuse nécessité pour le secteur de la santé de se préparer à tirer profit du fort engagement manifesté par les pouvoirs publics et les partenaires lors de la Conférence des partenaires de Bruxelles, ainsi que des opportunités offertes par les partenariats mondiaux, notamment le Fonds mondial, l'Alliance .GAVI, l'Union européenne.

4.2. ORIENTATIONS DU NOUVEAU PROGRAMME DE COOPÉRATION

La coopération entre l'OMS et le Togo est encore marquée par les effets de la crise sociopolitique et économique que le pays a traversée.

L'Organisation, qui reste un des principaux soutiens du ministère de la Santé, devra renforcer son rôle de plaidoyer en vue d'un dialogue politique entre le gouvernement et ses partenaires, pour promouvoir la place de la santé dans le cadre du développement. Un accent particulier devra être mis sur la nécessité de protéger la santé des couches les plus défavorisées.

Les efforts de réorganisation de l'action de l'OMS viseront une plus grande focalisation, une approche plus stratégique et une gestion plus intégrée des programmes, une utilisation plus rationnelles des ressources humaines et financières disponibles.

Tenant compte des leçons tirées de la précédente stratégie de coopération, l'OMS renforcera son assistance et son plaidoyer sur la priorité à accorder à la santé, sur l'urgence de renforcer les capacités humaines et institutionnelles dans les domaines clés pour atteindre les OMD liés à la santé.

SECTION 5

AGENDA STRATEGIQUE POUR LA COOPÉRATION DE L'OMS

5.1 OBJECTIF GÉNÉRAL DU PROGRAMME DE COOPÉRATION

Dans son appui à la mise en œuvre de la politique nationale de santé dont le but déclaré est d' « assurer à la population un état de santé permettant à tous les citoyens de mener une vie socialement et économiquement productive », l'OMS se concentrera sur la définition des politiques, des stratégies, des normes et des directives techniques adaptées au contexte national et local. Elle facilitera les échanges d'informations et de connaissances, stimulera la recherche et l'innovation, et contribuera à la surveillance et à l'évaluation du Plan national de développement sanitaire 2009-2013 conçu pour guider l'application de cette politique. Elle continuera d'apporter son appui autant que de besoin, à la mise en œuvre des interventions prioritaires de santé publique, tout en gardant à l'esprit l'impératif de renforcement des capacités nationales. Son action sera guidée en particulier par les objectifs nationaux de santé, les priorités régionales et mondiales de l'Organisation, les Objectifs du Millénaire pour le Développement, dans le respect des valeurs de base que sont le droit, la justice et l'équité.

5.2 COMPOSANTES DE L'AGENDA STRATÉGIQUE

L'action de l'OMS en appui au développement sanitaire du Togo concernera principalement les quatre axes stratégiques suivants :

- Renforcement des capacités humaines et institutionnelles du secteur de la santé
- Lutte contre les maladies transmissibles et non transmissibles
- Amélioration de la santé de la mère, de l'enfant et de l'adolescent
- Renforcement du partenariat, de la coordination et de la mobilisation des ressources

5.3 APPROCHES STRATÉGIQUES

Le cadre d'actions en relation avec les axes stratégiques sus-indiqués tient compte des faiblesses et défis relevés et vise à revitaliser les soins de santé primaires et à renforcer le système de santé particulièrement au niveau du district. Ceci se fera à travers l'amélioration des capacités managériales et techniques ainsi que la présence plus accrue de l'OMS sur le terrain.

5.3.1 Renforcement des capacités humaines et institutionnelles

Le soutien de l'OMS concernera notamment :

