

**MINISTERE DE LA SANTE ET
DE L'HYGIENE PUBLIQUE**

CABINET

SECRETARIAT GENERAL

**SECRETARIAT PERMANENT DU PLAN
NATIONAL DE DEVELOPPEMENT SANITAIRE**

REPUBLIQUE TOGOLAISE

Travail-Liberté-Patrie



RAPPORT ANNUEL DE PERFORMANCE

ANNEE 2018

Juin 2019

Sommaire

Liste des tableaux	5
Liste des graphiques	6
Résumé analytique	7
Introduction	11
I. CONTEXTE DE LA GESTION SOUS-REVUE.....	12
1.1. Présentation du Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique.....	12
1.2. Rappel des missions du Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique	12
1.2.1. Organisation de l'offre de soins	13
1.2.2. Couverture sanitaire	14
1.2.3. Protection sociale en santé.....	14
1.2.4. Situation des ressources humaines en santé	15
1.3. Priorités du ministère pour l'année sous-revue	16
1.4. Présentation du budget de l'année sous-revue	16
II. PROGRES DANS L'ATTEINTE DES OBJECTIFS	17
2.1. Performances réalisées	17
2.1.1. En matière de Renforcement du système de santé vers la CSU y compris la santé communautaire	18
2.1.2. Accélération de la réduction de la mortalité maternelle, néonatale et infanto-juvénile et renforcement de la planification familiale et de la santé des adolescents.....	27
2.1.3. Renforcement de la lutte contre les maladies transmissibles	36
2.1.4. Amélioration de la sécurité sanitaire et la réponse aux épidémies et autres urgences de santé publique.....	46
2.1.5. Renforcement de la lutte contre les maladies non transmissibles et la promotion de la santé	53
2.2. Bilan des réalisations du plan d'action opérationnel	54
2.2.1. Exécution physique du PAO	54
2.2.2. Exécution des marchés publiques.....	55
2.3. Point d'ensemble de l'exécution à fin décembre du budget.....	57
III. ANALYSE DES CAPACITES DE MISE EN OEUVRE, DES DIFFICULTES RENCONTREES ET DES DEFIS A RELEVIER.....	58
3.1. Analyse des capacités de mise en œuvre et difficultés rencontrées	58
3.1.1. Analyse des capacités de planification et programmation budgétaire.....	58
3.1.2. Analyse des capacités de l'exécution budgétaire	59
3.2. Analyse de la capacité de suivi et évaluation et difficultés rencontrées.....	60
3.2.1. Fonctionnement du cadre institutionnel de suivi et évaluation des activités.....	60
3.2.2. Gestion de l'information pour le suivi de la mise en œuvre des activités	60
3.2.3. Suivi de la mise en œuvre des activités	60
3.3. Défis à relever par axe stratégique	61
IV. LEÇONS APPRISES ET RECOMMANDATIONS	64
4.1. Leçons apprises	64
4.2. Recommandations	66
Conclusion.....	67
ANNEXES.....	69

Sigles et abréviations

ACD	: Atteindre chaque district
ANPE	: Agence Nationale Pour l'Emploi
ANVT	: Agence Nationale du Volontariat au Togo
ARV	: Antirétroviral
3ASC	: Association d'Appui aux Activités de Santé Communautaire
ADESCO	: Appui au Développement et à la Santé Communautaire
ASC	: Agent de Santé Communautaire
ATPC	: Assainissement total piloté par les communautés
ATBEF	: Association Togolaise de Bien-Familial
CA	: Conseil d'Administration
CAMEG	: Centrale d'Achat des Médicaments Essentiels Génériques
CAP	: Couple Année Protection
CCM	: Country Coordination Mecanism
CDV	: Centre de dépistage volontaire
CDT	: Centre de dépistage et de traitement
CHR	: Centre Hospitalier Régional
CHU	: Centre Hospitalier Universitaire
COGES	: Comite de Gestion
COUSP	: Centre des Opérations d'Urgence de Santé Publique
CPN	: Consultation Périnatale
CNSS	: Caisse Nationale de Sécurité Sociale
CSU	: Couverture Sanitaire Universelle
CTA	: Combinaison Thérapeutique à base d'Artémisinine
DAF	: Direction des Affaires Financières
DGPS	: Direction Générale de la Protection Sociale
DHIS 2	: District Health Information Software 2 ^{ème} version
DSIUSR	: Division de la Surveillance Intégrée des Urgences Sanitaires et Riposte
DIU	: Dispositif Intra Utérin
DPS	: Direction Préfectorale de la Santé
DRS	: Direction Régionale de la Santé
DRH	: Direction des Ressources Humaines
DSMI/PF	: Division de la Santé Maternelle et Infantile/ Planification Familiale
FNFI	: Fonds National d'inclusion financière
FS	: Formation sanitaire
FVH	: Fièvre virale hémorragique
FO	: Fistules Obstétricales
HD	: Hôpital de District
IRAS	: Infection Respiratoire Aigüe Sévère
JSE	: Journée de santé de l'enfant
LFR	: Loi de Finance Rectificative
MAS	: Malnutrition Aiguë Sévère
MSHP	: Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique
ONG	: Organisation Non Gouvernementale
OMS	: Organisation Mondiale de la Santé
OSC	: Organisation de la Société Civile
PAO	: Plan d'Action Opérationnel
PASMIN	: Projet d'Appui aux services de Santé Maternelle et Infantile et de Nutrition
PCI	: Prévention et contrôle de l'infection
PCIMNE	: Prise en Charge Intégrée des maladies du Nouveau-né et de l'Enfant
PND	: Plan National de Développement
PNDS	: Plan National de Développement Sanitaire
PNLP	: Programme National de Lutte contre le Paludisme
PNLS-IST	: Programme National de Lutte contre le Sida-Infections Sexuellement transmissibles

PNLT	: Programme National de Lutte contre la Tuberculose
PRA	: Pharmacie Régionale d'Approvisionnement
PSE	: Plan de Suivi-Evaluation
PTBA	: Plan de Travail et Budgétisé Annuel
PTF	: Partenaires Techniques et Financiers
PVVIH	: Personne Vivant avec le VIH
PTME	: Prévention de la Transmission de la Mère à l'Enfant
PUDC	: Programme d'Urgence du Développement Communautaire
RHS	: Ressources humaines en santé
RR	: Rougeole Rubéole
SIDA	: Syndrome d'Immunodéficience Acquis
SNAP	: Système National d'Approvisionnement Pharmaceutique
SONUB	: Soins obstétricaux et néonataux d'urgence de base
SONUC	: Soins obstétricaux et néonataux d'urgence complet
SRO	: Solution de Réhydratation Orale
TARV	: Traitement antirétroviraux
TN	: Tétanos néonatal
TIDC	: Traitement à l'Ivermectine sous Directive Communautaire
TME	: Transmission Mère-Enfant
TBAI	: Tableau de Bord Annuel des Indicateurs
USP	: Unité de Soins Périphérique
VAA	: Vaccin Anti Amaril
VPH	: Virus du Papillome humain (contre le cancer du col de l'utérus)
VAR	: Vaccin Anti-rougeoleux
VAT	: Vaccin antitétanique
VPI	: Vaccin antipolio inactivé (injectable)
UNFPA	: Fonds des Nations Unies pour la Population
VAT2+	: Deux doses ou plus de vaccin antitétanique
VIH	: Virus d'Immunodéficience Humaine

Liste des tableaux

Tableau I : Répartition des formations sanitaires par type et par région en 2017	13
Tableau II : Présentation du budget comparé 2017- 2018.....	17
Tableau III : Performances en matière de renforcement du système de santé vers la CSU y compris la santé communautaire.....	18
Tableau IV : Evolution des chiffres d'affaires enregistrés dans les hôpitaux en approche contractuelle.	19
Tableau V : Gestion des produits sanguins labiles (PSL) de l'année 2015 à 2018	24
Tableau VI : Performances en matière d'Accélération de la réduction de la mortalité maternelle, néonatale et infanto-juvénile et renforcement de la planification familiale et de la santé des adolescents	27
Tableau VII : Evolution du nombre de cas de fistules obstétricales opérées par source de financement	28
Tableau VIII : Cartographie actualisée des centres SONU par région.....	29
Tableau IX : Couple Année Protection (CAP) par stratégie en 2018.....	30
Tableau X : Couverture vaccinale par région en 2018 (données administratives) chez les enfants de 0-11 mois et les femmes enceintes	33
Tableau XI : Tableau XI : Villages certifiés fin de défécation à l'air libre (FDAL).....	35
Tableau XII : Performances en matière de Renforcement de la lutte contre les maladies transmissibles.....	36
Tableau XIII : Résultats du Traitement Préventif Intermittent par région 2018	37
Tableau XIV : Traitement des cas de paludisme simple selon les directives	37
Tableau XV : Morbidité et décès dus au paludisme par région en 2018.....	38
Tableau XVI : Résultats de distributions des MILDA en routine par région en 2018.....	39
Tableau XVII : Résultats de la chimio prévention du paludisme saisonnier par région en 2018.....	39
Tableau XVIII : Répartition par région des résultats du dépistage du VIH	42
Tableau XIX : Répartition par région et par tranches d'âge du nombre de personnes dépistées	43
Tableau XX : Répartition par région des PVVIH enregistrées en 2018.....	45
Tableau XXI : Répartition des PVVIH sous ARV par région en 2018.....	45
Tableau XXII : Synthèse nationale des couvertures du traitement de masse des deux tours en 2018	46
Tableau XXIII : Performances en matière d'Amélioration de la sécurité sanitaire et la réponse aux épidémies et autres urgences de santé publique	46
Tableau XXIV : Evolution de la gestion des déchets biomédicaux et le bio nettoyage par région.....	47
Tableau XXV : Complétude et promptitude de la surveillance épidémiologique par région sanitaire en 2018	48
Tableau XXVI : Performance de la surveillance des PFA durant l'année 2018	48
Tableau XXVII : Les germes identifiés dans les méningites de 2012 à 2018.....	49
Tableau XXVIII : Répartition par région des cas de rubéole par la surveillance de routine en 2018	50
Tableau XXIX : Evolution des indicateurs de surveillance de la fièvre jaune de 2017 à 2018	51
Tableau XXX : Performances en matière de renforcement de la lutte contre les maladies non transmissibles et la promotion de la santé.....	53
Tableau XXXI : Niveau d'exécution physique du PAO	55
Tableau XXXII : Répartition de l'exécution des marchés publics par budget.....	56
Tableau XXXIII : Exécution du budget comparé des années 2017 et 2018 (en milliers FCFA)	57
Tableau XXXIV : Exécution du budget de l'année 2018.....	58
Tableau XXXV : Disponibilité des PAO en 2018 par niveau du système de santé	59
Tableau XXXVI : Défis à relever par axe stratégique.....	61
Tableau XXXVII : Récapitulatif des leçons apprises par axe stratégique.....	64
Tableau XXXVIII : Recommandations formulées et responsables de mise en œuvre.....	66
Tableau XXXIX : Suivi des indicateurs traceurs de progrès en 2018.....	69
Tableau XL : Situation du personnel de santé du secteur public par région au 31 décembre 2018	73
Tableau XLI : Situation du personnel de santé du secteur public et privé par région au 31 décembre 2018...74	

Liste des graphiques

Figure 1 : Evolution des effectifs du personnel de la santé de 2014 à 2018	16
Figure 2 : Ratio du personnel traceur par région sanitaire en 2018.....	21
Figure 3 : Evolution de pourcentages des formations sanitaires n'ayant pas connu de rupture des médicaments traceurs de 2015 à 2018.....	23
Figure 4 : Evolution mensuelle des besoins non satisfaites en PSL de 2017 à 2018	25
Figure 5 : Evolution de la part du budget alloué au secteur de la santé de 2016 à 2018.....	26
Figure 6 : Evolution du budget alloué en chiffre absolu au secteur de la santé par rapport au budget de l'Etat	26
Figure 7 : Evolution de la couverture en césarienne et des kits utilisés de 2008 à 2018.....	30
Figure 8 : Couvertures vaccinales de la vaccination de routine au Togo en 2018, chez les enfants de 0-11 mois et les femmes enceintes	32
Figure 9 : Evolution des couvertures vaccinales de routine au Togo de 2014 à 2018	33
Figure 10 : Taux d'abandon vaccinal au niveau régional en 2018.....	34
Figure 11 : Répartition du dépistage des cas de TB par région sanitaire en 2018.....	40
Figure 12 : Evolution de dépistage du VIH chez les patients TB entre 2008 et 2018	40
Figure 13 : Résultats de traitement des cas incidents bactériologiquement confirmés TPB+ et TEP de la cohorte 2017.....	41
Figure 14 : Conseil dépistage dans les services adaptés.....	43
Figure 15 : Comparaison du nombre de sites de PTME et de centres de SMNI par région.....	44
Figure 16 : Cascade des indicateurs de la PTME en 2018	44
Figure 17 : Evolution hebdomadaire et comparative des cas suspects de méningites de 2017 et 2018.....	49
Figure 18 : Evolution hebdomadaire et comparative des cas suspects de rougeole au Togo de 2017 et 2018	50
Figure 19 : Répartition par région sanitaire des cas de rougeole et de rubéole en 2018	50
Figure 20 : Evolution des cas de choléra dans le temps de 1990 à 2018.....	51
Figure 21 : Evolution des cas suspects et cas confirmés de grippe au Togo de 2010-2018.....	52
Figure 22 : Evolution hebdomadaire de la positivité des syndromes grippaux.....	52
Figure 23 : Organigramme du ministère de la santé.....	72

Résumé analytique

Le rapport annuel de performance 2018 du Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique est un document de suivi du progrès vers l'atteinte des résultats conformément au cadre de suivi et évaluation du Plan National de Développement Sanitaire (PNDS) 2017-2022. Son élaboration a été participative avec la représentation de toutes les parties prenantes. Il a aussi tenu compte des rapports des revues des différents niveaux du système et des programmes de santé.

Ce rapport est structuré en cinq parties : i) contexte de la gestion sous-revue, ii) progrès dans l'atteinte des objectifs, iii) point d'ensemble de l'exécution à fin décembre 2018 du budget, iv) analyse des capacités et difficultés rencontrées, v) leçons apprises et recommandations.

L'analyse de la performance a été faite au tour des 34 indicateurs traceurs de progrès des cinq (5) axes du PNDS 2017-2022 à savoir : (i) Accélération de la réduction de la mortalité maternelle, néonatale et infanto juvénile et renforcement de la planification familiale et de la santé des adolescents ; (ii) Renforcement de la lutte contre les maladies transmissibles ; (iii) Amélioration de la sécurité sanitaire et la réponse aux épidémies et autres urgences de santé publique ; (iv) Renforcement de la lutte contre les maladies non transmissibles et promotion de la santé; et (v) Renforcement du système de santé vers la Couverture Sanitaire Universelle (CSU) y compris la santé communautaire (*Annexe I*). Les principaux résultats obtenus en 2018 se présentent comme suit :

En matière du « Renforcement du système de santé vers la Couverture Sanitaire Universelle (CSU) y compris la santé communautaire » :

Le pourcentage de COGES fonctionnels a légèrement régressé de 74% en 2018 contre 75% en 2017 selon les critères de performance pour une cible de 75,5%. Cette baisse s'explique par l'application des nouveaux critères de fonctionnalités définis dans le nouveau manuel de formation des COGES.

L'accessibilité géographique des populations aux services de santé est restée stationnaire depuis 2016 (71,4%) contre une cible 77,3% malgré les nouvelles constructions de formations sanitaires qui n'ont pas respecté pour la plupart la carte sanitaire ; d'autres sont des extensions sur des formations sanitaires existantes et d'autres nouvelles formations sanitaires non fonctionnelles par défaut d'équipements.

En matière de disponibilité des médicaments essentiels, plus de la moitié des formations sanitaires (54,4%) n'ont pas connu de rupture de stocks pendant les trois derniers mois de l'année 2018 contre 53,6% en 2017 et 50,1% en 2016. On note une amélioration progressive de la disponibilité en médicaments essentiels dans les formations sanitaires.

La proportion des besoins non satisfaits en concentrés de globules rouges (CGR) est de 26,23 % en 2018 contre 28,62% en 2017. Un effort doit être fait davantage dans la capacité de production des produits sanguins labiles sécurisés.

La proportion de villages éloignés d'un centre de santé qui disposent d'un ASC formé sur les soins intégrés ou PCIMNE (diarrhée, pneumonie et paludisme) ou PCIMNE communautaire est passée 46,80% en 2017 à 66% en 2018 pour un objectif de 47%. Cette amélioration s'explique par la formation des Agents de Santé Communautaire (ASC) sur la Prise en Charge Intégrée des Maladies du Nouveau-né et de l'Enfant au niveau communautaire (PCIMNE-C).

La densité cumulée du personnel traceur (médecins, infirmiers, sages-femmes, techniciens supérieurs de santé) est de 73 personnels¹ pour 100.000 habitants en 2018 contre 60 en 2017 pour une cible de 79 personnels pour 100 000 habitants. Cette amélioration en 2018 est due au retour de certains agents des positions administratives, mais surtout à la prise en compte dans le numérateur de tous les techniciens supérieurs de soins.

Pour le taux de couverture des besoins en personnels de santé au niveau primaire de soins, 42,5% (contre 47,60% en 2017) des formations sanitaires au niveau primaire disposent du personnel conformément aux normes requises pour une cible de 71%. Cette diminution est due à la baisse de l'effectif du personnel.

Sur le plan de mobilisation des ressources, le financement des activités du secteur de la santé a été assuré en 2018 par l'Etat, les Partenaires Techniques et Financiers (PTF) et les recettes propres des formations sanitaires (recouvrement des coûts). Au total 76,81 milliards FCFA² ont été mobilisés pour la mise en œuvre des activités contre 100,08 milliards de FCFA prévus dans le PNDS 2017-2022 pour l'année 2018, soit un taux de réalisation de 76,75%.

L'analyse de l'évolution du budget général de l'Etat alloué au ministère de la santé montre une tendance en baisse de 2016 à 2018. En effet, la proportion du budget général de l'Etat allouée au Ministère de la santé est passée respectivement de 5,14% en 2016 à 4,63% en 2017 et 4,4% en 2018. De plus l'évolution du budget alloué au secteur de la santé montre une légère baisse en 2018 soit 7,28% en 2018 contre 7,32% en 2017.

« Accélération de la réduction de la mortalité maternelle, néonatale et infanto juvénile et renforcement de la planification familiale et de la santé des adolescents » :

Le pourcentage de femmes enceintes ayant accompli au moins 4 visites de consultations prénatales a connu une progression de 10% passant de 24,30% en 2017 à 34,50% en 2018.

Le taux d'accouchement assisté par un personnel qualifié a connu aussi une hausse passant de 69,70% en 2017 à 84,77% en 2018 pour une cible 71%.

La proportion de femmes ayant bénéficié d'une césarienne subventionnée est passée de 99,49% en 2017 à 93,54% en 2018.

Les soins obstétricaux et néonataux d'urgence (SONU) constituent l'une des interventions à haut impact pour la réduction de la mortalité maternelle et néonatale. Afin d'assurer une gestion efficace du renforcement des SONU, une révision de la cartographie SONU a été faite en 2018 ramenant le nombre des centres SONU à 109. La proportion de centres SONU disposant des 07 fonctions de base est estimée à 71,4% et l'utilisation de ces fonctions n'a été effective que dans 25 centres sur les 66 monitorés soit 37,8%.

La létalité maternelle de causes obstétricales directes a augmenté de 1,2% en 2017 à 1,7% en 2018. Les principales causes en sont l'hémorragie, l'anémie décompensée, l'éclampsie, les ruptures utérines, les interruptions volontaires de grossesse et la septicémie.

En 2018, 325 décès maternels et 1299 décès néonataux ont été enregistrés dans les sites. Cependant, seulement 98 et 07 cas ont été audités ce qui représente respectivement 30,5% et 0,53%.

Pour les femmes de 15 à 49 ans utilisant des méthodes contraceptives modernes, au cours de l'année 2018, plusieurs approches ont été utilisées pour l'offre de service de planification familiale.

¹ L'amélioration est aussi due à la prise en compte dans le calcul de tous les techniciens supérieurs de soins

²Montant ordonnancé.

Il s'agit de l'offre des services de planification familiale de routine et des stratégies novatrices (DIU dans le post-partum, stratégie mobile, stratégie avancée, distribution à base communautaire, soins après avortement, journées portes ouvertes...). Toutes ces stratégies ont permis d'obtenir un CAP total de 346 202 en 2018 contre 294 092 en 2017 soit une augmentation de 17,75%.

La couverture vaccinale enregistrée dans les régions sanitaires en 2018 a été supérieure à 80% pour les vaccins en dehors du VPO (insuffisance de stock de vaccin) et du VAT2+. Le pourcentage des enfants de 0 11 mois ayant reçu 3 doses de pentavalent est de 88% en 2018 contre 90% en 2017 en raison de l'insuffisance des stratégies Atteindre Chaque District et Atteindre Chaque Enfant.

Le taux d'abandon vaccinal a été de 8% pour la série DTC-HepB-Hib1/RR1 contre 2% en 2017. Ce taux d'abandon élevé est dû à l'insuffisance du matériel de la chaîne de froid et des stratégies avancées.

La proportion d'enfants malnutris aigues sévères ayant bénéficiés d'une prise en charge a connu une diminution en 2018 par rapport à 2017 passant de 59,30% en 2017 à 21,1% en 2018. Cette diminution s'explique par un relâchement des activités de dépistage dans les régions des Savanes et de la Kara, une démotivation des ASC et une rupture d'intrants. On note une stabilité de couverture entre 2017 et 2018 par rapport à la supplémentation en Vit A chez les nourrissons et enfants de 6-59 mois (89 %) et les ménages utilisant du sel iodé (92%).

Sur le plan de l'assainissement de base, le pourcentage de villages certifiés FDAL est passé de 39,10% en 2017 à 29% en 2018. Cependant, la mise en œuvre coordonnée des interventions a permis une amélioration relative de certains indicateurs tel que le pourcentage de la population pratiquant la défécation à l'air libre est passée de 54,5% en 2014 à 48,8% en 2017.

En matière du « Renforcement de la lutte contre les maladies transmissibles » :

En 2018, le Togo a enregistré 2 002 877 cas de paludisme (simples et graves) dont 76 870 cas graves, parmi eux 30 534 sont reçus à la référence. Il a été enregistré également 905 décès lié à cette maladie, soit une létalité spécifique de 3% (905/30 534).

Le pourcentage de femmes enceintes ayant reçu 3 doses de sulfadoxine pyriméthamine (SP) pendant la grossesse est de 45,50% en 2018 contre 34,50% en 2017 à cause de la disponibilité constante des intrants et des stratégies avancées en CPN.

En ce qui concerne la létalité due au paludisme chez les enfants de moins de 5 ans, l'indicateur a progressé de 4,08% en 2017 à 3,5% en 2018 soit un gain de 0,58%.

En 2018, pour le PNLS-IST on note dans l'ensemble une amélioration de la quasi-totalité des indicateurs. Le pourcentage de femmes enceintes séropositives au VIH ayant reçu des antirétroviraux durant leur grossesse pour réduire la transmission du VIH de la mère à l'enfant est passé de 66% en 2017 à 80% en 2018. La proportion de PVVIH sous ARV retenue dans la file active 12 mois après le début du traitement est de 91% tout comme en 2017.

Concernant le traitement ARV, le nombre de PVVIH sous traitement antirétroviral est passé de 59 752 à 64 842 entre 2017 et 2018. La disponibilité des ARV a permis d'atteindre cette performance.

Dans le cadre de la lutte contre la tuberculose, 2 501 cas toutes formes confondues ont été notifiés contre 2 176 cas attendus en 2018. Le pourcentage de nouveaux cas de tuberculose bactériologiquement confirmés traités avec succès (guérison et traitement terminé) en 2018, a régressé de 83 % à 80,7% contre une cible 89,7%.

En ce qui concerne les couvertures de la prise en charge intégrée des MTN, les résultats sur la proportion de personnes traitées à l'Ivermectine dans la population éligible sont restés stationnaires entre 2017 et 2018 à 83%.

En matière de « l'Amélioration de la sécurité sanitaire et la réponse aux épidémies et autres urgences de santé publique » :

En matière d'hygiène, de la prévention et contrôle de l'infection, on note une évolution favorable des indicateurs de PCI (de 36% en 2017 à 38% en 2018) liés aux activités de tri de déchets, de bio nettoyage et de renforcement de capacités des acteurs dans les FS.

En 2018, aucune épidémie n'a été enregistré, aucun district n'est resté silencieux dans la détection et la notification des cas de maladies à potentiel épidémique (MPE).

Les cas de MPE et événements de santé publique détectés ont tous bénéficié d'une riposte adéquate dans les 14 jours soit 100%.

En matière du « Renforcement de la lutte contre les maladies non transmissibles et promotion de la santé » :

En 2018, le programme national de lutte contre les maladies non transmissibles a poursuivi le renforcement de la mise en œuvre des actions à base communautaire.

Ces actions ont permis d'améliorer le pourcentage de structures de santé primaires offrant le paquet essentiel d'interventions pour la prise en charge intégrée des MNT (WHO-PEN) de 10,29% en 2017 à 18% en 2018.

Le pourcentage des personnes vivant avec un handicap pris en charge en réadaptation physique est passé de 2% en 2017 à 68,13% en 2018. Cette performance a été réalisée grâce à la prise en compte des prestations de tous les services spécialisés de rééducation fonctionnelle dans les six régions sanitaires et les FS.

Au vu des résultats obtenus de la deuxième année de mise en œuvre du PNDS 2017-2022 au total vingt (20) indicateurs sont en progression (59%) trois (3) indicateurs de performance stationnaire (9%) et onze (11) indicateurs en régression (32%) ; le Ministère se propose d'agir sur les difficultés rencontrées afin de mieux orienter les actions sur le terrain les années à venir.

Introduction

Conformément au mécanisme de suivi et évaluation de la Politique Nationale de Santé (horizon 2022), décliné dans le Plan National de Développement Sanitaire (PNDS), le Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique (MSHP) élabore chaque année un rapport de performance. Le rapport annuel de performance permet de faire le suivi de la progression dans l'atteinte des résultats à tous les niveaux de la pyramide sanitaire.

C'est un document de référence pour le gouvernement et ses partenaires du secteur de la santé pour apprécier ensemble la performance du secteur et évaluer les résultats. Il permet aux parties prenantes du secteur de faire le point des actions réalisées au cours de l'année pour réajuster le plan d'action de l'année suivante.

Le présent rapport de performance 2018 a été élaboré et validé le 14 juin 2019 à Notsè selon un processus participatif et consensuel des principales parties prenantes (Etat, PTF, OSC et secteur privé). L'analyse de la performance se fonde sur un cadre logique global basé sur une série d'indicateurs fondamentaux issus du Plan de Suivi et Evaluation (PSE) du PNDS 2017-2022 et du Tableau de Bord Annuel des Indicateurs (TBAI) 2018.

Un premier draft du rapport de performance du MSHP a été élaboré à partir des données collectées lors des revues régionales, des rapports des directions centrales et ceux des programmes de santé. Ce draft a été consolidé par une équipe restreinte en atelier puis validé par les parties prenantes du secteur de la santé.

Dans ses articulations, ce rapport fait un rappel des missions, les objectifs et priorités du ministère, présente les progrès dans l'atteinte des objectifs fixés, fait une analyse des capacités et des difficultés rencontrées dans la mise en œuvre et le suivi et évaluation, identifie les leçons apprises, projette les perspectives et enfin formule des recommandations.

I. CONTEXTE DE LA GESTION SOUS-REVUE

1.1. *Présentation du Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique*

L'actuel organigramme du Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique est défini par le décret N°2012-006/PR du 07 mars 2012 portant organisation des départements ministériels. Il a été complété par l'arrêté N°0021/2013/MS/CAB du 27 février 2013 portant organisation des services du Ministère de la Santé avec création d'un secrétariat général et de deux directions générales (*Annexe N°2*).

Le décret N°2019-004/PR du 24 janvier 2019 portant composition du gouvernement a dénommé le ministère en charge de la santé comme suit : « *Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique* ».

Le Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique est organisé selon les quatre types de structures suivants :

- le cabinet et les services rattachés ;
- l'administration centrale ;
- les services extérieurs ;
- les institutions et organismes rattachés.

