

MINISTERE DE LA SANTE ET DE LA  
PROTECTION SOCIALE

-----  
CABINET

-----  
SECRETARIAT GENERAL

-----  
SECRETARIAT PERMANENT DU PNDS

REPUBLIQUE TOGOLAISE

*Travail-Liberté-Patrie*  
-----



RÉPUBLIQUE TOGOLAISE

MINISTERE DE LA SANTE ET DE LA PROTECTION SOCIALE

# **RAPPORT ANNUEL DE PERFORMANCE**

**ANNEE 2017**

Validé le 03 août 2018

## Sommaire

Sigles et abréviations.....	3
Liste des tableaux .....	5
Liste des graphiques .....	6
Résumé analytique.....	7
Introductionida .....	13
<b>I. Contexte de la gestion sous-revue.....</b>	<b>14</b>
<b>1.1. Rappel des missions du Ministère de la Santé et de la Protection Sociale .....</b>	<b>14</b>
1.2.1. Organisation de l'offre de soins.....	14
1.2.2. Couverture sanitaire.....	15
1.2.3. Protection sociale en santé.....	16
1.2.4. Situation des ressources humaines en santé.....	17
<b>1.3. Priorités du ministère pour l'année sous-revue .....</b>	<b>18</b>
<b>1.4. Présentation du budget de l'année sous-revue.....</b>	<b>19</b>
Le tableau III présente le budget de l'année sous revue comparé avec celui de l'année 2016.....	19
<b>II. Progrès dans l'atteinte des objectifs .....</b>	<b>22</b>
<b>2.1. Performances réalisées .....</b>	<b>22</b>
2.1.1. En matière de Renforcement du système de santé vers la CSU y compris la santé communautaire .....	22
2.1.2. 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 : .....	31
2.1.3. En matière de Renforcement de la lutte contre les maladies transmissibles.....	42
2.1.4. En matière d'Amélioration de la sécurité sanitaire et la réponse aux épidémies et autres urgences de santé publique.....	59
2.1.5. Renforcement de la lutte contre les maladies non transmissibles et la promotion de la santé.....	66
<b>2.2. Point d'ensemble de l'exécution à fin décembre du budget .....</b>	<b>67</b>
<b>III. Analyse des capacités et difficultés rencontrées.....</b>	<b>68</b>
<b>3.1. Analyse de la capacité de mise en œuvre et difficultés rencontrées .....</b>	<b>68</b>
3.1.2. Analyse des capacités de l'exécution budgétaire.....	69
<b>3.2. Analyse de la capacité de suivi et évaluation et difficultés rencontrées .....</b>	<b>70</b>
3.2.1. Fonctionnement du cadre institutionnel de suivi et évaluation des activités .....	70
3.2.2. Gestion de l'information pour le suivi de la mise en œuvre des activités .....	70
3.2.3. Suivi de la mise en œuvre des activités .....	71
<b>3.3. Défis à relever et priorités pour la gestion à venir.....</b>	<b>71</b>
<b>IV. Leçons apprises et recommandations .....</b>	<b>73</b>
<b>4.1. Leçons apprises .....</b>	<b>73</b>
<b>4.2. Recommandations .....</b>	<b>73</b>
Conclusion.....	74
Annexes .....	<b>Erreur ! Signet non défini.</b>

## Sigles et abréviations

<b>ACD</b>	: Atteindre chaque district
<b>ANPE</b>	: Agence Nationale Pour l'Emploi
<b>ANVT</b>	: Agence Nationale du Volontariat au Togo
<b>AMIU</b>	: AMIU Aspiration Manuelle Intra Utérine
<b>AMM</b>	: Autorisation de Mise sur le Marché
<b>ARV</b>	: Antirétroviral
<b>3ASC</b>	: Association d'Appui aux Activités de Santé Communautaire
<b>ADESCO</b>	: Appui au Développement et à la Santé Communautaire
<b>ASC</b>	: Agent de Santé Communautaire
<b>ATBEF</b>	: Association Togolaise de Bien-Familial
<b>CA</b>	: Conseil d'Administration
<b>CAMEG</b>	: Centrale d'Achat des Médicaments Essentiels Génériques
<b>CAP</b>	: Couple Année Protection
<b>CDF</b>	: Chaîne de froid
<b>CDV</b>	: Centre de Dépistage Volontaire
<b>CHR</b>	: Centre Hospitalier Régional
<b>CHU</b>	: Centre Hospitalier Universitaire
<b>COGES</b>	: Comité de Gestion
<b>COUSP</b>	: Centre des Opérations d'Urgence de Santé Publique
<b>CPN</b>	: Consultation Prénatale
<b>CNSS</b>	: Caisse Nationale de Sécurité Sociale
<b>CSU</b>	: Couverture Sanitaire Universelle
<b>CTA</b>	: Combinaison Thérapeutique à Base d'Artémisinine
<b>CV</b>	: Crédit Voté
<b>LFR</b>	: Loi de Finance Rectificative
<b>LFI</b>	: Loi de Finance Initiale
<b>DGPS</b>	: Direction Générale de la Protection Sociale
<b>DIU</b>	: Dispositif Intra Utérin
<b>DPS</b>	: Direction Préfectorale de la Santé
<b>DRS</b>	: Direction Régionale de la Santé
<b>DRH</b>	: Direction des Ressources Humaines
<b>DSMI/PF</b>	: Division de la Santé Maternelle et Infantile/ Planification Familiale
<b>FO</b>	: Fistules Obstétricales
<b>GTCV</b>	: Groupe de Travail Consultatif pour la Vaccination
<b>HD</b>	: Hôpital de District
<b>IRA</b>	: Infection Respiratoire Aiguë
<b>IVG</b>	: Interruption Volontaire de Grossesse
<b>JSE</b>	: Journée de santé de l'enfant
<b>LFI</b>	: Loi de Finance Initiale
<b>LFR</b>	: Loi de Finance Rectificative
<b>MAS</b>	: Malnutrition Aiguë Sévère
<b>MILDA</b>	: Moustiquaire Imprégnée d'insecticide à Longue Durée d'Action.
<b>MSPS</b>	: Ministère de la Santé et de la Protection Sociale
<b>ONG</b>	: Organisation Non Gouvernementale

<b>OMS</b>	: Organisation Mondiale de la Santé
<b>OSC</b>	: Organisation de la Société Civile
<b>PAO</b>	: Plan d'Action Opérationnel
<b>PASMIN</b>	: Projet d'Appui aux services de Santé Maternelle et Infantile et de Nutrition
<b>PCI</b>	: Prévention et contrôle de l'infection
<b>PCIMNE</b>	: Prise en Charge Intégrée des maladies du Nouveau-né et de l'Enfant
<b>PMI</b>	: Protection Maternelle et Infantile
<b>PND</b>	: Plan National de Développement
<b>PNDS</b>	: Plan National de Développement Sanitaire
<b>PNLS</b>	: Programme National de Lutte contre le Sida
<b>PNLT</b>	: Programme National de Lutte contre la Tuberculose
<b>PRA</b>	: Pharmacie Régionale d'Approvisionnement
<b>PSE</b>	: Plan de Suivi-Evaluation
<b>PTBA</b>	: Plan de Travail Budgétisé Annuel
<b>PTBA/BP</b>	: Plan de Travail Budget Annuel/Budget Programme
<b>PTF</b>	: Partenaires Techniques et Financiers
<b>PVVIH</b>	: Personne Vivant avec le VIH
<b>PTME</b>	: Prévention de la Transmission de la Mère à l'Enfant
<b>PUDC</b>	: Programme d'Urgence du Développement Communautaire
<b>RAAB</b>	: Rapid Assessment of Avoidable Blindness (Evaluation Rapide de la Cécité Evitable)
<b>SIDA</b>	: Syndrome d'Immunodéficience Acquis
<b>SONUB</b>	: Soins Obstétricaux et Néonataux d'Urgence de Base
<b>SONUC</b>	: Soins Obstétricaux et Néonataux d'Urgence Complet
<b>SRO</b>	: Solution de Réhydratation Orale
<b>TIDC</b>	: Traitement à l'Ivermectine sous Directive Communautaire
<b>TME</b>	: Transmission Mère-Enfant
<b>TBAI</b>	: Tableau de Bord Annuel des Indicateurs
<b>USP</b>	: Unité de Soins Périphérique
<b>VAA</b>	: Vaccin Anti Amaril
<b>VPH</b>	: Virus du Papillome humain (contre le cancer du col de l'utérus)
<b>VAR</b>	: Vaccin Anti-rougeoleux
<b>VAT</b>	: Vaccin antitétanique
<b>VPI</b>	: Vaccin antipolio inactivé (injectable)
<b>UNFPA</b>	: Fonds des Nations Unies pour la Population
<b>USP</b>	: Unité de Soins Périphérique
<b>VAT2+</b>	: Deux doses ou plus de vaccin antitétanique
<b>VIH</b>	: Virus d'Immunodéficience Humaine
<b>FS</b>	: Formation Sanitaire

## Liste des tableaux

Tableau I : Répartition des formations sanitaires par type et par région en 2017 .....	15
Tableau II : Priorité d'action du Ministère.....	18
Tableau III : Présentation du budget de l'année 2017 .....	20
Tableau IV : Présentation du budget de l'année 2017 sur la base de la loi de finance.....	21
Tableau V : Types d'établissements .....	26
Tableau VI : Résultats d'analyse des échantillons des médicaments.....	27
Tableau VII : Gestion des produits sanguins labiles (PSL) de 2015 à 2017.....	28
Tableau VIII : Performances en matière de Renforcement du système de santé vers la CSU y compris la santé communautaire .....	31
Tableau IX : Audit des décès maternels et néonataux par région en 2017.....	33
Tableau X : Résultats de la campagne VPH dans les districts du Golfe et de Tchamba en 2017 .....	40
Tableau XI : 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 .....	41
Tableau XII : Femmes enceintes ayant reçu le TPI en CPN.....	42
Tableau XIII : Cibles ayant reçu des MILDA en 2017 .....	43
Tableau XIV : Résultats de dénombrement et de distribution des MILDA aux ménages .....	43
Tableau XV : Résultats des tests de confirmation du paludisme .....	45
Tableau XVI : Cas de paludisme notifiés dans les formations sanitaires.....	45
Tableau XVII : Cas de paludisme simple traités conformément aux directives nationales.....	47
Tableau XVIII : Données d'hospitalisation liées au paludisme .....	47
Tableau XIX : Notification des cas de paludisme au niveau communautaire.....	48
Tableau XX : Situation des cas de paludisme traités conformément aux directives dans la communauté .....	49
<b>Tableau XXI : Répartition des cas de TB dépistés selon la forme en 2017 .....</b>	<b>50</b>
Tableau XXII : Répartition par région du nombre de personnes dépistées, séropositives et du taux de séropositivité .....	52
Tableau XXIII : Répartition par région des PVVIH enregistrées en 2017 .....	55
Tableau XXIV : Répartition des inclusions par région.....	56
Tableau XXV : Répartition des PVVIH sous ARV par ligne thérapeutique .....	57
Tableau XXVI : Performances en matière de Renforcement de la lutte contre les maladies transmissibles ....	59
Tableau XXVII : Performance de la surveillance des PFA durant l'année 2017 par région .....	60
Tableau XXVIII : Performances en matière d'Amélioration de la sécurité sanitaire et la réponse aux épidémies et autres urgences de santé publique .....	66
<b>Tableau XXIX : Performances en matière de renforcement de la lutte contre les maladies non transmissibles et la promotion de la santé.....</b>	<b>67</b>
Tableau XXX : Exécution des budgets comparés des années 2016 et 2017.....	67
Tableau XXXI : Exécution du budget de l'année 2017 (en milliers FCFA).....	68
Tableau XXXII : Disponibilité des PAO en 2017 par niveau du système de santé .....	69
Tableau XXXIII : Défis à relever par axe stratégique.....	71
Tableau XXXIV : Suivi des indicateurs .....	75
Tableau XXXV : Suivi des recommandations du rapport de 2016 .....	77
Tableau XXXVI : Situation du personnel de santé du secteur public par région au 31 décembre 2017 .....	88
Tableau XXXVII : Situation du personnel de santé du secteur public et privé par région au 31 décembre 2017 .....	89

## Liste des graphiques

Figure 1 : Corrélation Population/Ratios du personnels de la santé .....	18
Figure 2 : Evolution des effectifs du personnel de la santé de 2013 à 2017.....	25
Figure 3 : Evolution comparée des demandes non satisfaites en fonction des mois du 1er janvier au 31 décembre en 2016 et en 2017 .....	29
Figure 4 : Promptitude des rapports mensuels d'activités par Régions sanitaires .....	29
Figure 5 : Evolution du nombre de césariennes depuis 2008 .....	32
Figure 7 : Répartition des SONUB fonctionnels par région en 2016 .....	34
Figure 10 : Objectifs et couvertures vaccinales réalisées en vaccination de routine chez les enfants de 0-11 mois et les femmes enceintes en 2017 au Togo.....	36
Figure 12 : Evolution des couvertures vaccinales au Togo de 2011 à 2017.....	37
Figure 13 : Couvertures vaccinales du PEV de routine par région au Togo en 2017.....	37
Figure 14 : Taux d'abandon vaccinal au niveau régional et au plan national en 2017.....	39
Figure 15 : Couvertures du recensement et du traitement par cycle et par région .....	44
Figure 16 : Evolution mensuelle des cas de paludisme dans l'Est Mono.....	46
Figure 18 : Evolution mensuelle des cas de paludisme par région sanitaire .....	49
Figure 19 : Répartition du dépistage des cas de TB par région sanitaire en 2017.....	50
Figure 20 : Evolution de dépistage du VIH chez les patients TB entre 2008 et 2017.....	51
Figure 21 : Dépistage du VIH chez les populations clés .....	52
Figure 22 : Répartition du nombre de sites de PTME par région.....	53
Figure 23 : Cascade des indicateurs de la PTME en 2017 .....	54
Figure 24 : Evolution par année du nombre de PVVIH adultes et enfants sous ARV .....	56
Figure 25 : Evolution comparative des cas suspects de méningites de 2016 et 2017.....	61
Figure 26 : Létalité due à la méningite de 1997 à 2017 au Togo .....	61
Figure 27 : Evolution comparative des cas suspects de rougeole 2016 et 2017 au Togo.....	62
Figure 28 : Répartition par région de la positivité aux IgM (rougeole et rubéole) au Togo.....	62
Figure 29 : Cartographie du Togo présentant les districts en épidémie et en alerte pendant la saison épidémique 2017 .....	65
Figure 30 : Organigramme du ministère de la santé.....	87

## Résumé analytique

Le rapport annuel de performance 2017 du Ministère de la Santé et de la Protection Sociale est un cadre de suivi du progrès vers l'atteinte des résultats conformément au cadre de suivi et évaluation du PNDS 2017-2022. Son élaboration a été participative avec la représentativité des différentes parties prenantes tenant 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 2017 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 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.

Les principaux résultats obtenus en 2017 se présentent comme suit :

### *En matière de « 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 » :*

La couverture en SONU de base (SONUB) qui était de 70% en 2016 n'a pas varié en 2017. Selon les résultats de l'évaluation de la fonctionnalité des formations sanitaires SONU de 2017, 48 formations sanitaires sur 71 disposent les sept (7) fonctions essentielles<sup>1</sup> soit 67,6%. Cependant, il existe des disparités régionales : Lomé Commune (20%), Centrale (28,6%) Savanes (12,12%) contre 66,7% dans la région de la Kara.

La proportion de femmes ayant bénéficié de la césarienne subventionnée est passé de 99,5% pour une valeur de référence de 87,5% et une cible 2017 à 89,3% l'objectif fixé a été largement dépassé. Il faut signaler que le numérateur qui a été utilisé est le nombre de Kits sortis au lieu du nombre de césarienne.

La couverture en CPN4 (pourcentage de femmes enceintes ayant accompli au moins 4 visites de consultations prénatales) est de 24,30 en 2017 a connu une contre-performance dans la progression selon les données de routine entre 2015 et 2016 (24,30% en 2017 contre 31,3% en 2015<sup>2</sup> et 35,2% en 2016). Selon les données de EDST III, elle est était 57,2% en 2014.

Pour ce qui concerne les accouchements, le taux d'accouchement assisté par du personnel qualifié a connu une baisse passant de 52,0% en 2016 à 40% en 2017 pour une cible de 66%. Selon les données de l'EDST III, ce taux est de 61,50% en 2014.

On note une baisse de ces 2 indicateurs. Ceci peut être dû au problème de rapportage car les monitorages de validation des chiffres n'ont pas été faits par manque de financement.

---

<sup>1</sup> Disponibilité des fonctions essentielles recherchée auprès des SONUB : administration d'antibiotique par voie parentérale, administration d'ocytocique par voie parentérale, administration d'anticonvulsivants par voie parentérale, extraction manuelle du placenta, évacuation de débris intra utérin, accouchement par ventouse ou forceps, réanimation néonatale de base (avec ambu et masque).  
<sup>2</sup> Synthèses des données des revues sanitaires régionales 2015 et 2016.

La létalité maternelle est de 1,6% en 2016 il doit probablement être en régression en 2017, car le nombre de décès maternelle en 2017 est de 1446 contre 1569 en 2016 la cible étant de 1,1%. Le monitoring n'a pas été effectué en 2017 pour permettre de calculer la létalité maternelle en 2017.

Pour les femmes en union de 15 à 49 ans utilisant des méthodes contraceptives modernes, au cours de l'année 2017, plusieurs approches ont été utilisées pour l'offre de service de planification familiale. Il s'agit de l'offre des services de PF 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 CAP total de 292 735 contre 297 735 en 2016.

Le pourcentage d'enfants de 0 -11 mois ayant reçu les 3 doses de pentavalent et le taux de couverture vaccinale contre la rougeole (VAR), montrent une amélioration. En effet, selon les données administratives, les couvertures vaccinales des enfants de 0-11 mois sont passées de 88% en 2015, à 89% en 2016 et à 90% en 2017 pour les trois doses du vaccin pentavalent et de 85% à 87% et 91 % sur la même période pour le vaccin contre la rougeole pour des objectifs de couverture vaccinale en 2017 de 90% pour les trois doses de vaccin pentavalent et 88% pour le vaccin contre la rougeole.

Les couvertures vaccinales enregistrées en 2016 au niveau national se présentent comme suit : 75% pour le BCG ; 77% pour le VPO zéro avec un objectif de 93% pour les 2 vaccins; 92% pour le DTC-HepB-Hib1 et 87 % pour le VPO1 ; 92% pour le Pneumo 1 et le Rota 1 ; 84% pour le VPO3, 88% pour le VAA et 77% pour le VAT2+ en 2017 contre 83 % en 2016. On constate que tous les vaccins ont enregistré en 2017 au plan national, une couverture vaccinale largement supérieure à 80% en dehors du BCG et du VAT2+ pour cause d'insuffisance d'approvisionnement en vaccin BCG que le Togo a eu en raison de sa pénurie sur le marché international.

Au plan national, le taux d'abandon vaccinal a été de 2% pour la série DTC-HepB-Hib1/ DTC-HepB-Hib3 et la série DTC-HepB-Hib1/VAR, 3% pour la série Rota 1/Rota 2 et la série PCV13 1ère dose/PCV13 3<sup>ème</sup> dose. Ainsi l'achèvement de la série vaccinale a été globalement satisfaisant pour l'ensemble des vaccins avec un taux d'abandon inférieur à 10%. L'abandon vaccinal a été inférieur à 10% dans toutes les régions pour toutes les séries vaccinales.

Sur le plan nutritionnel, les CRENI ont enregistré 1211 admissions d'enfants présentant une malnutrition aiguë, dont 1138 nouvelles admissions. Les 1211 enfants malnutris aigus ont été pris en charge et 1137 sont sorties soit 93,89% des enfants pris en charge. Le taux de guérison en CRENI est 23% (performance acceptable) ; 634 enfants soit, 56% ont été transférés au CRENAS afin de réduire la surcharge de travail au personnel d'hospitalisation ; le taux de succès égal à 79% ce qui est satisfaisant ; le taux de décès sur le plan national est de 7% (acceptable) ; le taux d'abandon dans le CRENI est de 13% (élevé). Cette assez bonne performance s'explique par des dépistages actifs faits au sein de la communauté et la mise sous traitement avec les Aliments thérapeutiques Prêts à Emploi (ATPE).

Par rapport à la supplémentation des enfants en vitamine A lors du PEV de routine, 206 355 enfants ont été supplémentés sur 304 661 enfants attendus soit une couverture de 68%. En ce qui concerne la supplémentation des femmes en post-partum dans les 45 jours qui suivent leur accouchement en vitamine A, 181 088 femmes ont été supplémentées pour 319 141 femmes soit une couverture de 55%.

Parmi les 3 988 femmes enceintes séropositives enregistrées (sur un total attendu de 5 900) en 2017, 1 116 étaient sous traitement ARV avant la grossesse et 2 783 ont fait leur initiation pendant la grossesse pour réduire le risque de transmission du VIH de la mère à l'enfant. La proportion de femmes enceintes ayant reçu les TAR pour réduire le risque de transmission du VIH de la mère à l'enfant en 2017 est de 64%.

On note une baisse de performance entre 2016 et 2017 passants de 84% à 64% pour une cible de 91,7 % en 2017. Cette baisse de couverture peut s'expliquer par : (i) des nouveaux paramétrages du logiciel EPP/Spectrum ; (ii) la prise en compte du modèle de la rétention des femmes séropositives dans le protocole PTME/ARV ; (iii) la population a augmenté alors que la couverture en CPN1 chez les femmes enceintes n'a pas sensiblement évoluée comparée à celle de 2016.

Selon le JMP 2015, seulement 12% des ménages utilisent des installations sanitaires améliorées au niveau national avec seulement 3% des ménages en milieu rural contre 25% en milieux semi-urbain et urbain. En revanche, 23% de ménages sur le plan national utilisent des latrines partagées et 52% des ménages pratiquent la défécation à l'air libre avec respectivement 74% en milieu rural et 18% en milieu urbain. Selon les enquêtes QUIBB 2015, plus de six ménages sur dix (67,5%) déversent directement les eaux usées dans la nature et 25,1% dans la rue. Seuls 7% de la population utilisent les ouvrages d'assainissement d'eaux usées contre une cible ODD de 50%. Une proportion importante des déchets solides et liquides hospitaliers ne sont pas gérés selon les normes.

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

L'analyse des données de la lutte contre le paludisme permet de noter une réduction de 24,84% de décès dus au paludisme par rapport aux cas décès enregistrés en 2015 (847 décès en 2016 contre 1 127 en 2015), ce qui correspond à 17% du total des décès enregistrés (5083) en 2016 et 16,58% en 2017 (995/6000). L'analyse des données par région donne 24% dans la région des Savanes, 23% dans la région des Plateaux, 14% dans la région de la Kara, 23% dans la région centrale, 16% dans la région Maritime et 9% dans la région Lomé Commune. Les enfants de moins de 5 ans représentent plus de 50% des hospitalisations liées au paludisme. La plupart des décès dus au paludisme sont notifiés chez les enfants de moins de 5 ans avec une proportion de 60% contre 68% en 2016.

La létalité du paludisme chez les enfants de moins de 5 ans est de 4,82% pour une cible attendue de 1,2%.

En effet, la diminution des cas de décès s'expliquerait par l'amélioration de la fréquentation des structures sanitaires et de la prise en charge communautaire enclenchée depuis 2012. Cette amélioration conduit à la précocité de la prise en charge des cas avec comme bénéfice, la réduction des cas graves (source des décès) et de façon logique, la réduction des cas de décès. De toutes les façons, le nombre de décès dus au paludisme reste toujours élevé au Togo.

Pourcentage de femmes enceintes ayant reçu 3 doses de TPI pendant la grossesse est de 34,5% contre une cible de 46,70% en 2017. Cette faible performance est due à la rupture du SP au cours de l'année 2017.

En matière de VIH/Sida, un total de 441 395 personnes ont été dépistées en 2017. Les personnes dépistées séropositives représentaient 2,9% (12 829) comparé à 3,3% en 2016. La séropositivité est plus concentrée dans les régions Lomé commune et Maritime avec des taux supérieurs à la moyenne nationale.

Le nombre de PVVIH sous ARV est passé de 43 603 à 59 752 entre 2015 et 2017 contre une cible estimée de 55 236. La rétention des personnes vivant avec le VIH après 12 mois d'initiation de traitement par les ARV en 2017 est de 91% contre de 90,10% en 2016. Le résultat obtenu en 2017 est au-delà de la cible de 88% attendue en fin décembre 2017.

L'augmentation du nombre de patients sous thérapie antirétroviral a été effective grâce à la gratuité des médicaments ARV décrétée en 2008 par le gouvernement soutenu par les partenaires techniques et financiers, la décentralisation de la dispensation ARV et l'extension des services de PTME.

Pour le compte de l'année 2017, 2 633 cas de tuberculose toutes formes confondues ont été dépistés contre 2 849 en 2016. Les cas de tuberculose bactériologiquement confirmés nouveaux cas (TPB+) constituent 76% des cas toutes formes, soit 2 013 cas.

L'analyse des tendances de l'indicateur « taux de succès des traitements antituberculeux TPM+ (guéris + traitement achevé) » montre une baisse entre 2016 et 2017 (de 84% à 83%, cohorte 2015 et 2016) en deçà de la cible de 88,30% fixée en 2017 en ce qui concerne la cohorte 2016.

La lutte intégrée contre les maladies tropicales négligées (MTN) par les traitements de masse a permis d'obtenir en 2017 une proportion de personnes traitées à l'Ivermectine dans la population éligible de 83,40% pour une cible de 80,80% ; la couverture géographique de 100% en 2016 a été maintenue en 2017. La proportion des enfants d'âge scolaire traités à l'Albendazole a été de 98,38% pour une cible de 95%.

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

En matière d'hygiène et de prévention et contrôle de l'infection, au niveau des régions et district, 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 19% en 2015 à 36% en 2017. Le pourcentage de FS pratiquant le tri des déchets et le bio nettoyage ont respectivement atteint 32% et 52.2% des FS.

Dans le cadre du renforcement de la surveillance et la lutte contre les épidémies, plusieurs activités ont été menées au cours de l'année 2017. Il s'agit de la surveillance épidémiologique à des fins de détection précoce des cas, des activités de laboratoire pour la confirmation des cas, de la préparation et riposte aux épidémies. Le pays a enregistré des épidémies de méningites dans les districts de Tône et d'Akébou et épidémie de lassa dans la région des savanes. La Proportion d'épidémie ayant bénéficié d'une réponse dans les 14 jours après la notification est de 84%.

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

L'absence de données chiffrées n'a pas permis d'apprécier la performance des interventions mises en œuvre concernant certaines Maladies Non Transmissibles (MNT) telles que : les maladies cardiovasculaires (Hypertension Artérielle, Accident Vasculaire Cérébral.), les affections respiratoires chroniques, la santé mentale, la santé bucco-dentaire et le noma, la drépanocytose et les handicaps.

En effet, la plupart des indicateurs à renseigner devraient l'être soit par le biais d'enquêtes populationnelles, soit par le système de rapportage mensuel au niveau des districts sanitaires. L'absence de données est liée d'une part à la non réalisation de l'enquête populationnelle ajoutée à la non prise en compte des principaux indicateurs relevant des MNT dans les fiches de rapport au niveau décentralisé.

Néanmoins certaines actions ont été menées en 2017 au niveau des différentes composantes des MNT comme la sensibilisation sur la prévention des MNT et leurs facteurs de risques ; le dépistage de 2 145 personnes à l'HTA, au diabète et à l'obésité ; la sensibilisation de 20 journalistes sur les méfaits du tabagisme et à l'application de la loi tabac dans le cadre de la Journée Mondiale Sans Tabac (conférence de presse) ; la sensibilisation des parlementaires du Togo sur la ratification du protocole pour éliminer le commerce illicite des produits du Tabac ; l'évaluation des experts de

l'Agence internationale de l'énergie atomique (AIEA) au Togo (rapport d'évaluation disponible) ; la revue du plan intégré de lutte contre les MNT 2012-2015 et élaboration du draft 0 du nouveau plan 2017-2022.

Le Pourcentage de structures de santé primaires offrant le paquet essentiel d'interventions pour la prise en charge intégrée des MNT (WHO-PEN) est de 10,29% pour une cible de 10 en 2017 et le pourcentage de personnes vivant avec un handicap pris en charge en réadaptation physique est de 2%.

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

Notons que 75% de COGES ont été fonctionnels selon les critères de performance en 2017 contre 65% en 2016 pour une cible de 70% en 2017. Cette amélioration s'explique par la formation de certains membres des COGES (anciens et nouveaux) sur leur rôle suite à l'actualisation des textes règlementant le fonctionnement des COGES (le nouvel arrêté a été signé en fin d'année 2015).

L'accès géographique des populations aux services de santé est resté stationnaire (71,4% en 2017 et 2016) contre une cible 74,40%. Cette stagnation est due à l'inachèvement des travaux de construction de nouvelles formations sanitaires (les CMS d'Akoumapé, et de Légbassito ; les USP de Kagnissi, Tanfarou, Pimini, M'boratchika, Idoh kopé et Wakpa).

En matière de disponibilité des médicaments essentiels, plus de la moitié des formations sanitaires (53,6%) n'ont pas connu de rupture de stocks en 2017 contre 50,1% en 2016 et 49% en 2015, alors que la cible fixée en 2017 est de 45,80%. On note une amélioration de la disponibilité en médicaments dans les formations sanitaires.

Une amélioration continue de la sécurité transfusionnelle et de la qualité des produits est également notée en 2017 puis qu'on note une diminution du pourcentage de rejet des poches de sang pour des raisons infectieuses : 5,79% en 2017 contre 7,31% en 2016. La proportion des besoins non satisfaits en concentrés de globules rouges est de 32,68% en 2017 pour une cible de 25,80%, ceci est très élevé. Il en est de même pour les besoins non satisfaits en produits sanguins (28,62% en 2017 contre 23,93% en 2016). Un effort doit être fait 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 de 44% en 2015 à 45,8% en 2016 et à 46,80 en 2017 pour un objectif de 50%. Cette légère amélioration s'explique par la formation des Agents de Santé Communautaire (ASC), 2350 ASC de 10 districts des régions Centrale et Plateaux ont été formés en 2016 en actions essentielles de nutrition au niveau communautaire et sur la Prise en Charge Intégrée de la Mère et du Nouveau-né au niveau communautaire (PCIMNE-C) grâce au soutien financier de la Banque Mondiale à travers le projet d'Appui aux services de Santé Maternelle et Infantile et de Nutrition (PASMINE).

La densité cumulée du personnel traceur (médecins, infirmiers, sages-femmes, techniciens supérieurs) est de 60,4 personnels pour 100.000 habitants en 2017 contre 50 en 2016. La cible en 2017 étant de 74 personnels pour 100 000 habitants. Le Ratio de personnel traceur a augmenté en 2017 par rapport à 2016 ; ce qui est dû à des retours de certaines positions administratives et au résultat du concours de recrutement.

Pour le Taux de couverture des besoins en personnels de santé au niveau primaire de soins, on note que 42% des formations sanitaires au niveau primaire disposent du personnel conformément aux normes requises contre une cible de 67%.

Sur le plan de mobilisation des ressources, le financement des activités du secteur de la santé a été assuré en 2017 par l'Etat, les Partenaires Techniques et Financiers et les recettes propres des formations sanitaires (recouvrement des coûts). Au total 93,059 milliards FCFA<sup>3</sup> ont été mobilisés pour la mise en œuvre des activités contre 91,782 milliards de F CFA prévus dans le PNDS 2017-2022, soit un taux de réalisation de 101,39%. Sur les 93,059 milliards FCFA mobilisés, la contribution de l'Etat est de 28,462 milliards FCFA (30,58%); l'appui des partenaires s'élève à 40,895 milliards FCFA (43,94%) et l'apport sur recettes propres des formations sanitaires est de 23,701 milliards FCFA (25,46%).