- a) *L'amélioration de la gestion du système de santé* à travers l'appui à la finalisation, la validation et la mobilisation des ressources nécessaires pour la mise en œuvre, le suivi et l'évaluation du PNDS 2009-2013. Une attention particulière sera accordée au renforcement des capacités techniques dans les domaines de la gestion, de la planification, du contrôle, de la supervision, de l'évaluation et de la recherche au sein du secteur de la santé. L'OMS apportera son appui technique pour le renforcement du cadre juridique et institutionnel à travers l'actualisation de la politique nationale de santé, la finalisation et l'adoption du code de santé, l'adoption d'un nouvel organigramme et de textes législatifs et réglementaires appropriés, l'adoption de textes facilitant l'intégration des organisations du secteur privé, de la société civile et des traditipraticiens, le renforcement des mécanismes de participation communautaire et de promotion de la santé.
- b) *Le développement des ressources humaines pour la santé*: appui en assistance technique à court terme pour aider le pays à réduire le déficit aigu en personnel et permettre ainsi la mise en œuvre des programmes d'urgence retenus par le gouvernement pour la période 2009-2010 ; plaidoyer pour la mobilisation des ressources en vue de la mise en œuvre du plan de développement des ressources humaines, renforcement des capacités techniques des personnels de santé à travers les formations initiale et continue, appui à l'élaboration et à la mise en œuvre d'un programme de redistribution et de rétention du personnel, appui aux établissements de formation des personnels de santé.
- c) *L'amélioration du financement de la santé* : plaidoyer en vue de l'accroissement des ressources internes et externes en faveur du secteur de la santé ; appui au développement d'une stratégie de mobilisation de ressources et d'un cadre de gestion financière favorisant l'utilisation optimale des ressources disponibles (mise à jour des comptes de santé, élaboration des manuels de procédures, renforcement des capacités nationales en matière de gestion financière et comptable) ; appui technique au développement des stratégies alternatives de financement (mutuelles de santé, approches contractuelles, assurances publique et privée) ; plaidoyer pour l'harmonisation des procédures de gestion et de financement des partenaires dans l'esprit de la Déclaration de Paris sur l'efficacité de l'aide.
- d) *L'amélioration de la qualité des prestations dans les services de santé à travers* : le développement d'une politique d'assurance qualité, la mise à jour des paquets minimums d'activités, le renforcement du comité national d'éthique, le renforcement des compétences techniques et gestionnaires du personnel, notamment au niveau des districts.
- e) *Le renforcement du système d'information sanitaire et la promotion de la recherche*: appui à l'extension à l'ensemble du pays, du système informatisé de l'information mis en place à Kloto, système basé sur le logiciel « SNISDATA » et des registres autocopiants et qui a prouvé sa capacité à améliorer la disponibilité et la qualité des données ; l'OMS poursuivra également son soutien pour la mise à jour et le suivi des indicateurs clés, notamment ceux liés aux OMD ;
- f) *L'appui au secteur pharmaceutique* : mise à jour de la liste des MEG, révision de la politique pharmaceutique, renforcement des compétences des prestataires dans la gestion des médicaments et leur dispensation, promotion de la production locale des médicaments modernes et traditionnels, contrôle de qualité des produits et dispositifs médicaux ainsi que des vaccins, et développement de la pharmacovigilance.

5.3.2 Lutte contre les maladies transmissibles et non transmissibles

Les appuis de l'OMS couvriront :

- a) *La lutte contre l'épidémie du VIH* : l'action de l'OMS visera: i) la mise à l'échelle des interventions essentielles de prévention ; ii) l'extension de la thérapie antirétrovirale avec un accent particulier sur la décentralisation de la fourniture des ARV ; iii) le suivi de l'efficacité du traitement et du niveau de résistance du VIH aux ARV ; iv) la mobilisation des ressources pour la mise en œuvre durable du programme ; v) la surveillance épidémiologique du VIH.
- b) *La lutte contre la tuberculose* à travers le renforcement de la stratégie « DOTS » y compris son volet communautaire, l'appui à la mise en œuvre d'un plan de riposte à la double charge tuberculose et VIH ainsi qu'à la prévention et à la prise en charge de la tuberculose multirésistante.
- c) *La lutte contre le paludisme* à travers la formation du personnel médical et les agents de santé communautaire sur la nouvelle politique de prise en charge du paludisme non compliqué par les ACT dans les formations sanitaires et au niveau communautaire ; soutenir la mise à l'échelle des interventions prioritaires (distribution des MII, épandage intra-domiciliaire d'insecticide, prise en charge des malades, traitement préventif intermittent chez la femme enceinte) ; soutenir les efforts entrepris dans le cadre du partenariat pour la lutte contre le paludisme.
- d) *La surveillance, la prévention et la lutte contre les épidémies et autres catastrophes* : l'action de l'OMS concernera l'adaptation des outils pour la mise en œuvre de la stratégie régionale de surveillance intégrée des maladies et de riposte (SIMR), le renforcement des capacités nationales pour la surveillance et le contrôle des maladies infectieuses ainsi que pour la préparation et la gestion des autres catastrophes, de même que les capacités nationales de contrôle, de suivi /évaluation et de diffusion périodique des données sur les tendances épidémiologiques. Un accent particulier sera apporté au pays dans la mise en œuvre du règlement sanitaire international [RSI(2005)].
- e) *La poursuite de l'appui aux processus d'éradication* de la poliomyélite et de la dracunculose, d'élimination du tétanos néonatal, de la rougeole, et de lutte contre les maladies tropicales négligées (onchocercose, ulcère de Buruli, filariose lymphatique), à travers le soutien à l'élaboration des documents nationaux de certification de l'éradication et à la riposte en cas de détection de cas importés.
- f) *Le renforcement des capacités nationales de prévention et de lutte contre les principales maladies non transmissibles* (diabète, HTA, drépanocytose, noma,) en soutenant le pays dans l'organisation d'une enquête STEPS sur les facteurs de risque courants des MNT (tabagisme, alcoolisme, obésité, diabète et hypertension artérielle, etc.), la mise en place d'une base de données sur les MNT et l'élaboration des directives sur la surveillance, la prévention et la prise en charge intégrée des principales MNT.
- g) *Le renforcement de la promotion d'un environnement sain*, de l'hygiène alimentaire, de la qualité et de la sécurité sanitaire des aliments.