Il faut noter qu'avec la formation du dernier gouvernement en janvier 2019, la Direction générale de la protection sociale (DGPS) est détachée du Ministère de la Santé et de la Protection Sociale qui devient Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique ; pour être rattachée au Ministère de la Fonction Publique, du Travail, de la Réforme Administrative et de la Protection Sociale (MFPTRAPS).

1.2. *Rappel des missions du Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique*

La Politique Nationale de Santé validée avec le Comité des Partenaires en Santé en septembre 2011 a défini une vision du secteur, celle d'« *assurer à toute la population le niveau de santé le plus élevé possible en mettant tout en œuvre pour développer un système de santé performant basé sur des initiatives publiques et privées, individuelles et collectives, accessible et équitable, capable de satisfaire le droit à la santé de tous en particulier les plus vulnérables* ».

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

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

1.2.1. Organisation de l'offre de soins

Les soins de santé sont fournis aux populations dans des structures publiques et privées (libérales et confessionnelles). Le système de soins au Togo est organisé selon trois niveaux : primaire, secondaire et tertiaire :

- Les soins primaires sont structurés autour de trois échelons à savoir : (i) l'Agent de Santé Communautaire (ASC) qui assure par délégation, les soins au niveau familial et des communautés (il est appelé à jouer le rôle d'interface entre la communauté et les services de santé) ; (ii) l'Unité de Soins Périphérique (USP) comme base du système de soins et à partir de laquelle sont menées des activités de proximité en stratégie fixe et vers les populations ; (iii) l'Hôpital de district (HD) qui constitue le premier niveau de référence ;
- Les soins secondaires sont offerts au niveau des hôpitaux régionaux qui constituent le deuxième niveau de référence et de recours pour les Hôpitaux de Districts (HD) ;
- Les soins de santé tertiaires sont dispensés dans les trois Centres Hospitaliers Universitaires (CHU) que compte le pays et dans des hôpitaux spécialisés de référence.

La carte sanitaire de 2018 n'étant pas encore mise à jour, les données de 2017 montrent que le Togo compte, 3 CHU (2 à Lomé et 1 à Kara), 6 CHR (1 par région sanitaire), 101 hôpitaux (72 de type 1, 29 de type 2 et 4 spécialisés), 1047 USP (744 de type 1 et 303 de type 2), 54 infirmeries et 59 autres formations sanitaires. On recense globalement 1274 formations sanitaires tout statut et toute forme confondue voir tableau ci-après.

Tableau I : Répartition des formations sanitaires par type et par région en 2017

Types d'Établissement de soins	Centrale	Kara	Lomé commune	Maritime	Plateaux	Savanes	Total
CHU	0	1	2	0	0	0	3
CHR	1	1	1	1	1	1	6
HOPITAL SPECIALISE	0	0	1	1	1	1	4
HOPITAL II	2	3	6	3	12	3	29
HOPITAL I	3	5	42	11	5	6	72
USP II	22	33	74	84	69	21	303
USP I	102	113	111	150	194	74	744
INFIRMERIE	6	8	26	3	5	6	54
AUTRES	1	2	40	8	6	2	59
Ensemble	137	166	303	261	293	114	1274

(Source : rapport DPCS 2017)

Dans l'option stratégique de renforcement des Soins de Santé Primaire (SSP), l'unité de soin périphérique (USP) est appelée à servir de cadre de dispensation de soins intégrés, tandis que l'hôpital doit jouer le rôle de centre de référence de ces USP. On constate cependant que la recherche de cette situation optimale d'un système cohérent de soins se heurte toujours à des problèmes. La plupart des hôpitaux nationaux et régionaux continuent de dispenser les soins de premiers recours normalement dévolus aux structures périphériques.

Par ailleurs, on constate que le Togo n'a pas, à ce jour, une politique hospitalière devant permettre d'assurer le développement du système hospitalier visant un « système de santé intégré ».

Mais, il convient de noter que la contractualisation des formations sanitaires a démarré en juin 2017 avec le CHR d'Atakpamé, l'Hôpital de District de Blitta et le CMS de Siou dans le district sanitaire

de Doufelgou. Elle s'est poursuivie en 2018 avec le CHU Sylvanus Olympio, le CHR de Dapaong, le CHR de Sokodé et le CHU de Kara. Les premiers résultats présentés aux plus hautes autorités du pays montrent que cette réforme est en train de produire les résultats escomptés et devrait être portée à l'échelle nationale pour toutes les formations sanitaires.

1.2.2. Couverture sanitaire

L'offre de soins est assurée principalement par le secteur public à côté duquel se développe un secteur privé dynamique. En 2018, pour améliorer la couverture sanitaire, des actions de construction, de réhabilitation et d'équipement des formations sanitaires. Des cliniques mobiles ont été déployées dans cinq (05) régions sanitaires (à raison d'une par région à l'exception de la région Lomé-commune). Toutefois, ces cliniques mobiles ne sont pas encore fonctionnelles.

1.2.3. Protection sociale en santé

En matière de protection sociale en santé au Togo, outre le financement des soins publics à travers des allocations budgétaires, on distingue plusieurs dispositifs de couverture du risque maladie. Ces dispositifs sont constitués de mécanismes de gratuité (subvention partielle ou totale de la prise en charge des frais des soins aux indigents dans les formations sanitaires), gratuité des soins préventifs de certaines couches vulnérables, gratuité des ARV pour les PVVIH décrétée par le Gouvernement en novembre 2008, subvention de la césarienne effective depuis 02 mai 2011, gratuité ou subvention de la prise en charge de certaines maladies (dialyse, prise en charge de la tuberculose, du paludisme simple, de la lèpre etc...) et des mécanismes assuranciers de protection contre le risque financier tels que : la prise en charge des risques professionnels par la Caisse Nationale de Sécurité Sociale, l'assurance maladie obligatoire pour les fonctionnaires et les ayant droits effective depuis 1^{er} mars 2012, l'assurance des élèves des établissements scolaires publics (School Assur) depuis octobre 2017, l'assurance des bénéficiaires du Fonds National de la Finance Inclusive (FNFI) en 2017, les mutuelles de santé communautaires, les sociétés d'assurance maladie privées à visée lucrative.

Nonobstant, les multiples efforts en matière de protection sociale en santé, 45,7% de la population togolaise est couverte actuellement par un mécanisme d'assurance maladie. Ceci indique que la majorité de la population continue de supporter à travers le paiement direct les dépenses de santé et encoure les risques de dépenses catastrophiques contribuant à maintenir celle-ci dans la pauvreté.

C'est dans le souci d'étendre la couverture du risque aux autres couches de la population que le Togo s'est engagé dans l'élaboration d'une stratégie nationale de financement de la santé qui à terme, permettra d'atteindre la couverture sanitaire universelle.

L'une des priorités du Gouvernement consiste en la poursuite du processus d'extension des prestations des régimes d'assurance sociale aux personnes qui n'en bénéficient pas encore. C'est ainsi que dans l'optique de l'extension du régime d'assurance maladie géré par l'Institut national d'assurance maladie (INAM), un comité a été mis en place par le MSHP pour relire la loi afin d'y introduire l'aspect de l'extension aux autres couches de la population.

La stratégie nationale de financement de la santé vers la couverture sanitaire universelle a été validée en 2018. Cette stratégie est basée sur l'articulation harmonieuse entre les trois fonctions du financement de la santé (la collecte, la mise en commun et l'achat des prestations). Elle décrit les principales réformes et mesures nécessaires pour accélérer la mise en place d'un régime unique

d'assurance maladie prenant en charge un paquet d'activités en rapport avec les besoins prioritaires de la population et soutenable selon les capacités de mobilisations de ressources financières.

1.2.4. Situation des ressources humaines en santé

Les ressources humaines du secteur de la santé se caractérisent par une diversité de statuts et une pluralité de corps de métiers et de catégories. On retrouve :

- les fonctionnaires : ce sont des agents recrutés par l'Etat et soumis au statut général de la fonction publique togolaise ;
- les contractuels : ce sont des agents recrutés et payés sur le budget autonome des établissements de soins, des collectivités locales, des projets, des COGES et des programmes. Ils bénéficient d'un statut hybride. Ils sont assujettis aux dispositions du code du travail et certaines règles du statut général ;
- les volontaires et les primo demandeurs d'emploi mis à la disposition du ministère en charge de la santé par l'Agence Nationale du Volontariat au Togo (ANVT) et l'Agence Nationale pour l'Emploi (ANPE);
- le personnel du service de santé des armées mis à la disposition du ministère en charge de la santé par le ministère de la défense et le ministère de la sécurité et de la protection civile.

S'agissant des corps de métiers, on retrouve essentiellement le personnel médical, paramédical, administratif et d'appui.

L'effectif total du personnel du MSHP au 31 décembre 2018 est de 10 911 contre respectivement 11 152 en 2017 et 10 188 en 2016. On constate qu'entre 2017 et 2018, l'effectif du personnel du ministère de la santé a connu une baisse de 241 agents. Cette baisse observée s'explique par les départs à la retraite, les décès, les mises en disponibilités, les démissions et les abandons de poste. Par contre l'évolution entre 2016 et 2017 s'expliquait par le recrutement de 1049 agents en 2017 (*Annexe N° 3*).

Il faut toutefois noter qu'un concours a été organisé en 2018 pour le recrutement d'agents de santé toute catégories confondues. Les résultats dudit concours ne sont pas encore proclamés.

L'analyse du personnel par région montre que Lomé commune regorge presque du tiers (32,4%) du personnel de santé du secteur public. Elle est suivie de la région des plateaux avec 16,8%. La région des savanes ne compte que 10,1% de l'effectif total. Ceci illustre une répartition inégale entre les régions sanitaires dans le secteur public de soins. Cette inégale répartition est encore plus accentuée avec le corps médical pour lequel la région Lomé commune à elle seule regorge 64,2% de l'effectif alors que celle des savanes ne compte que 4%.

Le secteur privé de soin est marqué par une disparité entre les six régions sanitaires du pays. L'effectif du personnel du secteur privé est de 3719 agents en 2018 contre 3725 en 2017. Cet effectif est presque stationnaire. En faisant une analyse régionale, il ressort que l'effectif des agents du privé est plus important dans les régions Lomé-Commune et Maritime (respectivement 1023 soit 27,46 % et 971 soit 26,06 %) que dans les autres régions (344 soit 8,42 % dans la région de la Kara et 364 soit 9,79 % dans la région des savanes) (*Annexe N° 4*). Cette situation s'explique par la présence dans ces régions de grandes structures privées et confessionnelles

Ainsi, l'effectif total du personnel de santé du secteur public et privé en fin décembre 2018 s'élève à 14.630 contre 14 877 en 2017 soit une légère diminution de 247 agents.

Sur un effectif total de 14.630, les agents du secteur public sont estimés à 10911 soit 74,58% et celui du secteur privé, 3719 agents. Il apparaît donc que l'effectif du privé représente 25,42% de l'effectif cumulé (Public/Privé).

L'évolution des effectifs du personnel de la santé est représentée par la figure ci-après :

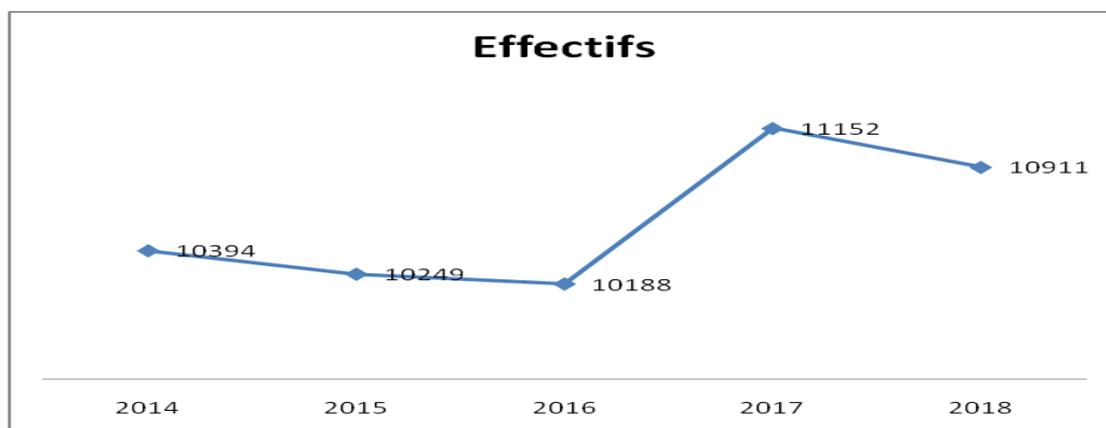


Figure 1 : Evolution des effectifs du personnel de la santé de 2014 à 2018

(Source : rapport DRH 2018)

1.3. Priorités du ministère pour l'année sous-revue

Les principales priorités du ministère de la santé en 2018 demeurent la mise en œuvre des interventions clés en rapport avec les cinq axes du PNDS. Il s'agit principalement de i) poursuivre les actions engagées dans l'amélioration de la gestion des formations sanitaires ; ii) le développement des interventions à haut impact en faveur du couple mère enfant, iii) le renforcement des capacités de détection précoce des urgences et l'organisation de la riposte dans une approche multidisciplinaire ; iv) la lutte contre les maladies transmissibles de grande envergure et les maladies tropicales négligées ; v) le contrôle des facteurs de risque des maladies non transmissibles etc. ; vi) le renforcement de la participation communautaire et une meilleure coordination des actions des partenaires de la santé ; vii) l'amélioration de la disponibilité de ressources humaines qualifiées, des médicaments essentiels et autres produits de santé ; viii) le renforcement du SNIS et du processus de planification suivant l'approche budget programme.

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

Le budget général 2018 du MSHP est de 79,04 milliards FCFA contre 85,75 milliards de FCFA en 2017, soit une diminution de 6,71 milliards de FCFA (-7,83%) par rapport à 2017. Cette situation est due essentiellement à la diminution des ressources des partenaires et des ressources propres (recouvrement des coûts) des formations sanitaires.

Ce budget est réparti de la manière suivante : i) 33,38 milliards FCFA (42,24%) pour l'Etat soit une augmentation en valeur relative de 2,20 milliards de FCFA par rapport à 2017 ; ii) l'appui des partenaires s'élève à 23,34 milliards FCFA (29,53%) soit une diminution de 1,96 milliards de FCFA par rapport à 2017 et enfin iii) le recouvrement des coûts (recettes propres) des formations sanitaires qui est de 22,39 milliards FCFA (28,31%) soit une diminution de 6,87 milliards de FCFA par rapport à 2017.

En considérant les dépenses publiques relatives à la loi de finance rectificative (LFR), il a été alloué au MSHP un montant de 56,73 milliards de FCFA en 2018 contre 56,50 milliards de FCFA en 2017 soit une légère augmentation de 230 millions de FCFA

Les dépenses de fonctionnement prévues comprennent : i) les dépenses de personnel (traitements et salaires) pour un montant de 20,31 milliards de FCFA, soit 26% du budget total contre une proportion de 19% en 2017 ; ii) les dépenses de matériel (achat de biens et services) pour un montant de 2,14 milliards de FCFA, soit 3% du budget total ont connu une diminution d'un point de pourcentage par rapport à 2017 ; iii) les dépenses de transfert (transferts et subventions) pour un montant de 10,395 milliards de FCFA, soit 13% du budget alloué, sont restées stables (en valeur absolue) par rapport à celles de 2017.

Les dépenses d'investissement sont estimées 23,35 milliards de FCFA contre 25,31 milliards de FCFA en 2017, soit une diminution de 1,96 milliards de FCFA correspondant à une diminution de 7,7% par rapport à 2017. Les dépenses sur ressources propres (recouvrement de coûts) sont estimées à 22,37 milliards de FCFA en 2018 contre 29,26 milliards en 2017 soit une diminution de 24% par rapport en 2017.

Le tableau suivant présente le budget total 2018 de l'année comparé avec celui de l'année de 2017.

Tableau II : Présentation du budget comparé 2017- 2018

Nature des dépenses	Montant en millier de FCFA		Part dans le budget total	
	2017	2018	2017	2018
Dépenses de personnel (Traitements et salaires)	16 148 740	20 304 885	19%	26%
Dépenses de matériel (Achat de biens et services)	3 652 476	2 140 725	4%	3%
Dépenses de transfert (Transferts et subventions)	10 395 304	10 395 304	12%	13%
Total fonctionnement (I)	30 196 520	32 840 914	35%	42%
Dépenses internes d'investissement	985 000	474 146	1%	1%
Dépenses externes d'investissement	25 317 766	23 348 955	30%	30%
Total investissement (II)	26 302 766	23 823 101	31%	30%
Dépenses sur Ressources Propres (III)	29 258 115	22 378 759	34%	28%
Total général (I+II+III)	85 757 401	79 042 834	100%	100%

(Source : rapport financier, DAF/MSHP 2018)

En résumé, le budget global de l'année 2018 du MSHP et selon le Plan de Travail Budget Annuel (PTBA) est de 79,04 milliards de FCFA contre 85,76 milliards de FCFA en 2017, avec une diminution de 8,1 milliards de FCFA soit (-10%) par rapport à 2017.

II. PROGRES DANS L'ATTEINTE DES OBJECTIFS

2.1. Performances réalisées

La vision du Gouvernement est d'asseoir un système de santé performant, accessible et équitable, capable de satisfaire le droit à la santé pour tous, en particulier en faveur des couches les plus vulnérables.

Les performances réalisées par le ministère de la santé sont appréciées à travers 34 indicateurs traceurs de progrès inscrits dans le plan de suivi et évaluation du PNDS 2017-2022 dont la synthèse se retrouve à l'annexe N°1.

Les 34 indicateurs traceurs sont organisés autour des cinq (5) axes stratégiques de ce plan qui sont : i) l'accélération de la réduction de la mortalité maternelle, néonatale et infanto-juvénile et renforcement de la planification familiale et de la santé des adolescents ; ii) le renforcement de la lutte contre les maladies transmissibles ; iii) l'amélioration de la sécurité sanitaire et la réponse aux épidémies et autres urgences de santé publique ; iv) le renforcement de la lutte contre les maladies

non transmissibles et la promotion de la santé et v) le renforcement du système de santé vers la CSU y compris la santé communautaire.

2.1.1. En matière de Renforcement du système de santé vers la CSU y compris la santé communautaire

Tableau III : Performances en matière de renforcement du système de santé vers la CSU y compris la santé communautaire

Indicateurs	Valeur de référence 2017	Valeur cible 2018	Valeur réalisée 2018	Performance en 2018	Score de performance en 2018
Pourcentage de COGES fonctionnels	75,0%	75,50%	74,0%	-2,00	0
Taux de couverture des besoins en personnels de santé au niveau primaire de soins	47,6%	71,6%	42,5%	-0,21	0
Densité de personnel de santé (ratio pour 10.000 habitants)	6,0	7,9	7,3	0,68	3
Taux d'accessibilité géographique	71,4%	77,3%	71,4%	0,00	0
Densité de lits d'hospitalisation pour 10.000 habitants	4,3	4,90	3,7	-1,00	0
Taux d'utilisation des soins curatifs	39,20%	42,60%	56,30%	5,03	5
Pourcentage de villages qui disposent d'au moins un agent de santé communautaire formé sur les soins intégrés (diarrhée, pneumonie, paludisme et malnutrition)	46,8%	56,0%	66,0%	2,09	5
Pourcentage d'établissements de santé sans rupture de stock d'au moins un médicament traceur (au cours des trois derniers mois)	53,6%	60,5%	54,4%	0,12	1
Proportion des besoins non satisfaits en concentrés de globules rouges (CGR)	32,7%	21,7%	26,2 %	0,59	3
Complétude des rapports du SNIS	91,0%	95,0%	96,5%	1,38	5
Taux de recouvrement des recettes	77,9%	80,0%	86,5%	4,10	5
Part du budget général de l'Etat alloué au secteur de la santé	4,6%	8,0%	7,3%	0,79	4
Taux d'exécution des dépenses publiques de santé	101,4%	80,7%	98,0%	0,16	0

a) Gouvernance et pilotage du secteur

Dans le cadre du renforcement de la gestion des formations sanitaires (USP1 et USP2, HD non autonome), le manuel de formation des comités de gestion (COGES) a été révisé. La mise en application de ce manuel a permis d'améliorer la gestion des formations sanitaires même si des insuffisances subsistent.

L'indicateur traceur retenu au niveau opérationnel est le pourcentage de COGES fonctionnels. Cet indicateur a connu une légère baisse passant de 75% en 2017 à 74% en 2018. Cette baisse s'explique par l'application des nouveaux critères de fonctionnalités définis dans le nouveau manuel de formation des COGES et le renouvellement des membres de COGES non encore formés. Au niveau central, le cadre unique de coordination et de concertation du secteur de la santé (Comité sectoriel Santé et VIH/Sida) n'a pas été fonctionnel en 2018. L'élaboration du règlement intérieur et la mise en place des comités thématiques qui étaient censés améliorer le fonctionnement de ce cadre n'ont pas toujours été faites. Cependant, des réflexions pour la recombinaison et la dynamisation de

ce comité ont été engagées en 2018. Ces réflexions ont permis de disposer d'un projet de règlement intérieur en attente de finalisation.

Toutefois, il faut signaler que d'autres cadres ont servi de coordination des actions du secteur : 48 réunions du conseil de cabinet tenues sous la présidence du Ministre en charge de la santé, quatre (04) réunions de coordination des interventions de la vaccination et du renforcement du système de santé comité de coordination inter-agences (CCIA), quatre (04) réunions de coordination des projets financés par le Fonds mondial de lutte contre le Sida, la tuberculose et le paludisme :Country Coordinating Mechanism (CCM). Au niveau des régions et districts sanitaires, la coordination est assurée par les Equipes Cadre de Régions (ECR) et les Equipes Cadre de Districts (ECD).

Par ailleurs pour améliorer le dialogue politique sectoriel, l'ancien mémorandum (Compact) pour la mise en œuvre du PNDS 2012-2015 a été évalué et un nouveau compact est élaboré pour le soutien de la mise en œuvre du PNDS 2017-2022 et dont la validation est en cours.

En outre, la réforme de gestion des structures de soins publiques par l'approche contractuelle mise en œuvre dans les hôpitaux d'Atakpamé et de Blitta en 2017 a été étendue en 2018 à cinq (5) nouvelles structures de soins (CHU S.O, CHU Kara, CHR de Sokodé, CHR de Dapaong, CMS de Siou). Au CHU SO, la contractualisation a d'abord concerné les services de laboratoires, de radiologie, de pharmacie et de la morgue, alors qu'elle a été mise en œuvre dans la totalité des services des autres formations sanitaires précitées.

Le tableau suivant montre l'évolution des chiffres d'affaires (recettes et assurances) enregistrés dans les hôpitaux sous approche contractuelle.

Tableau IV : Evolution des chiffres d'affaires enregistrés dans les hôpitaux en approche contractuelle.

Formations Sanitaires	Durée de mise en œuvre de la réforme	Total du Chiffres d'Affaires en millions de FCFA	Ecart	Pourcentage (%)
CHR Dapaong	7 mois	442 164 072	170 161 532	63
CHU-Kara	7 mois	370 216 257	151 554 278	69
CHR Sokodé	7mois	372 110 009	81 681 484	28
CHR Atakpamé	13 mois	694 193 421	177 211 328	34
CHP Blitta	13 mois	181 267 370	32 800 944	22
CMS Siou	12 mois	33 031 283	12 250 225	59
Total		2 092 982 412	625 659 791	42

(Source : Rapport annuel Cellule Approche Contractuelle 2018)

En matière de planification, de suivi et évaluation de la mise en œuvre du PNDS, les activités suivantes ont été réalisées : l'élaboration des plans d'actions opérationnels à tous les niveaux de la pyramide sanitaire, l'élaboration du rapport annuel de performance de 2017, l'organisation de deux missions de suivis supervisions du niveau central vers le niveau régional, la formation des acteurs sur les outils actualisés de planification et de rapportage.

En vue de disposer des données factuelles sur les dépenses de santé, le rapport des comptes de la santé de 2013 et 2014 a été finalisé et les comptes de la santé de 2015 et 2016 ont été lancés. Le processus d'élaboration s'est poursuivi avec la mise à jour des outils et bases de sondages, le recrutement, la formation des enquêteurs et la collectes des données et leurs analyses en vue de la production des rapports préliminaires et la publication des données dans la base de l'OMS (Global Health Expenditure Data- GHED).

En ce qui concerne le processus de mise à jour de la carte sanitaire nationale, elle a été marquée par la formation d'un comité national sur les outils de production des cartes y compris la sélection des indicateurs clés de mesure de la disponibilité de l'offre de service. Pour ce qui est du renforcement de la collaboration avec le secteur privé de soins, des réunions de concertations ont été organisées avec la plateforme du secteur privé des soins afin de faire des propositions de cadres de collaboration pour une meilleure efficacité du système de santé.

A propos de la régulation du secteur privé de soins, 55 dossiers dont 47 pour l'installation, six (06) pour le renouvellement et deux (02) pour l'exploitation ont été enregistrés. Sur les 55 dossiers, les CMS représentent 40% des dossiers enregistrés, les cliniques 21,8%.

Sur les 55 dossiers enregistrés en 2018 ; 14 dossiers soit 25,45 % ont reçu leur agrément avant la fin de l'année 2018. Les dossiers en instance représentent 74,55% du total des dossiers enregistrés. La plupart de ces dossiers qui n'ont pas eu d'agrément sont ceux des ONG et associations. Cette situation est due au fait que le ministère chargé de la santé a depuis le 15 avril 2018 interrompu l'étude des dossiers venant des ONG et associations.

Les structures privées de soins à but lucratif agréées au cours de l'année 2018 sont au nombre de 10 tandis que ceux du privé à vocation humanitaire sont au nombre de 04.

D'autres actions ont été menées dans le cadre de la réglementation du secteur privé de soins qui sont entre autres :

- la sensibilisation des promoteurs des structures privées de soins exerçant dans l'illégalité à s'y conformer dans les districts sanitaires de Lomé commune et de Golfe,
- la relecture et la consolidation du projet d'arrêté portant conditions d'autorisation d'exercice en clientèle privée d'une profession médicale ou paramédicale ;
- l'élaboration et la signature de l'arrêté portant conditions d'autorisation d'exercice en clientèle privée d'une profession médicale ou paramédicale ;
- la relecture et la consolidation de l'arrêté portant normes techniques des établissements sanitaires publics et privés ;
- la relecture et la consolidation des projets d'arrêtés déterminant les cahiers des charges de la sage-femme, de l'assistant médical, et de l'infirmier diplômé d'Etat habilité à exercer en clientèle privée.

b) Ressources humaines en santé

Pour la couverture des besoins en personnels de santé, on note que 42,5% des formations sanitaires au niveau primaire de soins disposent du personnel conformément aux normes requises contre 47,60 % en 2017.

La densité de personnel de santé est de 7,3 personnels pour 10.000 habitants en 2018 alors qu'il était de 6 en 2017. L'amélioration en 2018 du ratio de personnel traceur est due aux retours de certaines positions administratives, mais surtout à la considération dans le numérateur, de tous les techniciens supérieurs de soins. Ce qui n'était pas le cas en 2017.

Le ratio cumulé de personnel traceur de soins public et privé (médecins, infirmiers, assistants médicaux, sages-femmes et accoucheuses) est de 09 personnels de santé pour 10.000 habitants. Ce ratio cumulé reste largement inférieur à la norme de la JLI-OMS3 qui est de 20,2 à 25,4 pour 10.000 habitants. C'est un seuil de densité en dessous duquel il est très improbable que l'on puisse

³ Joint Learning Initiative

atteindre une couverture importante pour les interventions essentielles, notamment celles qui sont nécessaires à la réalisation de la CSU.

L'analyse des données des RHS fait apparaître une disparité dans la répartition entre régions sanitaires. La région sanitaire Lomé-commune dispose de 31,13% de l'effectif total du personnel de santé contre 10% pour la région des savanes. Les autres régions sanitaires sont dotées respectivement de : maritime 17 %, plateaux 17%, centrale 11,48%, Kara 13 %.

La corrélation entre l'effectif du personnel de santé et celui de la population des régions permet d'apprécier l'équité dans la répartition du personnel.