L'analyse de l'évolution du budget général de l'Etat alloué au ministère de la santé (en valeur relative) montre une nette baisse en 2017 par rapport à l'année dernière. En effet, la proportion du budget général de l'Etat allouée à la santé est passée de 5,14% (51,476/1002,2 milliards de FCFA) en 2016 à 4,69% (57 567/1227,423 milliards FCFA) en 2017.

Par rapport à la loi de finances rectificative (LFR), le budget général de l'Etat alloué au MSPS en 2017 est de 56,816 milliards de francs CFA contre 46,986 milliards de francs CFA soit, une augmentation de 9,830 milliards de francs CFA par rapport à 2016.

Au vu des résultats obtenus de la première année de mise en œuvre du PNDS 2017-2022 où la plupart des objectifs fixés ne sont pas atteints, le ministère se propose d'agir sur les difficultés rencontrées afin de mieux orienter pour les années à venir, les actions sur le terrain.

---

<sup>3</sup>Montant ordonnancé.

## 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 la Protection Sociale (MSPS) élabore chaque année un rapport de performance qui permet de faire le suivi de la progression dans l'atteinte des résultats à tous les niveaux de la pyramide sanitaire impliquant toutes les parties prenantes (Etat, PTF, OSC et secteur privé).

Le présent rapport de performance 2017 a été élaboré selon un processus participatif et consensuel des principales parties prenantes. L'analyse de la performance se fonde sur un cadre logique global basé sur une série d'indicateurs fondamentaux tirés du Plan de Suivi et Evaluation (PSE) du PNDS 2017-2022 et du Tableau de Bord Annuel des Indicateurs (TBAI) 2017.

Ce rapport annuel de performance 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 obtenus en 2017. Il permettra 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 fait un rappel des missions, 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 & évaluation, tire les leçons apprises, projette les perspectives et formule les recommandations.

## I. Contexte de la gestion sous-revue

### 1.1. Rappel des missions du Ministère de la Santé et de la Protection Sociale

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

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

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

### 1.2 Présentation du ministère

L'actuel organigramme du ministère de la santé 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 (voir annexe : organigramme du ministère de la santé)<sup>4</sup>.

Le Ministère de la santé 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 juin 2015, la Direction générale de la protection sociale (DGPS) du Ministère du Travail, de l'Emploi et de la Sécurité Sociale (MTESS) est rattachée au Ministère de la Santé ; d'où la nouvelle appellation « Ministère de la Santé et de la Protection Sociale (MSPS) ».

#### 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, 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

---

<sup>4</sup> Cet organigramme n'intègre pas la Direction générale de la protection sociale (DGPS).

- 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.

Le Togo compte en 2017, 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'Etablissement 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
<b>Ensemble</b>	<b>137</b>	<b>166</b>	<b>303</b>	<b>261</b>	<b>293</b>	<b>114</b>	<b>1274</b>

(Source : rapport DPCS 2017)

Dans l'option stratégique de renforcement des Soins de Santé Primaire (SSP), l'USP est appelée à servir de cadre de dispensation de soins intégrés, tandis que l'hôpital doit jouer le rôle majeur d'orientation-recours. On constate cependant que la recherche de cette situation optimale d'un système de soins cohérent 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 peut constater 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, démarrée en juin 2017 avec comme structures pilotes le CHR d'Atakpamé et l'Hôpital de District de Blitta, est un élément important de la réforme du système sanitaire prévue dans le PNDS 2017-2022.

### 1.2.2. Couverture sanitaire

D'après les résultats de la carte sanitaire 2017, la répartition de l'offre selon l'appartenance au secteur public ou privé se présente comme suit : (i) l'Etat, principal fournisseur de soins avec 57% de l'offre et (ii) le secteur privé de soins avec 43% de l'offre.

Le secteur privé de soins est en majorité libéral, dynamique et surtout concentré dans les grands pôles urbains principalement à Lomé où l'on enregistre une plus grande solvabilité de la demande. Il est toutefois peu régulé surtout dans son implantation géographique et pas toujours pris en compte dans la planification de l'offre des services.

A cette offre, il faut ajouter, la présence d'un secteur traditionnel assez influant surtout en milieu rural mais mal connu au niveau des services de soins offerts à la population.

### **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 Anti-Rétro-Viraux (ARV) pour les PVVIH décrétée par le Gouvernement en novembre 2008, subvention de la césarienne effective depuis 02 mai 2011, la gratuité ou la subvention de la prise en charge de certaines maladies (dialyse, prise en charge de la tuberculose, du paludisme simple, et de la lèpre etc...) et des mécanismes assuranciers de protection contre le risque financier (prise en charge des risques professionnels par la Caisse Nationale de Sécurité Sociale (CNSS), assurance maladie obligatoire pour les fonctionnaires et les ayant droits effective depuis 1<sup>er</sup> mars 2012, assurance des élèves des établissements publics depuis octobre 2017, assurance des bénéficiaires du Fonds National de Financement Inclusif (FNFI) en 2017, mutuelles de santé communautaires, sociétés d'assurance maladie privées à visée lucrative).

Cependant, environ 45% 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 pouvant les propulser 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 ministre de la santé et de la protection sociale pour relire la loi afin d'y introduire l'aspect de l'extension aux autres couches de la population.

Le processus d'élaboration de la stratégie nationale de financement de la santé vers la couverture sanitaire universelle se poursuit. Cette stratégie porte sur l'articulation entre les trois fonctions du financement de la santé (la collecte, la mise en commun et l'achat des prestations).

Des options de financement ont été proposées en précisant pour chacune les avantages et les limites. Un consensus a été également obtenu sur l'intégration des questions liées au financement basé sur les résultats (FBR), au Budget programmes, au Programme d'Urgence de Développement Communautaire (PUDC), au FNFI. De plus, la proposition de l'architecture de mise en œuvre de la couverture sanitaire universelle (CSU) a été adoptée.

#### 1.2.4. Situation des ressources humaines en santé

Les ressources humaines du secteur de la santé se caractérisent par une diversité de statut 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 COGES et des projets et programmes de santé. Ils bénéficient d'un statut hybride. Ils sont assujettis aux dispositions du code du travail et certaines règles du statut général de la fonction publique;
- les volontaires et les primo demandeurs d'emploi mis à la disposition du ministère de la santé par l'agence nationale du volontariat au Togo (ANVT) et de l'Agence nationale pour l'emploi (ANPE);
- le personnel du service de santé des armées mis à la disposition du ministère de la santé et de la protection sociale par le ministère de la défense et des anciens combattants et le ministère de la sécurité et de la protection civile.

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

L'effectif total du personnel du MSPS au 31 décembre 2017 est de 11 152 contre 10 188 en 2016. On constate qu'entre 2016 et 2017, l'effectif du personnel du ministère de la santé a connu une évolution de 964 agents. Cette évolution s'explique par le recrutement de 1049 agents en 2017 et une différence d'effectifs de 85 agents. Cette différence est constituée des départs à la retraite, les démissions et abandon de postes ainsi que les décès.

Le secteur privé de soin est marqué par une disparité entre les six régions sanitaires du pays. L'analyse des données du secteur privé fait ressortir 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 (par exemple 313 soit 8,40% dans la région de la Kara et 366 soit 9,82% dans la région des savanes).

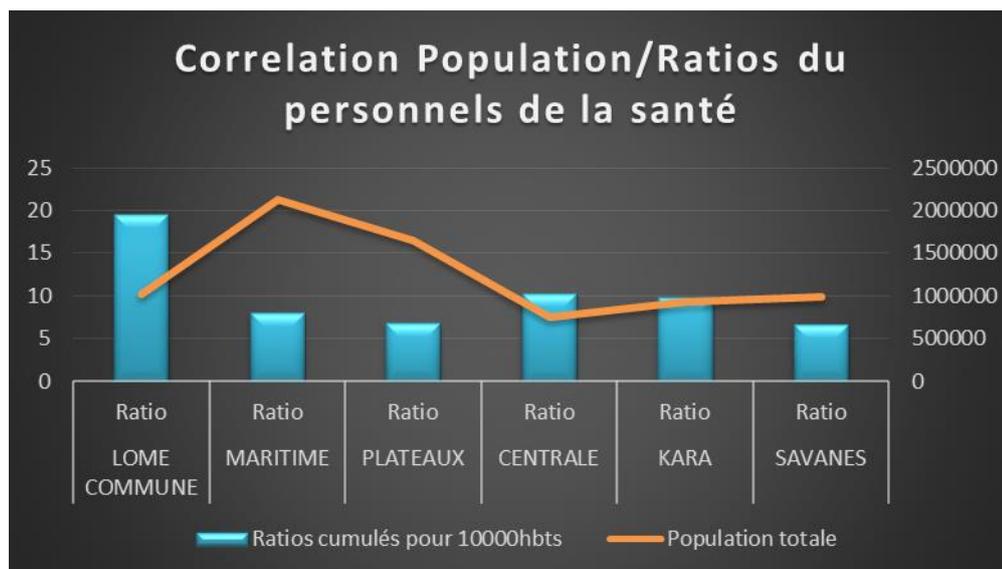
En outre, on constate que l'effectif du personnel privé de la région des savanes est supérieur à celui des régions centrale et Kara. Cette situation se justifie par la présence de grandes structures confessionnelles et des ONG dans la région des savanes.

Ainsi, l'effectif total du personnel de santé du secteur public et privé en fin décembre 2017 s'élève à 14 877. En effet, contrairement aux années précédentes où l'effectif du privé est estimé au 1/3 de celui du public (faute de disposer de données fiables du secteur privé), les effectifs du secteur privé de 2017 ont été obtenus grâce à une collecte des données qui s'est déroulée dans toutes les régions sanitaires du Togo avec l'appui technique et financier de l'OMS.

Sur l'effectif total de 14 877, les agents du secteur public sont estimés à 11 152 soit 74,96% et celui du secteur privé, 3 725 agents. Il apparaît donc que l'effectif du privé représente 25,03% de l'effectif cumulé (Public/Privé). Cette proportion atteint 33,4% lorsque cet effectif est rapporté à celui du public.

La région Lomé-commune dispose de 32,56% de l'effectif total du personnel de santé du pays contre 9,37% pour la région des savanes. Les autres régions sont dotées respectivement : Maritime 17%, Plateaux 16,23%, Centrale 11,91%, Kara 12,84%. Toutefois, ces proportions n'expliquent pas totalement l'iniquité dans la répartition du personnel de santé par région ; d'où la nécessité d'établir

une corrélation entre l'effectif du personnel de santé et celui de la population des régions pour déduire l'équité ou non de la répartition du personnel.



(Source : rapport DRH 2017)

**Figure 1 : Corrélation Population/Ratios du personnels de la santé**

L'analyse de ce graphique montre que si le ratio dans la région Lomé Commune (19,6 personnels pour 10 000 habitants) est plus ou moins proche de la norme, tel n'est pas le cas pour les autres régions qui affichent les ratios faibles en personnel : Savanes 6,6 personnels pour 10 000 habitants, Plateaux 6,8 personnels pour 10 000 habitants, Maritime 8 personnels pour 10 000 habitants, Kara 9,8 personnels pour 10 000 habitants, Centrale 10,3 personnels pour 10 000 habitants. A l'évidence, aucune des régions n'a atteint la norme des 23 personnels pour 10 000 habitants telle que recommandée par l'OMS.

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

Suite à l'analyse des capacités de mise en œuvre et de suivi et évaluation et au vue des résultats et des difficultés rencontrées dans la mise en œuvre des activités, certains défis doivent être relevés pour la gestion à venir surtout dans le cadre de la mise en œuvre du nouveau PNDS voir tableau ci-après :

**Tableau II : Priorité d'action du Ministère**

Actions prioritaires	Produits attendus
<b>1.</b> Mise en œuvre du Plan Stratégique National de lutte contre le VIH/SIDA (Intensifier la lutte contre le VIH/SIDA)	1. 55% personnes vivant avec le VIH (adultes, adolescents et enfants) prennent les médicaments antirétroviraux
	2. 100% femmes enceintes séropositives ont reçus les antirétroviraux pour réduire le risque de transmission mère-enfant
	3. 100% des patients Co-infectés VIH et tuberculose reçoivent en même temps le traitement antituberculeux et les ARV
<b>2.</b> Mise en œuvre des stratégies de prévention et de prise en charge du paludisme, de la tuberculose, des maladies tropicales négligées et des	4. 90% (226 606) d'enfants de 0-11 mois et 90% (288 096) de femmes enceintes ont reçu chacun une MILDA
	5. 60% (107 547) de femmes enceintes ayant reçu trois doses de traitement préventif intermittent du paludisme à l'aide de la sulfadoxine-pyriméthanine pendant la grossesse
	6. 40% des enfants de moins cinq ans souffrant de malnutrition aigüe

Actions prioritaires	Produits attendus
autres maladies transmissibles, y compris les maladies à potentiel épidémique	sévère sont pris en charge
	7. 2 639 cas de tuberculose pulmonaire bactériologiquement confirmés notifiés
	8. 90% de succès thérapeutique de la tuberculose
	9. Au moins 95% d'enfants d'âge scolaire dans les zones endémiques aux géo helminthiases ont reçu de l'Albendazole
	10. Au moins 85% de la population des communautés endémiques à l'onchocercose élues pour le TIDC sont traités à l'Ivermectine
	11. Au moins 95% d'enfants d'âge scolaire dans les zones endémiques à la schistosomiase ont reçu du Praziquantel.
	12. Les létalités dues au cholera, à l'épidémie de la méningite ou aux fièvres virales hémorragiques sont inférieures ou égales à 5%
<b>3.</b> Amélioration de la qualité et de la disponibilité des services de santé	13. 16 000 femmes ont bénéficié de Kits de césarienne
	14. Couple année protection augmenté de 263 235 à 290 000
	15. 100% de disponibilité pour tous les vaccins
	16. Au moins 88% des enfants de 0-11 mois reçoivent la troisième dose du vaccin DTC-HepB-Hib
	17. 80% de villages ruraux disposent d'un agent de santé communautaire formé sur les soins intégrés-diarrhée, pneumonie, paludisme et malnutrition
	18. Réforme hospitalière : mise en application effective de l'approche contractuelle
	19. Nombre d'arrêtés d'application du code de la santé relatifs à la réglementation du secteur privé de soins signés
	20. 1.000 agents recrutés pour augmenter la disponibilité des ressources humaines en santé en vue d'améliorer la qualité des soins
	21. Disponibilité d'un nouveau PNDS adopté par le Gouvernement
	22. Tenue effective (avec implication de toutes les parties prenantes) de la revue annuelle 2015
	23. Au moins 75% des réunions du CS « Santé, VIH/SIDA, Promotion et Protection sociale » sont tenues
	24. Au moins (30%) 8 formations sanitaires sur 22 seront construites
	25. Au moins 80% des 16 formations sanitaires seront construites sur financement PUDC
<b>4.</b> Urgences de santé publique	26. Centre des opérations d'urgences de santé publique (COUSP): élaboration et validation du cadre juridique
<b>5.</b> Autres interventions de santé publique	27. Taux de chirurgie de la cataracte (500 pour 1.000.000 d'habitants)

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

Le budget général 2017 (loi de finances initiale –LFI 2017) de l'Etat alloué au MSPS est de 57,567 milliards de FCFA contre 51,476 milliards de FCFA, soit une augmentation de 6,09 milliards de FCFA par rapport à 2016, ce qui donne un taux de croissance d'environ 12%.

Les dépenses de fonctionnement prévues comprennent : (i) les dépenses de personnel (traitements et salaires) pour un montant de 17,076 milliards de FCFA, soit 30% du budget total contre représentant

une proportion de 34% en 2016 ; (ii) les dépenses de matériel (achat de biens et services) pour un montant de 3,793 milliards de FCFA, soit 7% du budget total sont restées stables par rapport à 2016 ; (iii) les dépenses de transfert (transferts et subventions) pour un montant 10,395 milliards de FCFA soit 20% du budget alloué, ont connu une légère augmentation (2%) par rapport à celles de 2016.

Les dépenses d'investissement sont estimées à 26,303 milliards de FCFA contre 20,050 milliards de FCFA en 2016, soit une augmentation de 6,253 milliards de FCFA correspondant à une croissance de 31% entre 2016 et 2017.

Les dépenses sur ressources propres (recouvrement de coûts) sont estimées à 29,755 milliards de FCFA en 2017 contre 21,215 milliards en 2016 soit une augmentation de 8,043 milliards FCFA en 2017. Le tableau suivant présente le budget de l'année sous revue (2017) comparé avec celui de l'année 2016.

**Tableau III : Présentation du budget de l'année 2017**

Nature des dépenses	Montant en millions de FCFA		Part dans le budget total		Variation	taux de variation
	2016 (a)	2017(b)	2016 (c)	2017(d)	(b-a)	(b-a)/(a)
Dépenses de personnel (Traitements et salaires)	17 346	17 076	34%	30%	-270	-2%
Dépenses de matériel (Achat de biens et services)	3 793	3 793	7%	7%	0	0%
Dépenses de transfert (Transferts et subventions)	10 287	10 395	20%	18%	108	2%
<b>Total fonctionnement (I)</b>	<b>31 426</b>	<b>31 264</b>	<b>61%</b>	<b>54%</b>	<b>-162</b>	<b>-1%</b>
Dépenses internes d'investissement	1 100	985	2%	2%	-115	-10%
Dépenses externes d'investissement	18 950	25 318	37%	44%	6 368	34%
<b>Total investissement (II)</b>	<b>20 050</b>	<b>26 303</b>	<b>39%</b>	<b>46%</b>	<b>6 253</b>	<b>31%</b>
<b>Budget total (I+II)</b>	<b>51 476</b>	<b>57 567</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>	<b>6 091</b>	<b>12%</b>
<b>Dépenses sur Ressources Propres (III)</b>	<b>21 215</b>	<b>29 258</b>				
<b>Total général (I+II+III)</b>	<b>72 691</b>	<b>86 684</b>				

En résumé, le budget global de l'année 2017 du MSPS selon son Plan de Travail Budget Annuel (PTBA) 2017 est de 86,68 milliards de FCFA contre 72,69 milliards de FCFA en 2016, soit une augmentation de 19,21% par rapport à 2016.

En considérant la loi de finances rectificative (LFR) 2017, ce budget est de 86,13 milliards de FCFA contre 68,20 milliards de FCFA en 2016 dont 56,873 milliards de FCFA au titre de l'allocation sur le budget général de l'Etat et 29,258 milliards de FCFA de ressources propres contre respectivement 46,986 milliards de FCFA au titre de l'allocation sur le budget général de l'Etat et 21,215 milliards de FCFA de ressources propres en 2016.

**Tableau IV : Présentation du budget de l'année 2017 sur la base de la loi de finance**

Nature des dépenses	Montant en millions de FCFA												Part du budget dans le ministère			
	LFI (2016)			LFR (2016)			LFI (2017)			LFR (2017)			2016		2017	
	LFI			LFR			LFI			LFR			LFI	LFR	LFI	LFR
	RI	RE	Total	RI	RE	Total	RI	RE	Total	RI	RE	Total	(a+b)/ Budget du ministère	= (c+d)/ Budget du ministère	(e+f)/ Budget du ministère	(g+h)/ Budget du ministère
	(a)	(b)	(a)+(b)	(c)	(d)	=(c)+(d)	(e)	(f)	(e)+(f)	(g)	(h)	(g)+ (h)				
Dépenses de personnel (Traitements et salaires)	17.346	0	17.346	17.346	0	17.346	17.076	0	17.076	17.076	0	17.076	23,86%	25,40%	19,70%	19,80%
Dépenses de matériel (Achat de biens et services)	3.793	0	3.793	3.793	0	3.793	3.652	0	3.652	3.652	0	3.652	17,88%	5,60%	4,20%	4,20%
Dépenses de transfert (Transferts et subventions)	10.287	0	10.287	10.287	0	10.287	10.395	0	10.395	10.395	0	10.395	14,15%	15,10%	12,00%	12,10%
<b>Total fonctionnement (I)</b>	<b>31.426</b>	<b>0</b>	<b>31.426</b>	<b>31.426</b>	<b>0</b>	<b>31.426</b>	<b>31.123</b>	<b>0</b>	<b>31.123</b>	<b>31.123</b>	<b>0</b>	<b>31.123</b>	43,20%	46,10%	35,90%	36,10%
Dépenses internes d'investissement	1.100	0	1.100	0	0	0	985	0	985	374	0	374	1,50%	0,00%	1,10%	0,40%
Dépenses externes d'investissement	0	18.950	18.950	0	15.560	15.560	0	25.318	25.318	0	25.376	25.376	26,10%	22,80%	29,20%	29,50%
<b>Total investissement (II)</b>	<b>1.100</b>	<b>18.950</b>	<b>20.050</b>	<b>0</b>	<b>15.560</b>	<b>15.560</b>	<b>985</b>	<b>25.318</b>	<b>26.303</b>	<b>374</b>	<b>25.376</b>	<b>25.750</b>	27,60%	22,80%	30,40%	29,90%
<b>Total Dépense III (I+II)</b>	<b>32.526</b>	<b>18.950</b>	<b>51.476</b>	<b>31.426</b>	<b>15.560</b>	<b>46.986</b>	<b>32.108</b>	<b>25.318</b>	<b>57.426</b>	<b>31.497</b>	<b>25.376</b>	<b>56.873</b>	70,80%	68,90%	66,20%	66,00%
Dépenses sur Ressources Propres (IV)	21.215		21.215	21.215		21.215	29.258		29.258	29.258		29.258	29,20%	31,10%	33,80%	34,00%
<b>Total général (III+IV)</b>	<b>53.741</b>	<b>18.950</b>	<b>72.691</b>	<b>52.641</b>	<b>15.560</b>	<b>68.201</b>	<b>61.366</b>	<b>25.318</b>	<b>86.684</b>	<b>60.755</b>	<b>25.376</b>	<b>86.131</b>				

## II. Progrès 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.

En 2017, le Gouvernement s'est donnée la mission de : (i) mettre en œuvre le Plan Stratégique National de lutte contre le VIH/Sida (intensifier la lutte contre le VIH/Sida) ; (ii) mettre en œuvre des stratégies de prévention et de prise en charge du paludisme, de la tuberculose, des maladies tropicales négligées et des autres maladies transmissibles, y compris les maladies à potentiel épidémique ; (iii) améliorer la qualité et la disponibilité des services de santé ; (iv) mettre l'accent sur les urgences de santé publique et (v) renforcer les autres interventions de santé publique.

En effet, l'année 2017 marque le début de la mise en œuvre du nouveau plan sectoriel (PNDS 2017-2022). C'est ainsi que, pour apprécier les performances réalisées au cours de l'année 2017, trente-quatre (34) indicateurs traceurs sont retenus.

Les 34 indicateurs traceurs sont organisés autour des cinq (5) axes stratégiques du PNDS 2017-2022 que 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

##### *a) Gouvernance et pilotage du secteur*

L'appréciation de la gouvernance et le pilotage du système de santé s'est faite en 2017 par le fonctionnement du Comité sectoriel « Santé et VIH/Sida », au niveau central des comités régionaux et préfectoraux « Santé et VIH/Sida » et la fonctionnalité des COGES selon les critères de performance.

Le Comité sectoriel « Santé et VIH/Sida » est le dispositif institutionnel de coordination, de suivi et d'évaluation des politiques de développement au niveau du secteur de la santé mis en place par le gouvernement. Il regroupe les représentants de toutes les parties prenantes du secteur.

En 2017, le Comité sectoriel « Santé et VIH/Sida » a tenu une (01) seule réunion sur 04 prévues. Cette faiblesse du fonctionnement du Comité sectoriel est liée essentiellement : (i) au faible dynamisme du secrétariat technique du comité, (ii) à la non application du règlement intérieur du Comité sectoriel et (iii) à l'absence de sous-comités thématiques (véritables organes techniques de réflexion stratégique).

Au niveau des régions et préfectures, les textes devant organiser les comités régionaux et préfectoraux « Santé et VIH/Sida » qui sont des instances de coordination du secteur et du dialogue sectoriel entre parties prenantes au niveau opérationnel n'ont pas été signés. En l'absence de ces instances, la coordination du secteur est assurée par les Equipes Cadre de Régions (ECR) et les Equipes Cadre de Districts (ECD), ce qui n'implique pas les autres acteurs en dehors du système de santé.

Le pourcentage de COGES fonctionnels est passé de 65% en 2016 à 75% en 2017 pour une cible de 70%<sup>5</sup>. Cette amélioration s'explique par la formation de certains membres des COGES (anciens et nouveaux) sur leur rôle suite à l'actualisation des textes règlementant le fonctionnement des COGES (le nouvel arrêté a été signé en décembre 2015).

Par ailleurs, la mise en œuvre du nouvel organigramme qui a commencé en 2014 s'est poursuivie en 2017 avec la nomination par intérim du directeur général de l'action sanitaire et de sept (07) directeurs centraux<sup>6</sup> ainsi que la nomination de deux (02) chefs divisions<sup>7</sup>. Mais un effort reste à faire en vue de la mise en œuvre complète de cet organigramme.

L'insuffisance en matière de pilotage et de gouvernance au sein des structures de soins, ainsi que le faible niveau de performance de ces structures, ont amené les autorités du pays à recourir à l'approche de contractualisation des fonctions de gestions au sein des structures publiques de santé.

En effet, le ministère de la santé a bénéficié en 2016 d'un appui technique de l'Agence Française de Développement (AFD) pour définir les différentes composantes et le cadre juridique et opérationnel de l'approche contractuelle.

En 2017, la phase pilote de cette nouvelle approche de gestion des structures de soins a commencé dans deux (2) formations sanitaires : CHR d'Atakpamé et CHP de Blitta. Les autres hôpitaux notamment, le CHU-SO, le CHU Kara, le CHR Dapaong, le CHR Sokodé rentreront dans cette approche en 2018.

En matière de planification, suivi et évaluation, l'année 2017 a été essentiellement marquée par l'adoption, le 8 février 2017, du Plan National de Développement Sanitaire (PNDS) 2017-2022 par le gouvernement et l'élaboration des outils de son opérationnalisation.

Le PNDS 2017-2022 est en cohérence avec les priorités nationales et internationales, les enjeux et les défis majeurs du secteur. Son coût total est de **674,148 milliards F CFA**, soit un coût moyen annuel de **112,358 milliards FCFA**.

Ce PNDS se décline en cinq (5) axes stratégiques. Il s'agit de : (i) Axe stratégique 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 ; (ii) Axe stratégique 2 : Renforcement de la lutte contre les maladies transmissibles ; (iii) Axe stratégique 3 : Amélioration de la sécurité sanitaire et la réponse aux épidémies et autres urgences de santé publique ; (iv) Axe stratégique 4 : Renforcement de la lutte contre les maladies non transmissibles et promotion de la santé ; et (v) Axe stratégique 5 : Renforcement du système de santé vers la Couverture Sanitaire Universelle (CSU) y compris la santé communautaire.

En ce qui concerne les outils élaborés pour opérationnaliser le PNDS 2017-2022, on note le plan de suivi et évaluation, le plan de communication, l'actualisation des outils de suivi de mise en œuvre et le plan national de renforcement du système de santé.

---

<sup>5</sup> La cible de 40% prévue en 2017 dans le plan de suivi évaluation du PNDS a tenu compte de la réalisation de 2015 du fait qu'au moment de l'élaboration du document le taux de réalisation de 2016 n'était pas disponible. Cette prévision a été corrigée au vue des résultats de 2016 et est de 70%.

<sup>6</sup> Directeur des Etudes, de la Planification et de la Programmation (DEPP), Directeur du Système National d'Information Sanitaire et de l'Information (DSNISI), Directeur de la Santé de la Mère et de l'Enfant (DSME), Directeur des Infrastructures Sanitaires, des Equipements et de la Maintenance (DISEM), Directeur de Lutte Contre la Maladie et des Programmes de Santé Publique (DLMPSP), du Directeur de l'Hygiène et de l'Assainissement de base (DHAB).

<sup>7</sup> Chef Division de la Santé Communautaire et des Personnes Agées, Chef Division de la Surveillance Intégrée et des Urgences et Riposte.

Le plan national de renforcement du système de santé est l'opérationnalisation de l'axe stratégique 5 du PNDS. Il met l'accent sur l'amélioration de la gouvernance, le pilotage, l'accroissement des capacités institutionnelles et opérationnelles à différents niveaux de la pyramide sanitaire.

En matière de la régulation du secteur, les activités réalisées ont porté sur les visites d'agrément en vue d'accorder les autorisations d'ouverture et d'exploitation des formations sanitaires (FS) et les visites d'inspection inopinées organisées dans le cadre de la réglementation du secteur privé de soins.

En ce qui concerne l'autorisation d'ouverture des formations sanitaires privées, 58 dossiers ont été enregistrés dont 53 pour l'installation et l'exploitation quatre pour le renouvellement et un pour le changement de dénomination ; parmi les 53 dossiers introduits pour la demande d'installation et d'exploitation, 25 soit 47,16% ont reçu leur agrément et 28 soit 52,84% sont en instance de traitement. S'agissant des formations sanitaires agréées, neuf soit 36% sont des structures privées de soins libérales (trois cabinets médicaux, quatre cliniques médicales une clinique médicale spécialisée et un cabinet médical spécialisé) et 16 (56%) sont des structures privées de soins confessionnelles et associatives (14 centres médico-sociaux à vocation humanitaire et un centre de santé à vocation humanitaire) un centre d'appareillage orthopédique.

La situation des formations sanitaires agréées par région se présente comme suit : cinq dans Lomé Commune, dix dans la Maritime, cinq dans les Plateaux, trois dans la Kara et deux dans la région centrale.

Les visites d'inspection programmées n'ont pas pu être effectuées dans la majorité des cas. Le handicap le plus important est la vétusté des moyens logistiques. Les véhicules de la DESR sont amortis et sont régulièrement des pannes. Néanmoins, l'équipe technique de la DESR a effectué au moins une dizaine de visites inopinées à la recherche des structures sanitaires exerçant dans l'illégalité au cours de l'année 2017. Ces visites ont été effectuées dans les cinq (5) districts sanitaires de Lomé Commune et dans le district du Golfe. Ainsi 34 formations sanitaires privées exerçant dans l'illégalité ont été identifiées et les promoteurs invités à la DESR pour des séances de sensibilisations au cours desquelles certains ont été amenés à fermer leurs structures.

#### ***b) Ressources humaines en santé***

La densité cumulée du personnel traceur (médecins, infirmiers, sages-femmes, techniciens supérieurs de santé) est de 60,4 personnels pour 100.000 habitants en 2017 pour une cible de 74 contre 50 en 2016. Cette amélioration est due aux retours de certaines positions administratives<sup>8</sup> et au recrutement du personnel.

Pour la couverture des besoins en personnels de santé au niveau primaire de soins, on note que 46,60 % des formations sanitaires au niveau primaire disposent du personnel conformément aux normes requises contre une cible de 67%<sup>9</sup>.

Ces résultats ont été obtenus grâce au recrutement de 1049 agents de santé sur le budget de l'Etat et de dix sages-femmes par le *Médecin du Monde* (MdM-Section Allemagne) dans le cadre de l'expérimentation d'une année obstétrique.