5.3.3 Amélioration de la santé de la mère, de l'enfant et de l'adolescent

La contribution de l'OMS portera particulièrement sur :

- a) *L'opérationnalisation de la feuille de route pour la réduction de la mortalité maternelle et infanto-juvénile* au niveau des districts en mettant l'accent sur le renforcement de

la coordination et du partenariat des interventions mère-enfant, la mobilisation des ressources auprès des bailleurs de fonds, le renforcement des capacités nationales sur les soins maternels et infantiles, le renforcement de la participation communautaire dans le continuum des soins aux mères et aux enfants, le renforcement des interventions de prévention des cancers gynécologiques et la promotion de la recherche opérationnelle en santé de la mère et de l'enfant

- b) *La mise en œuvre des interventions de survie et de développement de l'enfant* à travers la poursuite de l'initiative « Atteindre chaque district » ainsi que l'introduction de nouveaux vaccins, l'intégration de la vaccination à d'autres interventions prioritaires de survie de l'enfant dans le cadre du PEV systématique et la mise à l'échelle des trois composantes clinique, communautaire de PCIMNE et son enseignement dans les écoles de formation de base en santé.
- c) *L'amélioration de la prise en charge des besoins sanitaires des adolescents* par l'élaboration des normes de services adaptées à la santé des adolescents, des kits et manuels de formation, le renforcement des capacités du personnel de santé et des agents de santé communautaires dans le domaine.

5.3.4 Renforcement du partenariat, de la coordination et de la mobilisation des ressources

L'appui de l'OMS consistera notamment au :

- a) *renforcement de la coordination et du partenariat* dans le secteur, en facilitant la diffusion et les échanges d'information, la tenue de consultations périodiques, la promotion de la collaboration intra et intersectorielle, l'instauration du dialogue et la construction de consensus stratégique avec toutes les parties prenantes y compris avec le secteur privé et les communautés;
- b) *renforcement des capacités nationales en matière de négociation et de mobilisation* des ressources ; plaidoyer pour une meilleure harmonisation et alignement sur les priorités nationales et une plus grande appropriation des programmes par le pays dans l'esprit des déclarations de Paris et de Rome sur l'efficacité de l'aide ;
- c) *soutien à la mise en place d'un système efficace de contrôle de gestion* aux différents échelons du système de santé, appui à l'élaboration et à la mise en œuvre des manuels de procédures de gestion administrative, financière et comptable pour tous les niveaux, mise en œuvre de la gestion basée sur les résultats ;
- d) *renforcement de la collaboration et du partenariat* avec les autres intervenants, notamment les agences du système des Nations unies dans le cadre de la mise en œuvre de l'UNDAF et le développement de projets conjoints et de services communs. Conformément à son mandat, l'OMS s'attèlera à améliorer le positionnement de la santé dans tous les projets de développement et à assurer le leadership pour les interventions sanitaires.