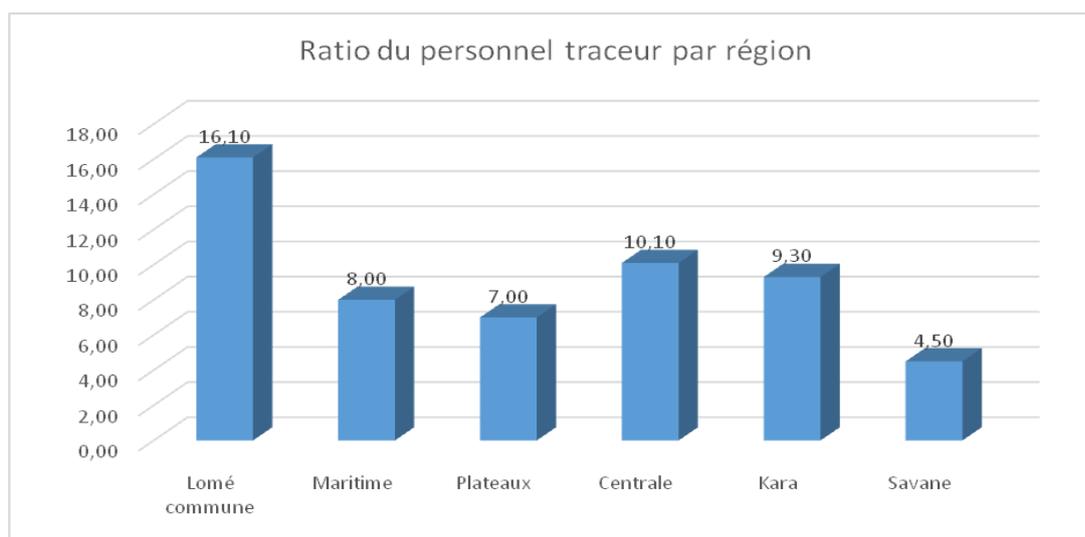


Figure 2 : Ratio du personnel traceur par région sanitaire en 2018

(Source : Rapport annuel DRH, 2018)

Sur la figure ci-dessus, l'on constate que le cumul des ratios en personnel traceur (médecins, assistants médicaux, infirmiers, sages-femmes, accoucheuses) est très élevé dans la région sanitaire Lomé-Commune (16,1 pour 10.000 habitants) suivie de la région Centrale (10,1 pour 10.000 habitants) et de la région de la Kara (9,3 pour 10.000 habitants). La région Maritime se hisse à la 4ème position avec 8 personnels pour 10.000 habitants) juste devant les régions des Plateaux qui compte 7 personnels traceurs pour 10.000 habitants et en dernière position la région des Savanes avec 4,5 personnels traceurs pour 10.000 habitants.

Pour le cas particulier des médecins, les ratios montrent que les régions sanitaires Lomé -Commune (3,5 pour 10.000 habitants) et Kara (1,4 pour 10.000 habitants) sont les mieux couvertes comparativement aux autres régions qui montrent une couverture inférieure à 0,5 pour 10.000 habitants (Maritime : 0,4 : Plateaux et Centrale : 0,3 et Savanes : 0,2).

Afin de rapprocher les institutions de formation des apprenants et d'assurer une disponibilité continue du personnel de santé qualifié pour le système de santé, quatre nouvelles écoles de formation des infirmiers et des sages-femmes ont été ouvertes à Kpalimé, Tsévié, Atakpamé et Dapaong.

En outre d'autres activités ont été menées dans le cadre du développement des RHS. Il s'agit entre autres de :

- l'élaboration du plan de formation du personnel de santé 2019-2022 ; le draft de plan de formation proposé par le groupe technique a été d'abord budgétisé puis consolidé.

l'élaboration du plan d'actions national pour l'amélioration de l'investissement dans les ressources humaines en santé et du social dans le cadre de la mise en œuvre des recommandations de la commission de haut niveau sur l'emploi en santé et la croissance économique (organisation d'un atelier national d'actualisation et d'un atelier de validation des interventions pour le Togo) ;

- l'adaptation du guide de mobilité du personnel de santé du Togo au contexte et aux cadres juridique national ;
- l'organisation d'une session de renforcement des capacités en gestion des ressources humaines à l'endroit des gestionnaires des RH des régions et établissement de soins ;
- l'apurement des données sur les ressources humaines en santé dans le progiciel iHRIS ;
- les missions de supervision formative sur les données des RHS ;
- la consolidation et la validation des données du personnel.

c) Infrastructures sanitaires, équipements et maintenance

En 2018, on dénombre 1 320 établissements de soins contre 1 274 en 2017 soit 46 nouvelles formations sanitaires construites en 2018. Le taux d'accessibilité géographique des populations aux services de santé n'a pas connu de progrès entre 2017 et 2018 soit 71,4%. Cependant de nouvelles constructions réalisées sont en grande partie des extensions des formations sanitaires existantes et aussi la non fonctionnalité des nouvelles formations sanitaires non équipées.

La densité de lits d'hospitalisation pour 10 000 habitants a régressé de 4,3 à 3,7 de 2017 à 2018. Cette régression est due à la non augmentation du nombre des lits par rapport à l'accroissement naturel de la population.

Le taux d'utilisation des soins curatifs a progressé de 39,2 à 56,3%. Cette amélioration est due à l'extension de la couverture sanitaire à certaines cibles bénéficiaires des mécanismes mis en place (School Assur, FNFI et mutuelles de santé...).

d) Rapprochement de l'offre de soins des communautés

Le pourcentage de villages qui disposent d'au moins un agent de santé communautaire formé sur les soins intégrés (diarrhée, pneumonie, paludisme et malnutrition) est passé de 44% en 2015 à 45,8% en 2016 à 46,80% en 2017 à 66% en 2018 pour un objectif de 47%. Cette performance s'explique par la formation des ASC en 2018 sur la Prise en Charge Intégrée des Maladies du Nouveau-né et de l'Enfant au niveau communautaire (PCIMNE-C). On note également l'introduction du DMPA-SC (Sayana press, la forme sous-cutané du Dépo-provera) au niveau communautaire.

e) Disponibilité des produits de santé

En matière de disponibilité des médicaments essentiels, 54,4% des formations sanitaires sont sans rupture de stock d'au moins un médicament traceur (au cours des trois derniers mois de l'année) en 2018 contre respectivement 53,6% en 2017, 50,1% en 2016 et 49 % en 2015. On note une amélioration de la disponibilité en médicaments essentiels d'années en années dans les formations sanitaires due au renforcement de suivi de la gestion des stocks, à la pratique de la commande groupée, à l'approvisionnement des médicaments auprès d'autres grossistes de la place et au renforcement de la disponibilité du médicament dans les hôpitaux sous approche contractuelle.

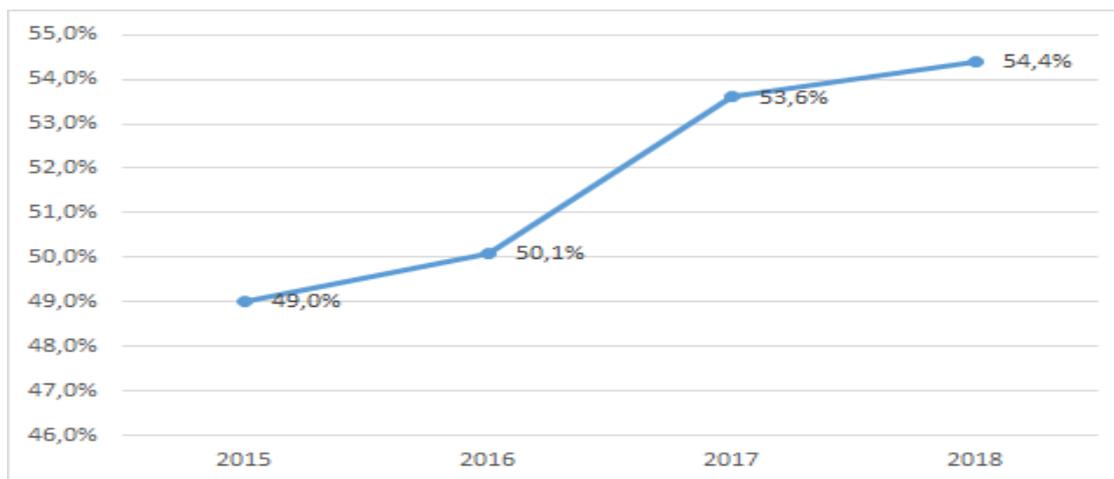


Figure 3 : Evolution de pourcentages des formations sanitaires n'ayant pas connu de rupture des médicaments traceurs de 2015 à 2018

(Source : Rapport annuel DPML, 2018)

Malgré cette amélioration, il existe de nombreuses difficultés parmi lesquelles on note : i) la non disponibilité de tous les produits à la CAMEG-TOGO, ii) le non-respect des ordinogrammes par les prescripteurs qui contraint les formations sanitaires à acquérir des produits de spécialités auprès des grossistes privés qui polarisent plus de 70% du marché des médicaments, iii) l'absence de contrôles et d'inspections réguliers des formations sanitaires pour veiller à l'application scrupuleuse des dispositions réglementaires du système national d'approvisionnement pharmaceutique (SNAP).

Le non-respect des dispositions du SNAP participe ainsi aux dysfonctionnements du système de santé, et constitue un facteur limitant l'accès aux produits de santé jusqu'au dernier kilomètre (formation sanitaire), sans compter le fardeau (dépenses de santé) qu'il représente pour les ménages.

Les principales actions réalisées en 2018 en matière de gestion des médicaments et autres produits de santé sont :

Pour ce qui concerne l'instruction administrative des dossiers, nous avons : i) douze (12) demandes d'agrément des structures pharmaceutiques, de création ou transfert et d'exploitation d'une officine de pharmacie privée ; ii) trois (03) dossiers de transfert, trois (03) dossiers de création, six (06) dossiers d'exploitation ; iii) sept (07) dossiers d'exploitation d'une société de distribution de dispositifs médicaux ; iv) deux (02) dossiers de création d'une agence de promotion et d'information médicale et scientifique ; v) sept (07) dossiers d'exploitation d'une société de distribution de réactifs, consommables et de dispositifs médicaux.

A cela s'ajoute l'inspection d'ouverture des établissements pharmaceutiques (officines de pharmacie (12), agence de promotion et d'information scientifique et médicale, société de distribution de dispositifs médicaux (07) ...).

Concernant la coordination des approvisionnements et promotion des bonnes pratiques pharmaceutiques, les activités majeures suivantes ont été réalisées : i) diagnostic des systèmes d'approvisionnements dans les programmes de santé et divisions sanitaires ; ii) élaboration du plan d'action de la cellule nationale de coordination des approvisionnements des intrants médicaux ; iii) élaboration des procédures opérationnelles de fonctionnement des comités régionaux de gestion des intrants médicaux ; iv) révision des plans GAS des programmes prioritaires VIH, Tuberculose et Paludisme.

A propos du contrôle qualité post-marketing des médicaments, la surveillance des effets indésirables susceptibles d'être liés au vaccin Rubéole-Rougeole, à l'Albendazole et à la vitamine

A, pendant la campagne de masse a été faite et cette activité a permis de collecter 1 290 fiches de notification. Parmi ces 1 290 cas notifiés, 73 étaient graves et 07 ont conduit à des décès. L'exercice de recherche d'imputabilité de ces cas de décès menés par une équipe pluridisciplinaire a montré qu'aucun de ces cas de décès n'est imputable au vaccin.

Notons que vingt-cinq (25) vendeurs en pharmacie issues de 15 établissements pharmaceutiques de Lomé ont été formés sur la pharmacovigilance à la notification des effets indésirables.

Décisions de pharmacovigilance

Trois (3) rappels de quelques lots de médicaments et deux (02) arrêts de commercialisation ont été effectués en 2018.

Les retraits du marché togolais étaient tous motivés par des décisions commerciales. En effet, il ne s'agissait pas de retrait pour déséquilibre défavorable de la balance bénéfice/risque.

f) Laboratoire d'analyses biomédicales

Les différents appuis à travers les projets RESAOLAB+, Global Health Security Agenda (GHSA) et REDISSE ont permis de renforcer les capacités du secteur de la biologie médicale.

Les principales activités réalisées ont concerné la mise aux normes des laboratoires suivant l'outil SLIPTA et l'outil LQSI, le renforcement de la démarche qualité de la biosécurité et de la bio sûreté.

g) Pharmacopée et médecine traditionnelle (PMT)

En 2018, il a été procédé à la réorganisation des praticiens de la médecine traditionnelle (PMT) en une faitière nationale. A cet effet, les activités réalisées sont : i) la mise en place d'un comité de PMT chargé de réfléchir sur le mode de fonctionnement ; ii) la sensibilisation des PMT sur les problèmes liés au secteur de la MT ; iii) l'élaboration de textes réglementant la vie associative des PMT ; iv) et la sensibilisation et collecte de données sur les bonnes pratiques de médecine traditionnelles et les difficultés rencontrées par les praticiens de la médecine traditionnelle dans l'exercice de leur métier.

h) Produits sanguins labiles (PSL) sécurisés

Sur le plan national la proportion des besoins non satisfaits en concentrés de globules rouges (CGR) est de 26,23 % en 2018 contre 32,68% en 2017.

Pour ce qui concerne le pourcentage de besoins non satisfaits en produits sanguins, il est de 28,62% en 2017 contre 23,95% en 2018 dû à l'augmentation de la capacité de production à cause de l'augmentation de financement. Le tableau suivant résume la gestion des produits sanguins labiles de 2015 à 2018.

Tableau V : Gestion des produits sanguins labiles (PSL) de l'année 2015 à 2018

Indicateurs	Année			
	2015	2016	2017	2018
Nombre de poches prévues en début de période	43 500	45 500	47 000	43 500
Nombre de poches collectées	44 526	42 906	50 023	44 526
Pourcentage de poches collectées	102,35%	94,30%	106,43%	102,35%
Nombre de sorties de collectes	100	99	190	100
Nombre de PSL distribués	53 071	53 119	57 427	53 071
Pourcentage de besoins non satisfaits (%)	23,95	28,62	28,62	23,95

(Source : rapport annuel CNTS 2018)

En ce qui concerne les demandes non satisfaites en PSL, l'analyse montre que la pénurie est globalement plus importante en 2017 qu'en 2018. Cette amélioration est due au renforcement des

activités de promotion du don de sang, la collecte au poste fixe et en stratégie mobile auprès de donateurs bénévoles.

La figure ci-dessous indique l'évolution mensuelle des demandes non satisfaites en PSL du 1^{er} janvier au 31 décembre 2018 comparée à la situation de l'année 2017

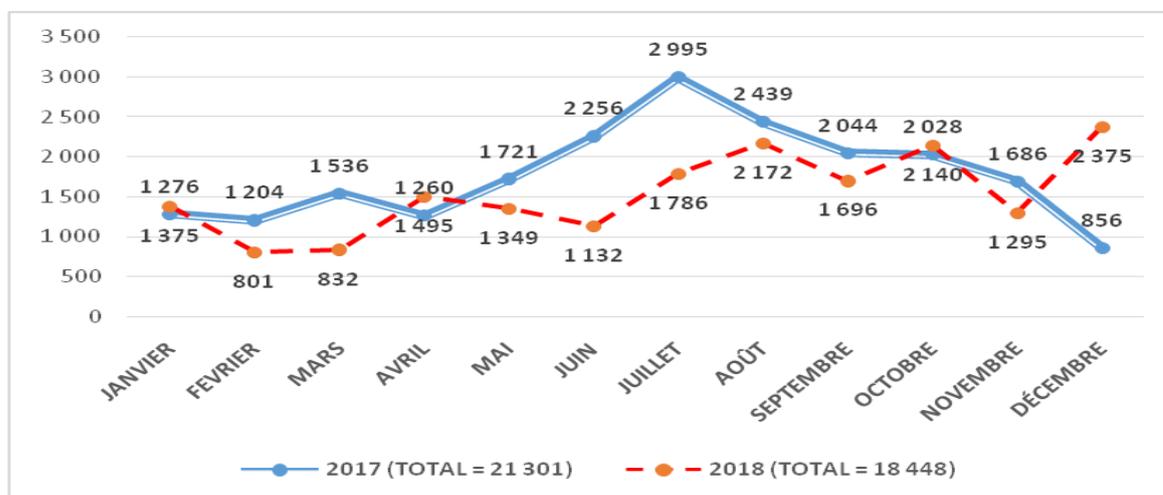


Figure 4 : Evolution mensuelle des besoins non satisfaites en PSL de 2017 à 2018

(Source : rapport annuel CNTS 2018)

i) Système d'information sanitaire

En matière de renforcement du système d'information sanitaire, la complétude des rapports du système national d'informations sanitaires (SNIS) est de 96,5% en 2018 pour une cible 95%⁴ contre 91% en 2017. Cette complétude des rapports du SNIS s'est améliorée avec la mise à l'échelle du DHIS2.

Cependant, un effort doit être fait pour impliquer davantage les formations sanitaires privées (Lomé) dans la collecte de données qui reste insuffisante, puis améliorer la promptitude des données qui est de 29,70% en 2018.

Il faut relever que la saisie des données dans DHIS2 n'a démarrée qu'à partir de février-mars 2018 et ceci dans quelques structures seulement. Ce retard dans la saisie explique la faible promptitude des rapports du SNIS.

Les principales activités stratégiques réalisées sont la formation des points focaux des districts et régions et des opératrices de saisie, autres acteurs du SNIS et les chargés de suivi-évaluation et gestionnaires sur le District Health Information System 2^{ème} version (DHIS 2) ; l'élaboration de l'annuaire statistique 2017 et, le contrôle et validation des données de routine dans les régions et districts et formations sanitaires.

j) Financement du secteur

Le financement des activités du secteur de la santé a été assuré en 2018 par l'Etat, les Partenaires Techniques et Financiers et le recouvrement des coûts (recettes propres) des formations sanitaires.

Le taux de recouvrement des recettes propres des formations sanitaires a progressé de 77,9% à 86,5% pour un objectif attendu de 80%. Cette progression serait due à la meilleure disponibilité des médicaments dans les formations sanitaires, à une meilleure gestion financière des hôpitaux à travers l'approche contractuelle.

⁴ Cette cible a été fixée en rapport avec le résultat de 2017 qui est 91%

L'analyse de l'évolution du budget général de l'Etat alloué **au Ministère de la santé** montre une tendance en baisse de 2016 à 2018. En effet, la proportion du budget général de l'Etat allouée à la santé est passée respectivement de 5,14% (51,47/1002,2 milliards de FCFA) en 2016 à 4,63% (56,82/1227,423 milliards) en 2017 et 4,4% (58,05/1310,54 milliards) en 2018.

Considérant le budget général alloué **au secteur de la santé** (y compris les autres départements et institutions) et le service de la dette dans le budget général de l'Etat⁵, on constate que la part du budget alloué au secteur de la santé est passée de 6,08% en 2016, 7,32% en 2017 et 7,28% en 2018. Ceci en dépit des engagements pris au sommet d'Abuja de consacrer au secteur de la santé au moins 15 % du budget général de l'Etat.

Au total 76,81 milliards FCFA⁶ ont été mobilisés pour la mise en œuvre des activités contre 100,08 milliards de FCFA prévus dans le PNDS 2017-2022 pour l'année 2018, soit un taux de mobilisation de 76,75%. Sur les 76,81 milliards FCFA mobilisés, la contribution de l'Etat est de 30,41 milliards FCFA (39,59%) ; l'appui des partenaires s'élève à 27,04 milliards FCFA (35,19%) et le recouvrement des coûts des formations sanitaires est de 19,37 milliards FCFA (25,22%).

Par rapport aux prévisions, l'Etat a mobilisé 63,64% (30,4139/47,7908 milliards FCFA) ; les PTF, 146,28% (27,4423/18,7657 milliards FCFA) ;

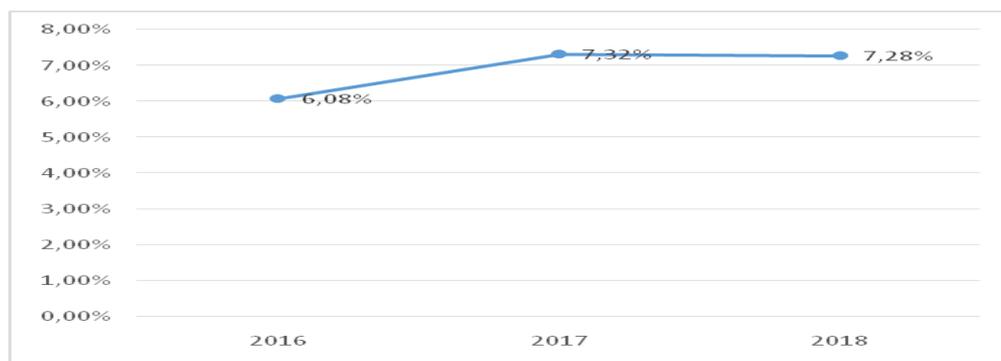


Figure 5 : Evolution de la part du budget alloué au secteur de la santé de 2016 à 2018
(Source : Rapport annuel DAF 2018)

Par contre en valeur relative le budget connaît une évolution d'année en année passant de 50,93 milliards en 2016, 59,96 milliards en 2017 à 61,77 milliards en 2018.

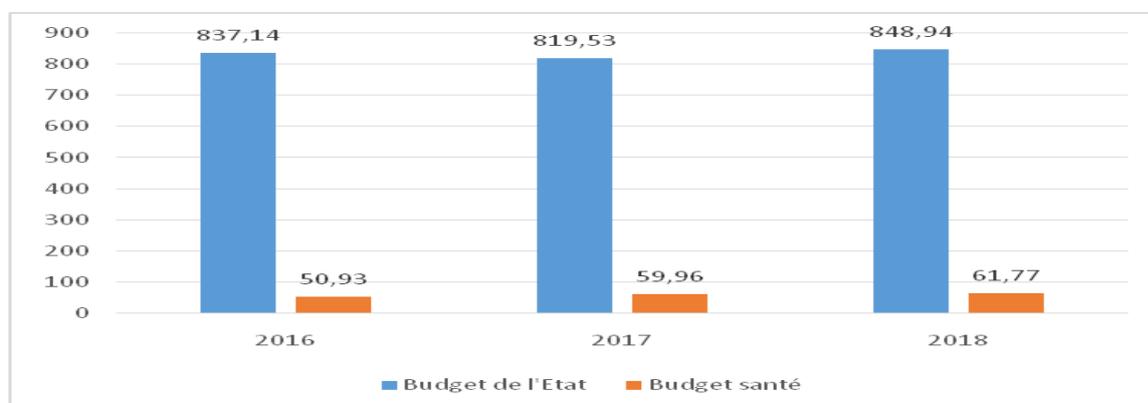


Figure 6 : Evolution du budget alloué en chiffre absolu au secteur de la santé par rapport au budget de l'Etat
(Source : Rapport annuel DAF, 2018)

⁵ Financement du secteur de la santé est constitué du budget alloué au ministère de la santé et les le financement de la santé dans les autres institutions de l'Etat. Dans le calcul dénominateur, le service de la dette est exclu du budget général.

⁶Montant ordonnancé.

L'analyse de la figure ci-dessus montre que l'évolution du budget alloué au secteur de la santé n'est pas proportionnelle à celle du budget général de l'Etat. La contribution des ménages au financement de la santé par le paiement direct est de 50,4% (Compte de santé, 2016).

Protection sociale en santé

Dans le domaine de la protection sociale, les principales activités réalisées en 2018 sont : (i) la finalisation du document de stratégie nationale de financement de la santé vers la couverture sanitaire universelle; (ii) l'achèvement du processus d'évaluation du système de protection sociale à travers l'outil SPPOT (Social Protection Policy Options Tool) ; (iii) l'actualisation de la politique nationale de protection sociale ; (iv) la validation de l'avant-projet de loi sur l'assurance maladie universelle ; (v) l'installation des comités de sécurité et santé au travail dans six (06) entreprises, conformément à l'arrêté n° 009/2011/MTESS/DGTLS du 26 mai 2011 ; (vi) la formation de 102 membres des comités de sécurité et santé au travail des entreprises.

D'une manière générale, en matière de protection sociale en santé, 45,7% de la population est couverte par l'assurance maladie, dont 28% par School Assur, 10% par le FNFI, 4,7% par l'INAM, 2% par les assurances privées, et 1% par les Mutuelles de santé.

2.1.2. Accélération de la réduction de la mortalité maternelle, néonatale et infanto-juvénile et renforcement de la planification familiale et de la santé des adolescents

Tableau VI : Performances en matière d'Accélération de la réduction de la mortalité maternelle, néonatale et infanto-juvénile et renforcement de la planification familiale et de la santé des adolescents

Indicateurs	Valeur de référence 2017	Valeur cible 2018	Valeur réalisée en 2018	Performance en 2018	Score de performance en 2018
Létalité maternelle de causes obstétricales directes dans les FS	1,2%	1,05%	1,7%	-4	0
Pourcentage de femmes enceintes ayant effectué au moins 4 visites de CPN	24,30 %	65%	34.50%	0,25	2
Taux d'accouchements assistés par un personnel qualifié	69,70%	71%	84,77%	10,59	5
Proportion de femmes césariées ayant bénéficié de la subvention	99,49%	100%	93,54%	-3,5	0
Proportion de décès maternels notifiés ayant fait l'objet d'un audit (revue)	19,02%	59%	30,15%	0,28	2
Nombre de Couple Année Protection	294365	398 000	346202	0,50	2
Pourcentage des enfants avec malnutrition aigüe sévère ayant bénéficié d'une prise en charge	59%	64%	21%	-7,6	0
Pourcentage d'enfants de 0-11 mois ayant reçu 3 doses de vaccin Pentavalent (DTC-HepB-Hib3)	90%	91%	88%	-0,02	0
Taux d'abandon vaccinal DTC-HepB-Hib1/RR*	2%	1%	8%	-6	0
Pourcentage de villages certifiés FDAL	39,10%	41,40%	29%	-5,39	0

*PSE : VAR sera remplacé par le vaccin contre la rougeole et la rubéole (RR) à partir de 2018.

a) Santé maternelle, néonatale et infantile

Au cours de l'année 2018, les principales réalisations de la Division de la Santé Maternelle et Infantile et de la Planification Familiale (DSMI/PF) ont concerné :

- Surveillance des décès maternels et néonataux et riposte

La surveillance des décès maternels, néonataux et riposte est un processus que le Togo a mis en place pour améliorer la qualité des soins offerts aux mères et aux nouveau-nés. Ce processus contribue à la réduction de la morbi-mortalité maternelle et néonatale.

La létalité maternelle due aux causes obstétricales directes dans les formations sanitaires s'est dégradée de 2017 à 2018 passant de ⁷1,2% à 1,7%. L'analyse des performances montrent que la plupart des décès maternels enregistrés ont pour causes obstétricales directes les hémorragies, l'anémie décompensée, la pré éclampsie, l'interruption volontaire de grossesse et l'infection. Par ailleurs, les audits des décès maternels ressortent que ces décès sont imputables aux facteurs ci-après : i) l'insuffisance de la qualité de prise en charge des complications obstétricales ; ii) l'insuffisance de la disponibilité des produits sanguins labiles ; iii) l'insuffisance du plateau technique (personnel qualifié, matériel médico-technique) ; iv) la non fonctionnalité du système de référence et contre référence.

En outre, l'une des insuffisances reste aussi la faible transmission des données sur les décès maternels et néonataux. Beaucoup d'efforts restent à fournir pour améliorer la notification et l'audit des décès néonataux dans les formations sanitaires.

Quant aux décès survenus dans les communautés, ils ne sont pas rapportés faute d'ASC compétents pour mener l'activité.

D'autres interventions réalisées qui pourraient contribuer à la réduction des décès maternels sont :

- Lutte contre les fistules obstétricales (FO)

En 2018, plusieurs activités de lutte contre les fistules obstétricales dont trois campagnes de cure avec la prise en charge de 71 femmes portant à 583 depuis 2011, début de l'organisation des campagnes comme l'indique le tableau suivant.