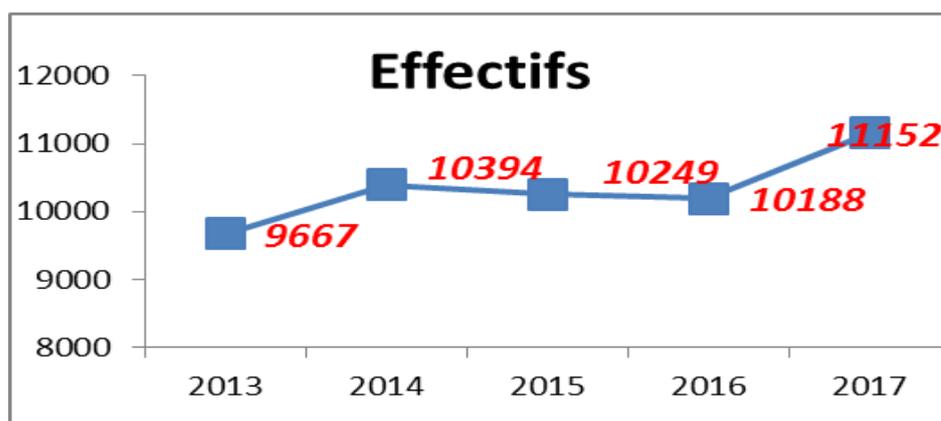
Entre autres réalisations en 2017 en faveur d'un soutien au développement des ressources humaines en santé : la réalisation de la cartographie des offres de services des institutions de formation en santé et la mise à jour de la base des données-Actualisation des ratios en personnel (poursuivre avec l'élaboration du document de profil pays sur les RHS).

---

<sup>8</sup> Positions de stage, détachement et disponibilité.

<sup>9</sup> En 2016, la couverture des besoins en personnel au niveau primaire de soins était de 62,02%.

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



(Source : rapport DRH)

**Figure 2 : Evolution des effectifs du personnel de la santé de 2013 à 2017**

### *c) Infrastructures sanitaires, équipements et maintenance*

En 2017, on dénombre 1 274 établissements de soins contre 1 224 en 2016 soit 50 nouvelles formations sanitaires construites ou réhabilitées dont 37 FS publiques équipées. Ces nouvelles structures sont en majorité des réhabilitations ; ce qui fait qu'en 2017, l'accessibilité géographique des populations aux services de santé est restée stationnaire à 71,4% en 2016 et 2017.

En matière d'équipement des structures de soins en logistique, deux ambulances ont été acquises pour deux CHU (CHU Sylvanus Olympio et CHU Kara).

### *d) Rapprochement de l'offre de soins des communautés*

Afin de rapprocher les soins des communautés, des efforts ont été consentis au niveau communautaire pour augmenter la proportion de villages à plus de 05 Km d'un centre de santé disposant d'un ASC formé sur les soins intégrés ou PCIMNE. La proportion de villages éloignés d'un centre de santé qui disposent d'un ASC formé sur les soins intégrés (diarrhée, pneumonie et paludisme) ou PCIMNE communautaire est passée de 44% en 2015 à 45,8% en 2016 et 46,80 en 2017 pour un objectif de 50%. Cette légère amélioration s'explique par la formation en 2017 de 923 ASC dans six districts de la région des Plateaux sur la Prise en Charge Intégrée des Maladies du Nouveau-né et de l'Enfant au niveau communautaire (PCIMNE-C).

### *e) Disponibilité des produits de santé*

En matière de disponibilité des médicaments essentiels, plus de la moitié des formations sanitaires (53,6%) n'ont pas connu de rupture de stocks en 2017 contre 50,1% en 2016 et 49 % en 2015. On note une amélioration de la disponibilité en médicaments dans les formations sanitaires.

Malgré cette amélioration, il existe de nombreuses difficultés parmi lesquelles on note : (i) la non disponibilité de tous les produits au niveau des formations sanitaires et de 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, sans compter le fardeau (dépenses de santé) qu'il représente pour les ménages.

Au nombre des principales actions ou réalisations en 2017, on note :

- dans le domaine des demandes d'agrément des structures pharmaceutiques : l'instruction administrative des dossiers de création ou transfert et exploitation de trois dossiers de transfert, de trois dossiers de création, de six dossiers d'exploitation d'une officine de pharmacie privée, de sept dossiers d'exploitation d'une société de distribution de dispositifs médicaux, deux dossiers de création d'une agence de promotion et d'information médicale et scientifique, sept dossiers d'exploitation d'une société de distribution de réactifs, consommables et de dispositifs médicaux ;
- dans le domaine de l'inspection d'ouverture des établissements pharmaceutiques (officines de pharmacie, agence de promotion et d'information scientifique et médicale, société de distribution de dispositifs médicaux ...) voir le tableau ci-dessous.

En matière d'autorisations spéciales d'importation de produits pharmaceutiques les activités suivantes ont été réalisées :

- Instruction administrative des demandes d'autorisation spéciales d'importation des médicaments (Hors AMM ou AMM expirée) ;
- Instruction administrative des demandes d'autorisation spéciales d'importation des échantillons médicaux (Homologation ou distribution par les agences) ;
- Instruction administrative des demandes d'autorisation spéciales d'importation des substances sous contrôle international (Stupéfiants, psychotropes, précurseurs chimiques).

Pour l'appui au service d'Homologation des produits de santé, il a été procédé aux évaluations administratives des demandes d'AMM.

**Tableau V : Types d'établissements**

N°	Types d'établissements	Types d'inspection	Total par types d'inspection	Total par types d'établissement
1	Officines de pharmacies privées	Création	03	<b>12</b>
		Exploitation	06	
		Transfert	03	
		Routine	0	
2	Sociétés de distribution dispositifs médicaux	Création/ Exploitation	07	<b>07</b>
		Routine	0	
3	Agences de promotion de médicaments	Création	02	<b>02</b>
		Exploitation	0	
		Routine	0	
4	Dépôts pharmaceutiques	Création	03	<b>07</b>
		Exploitation	03	
		Renouvellement	01	
		Routine	0	
<b>TOTAL</b>				<b>28</b>

(Source : rapport DESR 2017)

À la suite de l'élaboration des procédures de contrôle qualité, la DPML a organisé en août 2017, une mission d'échantillonnage des produits mis sur le marché depuis plus de six mois dans le pays. Il s'agissait principalement des produits liés au VIH, à la Tuberculose et au Paludisme.

Le contrôle au laboratoire a été contractualisé avec le Laboratoire CHMP en France. Les résultats d'analyse des échantillons sont résumés dans le tableau suivant :

**Tableau VI : Résultats d'analyse des échantillons des médicaments**

MALADIES	INTRANTS	NOMBRE D'ECHANTILLONS	RESULTATS CONFORMES	
Tuberculose	STREPTO	13	13/13	100%
Paludisme	ASAQ 135/50	3	3/3	100%
	ASAQ 270/100	8	8/8	100%
VIH	AZT/3TC/NVP Enfant	3	3/3	100%
	EFV 200	7	7/7	100%
	EFV 600	2	2/2	100%

Il ressort de ces résultats que 100% des échantillons contrôlés sont conformes. Ce qui confirme les bonnes pratiques de distribution (achat, stockage...) des produits mis à la disposition des patients.

#### *f) Laboratoire d'analyses biomédicales*

Les activités de laboratoires et d'analyses de biologie médicales ont bénéficié de l'appui de la Fondation Mérieux à travers le projet RESAOLAB+ commencé en 2013 et du CDC Atlanta pour le projet «Global Health Security Agenda » (GSHA) depuis octobre 2015.

Le projet RESAOLAB+, d'une durée de 4 ans a permis de réaliser en 2017 les principales activités :

- l'élaboration et la validation de la politique nationale de biologie médicale et du plan stratégique de développement de la biologie médicale ;
- Poursuite du programme mentorat avec la Check-List SLIPTA et l'outil LQSI ;
- Inauguration officielle des nouveaux locaux de la DPML et des salles techniques de la DL et des salles de TP rénovées de l'Université de Lomé.

Pour ce qui est du projet GSHA, les principales activités réalisées en 2017 sont :

- Evaluation des actes de biologie médicale réalisés par 86 laboratoires publics par rapport au paquet minimum d'activités par niveau de soins et conversion des coordonnées GPS de ces 86 laboratoires en coordonnées Google Earth ;
- Conduite de l'audit de suivi dans 7 laboratoires publics en vue de mesurer l'impact de la phase pilote du programme mentorat suivi de réunions de restitution des résultats de l'audit ;
- Organisation d'EEQ pour le diagnostic parasitologique du paludisme (GE/Frottis mince) dans 32 laboratoires de la ville de Lomé ;
- Formation de répondants de 12 laboratoires publics et du référent national en biosécurité et biosureté et à la gestion des risques avec l'appui de l'ONG américaine Global Scientific Solution for Health en collaboration avec le ministère de la défense ;
- Organisation de la mission de sensibilisation-formation sur site de 300 personnes dans 14 structures sanitaires publics dans les régions Lomé-commune, Maritime, plateaux et centrale.

### g) Pharmacopée et médecine traditionnelle (PMT)

Les principales activités menées dans le cadre de la PMT en 2017 sont :

- 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 ;
- Élaboration et validation des textes réglementant le secteur de la médecine traditionnelle notamment : (i) l'arrêté portant critères de reconnaissance des praticiens de la médecine traditionnelle et conditions d'exercice de la médecine traditionnelle ; (ii) l'arrêté portant condition de délivrance des autorisations de mise sur le marché des médicaments issus de la médecine traditionnelle au Togo ; (iii) la note de service relative à l'enregistrement des compléments alimentaires issus de la médecine traditionnelle ; (iv) la note de service relative à l'enregistrement des produits cosmétiques issus de la médecine traditionnelle.

### h) Produits sanguins labiles (PSL) sécurisés

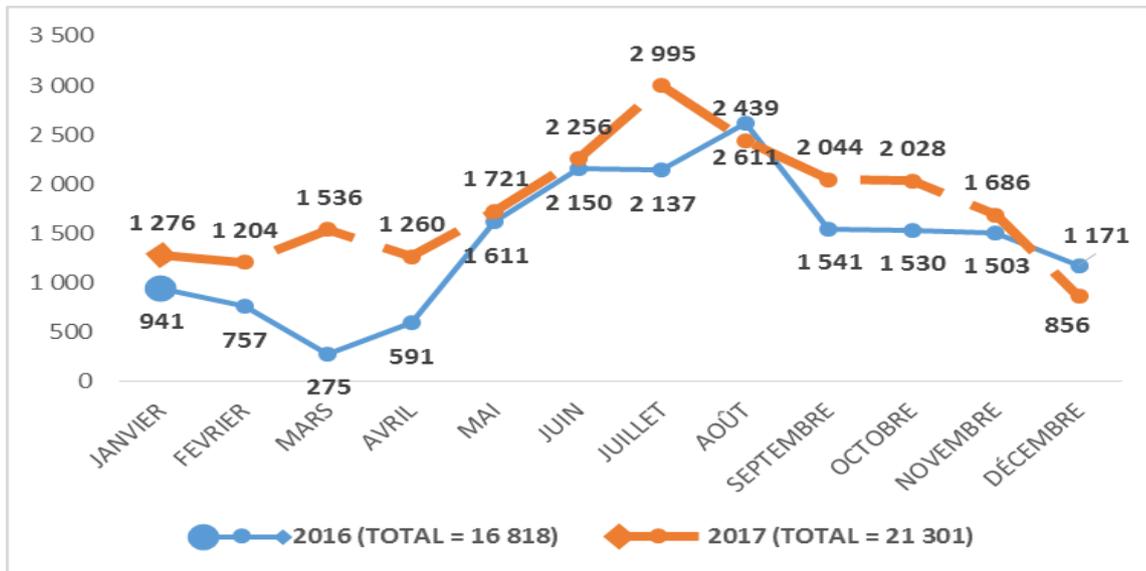
Sur le plan national la proportion des besoins non satisfaits en concentrés de globules rouges est de 32,68% (*source Rapport CNTS*) pour une cible de 25,80 % en 2017. Pour ce qui concerne le pourcentage de besoins non satisfaits en produits sanguins il est de 28,62% en 2017 contre 23,93% en 2016. Le tableau VII résume la gestion des produits sanguins labiles de 2015 à 2017.

**Tableau VII : Gestion des produits sanguins labiles (PSL) de 2015 à 2017**

Indicateurs	2015	2016	2017
Nombre de poches prévues en début de période	42 000	43 500	45 500
Nombre de poches collectées	44 751	44 526	42 906
Pourcentage de poches collectées	106,55	102,35	94,30
Nombre de sorties de collectes	114	100	99
Nombre de PSL distribués	47 160	53 071	53 119
Pourcentage de besoins non satisfaits (%)	23,22%	23,95%	28,68%

(Source : rapport CNTS 2017)

En ce qui concerne les demandes non satisfaites, la figure ci-dessous indique l'évolution de la situation du 1<sup>er</sup> janvier au 31 décembre 2017 au plan national. En comparant les données de l'année 2016, on note globalement une pénurie plus importante en 2017.



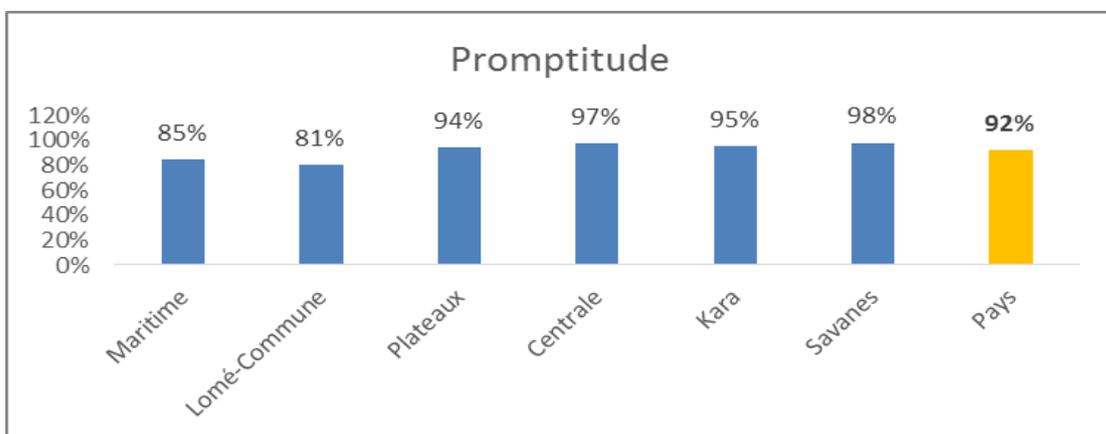
(Source : rapport CNTS 2017)

**Figure 3 : Evolution comparée des demandes non satisfaites en fonction des mois du 1er janvier au 31 décembre en 2016 et en 2017**

*i) Système d'information sanitaire*

Le taux de complétude des rapports du système national d'informations sanitaires (SNIS) est de 91% en 2017 pour une cible de 42,5%<sup>10</sup>. Cette performance s'explique par la prise en compte des données des structures privées dans le SNIS.

Par rapport à la promptitude des données du SNIS, elle est de 92% sur le plan national et varie au niveau des régions de 81% à 98% (voir Figure ci-après).



(Source : rapport DSNISI 2017)

**Figure 4 : Promptitude des rapports mensuels d'activités par Régions sanitaires**

Les activités réalisées se résument ainsi : (i) les missions trimestrielles de contrôle et validation des données ; (ii) les collectes complémentaires de données, l'élaboration-reproduction-diffusion de l'annuaire 2016 ; (iii) la formation continue des membres du pool SNIS aux différentes académies DHIS2 ; (iv) la formation des formateurs pour la mise à échelle du DHIS2 ; (v) la formation des prestataires à l'utilisation de la CIM10, et celle des points focaux SNIS, Nutrition et Paludisme sur la validation et le contrôle qualité des données d'autre part.

<sup>10</sup> Cible prévue en fonction des efforts de mise à échelle de DHIS2

## **j) Financement du secteur**

Le financement des activités du secteur de la santé a été assuré en 2017 par l'Etat, les Partenaires Techniques et Financiers et les recettes propres des formations sanitaires (recouvrement des coûts).

Au total 93,059 milliards FCFA<sup>11</sup> ont été mobilisés pour la mise en œuvre des activités contre 91,782 milliards de FCFA prévus dans le PNDS 2017-2022, soit un taux de réalisation de 101,39%. Sur les 93,059 milliards FCFA mobilisés, la contribution de l'Etat est de 28,462 milliards FCFA (30,58%); l'appui des partenaires s'élève à 40,895 milliards FCFA (43,94%) et l'apport sur recettes propres des formations sanitaires est de 23,701 milliards FCFA (25,46%).

Par rapport aux prévisions, l'Etat a mobilisé 66,33% (28,462/42,908 milliards FCFA); les PTF, 232,79% (40,895/17,567 milliards FCFA) ; les recettes propres des formations sanitaires, 75,71% (23,701/31,306 milliards FCFA).

L'analyse de l'évolution du budget général de l'Etat alloué au ministère de la santé (en valeur relative) montre une nette baisse en 2017 par rapport à l'année dernière. En effet, la proportion du budget général de l'Etat allouée à la santé est passée de 5,14% (51,476/1002,2 milliards de FCFA) en 2016 à 4,63% (56,816/1227,423 milliards) en 2017.

Par rapport à la loi de finances rectificative (LFR), le budget général de l'Etat alloué au MSPS en 2017 est de 56,816 milliards de francs CFA contre 46,986 milliards de francs CFA soit, une augmentation de 9,830 milliards de francs CFA par rapport à 2016.

L'évolution non proportionnelle du budget alloué au ministère de la santé à l'évolution du budget général de l'Etat d'année en année peut agir sur la performance du secteur. Elle peut aussi compromettre les résultats obtenus jusque-là, voire fragiliser le système de santé qui se trouve aujourd'hui confronté à des besoins de santé non satisfaits de la population de plus en plus croissants en particulier, les menaces de survenue des épidémies comme la Méningite et la Fièvre Lassa.

La contribution des ménages au financement de la santé par le paiement direct est de 47,3% (Compte de santé, 2010). Au niveau des structures de soins, le taux de recouvrement des coûts par niveau de soins est de 79,65% en 2017 contre respectivement 87,2% en 2016 et 86,9% en 2015.

## **k) Protection sociale en santé**

Dans le domaine de la protection sociale, la mise en œuvre des actions ont pour but de permettre de mieux gérer les risques socioéconomiques qui entraînent une diminution ou une perte des revenus ou de l'outil de travail et de faire face ainsi aux chocs et crises économiques. Autrement dit, il s'agit de protéger les populations togolaises contre les vulnérabilités et les risques sociaux.

Les principales activités réalisées en 2017 sont les suivantes :

(i) Finalisation de l'évaluation des systèmes de protection sociale à travers l'outil SPPOT (Social Protection Policy Option Tool) avec les phases de validation des données, d'élaboration et de validation du rapport. Les prochaines étapes se résument à la présentation des résultats au comité de haut niveau et au choix parmi les options proposées, (ii) Installation des comités de sécurité et santé au travail dans sept (07) entreprises, conformément à l'arrêté n° 009/2011/MTESS/DGTLs du 26 mai 2011, (iii) l'évaluation des risques professionnels dans cinq (05) structures contre une (01) en 2016 ; (iv) la formation de 97 membres des comités de sécurité et santé au travail des entreprises contre 86 membres en 2016.

---

<sup>11</sup>Montant ordonnancé.

Des visites de sensibilisations sur les risques professionnels dans les entreprises ont été prévues, mais n'ont pu être réalisées par faute de moyens logistiques.

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

Une franche partie de la population ne dispose aujourd'hui d'aucun mécanisme de protection sociale en santé. Il est donc nécessaire de renforcer le régime obligatoire d'assurance maladie dans la perspective de son extension.

En matière de risques professionnels (accidents du travail et maladies professionnelles) des efforts restent à faire. Les accidents et maladies professionnels augmentent chaque année ; 1502 cas d'accidents du travail ont été enregistrés en 2016 contre 1854 cas en 2017. Il est donc important de renforcer les actions de prévention dans ce domaine afin de réduire l'exposition à la vulnérabilité.

**Tableau VIII : Performances en matière de Renforcement du système de santé vers la CSU y compris la santé communautaire**

Indicateurs	Valeur de référence	Valeur cible 2017	Valeur réalisée 2017	Performance en année n	Score de performance en année n
Pourcentage de COGES fonctionnels	65%	70%	75%	2	5
Taux de couverture des besoins en personnels de santé au niveau primaire de soins	62,40%	67%	47,60%	-3,22	0
Densité de personnel de santé (ratio pour 10.000 habitants)	5	7,4	6,04%	0,43	2
Taux d'accessibilité géographique	71,4%	74,10%	71,4%	0	1
Densité de lits d'hospitalisation pour 10.000 habitants	7	7,8	4,33%	-3,34	0
Taux d'utilisation des soins curatifs	30%	33,30%	39,20%	2,79	5
Pourcentage de villages qui disposent d'au moins un agent de santé communautaire formé sur les soins intégrés (diarrhée, pneumonie, paludisme et malnutrition)	45,8%	50%	46,80%	0,23	1
Proportion des besoins non satisfaits en concentrés de globules rouges (CGR)	30%	25,80%	32,68%	-0,64	0
Complétude des rapports du SNIS		42,50%	91,00%		
Taux de recouvrement des recettes		75%	77,90%		
Part du budget général de l'Etat alloué au secteur de la santé	5,14%	7,10%	4,63%	- 0,26	0
Taux d'exécution des dépenses publiques de santé	73,60%	77,20%	101,39%	7,83	5

## 2.1.2. En matière d'accélération de la réduction de la mortalité maternelle, néonatale et infantile et renforcement de la planification familiale et de la santé des adolescents :

### a) Santé maternelle, néonatale et infantile

Au cours de l'année 2017, les principales réalisations concernent :

- Couverture des services prénatals et accouchements assistés

La couverture en CPN4 (pourcentage de femmes enceintes ayant accompli au moins 4 visites de consultations prénatales) est de 24% en 2017 contre 61% attendu. Elle a connu une contre-performance dans la progression comparativement aux données de routine : 31,3% en 2015 et 35,2% en 2016. Cette faible couverture traduit un problème de continuité des services.

Le taux d'accouchement assisté par du personnel qualifié a connu une baisse passant de 52% en 2016 à 45% en 2017 pour une cible de 66%. La baisse cet indicateur pourrait être liée au progrès des indicateurs de la Planification familiale (prévalence contraceptive 23% 2016 et 24% en 2017) d'une part et d'autre part aux perturbations des services dans le secteur public.

La baisse de ces taux peut s'expliquer également par l'insuffisance de mobilisation des populations autour de l'utilisation des services prénatals, la qualité de l'accueil et des infrastructures, la disponibilité du personnel qualifié voire une insuffisance de la maîtrise du calcul des indicateurs. On peut signaler que le monitoring n'a pas été effectué en 2017 pour permettre d'avoir des données validées. Ces données de 2017 ont été communiquées directement par les formations sanitaires.

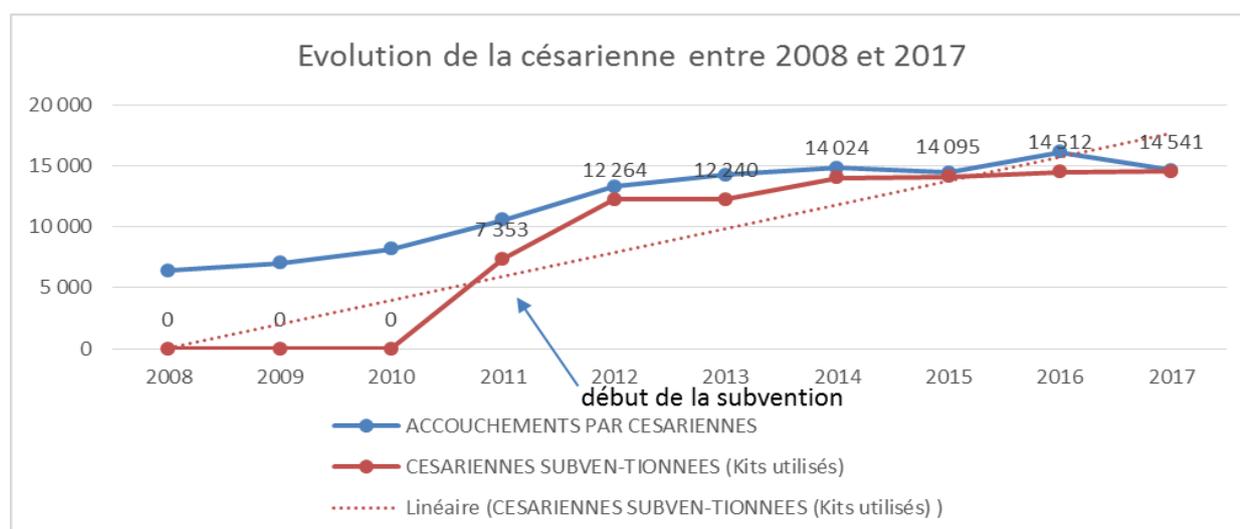
- Subvention de la césarienne

Depuis 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 6407 en 2008 à 16 139 en 2016 avec une ascendance à partir de 2011. Il est à souligner que le nombre a décliné entre 2016 et 2017 en raison d'une rupture temporaire des Kits de césarienne.

Le nombre de structures bénéficiaires est porté à 24 en 2017.

En 2017, au total 14 615 césariennes ont été réalisées. Les kits de césariennes distribués s'élèvent à 14 541 kits de césarienne dont 12 472 kits pour les césariennes par Rachianesthésie et 2 069 par Anesthésie générale. Le taux de subvention est de 99,49% pour une cible 89,30%. Il est à rappeler que la subvention ne concerne que les structures publiques et confessionnelles.

La figure ci-dessous montre l'évolution du nombre de césariennes réalisées depuis 2008.



(Source : rapport DSME 2017)

Figure 5 : Evolution du nombre de césariennes depuis 2008

- *Lutte contre les fistules obstétricales (FO)*

La fistule obstétricale est une préoccupation au Togo. Selon la dernière enquête démographique de santé, la prévalence est estimée à 1% (EDST 2013-2014). Pour le compte de l'année 2017, les activités menées en matière de lutte contre les fistules obstétricales se résument essentiellement à : (i) l'élaboration d'un algorithme de prise en charge des FO à l'usage des prestataires à tous les niveaux de la pyramide sanitaire ; (ii) la réparation de 40 cas (20 au CHR Sokodé et 20 à l'hôpital Saint Jean de Dieu d'Afagnan) ; (iii) la revue du plan stratégique pour la période 2013 à 2017 et l'élaboration du nouveau plan stratégique 2018-2022.

- *Surveillance des décès maternels et néonataux et riposte*

La revue des décès maternels et néonataux est une approche qui permet, à partir du vécu, d'améliorer la qualité des soins, de réorganiser les services et de réviser les protocoles pour éviter les prochains décès des mères et des nouveau-nés pour les mêmes causes.

En 2017, 294 décès maternels et 1 446 décès néonataux ont été enregistrés contre respectivement 245 et 1 569 en 2016. Sur les décès maternels enregistrés en 2017, seulement 162 sont notifiés et 56 audités soit 34,6% pour une cible 51%. Concernant les décès néonataux, sur les 90 notifiés seulement 27 ont été audités soit 1,9%. On remarque une insuffisance dans la conduite des audits de décès maternels et néonataux. Cette proportion de décès audités était de 86 pour les décès maternels et 14 pour les décès néonataux en 2016.

L'audit des décès maternels a montré une létalité maternelle de causes obstétricales directes de 1,6% pour une cible de moins de 1,1%. Le tableau ci-après présente les décès maternels et néonataux audités par région sanitaire en 2017.

L'analyse des rapports d'audit montrent que plus de 80% des décès maternels sont dus aux causes obstétricales directes (Hémorragie, Anémie décompensée, Pré éclampsie, IVG, Infection).

Cette analyse a permis également d'identifier les principaux dysfonctionnements en lien avec les décès maternels dans les formations sanitaires. Ils se résument au : manque de produits sanguins, retard de prise de décision au niveau des parents, insuffisance d'équipement, retard d'évacuation, rupture des médicaments d'urgence, insuffisance du personnel.

**Tableau IX : Audit des décès maternels et néonataux par région en 2017**

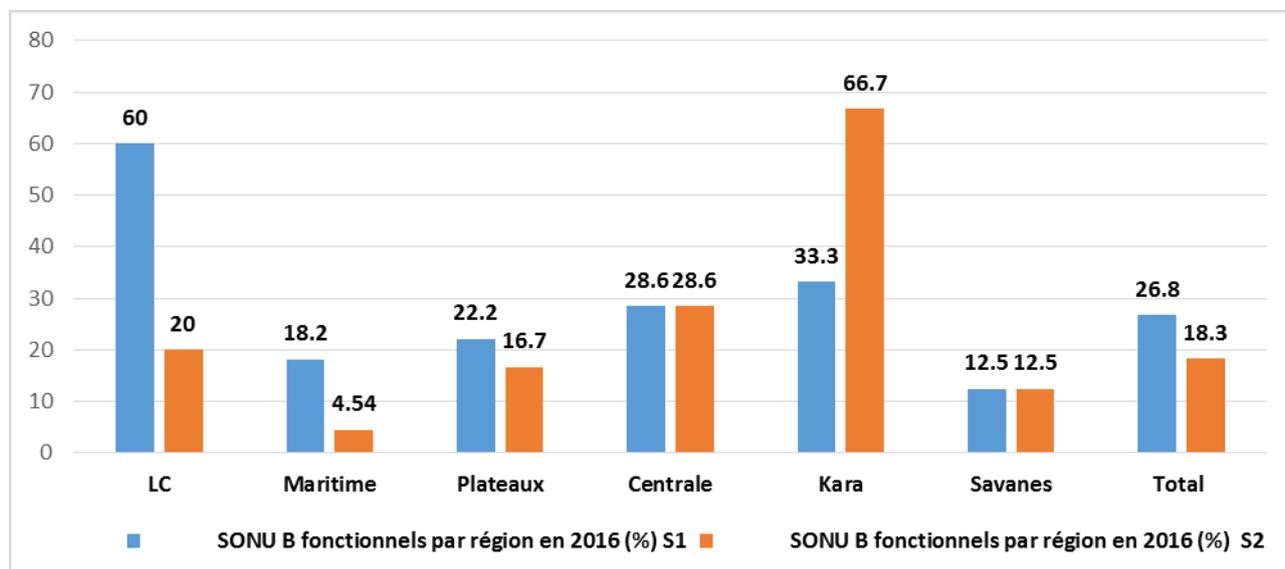
Région	Décès maternels				Décès néonataux			
	Enregistrés	Notifiés	Audités	%	Enregistrés	Notifiés	Audités	%
Lomé Commune	107	67	2	2%	550	32	0	0%
Maritime	48	23	18	38%	392	19	10	3%
Plateaux	66	27	11	17%	276	22	1	1%
Central	33	17	17	52%	75	0	0	0%
Kara	28	16	8	29%	115	17	17	15%
Savane	12	12	0	0%	38	0	0	0%
<b>Total</b>	<b>294</b>	<b>162</b>	<b>56</b>	<b>19.0 %</b>	<b>1446</b>	<b>90</b>	<b>28</b>	<b>1.9%</b>

(Source : rapport DSME 2017)

- *Soins obstétricaux et néonataux d'urgence (SONU)*

Les SONU constituent l'une des interventions à haut impact pour la réduction de la mortalité maternelle et néonatale.

En 2017, sur 71 FS SONUB, 48 disposent des 7 fonctions essentielles pour tout le pays avec des disparités régionales. Sur les 37 FS SONUC visitées, 23 disposent des 09 fonctions essentielles soit 62,16%. La ventouse a été la fonction la moins utilisée. La figure suivante montre la répartition régionale des SONUB fonctionnels en 2017.