SECTION 6

MISE EN ŒUVRE DE L'AGENDA STRATÉGIQUE

La mise en œuvre de l'agenda stratégique se fera de manière conjointe par les diverses composantes de l'Organisation, à travers l'élaboration de plans biennaux. Un accent particulier sera mis sur le renforcement du partenariat et l'harmonisation des interventions avec celles des autres partenaires. Au regard des besoins importants du pays en cette période de sortie de crise, la mise en œuvre de l'agenda stratégique nécessitera une mobilisation accrue de ressources techniques et financières, avec l'appui des autres niveaux de l'Organisation, (équipe inter-pays d'Ouagadougou, Bureau régional et Siège), avec des implications pour chacun de ces niveaux.

6.1 IMPLICATIONS POUR LE BUREAU DE PAYS

Le Bureau de pays devra constituer le pivot de la coopération de l'OMS avec le Togo en coordonnant l'appui des différentes composantes de l'Organisation, et en assurant la maîtrise effective de l'ensemble des ressources destinées au pays. Il devra également jouer le rôle de référence en matière d'information et de normes, tout en assurant la coordination des partenaires du secteur de la santé. Dans cette perspective, le Bureau devra continuer à renforcer ses capacités afin de répondre efficacement aux besoins du pays et de ses partenaires. Il s'agira notamment de :

Renforcer les capacités techniques et gestionnaires de l'équipe de pays

- a) Au regard de la rentrée de l'Organisation dans le GSM, le renforcement des capacités du personnel par la formation dans ce domaine et dans les domaines spécifiques d'intervention de l'Organisation.
- b) Renforcement de la capacité de mobilisation des ressources, plaidoyer auprès des gouvernants et des institutions internationales installées sur le territoire pour promouvoir la place de la santé dans le développement et élargir la surface des ressources de l'Organisation en vue de la satisfaction des besoins du pays.

Améliorer l'administration et la gestion du Bureau

- a) Assurer:
 - Le renouvellement et l'entretien des outils d'information et de communication pour répondre aux exigences du GSM
 - Renouvellement du parc automobile et d'autres équipements du bureau
 - Le maintien d'un bon climat social entre les membres de l'équipe et l'approfondissement des relations avec les partenaires au développement.

- b) Faire participer le bureau à la mise en place de cinq (5) autres services communs à savoir : les carburants, la banque, le transit et la douane, l'imprimerie, l'entretien et la maintenance des équipements de bureau.
- c) Renforcer les capacités de gestion des partenaires d'exécution : dans la perspective de la responsabilisation des partenaires nationaux pour l'exécution des activités sur le terrain et pour une mise en application totale du DFC, contribuer au processus en cours au niveau du groupe des agences du SNU: finalisation de la micro-évaluation des partenaires, l'élaboration du manuel des procédures de gestion à l'intention des partenaires financés par les ressources des agences du SNU, et au programme de renforcement des capacités de gestion desdits partenaires.

6.2 IMPLICATIONS POUR L'ÉQUIPE INTER-PAYS, LE BUREAU RÉGIONAL ET LE SIÈGE

Vu le rôle majeur que joue l'OMS dans la production et la diffusion de l'information technique et scientifique au bénéfice des pays membres, le Siège doit accorder une importance cruciale à la disponibilité des versions françaises des documents techniques.

Le Siège et le Bureau régional doivent prendre sans retard des mesures appropriées pour que dans les bureaux de pays les conditions de travail ne soient en aucun cas d'un niveau inférieur à celles des autres agences du système des Nations unies. L'OMS doit en particulier jouer un rôle d'avant-garde en ce qui concerne la santé au travail de son personnel.

Dans le cadre de la mise en place du GSM, les dispositions doivent être prises pour que tous les agents reçoivent les formations requises pour une bonne application.

6.3 SUIVI ET ÉVALUATION

Le suivi et l'évaluation de la stratégie de coopération avec le pays se feront à travers le suivi et l'évaluation des plans de travail biennaux. Conformément au processus de gestion de l'OMS, la mise en œuvre du plan biennal sera supervisée tous les six mois et une évaluation à mi-parcours interviendra à la fin de la première année du plan, avec une évaluation finale à la fin de chaque biennium.

L'évaluation à mi-parcours de la stratégie s'effectuera au mois de décembre 2011, à la fin de la troisième année, afin d'apprécier les progrès réalisés et identifier les ajustements nécessaires à y apporter. Une évaluation finale de la stratégie sera réalisée en décembre 2013 pour apprécier la performance de l'organisation dans son appui au pays.