Tableau VII : Evolution du nombre de cas de fistules obstétricales opérées par source de financement

Années	Femmes opérées	Sources de financement
2011	78	PR, UNFPA, cbm
2012	158	MERCY SHIP, CNSF-EN, UNFPA, SSD
2013	33	UNFPA, SSD
2014	63	UNFPA, SSD, MASPFA
2015	60	UNFPA, SSD
2016	80	UNFPA/SSD, WILDAF/Hop Afagnan
2017	40	UNFPA, DGGPF, WILDAF/Hop Afagnan
2018	71	UNFPA, DGGPF, CBM/WILDAF
Total	583	

(Source : Rapport annuel DSMIPF, 2018)

⁷ Chiffre corrigé après monitoring des activités de 2017

- Soins obstétricaux et néonataux d'urgence (SONU)

Afin d'apprécier le niveau de fonctionnalité des sites SONU et maintenir leur performance, des monitorings réguliers sont organisés en partenariat avec les PTF (UNFPA...).

Pour optimiser la gestion des SONU, une révision de la cartographie a été réalisée en 2018, dénombre les centres SONU à 73 dont la répartition par région figure dans le tableau ci-après.

Tableau VIII : Cartographie actualisée des centres SONU par région

Régions	Avant l'atelier			Situation validée à l'atelier			Situation discutée après l'atelier		
	SONU B	SONU C	Total SONU	SONU B	SONU C	Total SONU	SONU B	SONU C	Total SONU
Lomé Commune	10	15	25	6	4	10	6	5	11
Maritime	22	4	26	15	4	19	15	4	19
Plateaux	18	9	27	9	6	15	9	7	16
Centrale	7	3	10	4	3	7	4	3	7
Kara	6	5	11	3	6	9	6	5	11
Savanes	8	2	10	5	2	7	7	2	9
Total	71	38	109	42	25	67	47	26	73

(Source : rapport DSMIPF, 2018)

Le monitoring des SONU réalisé au premier semestre 2018 dont les résultats obtenus montrent que la proportion des sites SONU disposant des 07 fonctions de base est estimée à 71,4% et l'utilisation de ces fonctions n'a été effective que dans 25 centres sur les 66 monitorés soit 37,8%.

- Couverture des services prénatals et accouchements assistés

Dans le cadre de la maternité à moindre risque, les consultations prénatales (CPN), les accouchements assistés et les consultations postnatales ont été menés dans les structures sanitaires offrant les soins maternels et infantiles (SMI).

La couverture en CPN4 est de 34,50% en 2018 contre 24,30 % en 2017 soit une progression de 10% ; la cible annuelle du PNDS étant de 65%.

Au total, 212 619 CPN1 et 94 744 CPN4 ont été réalisées, soit un taux de continuité de 44,56%. Cependant beaucoup d'efforts restent à fournir pour atteindre la qualité souhaitée de ces services. Le taux de continuité des CPN reste faible parce que beaucoup de femmes n'atteignent pas le nombre de CPN requis (4CPN) avant leur accouchement.

Au cours de cette année, sur un total de 174 417 accouchements réalisées ; 147 857 l'ont été dans les structures de soins soit une proportion de 84,77%. Ce taux d'accouchement assisté par un personnel qualifié a connu une hausse passant de 86,70% en 2017 à 84,77% en 2018 pour une cible de 71% fixé dans le PNDS.

Par ailleurs, 8326 accouchements ont lieu à domicile soit 15,23% de tous les accouchements.

- Couverture en césarienne subventionnée

⁸ Chiffre corrigé après monitoring 2017

Depuis Mars 2011, la subvention de la césarienne a été mise en place et vise à favoriser l'accessibilité financière des femmes à cette intervention dans le but de réduire la mortalité maternelle et néonatale. Cette initiative a eu comme résultat, une croissance progressive du nombre de bénéficiaires passant de 6 407 en 2008 à 16 081 kits de césarienne utilisés en 2018.

En 2018, 17 190 accouchements par césarienne ont été réalisés contre 16 081 kits utilisés (nombre de kits utilisés est à peu près égal au de césariennes subventionnées) soit une couverture de 93,54% contre 99,49% en 2017 soit régression d'environ 6%. Le graphique ci-dessous montre l'évaluation du taux de césarienne depuis le début de la subvention.

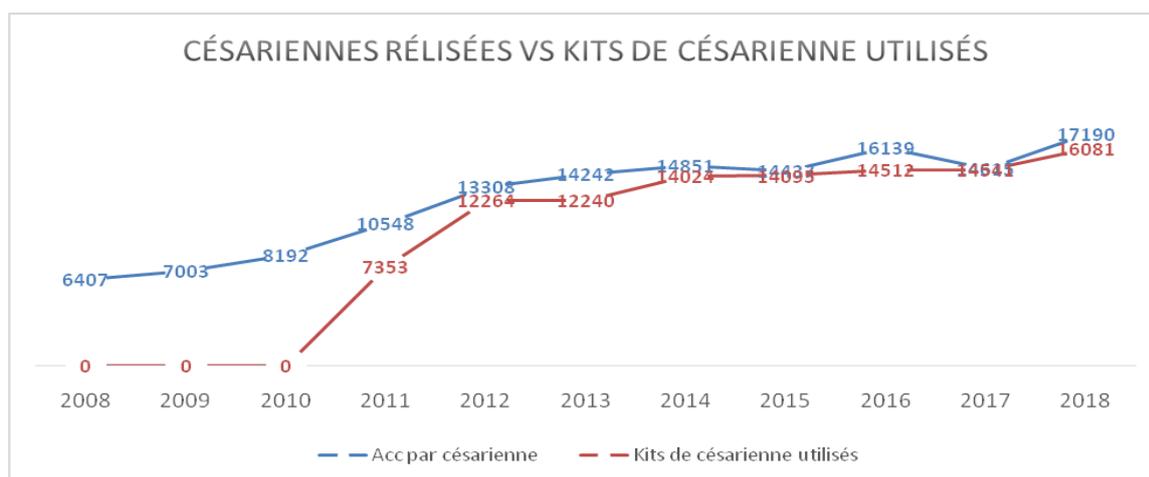


Figure 7 : Evolution de la couverture en césarienne et des kits utilisés de 2008 à 2018

(Source : Rapport DSMIPF, 2018)

Le financement de cette intervention est resté stationnaire à 500 millions par an entre 2011 et 2016 ; puis passé à 1,58 milliard de F CFA depuis 2017.

b) Planification Familiale

En 2018, un couple année protection (CAP) de 346 202 a été obtenu à travers l'offre des méthodes contraceptives contre 294 092⁹ en 2017 soit une augmentation de 17,75% (voir tableau ci-après). Cette augmentation est due à : i) l'extension des districts offrant les injectables au niveau communautaire par les ASC qui est passée de 13 en 2017 à 19 en 2018 ; ii) l'augmentation des sites DIUPP qui est passé de 68 en 2017 à 84 en 2018 ; iii) l'augmentation des sorties en stratégies mobiles et journées portes ouvertes ; iv) surtout à l'élargissement de la gamme des produits contraceptifs avec l'introduction du DMPA-SC (Sayana Press).

Tableau IX : Couple Année Protection (CAP) par stratégie en 2018

Stratégies	Cap Année Protection	Pourcentages
Fixe sans DIU dans le postpartum	130385	35%
Journée porte ouverte	70893	21%
Stratégie mobile	55176	17%
Distribution à base communautaire	53681	16%
Clinique mobile	26182	8%
PF dans le postpartum	9885	3%
Total	346202	100%

(Source : Rapport annuel DSMIPF, 2018)

⁹ Chiffre corrigé après monitoring des activités de 2017

c) Amélioration de la santé des adolescents et jeunes

Dans le domaine de la santé des jeunes et adolescents, trois interventions ont été réalisées en 2018 à savoir :

- i) le renforcement de la coordination et du cadre de concertation intersectoriel, du plaidoyer et de la mobilisation des ressources en matière de promotion de la santé des adolescents et jeunes. Cette intervention a généré les résultats suivants :
 - dans 17/45 infirmeries scolaires, 141 filles sont sous PF et 14 000 préservatifs masculins sont distribués ;
 - la mise en œuvre des services adaptés aux adolescents est satisfaisante dans 11 FS ;
 - le renforcement de l'information, de l'éducation et de la communication (IEC) à l'endroit des adolescents et jeunes et de la communauté a permis de toucher 1 905 jeunes et adolescents par les causeries, puis de réaliser 391 tests de dépistage du VIH .
- ii) l'amélioration de la qualité de l'offre de services intégrés dans les formations sanitaires et dans la communauté aux adolescents et jeunes est imputable au :
 - renforcement des compétences de 52 prestataires de 43 FS SONU pour offrir des services adaptés aux adolescents et jeunes ;
 - renforcement de l'activité des infirmeries scolaires avec appui au fonctionnement de 20 infirmeries scolaires à travers une dotation en intrants SR/PF et autres médicaments pour l'offre de services aux adolescents et jeunes.
- iii) En outre, en 2018 :
 - 34 212 adolescents(tes) et jeunes dont 61% de filles ont connu leur statut sérologique ;
 - 10 434 cas d'IST dont 8 846 cas chez les filles ont été diagnostiqués et traités selon l'approche syndromique ;
 - 6 467 242 préservatifs masculins et féminins ont été distribués gratuitement à travers les activités de promotion des préservatifs tels que Condomize lors des campagnes d'offres de services intégrés par les OSC et 944 361 par les ONGs de la Plateforme.

d) Promotion des bonnes pratiques nutritionnelles

- Lutte contre la malnutrition aiguë sévère

La proportion d'enfants malnutris aigus sévères ayant bénéficiés d'une prise en charge est passée de 59,30% en 2017 à 21,1% en 2018 ; la cible étant de 64%. Cette contreperformance s'explique par : i) au relâchement des activités de dépistage dans les régions des Savanes et de la Kara ; ii) à une démotivation des ASC et la vétusté du matériel (balances et toises) tant au niveau des formations sanitaires qu'au niveau communautaire ; iii) à l'insuffisance d'un système efficace de gestion des intrants pour éviter les ruptures dans certaines formations sanitaire et village CTC (Community Therapeutic Care).

Pour les quatre autres régions, en plus de la rupture d'intrants constatée, on note que le dépistage passif n'est pas systématique dans les formations sanitaires et le suivi des patients inefficace.

- Lutte contre les carences en vitamine A

Afin d'avoir une bonne couverture en vitamine A et déparasiter les enfants de moins de 5 ans, trois principales activités ont été mises en œuvre : (i) la supplémentation des enfants de 9 mois à travers les activités du Programme Elargi de Vaccination (PEV) de routine ; (ii) l'organisation des Journées de santé de l'Enfant au cours desquelles les activités de routine sont renforcées par la supplémentation des enfants de 6 à 59 mois en vitamine A et le déparasitage des enfants de 12 à 59 mois en Albendazole.

En 2018, l'organisation des Journées de Santé de l'Enfant (JSE) fait apparaître une stabilité de la couverture en vitamine A entre 2017 et 2018 à 92% chez les nourrissons et enfants 6-59 mois ayant reçu la supplémentation.

Pour les données de routine nous constatons que la couverture est passée de 68% en 2017 à 76% en 2018. Ce progrès est dû au renforcement des compétences d'autres ASC en 2018 avec le projet PASMINE pour la supplémentation en vitamine A au cours des séances de contrôle et promotion de la croissance (CPC).

- *Lutte contre les troubles dus à la carence en iode (TDCI)*

Dans le cadre de la lutte contre les TDCI, le contrôle de routine au niveau des ménages montre que la proportion des ménages utilisant du sel iodé reste constante à 92% entre 2017 et 2018.

e) *Renforcement du Programme élargi de vaccination (PEV)*

❖ **Couvertures vaccinales**

- *Couverture vaccinale au niveau national*

La mise en œuvre de l'approche « Atteindre Chaque District/Atteindre Chaque Enfant en 2018 » a permis d'obtenir, selon les données administratives, les couvertures vaccinales présentées au graphique ci-dessous.

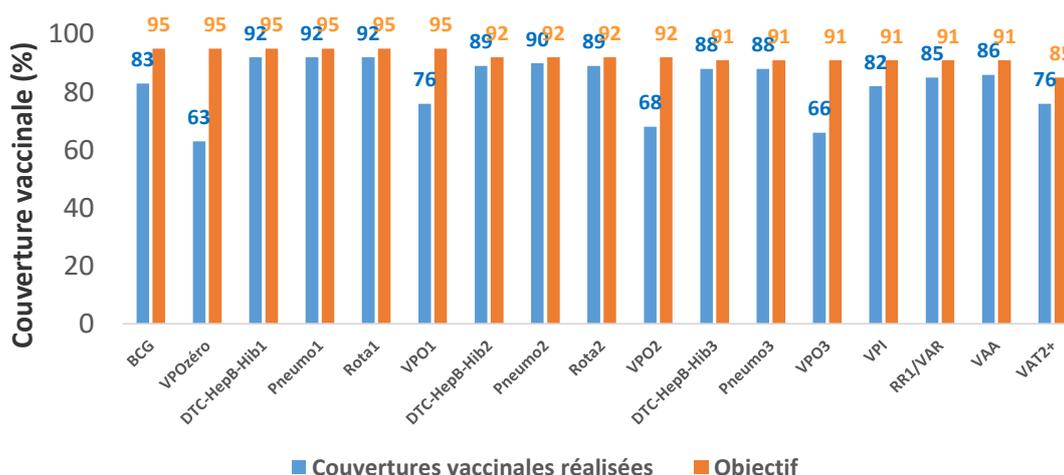


Figure 8 : Couvertures vaccinales de la vaccination de routine au Togo en 2018, chez les enfants de 0-11 mois et les femmes enceintes

(Source : rapport PEV 2018)

Les couvertures vaccinales, bien que supérieures à 80% pour la plupart des antigènes, n'ont pas été à la hauteur des objectifs fixés pour 2018 (Penta3 et RR, 91%, Rota 92%...).

Du fait de la rupture du stock de VPO au cours du premier trimestre de l'année, ces résultats présentent des discordances de couverture entre le vaccin VPO d'une part et les vaccins DTC-Hep B-Hib, Pneumo et Rota d'autre part qui sont administrées au même moment aux enfants.

Plusieurs raisons expliquent la non-atteinte des objectifs de couverture, notamment l'insuffisance de réalisation des stratégies avancées et d'autre part la rupture de stock des vaccins VPO et BCG que le pays a connu en 2018.

L'évolution des couvertures vaccinales au cours des cinq (05) dernières années au plan national est illustrée par le graphique ci-après.

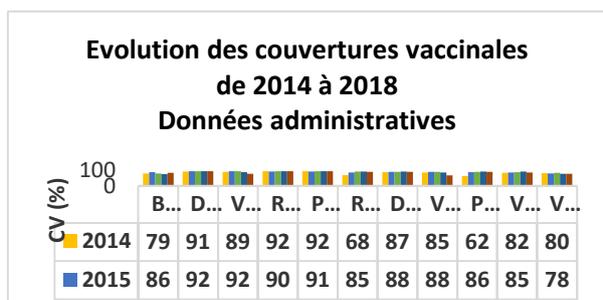


Figure 9 : Evolution des couvertures vaccinales de routine au Togo de 2014 à 2018

(Source : rapport PEV 2018)

- Couverture vaccinale au niveau des régions sanitaires

Le tableau suivant présente les couvertures vaccinales obtenues dans les régions pour la vaccination de routine des enfants de 0-11 mois et des femmes enceintes en 2018.

Tableau X : Couverture vaccinale par région en 2018 (données administratives) chez les enfants de 0-11 mois et les femmes enceintes

Régions	Couvertures vaccinales (%)													
	BCG	Vpo zéro	VPO 1	DTC- HepB- Hib1	Pneu mo1	Rota 1	Rota 2	VPO 3	DTC- HepB- Hib3	VPI	Pneu mo3	RR 1	VAA	VAT 2+
Lomé	76	59	69	84	84	84	81	64	82	80	82	84	85	79
Maritime	81	66	81	95	95	95	92	67	90	88	91	88	88	72
Plateaux	83	54	70	90	91	91	87	58	85	85	86	81	81	73
Centrale	86	71	77	95	95	95	91	67	89	80	89	90	86	83
Kara	87	68	77	97	97	97	92	71	91	71	91	83	87	86
Savanes	87	64	78	93	93	94	92	71	91	82	91	89	89	73
Togo	83	63	76	92	92	92	89	66	88	82	88	85	86	76

Légende

	CV < 80%
	80 ≤ CV < 90%
	90 ≤ CV < 100%
	CV ≥ 100%

(Source : rapport PEV 2018)

Au niveau des régions sanitaires, la couverture vaccinale en 2018 selon les données administratives a été supérieure à 80% pour les vaccins en dehors du VPO (insuffisance de stock de vaccin) et du VAT2+.

Il ressort du tableau ci-dessus que les régions ont présenté des disparités dans les couvertures vaccinales avec les couvertures les plus élevées dans les régions Maritime, Centrale et Kara. La région Lomé-Commune présente les couvertures les plus faibles. Parmi les facteurs qui expliquent ces disparités, on peut citer les aspects logistiques notamment l'absence de réfrigérateurs à vaccins

dans 30% de centres de vaccination, ce qui a pour effet d'annihiler les performances des services de vaccination.

❖ *Abandon de la série vaccinale*

Au plan national, le taux d'abandon vaccinal a été de 8% pour la série DTC-HepB-Hib1/RR1, 5% pour la série DTC-HepB-Hib1/ DTC-HepB-Hib3, la série PCV13 1^{ère} dose/PCV13 3^{ème} dose et 4% pour la série Rota1/Rota2. Ainsi l'achèvement de la série vaccinale a été globalement satisfaisant pour l'ensemble des vaccins avec un taux d'abandon inférieur à 10%.

Le taux d'abandon vaccinal a été inférieur à 10% pour toutes les séries vaccinales dans toutes les régions sauf celle des Plateaux et de la Kara où le taux d'abandon a été respectivement de 10% et 15% pour la série DTC-HepB-Hib1/RR1. Ces taux d'abandons élevés sont dus à l'insuffisance du matériel de chaîne de froid et l'insuffisance dans la mise en œuvre des stratégies avancées.

Le graphique ci-dessous montre les taux d'abandon vaccinal en 2018 par régions sanitaires

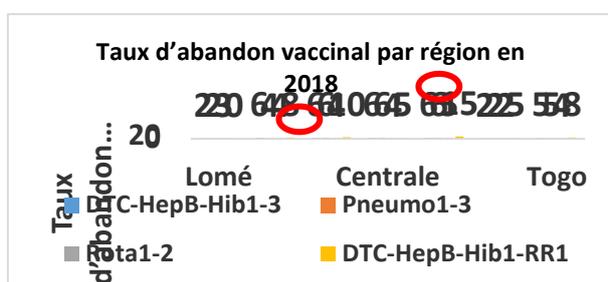


Figure 10 : Taux d'abandon vaccinal au niveau régional en 2018
(Source : rapport PEV 2018)

❖ *Résultats des activités de vaccination supplémentaires : Campagne nationale de vaccination contre la rougeole et la rubéole, de supplémentation en vitamine A et de déparasitage à l'Albendazole*

Dans le cadre de la stratégie régionale de lutte accélérée contre la rougeole et la rubéole, le Togo a organisé, avec l'appui des partenaires, une campagne nationale de vaccination de rattrapage des enfants de 9 mois à 14 ans sur toute l'étendue du territoire national. Cette campagne a été couplée à l'administration de la vitamine A et de l'Albendazole aux enfants de 6 à 59 mois afin de lutter contre la malnutrition et l'anémie chez ceux-ci.

La campagne nationale intégrée a permis de vacciner 98,3% des enfants de 9 mois à 14 ans contre la rougeole et la rubéole, de supplémenter 89 % des enfants de 6 à 59 mois en vitamine A et de déparasiter 89,9% des enfants de 12 à 59 mois à l'Albendazole.

f) *Promotion des pratiques familiales essentielles*

Sur le plan national, l'assainissement occupe une place importante dans les activités de la santé publique. Cette importance s'est traduite par dans les actions tant sur le plan institutionnel qu'opérationnel. La mise en œuvre coordonnée de toutes ses interventions a permis une

amélioration relative de certains indicateurs. En effet le taux de mise œuvre de la PCI est passée de 36% en 2017 à 38% en 2018.

Tableau XI : Tableau XI : Villages certifiés fin de défécation à l'air libre (FDAL)

Région	Pourcentage de villages certifiés FDAL	Pourcentage des villages ayant maintenus le statut FDAL depuis la certification	Pourcentage de la population vivant dans les villages FDAL	Pourcentage de personnes vulnérables ayant accès aux latrines appropriées dans les communautés FDAL
Centrale	15,2%	34,8%	11,2%	1,0%
Kara	91,66%	91%	83%	59%
Lomé Commune	NA	NA	NA	NA
Maritime	NA	NA	NA	NA
Plateaux	50,0%	51,0%	32,4%	64,0%
Savanes	86,9%	83,2%	72,5%	42%
National	22,81	22,37	17,48	17,77

(Source : rapport DHAB 2018)

Les activités de l'assainissement total piloté par les communautés (ATPC) ne concernent qu'une partie du pays à savoir les régions des Savanes, Kara et une partie des Plateaux d'où des taux très faible observés.

Toutefois, le secteur fait face à plusieurs défis que ce soit par rapport aux engagements internationaux (ODD) ou nationaux (PND et PNDS). Malgré tous ces efforts, le Togo progresse trop lentement et des inégalités subsistent toujours entre les régions puis entre le milieu urbain et rural. Une proportion importante des déchets solides et liquides hospitaliers ne sont pas gérés selon les normes.

Sur le plan institutionnel le secteur de l'hygiène et de l'assainissement ne dispose pas de textes réglementaires pour faciliter la mise en œuvre des activités opérationnelles.

2.1.3. Renforcement de la lutte contre les maladies transmissibles

Tableau XII : Performances en matière de Renforcement de la lutte contre les maladies transmissibles

Indicateurs	Valeur de référence 2017	Valeur cible 2018	Valeur réalisée 2018	Performance en 2018	Score de performance en 2018
Pourcentage de femmes enceintes ayant reçu 3 doses de TPI pendant la grossesse	34,50%	55,40%	45,50%	0,53	3
Létalité due au paludisme chez les enfants de moins de 5 ans	4,08%	1,00%	3,50%	0,18	1
Pourcentage de nouveaux cas de tuberculose bactériologiquement confirmés traités avec succès (guérison et traitement terminé) parmi les nouveaux cas de tuberculose bactériologiquement confirmés et enregistrés sur une période donnée	83%	89,7%	80,7%	-0,34	0
Pourcentage de femmes enceintes séropositives au VIH ayant reçu des antirétroviraux durant leur grossesse	66%	93,30%	80%	0,51	3
Proportion de PVVIH sous ARV dont on sait qu'ils sont toujours en vie à 12 mois après le début du traitement	91%	91%	91%*	0	1
Proportion de personnes traitées à l'Ivermectine dans la population éligible	83,36%	84,26%	83,51%	0,17%	1

* Il s'agit d'un indicateur d'enquête. Comme il n'y a pas eu d'enquête en 2018 donc, la valeur de 2017 est gardée

a) Lutte contre le Paludisme

En 2018, le Togo a enregistré 2 002 877 cas de paludisme dont 30 534 cas graves hospitalisés et 905 décès lié à cette maladie.

La lutte engagée par le Togo depuis des décennies s'est poursuivie sur l'ensemble du territoire national à travers plusieurs stratégies à savoir : i) la prévention qui comprend la lutte anti vectorielle par l'utilisation des MILDA, la prévention du paludisme chez la femme enceinte par le Traitement Préventif Intermittent (TPI) et la Chimio-prévention du paludisme saisonnier (CPS) ; ii) le diagnostic et le traitement des cas selon les directives nationales au niveau communautaire et au niveau formations sanitaires et iii) le traitement préventif.

- Traitement Préventif Intermittent (TPI)

L'administration de la sulfadoxyne pyriméthamine (SP) aux femmes enceintes à partir de la 13^{ème} semaine d'aménorrhée est l'une des interventions de la prévention du paludisme chez cette cible. Cette année, la couverture en TPI 3 est de 45,50%. Elle se trouve en deçà de la cible attendue (55,40%). Malgré cette faiblesse, on note une amélioration de la couverture TPI3 dans le temps qui est passé de 44% au premier semestre à 47% au deuxième semestre 2018.

Cette légère amélioration est liée à (i) l'amélioration de l'approvisionnement de la SP aux formations sanitaires après la mise en place d'un outil de quantification avec l'organisation des réunions régionales de validation des données et (ii) la réalisation de la stratégie avancée en CPN au troisième trimestre avec un apport d'environ 3%. Le TPI3 reste un indicateur influencé

négativement par les CPN tardives et irrégulières et par une faible accessibilité financière des ménages surtout en milieu rural.

Les résultats obtenus du TPI en 2018 sont présentés dans le tableau suivant :

Tableau XIII : Résultats du Traitement Préventif Intermittent par région 2018

Région	Nb femmes enceintes vues en CPN1	Nb FE ayant pris deux doses de TPI	Nb FE ayant pris trois doses de TPI	Couverture TPI 2 (%)	Couverture TPI 3 (%)	Cible annuelle TPI3	Performance (%)
Centrale	24 101	16 104	10 187	66,8	42,3	11370	89,6
Kara	29 209	19 050	11 318	65,2	38,7	12913	87,6
Lomé Commune	26 022	18 680	13 780	71,8	53,0	24776	55,6
Maritime	54 105	37 451	26 119	69,2	48,3	44611	58,5
Plateaux	48 529	33 347	21 633	68,7	44,6	31502	68,7
Savanes	32 013	21 788	14 258	68,1	44,5	21330	66,8
Total	213 979	146 420	97 295	68,4	45,5	146 502	66,4

(Source Rapport PNLP 2018)

➤ *Prise en charge des cas :*

- *Niveau communautaire et des formations sanitaires*

Les cas de paludisme simple sont traités selon les directives par les combinaisons à base d'artémisinine. Le tableau suivant présente les cas traités selon les directives nationales dans les formations sanitaires et au niveau communautaire.

Tableau XIV : Traitement des cas de paludisme simple selon les directives

Régions	Formations sanitaires			Niveau Communautaire			Ensemble		
	Cas de paludisme simple	Cas traités selon les directives	%	Cas de paludisme simple	Cas traités selon les directives	%	Cas de paludisme simple	Cas de paludisme traités conforme	%
Centrale	202 651	181 568	90	65 159	63 984	98	267 810	245 552	92
Kara	216 879	203 966	94	127 249	124 893	98	344 128	328 859	96
Lomé Com.	72 253	72 261*	100				72 253	72 261	100
Maritime	306 379	276 835	90	116 730	113 164	97	423 109	389 999	92
Plateaux	317 142	310 263	98	173 390	173 390	100	490 532	484 785	99
Savanes	207 552	196 331	95	120 623	118 110	98	328 175	314 441	96
Total	1 322 856	1 241 224	94	603 151	594 673	99	1 926 007	1 835 897	95

*Les cas hospitalisés pour paludisme grave dans Lomé commune sont repris comme nouveau cas lors du relais du traitement par voie orale.

(Source : Rapport PNLP 2018)

Environ 94% des cas de paludisme simple reçus au niveau des formations sanitaires sont traités avec les CTA et la quinine (chez les femmes enceintes au 1er trimestre de grossesse) et 95,7% au niveau communautaire sont traités avec les CTA conformément aux directives nationales. L'amélioration du système d'approvisionnement et le suivi pour le respect des directives nationales

en cours permettront de disposer suffisamment des CTA dans les formations sanitaires et de traiter 100% des cas de paludisme simple avec les CTA recommandées.

- *Niveau hospitalier*

Les cas graves sont pris en charge au niveau des hôpitaux. La majorité des hospitalisations et des décès liés au paludisme se retrouve chez les enfants de moins de 5 ans avec respectivement 58,4% des hospitalisations et 69,9% des décès. Le tableau suivant présente les décès dû au paludisme grave et la morbidité chez les enfants de 5 ans et plus et chez les femmes enceintes.