(Source : rapport DSME 2017)

**Figure 6 : Répartition des SONUB fonctionnels par région en 2016**

### *b) Planification Familiale*

Au cours de l'année 2017, plusieurs approches ont été utilisées pour l'offre de service de planification familiale. Il s'agit de l'offre des services de PF 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 292 761. Le nombre de CAP obtenu est en deçà des prévisions (347500) et des réalisations 2016 (297735). Ceci est dû à la réduction du nombre de stratégies mobiles en raison du niveau insuffisant de financement.

### *c) Amélioration de la santé des jeunes et adolescents*

La promotion des services de santé adaptés aux adolescents et jeunes à travers les formations sanitaires, les interventions communautaires avec les ONG et associations et le renforcement de la collaboration intersectorielle sont des stratégies mises en œuvre par le pays au cours de l'année 2017 pour améliorer les indicateurs de santé des adolescents et jeunes.

En 2017, les activités réalisées ont été : (i) le renforcement de 15 nouvelles formations sanitaires (dans les régions Maritime et Savanes) pour l'offre de services adaptés aux adolescents et jeunes portant à 29 les formations sanitaires capables d'assurer une meilleure prise en charge des jeunes ; (ii) le renforcement de compétence de 115 professionnels de santé, 3250 pairs éducateurs et 215 Clubs de jeunes ; (iii) les sensibilisations ont permis de toucher près de 140 000 adolescents et jeunes. Au total 10 356 cas d'IST ont été dépistés et pris en charge, 27 636 dépistés au VIH et connaissant leur statut.

#### ***d) Promotion des bonnes pratiques nutritionnelles***

##### *- Lutte contre la malnutrition aiguë sévère*

La lutte contre la malnutrition aiguë sévère se fait à travers quatre (4) grandes stratégies à savoir : (i) le renforcement des compétences ; (ii) la dotation des CREN en intrants, en médicaments et autres consommables ; (iii) le dépistage et la prise en charge des cas de malnutrition aiguë ; (iv) le suivi/supervision.

En matière de renforcement des compétences, 180 prestataires des CREN ont été formés sur la prise en charge de la malnutrition aiguë sévère : 30 prestataires pour chacune des régions.

En 2017, on a admis au CRENI 1 296 enfants, 5 795 au CRENAS, et 2 784 au niveau communautaire soit un total de 9 875 sur 16 137 cas attendus soit 59,3%. Au CRENI 1 211 enfants ont été pris en charge et 1 137 sont sorties, soit 93,89%. Le taux de guérison au CRENI est de 23% (performance acceptable). Le transfert du CRENI au CRENAS a concerné 634 enfants soit, 56 %. Le taux de succès est égal à 79%; le taux de décès sur le plan national est de 7%; le taux d'abandon dans le CRENI est de 13%

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

Dans le cadre de la lutte contre les troubles dus à la carence en iode (TDCI), le contrôle au niveau des ménages a permis de tester un échantillon de 187 387 sels de cuisine sur lesquels 179 725 sont iodés, soit 94% de sels iodés disponibles au niveau des ménages. Dans toutes les régions, la disponibilité de sels iodés de cuisine au niveau des ménages est supérieure ou égale à 90%.

En ce qui concerne le contrôle au niveau des marchés, un échantillon de 130 517 sels de cuisine ont été testés sur lesquels 117 637 sont iodés, soit 90% de sels iodés disponibles sur les marchés.

##### *- Contrôle et promotion de la croissance (CPC)*

En 2017, la population cible en matière de contrôle et de promotion de la croissance est de 1 453 057 enfants de 0 à 5 ans. Sur cette population, 48% soit 696 433 enfants de 0 à 5 ans (anciens et nouveaux cas) ont été reçus en CPC dont 276 065 nouveaux cas. Le nombre d'enfants de 0 à 5 ans dont le poids est < à la courbe B ou à - 2 Z score (nouveaux et anciens cas) est de 16 349 dont 2 955 nouveaux cas. Les enfants dont le poids est < à la courbe C ou à - 3 Z score (nouveaux et anciens cas), ils sont au nombre de 2 955.

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

##### ***Couverture vaccinale***

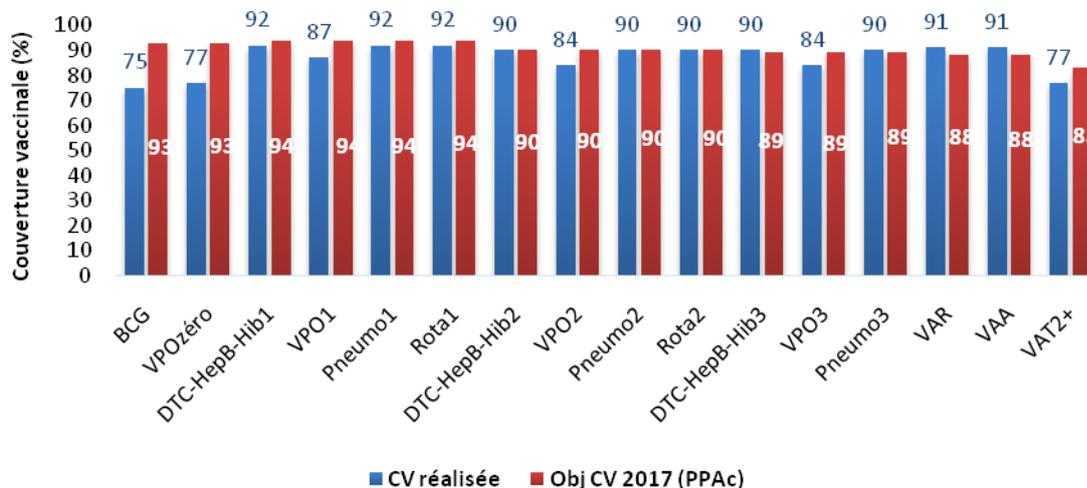
##### *- Couverture vaccinale au niveau national*

Les objectifs de couverture vaccinale de 2017 ont été atteints pour la plupart (5/8 vaccins) des vaccins, sauf pour les vaccins suivants : BCG (75%) et contre un objectif de 93%, VPO 3 (84%) contre un objectif de 89%, VAT2+ (77%) contre un objectif de 83%. Il faut noter que le pays a eu une rupture de 77 jours en vaccin BCG en raison de sa pénurie sur le marché international.

Ces résultats présentent de légères discordances de CV entre le vaccin VPO d'une part et les vaccins DTC-HepB-Hib, Pneumo et Rota d'autre part qui sont administrées au même moment aux enfants. Cette discordance est due à une insuffisance de disponibilité du vaccin VPO depuis le quatrième trimestre de l'année 2017.

Par ailleurs en dehors du BCG dont la disponibilité a été faible et du VAT2+, les couvertures vaccinales des différents vaccins ont été maintenues à un niveau supérieur ou égal à 80% durant toute l'année.

La figure ci-dessous présente les objectifs et les couvertures vaccinales réalisées pour les différents vaccins administrés en routine aux enfants de 0-11 mois et aux femmes enceintes en 2017, selon les données administratives.



(Source : rapport PEV 2017)

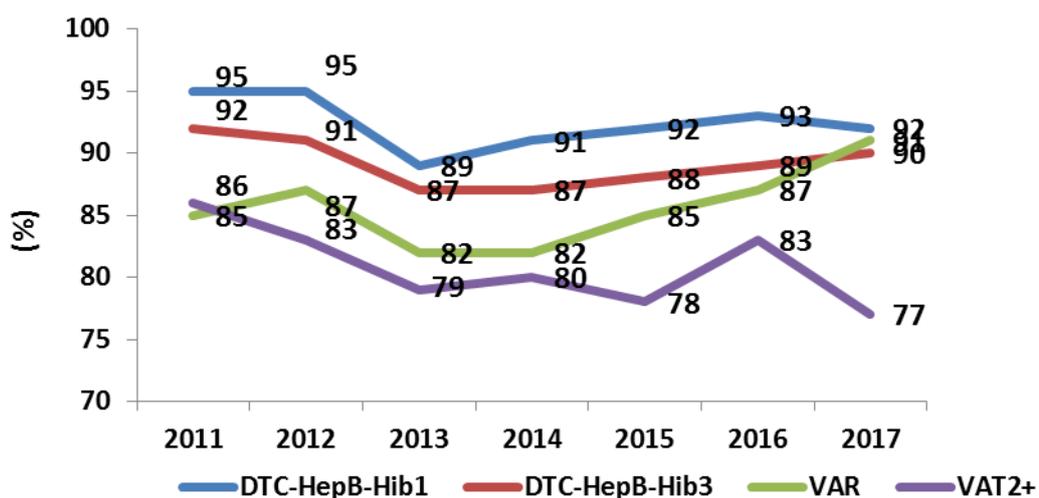
**Figure 7 : Objectifs et couvertures vaccinales réalisées en vaccination de routine chez les enfants de 0-11 mois et les femmes enceintes en 2017 au Togo**

Il faut noter que pour les indicateurs cibles du PNDS, notamment la couverture du DTC-HepB-Hib 3 et celle du VAR, les objectifs ont été atteints en 2017. La couverture du DTC-HepB-Hib3 a été de 90% pour un objectif de 89% et celle du VAR a été de 91% pour un objectif de 88%.

- *Evolution des performances*

Les couvertures vaccinales ont baissé de 2011 à 2014 du fait de la réduction de la fréquence des stratégies avancées de vaccination dans les districts suite à la baisse progressive du financement de l'approche ACD. A partir de 2015, les couvertures vaccinales ont amorcé une progression due aux facteurs suivants : (i) le renforcement du monitoring pour action, de la supervision et des stratégies avancées de vaccination grâce au financement de l'approche ACD dans la région des Plateaux et la région Centrale par l'OMS depuis 2015, dans les régions des Savanes et de la Kara par l'Unicef en 2016 et dans les régions Lomé et Maritime par l'Etat en 2017 ; (ii) la vaccination des enfants et femmes enceintes non vaccinés ou insuffisamment vaccinés au cours des Journées de Santé de l'Enfant (JSE) en 2016 dans la région de la Kara et dans la région des savanes à titre pilote et dans toutes les six régions en 2017.

La figure ci-dessous présente l'évolution des couvertures vaccinales de 2011 à 2017 pour la première et la dernière dose du vaccin DTC-HepB-Hib, le vaccin anti-rougeoleux chez les enfants de 0-11 mois et le vaccin antitétanique chez les femmes enceintes.

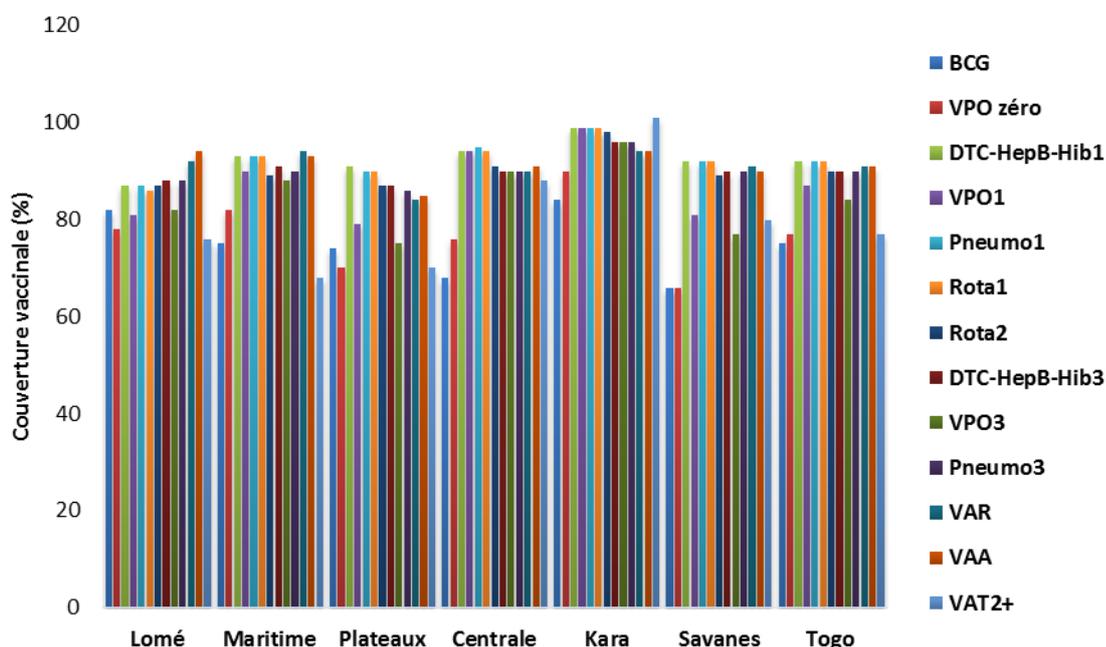


(Source : rapport PEV 2017)

**Figure 8 : Evolution des couvertures vaccinales au Togo de 2011 à 2017**

- Couverture vaccinale au niveau des régions

La figure suivante présente les couvertures vaccinales obtenues dans les régions pour la vaccination de routine des enfants de 0-11 mois et des femmes enceintes en 2017.



(Source : rapport PEV 2017)

**Figure 9 : Couvertures vaccinales du PEV de routine par région au Togo en 2017**

Les résultats montrent que seule la région de la Kara a obtenu une couverture supérieure à 80% pour tous les vaccins. Cette région a enregistré également les couvertures vaccinales les plus élevées, suivie par la région Centrale et la région Maritime.

En dehors du BCG et du VPO dont la disponibilité a été insuffisante et du VAT, la couverture des autres vaccins a été supérieure à 80% dans les six régions.

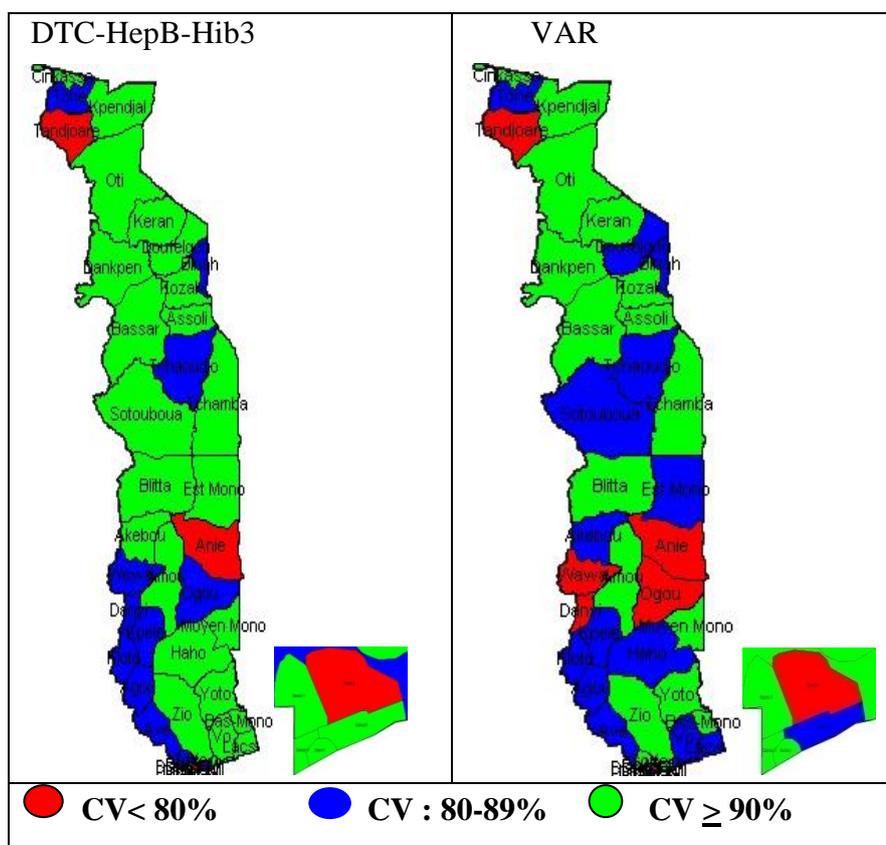
Les facteurs suivants ont été à l'origine de la performance des régions : (i) le financement de l'approche Atteindre Chaque District/Chaque Enfant (ACD/ACE) dans les régions Lomé-Commune, Maritime, Plateaux et Centrale par l'OMS et l'Etat ont permis le renforcement des stratégies avancées de vaccination, de la supervision et du monitoring pour action dans les districts de ces régions ; (ii) le renforcement de la vaccination de routine dans les six régions au cours des Journées de Santé de l'Enfant (JSE) qui se sont déroulées en deux tours.

- *Couverture vaccinale au niveau des districts*

La majorité des districts sanitaires a obtenu une couverture vaccinale supérieure à 80%, à savoir 37 districts sur 40 soit 93% des districts sanitaires pour le DTC-HepB-Hib 3 et 34 districts sur 40 soit 85% des districts sanitaires pour le VAR.

Les districts moins performants ont été pour le DTC-HepB-Hib 3 le District 2 (72%), Tandjoare (74%) et Anié (78%) ; pour le VAR : Danyi (72%), District 2 (74%), Tandjoare (75%), Anié (78%), Ogou (78%) et Wawa (78%).

La figure ci-dessous présente la performance des districts par rapport à la couverture vaccinale du DTC-HepB-Hib3 et du VAR chez les enfants de 0-1 mois et du VAT2+ chez les femmes enceintes en 2017.



(Source : rapport PEV 2017)

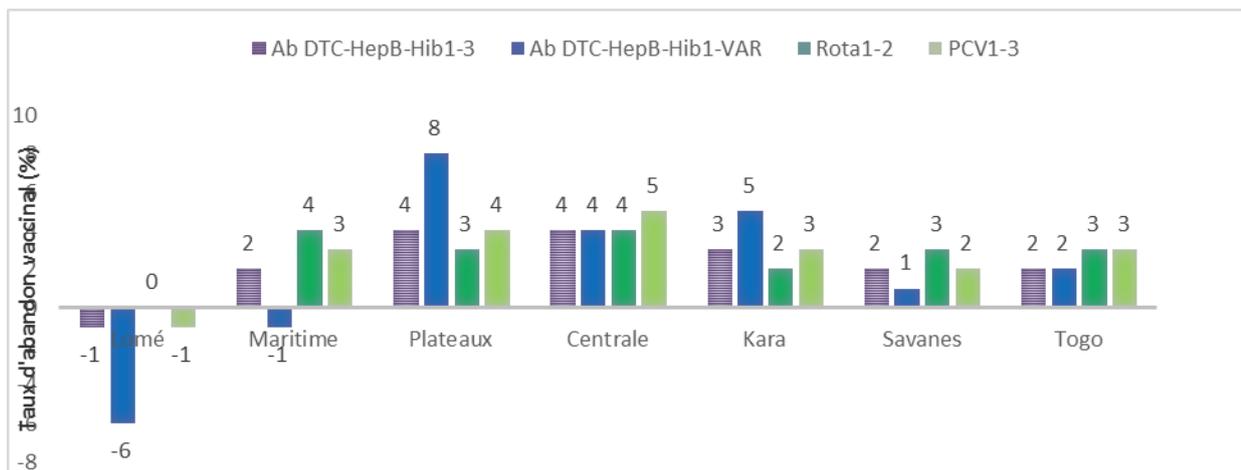
**Figure 14 : Performance des districts sanitaires selon la couverture vaccinale en DTC-HepB-Hib3 et VAR chez les enfants de 0-11 mois en 2017**

### Abandon de la série vaccinale

Au plan national, le taux d'abandon vaccinal a été de 2% pour la série DTC-HepB-Hib1/ DTC-HepB-Hib3 et la série DTC-HepB-Hib1/VAR, 3% pour la série Rota 1/Rota 2 et la série PCV13 1<sup>ère</sup> dose/PCV13 3<sup>ème</sup> dose. Ainsi l'achèvement de la série vaccinale a été globalement satisfaisant pour l'ensemble des vaccins avec un taux d'abandon Penta1/VAR inférieur à 6% fixé comme objectif pour l'année 2017. Au niveau régional un taux d'abandon supérieur à 6% a été enregistré dans la région des Plateaux (8%) en raison des taux d'abandon élevés (11%) dans les districts Ogou et Anié. Ce taux d'abandon élevé dans ces deux districts peut être expliqué par une insuffisance de stratégies avancées de vaccination et une faible proportion de formations sanitaires disposant de réfrigérateurs pour la conservation des vaccins (seulement 50% dans le district d'Anié).

L'abandon vaccinal a été inférieur à 10% dans toutes les régions pour toutes les séries vaccinales. Des taux d'abandon négatifs ont été enregistrés dans la région Lomé-commune (Districts 1, 3, 4 et 5) et dans la région Maritime (district Golfe) en raison, entre autres, de la vaccination des cibles hors-zone consécutive aux mouvements de populations.

La figure ci-dessous montre les taux d'abandon vaccinal en 2017 dans les six régions sanitaires et au niveau national :



(Source : rapport PEV 2017)

**Figure 10 : Taux d'abandon vaccinal au niveau régional et au plan national en 2017**

### Résultats des activités de vaccination supplémentaires : Campagne de vaccination contre le virus du papillome humain (VPH) dans les districts Golfe et Tchamba

En 2017, le projet de démonstration de la vaccination contre le virus du papillome humain pour la prévention du cancer du col de l'utérus, est arrivé à terme avec l'administration de la deuxième dose du vaccin cervarix à la deuxième cohorte des filles de 10 ans. Cette deuxième dose a été administrée dans les deux districts du 29 mai au 02 juin 2017. Le tableau ci-dessous présente les résultats de cette campagne selon les données administratives :

**Tableau X : Résultats de la campagne VPH dans les districts du Golfe et de Tchamba en 2017**

<b>Districts</b>	<b>Nombre de filles de 10 ans dénombrées</b>	<b>Nombre de filles de 10 ans vaccinées</b>	<b>CV</b>
<b>Golfe</b>	<b>12 337</b>	<b>11 191</b>	<b>90,7%</b>
<b>Tchamba</b>	<b>3 092</b>	<b>2 779</b>	<b>89,9%</b>
<b>Ensemble des 2 districts</b>	<b>15 429</b>	<b>13 970</b>	<b>90,5%</b>

L'objectif de couverture vaccinale qui était de 80% a été largement atteint dans les deux districts sanitaires.

### *Activités réalisées*

Pour atteindre les résultats obtenus par le PEV, plusieurs stratégies et activités ont été mises en œuvre : (i) les composantes de l'ACD/ACE (stratégies avancées, monitoring, mobilisation sociale, supervision, planification) ont été réalisées dans les districts avec le financement communautaire (COGES) et des partenaires (OMS) ; (ii) après la phase pilote qui s'est déroulée dans les régions Kara et Savanes en 2016, les Journées de Santé de l'Enfant ont été mises en œuvre dans les six (06) régions sanitaires en deux (02) passages, du 23 au 26 février pour le 1er passage et du 13 au 16 juillet pour le second passage. En 2017 les interventions des JSE ont été la vaccination de rattrapage des enfants de 0-11 mois et des femmes enceintes non vaccinés ou insuffisamment vaccinés, la supplémentation en vitamine A des enfants de 6 à 59 mois et le déparasitage à l'Albendazole des enfants de 12 à 59 mois ; (iii) la Semaine Africaine de la Vaccination a été organisée avec l'appui de l'OMS à travers les activités suivantes (le lancement de la SAV dans le district du Golfe, l'exécution des stratégies avancées dans les districts de Golfe, Moyen Mono, Danyi et District II qui ont eu une faible performance en PEV de routine en 2016 ;

### *f) Promotion des pratiques familiales essentielles*

Au cours de ces dernières années, l'assainissement a occupé une place prioritaire dans l'agenda de la politique internationale par son intégration en 2002 dans les Objectifs du millénaire pour le développement (OMD) et en 2015 dans les Objectifs de Développement Durable (ODD) plus spécifiquement à l'ODD 6 qui vise à « garantir l'accès de tous à l'eau et à l'assainissement et assurer une gestion durable des ressources en eau ».

Sur le plan national, l'assainissement occupe également une place importante dans les activités de la santé publique. Cette importance s'est traduite par des actions tant sur le plan institutionnel qu'opérationnel.

- Sur le plan institutionnel on note la mise en place de la Direction de l'hygiène et de l'Assainissement de Base (DHAB), l'élaboration et la révision de nombreux documents entre autres la Politique Nationale d'Hygiène et d'Assainissement au Togo (PNHAT), la Politique Nationale de l'Eau et de l'Assainissement (PNEA), le Plan d'Action National pour le Secteur de l'Eau et de l'Assainissement (PANSEA), la prise en compte de l'assainissement dans le PND et dans le PNDS (Axe 1 et 3).

- Sur le plan opérationnel le secteur de l'hygiène et de l'assainissement de base s'est engagé dans la mise en œuvre de plusieurs programmes et projets.

Au niveau central par le passage à l'échelle de l'ATPC à travers l'initiative Togo Sandal ; (i) la mise en œuvre des activités de sauvegarde environnementale sur le projet PASMIN et REDISS ; (ii) le contrôle de la qualité de l'eau sur le projet POPIEAT ; la mise en œuvre du projet de VAD dans tous les chefs-lieux de région et préfectures et dans la commune de Lomé ; (iii) la coordination des activités aux niveaux déconcentrés.

Toutefois le secteur fait face à plusieurs défis que ce soit par rapport aux engagements internationaux (ODD) ou nationaux (PNDS). En effet Malgré tous ces efforts, le Togo progresse trop lentement et des inégalités subsistent toujours entre les régions puis entre le milieu urbain et rural. Le taux d'accès des populations aux latrines améliorées reste très faible et la pratique de la DAL est encore très répandue aussi bien en milieu rural qu'urbain. En effet, selon le JMP 2015, seulement 12% des ménages utilisent des installations sanitaires améliorées au niveau national avec seulement 3% des ménages en milieu rural contre 25% en milieux semi-urbain et urbain. En revanche, 23% de ménages sur le plan national utilisent des latrines partagées et 52% des ménages pratiquent la défécation à l'air libre avec respectivement 74% en milieu rural et 18% en milieu urbain. Selon les enquêtes QUIBB 2015, plus de six ménages sur dix (67,5%) déversent directement les eaux usées dans la nature et 25,1% dans la rue. Seuls 7% de la population utilisent les ouvrages d'assainissement d'eaux usées contre une cible ODD de 50%.

Notons que 39,1% des villages sont certifiés FDAL pour une cible de 19%.

**Tableau XI : 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 (année n-1)	Valeur cible année n	Valeur réalisée année n	Performance en année n	Score de performance en année n
Létalité maternelle de causes obstétricales directes dans les FS	1,20%	1,10%	1,60%	<b>-0,69</b>	<b>0</b>
Pourcentage de femmes enceintes ayant effectué au moins 4 visites de CPN	35,20%	61%	24,30%	<b>-0,42</b>	<b>0</b>
Taux d'accouchements assistés par un personnel qualifié	52%	66%	45%	<b>-0,5</b>	<b>0</b>
Proportion de femmes césarisées ayant bénéficié de la subvention	87,50%	89,30%	99,50%	<b>6,67</b>	<b>5</b>
Proportion de décès maternels notifiés ayant fait l'objet d'un audit (revue)	43,00%	51%	34,60%	<b>-1,05</b>	<b>0</b>
Nombre de Couple Année Protection	297735	347500	292761	<b>-0,99</b>	<b>0</b>
Pourcentage des enfants avec malnutrition aigüe sévère ayant bénéficié d'une prise en charge	33%	35%	59,30%	<b>13,15</b>	<b>5</b>
Pourcentage d'enfants de 0-11 mois ayant reçu 3 doses de vaccin Pentavalent (DTC-HepB-Hib3)	89%	89%	90%		
Taux d'abandon vaccinal DTC-HepBHib1/VAR	7%	6%	2%	<b>5</b>	<b>5</b>
Pourcentage de villages certifiés FDAL	17,00%	19,40%	39,10%	<b>9,23</b>	<b>5</b>

### 2.1.3. En matière de Renforcement de la lutte contre les maladies transmissibles

#### a) Lutte contre le Paludisme

##### - Traitement préventif intermittent

L'administration de la sulfadoxine pyriméthamine (SP) aux femmes enceintes (FE) s'effectue sous observation directe lors des consultations prénatales. Selon les directives, chaque femme doit recevoir au moins trois doses de SP avant l'accouchement. Selon les objectifs du PNDS, au moins 46,70% de femmes enceintes reçues en CPN doivent avoir pris 3 doses de SP à intervalles d'au moins 30 jours avant l'accouchement. Les résultats montrent que seule la région Lomé Commune a atteint cet objectif. Au plan national, la couverture est de 34%. Cette faible couverture est liée à la disponibilité irrégulière de la SP à cause du retard de commande de ce médicament sur la subvention PASMIN et également le retard et l'irrégularité des consultations prénatales.

La mise à échelle de la stratégie avancée en CPN et la recherche des femmes enceintes irrégulières en CPN envisagée par le PNLP avec l'appui de PASMIN pourra permettre d'améliorer les couvertures TPI3. Le tableau XIII montre la répartition des FE ayant reçu le TPI lors de la CPN.

**Tableau XII : Femmes enceintes ayant reçu le TPI en CPN**

Régions	FE reçues en CPN 1	FE ayant reçu TPI1 (%)	FE ayant reçu TPI2 (%)	FE ayant reçu TPI3 (%)
Centrale	23 148	19 912 (87%)	12 470 (54%)	6 411 (28%)
Kara	28 001	21 763 (81%)	12 485 (47%)	6 270 (24%)
Lomé Commune	24 658	22 332 (92%)	18 802 (78%)	13 826 (60%)
Maritime	50 801	40 252 (76%)	28 918 (53%)	18 849 (32%)
Plateaux	45 889	39 140 (87%)	24 896 (57%)	14 674 (33%)
Savanes	30 647	26 719 (89%)	17 936 (62%)	10 096 (36%)
<b>Total</b>	<b>203 144</b>	<b>170 118 (85%)</b>	<b>115 507 (57%)</b>	<b>70 126 (34%)</b>

(Source Rapport PNLP 2017)

Dans le cadre de la lutte contre le paludisme au Togo, le Ministère de la santé et de la protection sociale a bénéficié de la République de Chine d'un appui technique et financier pour la mise en œuvre d'un projet pilote de contrôle du paludisme vers son élimination : « Fast Elimination of Malaria by Source Eradication (FEMSE) » dans le district sanitaire de l'Est-Mono. Le projet a consisté en l'administration de la combinaison Artémisinine-Pipéraquline (Artéquick) en trois (03) mois consécutifs à raison d'un traitement de deux (02) jours par mois à toute la population éligible. Le traitement de masse proprement dit a été mené au cours des mois de mars, d'avril et de mai 2017.

Sur le plan entomologique, les résultats de la collecte des données montrent qu'il n'y a pas de changements significatifs dans le temps et dans l'espace après le traitement de masse dans le district de l'Est-Mono sur la distribution des espèces de vecteurs, leur densité, leur comportement trophique et leur cycle d'agressivité. Les espèces de moustiques rencontrées sont essentiellement *Anopheles gambiae s.l.*, *Anopheles funestus*, *Culex quinquefasciatus*, *Aedes sp* et *Mansonia sp*. De toutes les espèces identifiées, *Anopheles gambiae s.l.* a été la plus abondante au niveau de tous les sites. Pour ce

qui est du comportement trophique, *Anophèles gambiae s.l* est aussi bien endophage qu'exophage. Le cycle d'agressivité est aussi presque le même pour toutes les espèces et dans toutes les localités.

Cependant, la présence du vecteur ne met pas en cause l'efficacité du traitement de masse. Seules, les analyses complémentaires de laboratoire permettront de disposer de résultats valides pour une confirmation ou non de l'élimination du paludisme dans le district de l'Est-Mono.

- *Distribution des MILDA en routine*

La distribution des MILDA en routine est faite dans les formations sanitaires en faveur des femmes enceintes lors des visites prénatales et des enfants de moins d'un an lors de la vaccination.