ANNEXES

ANNEXE 1: RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. Budget Programme à moyen terme de l'OMS 2008 – 2013, 2007
2. Diagnostic du système de santé et de l'état de santé de la population, ministère de la Santé, 28 octobre 2006.
3. Document du développement des communes du Millénaire au Togo, SNU et gouvernement, mai 2008
4. Document intérimaire de stratégie de réduction de la pauvreté, République Togolaise, mars 2008.
5. Enquête nationale à indicateurs multiples (MICS3), Togo, DGSCN, Lomé, mars 2007
6. Enquêtes démographiques et de santé (EDST) 1998, DGSCN, janvier 2008
7. Guidelines for updating country Cooperation Strategies in the WHO African Region
8. Note sectorielle santé, République Togolaise et la Banque Mondiale, décembre 2007
9. Onzième programme général de travail OMS 2006 – 2015, 2005
10. Plan cadre des Nations unies pour l'aide au développement au Togo 2008-2012, janvier 2008
11. Plan d'assistance des Nations unies (UNDAF révisé) 2006 - 2007, mai 2006
12. Plan de développement et de gestion des ressources humaines, ministère de la Santé, août 2008
13. Plan de travail OMS/TOGO 2004 – 2005, OMS et ministère de la Santé, décembre 2003
14. Plan de travail OMS/TOGO 2006 – 2007, OMS et ministère de la Santé, décembre 2005
15. Plan intérimaire d'actions prioritaires 2008 – 2010 (PIAP volet santé), ministère de la Santé, juillet 2008
16. Plan national de développement sanitaire du Togo 2009-2013, ministère de la Santé, janvier 2009
17. Plan stratégique national de lutte contre la tuberculose 2008-2012, ministère de la Santé, mai 2008
18. Plan stratégique national de lutte contre le paludisme 2006-2010, ministère de la Santé, mai 2006
19. Plan stratégique national de lutte contre le VIH/Sida et les IST 2007-2010, République Togolaise, mai 2007
20. Plan stratégique national de santé de la reproduction
21. Politique nationale de santé, ministère de la Santé, juin 1998
22. Profil de la pauvreté et de la vulnérabilité au Togo, DGSCN, Lomé, janvier 2007
23. Programme conjoint commun du Millénaire, mai 2008
24. Rapport d'évaluation du PNDS 2002 – 2006, Ministère de la Santé, novembre 2007
25. Rapport sur le Questionnaire des indicateurs de base du bien-être (QUIBB, 2006), DGSCN, Lomé, janvier 2007
26. Stratégie de coopération de l'OMS avec les pays, TOGO, 2004-2007, Brazzaville, 2005
27. Stratégie de développement sanitaire axée sur les OMD, 2007-2015, ministère de la Santé, mars 2007
28. Stratégie nationale de développement à long terme axée sur les OMD, République Togolaise et le PNUD, mai 2007