Tableau XV : Morbidité et décès dus au paludisme par région en 2018

Régions	Paludisme grave hospitalisé				Décès dus au paludisme				Létalité (%)			
	Moins de 5 ans	5 ans et plus	FE	Total	Moins de 5 ans	5 ans et plus	FE	Total	Moins de 5 ans	5 ans et plus	FE	Total
Centrale	3 335	1 857	301	5 493	112	41	1	154	3,4	2,2	0,3	2,8
Kara	2 384	2 109	167	4 660	44	39	0	83	1,8	1,8	0,0	1,8
Lomé Com.	1 642	1 652	246	3 540	57	62	0	119	3,5	3,8	0,0	3,4
Maritime	1 648	1 308	95	3 051	63	41	2	106	3,8	3,1	2,1	3,5
Plateaux	5 405	3 011	428	8 844	258	70	1	329	4,8	2,3	0,2	3,7
Savanes	3 414	1 334	198	4 946	97	17	0	114	2,8	1,3	0,0	2,3
Total	17 828	11 271	1 435	30 534	631	270	4	905	3,5	2,4	0,3	3,0
<i>Pourcentage</i>	<i>58,4</i>	<i>36,9</i>	<i>4,7</i>	<i>100</i>	<i>69,7</i>	<i>29,8</i>	<i>0,4</i>	<i>100</i>				

(Source Rapport PNLP 2018)

➤ *La lutte anti vectorielle : La distribution des Moustiquaires Imprégnées de Longue Durée Action (MILDA)*

La distribution des MILDA est une intervention de la lutte anti vectorielle de la stratégie de prévention. Cette distribution se fait en masse lors des campagnes organisées chaque 3 ans pour l'ensemble de la population et en routine au bénéfice des cibles vulnérables (les femmes enceintes lors des CPN et les enfants de moins d'un an lors des séances de vaccination). La distribution des MILDA en routine s'est poursuivie en 2018.

On note une faible distribution des MILDA avec une réalisation de 52,1% de la cible dont une couverture de 54,9% chez les femmes enceintes reçues en CPN et 46,9% pour les enfants de moins d'un an ayant bénéficié de VPO1. Néanmoins on a noté une augmentation de la distribution qui est passée de 25% au premier semestre à 73% au second semestre. Cette amélioration est le résultat des dispositions prises pour renforcer la distribution des MILDA aux cibles, notamment : i) une note de Secrétaire Général rappelant les directives ; ii) la visite de suivi et de contrôle organisée par le programme en avril 2018 dans certains districts et formations sanitaires ; iii) la supervision de l'équipe du PNLP en mai pour amener les acteurs opérationnels au respect des directives de lutte contre le paludisme ; iv) l'instructions données aux districts et formations sanitaires pour l'enlèvement des MILDA repositionnées au niveau des PRA par la CAMEG avec remboursement de frais de transport. Les résultats obtenus sont présentés dans le tableau suivant :

Tableau XVI : Résultats de distributions des MILDA en routine par région en 2018

Régions	Distribution aux femmes enceintes			Distribution aux enfants de moins d'un an			Performance		
	Nb vues en CPN1	Nb ayant reçu MILDA	%	Nb vaccinés VPO1	Nb ayant reçu MILDA	%	Cible annuelle	Nb MILDA distribuées	%
Centrale	24 101	15 256	63,3	23 232	13 271	57,1	50 941	28 527	56,0
Kara	29 209	12 547	43,0	28 908	6 718	23,2	59 077	19 265	32,6
Lomé Com.	26 022	13 472	51,8	23 880	11 238	47,1	56 477	24 612	43,6
Maritime	54 105	29 197	54,0	70 353	43 738	62,2	104 083	72 935	70,1
Plateaux	48 529	28 777	59,3	48 473	23 019	47,5	100 193	51 703	51,6
Savanes	32 013	18 314	57,2	32 224	8 718	27,1	59 205	27 032	45,7
Total	213 979	117 563	54,9	227 070	106 702	47,0	429 976	224 074	52,1

(Source : Rapport PNL 2018)

- *Chimio prévention du paludisme saisonnier (CPS)*

Cette intervention à haut impact se met en œuvre pendant la saison des pluies qui est également la période de haute transmission palustre dont les enfants payent la lourde tribu. Cette intervention est organisée mensuellement au bénéfice des enfants de 3 à 59 mois à qui les agents de santé communautaire administrent, chacun dans leur ménage, des comprimés de sulfadoxine et d'amodiaquine. Grâce à l'appui financier du Fonds mondial et de l'UNICEF, cette intervention a été mise en œuvre en trois mois à partir de juillet 2018 dans les régions Centrale, Kara et Savanes. Les résultats obtenus sont présentés dans le tableau suivant :

Tableau XVII : Résultats de la chimio prévention du paludisme saisonnier par région en 2018

Régions	Cycle 1			Cycle 2			Cycle 3		
	Recensés	Traités	%	Recensés	Traités	%	Recensés	Traités	%
Centrale	116 128	113 827	98,0	120 354	119 019	98,9	122 305	120 480	98,5
Kara	138 507	136 041	98,2	151 140	149 021	98,6	155 426	153 493	98,8
Savanes	167 264	164 811	98,5	168 128	166 587	99,1	180 799	179 204	99,1
Total	421 899	414 679	98,3	439 622	434 627	98,9	458 530	453 177	98,8

(Source Rapport PNL 2018)

Les couvertures obtenues pour les trois cycles sont de 98% et plus. Tous les enfants n'ont pas reçu le traitement à cause des contres indications qui sont : enfants gravement malades, enfants sous traitement au cotrimoxazole lors du passage des distributeurs, enfants allergiques aux médicaments utilisés (SPAQ) et éventuellement les enfants absents.

Par ailleurs, vue la durée de la saison des pluies, la CPS devrait être mise en œuvre au moins quatre mois pour en assurer l'efficacité et l'impact. Mais les ressources disponibles mobilisées auprès du Fonds mondial et de l'UNICEF ne couvrent que trois mois.

g) Lutte contre la tuberculose

En 2018, 2 501 cas de tuberculose (toutes formes confondues) ont été notifiés au Togo dont 35,14% des cas sont des femmes. Ces 2 501 cas sont répartis comme suit : 75,68% de nouveaux cas de tuberculose pulmonaires confirmés bactériologiquement ; 11,07% de nouveaux cas de tuberculose

extra-pulmonaire, confirmés bactériologiquement ou diagnostiqués cliniquement ; 5,39% des cas de rechute ; 4,31% de nouveaux cas de tuberculose pulmonaire, diagnostiqués cliniquement (TPB-) ; et 3,51 % des cas déjà traités hors rechutes (échecs et traités après avoir été perdus de vue).

Les cas incidents (Nouveaux cas et rechutes) font 96,48%. On note une légère baisse des cas notifiés par rapport à l'année 2017 pendant laquelle 2633 cas ont été notifiés. Cette baisse est de 5,01%, soit 132 cas de TB de moins qu'en 2017.

La répartition des cas de TB par région (figure suivante) montre que la région Maritime a notifié 36% de tous les cas de tuberculose du pays. Elle est suivie de la région Lomé-Commune (28%) et de la région des plateaux (14%). La situation est presque identique pour les cas de tuberculose pulmonaires bactériologiquement confirmés (TPB+) nouveaux cas.

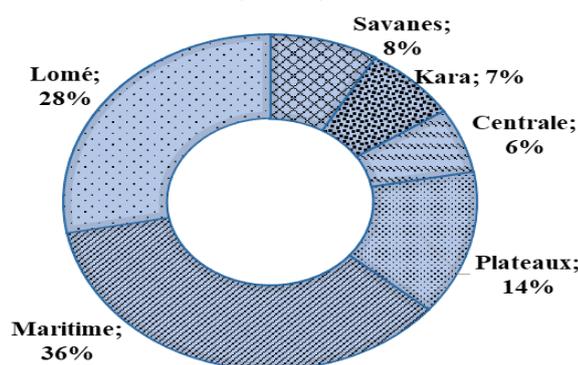


Figure 11 : Répartition du dépistage des cas de TB par région sanitaire en 2018

(Source : Rapport PNL 2018)

Sur les 2 501 cas de TB, 2458 ont bénéficié de la sérologie VIH, soit un pourcentage de 98,3% avec 424 (17,2%) cas de co-infectés TB/VIH. Parmi les cas incidents (nouveaux cas et rechutes), 2397 cas ont bénéficié de la sérologie VIH, soit un pourcentage de 99,3 % avec 403 (16,8%) cas de co-infectés TB/VIH.

On note que le dépistage de l'infection au VIH chez les patients tuberculeux est rentré dans les habitudes des prestataires, ce qui explique cette progression remarquable de 17% en 2008 à 99,3% parmi les cas incidents (nouveaux cas et rechutes) et 98,3% parmi les cas de TB toutes formes confondues en 2018. Cette très bonne performance mérite d'être maintenue et renforcée pour atteindre les 100% les années à venir. La figure suivante montre l'évolution de dépistage du VIH chez les patients TB entre 2008 et 2018

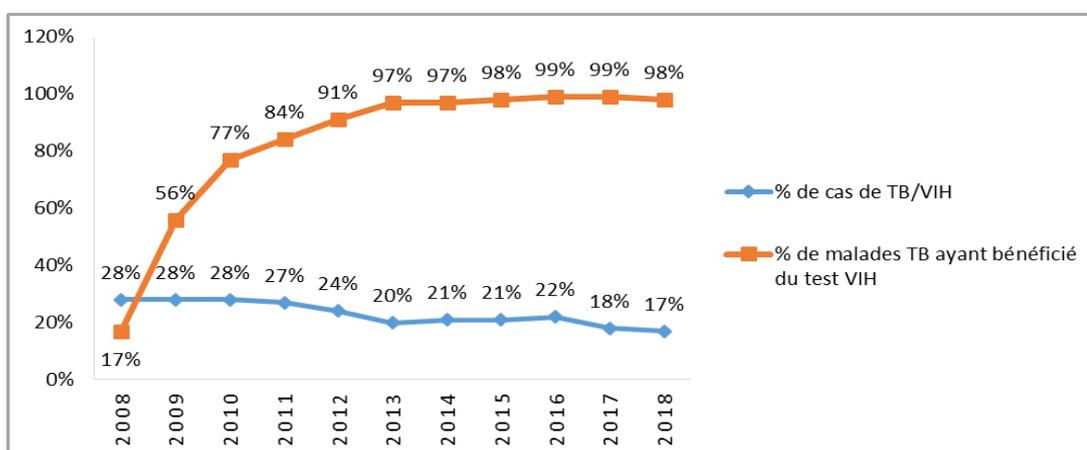


Figure 12 : Evolution de dépistage du VIH chez les patients TB entre 2008 et 2018

(Source : Rapport PNL 2018)

L'analyse des tendances de l'indicateur « Pourcentage de nouveaux cas de tuberculose bactériologiquement confirmés traités avec succès (guérison et traitement terminé) parmi les nouveaux cas de tuberculose bactériologiquement confirmés et enregistrés » (y compris les TEP bactériologiquement confirmés) montre une baisse entre 2017 et 2018 (de 83% à 80,7%, cohorte 2016 et 2017) en deçà de la cible fixée à 89,7% dans le PNDS.

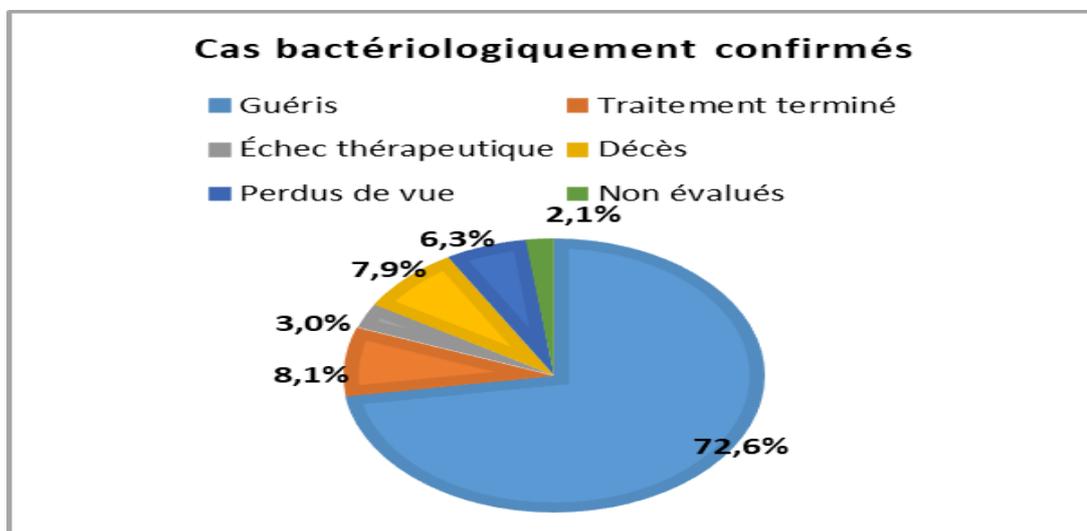


Figure 13 : Résultats de traitement des cas incidents bactériologiquement confirmés TPB+ et TEP de la cohorte 2017

(Source : Rapport PNL 2018)

En effet, cette baisse de performance observée depuis 2014 en ce qui concerne le résultat de traitement en termes de taux de succès thérapeutique en 2018 (cohorte 2017) est imputable aux résultats défavorables (échecs, décès, perdus de vue). Le taux de décès dans cette cohorte est estimé à 7,9% (Supérieur à 5%).

Ces résultats contrastent avec l'amélioration de l'accessibilité géographique des Centres de Dépistage et de Traitement (63 CDT depuis 2015) ; l'approvisionnement régulier en antituberculeux de première ligne, en réactifs et consommables de laboratoire ; au suivi des malades dans les CDT et la gratuité du traitement de la tuberculose.

Cette faible performance est due au recours tardif des patients aux soins, à l'insuffisance de la sensibilisation de la population pour un dépistage précoce de la tuberculose, à l'insuffisance de la formation des prestataires de soins, la non disponibilité des kits alimentaires, à l'insuffisance de ressources pour le suivi des patients et la surcharge du personnel.

Comme approche stratégique, coupler la sensibilisation de masse au dépistage actif pour limiter les occasions manquées.

h) Lutte contre le VIH

L'épidémie du VIH est de type généralisé avec une prévalence de 2,3% (Estimation Spectrum, v5.756 2018). Les nouvelles infections au VIH sont estimées à l'ordre de 5000 dont 1200 chez les enfants de 0 à 14 ans. On note une forte prévalence de l'infection parmi les populations clés telles que les Professionnelles de Sexe (PS), les Hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres Hommes (HSH) et les Utilisateurs de Drogues Injectables (UDI). La prévalence du VIH est estimée d'après les dernières études bio comportementales de 2017 dans ces groupes respectivement à 13,2% ; 21,98% et 3,9%.

Le contexte épidémiologique est marqué par une féminisation de l'épidémie. Sur un total de 110000 PVVIH estimées en 2018, plus de 60% sont de sexe féminin.

En 2018, il était attendu à l'échelle nationale 5396 femmes enceintes séropositives selon les estimations d'EPP SPECTRUM (v5, 756). Le pourcentage de femmes séropositives ayant initié le TAR pour réduire le risque de transmission du VIH de la mère à l'enfant est de 80% (4331/5396) par rapport à 66% en 2017. Cette performance s'expliquerait en partie par l'intégration de la PTME dans 15 centres de SMNI privés (03 dans Lomé Commune et 12 dans Maritime). Ceci porte le nombre de sites de PTME à 798 dont 7 non fonctionnels.

- *Dépistage*

En 2018, pour toutes les stratégies et cibles confondues, 491263 personnes ont été dépistées et qui connaissent leur résultat sérologique à l'égard du VIH. La contribution de la journée mondiale du sida (JMS) 2018 est de 4,9 % contre 7, 4 % en 2017. Le tableau ci-dessous présente la répartition des personnes dépistées et le taux de séropositivité selon les régions sanitaires du Togo.

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

Régions	Nombre dépisté	Nombre positifs	Taux de séropositivité
Lomé commune	74 473	3 491	4,69%
Maritime	113 076	4 409	3,90%
Plateaux	126 522	2 875	2,27%
Centrale	53 574	1 249	2,33%
Kara	62 578	1 435	2,29%
Savanes	61 040	474	0,78%
National	491 263	13 933	2,84%

(Source : Rapport PNLIS-IST 2018)

Le dépistage en stratégie fixe a été réalisé dans les différents Centres de Dépistage Volontaire (CDV), en PTME, dans les services adaptés (SA) et dans les Centres de Dépistage et de Traitement de tuberculose (CDT). Les personnes dépistées séropositives représentaient 2,84 % contre 2,9% en 2017. Ces résultats montrent une tendance à la stabilisation de la séropositivité du VIH au niveau national. On note une certaine disparité de la séropositivité entre les différentes régions. La séropositivité est au-delà de la moyenne nationale dans les trois régions méridionales à savoir Lomé commune, Maritime et Plateaux.

En ce qui concerne la répartition des dépistés en 2018 par région et par tranches d'âge, les résultats du tableau ci-dessous montrent que les 25 ans et plus représentent 77,1% des dépistés.

Tableau XIX : Répartition par région et par tranches d'âge du nombre de personnes dépistées

Régions	0-9 ans	10-14 ans	15-19 ans	20-24 ans	25 ans et +	Total dépisté	Total cas positifs	Séropositivité
Lomé commune	2 397	928	6 574	9 522	55 052	74 473	3 491	4,69%
Maritime	3 283	1 722	9 516	11 149	87 406	113 076	4 409	3,90%
Plateaux	5 337	3 348	16 050	15 724	86 063	126 522	2 875	2,27%
Centrale	3 815	1 647	6 758	5 589	35 765	53 574	1 249	2,33%
Kara	2 950	1 338	6 467	7 810	44 013	62 578	1 435	2,29%
Savanes	891	982	5 657	7 578	45 932	61 040	474	0,78%
National	18 673	9 965	51 022	57 372	354 231	491 263	13 933	2,84%

(Source : Rapport PNLIS-IST 2018)

Dans les Services Adaptés (SA), les populations clé (Professionnelle de Sexe, Homme ayant des rapports sexuels avec d'autres Hommes, Détenus et Usagers de Drogue Injectable) référées ont été conseillées et dépistées avec un taux de séropositivité de 1,9%.

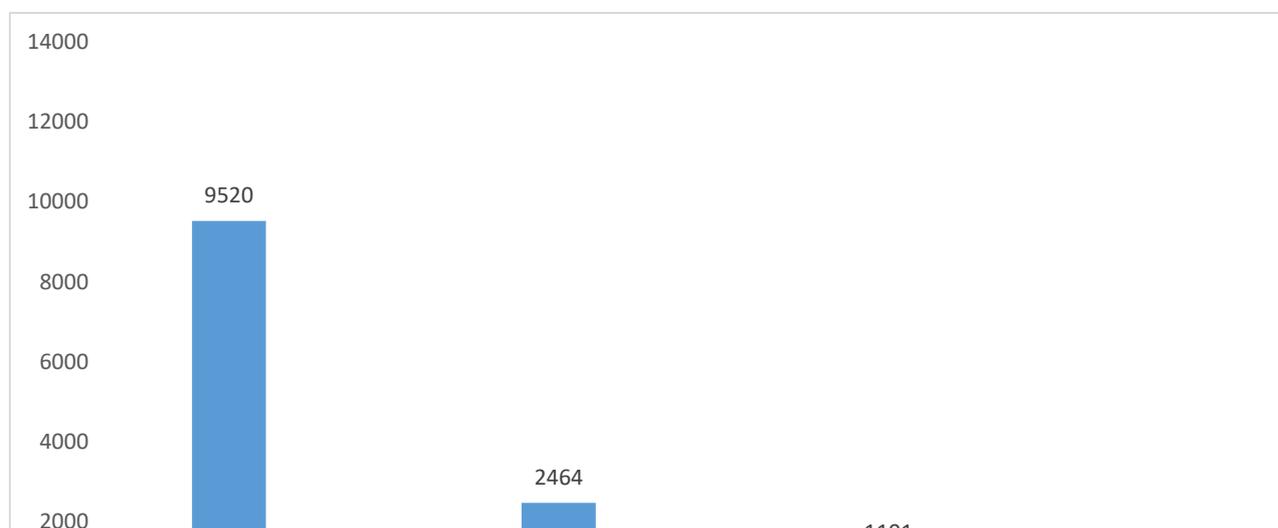


Figure 14 : Conseil dépistage dans les services adaptés

(Source : Rapport PNLIS-IST 2018)

- *Activités de la prévention de la transmission mère-enfant (PTME) du VIH*

La prévention de la transmission du VIH de la mère à l'enfant (PTME) est l'une des interventions prioritaires de la réponse nationale à l'infection à VIH. La mise en œuvre des interventions s'est faite selon les quatre composantes recommandées qui sont : i) la prévention primaire de l'infection à VIH et de la syphilis ; ii) la prévention des grossesses non désirées chez les femmes séropositives ; iii) les interventions spécifiques visant à réduire la TME et iv) les soins, soutien et traitement des femmes enceintes séropositives au VIH, de leurs enfants et de leurs familles.

Le paquet de services offerts comporte : i) le conseil-dépistage des femmes enceintes, de leurs partenaires et de leurs enfants ; ii) le conseil-dépistage des autres femmes en âge de procréer ; l'éducation thérapeutique ; iii) le Traitement ARV des femmes enceintes/ mères séropositives ; iv) le suivi médical et biologique des femmes enceintes /mères séropositives ; la planification familiale chez les mères séropositives ; v) l'accompagnement psychosocial des femmes enceintes/mères séropositives ; vi) la prophylaxie antirétrovirale et au Cotrimoxazole chez les enfants exposés ; vii) le diagnostic précoce du VIH chez les enfants exposés et la confirmation du statut sérologique des enfants exposés.

Sur le plan couverture géographique des sites, depuis 2017, des efforts sont faits pour intégrer la PTME dans les structures privées des régions Lomé commune et Maritime. Quinze (15) centres de SMNI privés (03 dans Lomé Commune et 12 dans la Maritime) ont intégré la PTME en 2018. Ceci porte le nombre de sites de PTME à 798 dont 8 non fonctionnels soit une couverture géographique de 76,7% (d= 1038¹⁰) comme l'indique le graphique ci-dessous.

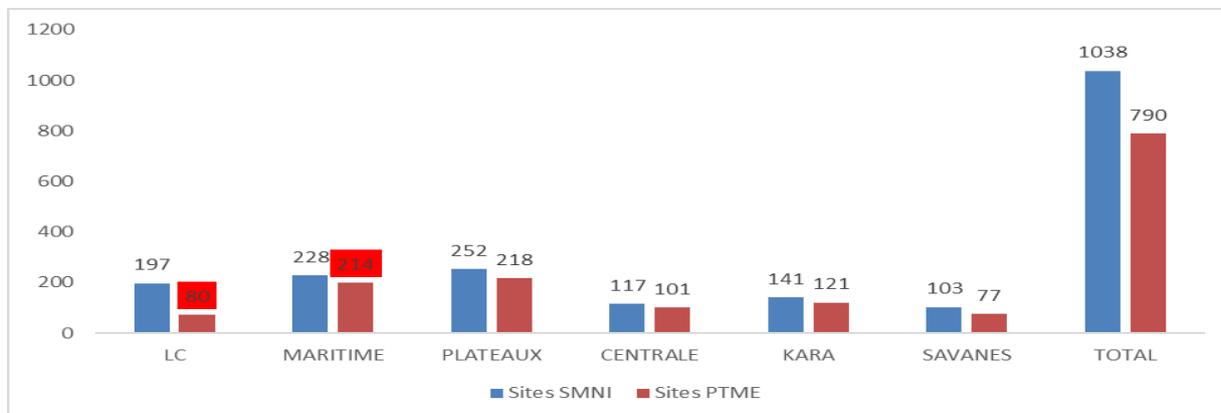


Figure 15 : Comparaison du nombre de sites de PTME et de centres de SMNI par région

(Source : Rapport PNLS-IST 2018)

Selon les résultats de l'étude de la rétention chez les femmes en PTME réalisée en 2018 par le PNLS-IST, le taux de rétention était en moyenne de 84,22% à 6 mois et 73,16% à 12 mois après l'initiation du traitement. Cette situation souligne la nécessité de renforcer les activités d'éducation thérapeutique et de suivi de proximité des mères séropositives sur les sites PTME.

Les accouchements des femmes enceintes séropositives ont permis d'enregistrer 3725 enfants vivant nés de mères séropositives. Parmi eux 96,99% (3613/3725) ont reçu la prophylaxie antirétrovirale. Cette performance est due à la disponibilité des ARV et à l'initiation de la prophylaxie qui se fait en salle d'accouchement.

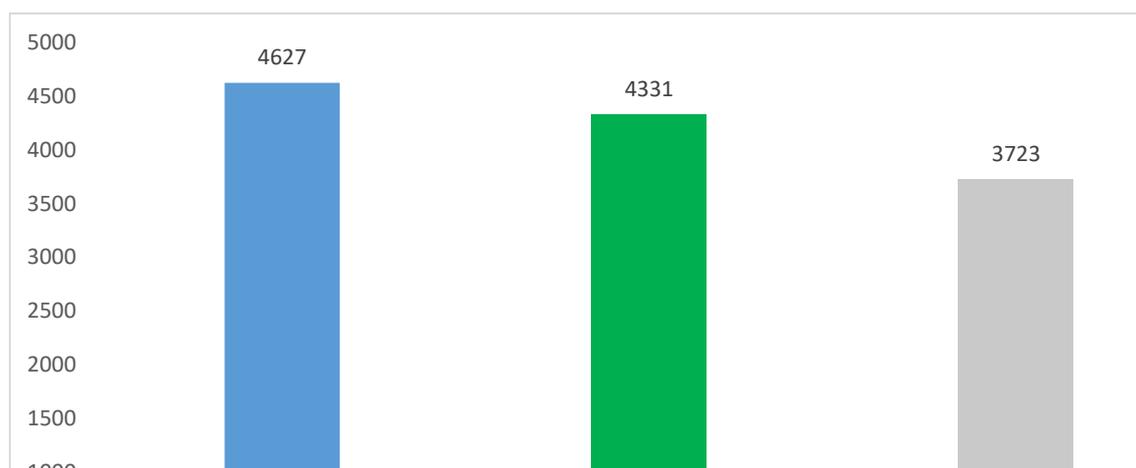


Figure 16 : Cascade des indicateurs de la PTME en 2018

(Source : Rapport PNLS-IST 2018)

¹⁰ Source : cartographie des formations sanitaires du Togo en 2016, Ministère de la Santé et de la Protection Sociale

- *Prise en charge globale des PVVIH*

En 2018, 72 745 PVVIH sont inscrites aux soins et régulièrement suivies dans les structures de prise en charge. Le tableau ci-après montre la répartition par région selon l'âge et le sexe.

Tableau XX : Répartition par région des PVVIH enregistrées en 2018

Régions	Enfants Masculin	Enfants Féminin	Adultes Masculin	Adultes Féminin	Total	Pourcentage
Lomé commune	69	179	980	2 521	30 885	42%
Maritime	107	274	1 538	3 956	20 742	29%
Plateaux	509	1 308	8 139	20 929	8 301	11%
Centrale	409	1 053	5 398	13 882	3 749	5%
Kara	144	372	2 180	5 605	5 875	8%
Savanes	63	162	831	2 137	3 193	4%
National	1 302	3 347	19 067	49 029	72 745	100%

(Source : Rapport PNLIS-IST 2018)

Suivant la répartition des PVVIH par région, environ 71% sont enregistrées dans les régions Lomé commune et Maritime. Pour espérer parvenir à l'élimination de l'infection à VIH au Togo à l'horizon 2030, les interventions à haut impact doivent être concentrées dans ces deux régions.

Tableau XXI : Répartition des PVVIH sous ARV par région en 2018

Régions	Enfants Masculin (moins de 15 ans)	Enfants Féminin (moins de 15 ans)	Total enfants sous TARV	Adultes Masculin (15 ans & plus)	Adultes Féminin (15 ans & plus)	Total Adultes sous TARV (15 ans & plus)	Total PVVIH adultes & enfants sous TARV
Lomé commune	461	1 185	1 646	7 475	19 223	26 698	28 344
Maritime	376	967	1 343	4 708	12 107	16 815	18 158
Plateaux	132	338	470	1 932	4 968	6 900	7 370
Centrale	69	177	246	964	2 480	3 444	3 690
Kara	101	259	360	1 394	3 584	4 978	5 338
Savanes	36	93	129	508	1 305	1 813	1 942
National	1 174	3 020	4 194	16 981	43 667	60 648	64 842

(Source : Rapport PNLIS-IST 2018)

Suivant la répartition par sexe des PVVIH sous traitement antirétroviral, le sexe féminin représente environ 72% comme l'indique le tableau ci-dessus. Par rapport aux PVVIH attendu en 2018, la couverture thérapeutique en ARV est de 58,95% (64842/110000). Cette couverture est respectivement de 34% et 64% chez les enfants et les adultes.

i) Lutte contre les maladies tropicales négligées (MTN)

Le domaine de la lutte contre les MTN a connu, en 2018, deux événements majeurs à savoir la création du programme national des maladies tropicales négligées (PNMTN) et l'organisation de la campagne de traitement de masse.