Selon les objectifs du PSN, 100% des enfants de moins d'un an reçus pour la vaccination et 100% des femmes enceintes reçues en CPN doivent recevoir des MILDA. Les résultats montrent des couvertures faibles respectives de 12% et 21%. Cette faible distribution des MILDA aux cibles est due à la rupture causée par le retard de commande des MILDA devant être acquises sur la subvention PASMINE. Le tableau XIV montre la répartition des enfants et des FE ayant reçu les MILDA en 2017.

**Tableau XIII : Cibles ayant reçu des MILDA en 2017**

Régions	Enfants reçus en PEV	Femmes enceintes reçues en CPN1	Enfant <1 an ayant reçu MILDA	Femmes enceintes ayant reçu MILDA	Total MILDA distribuées
Centrale	28 203	23 148	700 (2%)	1 424 (6%)	2 124
Kara	37 288	28 001	1 897 (5%)	4 823 (17%)	6 720
Lomé Commune	33 206	24 658	71 57 (22%)	11 821 (48%)	18 978
Maritime	77 239	50 801	16 400 (21%)	12 588 (25%)	28 988
Plateaux	52 764	45 889	2 474 (5%)	5 079 (11%)	7 553
Savanes	32 208	30 647	3 887 (12%)	6 333 (21%)	10 220
<b>Total</b>	<b>260 908</b>	<b>203 144</b>	<b>32 515 (12%)</b>	<b>42 068 (21%)</b>	<b>74 583</b>

(Source Rapport PNLP 2017)

- *Campagne de distribution des MILDA*

La campagne de distribution de masse des MILDA en accès universel a été exécutée au cours de l'année 2017. Troisième du genre après celles de 2011 et 2014, cette campagne s'est particularisée par la distribution des MILDA par couchage au lieu d'une MILDA pour deux personnes lors des campagnes antérieures (Tableau XV). Notons que les MILDA mobilisées n'ont pas suffi pour couvrir tout le pays. Ainsi la distribution n'a pas été faite dans la région Lomé Commune.

**Tableau XIV : Résultats de dénombrement et de distribution des MILDA aux ménages**

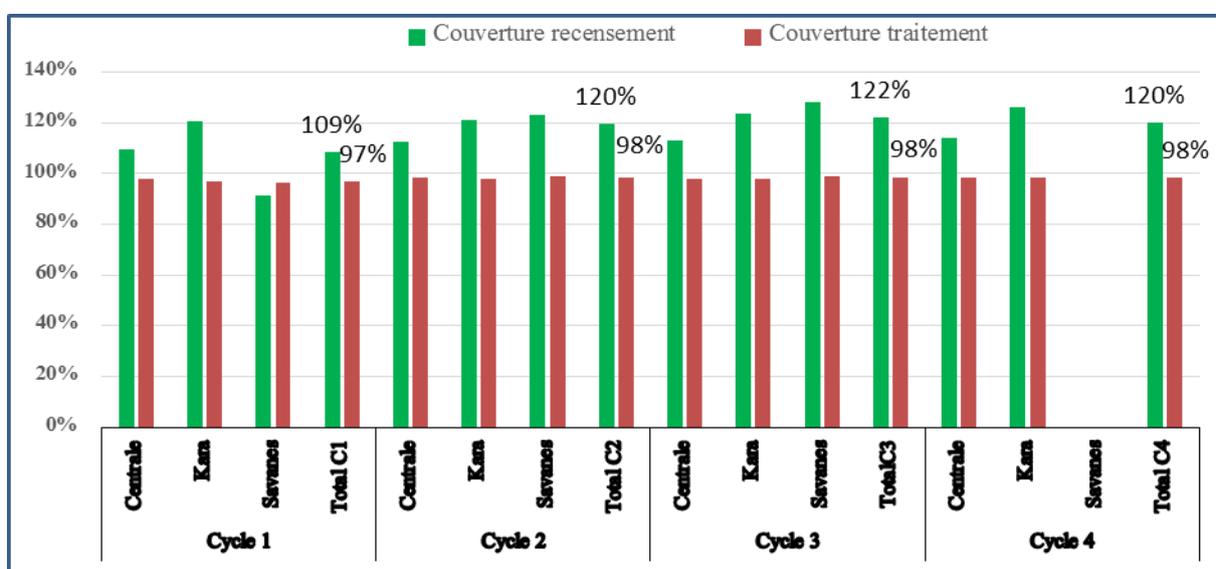
Régions	Ménages dénombrés	Couchettes dénombrées	MILDA requises	Ménages reçu MILDA	MILDA distribuées	% Ménages couverts	% MILDA distribuées
Centrale	180 414	500 392	500 392	177 887	494 326	98,60%	98,79%
Kara	248 451	678 154	678 154	243 595	671 636	98,05%	99,04%

Lomé Commune	313 990	765 259	765 259	0	0	0,00%	0,00%
Maritime	738 908	1 843 024	1 843 024	662 651	1 682 007	89,68%	91,26%
Plateaux	467 228	1 175 500	1 175 500	457 523	1 157 819	97,92%	98,50%
Savanes	232 729	633 874	633 874	229 913	626 046	98,79%	98,77%
<b>Total</b>	<b>2 181 720</b>	<b>5 596 203</b>	<b>5 596 203</b>	<b>1 771 569</b>	<b>4 631 834</b>	<b>81,20%</b>	<b>82,77%</b>

(Source : rapport PNL 2017)

- Chimio prophylaxie saisonnière du paludisme

La chimio prévention du paludisme saisonnier a été mise en œuvre cette année 2017 en 4 cycles dans les régions Centrale et Kara et en 3 cycles dans la région des Savanes à partir du mois d'août. Les enfants de 3 à 59 mois ont été recensés et traités dans tous les districts des régions cibles (Centrale, Kara et Savanes). Les couvertures de traitement varient de 97% à 98% selon les régions. Le reste des enfants n'ont pas été traités pour la plupart, à cause des contre-indications. La figure 16 qui montrent la synthèse des résultats obtenus.



(Source : rapport PNL 2017)

**Figure 11 : Couvertures du recensement et du traitement par cycle et par région**

- Prise en charge du paludisme

La prise en charge des cas de paludisme se fait au niveau des formations sanitaires et au niveau communautaire par les ASC. Selon les directives, les cas de paludisme simple sont traités par les combinaisons à base d'Arthémisinine (Artémether Luméfantrine en 1ère intention) et les cas de paludisme grave sont traités par les dérivées d'Arthémisinine (Artésunate en 1ère intention). Avant tout traitement antipaludique, les cas doivent être préalablement confirmés par TDR ou microscopie. Le tableau ci-dessous montre une positivité plus élevée des TDR que celle de la microscopie. On constate que la positivité des deux tests n'est pas concordante du fait certainement du nombre variable des cas testés dans les districts par TDR ou par microscopie. Des tests comparatifs des TDR et la microscopie sur des échantillons bien déterminés pourrait permettre une meilleure appréciation de cette situation. Les résultats des tests sont consignés dans le tableau ci-dessous.

**Tableau XV : Résultats des tests de confirmation du paludisme**

Régions	TDR			GE			TDR et GE		
	Réalisé	Positif	% positif	Réalisé	Positif	% positif	Réalisé	Positif	% positif
Centrale	210 874	140 611	64%	60 242	30 700	50%	271 116	171 311	62%
Kara	241 101	159 014	63%	64 247	33 380	49%	305 348	192 394	61%
Lomé Commune	120 768	42 728	35%	100 552	29 684	29%	221 320	72 412	32%
Maritime	414 137	241 028	62%	102 553	37 604	42%	516 690	278 632	58%
Plateaux	350 925	246 623	70%	105 974	57 092	52%	456 899	303 715	67%
Savanes	259 658	169 404	60%	49 096	20 992	43%	308 754	190 396	57%
<b>Total</b>	<b>1 597 463</b>	<b>999 408</b>	<b>61%</b>	<b>482 664</b>	<b>209 452</b>	<b>45%</b>	<b>2 080 127</b>	<b>1 208 860</b>	<b>58%</b>

Le tableau suivant montre une proportion des cas de suspects testés de 99,2% au plan national contre 100% attendu. Quelques ruptures de CTA déclarées par certaines formations sanitaires pourraient être la cause de l'écart.

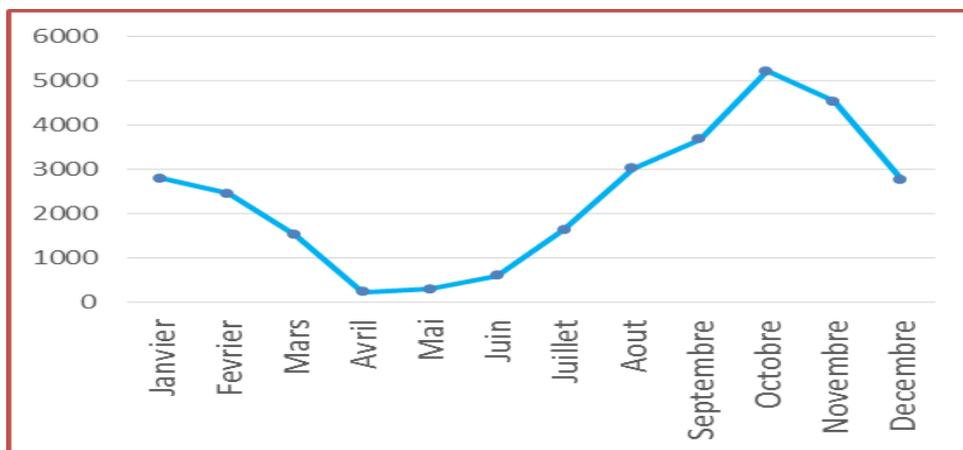
**Tableau XVI : Cas de paludisme notifiés dans les formations sanitaires**

Régions	Cas toutes causes	Cas suspects paludisme	Cas suspects testés	Cas palu confirmé simple	Cas palu confirmé grave	Total cas palu confirmé	% cas suspects testés	% cas palu confirmé	Taux proportionnel
Centrale	420 623	273 211	270 280	168 019	3 996	172 015	98,9%	63,0%	41%
Kara	465 188	303 233	302 546	189 093	3 890	192 983	99,8%	63,6%	41%
Lomé Commune	518 412	225 883	218 687	68 540	4 765	73 305	96,8%	32,5%	14%
Maritime	797 510	506 804	503 928	274 264	2 831	277 095	99,4%	54,7%	35%
Plateaux	662 630	449 024	448 009	292 678	8 705	301 383	99,8%	67,1%	45%
Savanes	411 832	300 698	299 048	188 891	3 362	192 253	99,5%	63,9%	47%
<b>Total</b>	<b>3 276 195</b>	<b>2 058 853</b>	<b>2 042 498</b>	<b>1 181 485</b>	<b>27 549</b>	<b>1 209 034</b>	<b>99,2%</b>	<b>58,7%</b>	<b>37%</b>
<b>Pourcentage</b>				<b>98%</b>	<b>2%</b>	<b>100%</b>			

La zone non CPS est marquée par une augmentation des cas à partir du mois de mai avec un maximum au cours des mois de juin à août et une diminution qui commence en septembre. C'est une évolution normale du paludisme.

On note une diminution progressive des cas de paludisme à partir du mois d'août où le traitement CPS a commencé. Au cours de la période de juillet à octobre, cette zone du pays connaît de fortes pluies entraînant une recrudescence des cas de paludisme avec généralement des pics. Il apparaît donc que la CPS a contribué à la réduction des cas de paludisme pendant cette période. Le cas spécifique du mois d'octobre dans Savanes est dû au fait que le traitement CPS n'a pas été réalisé au cours de ce mois par manque de ressources financières.

Le traitement de masse (FEMSE) dans le District de l'Est-Mono dans la région des Plateaux en phase pilote a été effectué en mars, avril et mai 2017. On note sur la figure 16 la diminution des cas de paludisme pendant cette période. Après ce traitement, les cas de paludisme ont commencé à augmenter dès le mois de juin pour atteindre un maximum en octobre avant de régresser probablement avec la diminution des pluies.



(Source : rapport PNLP 2017)

**Figure 12 : Evolution mensuelle des cas de paludisme dans l'Est Mono**

Selon l'objectif du PSN 2017-2022, 100% des cas de paludisme simple doivent avoir un traitement antipaludique conforme aux directives nationales, c'est-à-dire les CTA recommandées.

Les données du tableau suivant montrent le respect des directives à 95% au plan national avec des variations entre les régions. L'écart peut être justifié par les ruptures de CTA que certaines formations sanitaires ont signalé.

**Tableau XVII : Cas de paludisme simple traités conformément aux directives nationales**

Régions	Cas paludisme simple	Cas paludisme traités conforme	% cas traités conforme
Centrale	168 019	151 292	90%
Kara	189 093	180 134	95%
Lomé Commune	68 540	66 813	97%
Maritime	274 264	258 422	94%
Plateaux	292 678	284 948	97%
Savanes	188 891	177 470	94%
<b>Total</b>	<b>1 181 485</b>	<b>1 119 079</b>	<b>95%</b>

(Source : rapport PNL 2017)

Le tableau ci-dessous montre la situation de la prise en charge du paludisme en hospitalisation par région sanitaire du Togo.

**Tableau XVIII : Données d'hospitalisation liées au paludisme**

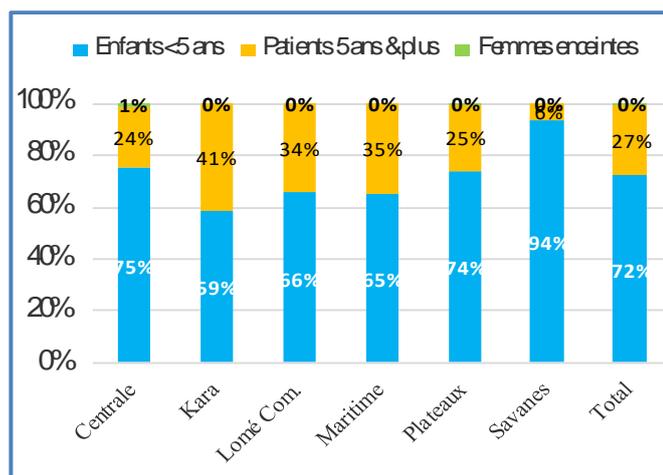
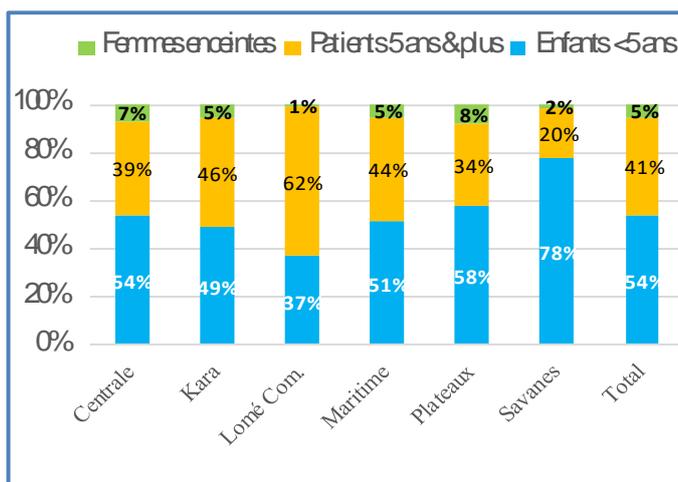
Régions	Hospitalisés toutes causes	Hospitalisés paludisme	Taux proportionnel palu	Décès toutes causes	Décès paludisme	Taux proportionnel décès palu	Létalité
Centrale	15 457	3 996	27%	863	217	25%	5%
Kara	15 135	3 890	28%	697	112	16%	3%
Lomé Commune	46 687	4 765	21%	1 966	125	6%	3%
Maritime	19 004	2 831	25%	944	136	14%	5%
Plateaux	36 053	8 705	31%	1 230	310	25%	4%
Savanes	7 971	3 362	31%	300	95	32%	3%
<b>Total</b>	<b>140 307</b>	<b>27 549</b>	<b>28%</b>	<b>6 000</b>	<b>995</b>	<b>17%</b>	<b>4%</b>

(Source : rapport PNL 2017)

Les deux figures ci-dessous montrent qu'en dehors de Lomé Commune, les enfants de moins de 5 ans représentent plus de 50% des hospitalisations liées au paludisme. Le pourcentage de

la région des Savanes est plus élevée à cause certainement de l'hôpital pédiatrique de Tantigou qui reçoit beaucoup d'enfants venant de tous les horizons. La plupart des décès dus au paludisme sont notifiés chez les enfants de moins de 5 ans avec une proportion de 72% contre 68% en 2016.

La létalité du paludisme chez les enfants de moins de 5 ans est de 4,82% pour une cible attendue de 1,2%. La dotation prochaine des formations sanitaires en Artésunate injectable pour la prise en charge gratuite des cas de paludisme grave pourra permettre de réduire cette létalité.



La prise en charge communautaire des cas de paludisme dans la communauté est assurée par les ASC. La confirmation systématique des cas de paludisme, le traitement des cas de paludisme simple confirmés par les CTA et la référence des cas de paludisme grave sont les directives retenues pour ce niveau. La prise en charge des cas au niveau communautaire ne s'effectue pas dans la région Lomé Commune voir Tableau suivant :

**Tableau XIX : Notification des cas de paludisme au niveau communautaire**

Régions	TDR réalisé	TDR positif	% TDR positif	Cas toutes causes	Cas suspects paludisme	Cas suspects testés	% cas suspects testés	Cas palu confirmé	% Cas palu confirmé
---------	-------------	-------------	---------------	-------------------	------------------------	---------------------	-----------------------	-------------------	---------------------

(Source : rapport PNLP 2017)

**Figure 17 : Répartition des cas de paludisme hospitalisés par groupe d'âge et par région**

(Source : rapport PNLP 2017)

**Figure 17 : Répartition des cas de décès dus au paludisme par groupe d'âge et par région**

Centrale	83 869	67 866	81%	99 087	86 826	83 869	97%	67 866	78%
Kara	147 589	128 841	87%	162 144	157 272	147 589	94%	128 841	82%
Maritime	155 111	116 661	75%	195 703	178 049	155 111	87%	116 661	66%
Plateaux	193 580	157 050	81%	233 052	208 772	193 580	93%	157 050	75%
Savanes	87 708	77 130	88%	103 836	93 744	87 708	94%	77 130	82%
<b>Total</b>	<b>667 857</b>	<b>547 548</b>	<b>82%</b>	<b>793 822</b>	<b>724 663</b>	<b>667 857</b>	<b>92%</b>	<b>547 548</b>	<b>76%</b>

(Source : rapport PNLN 2017)

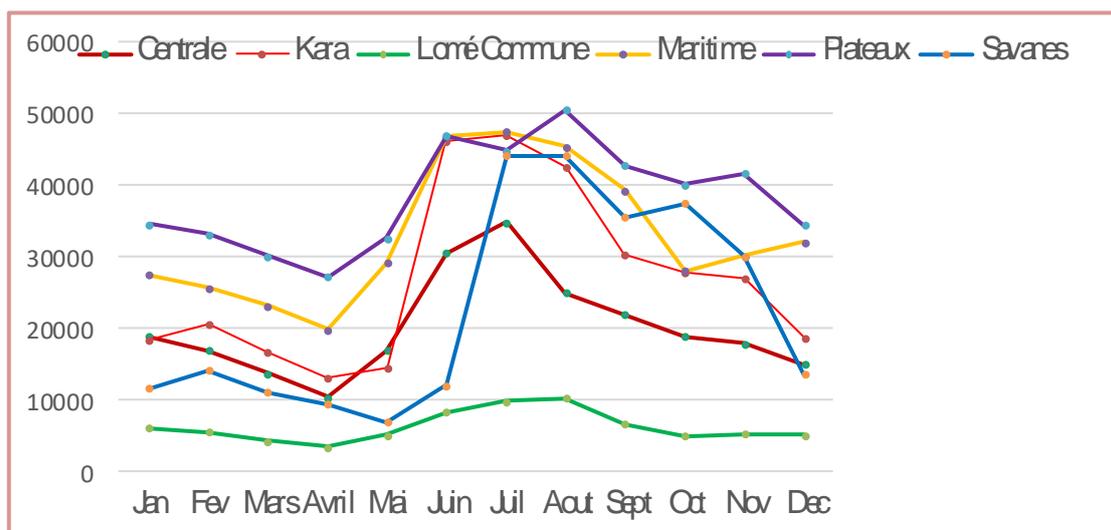
Le tableau ci-dessous montre la situation des cas de paludisme traités dans la communauté. Selon les objectifs du PSN 2017-2022, tous les cas doivent être traités avec les CTA conformément aux directives nationales. Les résultats présentés dans ce tableau montrent une couverture de 96% qui pourra être liée à la rupture des CTA signalée par certains ASC. L'amélioration de la disponibilité permanente des CTA au niveau des prescripteurs permettrait d'assurer une meilleure couverture.

**Tableau XX : Situation des cas de paludisme traités conformément aux directives dans la communauté**

Régions	Cas palu confirmé simple	Cas palu simple traités conforme	% cas traités conforme
Centrale	67 866	64 292	95%
Kara	128 841	125 678	98%
Maritime	116 661	108 929	93%
Plateaux	157 050	151 712	97%
Savanes	77 130	73 555	95%
<b>Total</b>	<b>547 548</b>	<b>524 166</b>	<b>96%</b>

(Source : rapport PNLN 2017)

La figure suivante montre l'évolution mensuelle des cas de paludisme par région sanitaire. De façon générale le nombre de cas de paludisme augmente à partir du mois de mai pour atteindre un pic dans les mois de juillet et août. Elle montre en outre que la région Lomé Commune enregistre moins de cas.



(Source : rapport PNLN 2017)

**Figure 13 : Evolution mensuelle des cas de paludisme par région sanitaire**

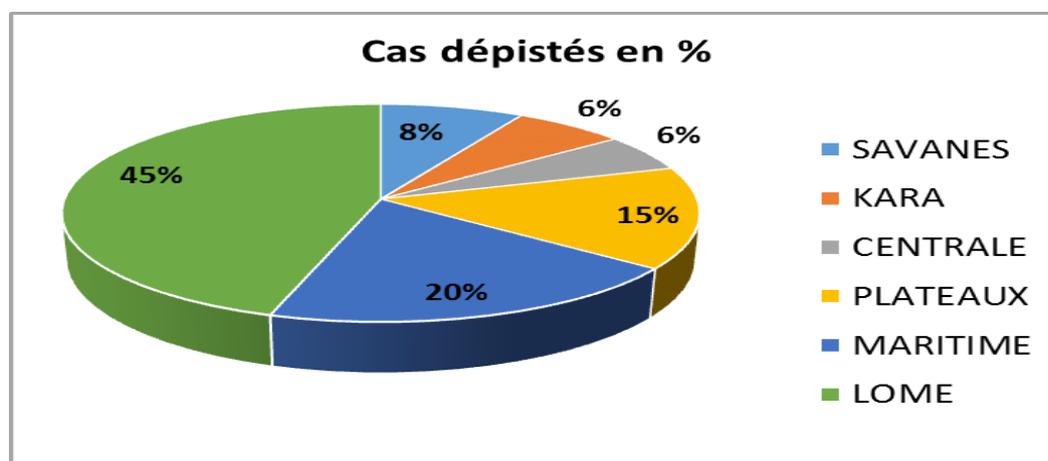
### g) Lutte contre la tuberculose

Pour le compte de l'année 2017, un total de 2 633 cas de tuberculose (TB) toutes formes confondues ont été dépistés contre 2849 en 2016. Les cas de tuberculose bactériologiquement confirmés nouveaux cas (TPB+) constituent 76% des cas toutes formes, soit 2013 cas comme l'illustre le tableau ci-après :

**Tableau XXI : Répartition des cas de TB dépistés selon la forme en 2017**

Type de TB	TPB +				TPM-		TEP	Total
	Nouveaux cas <sup>12</sup>	Rechute <sup>13</sup>	Echec <sup>14</sup>	Reprise <sup>15</sup>	<15	>=15		
Nombre	2 013	129	48	41	10	116	276	2 633
Pourcentage	76%	5%	2%	2%	1%	4%	10%	100%

Les disparités régionales sont résumées par la figure ci-après :



(Source : rapport PNL 2017)

**Figure 14 : Répartition du dépistage des cas de TB par région sanitaire en 2017**

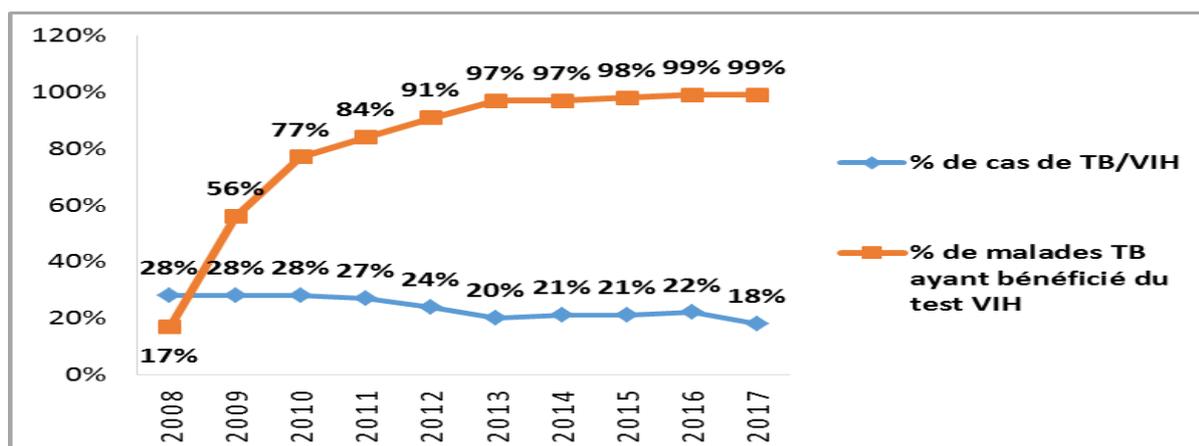
Il faut noter que la performance en rapport avec le *pourcentage de patients tuberculeux ayant bénéficié du test de VIH* n'a pas connu de progression par rapport à 2016. Elle a été maintenue à 99% en 2017 tandis que le taux de sérologie VIH positive parmi les patients TB testés a connu une régression allant de 22% en 2016 à 18% en 2017 (Figure ci-après).

<sup>12</sup> **Nouveau cas** : patient diagnostiqué tuberculeux n'ayant jamais été traité contre la tuberculose ou l'ayant été pendant moins d'un mois

<sup>13</sup> **Rechute** : patient tuberculeux ayant été traité et déclaré guéri ou traitement terminé et aujourd'hui diagnostiqué tuberculeux

<sup>14</sup> **Echec** : patient déjà traité contre la tuberculose et chez qui l'examen de contrôle du 5<sup>e</sup> mois ou plus est positif

<sup>15</sup> **Reprise** : patient ayant déjà reçu un traitement antituberculeux et déclaré perdu de vue (interruption de traitement de plus de 2 mois) à l'issue du traitement antérieur



(Source : rapport PNL 2017)

**Figure 15 : Evolution de dépistage du VIH chez les patients TB entre 2008 et 2017**

L'analyse des tendances de l'indicateur « *taux de succès des traitements antituberculeux TPM+ (guéris + traitement achevé)* » montre une baisse entre 2016 et 2017 (de 84% à 83%, cohorte 2015 et 2016) en deçà de la cible de 88% fixée en 2017 en ce qui concerne la cohorte 2016. En effet, la baisse de cet indicateur observée en 2017 (cohorte 2016) ne remet pas en cause les progrès très remarquables de ces dernières années en matière de lutte contre la tuberculose imputables entre autres : (i) à l'amélioration de l'accessibilité des Centres de Dépistage et de Traitement de la tuberculose (63 au total) ; (ii) au traitement approprié des cas dépistés et ; (iii) au renforcement du diagnostic de la TB pharmaco-sensible et du VIH chez les patients TB (69 laboratoires sur toute l'étendue du territoire).

En effet, cette baisse de performance amorcée depuis 2014 en ce qui concerne le résultat de traitement est liée en partie à l'arrêt de l'appui (carburant et crédit de communication) du partenaire DAHW (Association Allemande d'aide aux Lépreux et aux Tuberculeux) aux points focaux TB pour le suivi des patients tuberculeux sous traitement. Cependant avec la dotation de motos et carburant aux points focaux en juin 2017 sur le NFM1, une analyse désagrégée du taux de succès thérapeutique montre qu'il est passé de 80% au T1 à 84% au T4 2017 (Cohorte 2016).

Il faut noter que l'amélioration dans l'offre de services de lutte contre la tuberculose a été possible en 2017 grâce à l'accessibilité géographique des Centres de Dépistage et de Traitement (63 CDT en 2016) ainsi qu'à leur approvisionnement en antituberculeux de première ligne, en réactifs et consommables de laboratoire ; au suivi des malades dans les CDT ; à la gratuité du traitement de la tuberculose.

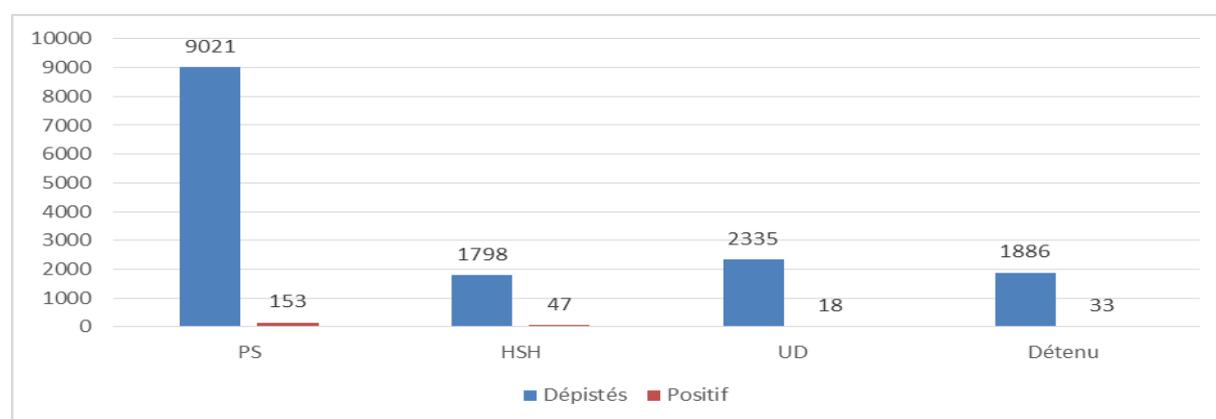
Toutefois, des goulots d'étranglement persistent dans la lutte contre la tuberculose. Il s'agit entre autres de : (i) recours tardif aux soins de santé ; (ii) l'insuffisance de la couverture du territoire national en CDT, l'absence d'appui nutritionnel aux patients TB, l'absence de protection sociale et l'insuffisance de ressources matérielles et logistiques pour le suivi optimal des patients tuberculeux sous traitement.

## h) Lutte contre le VIH

### - Dépistage

Le dépistage de l'infection à VIH constitue la porte d'entrée dans la cascade de soins et de prise en charge du VIH. Les activités menées dans le cadre ce dépistage sont : (i) le conseil et dépistage dans les CDV et site PTME ; (ii) le conseil dépistage dans les SA pour les populations clés (figure 22) ; (iii) Conseil dépistage dans les CDT (la proportion des patients tuberculeux enregistrés dans les sites CDT et ayant bénéficié du test de dépistage au VIH est de 99%) et (iv) la campagne nationale de dépistage de l'infection à VIH au cours de la Journée Mondiale de lutte contre le Sida (JMS) célébrée chaque 1<sup>er</sup> décembre. La contribution de la JMS 2017 s'élève à 7,4%.

