

**REPUBLIQUE TOGOLAISE**

**Travail – Liberté – Patrie**

\*\*\*\*\*



**RÉPUBLIQUE TOGOLAISE**

**MINISTÈRE DE LA SANTÉ  
ET DE LA PROTECTION SOCIALE**

**Plan Directeur National de Lutte  
Intégrée contre les Maladies  
Tropicales Négligées**

**2016 - 2020**

---

**Mai 2015**

## **Remerciements**

Le Ministère de la Santé adresse ses sincères remerciements à l'équipe technique de finalisation du document, aux participants à l'atelier d'élaboration du Plan Stratégique National de Lutte Intégrée contre les MTN, les Partenaires au développement et à tous ceux qui de près ou de loin ont contribué à l'élaboration du présent document.

## Sommaire

LISTE DES ABREVIATIONS .....	6
I. CONTEXTE ET JUSTIFICATION .....	8
II. ANALYSE DE LA SITUATION.....	8
2.1 Profil du pays .....	8
2.1.1 Situation géographique :.....	8
2.1.2 Structure administrative .....	9
2.1.3 Démographie et structure communautaire.....	10
2.1.3.1 Démographie .....	10
2.1.3.2 Structure communautaire .....	12
2.1.3.2.1 Regroupement de la population.....	12
2.1.3.2.2 Principaux groupes ethniques.....	13
2.1.4 Caractéristiques géographiques et hydrographiques .....	13
2.1.5 Situation de l’approvisionnement en eau potable.....	13
2.1.7 Indicateurs socio économiques.....	14
2.1.8 Transports et communication .....	15
2.2 Analyse de la situation du système de santé.....	16
2.2.1 Objectifs et priorités du système de santé .....	16
2.2.2 Organisation du système de santé : .....	16
2.2.3 Ressources Humaines.....	17
2.2.4 Information sanitaire .....	19
2.2.5 Produits médicaux .....	19
2.2.6 Financement de la santé .....	20
2.2.7 Leadership et gouvernance.....	21
2.2.7.1 Organigramme du ministère de la santé. ....	21
2.2.7.2 Coordination du programme national de lutte intégrée contre les MTN.....	22
2.3 Analyse de la situation des MTN .....	25
2.3.1 Programmes nationaux de lutte contre les MTN.....	25
2.3.1.1 Interventions pour les MTN de CTP .....	25

2.3.1.2	Interventions pour les MTN à prise en charge des cas .....	26
2.3.2	Epidémiologie et poids des MTN.....	28
2.3.2.1	L'onchocercose .....	28
2.3.2.2	La filariose lymphatique.....	32
2.3.2.3	Schistosomiases / géohelminthiases .....	35
2.3.2.4	Le Trachome .....	37
2.3.2.5	L'ulcère de Buruli .....	37
2.3.2.6	Le noma.....	40
2.3.2.7	La dracunculose (ver de guinée) .....	42
2.3.2.8	La Lèpre .....	43
2.3.2.9	Trypanosomiase humaine africaine (THA) .....	45
2.3.3	Co-endémicité des MTN .....	48
2.3.4	Situation de la cartographie des MTN.....	51
2.3.5	Lacunes et priorités .....	51
2.3.6	Analyse swot du programme mtn.....	52
III.	AGENDA STRATEGIQUE .....	54
3.1	Mission.....	55
3.2	Vision .....	55
3.3	But.....	55
3.4	Principes directeurs et priorités stratégiques .....	55
3.4.1	Principes directeurs .....	55
3.4.2	Priorités stratégiques et objectifs stratégiques .....	56
IV.	CADRE OPERATIONNEL.....	57
4.1	Buts, objectifs, stratégies et cibles des programmes de lutte contre les MTN .....	57
4.2	But stratégique .....	62
V.	BUDGET DU PLAN DIRECTEUR DE LUTTE INTEGREE CONTRE LES MTN 2012 – 2016	
	70	
	Annexes.....	73