Le tableau suivant présente la synthèse des couvertures par intervention des deux tours du TDM en 2018.

Tableau XXII : Synthèse nationale des couvertures du traitement de masse des deux tours en 2018

Médicaments	Couvertures (%)					
	1 ^{er} Tour			2 ^{ème} Tour		
	Masculin	Féminin	Total	Masculin	Féminin	Total
Albendazole (5-14 ans)	99,38	99	99,34	99,76	99,77	99,77
Ivermectine	84,53	82,54	83,51	84,42	82,6	83,49
Praziquantel (15 ans et plus)	99,27	99,17		96,4	96,06	

(Source : rapport PNMTN 2018)

Il faut noter que la couverture globale au praziquantel pour la tranche d'âge de 15 ans et plus pour les hommes et pour les femmes sont successivement de 97,56% et 94,01% au premier tour et de 97,42% et 96,92% au second tour.

Par ailleurs, des activités de routine ont été mises en œuvre dont la synthèse suit : i) Organisation des évaluations épidémiologiques de l'onchocercose dans la région des Savanes avec enrôlement de 5580 enfants dans 110 villages et dans les villages de première ligne de la région de la Kara avec 1110 enfants enrôlés de 21 villages ; ii) Organisation de la supervision de 20 points focaux sur les activités de l'Ulcère de Buruli, lèpre et pian des districts et régions des Savanes, Kara et Centrale ; iii) Organisation de la revue de plan de travail du PNMTN et l'élaboration du PTA 2019 ; iv) Organisation d'une évaluation entomologique de l'onchocercose dans la région de la Kara avec 18 000 simules capturées pour le pool screening à l'INH.

2.1.4. Amélioration de la sécurité sanitaire et la réponse aux épidémies et autres urgences de santé publique

Trois indicateurs sont retenus pour mesurer la performance du système en matière d'amélioration de la sécurité sanitaire et la réponse aux épidémies et autres urgences de santé publique.

Tableau XXIII : Performances en matière d'Amélioration de la sécurité sanitaire et la réponse aux épidémies et autres urgences de santé publique

Indicateurs	Valeur de référence 2017	Valeur cible 2018	Valeur réalisée en 2018	Performance en 2018	Score de performance en 2018
Pourcentage de formations sanitaires pratiquant la PCI	36%	46%	38%	0,2	1
Taux d'infections post opératoire	1,2%	0,7%	2,9%	-3,4	0
Proportion d'épidémie ayant bénéficié d'une réponse dans les 14 jours après la notification	100%	100%	100%	0	1

L'analyse de ces indicateurs présentés dans le tableau ci-dessus montre des progrès enregistrés dans la pratique de la PCI dans les formations sanitaires ; une faible performance dans la pratique de la PCI au bloc opératoire marquée par une augmentation des taux d'infections post- opératoires. Mais il faudra relever la faiblesse dans les outils de collecte des informations pour renseigner cet indicateur et une bonne performance du système de surveillance et de riposte aux épidémies.

a) Prévention et contrôle de l'infection (PCI)

Au niveau des régions et districts, l'opérationnalisation des politiques et programmes à travers les visites à domicile, le suivi des communautés, l'hygiène hospitalière, la mise en œuvre de la PCI dans les formations sanitaires, la communication pour le développement ont permis une

amélioration relative de certains indicateurs. En effet, le taux de mise œuvre de la PCI est passée de 36% en 2017 à 38% en 2018 pour une cible de 46%.

Tableau XXIV : Evolution de la gestion des déchets biomédicaux et le bio nettoyage par région

Régions	Pourcentage des FS respectant le tri des déchets (%)		Pourcentage des FS ayant mis en place le système des 2 seaux (%)		Pourcentage des FS ayant bénéficié d'une évaluation interne ou externe sur le gestion des déchets médicaux (%)	
	2017	2018	2017	2018	2017	2018
Savanes	19,56	19,60	50	50	53,26	53,3
Kara	54	66	43	47	86	78
Centrale	27,40	37	15,86	28	99	65
Plateaux	55,7	44	28,7	32	63,2	50
Maritime	3	41,10	18	36,60	61	44,4
Lomé Commune	20	20	25	25	100	100
Total Pays	29,82	37,95	30,09	36,43	77,08	65,11

(Sources : Rapport annuel de la DHAB, 2018)

Le pourcentage de formations sanitaires pratiquant le tri des déchets et le bio nettoyage est respectivement de 37,95% et de 36,43% en 2018. Dans l'ensemble, il est à relever une amélioration des indicateurs sur la gestion des déchets biomédicaux et le bio-nettoyage. Cependant on constate une faible performance dans certaines régions liées à la non application des recommandations.

Les activités ayant contribué à l'amélioration des conditions d'eau, d'hygiène et d'assainissement y compris la gestion des déchets d'activités de soins médicaux et la Prévention et contrôle de l'infection (PCI) sont : i) la formation de 642 techniciens de surface, techniciens d'assainissement et autres personnels impliqués dans le bio nettoyage des formations sanitaires publiques et privées des six régions Sanitaires en bio nettoyage ; ii) la mise en œuvre du WASH Fit dans 30 Formations sanitaires ; iii) formation de 40 Techniciens d'hygiène et assainissement et Responsable de FS sur le WASH Fit ; iv) réalisation de l'évaluation des pratiques de la PCI ; v) dotation de matériels de collecte de déchets (poubelles, sacs poubelles ...) dans 16 FS ; vi) 60 structures sanitaires ont été supervisées sur la gestion des déchets et le Bio nettoyage ; Malgré ces réalisations il existe des insuffisances notamment la difficulté à quantifier les déchets solides produits dans les hôpitaux par manque d'équipement de pesage et l'inexistence de système de traitement des déchets liquides issus de différents services.

b) Renforcement de la surveillance épidémiologique

✓ Lutte contre les autres maladies transmissibles y compris les maladies à potentiel épidémique

Dans le cadre du renforcement de la surveillance et la lutte contre les épidémies, plusieurs activités ont été menées au cours de l'année 2018 à savoir : i) la surveillance épidémiologique à des fins de détection précoce des cas ; ii) les activités de laboratoire pour la confirmation des cas ; iii) la préparation et riposte aux épidémies et iv) l'évaluation externe de la mise en œuvre du RSI 2005 (JEE).

✚ Surveillance épidémiologique à des fins de détection précoce des cas

En matière de la surveillance de routine, l'analyse hebdomadaire des données épidémiologiques (ci-dessous) montre que la performance de la surveillance en matière de transmission des données par région sanitaire est bonne.

Tableau XXV : Complétude et promptitude de la surveillance épidémiologique par région sanitaire en 2018

Régions sanitaires	Nombre de districts	Rapports reçus à temps	Taux de complétude (%)	Taux de promptitude (%)
Lomé Commune	5	260	100	85
Maritime	7	364	100	92
Plateaux	12	624	100	100
Centrale	5	260	100	97
Kara	7	364	100	98
Savanes	5	260	100	77
National	41	2132	100	88

(Source : Rapport annuel DSIUSR 2018)

La complétude et la promptitude de transmission des rapports de surveillance sont acceptables. Cependant, les régions Lomé Commune et Savanes ont enregistré de faibles performances respectivement de 85% et 77%. Ce fait serait lié aux difficultés rencontrées dans l'utilisation de l'outil de rapportage ARGUS en phase pilote dans ces régions. Les basses performances dans ces deux régions ont connu une nette amélioration vers la fin de l'année, avec la mise en œuvre d'une série d'activités portant sur la maintenance et l'installation d'une nouvelle version de l'application ainsi que les aspects liés à la connectivité internet.

✚ Surveillance des maladies à potentiel épidémique (MPE)

Surveillance des Paralysies Flasques Aigues (PFA) :

Tableau XXVI : Performance de la surveillance des PFA durant l'année 2018

1er Niveau Administratif (Etat, Province, etc...)	Population de <15 ans	Nombre de cas de PFA attendus (<15 ans)	Total de cas de PFA notifiés (<15 ans)	Total des cas de PFA non polio (<15 ans)	Taux de PFA non polio* ((<15 ans)	Cas de PFA avec 2 échantillons de selles adéquats ** (pour tous les cas de PFA notifiés)	
						Nombre	%
Lomé Commune	417 724	8	11	11	2,6	9	81,82
Maritime	869 568	17	47	47	5,4	43	91,49
Plateaux	675 711	14	29	29	4,3	25	86,21
Centrale	304 491	6	12	12	3,9	11	91,67
Kara	379 227	8	20	20	5,3	18	85,00
Savanes	403 828	8	25	25	6,2	24	92,00
Total pays	305 0549	61	144	144	4,7	130	88,89

* (≥ 80% pour une population de 100.000 enfants de moins de 15 ans).

(Source : Rapport annuel DSIUSR 2018)

En 2018, aucun district n'est resté silencieux dans la détection et la notification des cas de PFA. Au total 144 cas de PFA 'non-polio' ont été notifiés chez les moins de 15 ans (11 dans Lomé Commune, 47 dans Maritime, 29 dans les Plateaux, 12 dans la Centrale, 20 dans la Kara et 25 dans les Savanes), ce qui correspond à un taux de PFA non-polio de 4,7%. Le total de cas de PFA avec deux échantillons de selles adéquates est de 130, soit 88,89% de cas PFA avec des échantillons de selles adéquates. Ces deux indicateurs traduisent la bonne performance de la surveillance des PFA dans le pays.

Surveillance des méningites :

En 2018, le nombre de cas suspects de méningite notifiés est inférieur à celui de 2017. En effet, en 2018 aucune épidémie n'a été notifiée contrairement à l'année 2017 où le pays a connu deux (02) épidémies de méningite dans les districts de Tône et Akébou.

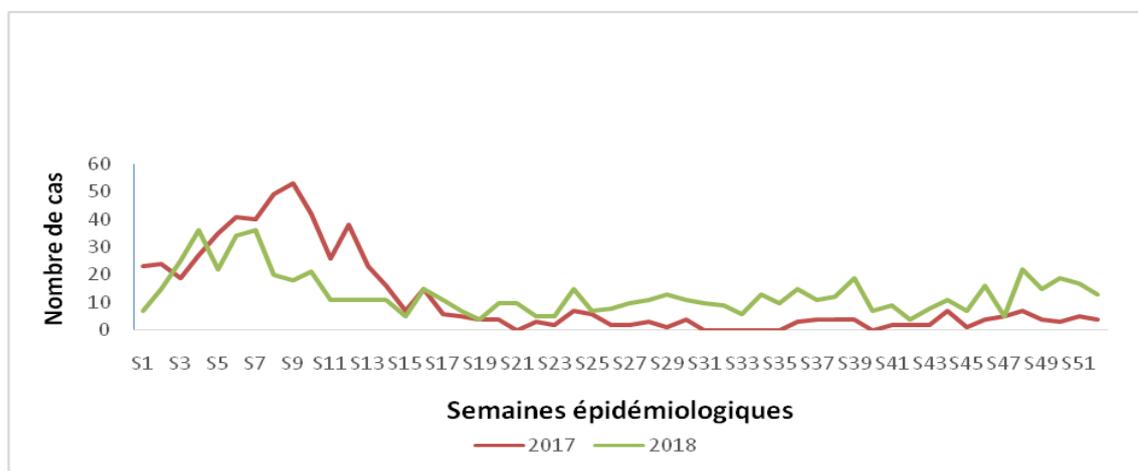


Figure 17 : Evolution hebdomadaire et comparative des cas suspects de méningites de 2017 et 2018
(Source : Rapport annuel DSIUSR 2018)

Les résultats de laboratoire

Le tableau ci-dessous récapitule les résultats de laboratoires obtenus de 2012 à 2018.

Tableau XXVII : Les germes identifiés dans les méningites de 2012 à 2018

Année	Cas confirmés	Germes identifiés (n, %)						
		Neisseria meningitidis				S.pneu- moniae	Haem. infl. b	Autres germes
		A	W135	X	Indéterm			
2012	154	3 (1,95%)	8 (5,19%)	0 (0%)	40 (25,97%)	92 (59,74%)	11 (7,14%)	0 (0%)
2013	97	0 (0%)	4 (4,12%)	0 (0%)	17 (17,53%)	63 (64,95%)	8 (8,25%)	5 (5,15%)
2014	145	0 (0%)	65 (44,83%)	0 (0%)	14 (9,66%)	55 (37,93%)	7 (4,83%)	4 (2,76%)
2015	124	0 (0%)	41 (33,06%)	0 (0%)	12 (9,68%)	52 (41,94%)	4 (3,23%)	15 (12,10%)
2016	530	1 (0,19%)	338 (63,77%)	7 (1,32%)	98 (18,49%)	77 (14,53%)	2 (0,38%)	7 (1,32%)
2017	179	0 (0%)	75 (41,90%)	43 (24,02%)	5 (2,79%)	46 (25,70%)	1 (0,56%)	9 (5,03%)
2018	39	0 (0%)	3 (7,69%)	0 (0%)	0 (0%)	23 (58,97%)	0 (0%)	13 (33,33%)

(Source : Rapport annuel DSIUSR 2018)

La disparition des cas de méningite à méningocoque A est consécutive à la campagne nationale de vaccination avec MenAfriVac en 2014 et la nette diminution des cas de méningite à pneumocoque et à Haemophilus influenzae B est lié à l'introduction dans le PEV de routine du vaccin du Pentavalent en 2008 et du PCV13 en 2014.

Surveillance de la rougeole :

L'évolution du nombre de cas suspect de rougeole en 2018 est presque similaire en 2017 comme l'illustre la figure suivante.

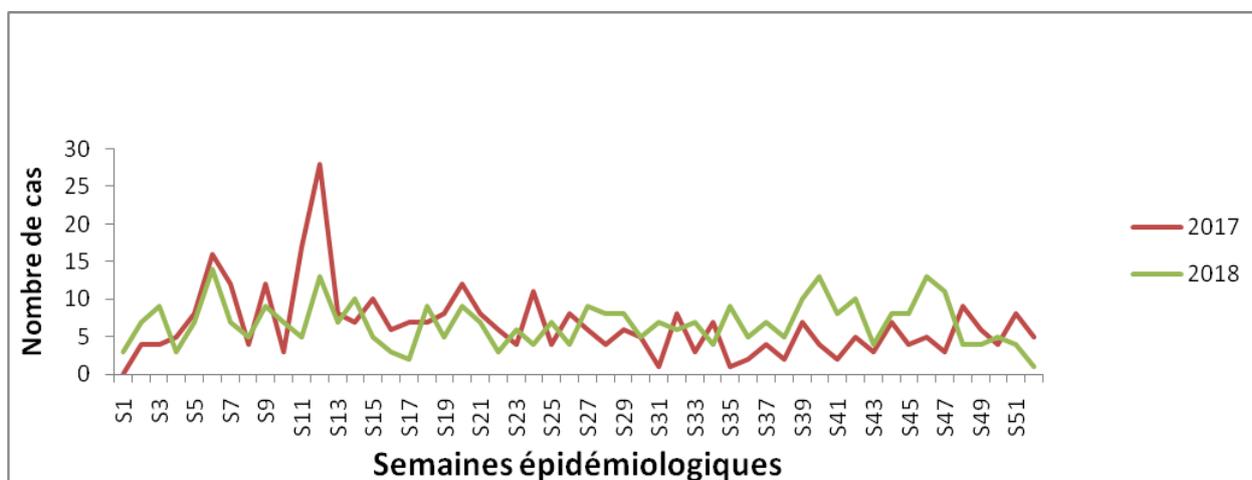


Figure 18 : Evolution hebdomadaire et comparative des cas suspects de rougeole au Togo de 2017 et 2018

(Source : Rapport annuel DSIUSR 2018)

Au total 356 cas suspects de rougeole ont été notifiés en 2018 parmi lesquels 35 cas confirmés (02 cas dans les Savanes, 04 cas dans les Plateaux, 05 cas dans la Centrale 21 cas dans la Kara, 03 cas dans la Maritime et zéro cas dans Lomé Commune) et 41 cas de rubéole positifs.

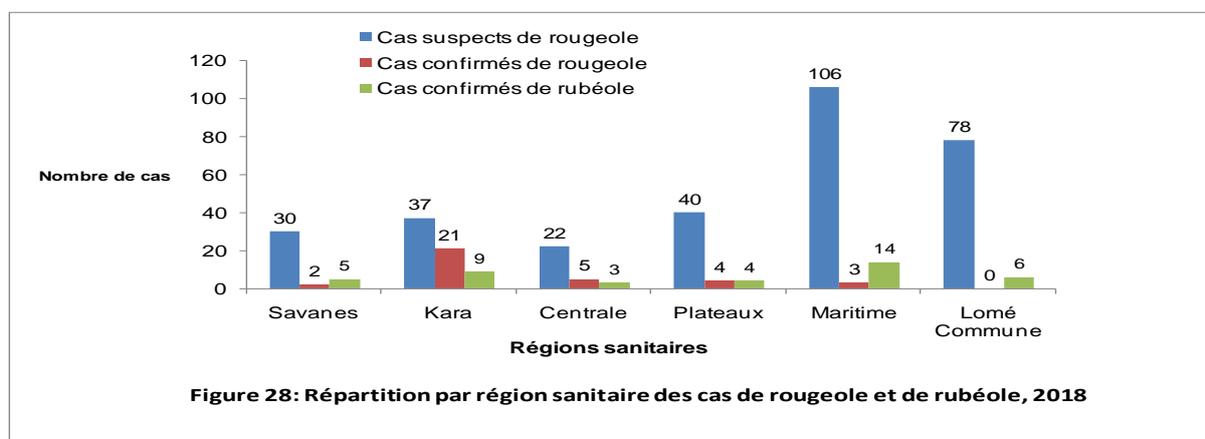


Figure 28: Répartition par région sanitaire des cas de rougeole et de rubéole, 2018

Figure 19 : Répartition par région sanitaire des cas de rougeole et de rubéole en 2018

(Source : Rapport annuel DSIUSR 2018)

Surveillance de la Rubéole

La rubéole comme toute maladie à potentiel épidémique fait l'objet d'une surveillance épidémiologique de routine sur toute l'étendue du territoire. Mais d'une manière particulière, la rubéole congénitale fait l'objet de surveillance dans les sites sentinelles (CHU-SO, Campus et l'hôpital de Bè). Elle a permis de détecter 27 cas suspects en 2018 dont 1 cas positif.

Tableau XXVIII : Répartition par région des cas de rubéole par la surveillance de routine en 2018

Régions	Lomé Comm.	Maritime	Plateaux	Centrale	Kara	Savanes	National
Cas suspects	96	149	78	39	114	47	523
Cas prélevés	75	111	45	26	65	31	353
Cas confirmés	6	14	4	3	9	5	41

(Source : Rapport annuel DSIUSR 2018)

Surveillance du Tétanos Néonatal (TN) :

La surveillance du TN a permis de détecter 14 cas contre 09 en 2017 répartis dans 13 districts et enregistré 03 décès. La létalité cumulée est passée de 25% en 2017 à 21% en 2018.

La performance de cette maladie est faible en 2018 car pour un objectif de 326 cas attendus (sur la base de 1 pour 1000 naissances vivantes), le pays n'a notifié que 14 cas. Il est relevé une faiblesse dans le suivi et la notification de l'issue des cas suspects notifiés.

Surveillance des ictères fébriles :

En 2018, la situation des cas suspects de fièvre jaune notifiés par région se présente comme le montre le tableau ci-après :

Tableau XXIX : Evolution des indicateurs de surveillance de la fièvre jaune de 2017 à 2018

Régions	2017			2018		
	Cas suspects	Cas investigués et prélèvement	Cas confirmés	Cas suspects	Cas investigués et prélèvement	Cas confirmés
Lomé Commune	31	31	0	40	40	0
Maritime	75	75	0	120	120	0
Plateaux	89	89	0	106	106	0
Centrale	76	76	0	81	81	0
Kara	79	79	0	74	74	0
Savanes	98	98	0	85	85	0
National	448	448	0	506	506	0

(Source : Rapport annuel DSIUSR 2018)

Surveillance du choléra :

En 2018, aucun cas de choléra n'a été notifié ; le dernier cas a été notifié en 2016. Entre 1990 et 2016, des épidémies sont survenues en 1991, 1998, 2001, 2004, 2005, 2006 et 2014.

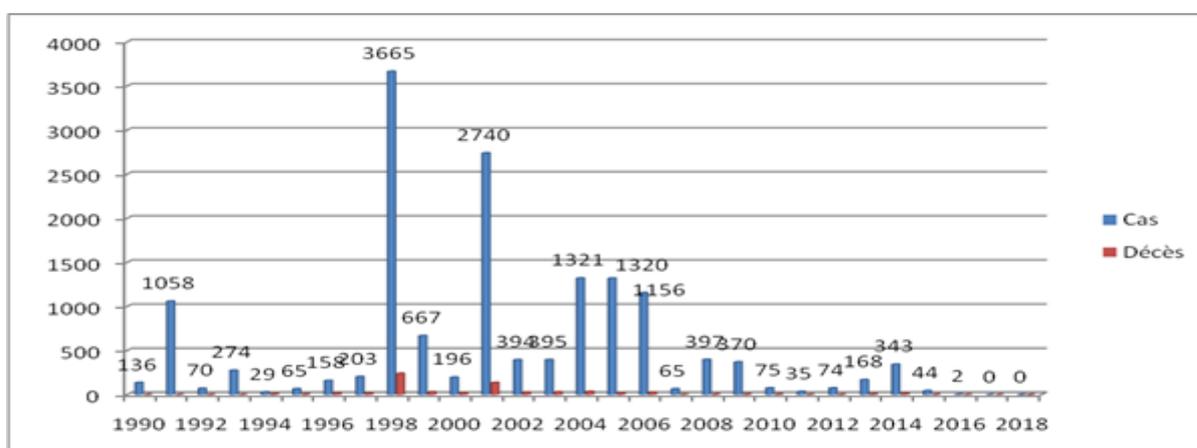


Figure 20 : Evolution des cas de choléra dans le temps de 1990 à 2018

(Source : Rapport annuel DSIUSR 2018)

Surveillance sentinelle de la grippe :

Au Togo, la surveillance de la grippe se fait de façon passive en routine et dans 5 sites sentinelles : pour les Infections Respiratoires Aigües Sévères (Hôpital pédiatrique de Tantigou, CHR Dapaong, et CHR Tsévié), pour le syndrome grippal (Hôpital de Bè et Centre de Santé des Armées de Lomé). La surveillance sentinelle de la grippe a démarré en 2010 avec l'appui du Gouvernement Américain à travers le CDC/NAMRU3 par la mise en place d'un système performant de détection et de confirmation des cas.

L'augmentation progressive d'année en année du nombre de cas de syndromes grippaux notifiés se justifie par la sensibilisation des prestataires au cours des réunions de coordination et de monitoring. Les principaux résultats obtenus par cette surveillance sont résumés ci-dessous à travers des graphiques :

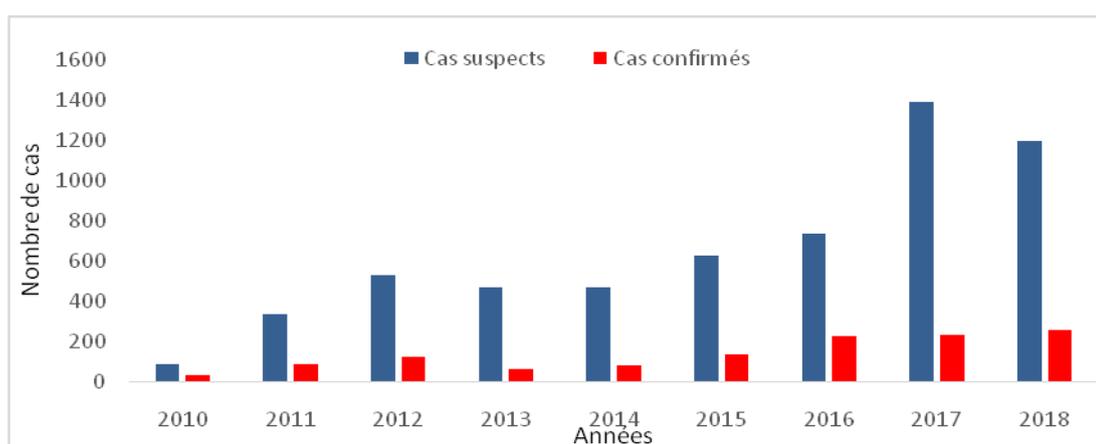


Figure 21 : Evolution des cas suspects et cas confirmés de grippe au Togo de 2010-2018

(Source : Rapport Annuel DSIUSR 2018)

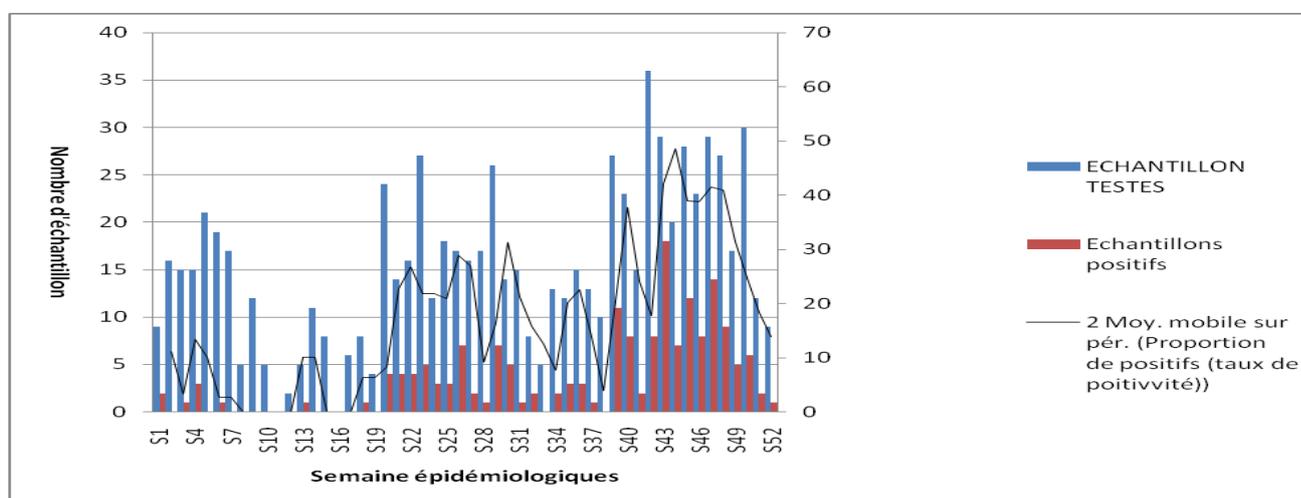


Figure 22 : Evolution hebdomadaire de la positivité des syndromes grippaux

(Source : Rapport Annuel DSIUSR 2018)

Surveillance des Fièvres Virales Hémorragiques :

Les fièvres virales hémorragiques (FVH) font l'objet d'une surveillance spécifique, particulièrement au niveau des points d'entrée avec le Bénin étant donné que le Nigéria est un pays endémique et que tous les cas de fièvre à virus Lassa détectés proviennent de ce pays.

En 2018, deux cas de Lassa en transit provenant du Nigéria ont été détectés dans le district de la Kéran puis pris en charge et décédés au Bénin. Les contacts de ces deux cas ont été suivis sans survenue de signes suspects.

Règlement Sanitaire International (RSI) :

Dans le contexte du Règlement Sanitaire International (RSI), le pays a connu une activité majeure qui est l'évaluation conjointe externe de RSI (Joint External Evaluation : JEE).

Cette évaluation externe JEE s'est tenue du 16 au 20 avril 2018 à Hôtel SAKAWA et a regroupé les acteurs de tous les secteurs impliqués dans la mise en œuvre du RSI.