ANNEXE 2 : LISTE DES OBJECTIFS STRATÉGIQUES DE LA POLITIQUE DE COOPÉRATION DE L'OMS AVEC LE TOGO

- OS 1 :** Réduire la charge sanitaire, sociale et économique due aux maladies transmissibles.
- OS 2 :** Combattre le VIH/SIDA, la tuberculose et le paludisme.
- OS 3 :** Prévenir et réduire la charge de morbidité, d'incapacité et de mortalité liée aux affections chroniques non transmissibles, aux troubles mentaux, à la violence et au traumatisme.
- OS 4 :** Réduire la morbidité et la mortalité et améliorer la santé aux principaux stades de la vie (grossesse, accouchement, période néonatale, enfance et adolescence compris), tout en améliorant la santé sexuelle et génésique et en permettant à tous les individus de vieillir en restant actifs et en bonne santé.
- OS 5 :** Réduire les effets sur la santé des situations d'urgences, des catastrophes, des crises et des conflits, ainsi que leurs effets.
- OS 6 :** Promouvoir la santé et le développement et prévenir ou réduire les facteurs de risque pour la santé associés au tabac, à l'alcool, aux drogues et à l'usage d'autres substances psycho-actives, à une alimentation déséquilibrée, à la sédentarité et aux rapports à risque.
- OS 7 :** Traiter les déterminants sociaux et économiques de la santé à travers des politiques et des programmes qui accroissent l'équité en santé et intègrent des approches favorables aux pauvres, respectueuses des différences entre les sexes et fondées sur les droits de l'homme.
- OS 8 :** Promouvoir un environnement plus sain, développer la prévention primaire et infléchir les politiques publiques dans tous les secteurs de façon à s'attaquer aux causes sous-jacentes des menaces pour la santé liée à l'environnement.
- OS 9 :** Améliorer la nutrition, la sécurité sanitaire des aliments et la sécurité des approvisionnements alimentaires sur toute la durée de la vie et à l'appui de la santé publique et du développement durable.
- OS 10 :** Améliorer les services de santé par une bonne gouvernance, un financement adéquat, le développement des ressources humaines et la gestion basée sur des bases factuelles, l'information fiable et la connaissance.
- OS 11 :** Elargir l'accès aux technologies et produits médicaux et en améliorer la qualité et l'utilisation.
- OS 12 :** Jouer un rôle de chef de file, renforcer la gouvernance et encourager les partenaires et la collaboration avec le pays pour que l'OMS s'acquitte de la tâche qui lui incombe dans la réalisation du programme mondial d'action sanitaire.
- OS 13 :** Faire en sorte que l'OMS soit et demeure une organisation souple, en apprentissage constant, qui s'acquitte de son mandat de façon plus efficace et plus efficiente.

ANNEXE 3 : TABLEAU IV - DOMAINES D'APPUI ET DE FINANCEMENT DES PARTENAIRES AU DÉVELOPPEMENT

PARTENAIRES	REGION D'INTERVENTION	ACTIONS
OMS	Toutes les six (06) régions sanitaires	Système de santé, lutte contre les maladies, santé de la reproduction, promotion de la santé, etc.
UNICEF	Régions Maritime, Kara et Savanes	Vaccination, paludisme, ver de Guinée, santé maternelle, allaitement maternel, micronutriments, santé des jeunes et des adolescents, PTME/VIH
ONUSIDA (Fonds d'accélération du programme) PAF/ ONUSIDA	Toutes les six (6) régions	Lutte c/ le VIH/sida/IST appui aux ONG, au CNLS, à la mobilisation des ressources (Fonds mondial, Projet corridor Lagos Abidjan)
PNUD	Toutes les six (6) régions	VIH/sida, équipements, médicaments, système de santé
UNFPA Fonds mondial de lutte contre le Sida, la tuberculose et le paludisme (FMSTP)	Régions des savanes, Kara, des Plateaux et Maritime Toutes les six (6) régions	IST/VIH/sida, SNJASanté de la reproduction Lutte contre le VIH/sida " " (3 projets), lutte contre la tuberculose (2 projets) et lutte contre le paludisme (3 projets)
Fonds de l'Alliance GAVI	Toutes les six (6) régions	Vaccins PEV, logistique, fonctionnement, sensibilisation
SCAC/ Coopération Française : (Fonds de Solidarité Prioritaire/ FSP) – Projet d'appui au secteur de la santé	Régions Lomé Commune, des Plateaux, DGS, DPLET, ENAM, CNTS, INH	Constructions, réhabilitations, activités, implication société civile, développement des services, politique pharmaceutique & médicaments essentiels, actualisation des curricula, pédagogie, formation, décentralisation
AFD /Agence française de développement	Région des Plateaux Tout le pays	Développement des districts sanitaires de la région des Plateaux : rationalisation et renforcement de la couverture et la qualité des soins de 9 districts sanitaires (infrastructures, équipement et formation). Amélioration de l'accès des populations à des produits sanguins de qualité (grâce à un renforcement des capacités du CNTS et à la création de dispositifs régionaux). Renforcement des capacités nationales de lutte contre le VIH/SIDA (grâce à un renforcement du PNLS). Financement de l'achat de médicaments antirétroviraux et de leur distribution dans des sites de dispensation.
UE (Union européenne) / appui décentralisé au secteur de la Santé / ADSS	Régions Maritime et Lomé Commune (DS Lomé 5)	Construction, réhabilitations, équipements, médicaments, formation, recyclage, recherche action, encadrement, information, études, assistance technique, évaluation, audits, appui aux ONG sanitaires, partenariat avec le secteur privé
Projet FED/ ARIVA	Toutes les six (6) régions	Projet conjoint avec GAVI pour le PEV