## Liste des annexes

Annexe 1: Stratégies de lutte contre les schistosomiasés en fonction de la prévalence par aire sanitaire.....	73
Annexe 2 Stratégie de lutte contre les géo helminthiases par districts en fonction de la prévalence.....	79
Annexe 3: Cible pour le traitement de masse par année .....	81
Annexe 4: Budget du Ministère de la Santé, dépenses salariales et non salariales (2001 à 2010) (en millions de FCFA).....	82
Annexe 5: Allocations budgétaires de l'Etat au Ministère de la Santé (1998-2009) en millions de FCFA).....	83
Annexe 7 : Distances inter-préfecturales de la République Togolaise.....	84
Annexe 8: Les secteurs d'activités et leur contribution proportionnelle au PIB .....	85
Annexe 9: Prévalence of mapped diseases (schistosomiasis, sth and trachoma) by district .....	86

## Liste des figures/tableaux

Figure 1 : Carte administrative du Togo.....	10
Tableau I : Démographie, 1960-2011.....	11
Tableau II : Données démographiques, données sur les établissements scolaires et sanitaires par district.....	12
Tableau III : Indicateurs de l'Indice de développement humain.....	15
Tableau IV : Effectifs des personnels de santé par catégorie professionnelle en 2009 et 2010 au Togo.....	18
Tableau V : Exemples de montant alloués par les partenaires entre 2006 et 2009 .....	21
Figure 2 : Organigramme du MSPS .....	22
Figure 3 : Organigramme de la DGAS (ex DSSP).....	<b>Error! Bookmark not defined.</b>
Figure 4 : Mécanisme de coordination du programme national de la lutte intégrée contre les MTN .....	25
Tableau VI : Collaboration intersectorielle .....	25
Tableau VII : Informations sur les Programmes MTN à CTP .....	27
Tableau VIII : Informations sur les programmes MTN à PCC .....	27
Figure 5 : Situation de l'onchocercose au Togo au début en 1976.....	<b>Error! Bookmark not defined.</b>
Figure 6 : Situation de l'onchocercose au Togo au 31/12/2014.....	<b>Error! Bookmark not defined.</b>
Figure 7 : Districts endémiques de la filariose lymphatique ....	32
Figure 8 : Caartographie des schistosomiasés en 2009 .....	<b>Error! Bookmark not defined.</b>
Tableau IX : Couverture thérapeutique nationale en Praziquantel par tranche d'âge en 2014 ..	36
Figure 9 : Cartographie des géohelminthiases en.....	<b>Error! Bookmark not defined.</b>
Tableau X : Couverture thérapeutique nationale en Albendazole par tranche d'âge en 2014 ..	37

Tableau XI : Pourcentage du trachome actif chez les enfants de 1-9 ans en 2011.....	<b>Error!</b>
<b>Bookmark not defined.</b>	
Figure 10 : Distribution des cas probables traités selon leurs provenances .....	39
Figure 11 : Répartition des cas de Noma par année et par région .....	40
Figure 12 : Figure 16 : Répartition des villages endémiques du ver de guinée au Togo en 2006 et en 2007 .....	42
Figure 13 : Evolution du nombre de cas et du nombre de villages endémiques de la dracunculose de 1991 à 2011 au Togo .....	43
Figure 14 : Répartition de la lèpre selon les régions .....	44
Tableau XIII : Tendances de la détection de la lèpre .....	44
Tableau XIV : Situation de co-endémicité des MTN .....	48
Figure 15 : Co-endémicité des MTN .....	50
Tableau XV : Situation de la cartographie des MTN .....	51
Tableau XVI : Analyse SWOT du programme MTN (forces & faiblesses) .....	52
Tableau XVII : Priorités stratégiques et objectifs stratégiques .....	56
Tableau XVIII : But et principaux objectifs/stratégies de lutte contre les MTN .....	57
Tableau XIX : Cadre opérationnel.....	62
Tableau XX : Budget du plan directeur de lutte intégrée contre les MTN 2012 – 2016.....	70