2.1.5. Renforcement de la lutte contre les maladies non transmissibles et la promotion de la santé

Les indicateurs de performance en matière de renforcement de la lutte contre les maladies non transmissibles et la promotion de la santé sont présentés dans le tableau ci-après :

Tableau XXX : Performances en matière de renforcement de la lutte contre les maladies non transmissibles et la promotion de la santé

Indicateurs	Valeur de référence 2017	Valeur cible 2018	Valeur réalisée en 2018	Performance en 2018	Score de performance en 2018
Pourcentage de personnes vivant avec un handicap pris en charge en réadaptation physique	2%	4%	68,13%	32,07	5
Pourcentage de structures de santé primaires offrant le paquet essentiel d'interventions pour la prise en charge intégrée des MNT (WHO-PEN)	10,29%	25,5%	18%	0,52	3

Le pourcentage de personnes vivant avec un handicap pris en charge en réadaptation physique est passé de 2% en 2017 à 68,13% en 2018. Cette performance a été réalisée grâce aux services spécialisés de rééducation fonctionnelle dans les 6 régions sanitaires et dans les formations sanitaires. (CHU, CHR et Hôpitaux de districts). En 2017, certaines FS n'avaient pas renseigné cet indicateur.

La gestion de la lutte contre les maladies non transmissibles en 2018 est essentiellement axée sur la planification et le renforcement des actions à base communautaire.

Au titre de la planification, le programme a validé son deuxième plan stratégique intégré de lutte contre les MNT 2018-2022 et élaboré le plan d'action opérationnel 2018-2020 du programme diabète.

Concernant les activités à base communautaire, le programme a formé de 53 prestataires des soins de santé primaire de la région des savanes sur la prise en charge des principales MNT (WHO-PEN), 60 sages-femmes et infirmiers sur la prise en charge du diabète, 27 médecins et 32 assistants médicaux du secteur privé sur la prise en charge des Accidents Vasculaires Cérébrales, 75 ASC sur le contrôle et la prévention des MNT, 316 ASC sur la détection, la notification et la prise en charge précoce des maladies bucco-dentaires et le Noma.

Il a réalisé en outre plusieurs campagnes de sensibilisation sur le dépistage de l'hypertension artérielle, le diabète et l'obésité dans la région Lomé Commune, sur le diabète dans les 40 districts sanitaires et sur la prise en charge des maladies mentales dans la région Maritime.

Ces actions ont permis d'améliorer le pourcentage de structures de santé primaires offrant le paquet essentiel d'interventions pour la prise en charge intégrée des MNT (WHO-PEN) de 10,29% en 2017 à 18% en 2018.

Notons que 2 812 jeunes, adolescents et adultes ont bénéficié du dépistage de l'hypertension artérielle, du diabète et de l'obésité en 2018 contre 1 119 en 2107.

c) Promotion de la santé

Les principaux résultats obtenus en 2018 en matière de promotion de la santé se résument essentiellement à 249 420 sensibilisations de proximité réalisées par le personnel de santé et les ASC en prélude aux événements spéciaux de santé. Elles ont porté sur la prévention et la riposte contre la Fièvre Hémorragique à Virus de Lassa, le Diabète, le Cancer de sein, l'Hygiène Assainissement. Elles ont eu lieu dans les écoles, dans les églises, sur les places publiques, à l'endroit de certains groupes organisés. Cependant, leur nombre n'a pas pu être renseigné par district car ces informations ne sont pas paramétrées dans le DHIS 2.

Des activités spécifiques de communication ont été menées pour accompagner certains événements spéciaux liés à la santé. Il s'agit de : la célébration des journées de promotion de la santé ; des Journées portes ouvertes en PF ; des Journées de Dépistage des MNT ; des Bonnes Pratiques de Promotion du Lavage des mains dans les écoles ; des séances de sensibilisation dans le cadre du déploiement de la Clinique Mobile ATBEF ; des réunions d'échanges avec les autorités pour le compte des activités supplémentaires au cours de l'année 2018 ; des séances de sensibilisation sur l'utilisation et l'entretien des latrines construites dans le cadre du Projet PEAT et ATPC et enfin la mise en œuvre de l'équité en matière d'immunisation dans les districts prioritaires.

2.2. Bilan des réalisations du plan d'action opérationnel

2.2.1. Exécution physique du PAO

Le taux de réalisation physique global (tous les axes) des plans d'action opérationnels (PAO) est de 67,84% en 2018 pour l'ensemble des services centraux, programmes de santé et régions sanitaires.

Sur les 5429 activités prévues (activités des directions et services centraux, programmes de santé, régions et districts sanitaires confondus), 66,07% (3587/5429) sont totalement réalisées (activités réalisées à 100%), 3,54% sont en cours de réalisation (moins de 100%) et 30,58% n'ont pas été réalisées. Ce taux élevé des activités non réalisées pourrait s'expliquer par la programmation de certaines activités sans la disponibilité des ressources financières, l'insuffisance des ressources humaines et parfois le chevauchement de certaines activités programmées.

Le tableau ci-après présente le niveau d'exécution des PAO par axe stratégique du PNDS :

Tableau XXXI : Niveau d'exécution physique du PAO

Axes stratégiques du PNDS	Nombre d'activités prévues	Nombre d'activités réalisées à 100%	Nombre d'activités en cours de réalisation (Moins de 100%)	Nombre d'activités non réalisées	Taux de réalisation du PAO
Axe 1 : Accélération de la réduction de la mortalité maternelle, néonatale et infanto-juvénile et renforcement de la planification familiale et de la santé des adolescents	2 315	1 524	69	720	67,32%
Axe 2 : Renforcement de la lutte contre les maladies transmissibles	1 141	815	33	293	72,87%
Axe 3 : Amélioration de la sécurité sanitaire et la réponse aux épidémies et autres urgences de santé publique	643	429	31	187	69,13%
Axe 4 : Renforcement de la lutte contre les maladies non transmissibles et promotion de la santé	426	211	25	196	52,46%
Axe 5 : Renforcement du système de santé vers la Couverture Sanitaire Universelle (CSU) y compris la santé communautaire	904	608	34	264	69,14%
Ensemble (services centraux, programmes de santé et régions) PAO	5 429	3 587 (66,07%)	192 (3,54%)	1 660 (30,58%)	67,84%

2.2.2. Exécution des marchés publics

Par rapport aux marchés publics prévus, 69,05% concernent le fonctionnement ; 19,21% portent sur les transferts et 11,75% sur les investissements. L'exécution de ces différents marchés publics se présente comme suit :

Pour le fonctionnement, les marchés exécutés représentent 57,89% ; les exécutions en cours 42,11%. Pour les investissements, 90,31% des marchés ont été déjà exécutés et 9,31% en cours d'exécution. Pour les marchés de transfert, 37,33% sont déjà exécutés, 47,76% sont en cours d'exécution et 15% ne le sont pas.

En ce qui concerne le taux d'exécution global des marchés publics prévus, 57,78% sont déjà exécutés ; 39,34% sont en cours d'exécution et 3% ne sont pas exécutés. Le tableau suivant présente la répartition de l'exécution des marchés publics.

Tableau XXXII : Répartition de l'exécution des marchés publics par budget

Budget	Marchés prévus			Marchés exécutés			Marchés en cours d'exécution			Marchés non exécutés			Total
	Nombre de marchés	Montant (en francs CFA)	Pourcentage par rapport au total	Nombre de marchés	Montant (en francs CFA)	Pourcentage d'exécution	Nombre de marchés	Montant (en francs CFA)	Pourcentage en cours d'exécution	Nombre de marchés	Montant (en francs CFA)	Pourcentage non exécuté	
Fonctionnement	1074	2 395 381 300	69,05%	498	1 386 789 433	57,89%	576	1 008 591 867	42,11%	0	0	0	100%
Investissement	23	407 496 559	11,75%	15	369 573 718	90,69%	9	37 922 841	9,31%	0	0	0	100%
Transfert	148	666 404 599	19,21%	66	248 132 435	37,23%	81	318 272 164	47,76%	1	100 000 000	15%	100%
Total	1245	3 469 282 458	100,00%	579	2 004 495 586	57,78%	666	1 364 786 872	39,34%	1	100 000 000	3%	100%

(Source : MSHP, Cellule technique des marchés publics, 2018)

2.3. Point d'ensemble de l'exécution à fin décembre du budget

Sur le plan mobilisation des ressources, le budget général alloué aux activités du ministère de la santé et de l'hygiène publique en 2018 a été exécuté à 97,17% soit respectivement 88,49% pour les dépenses de personnel ; 91,34% pour les dépenses de matériel ; 97,23% pour les dépenses de transfert ; 115,74% pour les dépenses d'investissement externes et 88,21% pour les dépenses d'investissement sur ressources internes. Au total 76,81 milliards FCFA ont été mobilisés sur 79,04 FCFA milliards autorisés ; contre 100 milliards prévus annuellement dans le PNDS 2017-2022. Cet écart de financement serait dû à la non atteinte du niveau de prévision du financement de l'Etat (69%)¹¹ et au à l'insuffisance de recouvrement de coûts (56%)¹².

En considérant ce qui a été ordonnancé, il ressort que les dépenses de fonctionnement ont augmenté de 2,18 milliards de FCFA par rapport à 2017. L'Etat a investi sur ressources propres 0,418 milliards de FCFA en 2018 contre 0,644 milliards de FCFA en 2017 soit une diminution de 0,226 milliards de francs CFA. Le financement mobilisé auprès des partenaires est passé de 40,89 milliards de FCFA en 2017 à 27,02 milliards de FCFA en 2018 soit une nette diminution de 33,95%. Les dépenses sur ressources propres (recouvrement de coûts) ont connu une baisse de 18,29% entre 2017 et 2018.

On note de façon globale une nette diminution de 17,47% des ressources mobilisées entre 2017 et 2018 due essentiellement aux diminutions des ressources d'investissement internes et externes et à la baisse des ressources sur recouvrement de coûts.

Tableau XXXIII : Exécution du budget comparé des années 2017 et 2018 (en milliers FCFA)

Nature des dépenses	Montant en millions de francs CFA		Part dans le budget général		Variation	taux de variation
	2017(a)	2018(b)	2017 (a)	2018 (b)	(b-a)	(b-a)/(a)
Dépenses de personnel (Traitements et salaires)	15 013 624	17 967 728	16,13%	23,39%	2 954 104	19,68%
Dépenses de matériel (Achat de biens et services)	2 939 502	1 920 624	3,16%	2,50%	-1 018 878	-34,66%
Dépenses de transfert (Transferts et subventions)	9 866 227	10 107 287	10,60%	13,16%	241 060	2,44%
Total fonctionnement (I)	27 819 353	29 995 639	29,89%	39,05%	2 176 286	7,82%
Dépenses internes d'investissement	644 221	418 266	0,69%	0,54%	-225 955	-35,07%
Dépenses externes d'investissement	40 895 259	27 024 347	43,94%	35,19%	-13 870 912	-33,92%
Total investissement (II)	41 539 480	27 442 613	44,64%	35,73%	-14 096 867	-33,94%
Budget total (I+II)	69 358 833	57 438 252	74,53%	74,78%	-11 920 581	-17,19%
Dépenses sur Ressources Propres (III)	23 701 414	19 367 496	25,47%	25,22%	-4 333 918	-18,29%
Total général (I+II+III) = A	93 060 247	76 805 748	100,00%	100,00%	-16 254 499	-17,47%

(Source : rapport d'exécution DAF, gestion 2018)

¹¹ Le financement actuel de l'Etat est de 33 milliards contre 48 milliards prévus par le PNDS (Sources potentielles de financements du PNDS) pour l'année 2018.

¹² Le recouvrement de coûts actuel est de 19 milliards contre 33 milliards prévus par le PDNS (Sources potentielles de financements du PNDS) pour l'année 2018.

Tableau XXXIV : Exécution du budget de l'année 2018

Nature des dépenses	Crédits votés (a) Prévision	Crédits autorisés (b)	Engagement		Ordonnancement	
			Montant ©	Taux (c/b)	Montant (d)	Taux (d/b)
Dépenses de personnel (Traitements et salaires)	20 304 885	20 304 885	17 967 728	88,49%	17 967 728	88,49%
Dépenses de matériel (Achat de biens et services)	2 213 765	2 140 725	2 004 664	93,64%	1 920 624	89,72%
Dépenses de transfert (Transferts et subventions)	10 395 304	10 395 304	10 107 287	97,23%	10 107 287	97,23%
Total fonctionnement (I)	32 913 954	32 840 914	30 079 679	91,59%	29 995 638	91,34%
Dépenses d'investissement sur ressources internes	474 146	474 146	418 266	88,21%	418 266	88,21%
Dépenses d'investissement sur ressources externes	23 348 955	23 348 955	27 024 347	115,74%	27 024 347	115,74%
Total investissement (II)	23 823 101	23 823 101	27 442 613	115,19%	27 442 613	115,19%
Budget total (I+II)	56 737 055	56 664 015	57 522 292	101,51%	57 438 252	101,37%
Dépenses sur ressources Propres (III)	22 378 760	22 378 760	19 367 496	86,54%	19 367 496	86,54%
Total général (I+II+III)	79 115 815	79 042 775	76 889 788	97,28%	76 805 748	97,17%

(Source : rapport d'exécution DAF, gestion 2018)

III. ANALYSE DES CAPACITES DE MISE EN OEUVRE, DES DIFFICULTES RENCONTREES ET DES DEFIS A RELEVÉ

3.1. Analyse des capacités de mise en œuvre et difficultés rencontrées

L'analyse des capacités de mise en œuvre des activités en 2018 est faite à deux niveaux : i) la planification et la programmation budgétaire et ii) l'exécution budgétaire. C'est une analyse critique de la capacité de mobilisation des ressources et de la capacité d'absorption des ressources du Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique. Ces capacités sont analysées dans le but de déceler les goulots d'étranglement à la mise en œuvre des orientations stratégiques définies dans le PNDS 2017-2022.

3.1.1. Analyse des capacités de planification et programmation budgétaire

Le processus de planification et de programmation budgétaire à travers lequel les ressources sont alignées sur les priorités définies dans le PNDS, a pour but de limiter les insuffisances de progrès dans la mise en œuvre des activités.

La planification et la programmation des activités de l'année 2018 devraient se dérouler à deux niveaux essentiels : i) l'élaboration de PAO annuels par niveau de mise en œuvre du PNDS (directions centrales, programmes de santé, régions et districts sanitaires) suivant une approche participative et ii) la consolidation au niveau central des PAO des directions centrales, des programmes de santé et des régions sanitaires.

Il faut noter que les PAO triennaux des districts sanitaires ont été élaborés couvrant la période 2017-2019. Ces PAO qui devraient être actualisés annuellement en prenant en compte les nouvelles priorités issues des monitorages et des recommandations formulées lors des revues

annuelles ne l'ont pas été. De plus, les services centraux et la plupart des programmes n'ont pas élaboré leur PAO ce qui fait que la consolidation des PAO au niveau central n'a pas été réalisée. De même, les Hôpitaux autonomes (CHU, CHR et CHP) et les Spécificités nationales (INH, CNTS, CNAO, CRTS, CRAO) n'ont pas aussi élaboré leur projet d'établissement équivalent au PAO des districts et régions. Ce qui explique la non consolidation des PAO au niveau central. Le tableau suivant présente la disponibilité des PAO par entité en 2018.

Tableau XXXV : Disponibilité des PAO en 2018 par niveau du système de santé

Niveau/Entités		Nombre disponible	Observations
Central	Programmes nationaux de santé	0	
	Directions centrales et Divisions	0	
Régional (Directions régionales de la santé)		6	PAO disponibles
Districts sanitaires		44	PAO des 44 districts

(Source : rapport DGEPIS 2018)

L'année 2018 est la deuxième année de mise en œuvre du PNDS. Les insuffisances relevées dans la planification et programmation budgétaire constituent un frein à la mobilisation des ressources et au suivi de la mise en œuvre du PNDS dont l'évaluation à mi-parcours est prévue pour fin 2019 selon le plan de suivi évaluation.

Sur le plan budgétaire, le montant total mobilisé pour la mise en œuvre des activités du Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique pour l'année 2018 est de 76,81 milliards de FCFA. Ces ressources mobilisées sont réparties comme suit : 30,41 milliards de FCFA (40,89%) sur fonds propre de l'Etat ; 27,02 milliards de FCFA (35,19%) par les PTF et 19,38 milliards de FCFA (25,47%) par les recettes propres des formations sanitaires.

3.1.2. Analyse des capacités de l'exécution budgétaire

En matière d'exécution budgétaire, la capacité d'exécution directe du budget mobilisé par le MSHP pour l'exercice 2018 est de 97,17% contre 109,45% en 2017.

Quant aux dépenses d'investissements (internes + externes), le niveau d'exécution est 115,19% en 2018 contre 157,73% en 2017. En 2018, les investissements sur ressources internes ont été exécutés à 88,21% contre 37,6 % en 2017. Par contre les investissements sur ressources externes ont été exécutés à 115,74% en 2018 contre 161,53% en 2017.

Les différents dépassements constatés en 2017 sont dus à la communication tardive des enveloppes de certains partenaires.

En ce qui concerne le taux d'exécution global des marchés publics prévus, 57,78% sont déjà exécutés ; 39,34% sont en cours d'exécution et 3% ne sont pas exécutés.

3.2. Analyse de la capacité de suivi et évaluation et difficultés rencontrées

L'analyse du système de suivi et évaluation complète les analyses précédentes en faisant ressortir les forces et les faiblesses du système de suivi et évaluation et du SNIS.

3.2.1. Fonctionnement du cadre institutionnel de suivi et évaluation des activités

Le cadre institutionnel de suivi et évaluation des activités est celui prévu dans le Plan de suivi et évaluation du PNDS. Il est conforme au Dispositif Institutionnel de coordination, de suivi et de l'évaluation des politiques de développement (DIPD) développé par le pays. Ce cadre fonctionne de la manière suivante : (i) au niveau central, le Comité sectoriel « santé et VIH/Sida » constitue le cadre conjoint de coordination, de suivi et de l'évaluation de la politique sectorielle « santé et VIH/Sida » dont les organes sont décrits par Arrêté N° 2011-066/PMRT ; le Secrétariat technique du Comité sectoriel « santé et VIH/Sida » est assuré par la Direction en charge de la planification et la Direction en charge des affaires financières en collaboration avec les directions techniques ; (ii) le suivi et évaluation au niveau régional et préfectoral est réalisé par l'Equipe Cadre Régionale (ECR) et l'Equipe Cadre de District (ECD) en l'absence des démembrements du Comité sectoriel « santé et VIH/Sida » (comités régionaux et locaux « santé et VIH/Sida »). Cependant, en 2018 le Comité sectoriel « santé et VIH/Sida » n'a pas fonctionné. En effet, l'élaboration du règlement intérieur et la mise en place des comités thématiques qui étaient censés améliorer le fonctionnement de ce cadre n'ont pas toujours été faites. Des réflexions pour la recomposition et la dynamisation de ce comité ont été engagées en 2018. Elles ont permis de disposer d'un projet de règlement intérieur en attente de finalisation.

Néanmoins, d'autres cadres ont servi de coordination des actions du secteur tels que les réunions du conseil de cabinet, les réunions du CCIA, du CCM, les réunions de coordination des régions (ECR) et de districts (ECD).

3.2.2. Gestion de l'information pour le suivi de la mise en œuvre des activités

La gestion de l'information pour le suivi de la mise en œuvre des activités est fondée sur le fonctionnement du Système National d'Information Sanitaire.

En effet, il existe au niveau du secteur de la santé un cadre de suivi et évaluation qui définit les rôles et responsabilités des parties prenantes. Ce cadre est basé sur la chaîne des résultats du plan de suivi et évaluation du PNDS 2017-2022 avec 34 indicateurs clés de suivi de progrès. Il constitue un cadre de référence pour orienter les parties prenantes sur le suivi de la mise en œuvre des activités et permet ainsi l'appréciation des progrès vers l'atteinte des résultats escomptés.

3.2.3. Suivi de la mise en œuvre des activités

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

Au niveau district, le suivi est beaucoup plus rapproché, avec l'implication des représentants de la communauté locale (ASC). Ce suivi de proximité a consisté en la supervision formative intégrée du personnel des USP et l'organisation de monitoring/micro-planification par les

points focaux des programmes de santé dans tous les districts avec la participation de toutes les USP et qui a débouché sur l'organisation des revues annuelles des activités de l'année 2018.

Au niveau régional, un tableau des indicateurs est rempli et envoyé au niveau central. Ce tableau des indicateurs de couverture renseigné par les districts a fait l'objet de la revue 2018 des activités des régions sanitaires. Les régions ont également organisé des supervisions formatives trimestrielles des districts sanitaires pour leur apporter du soutien technique indispensable à la bonne marche des activités au niveau des districts sanitaires.

Cependant, les activités de suivi et évaluation programmées pour l'année 2018 ont été exécutées en juin 2018 pour le premier semestre et en février 2019 pour le second semestre.

3.3. Défis à relever par axe stratégique

Le tableau suivant montre les défis du secteur de la santé à relever par axe stratégique pour les années à venir.

Tableau XXXVI : Défis à relever par axe stratégique

Axes stratégiques	Défis à relever
<p>Axe 1 : Accélération de la réduction de la mortalité maternelle, néonatale et infanto-juvénile et Renforcement de la planification familiale et de la santé des adolescents</p>	<p>Santé maternelle et infantile et planification familiale</p> <ul style="list-style-type: none"> - Renforcement de la couverture et améliorer la qualité des SONU ; - Redynamisation des comités d'audit des décès maternels et néonataux ; - Mise à l'échelle les stratégies novatrices en Planification Familiale et les interventions à haut impact en PF ; - Accroissement de l'implication des acteurs de la communauté, des conjoints, des leaders religieux, du secteur privé et de la société civile dans les interventions en SR/PF ; - Renforcement du système d'approvisionnement des intrants en SR y compris les produits contraceptifs ; - Renforcement de l'accessibilité aux soins prénatals surtout l'utilisation continue ; - Mise en place dans les structures de soins un système d'assurance qualité des soins - Rendre performant le système de référence et de contre-référence ; - Mise en place d'un mécanisme de subvention de la prise en charge des autres complications obstétricales ; - Rendre disponibles les Produits Sanguins Labiles dans les structures sanitaires (SONUC) ; <p>Santé des adolescents et jeunes</p> <ul style="list-style-type: none"> - Renforcement des capacités des prestataires pour l'offre des services adaptés aux adolescents et jeunes ; - Offre des services SR à coûts réduits aux adolescents ; <p>Nutrition</p> <ul style="list-style-type: none"> - Réalisation d'un plaidoyer pour plus de mobilisation des ressources pour le monitoring des interventions liées à la nutrition <p>Programme élargi de vaccination</p>

Axes stratégiques	Défis à relever
	<ul style="list-style-type: none"> - Amélioration des couvertures vaccinales à travers le renforcement de l'approche ACD/ACE, de l'approche de l'analyse de l'équité et le développement de la stratégie de vaccination en milieu urbain ; - Renforcement de la disponibilité des vaccins, de la chaîne d'approvisionnement en vaccins et des capacités de conservation des vaccins ;
<p>Axe 2 : Renforcement de la lutte contre les maladies transmissibles</p>	<p>Lutte contre le paludisme</p> <ul style="list-style-type: none"> - Renforcement des compétences des acteurs en lutte contre le paludisme sur la prise en charge des cas, la gestion des intrants et la qualité des données ; - Mobilisation des ressources complémentaires ; - Implication du secteur privé dans la lutte contre le paludisme ; <p>Lutte contre la tuberculose</p> <ul style="list-style-type: none"> - Mise en place un système de recherche ; - Prise en charge correcte des cas de TB (faible performance du succès thérapeutique) y compris la tuberculose multi résistante ; - Mise à disposition des cibles réelles de dépistage de la TB ; - Evaluation des coûts catastrophiques supportés par les patients ; <p>Maladies tropicales négligées</p> <ul style="list-style-type: none"> - Appropriation des TDM par les Leadership de l'Etat ; - Mobilisation des ressources domestiques ; - Motivation des ASC ; - Renforcement de la Participation Communautaire ; - Elimination de l'onchocercose d'ici 2020 ; - Mise en place du plan de transition des MTN.
<p>Axe 3 : Amélioration de la sécurité sanitaire et la réponse aux épidémies et autres urgences de santé publique</p>	<p>Hygiène et assainissement de base</p> <ul style="list-style-type: none"> - Elaboration et mise en œuvre d'un plan d'action de la PCI dans les établissements de soins ; - Soutien de la surveillance des infections associées aux soins - Mise en place des équipes responsables de l'organisation et de la mise en œuvre de la PCI ; <p>Surveillance épidémiologique</p> <ul style="list-style-type: none"> - Renforcement de la prise en charge des maladies à potentiel épidémique à travers la mise en place des infrastructures adaptées et la formation des équipes d'intervention rapide. - Renforcement de la préparation et riposte aux urgences de santé et épidémies ; - Renforcement de la surveillance épidémiologique dans le cadre du « One Health » et l'implication de la communauté par la « surveillance à base communautaire ».
<p>Axe 4 : Renforcement de la lutte contre les maladies non transmissibles et promotion de la santé</p>	<p>Maladies non transmissibles</p> <ul style="list-style-type: none"> - Renforcement du leadership et de la gouvernance dans la coordination de la lutte contre les MNT ; - Renforcement du partenariat et de l'action multisectorielle dans la lutte contre les MNT - Mise en place des mécanismes pérennes de mobilisation des ressources

Axes stratégiques	Défis à relever
	pour le financement des activités des MNT ; - Réalisation d'une nouvelle enquête STEPS - Renforcement des capacités des unités de soins de santé primaire pour la prise en charge intégrée des MNT (WHOPEN) ; - Prise en compte adéquate des données des MNT dans le DHIS2.
Axe 5 : Renforcement du système de santé vers la Couverture Sanitaire Universelle (CSU) y compris la santé communautaire.	Ressources humaines en santé - Poursuite de l'amélioration de la gestion informatisée des RH au niveau des régions et des structures de soins ; - Réalisation de l'évaluation à mi-parcours du plan de développement des RHS ; - Elaboration d'une nouvelle version de profil pays en RHS ; - Mise en place le cadre de gestion efficace de la mobilité à travers finaliser le guide de mobilité ; - Poursuite de la mise en place des outils de gestion des ressources humaines en santé (description des tâches) ; - Exécution d'une évaluation des besoins en personnel à long terme ; - Renforcement du cadre organisationnel et pédagogique des écoles de formation en santé ; Santé communautaire et des personnes âgées - Mise en place d'une réelle coordination des IBC en mettant fin à la poursuite de la verticalité de certaines interventions ; - Diffusion et respect des textes en matière de mise en œuvre des IBC par toutes les parties prenantes ; - Renforcement du suivi-évaluation de la DSCPA ; - Renforcement de la participation communautaire ; - Elaboration de la politique de santé des personnes âgées ; Système national de l'information sanitaire - Redynamisation des pools SNIS à tous les niveaux ; - Organisation de la revue annuelle des données du SNIS ; - Amélioration de la qualité de la saisie des données dans le DHIS 2 et le taux de rapportage ; - Informatisation de la division de documentation et archive (DDA) et affectation de personnel qualifié ; - Mise à jour de la liste de base des formations sanitaires dans DHIS 2 ; - Renforcement du suivi et supervisions des données de routine à tous les niveaux ; - Élaboration et la reproduction de l'annuaire statistique sanitaire 2018 ; - Conduite de la phase pilote du DHIS 2 communautaire ; - Renforcement des capacités des points focaux SNIS et des programmes à l'analyse et à l'utilisation des données à partir du DHIS 2 ; - Assurance du contrôle de la qualité des données dans le DHIS 2 ; Approche contractuelle - Poursuite du suivi de l'approche contractuelle et faire connaître encore les orientations du MSHP en matière de contractualisation aux acteurs ; - Plaidoyer pour la tenue des évaluations périodiques de la politique de

Axes stratégiques	Défis à relever
	<p>contractualisation et proposer des révisions des termes s'il y a lieu ;</p> <ul style="list-style-type: none"> - Organisation continue des échanges avec acteurs extérieurs sollicités pour la cause ; - Mise en place de toutes les dispositions permettant au MSHP de jouer son rôle de régulateur de la contractualisation ; <p>Études, planification et programmation</p> <ul style="list-style-type: none"> - Renforcement des compétences du comité technique d'élaboration des comptes de la santé sur la production des comptes et le contrôle qualité des données ; - Finalisation et édition des rapports de la série des comptes de la santé de 2013 à 2016 ; - Finalisation de la feuille de route du processus de l'élaboration des comptes 2017 et 2018 ; - Mobilisation des ressources pour la production des comptes de 2017 et 2018 ; - Amélioration du processus de programmation trimestrielle des activités du ministère avec une meilleure implication des chefs de services ; - Organisation des réunions de concertation avec les ONG ; - Poursuite des réunions de concertations avec le secteur privé de soins ; - Renforcement soutenu des capacités des points focaux districts et régions sur les outils de production et de mise à jour de la carte sanitaire ; - Mise à jour la carte sanitaire ; - Elaboration du plan d'action trimestrielle du ministère ; - Mise en place une équipe d'élaboration des projets pour le compte du ministère de la santé ; <p>Pharmacies, médicament et laboratoires</p> <ul style="list-style-type: none"> - Finalisation et mise en œuvre du plan d'action de la section de coordination des approvisionnements/CCAİM ; - Élaboration des procédures nationales de quantification des intrants applicables à tous les programmes de santé ; - Révision des procédures de gestion des produits de santé intégrant la gratuité des produits subventionnés.