Au total pour toutes les stratégies et cibles confondues, 441 395 personnes ont été dépistées en 2017.



(Source : rapport PNLIS-IST 2017)

### Figure 16 : Dépistage du VIH chez les populations clés

La proportion des cas positifs par rapport aux dépistés décroît du Sud vers le Nord. Cette tendance est toujours la même depuis l'existence des statistiques sur le VIH au Togo.

Les personnes dépistées séropositives représentaient 2,9% comparé à 3,3% en 2016. La majorité des cas (99,2%, n= 12729) étaient positifs au VIH1 ; 0,3% (n=38) étaient positifs au VIH2 et 0,5% (n=62) étaient positifs au VIH1&2. Les résultats soulignent des taux élevés chez les personnes appartenant aux tranches d'âge de 35 ans et au-delà. La même tendance a été retrouvée en 2016. Le tableau ci-dessous présente la répartition des personnes dépistées et le taux de séropositivité selon les régions sanitaires du Togo.

**Tableau XXII : Répartition par région du nombre de personnes dépistées, séropositives et du taux de séropositivité**

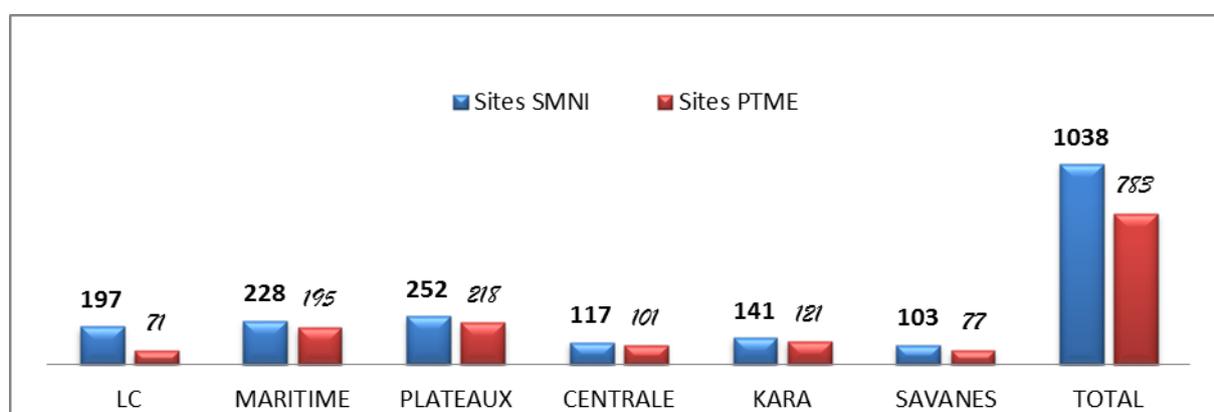
Régions	Nombre dépistés	Nombre positifs	Taux de séropositivité
Lomé commune	70675	2980	4,22%
Maritime	100450	4675	4,65%
Plateaux	92972	2110	2,27%

Centrale	63713	1490	2,34%
Kara	55892	1129	2,02%
Savanes	57693	445	0,77%
<b>Total</b>	<b>441395</b>	<b>12829</b>	<b>2,91%</b>

(Source : rapport PNLIS-IST 2017)

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

L'intégration de la PTME a été faite en 2017 essentiellement dans les structures privées des régions Lomé commune, Maritime et Plateaux. Ainsi le nombre de sites PTME est passé de 746 à 783 portant la couverture géographique à 75,8% (d= 1038<sup>16</sup>) comme l'indique la figure ci-dessous.



(Source : rapport PNLIS-IST 2017)

**Figure 17 : Répartition du nombre de sites de PTME par région**

En dépit de la création de nouveaux sites PTME surtout privé (37) en 2017, la couverture géographique des sites de PTME reste toujours très faible dans la région Lomé commune qui a le grand nombre de structures privées installées de façon officielle ou pas. D'où la nécessité de poursuivre les efforts d'intégration des services PTME dans ces structures.

Il a été enregistré dans les 783 sites de PTME, 3 988 femmes enceintes séropositives dont 2 872 nouvellement dépistées. Parmi les femmes enceintes séropositives 1 116 étaient sous traitement ARV avant la grossesse et 2783 ont fait leur initiation pendant la grossesse soit un total de 3899 femmes enceintes ayant reçu les TAR pour réduire le risque de transmission du VIH de la mère à l'enfant.

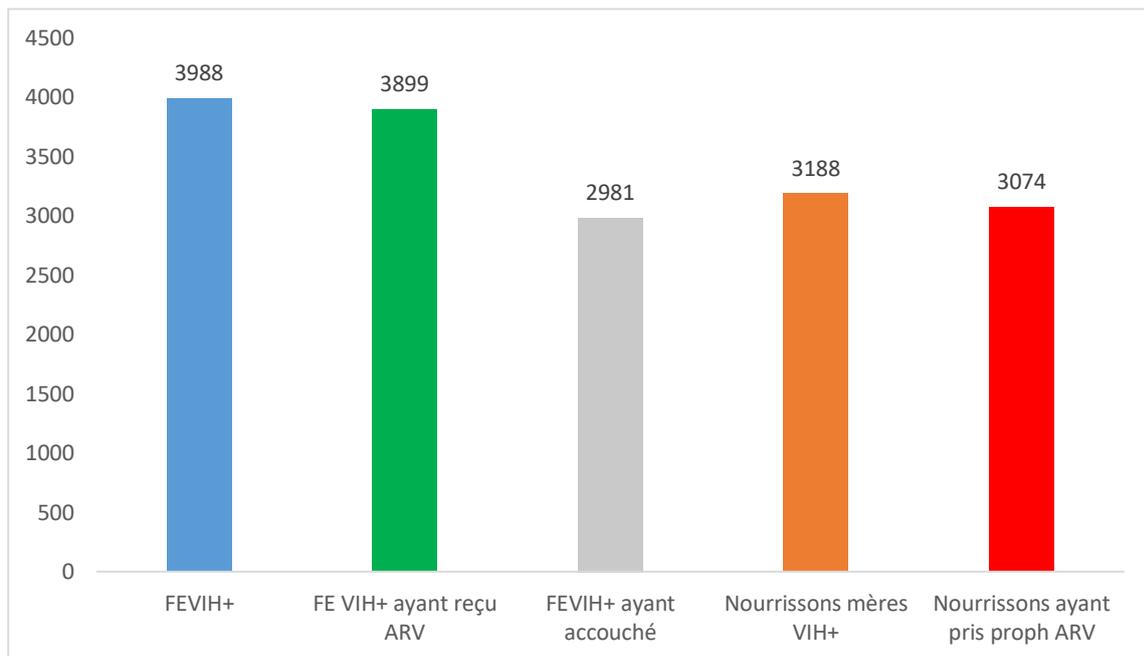
La proportion de femmes enceintes ayant reçu les TAR pour réduire le risque de transmission du VIH de la mère à l'enfant en 2017 est de 64% (3 899/6081) pour une cible de 91,70% alors que ce taux était de 84% en 2016. En effet, le nombre de femmes enceintes séropositives ayant reçu les ARV en 2017 a diminué par rapport à celui de 2016 (4860).

<sup>16</sup>Source : cartographie des formations sanitaires du Togo en 2016, Ministère de la Santé et de la Protection Sociale

Cette baisse de couverture peut s'expliquer par : (i) des nouveaux paramétrages du logiciel EPP/Spectrum ; (ii) la prise en compte du modèle de la rétention des femmes séropositives dans le protocole PTME/ARV (pour les pays qui ne disposent pas de données sur la rétention des femmes enceintes séropositives, il a été utilisé par défaut 75% de rétention) ; (iii) la population a augmenté alors que la couverture en CPN1 chez les femmes enceintes n'a pas sensiblement évoluée comparée à celle de 2016. La couverture en CPN1 est respectivement de 55% en 2016 à 56% en 2017. En utilisant ainsi la prévalence chez les femmes enceintes reçues en CPN1 (1,82% en 2016 et 1,86% en 2017) pour calculer le nombre de femmes enceintes séropositives attendues, on trouve respectivement 5810 et 6081.

Parmi les 3 988 femmes enceintes séropositives enregistrées, 2 981 soit 75% ont accouché sur les sites donnant naissance à 3 138 nourrissons exposés vivants. L'écart entre ces deux chiffres s'explique par les jumeaux. Des actions doivent être menées dans la communauté pour retrouver ce gap de femmes séropositives dépistées. Par ailleurs la majorité des accouchements ont été faits par voie basse et l'allaitement maternel a été l'option d'alimentation choisie chez plus de 90% des femmes.

Pour réduire les infections pédiatriques, la prophylaxie ARV a été administrée à 3 074 nourrissons exposés soit une proportion de 98%.



(Source : rapport PNL-IST 2017)

### Figure 18 : Cascade des indicateurs de la PTME en 2017

Les enfants exposés au VIH bénéficient obligatoirement de trois types de diagnostic : le diagnostic précoce, le diagnostic intermédiaire à 9 mois et le diagnostic de confirmation à 18 mois qui permettent de déterminer leur statut face au VIH pour une prise en charge adéquate.

Deux types de diagnostic précoce sont réalisés : le premier entre 6 et 8 semaines d'âge (PCR1) et le second à 9 mois d'âge en cas de sérologie positive (PCR2).

La proportion des enfants ayant bénéficié à deux mois après leur naissance de la PCR est de 36% (2 118/5 900). La proportion de séropositivité des enfants ayant bénéficié de la PCR1 dans les 2 mois de leur naissance est de 3,8% (d=2 118). Sur le plan régional, la séropositivité est plus élevée dans la région Lomé Commune suivie de la région Maritime puis la région centrale.

La séropositivité chez les enfants ayant bénéficié de la PCR à 9 mois et plus est de 7,6%. Ceci confirme l'existence du risque de contamination des enfants exposés après une PCR 1 négative surtout en cas d'allaitement maternel. D'où la nécessité de renforcer le conseil de soutien et l'observance thérapeutique des mères dans ces situations. Le diagnostic de confirmation qui se fait à 18 mois d'âge chez les enfants exposés a été offert à 1 234 sur les 2 954 nés en 2015 soit 41,7%. Cette faible proportion de réalisation du diagnostic de confirmation s'expliquerait par l'insuffisance dans la qualité du suivi.

- *Prise en charge globale des PVVIH*

De manière globale, 69 466 PVVIH sont inscrites aux soins et régulièrement suivies au niveau des structures de prise en charge réparties sur toute l'étendue du territoire. Suivant la répartition des PVVIH par région, environ 70% 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. Le tableau ci-dessous montre la répartition par région selon le sexe.

**Tableau XXIII : Répartition par région des PVVIH enregistrées en 2017**

	Enfants Masculin	Enfants Féminin	Adultes Masculin	Adultes Féminin	Total	%
Lomé commune	839	863	7 952	18 475	28 129	40%
Maritime	641	676	4 833	13 688	19 838	29%
Plateaux	259	258	2 098	5 330	7 945	11%
Centrale	146	166	1 085	3 536	4 933	7%
Kara	173	192	1 280	3 847	5 492	8%
Savanes	102	122	754	2 151	3 129	5%
<b>National</b>	<b>2 160</b>	<b>2 277</b>	<b>18 002</b>	<b>47 027</b>	<b>69 466</b>	<b>100%</b>

(Source : rapport PNLIS-IST 2017)

Comme l'indique les données du tableau ci-dessous, le nombre de PVVIH ayant démarré le traitement antirétroviral en 2017 est de 9866 soit une inclusion mensuelle de 800 patients. Le chiffre de 9 866 prend en compte les femmes PTME (2 783) ayant commencé leur traitement ARV pendant la grossesse.

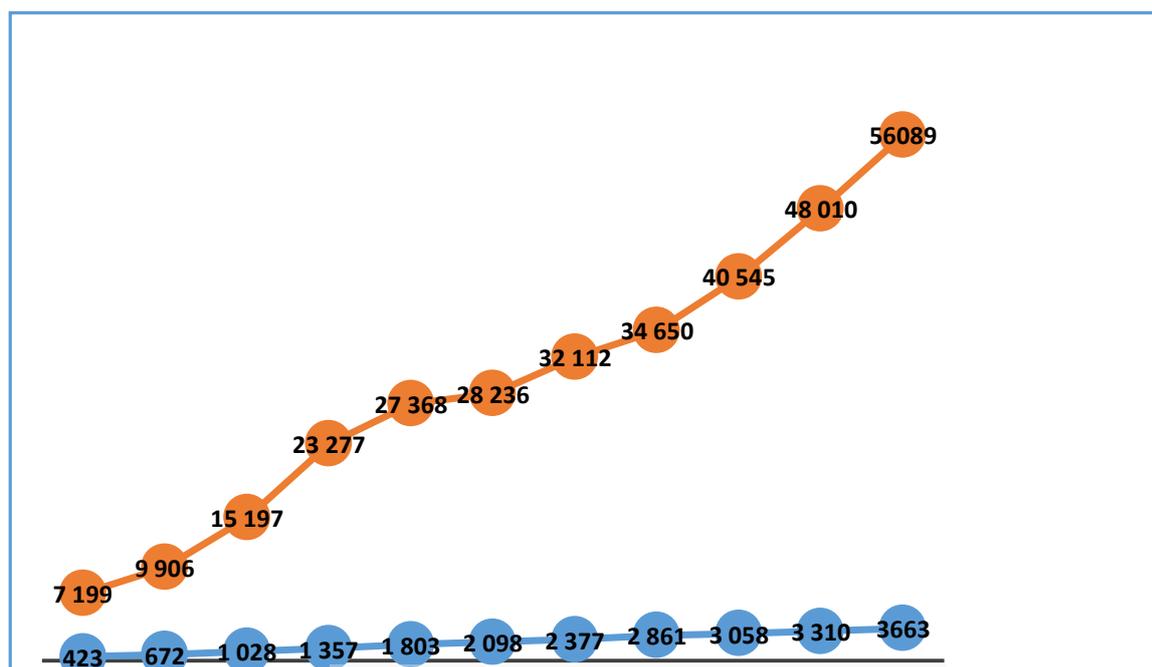
**Tableau XXIV : Répartition des inclusions par région**

Régions	Enfants Masculin	Enfants Féminin	Adultes Masculin	Adultes Féminin	PTME	Total	Pourcentage
Lomé commune	87	83	765	1452	596	2983	30%
Maritime	111	112	655	1278	1154	3310	34%
Plateaux	47	66	313	731	472	1629	17%
Centrale	22	33	151	364	253	823	8%
Kara	25	31	164	393	211	824	8%
Savanes	4	3	60	133	97	297	3%
<b>National</b>	<b>296</b>	<b>328</b>	<b>2108</b>	<b>4351</b>	<b>2783</b>	<b>9866</b>	<b>100%</b>

(Source : rapport PNLIS-IST 2017)

L'augmentation du nombre de patients sous thérapie antirétroviral a été effective grâce à la gratuité des médicaments ARV décrétée en 2008 par le gouvernement soutenu par les partenaires techniques et financiers, la décentralisation de la dispensation des ARV et l'extension des services de PTME.

Le nombre de PVVIH sous ARV est passé de 7622 à 59752 entre 2007 et 2017 comme l'indique la figure 24.



(Source : rapport PNLIS-IST 2017)

**Figure 19 : Evolution par année du nombre de PVVIH adultes et enfants sous ARV**

Suivant la répartition des PVVIH sous ARV par région, plus des 2/3 sont suivies dans Lomé commune et Maritime. Le tableau ci-dessous montre la répartition des PVVIH par région.

Le pourcentage des PVVIH sous ARV dont on sait qu'ils sont toujours en vie à 12 mois après le début du traitement est de 91% pour une cible de 92%<sup>17</sup> en 2017.

Suivant la répartition par sexe des PVVIH sous traitement antirétroviral, le sexe féminin représente environ 75%.

La répartition par ligne thérapeutique des PVVIH sous ARV est montrée par le tableau suivant :

**Tableau XXV : Répartition des PVVIH sous ARV par ligne thérapeutique**

Lignes thérapeutiques	Effectif	Pourcentage
Première ligne	54 428	91,10
Deuxième ligne	5 282	8,80
Troisième ligne	42	0,07
<b>Total</b>	<b>59 752</b>	<b>100,00</b>

(Source : rapport PNLS-IST 2017)

Le protocole le plus prescrit en 1<sup>ère</sup> ligne chez l'adulte est le Tenofovir/Lamivudine/Efavirenz soit 83% suivi de Duovir/Névirapine à 4%. Quant à la 2<sup>ème</sup> ligne, le Tenofovir/Lamivudine+Atazanavir/Ritonavir représente 6%. Le protocole de 3<sup>ème</sup> ligne est le Tenofovir/Lamivudine+Darunavir+Raltégravir+Ritonavir pour la plupart des patients.

Au total, 31 835 PVVIH ont bénéficié des bilans biologiques gratuits dont 4 667 pour le bilan pré thérapeutique et 27 168 pour le bilan de suivi biologique sur 59 752 sous traitement antirétroviral (45,5%).

Concernant le comptage des lymphocytes T-CD4, 24 955 PVVIH ont bénéficié de cet examen dont 20 372 sous ARV.

En 2017, au total, 7 355 PVVIH ont bénéficié de la charge virale soit une couverture de 14% (D=51 320). Des efforts doivent être faits pour améliorer la couverture de la charge virale aux PVVIH. En 2017, deux nouveaux laboratoires de mesure de la charge virale ont été installés à Dapaong et Kpalimé portant à quatre le total de laboratoires offrant cet examen dans le pays.

Le taux de succès thérapeutique chez les PVVIH ayant bénéficié de la charge virale c'est-à-dire la proportion de patients dont la charge virale est inférieure à 1 000 copies/ml est de 79% (n= 5 801).

### *i) Lutte contre les MTN*

La lutte intégrée contre les maladies tropicales négligées (MTN) par les traitements de masse (TDM) a permis de maintenir la couverture géographique à 100% en 2017 : 35 districts couverts sur 35 ciblés au TDM pour l'administration de l'Albendazole aux enfants en âge scolaire (5 à 14 ans) ; 33 districts couverts sur 33 ciblés pour l'administration de Praziquantel chez les 5 à 14 ans et 27 districts couverts sur 27 ciblés pour la distribution de l'Ivermectine dans la population de 5 ans et plus, sauf les villages retenus pour l'évaluation épidémiologique.

<sup>17</sup>La cible de 88% prévue en 2017 dans le plan de suivi évaluation du PNDS a tenu compte de la réalisation de 2015 du fait qu'au moment de l'élaboration du document le taux de réalisation de 2016 n'était pas disponible. Cette prévision a été corrigée au vue des résultats de 2016 et est de 92%.

Par rapport aux couvertures thérapeutiques, elles sont passées de 99,46% en 2016 à 98,38% pour l'Albendazole (toutes les régions et tous les districts ont une couverture thérapeutique supérieure 96%) et de 57,03% en 2016 à 96,51% pour le Praziquantel chez les enfants d'âge scolaire (5 à 14 ans).

En ce qui concerne l'administration de l'Ivermectine, la couverture thérapeutique est passée de 80 % en 2016 à 83,36% en 2017.

En effet, sur le plan régional, les Plateaux a obtenu 83,45%, la Centrale 84,32%, la Kara 81,86%, et les Savanes 88,34%.

En effet, le traitement de masse intégré 2017 à l'Ivermectine, au Praziquantel et à l'Albendazole dans les cinq régions sanitaires ciblées (Maritime, Plateaux, Centrale, Kara, Savanes) par la stratégie porte à porte a connu un succès eu égard aux résultats obtenus. Des progrès importants ont été enregistrés dans tout le processus (depuis la planification jusqu'à la validation des données, en passant par la mobilisation sociale, la formation des acteurs, la supervision et le traitement des données).

Les Autres réalisations en 2017 sont : (i) la revue des activités de lutte contre les MTN 2016 et de micro planification du traitement de masse intégré contre les MTN en 2017 ; (ii) la réunion des experts pour la lutte contre les MTN ; (iii) l'élaboration du plan de travail annuel de lutte intégrée MTN 2018 ; (iv) la réunions transfrontalières d'échange dans le cadre de l'élimination de l'Onchocercose avec le Bénin (Sokodé, Togo) et avec le Ghana (Ho au Ghana) ; (v) l'évaluation de la qualité des données du TDM dans les régions des Plateaux et Centrale ; (vi) la mise à jour du PAO budgétisé de lutte contre les MTN 2018, à base de l'outil TIPAC ; (vii) la participation à la réunion des pays francophones sur la lutte contre les mollusques Hôtes Intermédiaires de la schistosomiase (OMS).

Des progrès importants ont été enregistrés au cours de l'année 2017. Cependant, il convient de signaler que le processus du TDM a connu certaines difficultés : (i) le retard de mobilisation de l'Albendazole avec pour conséquence un grand retard dans la mise en œuvre du premier tour de TDM 2017 et la non réalisation du deuxième tour ; (ii) la période de mise en œuvre peu propice (juillet-août) avec une accessibilité difficile de certaines localités ; (iii) le chevauchement des activités sanitaire impliquant les mêmes acteurs ; (iv) la logistique notamment la difficulté liée à la mobilisation des véhicules pour la mise en œuvre des interventions (convoyage, supervision, évaluation...) ; (v) le manque de ressources pour la prise en charge des effets secondaires ; (vi) les difficultés non spécifiques aux TDM : Diminution de l'appui des partenaires techniques et financiers.

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

Indicateurs	Valeur de référence	Valeur cible 2017	Valeur réalisée 2017	Performance en année n	Score de performance en année n
Pourcentage de femmes enceintes ayant reçu 3 doses de TPI pendant la grossesse	38,00%	46,70%	34,50%	<b>-0,40</b>	<b>0</b>
Létalité due au paludisme chez les enfants de moins de 5 ans	6,8%	1,20%	4,82%	<b>0,35</b>	<b>2</b>
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	84%	88,30%	83%	<b>-0,23</b>	<b>0</b>
Pourcentage de femmes enceintes séropositives au VIH ayant reçu des antirétroviraux durant leur grossesse	84%	91,70%	64%	<b>-0,38</b>	<b>0</b>
Proportion de PVVIH sous ARV dont on sait qu'ils sont toujours en vie à 12 mois après le début du traitement	90,10%	92%	91%	<b>0,47</b>	<b>2</b>
Proportion de personnes traitées à l'Ivermectine dans la population éligible	80%	80,80%	83,36%	<b>4,25</b>	<b>5</b>

#### **2.1.4. En matière d'Amélioration de la sécurité sanitaire et la réponse aux épidémies et autres urgences de santé publique**

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

Au niveau des régions et district, 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 19% en 2015 à 36% en 2017 pour une cible de 32,50%.

Le pourcentage de formations sanitaires pratiquant le tri des déchets et le bio nettoyage ont respectivement atteint 32% et 52.2% des formations sanitaires.

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 ; (iii) la mise en œuvre du WASH Fit dans 30 Formations sanitaires ; (iv) formation de 40 THA et RFS sur le WASH Fit ; (v) réalisation de l'évaluation des pratiques de la PCI ; (vi) dotation de matériels de collecte de déchets (poubelles, sacs poubelles ...) dans 16 FS ; (vii) 60 structures sanitaires ont été supervisées sur la gestion des déchets et le Bio nettoyage ; (viii) Evaluation de 15 districts à risques en Prévention et la PCI et renforcement des capacités de 60 personnels de santé.

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, inexistence de système de traitement des déchets liquides issus de différents services

### *b) Renforcement de la surveillance épidémiologique*

Dans le cadre du renforcement de la surveillance et la lutte contre les épidémies, plusieurs activités ont été menées au cours de l'année 2017. Il s'agit de la surveillance épidémiologique à des fins de détection précoce des cas, des activités de laboratoire pour la confirmation des cas, de la préparation et de la gestion des épidémies.

#### *Surveillance épidémiologique à des fins de détection précoce des cas*

En matière de la surveillance de routine, l'analyse hebdomadaire des données épidémiologiques montre que la performance de la surveillance en matière de transmission des données est bonne avec un taux de promptitude national supérieur 80%.

#### *Surveillance des maladies à potentiel épidémique (MPE)*

##### *- Surveillance des Paralysies Flasques Aigues (PFA)*

En 2017, 118 cas de PFA « non-polio » ont été notifiés chez les moins de 15 ans ce qui correspond à un taux de PFA non-polio de 3,96%. Le tableau suivant montre la performance de la surveillance des PFA par région.

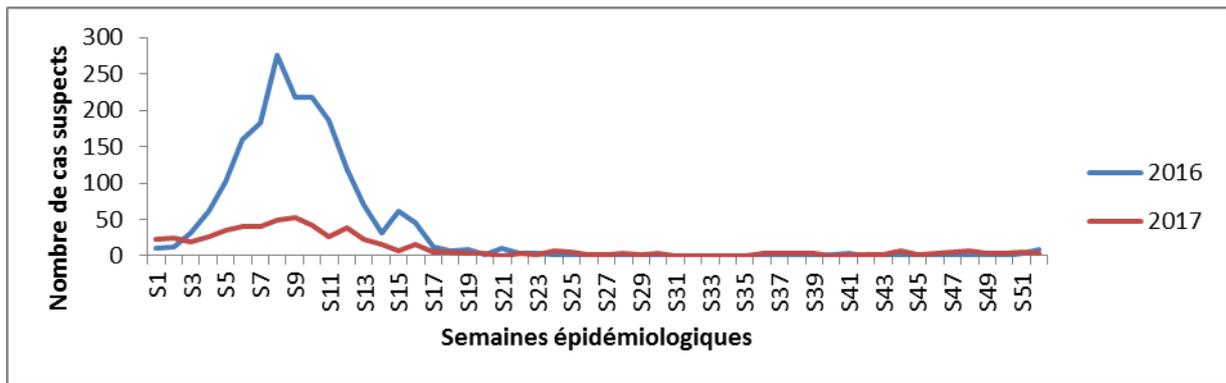
**Tableau XXVII : Performance de la surveillance des PFA durant l'année 2017 par région**

Niveau Administratif (régions et Etat)	Population <15 ans	Total cas PFA 'non-polio' notifiés <15 ans	Taux de PFA Non-polio*	Total cas PFA avec 2 échantillons de selles adéquates	% de cas PFA avec des échantillons de selles adéquates
Lomé Commune	407 137	12	2,95	24	100
Maritime	848 739	28	3,3	52	92,86
Plateaux	660 098	26	3,94	52	100
Centrale	297 412	6	2,02	12	100
Kara	370 381	21	5,67	42	100
Savanes	394 999	25	6,33	48	96
<b>Total pays</b>	<b>2 978 765</b>	<b>118</b>	<b>3,96</b>	<b>230</b>	<b>97,46</b>

(Source : rapport DSIUSR 2017)

##### *- Surveillance des méningites*

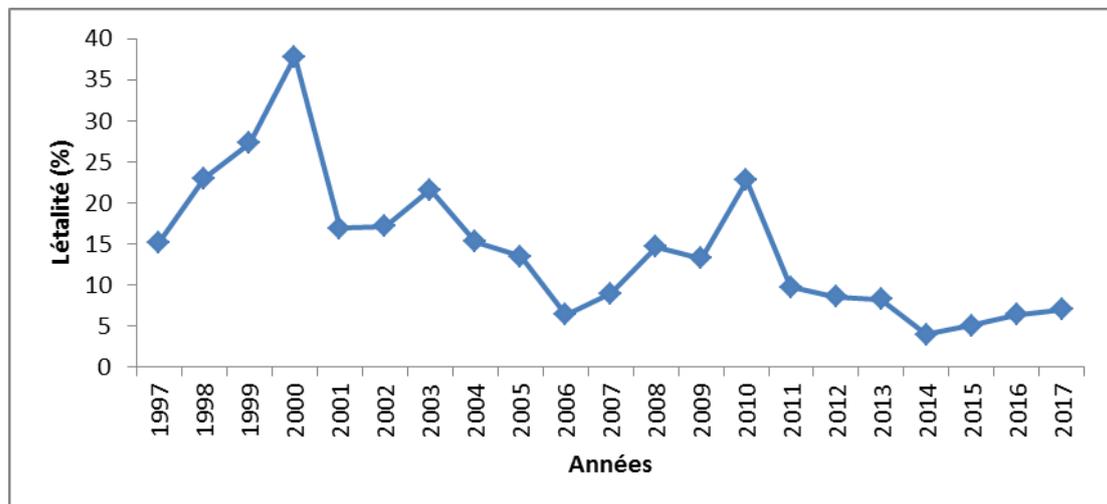
En 2017, on a noté une régression du nombre de cas suspects de méningite comparativement aux données de 2016 (figure 25). Notons que le Togo a connu une épidémie de méningite qui a touché neuf districts en 2016 et deux districts en 2017.



(Source : rapport DSIUSR 2017)

**Figure 20 : Evolution comparative des cas suspects de méningites de 2016 et 2017**

Les létalités les plus élevées se situent entre 1997 et 2011 comparativement à la période de 2012 à 2017. Ceci dénote de l'amélioration de la prise en charge des cas de méningite et de la mobilisation sociale (voir figure ci-après).



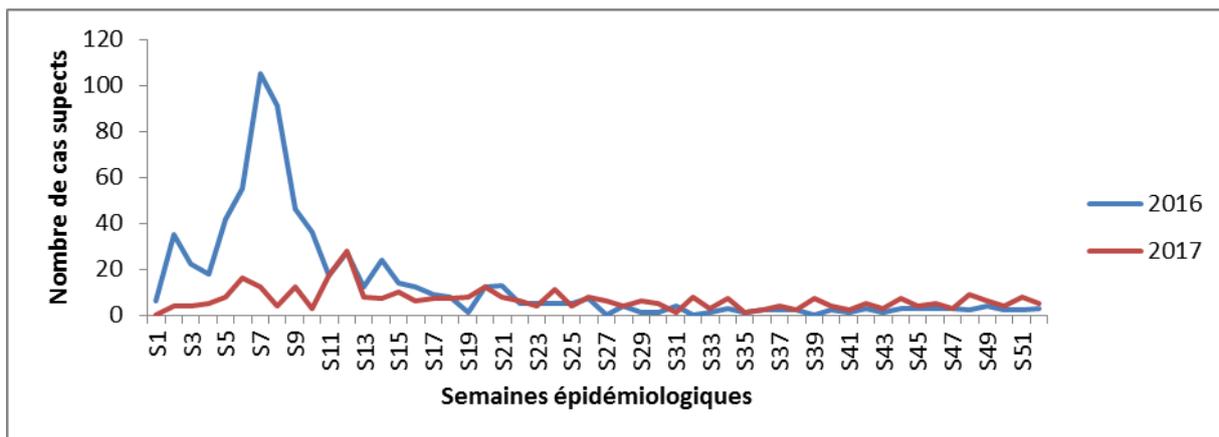
(Source : rapport DSIUSR 2017)

**Figure 21 : Létalité due à la méningite de 1997 à 2017 au Togo**

Les cas confirmés au laboratoire montrent une prédominance du Nm W dans le sérotype de *Neisseria Meningitidis*. La réduction des cas de Méningocoque A constatée depuis 2012 serait renforcée par l'effet de l'immunité de groupe que procure le vaccin conjugué MenAfriVac™ (campagne de 2014)

- *Surveillance de la rougeole*

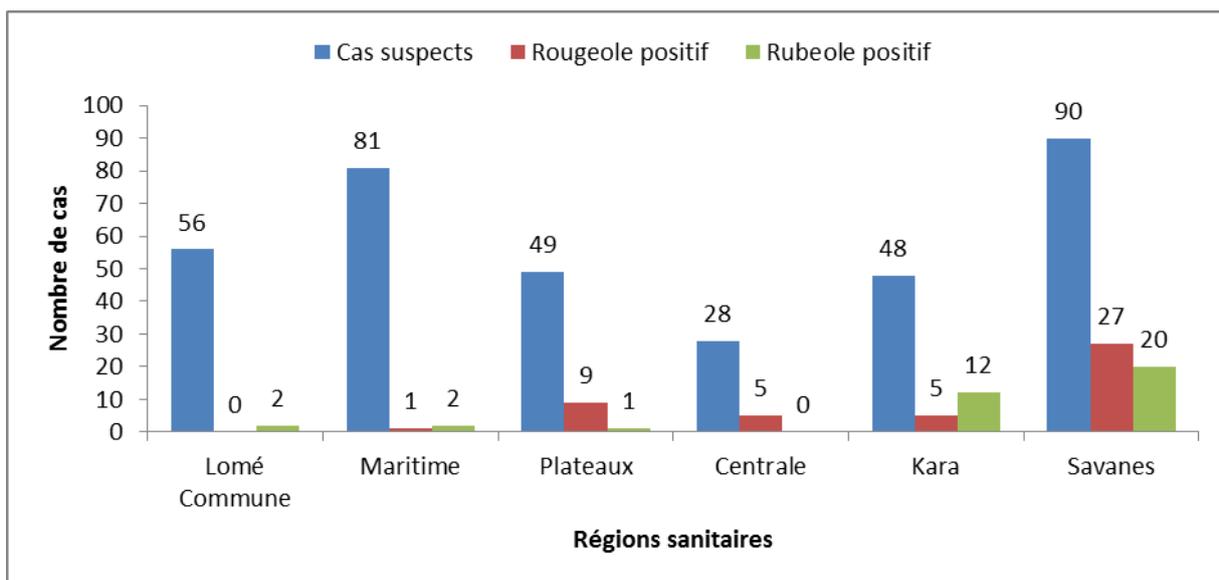
On note en 2017, une diminution des cas à la même période (semaine 1 à la semaine 17) par rapport à l'année 2016 (Figure 27).