## LISTE DES ABREVIATIONS

ASC	Agent de Santé Communautaire
CDC	Centers for Disease Control and Prevention, Atlanta, Ga, USA
GSK	GlaxoSmithKline
ICP	Infirmier chef de poste
IDH	Indicateur de développement humain
IEC	Information, Education et Communication pour la santé
CNTS	Centre National de Transfusion Sanguine
CNAO	Centre National d'Appareillage Orthopédique
CRAO	Centre Régional d'Appareillage Orthopédique
CRTS	Centre Régional de Transfusion Sanguine
CCC	Communication pour le changement de comportement

CHU	Centre hospitalier universitaire
CHR	Centre hospitalier régional
DPML	Direction de la pharmacie, du médicament et des laboratoires
HDI	Hôpital de district type I
HDII	Hôpital de district type II
USPI	Unité de soins périphérique type I
USPII	Unité de soins périphérique type II
FL	Filariose Lymphatique
SWOT	
HDI	Health & Development International
MTN	Maladies Tropicales Négligées
OCP	Onchocerciasis Control Program
OMD	Objectifs du Millénaire pour le Développement
PNEFL	Programme National d'Élimination des Filarioses Lymphatiques
TDM	Traitement de masse
USP	Unités de Soins Périphériques
TIDC	Traitement à l'Ivermectine sous Directives Communautaires
DSSP	Direction des Soins de Santé Primaires
DPFR	Direction de la Planification, de la Formation et Recherche
DAC	Direction des Affaires Communes
DESR	Direction des Établissements de Soins et de la Réhabilitation
MICS2	
MICS3	

## **I. CONTEXTE ET JUSTIFICATION**

Au Togo comme partout dans les pays en développement, le fardeau de la maladie dépasse les moyens disponibles en vue d'assurer un état acceptable et équitable de santé des populations. Les décideurs de la santé se trouvent dans l'obligation constante de rechercher des moyens efficaces et à moindre coût en vue de faire face aux problèmes de santé.

Au moment où toute l'attention et les ressources sont focalisées sur trois maladies : le VIH/SIDA, le paludisme et la tuberculose, plusieurs pays africains et plus spécialement les pays sub-sahariens sont en train de perdre la lutte contre un nombre de maladies très courantes chez la frange la plus pauvre des populations. Ces maladies sont pourtant responsables d'importantes souffrances et d'incapacités de longue durée en général, de retard staturo-pondéral et cognitif chez l'enfant. Des moyens peu onéreux et efficaces de lutte pourtant existent du moins pour les plus courantes. Du fait des difficultés de l'Etat à allouer des ressources adéquates, ces outils de lutte restent inaccessibles aux populations démunies. Ainsi, ces maladies qualifiées de « tropicales négligées » entretiennent un cercle vicieux « maladie-pauvreté ».

Depuis 2005, en vue de rompre ce cercle vicieux, le Ministère de la santé et de la protection sociale du Togo en collaboration avec le Centers for Disease Control and Prévention (CDC), Atlanta, USA et du Health & Development International (HDI), Fjellstrand, Norvege, a initié un processus d'intégration des interventions à base communautaire. Le but visé était de voir si l'on pouvait utiliser les opportunités existantes en vue d'offrir un maximum de services ciblant les affections les plus courantes au sein de nos communautés. Le processus a consisté en l'analyse complète de la situation, l'identification des activités à intégrer ainsi que les opportunités, l'élaboration des outils et procédures standards, suivi d'une phase pilote dans le district de la Binah. L'évaluation des résultats a montré que la stratégie est faisable et acceptable par les acteurs de la santé et par la communauté bénéficiaire. En 2008, le Ministère en charge de la santé, convaincu qu'investir plus dans la lutte intégrée contre les Maladies tropicales négligées (MTN) permet de contribuer à l'atteinte des Objectifs du millénaire pour le développement (OMD), a décidé d'adopter l'intégration des activités de lutte contre les MTN en élaborant un document de Plan stratégique national.