IV. LEÇONS APPRISSES ET RECOMMANDATIONS

4.1. Leçons apprises

Tableau XXXVII : Récapitulatif des leçons apprises par axe stratégique

Axes stratégiques	Leçons apprises
<p>Axe 1 : Accélération de la réduction de la mortalité maternelle, néonatale et infantile et Renforcement de la planification</p>	<ul style="list-style-type: none"> - La non coordination des interventions en santé maternelle et infantile sur la base d'un plan d'action unique intégrant toutes les parties prenantes n'a pas favorisé l'atteinte des résultats ; - La délégation de tâches en matière de pratique de l'échographie obstétricale aux Sages-femmes a permis de renforcer leurs capacités en diagnostics et limiter les références au niveau supérieur ;

Axes stratégiques	Leçons apprises
familiale et de la santé des adolescents	<ul style="list-style-type: none"> - La mise en œuvre des stratégies novatrices en Planification Familiale a permis d'augmenter le CAP ; - La mise en œuvre des Journées de Santé de l'Enfant et de la Semaine Africaine de la Vaccination ont contribué significativement à l'amélioration des indicateurs du PEV et de nutrition ; - L'implication des ASC dans la mise en œuvre des actions essentielles de nutrition a permis de rapprocher les interventions de la nutrition à la population ; - La mise en œuvre régulière des JSE a permis de supplémenter et déparasiter deux fois par an les enfants de 6 à 59 mois.
Axe 2 : Renforcement de la lutte contre les maladies transmissibles	<ul style="list-style-type: none"> - L'organisation des missions de prélèvements groupés sur site pour la charge virale par le CNR sur fonds propre du PNLIS-IST a été très salubre. Cette activité a permis d'améliorer la couverture de la charge virale chez les PVVIH sous ARV. Il s'agit d'une activité novatrice qui peut être décentralisée jusqu'au niveau des laboratoires régionaux voire districts ; - La soumission des cas de TB à bacilloscopie positive au test GeneXpert, pourra permettre d'améliorer la performance en termes de diagnostic des cas de TB-MR ; - Le suivi hebdomadaire du bilan à l'entrée des prisons depuis le niveau central a permis de maintenir l'attention du niveau décentralisé par rapport à la mise en œuvre de cette activité.
Axe 3 : Amélioration de la sécurité sanitaire et la réponse aux épidémies et autres urgences de santé publique	<ul style="list-style-type: none"> - Le renforcement de capacité des prestataires a contribué au progrès de la performance de la pratique de la prévention et contrôle de l'infection dans les formations sanitaires ; - La surveillance aux frontières et l'implication des acteurs communautaires dans la surveillance a permis la détection précoce des cas de fièvre à Virus Lassa et la riposte dans le district de la Kéran.
Axe 4 : Renforcement de la lutte contre les maladies non transmissibles et promotion de la santé	<ul style="list-style-type: none"> - L'intégration des activités des programmes MNT est un atout pour la performance de la lutte ; - L'intensification des actions communautaires de prévention des facteurs de risque des principales MNT est un gage pour la réduction de la morbidité ; - L'élaboration d'un PAO intégrant toutes les composantes des MNT au début de chaque année permettra une bonne coordination des interventions ; - Le renforcement de la collecte de données non-routines à travers les supervisons a facilité la surveillance des indicateurs MNT.
Axe 5 : Renforcement du système de santé vers la Couverture Sanitaire Universelle (CSU) y compris la santé communautaire.	<ul style="list-style-type: none"> - L'engagement et la forte implication des autorités à tous les niveaux à travers la mobilisation des ressources et l'approche contractuelle ont permis d'améliorer la gestion financière des structures hospitalières ; - L'absence de suivi régulier de la mise en œuvre du PAO a entraîné une faible performance de mise en œuvre du PNDS ; - Le démarrage tardif de l'élaboration des PAO à tous les niveaux n'a pas favorisé une mobilisation optimale des ressources des partenaires ; - Le calcul des ratios en personnel qui dépend des fichiers du personnel

Axes stratégiques	Leçons apprises
	<p>varie d'une région à une autre et fonction de la variation des effectifs ;</p> <ul style="list-style-type: none"> - La forte dépendance aux investissements extérieurs dans le secteur de la santé fait que le système commun connaît une faible performance dès que ces apports s'amointrissent ; - La mise en place du DHIS 2 a facilité la collecte des données et le partage d'informations à tous les niveaux de la pyramide sanitaire ; - L'absence de mesures appropriées de rétention du personnel de santé constitue une véritable menace pour la stabilité des ressources humaines ; - L'organisation régulière des réunions de comité de pilotage des comptes de la santé a permis d'améliorer l'appropriation du processus par les autres acteurs (Secteur privé, PTF et Assurances et Groupements des entreprises) ; - La complexité des procédures de passation de marché dans le cadre des subventions des partenaires n'a pas permis le respect des délais de mise en œuvre des interventions planifiées ; - Le processus de programmation conjointe des activités du ministère a permis de réduire les chevauchements constatés dans les activités ; - Les efforts de production des comptes de la santé, avec l'appui des partenaires ont permis au pays de disposer des données actualisées sur la base de données GHED (Global Health Expenditure Data) de l'OMS.

4.2. *Recommandations*

Eu égard aux résultats et des difficultés rencontrées dans la mise en œuvre des activités en 2018, des recommandations ont été formulées (tableau suivant) pour contribuer à une meilleure amélioration des performances du système de santé dans les années à venir.

Tableau XXXVIII : Recommandations formulées et responsables de mise en œuvre

N°	Recommandations formulées	Responsables de mise en œuvre
1	Porter à échelle la mise en œuvre de l'approche contractuelle dans les formations sanitaires publiques du Togo afin qu'elle poursuive la consolidation et l'assainissement de la gestion	MSHP
2	Renforcer le plaidoyer auprès de l'Etat et des partenaires techniques et financiers pour accroître le financement pour la mise en œuvre des interventions sanitaires	MSHP
3	Compléter la nomination des fonctionnaires aux différents postes prévus par les textes à tous les niveaux	MSHP
4	Améliorer la qualité des soins dans les formations sanitaires par entre autre : i) une meilleure formation de base (théorique et pratique) des prestataires de soins ; ii) la mise en place d'un système d'assurance qualité des soins ; iii) la mise en œuvre du système de référence et de contre-référence ; iv) la disponibilité des Produits Sanguins Labiles ; v) la poursuite de la collecte groupée des échantillons pour charge virale ; vi) la mise à échelle des activités de prévention et prise en charge communautaire,	SG/MSHP en collaboration avec les entités impliquées
5	Veiller au respect des facteurs de répartition des populations cibles diffusées à tous les niveaux par la DSNISI au début de chaque année	SG/MSHP
6	Organiser une séance de travail entre l'INSEED, la DSNISI, et les DRS, en vue de se pencher sur la question d'inadéquation des tailles de population	DGEPIS

	communiquées par le niveau central issu du recensement général de 2010, avec celles perçues réalistes par le niveau local fort des résultats de recensement dans le cadre des activités à base communautaire.	
7	Actualiser/élaborer et mettre en œuvre les Plans d'Action Opérationnel à tous les niveaux de la pyramide sanitaire au dernier trimestre de l'année en tenant compte des priorités du PNDS et autre document de planification (élaboration du nouveau plan PTME...)	DEPP en collaboration avec SP-PNDS
8	Actualiser les cibles des indicateurs de performance annuelle en fonction des résultats de l'année d'avant et les diffuser dans chaque programme et région	SP-PNDS
9	Revoir la structuration du rapport de performance du MSHP, en mettant en exergue l'analyse des indicateurs traceurs contenus dans le plan de suivi du PNDS.	SP-PNDS

Conclusion

Les résultats de la seconde année de mise en œuvre du PNDS 2017-2022 sont appréciés sur la base des 34 indicateurs retenus pour son suivi et évaluation. Ces résultats s'inscrivent dans la continuité de ceux prévus par l'évaluation finale du PNDS 2017-2022. Ils ont également permis d'apprécier la pertinence des stratégies et interventions prévues dans ledit plan ainsi que leur contribution à l'amélioration de la santé des populations.

Ainsi, en 2018, 20 indicateurs ont connu un progrès : i) Pourcentage de femmes enceintes ayant effectué au moins 4 visites de CPN, ii) Taux d'accouchements assistés par un personnel qualifié, iii) Proportion de décès maternels notifiés ayant fait l'objet d'un audit iv) Nombre de Couple Année Protection, v) Pourcentage de femmes enceintes ayant reçu 3 doses de TPI pendant la grossesse, vi) Létalité due au paludisme chez les enfants de moins de 5 ans, vii) Pourcentage de femmes enceintes séropositives au VIH ayant reçu des antirétroviraux durant leur grossesse, viii) Proportion de PVVIH sous ARV dont on sait qu'ils sont toujours en vie à 12 mois après le début du traitement, ix) Pourcentage de formations sanitaire pratiquant la PCI, x) Proportion de personnes traitées à l'Ivermectine dans la population éligible xi) Pourcentage de personnes vivant avec un handicap pris en charge en réadaptation physique, xii) Pourcentage de structures de santé primaires offrant le paquet essentiel d'interventions pour la prise en charge intégrée des MNT (WHO-PEN), xiii), Densité de personnel de santé (ratio pour 10.000 habitants), xiv) Taux d'utilisation des soins curatifs, xv) Pourcentage de villages qui disposent d'au moins un agent de santé communautaire formé sur les soins intégrés (diarrhée, pneumonie, paludisme et malnutrition), xvi) Pourcentage d'établissements de santé sans rupture de stock d'au moins un médicament traceur (au cours des trois derniers mois), xvii) Proportion des besoins non satisfaits en concentrés de globules rouges, xviii) Complétude des rapports du SNIS, xix) Taux de recouvrement des recettes, xx) Part du budget général de l'Etat alloué au secteur de la santé.

Trois indicateurs sont restés stationnaires entre 2017 et 2018 à savoir : i) Proportion de PVVIH sous ARV dont on sait qu'ils sont toujours en vie à 12 mois après le début du traitement, ii) Proportion d'épidémie ayant bénéficié d'une réponse dans les 14 jours après la notification, iii) Taux d'accessibilité géographique.

Cependant, 11 indicateurs ont connu une contreperformance : Létalité maternelle de causes obstétricales directes dans les FS, ii) Proportion de femmes césarisées ayant bénéficié de la subvention, iii) Pourcentage des enfants avec malnutrition aigüe sévère ayant bénéficié d'une prise en charge, iv) Pourcentage d'enfants de 0-11 mois ayant reçu 3 doses de vaccin Pentavalent (DTC-HepB-Hib3), v) Taux d'abandon vaccinal DTCHepB-Hib1/RR, vi) Pourcentage de villages certifiés FDAL, vii) Pourcentage de nouveaux cas de tuberculose bactériologiquement confirmés traités avec succès parmi les nouveaux cas de tuberculose bactériologiquement confirmés et enregistrés sur une période donnée, , viii) Taux d'infections post opératoires, ix) Pourcentage de COGES fonctionnels, x) Taux de couverture des besoins en personnels de santé au niveau primaire de soins, xi) Densité de lits d'hospitalisation pour 10.000 habitants.

Au regard de ces difficultés, des enjeux nationaux et internationaux ainsi que les opportunités qui se présentent, le MSHP s'est fixé des défis à relever pour les années suivantes.

Toutefois certaines améliorations ont été possibles grâce à l'effort du gouvernement et aux divers appuis techniques et financiers des partenaires au développement ainsi que l'accompagnement des OSC et du secteur privé auxquels le MSHP tient à présenter sa reconnaissance et ses sincères remerciements.

ANNEXES

A.1 Tableau de suivi des indicateurs traceurs de progrès

Tableau XXXIX : Suivi des indicateurs traceurs de progrès en 2018

Axes	Indicateurs	Valeur de référence 2017	Valeur cible 2018	Valeur réalisée 2018	Performance en 2018	Score de performance en 2018
AXE 1: Accélération de la réduction de la mortalité maternelle, néonatale et infantile et renforcement de la planification familiale et de la santé des adolescents	1. Létalité maternelle de causes obstétricales directes dans les FS	1,2%	1,05%	1,7%	-4	0
	2. Pourcentage de femmes enceintes ayant effectué au moins 4 visites de CPN	24,30 %	65%	34,50%	0,25	2
	3. Taux d'accouchements assistés par un personnel qualifié	69,70%	71%	84,77%	10,59	5
	4. Proportion de femmes césariées ayant bénéficié de la subvention	99,49%	100%	93,54%	-3,5	0
	5. Proportion de décès maternels notifiés ayant fait l'objet d'un audit (revue)	19,02%	59%	30,15%	0,28	2
	6. Nombre de Couple Année Protection	294365	398 000	346202	0,50	2
	7. Pourcentage des enfants avec malnutrition aigüe sévère ayant bénéficié d'une prise en charge	59%	64%	21%	-7,6	0
	8. Pourcentage d'enfants de 0-11 mois ayant reçu 3 doses de vaccin Pentavalent (DTC-HepB-Hib3)	90%	91%	88%	-0,02	0
	9. Taux d'abandon vaccinal DTC HepB-Hib1/RR*	2%	1%	8%	-6	0
	10. Pourcentage de villages certifiés FDAL	39,10%	41,40%	29%	-5,39	0
AXE 2: Renforcement de la lutte contre les maladies transmissibles	11. Pourcentage de femmes enceintes ayant reçu 3 doses de TPI pendant la grossesse	34%	55,4%	45,50%	0,53	3
	12. Létalité due au paludisme chez les enfants de moins de 5 ans	4,08%	1,00%	3,5%	0,18	1
	13. Pourcentage de nouveaux cas de tuberculose bactériologiquement confirmés traités avec succès (guérison et traitement terminé) parmi les nouveaux cas de tuberculose bactériologiquement confirmés et enregistrés sur une période donnée	83%	89,7%	80,7%	-0,34	0
	14. Pourcentage de femmes enceintes séropositives au VIH ayant reçu des antirétroviraux durant leur grossesse	66%	93,30%	80%	0,51	3
	15. Proportion de PVVIH sous ARV dont on sait qu'ils sont toujours en vie à 12 mois après le début du traitement	91%	91%	91%*	0	1
	16. Proportion de personnes traitées à l'Ivermectine dans la population éligible	83,36%	84,26%	83,51%	0,17%	1
AXE 3: Amélioration de	17. Pourcentage de formations sanitaire pratiquant la PCI	36%	46%	38%	0,2	1

Axes	Indicateurs	Valeur de référence 2017	Valeur cible 2018	Valeur réalisée 2018	Performance en 2018	Score de performance en 2018
la sécurité sanitaire et la réponse aux épidémies et autres urgences de santé publique	18. Taux d'infections post opératoires	1,2%	0,7%	2,9%	-3,4	0
	19. Proportion d'épidémie ayant bénéficié d'une réponse dans les 14 jours après la notification	100%	100%	100%	0	1
AXE 4 : Renforcement de la lutte contre les maladies non transmissibles et promotion de la santé	20. Pourcentage de personnes vivant avec un handicap pris en charge en réadaptation physique	2%	4%	68,13%	32,07	5
	21. Pourcentage de structures de santé primaires offrant le paquet essentiel d'interventions pour la prise en charge intégrée des MNT (WHO-PEN)	10,29%	25,5%	18%	0,52	3
AXE 5 : Renforcement du système de santé vers la Couverture Sanitaire Universelle (CSU) y compris la santé communautaire.	22. Pourcentage de COGES fonctionnels	75,0%	75,50%	74,0%	-2,00	0
	23. Taux de couverture des besoins en personnels de santé au niveau primaire de soins	47,6%	71,6%	42,5%	-0,21	0
	24. Densité de personnel de santé (ratio pour 10.000 habitants)	6,0	7,9	7,3	0,68	3
	25. Taux d'accessibilité géographique	71,4%	77,3%	71,4%	0,00	0
	26. Densité de lits d'hospitalisation pour 10.000 habitants	4,3	4,90	3,7	-1,00	0
	27. Taux d'utilisation des soins curatifs	39,20%	42,60%	56,30%	5,03	5
	28. Pourcentage de villages qui disposent d'au moins un agent de santé communautaire formé sur les soins intégrés (diarrhée, pneumonie, paludisme et malnutrition)	46,8%	56,0%	66,0%	2,09	5
	29. Pourcentage d'établissements de santé sans rupture de stock d'au moins un médicament traceur (au cours des trois derniers mois)	53,6%	60,5%	54,4%	0,12	1
	30. Proportion des besoins non satisfaits en concentrés de globules rouges (CGR)	32,7%	21,7%	26,2 %	0,59	3
	31. Complétude des rapports du SNIS	91,0%	95,0%	96,5%	1,38	5
	32. Taux de recouvrement des recettes	77,9%	80,0%	86,5%	4,10	5
	33. Part du budget général de l'Etat alloué au secteur de la santé	4,6%	8,0%	7,3%	0,79	4
	34. Taux d'exécution des dépenses publiques de santé	101,4%	80,7%	98,0%	0,16	0

*PSE : VAR sera remplacé par le vaccin contre la rougeole et la rubéole (RR) à partir de 2018.

Calcul de la performance (Formule)

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

Détermination du score de performance

Les scores sont affectés de la manière suivante (en posant $P = \text{Performance}$) :

- 0, lorsque $P < 0$, c'est-à-dire le progrès réalisé est négatif (il y a recul de l'indicateur) ;
- 1, lorsque $0 \leq P < 0,25$ c'est-à-dire le progrès réalisé se situe entre 0% et 25%, y compris 0% ;
- 2, lorsque $0,25 \leq P < 0,50$ c'est-à-dire le progrès réalisé se situe entre 25% et 50%, y compris 25% ;
- 3, lorsque $0,50 \leq P < 0,75$ c'est-à-dire le progrès réalisé se situe entre 50% et 75%, y compris 50% ;
- 4, lorsque $0,75 \leq P < 1$ c'est-à-dire le progrès réalisé se situe entre 75% et 100%, y compris 75% ;
- 5, lorsque $P \geq 1$ c'est-à-dire le progrès réalisé est supérieur ou égal à 100% (la valeur cible est atteinte ou dépassée).

Formule pour la correction des cibles

$$\text{NVCn} = \text{VRn-1} + (\text{VCn} - \text{VCn-1})$$

NVCn : Nouvelle valeur cible de l'année n

VRn-1 : Valeur de réalisée de l'année n-1

VCn : Valeur cible de l'année n

VCn-1 : Valeur cible de l'année n-1

A.2 : Organigramme du Ministère de la santé et de l'Hygiène publique

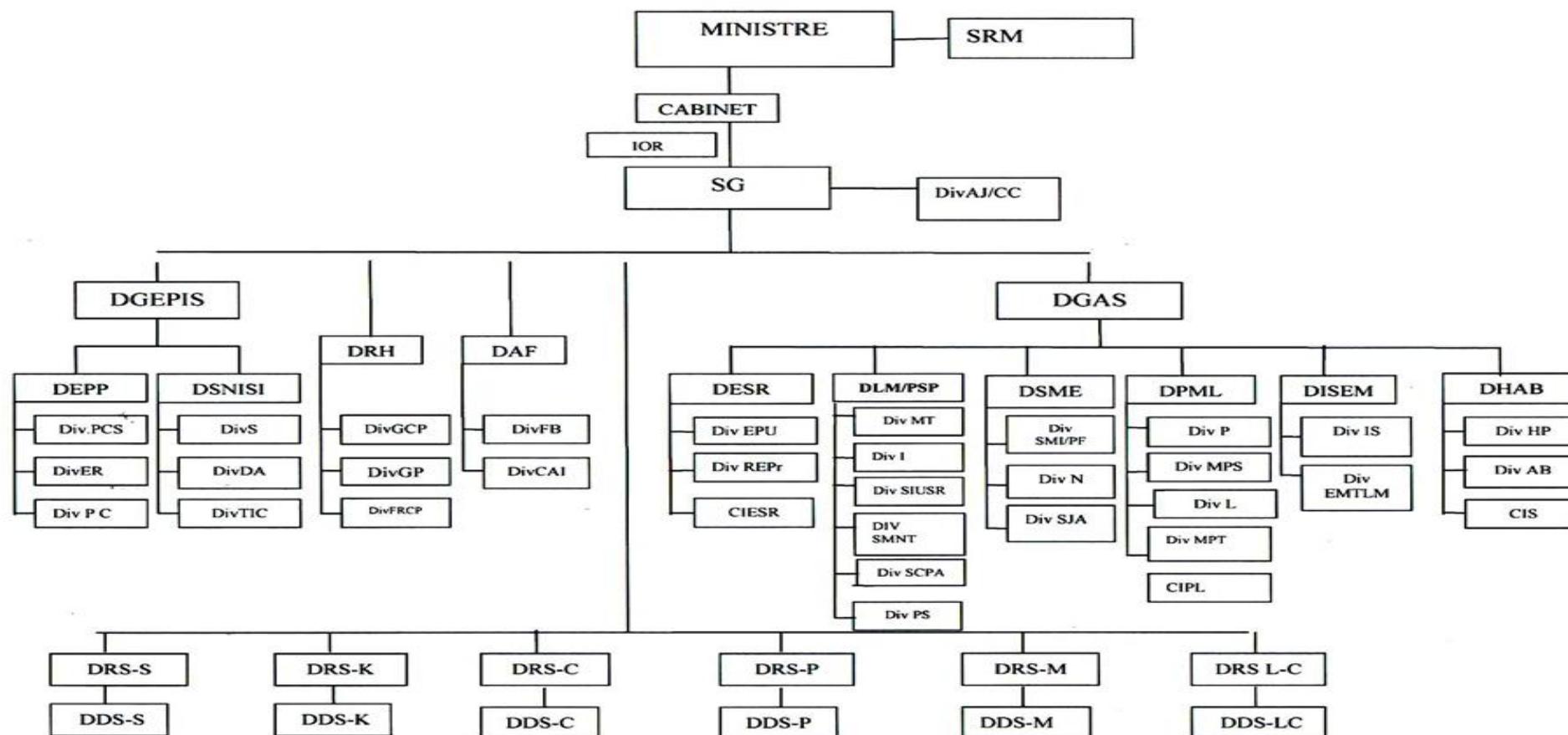


Figure 23 : Organigramme du ministère de la santé
 (Source : rapport de performance du MSPS 2016)

A.3 : Situation du personnel de santé du secteur public par région

Tableau XL : Situation du personnel de santé du secteur public par région au 31 décembre 2018

Catégories professionnelles	Lomé Commune	Maritime	Plateaux	Centrale	Kara	Savanes	Total général
Médecins généralistes	50	19	18	11	20	10	128
Médecins spécialistes	246	14	21	7	37	8	333
Chirurgiens-dentistes	9	1	1	1	1		13
Pharmaciens	9	1	1	2	4		17
Assistants médicaux	325	119	131	85	111	78	849
Sages-femmes	163	101	91	53	53	34	495
Infirmiers d'Etat	205	95	157	84	111	95	747
Psychologues de santé	23	4	4	2	5	2	40
Personnel de laboratoire	209	61	55	42	53	28	448
Personnel d'hygiène et de salubrité de l'environnement	114	62	66	29	50	25	346
Personnel de réadaptation fonctionnelle	108	19	22	14	37	16	216
Personnel Médico-Technique	29	2	3	2	5	1	42
Auxiliaire en pharmacie	1	-	-	-	-	-	1
Accoucheuses auxiliaires	78	98	120	88	96	79	559
Infirmiers auxiliaires	124	109	153	143	145	111	785
Accoucheuses permanentes	12	115	128	112	91	75	533
Infirmiers permanents	10	59	49	47	48	35	248
Personnel administratif Cadre	299	51	54	23	41	19	487
Personnel administratif d'appui ¹³	1 033	442	544	445	420	320	3 204
Personnel des technologies, information et communication	13	1	3	2	-	-	19
Personnel hospitalier d'appui	472	146	212	175	229	167	1 401
Total général	3 532	1 519	1 833	1 367	1 557	1 103	10 911

(Source : rapport DRH, 2018)

¹³ Le personnel administratif d'appui est constitué de chauffeurs, d'opérateur de saisie, d'employés de bureau, d'agents d'entretien, d'agents de sécurité, de vagemestres, de caissiers, etc.

A.4 : Situation du personnel de santé du secteur public et privé par région

Tableau XLI : Situation du personnel de santé du secteur public et privé par région au 31 décembre 2018

Catégories professionnelles	Lomé Commune		Maritime		Plateaux		Centrale		Kara		Savanes		Total par secteur		Total général
	Public	Privé	Public	Privé	Public	Privé	Public	Privé	Public	Privé	Public	Privé	Public	Privé	
Médecins généralistes	50	40	19	38	18	9	11	2	20	1	10	1	128	91	219
Médecins spécialistes	246	25	14	20	21	10	7	0	37	4	8	0	333	59	392
Chirurgiens-dentistes	9	3	1	4	1	1	1	0	1	0		0	13	8	21
Pharmaciens	9	118	1	66	1	8	2	6	4	5	0	2	17	205	222
Assistants médicaux	325	78	119	61	131	46	85	15	111	20	78	17	849	237	1 086
Sages-femmes	163	55	101	60	91	16	53	10	53	8	34	9	495	158	653
Infirmiers d'Etat	205	67	95	103	157	39	84	20	111	26	95	26	747	281	1028
Personnel de laboratoire	209	70	61	65	55	32	42	9	53	18	28	14	448	208	656
Personnel de réadaptation fonctionnelle	108	6	19	2	22	2	14	3	37	0	16	5	216	18	234
Personnel d'hygiène et de salubrité de l'environnement	114	1	62	1	66	0	29	2	50	0	25	2	346	6	352
Psychologues de santé	23	11	4	1	4	0	2	0	5	2	2	0	40	14	54
Auxiliaire en pharmacie	1	0	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0	1	2	3
Accoucheuses auxiliaires	78	7	98	15	120	19	88	16	96	9	79	5	559	71	630
Infirmiers auxiliaires	124	27	109	38	153	16	143	24	145	14	111	21	785	140	925
Infirmiers permanents	10	216	59	106	49	80	47	10	48	8	35	10	248	430	678
Accoucheuses permanentes	12	36	115	65	128	52	112	23	91	13	75	4	533	193	726
Personnel administratif Cadre	299	43	51	28	54	22	23	9	41	23	19	19	487	144	631
Personnel administratif d'appui	1 033	151	442	202	544	270	445	111	420	83	320	145	3 204	962	4 166
Personnel des TIC	13	1	1	1	3	10	2	1	0	2	0	3	19	18	37
Personnel hospitalier d'appui	472	66	146	91	212	72	175	52	229	106	167	81	1401	468	1 869
Personnel Médico-Technique	29	2	2	2	3	0	2	0	5	2	1	0	42	6	48
Total général	3 532	1023	1519	971	1833	704	1367	313	1557	344	1103	364	10911	3719	14 630

(Source : rapport DRH, 2018)