Project OPEP / OMS	Région des Savanes (Tone), des Plateaux (Ogou) & Lomé Commune (DS N°1)	Lutte contre le VIH/sida et les infections sexuellement transmissibles
PLAN TOGO	Régions Centrale, des Plateaux (Est-Mono)	Renforcement de la lutte c/ le paludisme, vaccination
USAID/ PSIUSAID /DSF	Toutes les six (6) régions	VIH/ sida, planning familial, paludisme (moustiquaires imprégnées)
Fédération internationale de la Croix Rouge	Toutes les six (6) régions	Vaccination, paludisme (moustiquaires imprégnées), autres appuis
Projet Santé/ BID	Régions des savanes, Kara, Centrale, des Plateaux	Construction, équipements, médicaments
Croix Rouge suisse (Programme de lutte contre la cécité)	Région centrale et district de Bassar	Lutte contre la cécité et le VIH/sida
Sight Savers International (ONG britannique) GLOBAL 2000 HDI (Health and Development International)	Toutes les six (6) régions Toutes les six (6) régions Tout le pays	Lutte contre l'onchocercose Eradication de la dracunculose Elimination de la filariose lymphatique
DFID (Coopération Britannique)	Tout le pays	Elimination de la filariose lymphatique
GSK (Glaxo Smith Kline)	Tout le pays	Elimination de la filariose lymphatique
WAMP (West Africa Morbidity Projector)	Tout le pays	La recherché en santé
CBM (Chritian Blind Mission) : Organisation internationale chrétienne d'aide aux personnes vivant avec un handicap)	Tout le pays	Lutte contre la cécité et d'autres formes de handicaps
ACDI (Fonds canadien)	Tout le pays	Lutte contre le VIH/SIDA et les IST
Handicap international Fonds spécial pour personnes handicapées FSH/CICR	Tout le pays Tout le pays	Ulcère de Buruli, consommables, construction, équipement ENAM, CRAO Dapaong et Atakpamé Appui CNAO +Dapaong et Atakpamé Équipement ENAM (2003 : 11 376 598)
DAHW	Tout le pays	Lèpre/Tuberculose/Ulcère de Buruli
Union internationale de lutte contre la TB et les maladies respiratoires (UITCMR)	Tout le pays	Lutte contre la tuberculose

ANNEXE 4 : TABLEAU V- PLAN INDICATIF DE MISE EN ŒUVRE DES RESSOURCES

No	AXES STRATEGIQUES	OBJECTIFS GENERAUX	CALENDRIER					RESSOURCES		
			2009	2010	2011	2012	2013	Prévues	Disponibles	A rechercher
1	Renforcement des capacités humaines et institutionnelles	Apporter un appui technique et informationnel au ministère de la Santé en vue de l'aider à améliorer la gestion des interventions du secteur	x	x	x	x	x	2 853 750	1 711 875	1 141 875
2	Lutte contre les maladies transmissibles et non transmissibles	Continuer à soutenir le pays dans la prévention et la lutte contre les principales maladies transmissibles, notamment le paludisme, la tuberculose, le VIH/Sida, la poliomyélite, le tétanos, la lèpre, la filariose, la rougeole, l'onchocercose, les maladies à potentiel épidémique, et renforce l'action dans la surveillance et la prise en charge des maladies non transmissibles prioritaires, et la promotion d'un environnement sain	x	x	x	x	x	8 033 125	2 268 750	5 764 375
3	Amélioration de la santé de la mère, de l'enfant et de l'adolescent	Poursuivre l'assistance technique et le plaidoyer pour le développement et l'introduction de nouvelles politiques, de même que des normes et standards, et assurer leur passage à échelles dans le pays	x	x	x	x	x	2 469 375	1 215 000	1 254 375
4	Renforcement du partenariat, de la coordination et de la mobilisation des ressources	S'appuyant sur son rôle de conseiller au sein du secteur de la santé, en tant que chef de file des partenaires de la santé, l'OMS aidera le ministère de la Santé à jouer pleinement son rôle de coordination.	x	x	x	x	x	878 750	804 375	74 375
Total							14 235 000	6 000 000	8 235 000	

ANNEXE 5: ORGANIGRAMME DU BUREAU OMS TOGO