Le présent document rassemble les stratégies et activités à mettre en œuvre pendant les cinq (5) prochaines années, le budget total, les ressources disponibles et les ressources additionnelles à mobiliser en vue de réduire le poids socio-économique des MTN au Togo.

## **II. ANALYSE DE LA SITUATION**

### **2.1 Profil du pays**

#### **2.1.1 Situation géographique :**

Le Togo, pays de l'Afrique de l'ouest de 56 600 km<sup>2</sup>, est limité à l'est par le Bénin, à l'ouest par le Ghana, au nord par le Burkina Faso et au sud par l'océan atlantique. Le climat est de type subéquatorial dans la moitié sud avec deux saisons de pluie et deux saisons sèches et un climat subtropical dans la moitié nord du pays avec une saison de pluie et une saison sèche.

### **2.1.2 Structure administrative**

La loi n°2007-001 du 08 janvier 2007 portant organisation de l'administration territoriale déconcentrée au Togo subdivise le pays en cinq (5) régions administratives : la Région des Savanes, la Région de la Kara, la Région Centrale, la Région des Plateaux et la Région Maritime. Chaque région est subdivisée en préfectures. Suite au dernier découpage administratif intervenu en 2009 (loi n°2009-027 du 03 décembre 2009), le pays compte 35 préfectures et 1 sous-préfecture, dont les chefs-lieux sont considérés comme des centres urbains. Parmi les chefs-lieux de préfecture, 30 sont érigés en communes de plein exercice et 5 de moyen exercice. Par ailleurs Lomé la capitale est subdivisé en 5 arrondissements.

Les régions administratives correspondent aux régions sanitaires à l'exception de la Région Maritime. En effet, compte tenu du caractère exceptionnel que présente la commune de Lomé sur le plan de la santé, elle a été soustraite de la Région Maritime et érigée en une sixième région sanitaire subdivisée en 5 districts sanitaires (décret n°96 – 157/PR du 11 novembre 1996).

La décentralisation n'est pas encore une réalité au Togo et les régions administratives n'ont aucune autonomie, ni administrative, ni économique. Les collectivités décentralisées (communes surtout) ne disposent pas des maires élus mais sont dirigées par des administrateurs nommés par le niveau central. Toutefois, l'Administration publique est aujourd'hui en pleine réforme et modernisation. Le Gouvernement a réaffirmé son engagement de faire aboutir dans les meilleurs délais le processus de décentralisation pour lequel le Togo a pris du retard par rapport à d'autres pays de la sous-région.