(Source : rapport DSIUSR 2017)

**Figure 22 : Evolution comparative des cas suspects de rougeole 2016 et 2017 au Togo**

Au total 352 cas suspects de rougeole ont été notifiés en 2017 parmi lesquels 37 cas de rubéole positifs et 47 cas de rougeole positifs (27 dans les Savanes, neuf dans les Plateaux, cinq dans Centrale et Kara, un dans Maritime et zéro dans Lomé Commune) comme l'indique la figure 28.



(Source : rapport DSIUSR 2017)

**Figure 23 : Répartition par région de la positivité aux IgM (rougeole et rubéole) au Togo**

- *Surveillance sentinelle de la rubéole*

La surveillance sentinelle du syndrome de rubéole congénital concerne les 0-11 mois et se résume aux activités suivantes : (i) réunion du comité de pilotage, (ii) briefing des acteurs, (iii) suivi des cas positifs aux IgM rubéole durant la période de la surveillance (juillet 2012 à décembre 2017), (iv) réalisation des investigations des cas suspects de SRC par les points focaux des sites en collaboration avec le point focal national SRC.

Dans l'ensemble, la notification des cas n'est pas homogène : 31 cas en 2017, 17 en 2016, 10 en 2015, 09 en 2014, 29 en 2013 et 03 en 2012. Parmi les 31 cas suspects enregistrés en 2017, 6 cas étaient positifs.

Le suivi des cas a été effectué chez les enfants détectés positifs.

- *Surveillance du Tétanos Maternel et Néonatal (TMN)*

Sur neuf (9) districts ayant notifié les cas de TNN, 4 (Golfe, Lac, Zio, Haho) ont enregistré des cas de décès. La létalité cumulée est de 25%. Pour 326 cas attendus (sur la base de 1 pour 1000 naissances vivantes), le pays n'a notifié que 16 cas. La surveillance du TNN demeure encore faible.

- *Surveillance des ictères fébriles (cas suspect de fièvre jaune)*

En 2017, la situation des cas suspects de fièvre jaune notifiés par région se présente comme suit : Lomé Commune (30), Maritime (51), Plateaux (113), Centrale (76), Kara (76) et Savanes (98). Aucun cas n'a été confirmé positif par le laboratoire de référence de Dakar.

- *Surveillance du choléra*

En 2017, aucun cas de choléra n'a été notifié. Depuis 1990 à 2016 les grandes épidémies avec des létalités importantes ont été constatées surtout en 1991, 1998, 2001, 2004, 2005 et 2006.

- *Surveillance sentinelle de grippe*

Au Togo, les premiers cas de grippe aviaire A/H5N1 ont été enregistrés en 2007. Aucun cas humain n'avait été enregistré. Les gripes qui n'étaient pas sous surveillance au Togo, sont depuis l'apparition de la grippe A/H5N1, introduites dans la liste des Maladies à Potentiel Epidémique à partir de 2008.

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.

- *Surveillance des Fièvres Virales Hémorragiques (FVH)*

La surveillance des FVH a été faite en intégration avec la surveillance des Maladies à Potentiel Epidémique (MPE) à partir de 2014. Elle a permis de détecter des cas de Lassa dans les districts sanitaires de l'Oti et Kpendja dans la région des Savanes avec neuf (09) cas confirmés dont six (06) décès en 2017. Aussi 169 personnes ont fait l'objet de suivi comme étant des « personnes contacts ».

***Activités de surveillance menées en 2017***

Plusieurs activités ont été menées en 2017 dans le contexte de la surveillance épidémiologique. Entre autres activités, on peut citer : (i) la formation des acteurs de la région Lomé Commune en SIMR ; (ii) la formation des gestionnaires de données de tous les districts des régions Savanes, Kara, Centrale, Plateaux sur l'outil de gestion MenAfriNet pour la Surveillance au Cas par Cas (SCC) de la méningite ; (iii) Briefing sur les PFA des ECD et

ECR des districts à risque de polio ; (iv) Briefing des acteurs sur la surveillance de la rubéole congénitale ; (v) Briefing des acteurs sur la surveillance sentinelle de la grippe.

A ces activités de renforcement de capacités des acteurs, s'ajoutent d'autres activités telles que : (i) l'organisation de la Revue après action des épidémies de méningite et de fièvre de Lassa de 2017 ; (ii) la sensibilisation des agents de santé, des autorités administratives, traditionnelles, religieuses, des professionnels de média ; (iii) la sensibilisation de masse dans les communautés et par les médias (émissions radiophoniques, diffusion de spot...) et les réseaux sociaux (WhatsApp) ; (iv) l'élaboration et la diffusion des guides (guide du communicateur pour la surveillance et l'engagement à base communautaire, guide de communication sur la méningite, protocole pour la conduite des émissions radios) ; (v) Atelier de l'évaluation interne du RSI ; (vi) l'élaboration des bulletins hebdomadaires ; (vii) Atelier d'élaboration des modules SIMR pour les formations sanitaires ; (viii) les activités de routine (détection, notification avec gestion des échantillons, analyse des données, investigations, supervisions des activités de rubéole congénitale ...).

### ***Activités de laboratoire pour la confirmation des cas***

Les activités de surveillance relatives au laboratoire pour la confirmation des cas en 2017 sont : (i) le pré-positionnement de réactifs et consommables ; (ii) l'analyse des échantillons ; (iii) le partage des résultats de laboratoire ; (iv) la formation / recyclage des agents de laboratoire / techniciens ; (v) l'évaluation externe de la qualité ; (vi) l'appui technique aux techniciens de laboratoire par les experts de l'OMS/IST, (vii) la dotation en réactifs et consommables ; (viii) le renforcement en équipements (réfrigérateurs, congélateur ...).

### ***Préparation et riposte aux épidémies***

La préparation a consisté en : (i) l'élaboration des plans de lutte contre la méningite, les fièvres virale hémorragiques et le choléra ; (ii) le rappel du protocole de prise en charge aux agents de santé sur les MPE ; (iii) la formation/recyclage des agents de laboratoire ; (iv) le pré-positionnement des intrants (réactifs, vaccins, médicaments et des consommables) Renforcement de la surveillance et du laboratoire. Par rapport à la riposte, elle a consisté en :

#### ***- la gestion de l'épidémie de méningite de 2017***

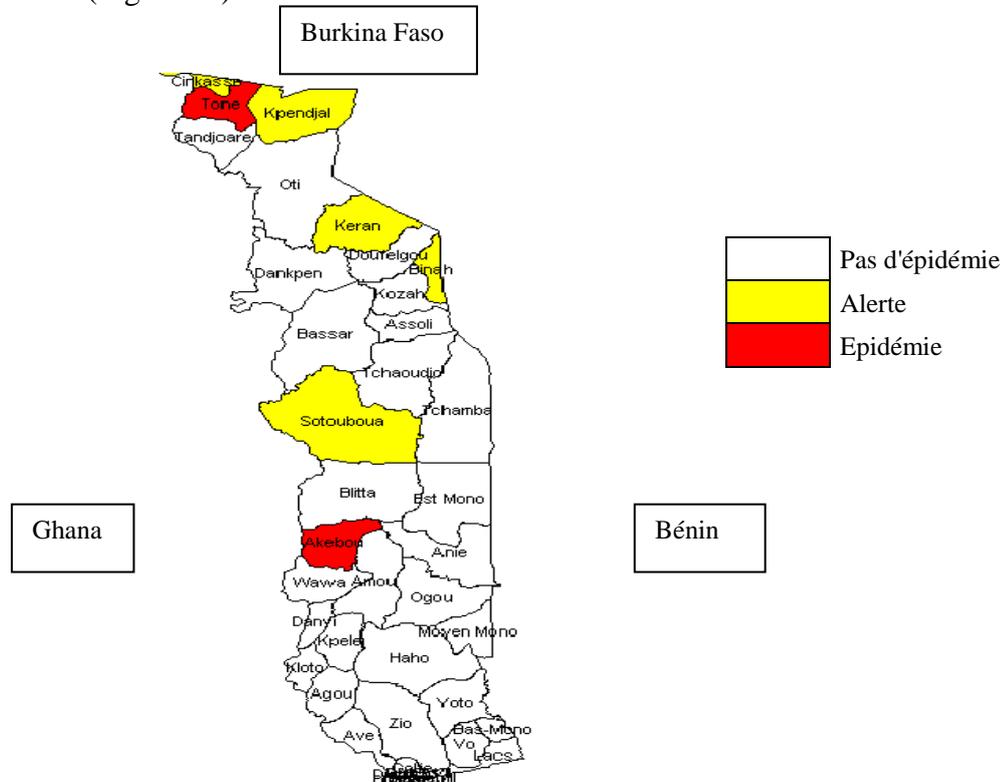
En 2017, le Togo a enregistré une épidémie de méningite à méningocoque W dans deux districts : Akebou dans la région des Plateaux (100 cas et 5 décès) et Tône dans la région des Savanes (128 cas et 3 décès). La détection de ces épidémies a été immédiate par les acteurs de la surveillance des districts concernés et par le niveau central.

La vaccination de riposte, la sensibilisation de la population et la mobilisation communautaire ont contribué à faire chuter l'incidence des cas.

La sensibilisation de la population, la disponibilité des médicaments dans toutes les formations sanitaires, l'amélioration de la qualité de la prise en charge ont contribué à la faible létalité.

Deux campagnes de vaccination ont été menées. Elles ont ciblées les personnes âgées de 2 à 29 ans. Cette cible représente environ 70% de la population totale des zones concernées par la

campagne : (i) la campagne d'Akekou a eu lieu du mercredi 1<sup>er</sup> mars au dimanche 5 mars 2017 avec un total vacciné de 40208 sur une cible de 50603 soit une couverture vaccinale de 95% et (ii) la campagne dans la zone 1 et 2 du district de Tône a eu lieu du jeudi 20 au lundi 24 avril 2017 avec un total vacciné de 107 207 sur une cible de 108 018 soit une couverture vaccinale de 99% (Figure 29).



(Source : DSIUSR, 2017)

**Figure 24 : Cartographie du Togo présentant les districts en épidémie et en alerte pendant la saison épidémique 2017**

- la gestion de l'épidémie de la fièvre hémorragique à virus de Lassa

Le Togo a connu une épidémie de Lassa survenue dans les districts de Kpendjal et d'Oti. Au total 28 cas suspects dont 9 cas ont été confirmés avec 6 décès.

La gestion de l'épidémie a été caractérisée par une série d'actions : (i) la prise des mesures localement par la direction du district sanitaire de l'Oti, (ii) la mise en place au plan national d'un comité de gestion piloté par le Ministre de la santé, (iii) la supervision des activités par le niveau central.

### **Règlement Sanitaire International (RSI)**

Depuis l'entrée en vigueur du RSI le 15 juin 2007, le Togo s'organise à mettre en place les capacités minimales de sa mise en œuvre. L'OMS-Afro a retenu que la mise en œuvre du RSI se fera dans le cadre de la surveillance intégrée des maladies et riposte (SIMR). L'évaluation du cadre de la surveillance a été effectuée et le plan de mise en œuvre est élaboré. Suite à ce plan, l'évaluation approfondie du cadre législatif et de certains points d'entrée (port et aéroport) s'avère indispensable pour une mise en œuvre efficace du RSI. Ainsi une évaluation interne du RSI a été réalisée en 2017.

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

Indicateurs	Valeur de référence	Valeur cible 2017	Valeur réalisée année n	Performance en année n	Score de performance en année n
Pourcentage de formations sanitaire pratiquant la PCI	19%	32,50%	39,5%	1,52	5
Taux d'infections post opératoire		5,80%	1,2%		
Proportion d'épidémie ayant bénéficié d'une réponse dans les 14 jours après la notification	33%	44,20%	83,33%	4,49	5

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

Pour ce qui est du contrôle des maladies non transmissibles, il est difficile de renseigner les indicateurs traceurs de ce programme faute de données disponibles.

Ainsi, l'absence de données chiffrées n'a pas permis d'apprécier la performance des interventions mises en œuvre concernant certaines Maladies Non Transmissibles telles que : les maladies cardiovasculaires (Hypertension Artérielle, Accident Vasculaire Cérébral..), les affections respiratoires chroniques, la santé mentale, la santé bucco-dentaire et le noma, la drépanocytose et les handicaps.

En effet, la plupart des indicateurs à renseigner devraient l'être soit par le biais d'enquêtes populationnelles, soit par le système de rapportage mensuel au niveau des districts sanitaires.

L'absence de données est liée d'une part à la non réalisation de l'enquête populationnelle ajoutée à la non prise en compte des principaux indicateurs relevant des MNT dans les fiches de rapport au niveau décentralisé. Par exemple, la deuxième enquête STEPS prévue en novembre 2017 et qui devrait fournir les principales informations n'a pas été conduite.

Enfin, le projet WHOPEN déployé sur le terrain au niveau de certains districts sanitaires du pays a manqué de suivi pour pouvoir renseigner sur les données de la mise en œuvre. Les données existantes sont donc éparpillées et incomplètes et ne permettent pas une transposition au niveau national.

Parmi les activités réalisées par ce programme on peut citer entre autres : (i) Evaluation des experts de l'Agence internationale de l'énergie atomique (AIEA) au Togo (rapport d'évaluation disponible) ; (ii) Sensibilisation des parlementaires du Togo sur la ratification du protocole pour éliminer le commerce illicite des produits du Tabac ; (iii) Sensibilisation de 15 090 personnes à la prévention des maladies non transmissibles (MNT) et à leurs facteurs de risques ; (iv) Sensibilisation de 20 journalistes sur la dépression (formation) et sur les méfaits du tabagisme et à l'application de la loi tabac dans le cadre de la Journée Mondiale Sans Tabac (conférence de presse) ; (v) Dépistage de 2145 personnes à l'HTA, au diabète et à l'obésité ; (vi) Formation des prestataires de soins sur les soins palliatifs pédiatriques, sur le diagnostic et la prise en charge des maladies mentales, sur la prise en charge des toxicomanes et sur la sécurité santé au travail en situation d'urgence sanitaire (HealthWise d'urgence) ,

(vii) revue du plan intégré de lutte contre les MNT 2012-2015 et élaboration du draft 0 du nouveau plan 2017-2022, (viii) élaboration du plan stratégique de sécurité santé au travail pour le personnel de la santé ; (ix) mise en œuvre de la phase pilote du programme HealthWise dans 13 formations sanitaires, (x) formation des formateurs des ASC pour la prévention et le contrôle des MNT.

### *c) Promotion de la santé*

Les activités de la promotion de la santé sont transversales à tous les programmes. Nous citons entre autres : (i) la sensibilisation de 150 personnes sur les stratégies de prévention du cancer du col de l'utérus et du tabagisme ; (ii) l'élaboration et la validation des outils de communication dans le domaine des MNT ; (iii) l'élaboration et la validation du plan de communication public et de plaidoyer en appui du PNDS, (iv) la sensibilisation sur la dépression et sur les accidents vasculaires cérébraux (AVC).

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

Indicateurs	Valeur de référence	Valeur cible 2017	Valeur réalisée 2017	Performance en année n	Score de performance en année n
Pourcentage de personnes vivant avec un handicap pris en charge en réadaptation physique	2%	3%	2%	0	1
Pourcentage de structures de santé primaires offrant le paquet essentiel d'interventions pour la prise en charge intégrée des MNT (WHO-PEN)	5%	10%	10,29%	1,05	5

## **2.2. Point d'ensemble de l'exécution à fin décembre du budget**

**Tableau XXX : Exécution des budgets comparés des années 2016 et 2017**

Nature des dépenses	Montant en millions de FCFA		Part dans le budget total		Variation	taux de variation
	2016 (a)	2017(b)	2016 (a/A)	2017 (b/A)	(b-a)	(b-a)/(a)
Dépenses de personnel (Traitements et salaires)	14 932 958 459	15 013 624 000	35,56%	21,65%	80 665 541	0,54%
Dépenses de matériel (Achat de biens et services)	2 723 867 272	2 939 502 000	6,49%	4,24%	215 634 728	7,92%
Dépenses de transfert (Transferts et subventions)	7 600 446 829	9 866 227 000	18,10%	14,22%	2 265 780 171	29,81%
<b>Total fonctionnement (I)</b>	<b>25 257 272 560</b>	<b>27 819 353 000</b>	<b>60,14%</b>	<b>40,11%</b>	<b>2 562 080 440</b>	<b>10,14%</b>
Dépenses internes d'investissement	795 975 539	644 221 000	1,90%	0,93%	- 151 754 539	-19,07%
Dépenses externes d'investissement	15 941 987 549	40 895 259 360	37,96%	58,96%	24 953 271 811	156,5%
<b>Total investissement (II)</b>	<b>16 737 963 088</b>	<b>41 539 480 360</b>	<b>39,86%</b>	<b>59,89%</b>	<b>24 801 517 272</b>	<b>148,18%</b>
<b>Budget total (I+II)=(A)</b>	<b>41 995 235 648</b>	<b>69 358 833 360</b>	<b>100,00%</b>	<b>100,00%</b>	<b>27 363 597 712</b>	<b>65,16%</b>
<b>Ressources Propres (III)</b>	<b>17.609.279.405</b>	<b>23 701 414 000</b>				
<b>Total général (I+II+III)</b>	<b>59.604.515053</b>	<b>93 060 247 360</b>				

**Tableau XXXI : Exécution du budget de l'année 2017 (en milliers FCFA)**

Nature des dépenses	Crédits votés (a)	Crédits autorisés (b)	Engagement		Ordonnancement	
			Montant ©	Taux (c/b)	Montant (d)	Taux (d/c)
Dépenses de personnel (Traitements et salaires)	17 076 518	16 148 740	15 013 624	92,97%	15 013 624	100,00%
Dépenses de matériel (Achat de biens et services)	3 793 083	3 652 476	3 485 757	95,44%	2 939 502	84,33%
Dépenses de transfert (Transferts et subventions)	10 395 304	10 395 304	10 050 736	96,69%	9 866 227	98,16%
<b>Total fonctionnement (I)</b>	<b>31 264 905</b>	<b>30 196 520</b>	<b>28 550 117</b>	<b>94,55%</b>	<b>27 819 353</b>	<b>97,44%</b>
Dépenses d'investissement sur ressources internes	985 000	985 000	644 221	65,40%	644 221	100,00%
Dépenses d'investissement sur ressources externes	25 317 766	25 317 766	40 895 259	161,53%	40 895 259	100,00%
<b>Total investissement (II)</b>	<b>26 302 766</b>	<b>26 302 766</b>	<b>41 539 480</b>	<b>157,93%</b>	<b>41 539 480</b>	<b>100,00%</b>
<b>Budget total (I+II)</b>	<b>57 567 671</b>	<b>56 499 286</b>	<b>70 089 597</b>	<b>124,05%</b>	<b>69 358 833</b>	<b>98,96%</b>
Dépenses sur ressources Propres (III)	29 258 115	29 258 115	23 701 414	81,01%	23 701 414	100,00%
<b>Total général (I+II+III)</b>	<b>86 825 786</b>	<b>85 757 401</b>	<b>93 861 960</b>	<b>109,45%</b>	<b>93 060 247</b>	<b>99,15%</b>

En considérant ce qui a été ordonnancé, il ressort que les dépenses de personnel ont augmenté de 0,0807 milliards de FCFA par rapport à 2016. L'Etat a investi sur ressources propres 0,644 milliards de FCFA en 2017 contre 0,796 milliards de FCFA en 2016 soit une diminution de 0,152 milliards de francs CFA. Les investissements extérieurs étaient de 40,89 milliards de FCFA pour une prévision de 25,32 milliards de FCFA contre 15,41 milliards de FCFA en 2016 soit une augmentation de 24,95 milliards de FCFA ce qui représente une croissance de 156,53% entre 2016 et 2017. Cet écart représente les ressources mobilisées auprès des partenaires qui n'ont pas signé de convention avec l'Etat.

Toujours sur la base des ordonnancements de 2017, l'exécution par catégorie de dépense se présente comme suit : dépenses de personnel : 15 013 624 338 FCFA, dépenses de biens et services : 2 939 502 438 FCFA, dépenses de transfert : 9 866 226 590 FCFA et dépenses investissement ressources internes et externes : 41 539 480 000 FCFA.

### **III. Analyse des capacités et difficultés rencontrées**

#### **3.1. Analyse de la capacité de mise en œuvre et difficultés rencontrées**

L'analyse des capacités de mise en œuvre des activités en 2017 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 de ressources et de la capacité d'absorption des ressources du Ministère de la Santé et de la Protection Sociale. 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. Planification et programmation budgétaire

La planification et la programmation des activités de l'année 2017 devraient se dérouler à deux niveaux essentiels : (i) l'élaboration de plans d'action opérationnels (PAO) annuels par niveau de mise en œuvre du PNDS (services centraux, programmes de santé, régions et districts sanitaires) suivant une approche participative et (ii) la consolidation au niveau central des PAO des services centraux, des programmes de santé et des régions sanitaires. Il faut noter que les PAO triennaux des districts sanitaires ont été élaborés allant 2017 à 2019. 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 faite. Le tableau ci-dessous montre la disponibilité des PAO par niveau ou entités du système de santé.

**Tableau XXXII : Disponibilité des PAO en 2017 par niveau du système de santé**

Niveau/Entités		Valeur	Observations
Central	Programmes nationaux de santé	6	Tous les programmes prioritaires ont leurs PAO
	Directions centrales	10	PAO disponibles
Régional (Directions régionales de la santé)		6	PAO disponibles
Hôpitaux autonomes (CHU, CHR et CHP) et Spécificités (INH, CNTS, CNAO, CRTS, CRAO)		0	Les outils guides d'analyse des goulots non encore élaborés
Districts sanitaires		40	PAO des 40 districts sanitaires disponibles

(Source : rapport DGEPIS 2017)

Le processus de l'élaboration du PNDS pour la période 2017-2022 s'est achevé par sa présentation au gouvernement et son adoption en Conseil des Ministres.

Pour atteindre les résultats visés par ce PNDS, la budgétisation des actions correctrices réalisée avec l'outil « One Health », a permis d'évaluer les besoins de financement du PNDS à un coût total de **674,148 milliards F CFA** pour la période 2017-2022, soit un coût moyen annuel de **112,358 milliards FCFA**.

Ce 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. Dans cette logique, une analyse comparative des ressources planifiées et mobilisées pour la mise en œuvre des activités de 2017 montre que l'Etat a mobilisé 28,463 milliards de FCFA soit 30,58% ; les PTF, 40,895 milliards de FCFA soit 43,95% et les recettes propres des formations sanitaires 23,701 milliards de FCFA soit 25,46%.

### 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 MSPS pour l'exercice 2017 est de 109,45% contre 86,9% en 2016.

Quant aux dépenses d'investissements (internes + externes), le niveau d'exécution est 157,73% en 2017 contre 81,8% en 2016. En 2017, les investissements sur ressources internes ont été exécutés à 37,6% contre 45,8%. Par contre les investissements sur ressources externes sont exécutés à 161,53% en 2017 contre 84,5% en 2016.

En dépit des efforts faits, le niveau d'exécution des dépenses d'investissements sur ressources internes reste toujours faible. Cette situation témoigne que le niveau de mise en œuvre des projets d'investissements dans le secteur de la santé reste un défi majeur.

### **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 a fonctionné 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 2017 le fonctionnement du Comité sectoriel santé et VIH/Sida n'a pas été régulier (01 réunion tenue sur 04 prévues). Cette réunion a été dédiée à la présentation du PNDS 2017-2022 après son adoption par le Gouvernement. Cette insuffisance s'explique en partie par l'absence de dynamisme au niveau du Secrétariat technique du comité sectoriel chargé de préparer les éléments techniques de discussions lors des réunions. De plus les documents devant faire objet de discussion au cours des réunions du comité notamment les rapports de performances de l'année précédentes sont tardivement élaborés, ce qui fait qu'au cours de ces réunions d'autres questions jugées plus importantes sont abordées au détriment de l'agenda précédemment établi par le ST/DSRP.

#### **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 institutionnel de suivi & évaluation qui définit les rôles et responsabilités des parties prenantes. Ce cadre est basé sur la chaîne des résultats du plan de suivi & 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. 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 débouchent sur l'organisation des revues annuelles des activités.

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 2017 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 la première année du PNDS (2017) n'ont pas été entièrement exécutées du fait de l'adoption tardive du PSE (septembre 2017) et de l'insuffisance de mobilisation des ressources.

Par ailleurs, certains programmes prioritaires de santé (PNLP, PNLS, PEV, PIMTN) ont organisé leurs revues 2017.

### **3.3. Défis à relever et priorités pour la gestion à venir**

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

**Tableau XXXIII : Défis à relever par axe stratégique**

AXES STRATEGIQUES	DEFIS A RELEVER
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	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Intégration de la planification familiale et l'immunisation (vaccins) dans les travaux de la CCAIM ;</li> <li>- Finalisation de l'élaboration de la politique nationale de nutrition, du plan stratégique national, multisectoriel de la nutrition et du cadre commun de suivi des résultats ;</li> <li>- Renforcement du plan de communication autour de la nutrition ;</li> </ul>
Axe 2 : Renforcement de la lutte contre les maladies transmissibles	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Poursuite de la décentralisation de la charge virale dans toutes les régions sanitaires et quelques districts sanitaires ;</li> <li>- Démarrage de la mise en œuvre des activités de la subvention Fonds mondial pour la période 2018-2020 ;</li> <li>- Renforcement de l'intégration de la PTME dans les structures sanitaire privées ;</li> <li>- Mise en place d'un système de suivi longitudinal des femmes</li> </ul>

AXES STRATEGIQUES	DEFIS A RELEVER
	<p>enceintes et mères VIH+ du dépistage jusqu'à la connaissance du statut définitif de l'enfant.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Elimination de l'onchocercose d'ici 2020</li> <li>- Planification coordonnées des activités (NFM, PASMIN, interventions de routine)</li> <li>- Planification objective réaliste et pertinente orientées vers les interventions à haut impact pour la lutte contre le paludisme</li> <li>- Appropriation des interventions par les acteurs pour la lutte contre le paludisme</li> <li>- Maintien des acquis</li> <li>- Disponibilité permanente des médicaments antituberculeux</li> </ul>
<p>Axe 3 : Amélioration de la sécurité sanitaire et la réponse aux épidémies et autres urgences de santé publique</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Renforcement de la prise en charge des maladies à potentiel épidémique, renforcement de la prévention des maladies (qui intègre des actions sur l'environnement, la faune et l'éducation pour la santé) ;</li> <li>- Renforcement de la préparation et riposte aux urgences de santé et épidémies ;</li> <li>- Renforcement de la surveillance épidémiologique ;</li> <li>- Collaboration efficace avec les autres parties prenantes au développement sanitaire dans le cadre de l'approche « Une Santé ».</li> </ul>
<p>Axe 4 : Renforcement de la lutte contre les maladies non transmissibles et promotion de la santé</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Validation du Plan Stratégique intégré MNT 2018-2022 ;</li> <li>- Réalisation de la 2<sup>ème</sup> enquête STEPS d'ici fin 2019 ;</li> <li>- Elaboration de la politique nationale de Promotion de la Santé ;</li> <li>- Mise à l'échelle du WHOPEN</li> </ul>
<p>Axe 5 : Renforcement du système de santé vers la Couverture Sanitaire Universelle (CSU) y compris la santé communautaire.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Continuation de la mise en place des bases opérationnelles et fonctionnelles de la section de coordination des approvisionnements de la DPML ;</li> <li>- Élaboration d'un plan d'action pour la section de coordination des approvisionnements /CCAIM ;</li> <li>- Élaboration des procédures nationales de quantification des intrants applicables à tous les programmes de santé ;</li> <li>- Révision des procédures de gestion des produits de santé intégrant la gratuité des produits subventionnés ;</li> <li>- Renforcement de l'appui aux programmes pour parvenir à l'objectif : 0, 0, 0 (zéro rupture, zéro commande d'urgence, zéro péremption).</li> <li>- Elaboration du cadre de collaboration entre le Ministère de la santé et de la protection sociale et les ONG et Associations intervenant dans le domaine de la santé ;</li> <li>- Elaboration du tableau de bord programmatique des activités du Ministère ;</li> <li>- Organisation de l'enquête SARA ;</li> <li>- Institutionnalisation des comptes de santé ;</li> <li>- Elaboration de la politique nationale de recherche en santé ;</li> <li>- Actualisation du Budget Programme 2018-2019 ;</li> <li>- Actualisation du programme d'investissement public (PIP) ;</li> <li>- Informatisation de la division de documentation et archive (DDA) et affectation de personnel qualifié ;</li> <li>- Parvenir à une réelle coordination des IBC en mettant fin à la poursuite de la verticalité de certaines interventions ;</li> </ul>

AXES STRATEGIQUES	DEFIS A relever
	- Elaboration de la politique de santé des personnes âgées ;

#### IV. Leçons apprises et recommandations

##### 4.1. Leçons apprises

- La prise en charge chirurgicale des femmes victime de fistules obstétricales peut se faire sans l'assistance d'expert international au Togo.
- L'application de la PCIMNE dans les Formations Sanitaires de premier niveau est nécessaire pour améliorer la couverture en interventions à haut impact de réduction de la morbidité maternelle, néonatale et infanto-juvénile.
- Le rapprochement des services de PF aux communautés encourage les femmes/couples à utiliser de façon permanente les méthodes PF.
- Le financement de l'approche ACD/ACE est un levier important pour optimiser les performances du PEV de routine.
- La mise en œuvre des JSE et de la SAV ont contribué significativement à l'amélioration des indicateurs du PEV et de nutrition
- La planification consolidé PEV/RSS est une approche qui permet de rationaliser l'utilisation des ressources allouées.
- L'animation du GTCV permet de donner des orientations sur les choix des nouveaux vaccins et des stratégies de mise en œuvre du PEV.
- La sécurisation des financements domestiques pour l'acquisition des intrants, médicaments et équipements pour les laboratoires.
- L'amélioration de la qualité des services offerts aux patients.
- La réalisation régulière des études de surveillance ou de la résistance du VIH aux médicaments ARV dans un contexte d'optimisation de la mise sous traitement antirétroviral aux PVVIH.
- L'amélioration de l'accessibilité à la charge virale des PVVIH afin de pouvoir être au rendez-vous des trois 90 à l'horizon 2020.
- L'anticipation dans la mise en œuvre des actions préalables liées aux activités de passation de marchés dans le cadre des subventions des différents partenaires.