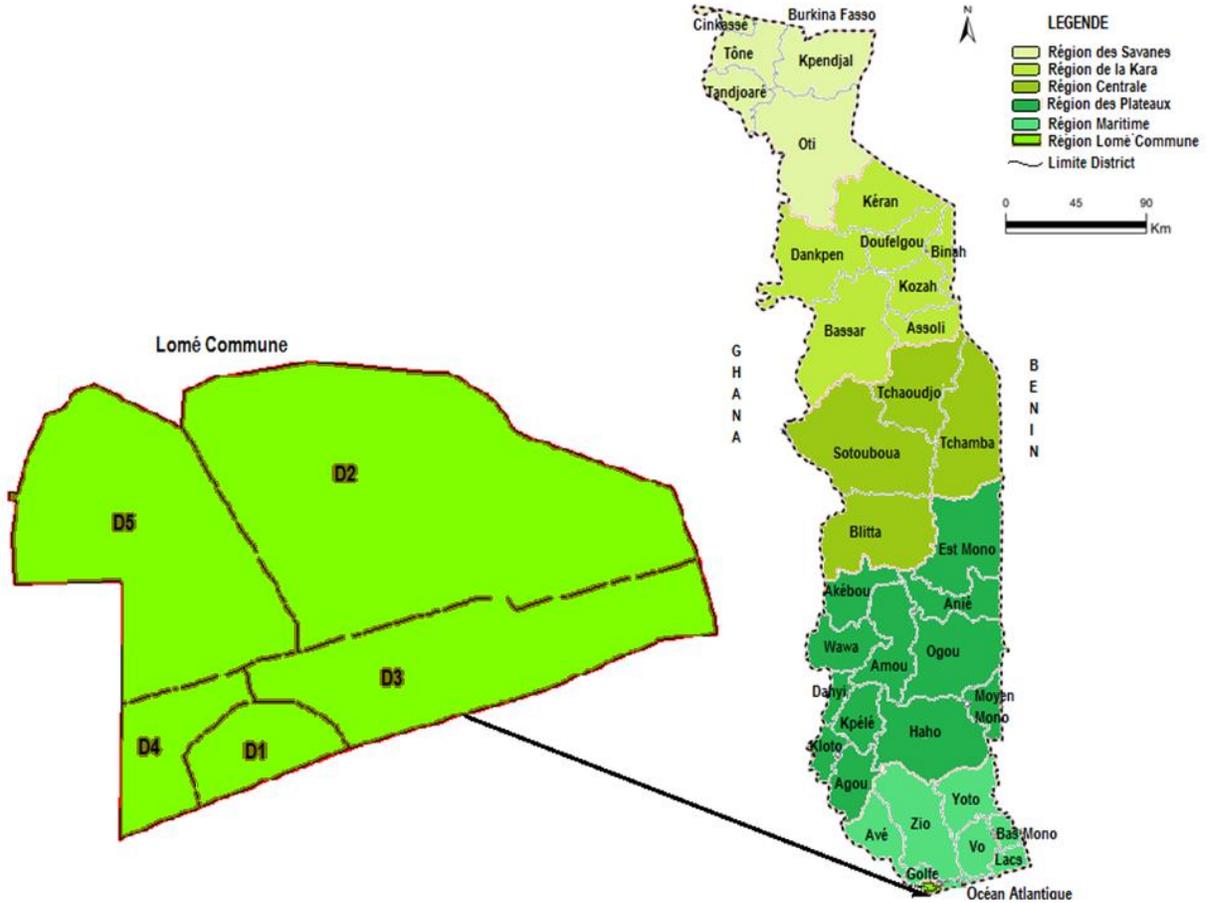


Figure 1 : Carte administrative du Togo

## 2.1.3 Démographie et structure communautaire

### 2.1.3.1 Démographie

Selon le dernier recensement général de la population (2010), le Togo compte 6 191 155 habitants répartis comme suit : 3 009 095 hommes (48,6%) et 3 182 060 femmes (51,4%). Le taux d'accroissement est de 2,84%. En appliquant ce taux d'accroissement, la population du Togo en 2015 serait estimée à 7 121 673 habitants.

actualiser les données (espérance de vie

Le tableau 1 ci-dessous présente la tendance de quelques indicateurs démographiques.

Tableau I : Démographie, 2010 - 2015

Indicateurs	2010 <sup>1</sup>	2011				
Population totale (en milliers)	6191	6585				
Taux de croissance annuel en %	2,84	2,76				
population femme (% du total)	51,4	52				
Population urbaine (% du total)	37,7	43				
Indice synthétique de fécondité	4,1	4,69				
Espérance de vie à la naissance (en années)	63,3	62,71				
Taux Brut de Natalité (p.1000)	32	35,58				
Taux brut de mortalité (p.1000)	8,1	7,96				
Taux d'Accroissement Naturel (%)	24,1	24,2				
Enfant de 3 à 5 ans	708	...				
Enfants de moins de 5ans (% du total)	14,3	20				
Enfant de 6 à 14 ans	1770	27,4				
Jeunes de moins de 25 ans (% du total)	60	60,1				
65 ans et plus (% du total)	4	3,1				

Sources : Analyse pays TOGO, 2010

Somme toute, le contexte démographique du Togo est caractérisé par :

- une prépondérance de jeunes. Plus de la moitié de la population (environ 60%) sont des jeunes de moins de 25 ans ce qui pose un défi énorme de prise en charge en matière de santé, de scolarisation, de création d'emplois,
- une croissance démographique élevée (2,84% par an) avec une forte pression sur l'environnement et les ressources naturelles;
- une forte densité de population dans les régions côtières ; environ 9305 habitants au Km<sup>2</sup> à Lomé Commune et 407 dans la région Maritime contre 47 dans la région centrale. L'urbanisation très rapide et peu contrôlée surtout à Lomé (alors que la population rurale a été multipliée par près de 3 fois depuis 1960, la population urbaine a été multipliée par 19 et la population de Lomé, la capitale, par 18) génère des problèmes croissants de santé (consécutifs à la promiscuité, les habitats insalubres ; l'insuffisance d'installations hygiéniques, le déficit d'eau potable, des problèmes de gestion des ordures ménagères, des eaux usées et des déchets industriels, la pollution de la lagune par les rejets d'effluents de toutes sortes, etc.);
- Un niveau encore élevé de l'indice synthétique de fécondité (ISF) quoiqu'il ait sensiblement baissé (tableau 1). Le niveau élevé de l'ISF est en partie lié à la faiblesse de l'offre de services de planification familiale,

Le tableau II ci-dessous présente la situation des enfants de moins de 15 ans selon les localités et la situation des établissements scolaires et sanitaires dans le pays.

<sup>1</sup> Données du 4<sup>e</sup> RGPH, décembre /2011

Tableau II : Données démographiques, données sur les établissements scolaires et sanitaires par district

Région	District	Nombre de villages	Population Totale 2012	0-59 mois	5-14 ans	No. d'écoles primaires	No. d'USP
Savanes	Tône	378	386101	77220	115830	310	28
	Kpendlal	213	164026	32805	49208	126	14
	Tandjouare	181	124289	24858	37287	122	15
	Oti	222	201519	40304	60456	183	18
<b>Total Savanes</b>		<b>994</b>	<b>875936</b>	<b>175187</b>	<b>262781</b>	<b>741</b>	<b>75</b>
Kara	Kozah	129	238235	47647	71471	233	30
	Doufelgou	126	83165	16633	24949	107	19
	Kéran	159	99479	19896	29844	93	12
	Bassar	151	126614	25323	37984	156	18
	Dankpen	154	138254	27651	41476	145	13
	Binah	73	74090	14818	22227	86	15
	Assoli	85	54457	10891	16337	61	9
<b>Total Kara</b>		<b>877</b>	<b>814293</b>	<b>162859</b>	<b>244288</b>	<b>881</b>	<b>116</b>
Centrale	Tchaoudjo	288	201066	40213	60320	213	32
	Tchamba	155	139260	27852	41778	149	17
	Sotouboua	178	167551	33510	50265	211	20
	Blitta	142	145588	29118	43676	188	20
<b>Total Centrale</b>		<b>763</b>	<b>653464</b>	<b>130693</b>	<b>196039</b>	<b>761</b>	<b>89</b>
Plateaux	Ogou	643	339913	67983	101974	289	25
	Kloto	255	227314	45463	68194	290	30
	Danyi	76	40974	8195	12292	73	12
	Est-Mono	187	128805	25761	38642	126	17
	Haho	353	262093	52419	78628	169	19
	Moyen-Mono	93	81738	16348	24521	85	6
	Wawa	272	172621	34524	51786	265	30
	Agou	135	89780	17956	26934	129	27
	Amou	173	111145	22229	33344	169	21
<b>Total Plateaux</b>		<b>2187</b>	<b>1454384</b>	<b>290876,77</b>	<b>436315,15</b>	<b>1595</b>	<b>187</b>
Maritime	Zio	326	312181	62436	93654	356	30
	Avé	257	103465	20693	31040	134	17
	Yoto	142	175135	35027	52541	150	20
	Lacs	350	182065	36413	54619	286	35
	Vo	451	316140	63228	94842	260	27
	Golfe	163	775063	155013	232519	994	16
<b>Total Maritime</b>		<b>1689</b>	<b>1864050</b>	<b>372810</b>	<b>559215</b>	<b>2180</b>	<b>145</b>
<b>Total général</b>		<b>6510</b>	<b>5 662 127</b>	<b>1132425</b>	<b>1698638</b>	<b>6158</b>	<b>612</b>