##### 4.2. Recommandations

Au vue des résultats et des difficultés rencontrées dans la mise en œuvre des activités en 2017, les recommandations suivantes sont formulées pour contribuer à une meilleure amélioration des performances du système de santé dans les années à venir. Il s'agit entre autres de :

- Renforcer le suivi de mise en œuvre des interventions sur le terrain ;
- Finaliser la réforme du cadre organique du département de la santé ;
- Améliorer le fonctionnement du comité sectoriel « Santé et VIH/Sida » et renforcer la coordination au niveau des ECD et ECR ;
- Mettre en place un mécanisme efficace de mobilisation de ressources pour assurer la pérennité des interventions sur le terrain ;

- Renforcer le plaidoyer pour une mise en œuvre optimale du Plan de développement des ressources humaines en santé (2016-2020) ;
- Finaliser et assurer la mise en œuvre effective de la stratégie nationale du financement de la santé vers la couverture sanitaire universelle en vue de mobiliser plus de ressources pour le secteur et assurer leur utilisation efficiente ;
- Elaborer et mettre en œuvre un plan d'investissement dans le secteur de la santé conformément à la carte sanitaire ;
- Renforcer le système d'assainissement dans les formations sanitaires et dans la communauté ;
- Doter les districts et les régions en véhicules de supervision ainsi que les services centraux ;
- Améliorer les conditions de travail des cadres du ministère (bureaux et outils de travail).
- Faire un plaidoyer pour une mobilisation des ressources financières pour les CNTS et CRTS ;
- Appuyer la coordination et les Programmes MNT dans le processus d'élaboration du Plan Stratégique 2018-2022, dans la mise à l'échelle du WHOPEN et dans la réalisation de la 2<sup>ème</sup> enquête STEPS au cours de l'année 2019.

## Conclusion

L'année 2017 est la première année de mise en œuvre du nouveau du Plan National de Développement Sanitaire (PNDS) 2017-2022. Cependant, les résultats obtenus sont appréciés sur la base des indicateurs retenus pour son suivi & l'évaluation.

Ces résultats s'inscrivent dans la continuité de ceux prévus par l'évaluation finale du PNDS 2017-2022. Ces résultats ont également permis de continuer l'appréciation de la pertinence des stratégies et interventions prévues dans le PNDS 2017-2022 ainsi que leur contribution à l'amélioration de la santé des populations.

Au-delà des résultats obtenus, les difficultés rencontrées ont permis de dégager de nouvelles perspectives pour l'avenir en termes d'opportunité et de défis au regard des enjeux nationaux et internationaux à prendre en compte les années suivantes.

De façon globale, on note en 2017 sur le plan de la performance, aussi bien des progrès que des régressions du niveau des indicateurs. Ce recul est lié à plusieurs facteurs dont la mobilisation insuffisante des ressources pour l'exécution des activités, au dysfonctionnement relatif du système de santé. 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 auxquels le ministère de la santé tient à présenter sa reconnaissance et ses sincères remerciements.

## ANNEXES

### A.1 Tableau de suivi des indicateurs

**Tableau XXXIV : Suivi des indicateurs**

AXES	Indicateurs	Valeur de référence	Valeur cible 2017	Valeur réalisée 2017	Performance en 2017	Score de performance en 2017
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	1. Létalité maternelle de causes obstétricales directes dans les FS	1,20%	1,10%	1,60%	- 0,69	0
	2. Pourcentage de femmes enceintes ayant effectué au moins 4 visites de CPN	35,20%	61%	24,30%	- 0,42	0
	3. Taux d'accouchements assistés par un personnel qualifié	52%	66%	45%	- 0,5	0
	4. Proportion de femmes césarisées ayant bénéficié de la subvention	87,50%	89,30%	99,50%	6,67	5
	5. Proportion de décès maternels notifiés ayant fait l'objet d'un audit (revue)	43,00%	51%	34,60%	- 1,05	0
	6. Nombre de Couple Année Protection	297735	347500	292761	- 0,99	0
	7. Pourcentage des enfants avec malnutrition aigüe sévère ayant bénéficié d'une prise en charge	33%	35%	59,30%	13,15	5
	8. Pourcentage d'enfants de 0-11 mois ayant reçu 3 doses de vaccin Pentavalent (DTC-HepB-Hib3)	89%	89%	90%		
	9. Taux d'abandon vaccinal DTCHepB-Hib1/VAR	7%	6%	2%	5	5
	10. Pourcentage de villages certifiés FDAL	17,00%	19,40%	39,10%	9,23	5
AXE 2: Renforcement de la lutte contre les maladies transmissibles	11. Pourcentage de femmes enceintes ayant reçu 3 doses de TPI pendant la grossesse	38,00%	46,70%	34,50%	- 0,40	0
	12. Létalité due au paludisme chez les enfants de moins de 5 ans	6,8%	1,20%	4,82%	0,35	2
	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	84%	88,30%	83%	- 0,23	0
	14. Pourcentage de femmes enceintes séropositives au VIH ayant reçu des antirétroviraux durant leur grossesse	84%	91,70%	64%	- 0,38	0

AXES	Indicateurs	Valeur de référence	Valeur cible 2017	Valeur réalisée 2017	Performance en 2017	Score de performance en 2017
	15. Proportion de PVVIH sous ARV dont on sait qu'ils sont toujours en vie à 12 mois après le début du traitement	90,10%	92%	91%	0,47	2
	16. Proportion de personnes traitées à l'ivermectine dans la population éligible	80%	80,80%	83,36%	4,25	5
AXE 3: Amélioration de la sécurité sanitaire et la réponse aux épidémies et autres urgences de santé publique	17. Pourcentage de formations sanitaire pratiquant la PCI	19%	32,50%	39,5%	1,52	5
	18. Taux d'infections post opératoires		5,80%	1,2%		
	19. Proportion d'épidémie ayant bénéficié d'une réponse dans les 14 jours après la notification	33%	44,20%	83,33%	4,49	5
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%	3%	2%	0	1
	21. Pourcentage de structures de santé primaires offrant le paquet essentiel d'interventions pour la prise en charge intégrée des MNT (WHO-PEN)	5%	10%	10,29%	1,05	5
AXE 5 : Renforcement du système de santé vers la Couverture Sanitaire Universelle (CSU) y compris la santé communautaire.	22. Pourcentage de COGES fonctionnels	65%	70%	75%	2	5
	23. Taux de couverture des besoins en personnels de santé au niveau primaire de soins	62,40%	67%	47,60%	- 3,22	0
	24. Densité de personnel de santé (ratio pour 10.000 habitants)	5	7,4	6,04%	0,43	2
	25. Taux d'accessibilité géographique	71,4%	74,10%	71,4%	0	1
	26. Densité de lits d'hospitalisation pour 10.000 habitants	7	7,8	4,33%	- 3,34	0
	27. Taux d'utilisation des soins curatifs	30%	33,30%	39,20%	2,79	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)	45,8%	50%	46,80%	0,23	1
	30. Proportion des besoins non satisfaits en concentrés de globules rouges (CGR)	30%	25,80%	32,68%	- 0,64	0
	30. Complétude des rapports du SNIS		42,50%	91,00%		
	31. Taux de recouvrement des recettes		75%	77,90%		
32. Part du budget général de l'Etat alloué au secteur de la santé	5,14%	7,10%	4,63%	- 0,26	0	

AXES	Indicateurs	Valeur de référence	Valeur cible 2017	Valeur réalisée 2017	Performance en 2017	Score de performance en 2017
	33.Taux d'exécution des dépenses publiques de santé	73,60%	77,20%	101,39%	7,83	5

A.2 Suivi de la mise en œuvre des recommandations issues de l'évaluation de la performance de la gestion antérieure

**Tableau XXXV : Suivi des recommandations du rapport de 2016**

Recommandations	Réalisée	Réalisation en cours	Non réalisée	Observations
Finaliser le processus d'élaboration du nouveau PNDS et le faire adopter par le Gouvernement	OUI			Le document du PNDS 2017-2022 a été adopté par le Gouvernement le 08 février 2017
Finaliser la réforme du cadre organique du département de la santé		En cours		
élaborer et rendre disponible un manuel intégré des procédures administrative, comptable et financière dans tous les services et toutes les formations sanitaires			NON	
Améliorer le fonctionnement du comité sectoriel « Santé et VIH/SIDA » et renforcer la coordination au niveau des ECD et ECR			NON	
Concevoir et mettre en œuvre un cadre de partenariat entre l'Etat et le secteur privé de santé			NON	Début de partenariat de la plateforme du secteur privé de la santé au Togo (PSP TOGO)
Accélérer les actions de déploiement à l'échelle nationale du logiciel DHIS2 expérimenté à titre pilote avec succès dans les districts de la région Maritime et Kloto		EN COURS		
Finaliser et assurer la mise en œuvre effective de la stratégie nationale du financement de la santé vers la couverture sanitaire universelle en vue de mobiliser plus de ressources pour le secteur et assurer leur utilisation efficiente		EN COURS		
Valider le rapport de la carte sanitaire	OUI			
Elaborer et mettre en œuvre un plan d'investissement dans le secteur de la santé conformément à la carte sanitaire			NON	
Renforcer le système d'assainissement dans les formations sanitaires et dans la communauté		EN COURS		
Doter les districts et les régions en véhicules de supervision ainsi que les services centraux		EN COURS		
Améliorer les conditions de travail des cadres du ministère (bureaux et outils de travail)		EN COURS		

A.4 Tableau d'exécution du plan d'investissement prioritaire (PIP) du Ministère 2017

SECTION 610: MINISTERE DE LA SANTE ET DE LA PROTECTION SOCIALE														
N°	Intitulé du projet	Statut du projet		Durée du projet	Date de démarrage	Date de clôture	Coût global (en millier de FCFA)	Source de Financement (RI RI/CP ou RE)	Nature du Financement (Don ou prêt)	Cumul des dépenses Jusqu'à 2017 (en millier de FCFA)	Montant 2018 (en millier de FCFA)	Programmation (en millier de FCFA)		
		En cours	Etude de faisabilité									2019	2020	2021
218	Renforcement des prestations de service de lutte contre le diabète et réduction des facteurs de risque cardiovasculaires au Togo à travers l'accès aux soins de qualité	oui	oui	72 mois	2017	2022	143 832	RI		30 000	7 746	35 362	35 362	35 362
219	Achat d'équipements médicaux non soumis au monopole pharmaceutique et système électrique	oui	oui	48 mois	2016	2019	245 000	RI	ETAT	165 484	33 318	46 198	0	0
220	Construction d'une maternité et d'un logement pour sage-femme au CMS de Sirka (DPS	oui	oui	36 mois	2016	2018	64 309	RI	ETAT	60 509	1 962	1 838	0	0

SECTION 610: MINISTERE DE LA SANTE ET DE LA PROTECTION SOCIALE														
N°	Intitulé du projet	Statut du projet		Durée du projet	Date de démarrage	Date de clôture	Coût global (en millier de FCFA)	Source de Financement (RI RI/CP ou RE)	Nature du Financement (Don ou prêt)	Cumul des dépenses Jusqu'à 2017 (en millier de FCFA)	Montant 2018 (en millier de FCFA)	Programmation (en millier de FCFA)		
		En cours	Etude de faisabilité									2019	2020	2021
	Binah)													
221	Réhabilitation de la salle de réunion et la pédiatrie du CHR Sokodé	oui	oui	72 mois	2012	2018	20 000	RI	ETAT	9 600	0	10 400	0	0
222	Construction de la clôture du CMS Cinkassé et de la polyclinique de Dapaong	oui	oui	72 mois	2012	2018	32 115	RI	ETAT	14 606	0	17 509	0	0
223	Construction de la morgue et réhabilitaion du CHU Campus	oui	oui	84 mois	2012	2019	99 693	RI	ETAT	78 018	12 652	9 023	0	0
224	Construction des USP de Pimini et M'Boratchika dans la préfecture de Kéran	oui	oui	72 mois	2012	2019	99 693	RI	ETAT	78 018	12 652	9 023	0	0
225	Construction et réhabilitation des USP de Kagnissi et de Tanfarou	oui	oui	72 mois	2012	2019	128 874	RI	ETAT	101 811	13 427	13 637	0	0
226	Réhabilitation des bureaux et salle de réunion	oui	oui	24 mois	2018	2019	12 000	RI	ETAT	0	5 000	7 000	0	0

SECTION 610: MINISTERE DE LA SANTE ET DE LA PROTECTION SOCIALE														
N°	Intitulé du projet	Statut du projet		Durée du projet	Date de démarrage	Date de clôture	Coût global (en millier de FCFA)	Source de Financement (RI RI/CP ou RE)	Nature du Financement (Don ou prêt)	Cumul des dépenses Jusqu'à 2017 (en millier de FCFA)	Montant 2018 (en millier de FCFA)	Programmation (en millier de FCFA)		
		En cours	Etude de faisabilité									2019	2020	2021
	du ministère de la Santé (y compris badigeon et peinture)													
227	Construction de la DPS et clôture de l'hôpital de district de Kpélé à Adéta	oui	oui	72 mois	2012	2019	100 297	RI	ETAT	73 102	14 044	13 151	0	0
228	Recrutement des bureaux de contrôle pour le suivi des travaux	oui	oui	36 mois	2017	2019	45 000	RI	ETAT	20 000	5 164	19 836	0	0
229	Elaboration des comptes nationaux de la santé	oui	oui	48 mois	2017	2020	30 000	RI	ETAT	10 000	2 582	12 418	5 000	0
230	Revue de la performance du Ministère de la santé	oui	oui	72 mois	2017	2022	55 000	RI	ETAT	5 000	5 164	10 000	10 000	10 000
231	Elaboration du budget programme du ministère	oui	oui	48 mois	2017	2020	20 000	RI	ETAT	5 000	0	5 000	5 000	5 000
232	Supervision des programmes prioritaires de santé	oui	oui	60 mois	2017	2021	40 000	RI	ETAT	10 000	2 582	7 418	10 000	10 000

SECTION 610: MINISTERE DE LA SANTE ET DE LA PROTECTION SOCIALE														
N°	Intitulé du projet	Statut du projet		Durée du projet	Date de démarrage	Date de clôture	Coût global (en millier de FCFA)	Source de Financement (RI RI/CP ou RE)	Nature du Financement (Don ou prêt)	Cumul des dépenses Jusqu'à 2017 (en millier de FCFA)	Montant 2018 (en millier de FCFA)	Programmation (en millier de FCFA)		
		En cours	Etude de faisabilité									2019	2020	2021
233	Formation des cadres intermédiaires de développement en santé publique	oui	oui	60 mois	2017	2021	519 389	RI	ETAT	115 000	59 389	115 000	115 000	115 000
234	Approche contractuelle de gestion des structures hospitalières publiques	oui	oui	60 mois	2017	2021	725 000	RI	ETAT	75 000	82 628	134 039	216 666	216 667
235	Suivi et supervision du plan de développement sanitaire	oui	oui	72 mois	2017	2022	35 000	RI	ETAT	5 000	2 582	7 418	10 000	10 000
236	Contrôle suivi supervision par les ingénieurs et architectes et matériel de suivi et contrôle	oui	oui	36 ans	2017	2019	20 000	RI	ETAT	5 000	2 582	7 418	5 000	0
237	Suivi de l'exécution budgétaire dans les directions, services et hôpitaux	oui	oui	60 mois	2017	2021	25 000	RI	ETAT	5 000	2 582	7 418	5 000	5 000

SECTION 610: MINISTERE DE LA SANTE ET DE LA PROTECTION SOCIALE														
N°	Intitulé du projet	Statut du projet		Durée du projet	Date de démarrage	Date de clôture	Coût global (en millier de FCFA)	Source de Financement (RI RI/CP ou RE)	Nature du Financement (Don ou prêt)	Cumul des dépenses Jusqu'à 2017 (en millier de FCFA)	Montant 2018 (en millier de FCFA)	Programmation (en millier de FCFA)		
		En cours	Etude de faisabilité									2019	2020	2021
238	Audit interne et contrôle des structures et programmes de santé	oui	oui	60 mois	2017	2021	20 000	RI	ETAT	5 000	0	5 000	5 000	5 000
239	Formation des acteurs en matière de comptabilité administrative	oui	oui	48 mois	2017	2020	30 000	RI	ETAT	10 000	0	10 000	10 000	0
240	Réception des matériels et travaux	oui	oui	60 mois	2017	2021	20 000	RI	ETAT	5 000	0	5 000	5 000	5 000
241	Coopération Togo OMS: lutte contre les maladies et renforcement des capacités (OMS)	oui	oui	60 mois	2017	2021	1 723 000	OMS	DON	752 500	485 250	485 250	0	0
242	Amélioration de la qualité et de la disponibilité des services de santé de la reproduction (UNFPA)	oui	oui	48 mois	2017	2019	3 353 516	UNFPA	DON	1 018 500	1 167 508	1 167 508	0	0
243	Survie et développement de l'enfant (UNICEF)	oui	oui	60 mois	2014	2018	4 337 990	UNICEF	DON	2 209 200	2 128 790	0	0	0

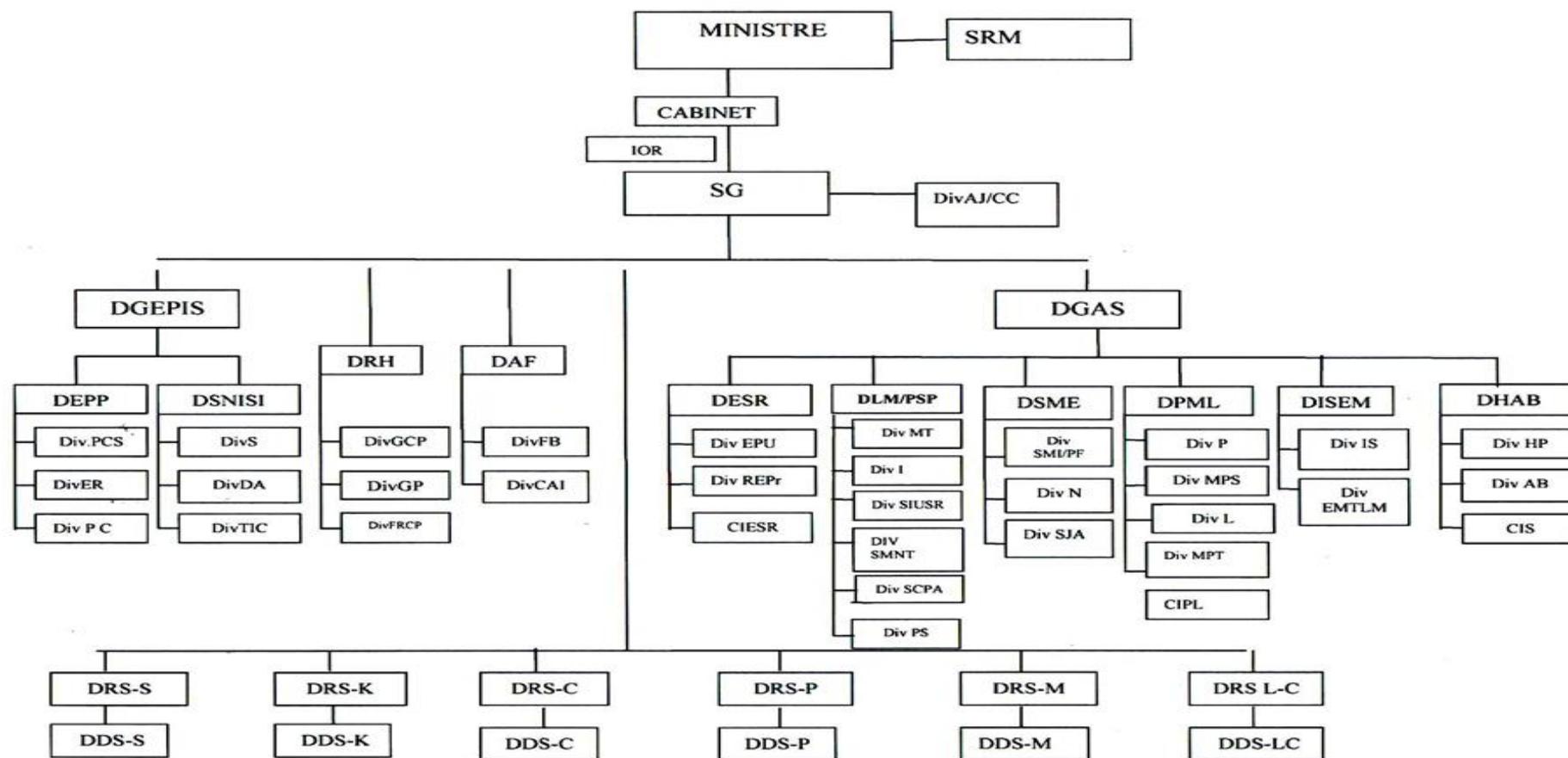
SECTION 610: MINISTERE DE LA SANTE ET DE LA PROTECTION SOCIALE														
N°	Intitulé du projet	Statut du projet		Durée du projet	Date de démarrage	Date de clôture	Coût global (en millier de FCFA)	Source de Financement (RI RI/CP ou RE)	Nature du Financement (Don ou prêt)	Cumul des dépenses Jusqu'à 2017 (en millier de FCFA)	Montant 2018 (en millier de FCFA)	Programmation (en millier de FCFA)		
		En cours	Etude de faisabilité									2019	2020	2021
244	Fonds Mondial pour l'Assainissement (Appui du GSF à l'initiative TOGO SANDAL)	oui	oui	84 mois	2015	2022	2 500 000	RE/FM	DON	119 999	588 289	588 289	588 289	588 289
245	Projet d'Appui aux Services de Santé Maternelle et Infantile et de Nutrition (PASMIN) au Togo	oui	oui	60 mois	2014	2018	7 700 000	RE/BM	DON	6 652 393	347 607	347 607	352 393	0
246	Programme de Renforcement du Système Sanitaire Santé Reproductive et des Droits Sexuels (SRDS)_KfW	oui	oui	48 mois	2018	2021	6 550 000	RE/KFW	DON	0	1 310 000	1 746 667	1 746 667	1 746 667
246	Programme de Renforcement du Système Sanitaire Santé Reproductive et des Droits Sexuels	oui	oui	48 mois	2018	2021	3 935 742	GIZ	DON	0	983 936	983 936	983 936	983 936

SECTION 610: MINISTERE DE LA SANTE ET DE LA PROTECTION SOCIALE														
N°	Intitulé du projet	Statut du projet		Durée du projet	Date de démarrage	Date de clôture	Coût global (en millier de FCFA)	Source de Financement (RI RI/CP ou RE)	Nature du Financement (Don ou prêt)	Cumul des dépenses Jusqu'à 2017 (en millier de FCFA)	Montant 2018 (en millier de FCFA)	Programmation (en millier de FCFA)		
		En cours	Etude de faisabilité									2019	2020	2021
	(SRDS)_GIZ													
246	Programme de Renforcement du Système Sanitaire Santé Reproductive et des Droits Sexuels (SRDS) : Appui à la coordination	oui	oui	60 mois	2017	2021	327 000	RI/CP	ETAT	50 000	70 183	76 141	69 614	61 063
246	Programme de Renforcement du Système Sanitaire Santé Reproductive et des Droits Sexuels (SRDS) : Fonds régional de maintenance	non	oui	48 mois	2018	2021	327 000	RI/CP	ETAT	0	0	81 750	81 750	81 750
247	Immunisation plus large de la population en fonction de l'environnement socio-sanitaire et renforcement du système de santé	oui	oui	60 mois	2018	2021	3 315 480	Fonds GAVI	DON	0	1 049 338	1 049 338	1 049 338	167 466
248	PALUDISME : Consolidation	oui	oui	36 mois	2018	2020	18 669 453	RE/FM	DON	0	4 048 959	7 310 247	7 310 247	0

SECTION 610: MINISTERE DE LA SANTE ET DE LA PROTECTION SOCIALE														
N°	Intitulé du projet	Statut du projet		Durée du projet	Date de démarrage	Date de clôture	Coût global (en millier de FCFA)	Source de Financement (RI RI/CP ou RE)	Nature du Financement (Don ou prêt)	Cumul des dépenses Jusqu'à 2017 (en millier de FCFA)	Montant 2018 (en millier de FCFA)	Programmation (en millier de FCFA)		
		En cours	Etude de faisabilité									2019	2020	2021
	des acquis de lutte antipaludique au Togo													
249	VIH/SIDA : Accélération de la mise en œuvre des services de prévention et de la qualité des soins dans la lutte contre les épidémies à VIH et TB	oui	oui	36 mois	2018	2020	18 037 773	RE/FM	DON	0	5 966 970	6 035 401	6 035 401	0
250	Tuberculose : Accélération de la mise en œuvre des services de prévention et de la qualité des soins dans la lutte contre les épidémies à VIH et TB	oui	oui	36 mois	2018	2020	1 075 376	RE/FM	DON	0	216 329	429 523	429 523	0
250	Contrepartie pour les projets du Fonds Mondial de lutte contre le SIDA, la Tuberculose et	oui	oui	36 mois	2018	2020	251 643	RI/CP	ETAT	0	51 643	100 000	100 000	0

SECTION 610: MINISTERE DE LA SANTE ET DE LA PROTECTION SOCIALE														
N°	Intitulé du projet	Statut du projet		Durée du projet	Date de démarrage	Date de clôture	Coût global (en millier de FCFA)	Source de Financement (RI RI/CP ou RE)	Nature du Financement (Don ou prêt)	Cumul des dépenses Jusqu'à 2017 (en millier de FCFA)	Montant 2018 (en millier de FCFA)	Programmation (en millier de FCFA)		
		En cours	Etude de faisabilité									2019	2020	2021
	le Paludisme													
251	Projet Régional de Renforcement des Systèmes de Surveillance des Maladies (REDISSE)	oui	oui	60 mois	2018	2021	10 500 000	RE/BM	DON	0	4 840 979	2 829 511	1 414 557	1 414 953
	<b>TOTAL</b>						85 134 176			11 688 741	23 521 837	23 740 274	20 598 743	5 461 153

A.5 : Organigramme du ministère de la santé



(Source : rapport de performance du MSPS 2016)

Figure 25 : Organigramme du ministère de la santé

A.6 : Situation du personnel de santé du secteur public par région

**Tableau XXXVI : Situation du personnel de santé du secteur public par région au 31 décembre 2017**

CATEGORIE PROFESSIONNELLES	LOME COMMUNE	MARITIME	PLATEAUX	CENTRALE	KARA	SAVANES	Total général
Accoucheuses Auxiliaires	101	79	114	84	97	68	543
Accoucheuses Permanentes	21	184	173	123	84	56	641
Chirurgiens-dentistes	25	4	6	3	6	4	48
Infirmiers	304	118	162	100	134	105	923
Infirmiers Auxiliaires	101	81	106	127	123	84	622
Infirmiers Permanents	22	68	38	17	7	3	155
Médecins Généralistes	59	14	23	13	19	11	139
Médecins Spécialistes	234	12	9	6	27	7	295
Personnels Administratifs Cadres	476	71	66	59	67	33	772
Personnels Administratifs d'Appui	770	282	324	302	271	182	2131
Personnels de Laboratoire	216	47	52	47	56	30	448
Personnels de Nutrition	9		1		1		11
Personnels de Réadaptation Fonctionnelle	112	14	23	27	36	20	232
Personnels de Salubrité Publique	138	53	52	30	41	21	335
Personnels Hospitalier d'Appui	535	303	306	353	379	288	2164
Personnels Techniques	72	14	12	12	17	3	130
Personnels Techniques d'Appui	72	13	14	18	33	8	158
Pharmaciens	15	2		2		2	21
Psychologues	28	4	4	1	5	3	45
Sages-Femmes	185	93	85	45	53	35	496
Techniciens Supérieurs de Soins	327	113	137	90	111	65	843
Total général	3822	1569	1707	1459	1567	1028	11152

Source : DRH, 2017

A.7 : Situation du personnel de santé du secteur public et privé par région

**Tableau XXXVII : Situation du personnel de santé du secteur public et privé par région au 31 décembre 2017**

CATEGORIE PROFESSIONNELLE S	LOME COMMUNE		MARITIME		PLATEAU X		CENTRALE		KARA		SAVANNES		Total		Total général
	Public	Privé	Public	Privé	Public	Privé	Public	Privé	Public	Privé	Public	Privé	Public	Privé	
Accoucheuses Auxiliaires	101	7	79	15	114	19	84	16	97	9	68	5	543	71	<b>614</b>
Accoucheuses Permanentes	21		184		173		123		84		56		641	0	<b>641</b>
Chirurgiens-Dentistes	25	3	4	4	6	1	3		6		4		48	8	<b>56</b>
Infirmiers	304	67	118	103	162	39	100	20	134	26	105	26	923	281	<b>1204</b>
Infirmiers Auxiliaires	101	27	81	38	106	16	127	24	123	14	84	21	622	140	<b>762</b>
Infirmiers Permanents	22		68		38		17		7		3		155	0	<b>155</b>
Médecins Généralistes	59	40	14	38	23	9	13	2	19	1	11	1	139	91	<b>230</b>
Médecins Spécialistes	234	25	12	20	9	10	6	0	27	4	7	0	295	59	<b>354</b>
Personnels Administratifs Cadres	476	43	71	28	66	23	59	9	67	23	33	19	772	145	<b>917</b>
Personnels Administratifs d'Appui	770	151	282	202	324	270	302	111	271	83	182	145	2131	962	<b>3093</b>
Personnels de Laboratoire	216		47		52		47		56		30		448	0	<b>448</b>
Personnels de Nutrition	9				1				1				11	0	<b>11</b>
Personnels de Réadaptation Fonctionnelle	112		14		23		27		36		20		232	0	<b>232</b>
Personnels de Salubrité Publique	138		53		52		30		41		21		335	0	<b>335</b>
Personnels Hospitalier d'Appui	535	318	303	262	306	204	353	85	379	127	288	95	2164	1091	<b>3255</b>
Personnels Techniques	72	3	14	2	12	9	12	1	17	3	3	3	130	21	<b>151</b>
Personnels Techniques d'Appui	72		13		14		18		33		8		158	0	<b>158</b>
Pharmaciens	15	118	2	66		8	2	6		5	2	2	21	205	<b>226</b>
Psychologues	28		4		4		1		5		3		45	0	<b>45</b>
Sages-Femmes	185	55	93	60	85	16	45	10	53	8	35	9	496	158	<b>654</b>
Techniciens Supérieurs de Soins	327	166	113	131	137	80	90	29	111	41	65	38	843	485	<b>1328</b>
Auxiliaires en pharmacie				2									0	2	<b>2</b>
Aumôniers/Evangélistes						4						2	0	6	<b>6</b>
<b>Total par secteur</b>	<b>3822</b>	<b>1023</b>	<b>1569</b>	<b>971</b>	<b>1707</b>	<b>708</b>	<b>1459</b>	<b>313</b>	<b>1567</b>	<b>344</b>	<b>1028</b>	<b>366</b>	<b>11152</b>	<b>3725</b>	<b>14877</b>
<b>Total général</b>	<b>4845</b>		<b>2540</b>		<b>2415</b>		<b>1772</b>		<b>1911</b>		<b>1394</b>				

(Source : rapport DRH 2017)