### 2.1.3.2 Structure communautaire

#### 2.1.3.2.1 Regroupement de la population

La population est organisée en familles autour d'un chef de famille. Chaque famille appartient à un quartier ; plusieurs quartiers forment un village. Les villages partageant les mêmes us et

coutumes sont regroupés en canton. Plusieurs cantons forment la préfecture et les préfectures les régions. La population est en majorité rurale et sédentaire. Cependant on note un exode rural relativement important de la population jeune.

Le Chef canton supervise les chefs de village et est lui-même sous la supervision du préfet qui dépend du ministère de l'administration territoriale. Les chefs des Comités Villageois pour le Développement aident le chef de village dans les activités de promotion et de développement

#### 2.1.3.2.2 Principaux groupes ethniques

Il y'a plus de quarante dialectes parlés au Togo mais l'éwé et le kabyè sont les deux principales langues nationales. Les religions dominantes sont l'animisme, le christianisme et l'islam.

### 2.1.4 Caractéristiques géographiques et hydrographiques

Le pays jouit de trois écosystèmes distincts du sud vers le nord. Le premier écosystème est assez pauvre, sablonneux mais bien couvert avec des précipitations moyennes de 1.000 mm d'eau par an. Puis survient le plateau central au climat de type soudanien assez boisé avec une pluviométrie d'environ de 1.200 à 1.300 mm d'eau. Une zone de savane s'étend plus au nord et nord-ouest ; elle reçoit cependant 1.000 mm d'eau par an.

Le réseau hydrographique est dense mais le régime des cours d'eau à l'instar de la pluie est très irrégulier. En dehors des cours d'eau principaux qui sont pérennes, la majorité des cours d'eau sont saisonniers. On assiste en saison sèche, à la transformation de nombreuses rivières en marigot si elles ne sont pas asséchées. Par ailleurs, une partie des écoulements s'accumule de façon naturelle en source d'eau stagnante dans les bas-fonds (étang, marais ou marécage) et dans les lagunes. Une autre partie est retenue artificiellement par des retenues collinaires et donc peut constituer des zones propices à la propagation de la dracunculose, schistosomiasis et l'ulcère de Buruli en milieu rural. Le Togo est parcouru par plusieurs cours d'eau dont les principaux sont : Mono, Kara, Oti. Autour de ces cours d'eau se retrouvent souvent des poches d'onchocercose. La principale activité de ces populations riveraines est l'agriculture.

En plus de ces facteurs géographiques s'ajoutent des problèmes liés à l'approvisionnement en eau potable.

### 2.1.5 Situation de l'approvisionnement en eau potable

En matière d'approvisionnement en eau potable, on distingue trois zones d'intervention : le milieu rural, le milieu semi urbain et le milieu urbain. Quel que soit le milieu considéré, la situation d'approvisionnement en eau potable est préoccupante à l'échelle du pays.

L'eau potable est un préalable à la bonne santé alors que l'eau non potable est un vecteur important de maladies telles que le trachome, le choléra, la fièvre typhoïde et les schistosomiasis. L'eau de boisson peut être contaminée également par des produits chimiques, des matières physiques et radiologiques qui ont des effets néfastes sur la santé humaine. Selon les données de MICS2 et de MICS3, les ménages togolais qui utilisent de l'eau potable salubre

est passé de 53% en 2000 à 57,1% en 2006 (dont 88% en milieu urbain et 40% en milieu rural).

La meilleure situation dans le pays en matière d'approvisionnement en eau se vit dans la capitale Lomé (92%), suivie de la Région de la Kara (62%), Centrale (61%), Savanes (50%) et Plateaux (41%). Si la couverture s'est améliorée pour l'ensemble de ces régions, cela n'est pas le cas pour la région Maritime où de 2000 à 2006, la proportion de ménages utilisant l'eau potable est demeurée stable à 49%.

Le déficit d'équipement en infrastructures d'eau potable, tant en milieu rural qu'en milieu urbain, est considérable. Cette situation expose une grande partie de la population aux risques de maladies d'origine hydrique. De même, le temps consacré à la corvée d'eau est important surtout pour la population féminine. Cela constitue l'un des principaux facteurs du faible taux de scolarisation des filles et de la faible participation des femmes aux activités génératrices de revenus.

### **2.1.6 Hygiène et assainissement**

Selon les données de l'enquête QUIBB 2006, près de la moitié (47,9% dont 64,6% en milieu rural et 19,4% en milieu urbain) des ménages ne possèdent pas de toilette chez eux. Seulement 21,8% possèdent des latrines couvertes et 11,2% des latrines non couvertes. Selon la même enquête, les eaux usées sont évacuées directement dans la nature (69,3%).

L'élimination inadéquate des excréments humains, des ordures ménagères et l'insuffisance d'hygiène personnelle sont les causes d'une gamme de maladies, notamment les maladies diarrhéiques, les géohelminthiases, le trachome, la poliomyélite, etc.....

### **2.1.7 Indicateurs socio économiques**

La situation économique du Togo est caractérisée depuis 1980 par une faible performance économique dont l'une des manifestations est le faible niveau de l'Indice de développement humain (IDH). L'IDH de l'Afrique subsaharienne est passé de 0,365 en 1980 à 0,463 en 2011, plaçant le Togo en-dessous de la moyenne régionale.

Sur l'ensemble de la période, la croissance du PIB par tête s'est considérablement ralentie dans les années 1970, puis elle est restée négative jusqu'au milieu des années 2000. En 2009, la croissance économique n'a été que de 2,5% contre 4% selon les prévisions. Cela s'est traduit par la baisse des prix sur les marchés internationaux des produits d'exportation, la flambée des prix des denrées alimentaires et du carburant. Cette situation a entraîné la réduction de la production agricole et des difficultés de réhabilitation et d'extension des infrastructures de transport. La faiblesse du taux de croissance économique au Togo explique le niveau de la pauvreté et de la misère de la population : 69,9% de la population est pauvre et parmi elle 57,6 % est extrêmement pauvre. Cette situation facilite la haute prévalence des maladies liées à la pauvreté telles que les Maladies tropicales négligées.

La plupart des Maladies tropicales négligées provoquent des incapacités graves définitives. Pourtant, ces maladies sont évitables. Ces maladies ont des conséquences pour les personnes

touchées, les familles et les communautés dans leur ensemble en termes de morbidité, de qualité de vie, de perte de productivité et d'aggravation de la pauvreté.

La dracunculose et la schistosomiase ont de graves conséquences sur la fréquentation scolaire. On associe aux schistosomiasis et aux helminthiases transmises par le sol des retards de croissance et du développement cognitif. A cause de leur prévalence en zone rurale, les cas de cécité dus à l'onchocercose et au trachome peuvent finir par remettre en question la sécurité alimentaire et entraîner des modifications spectaculaires de l'utilisation des sols.

Cependant, le Gouvernement a mené au cours des dernières années d'importantes réformes pour relancer l'économie et réduire la pauvreté, mais il reste encore de nombreux défis institutionnels et économiques à relever selon les analyses de la Banque Mondiale (voir <http://donnees.banquemondiale.org/indicateur>). La situation des principales bases économiques du pays et leur contribution proportionnelle au Produit intérieur brut (PIB) se trouve en annexe 8.

Le tableau ci-dessous résume les différents indicateurs de l'Indice de développement humain.

Tableau III : Indicateurs de l'Indice de développement humain

N°	Indicateurs	Valeurs
1	Dépenses en santé (% du PIB)	1.5
2	Taux de mortalité chez les moins de cinq ans (pour 1 000 naissances vivantes)	98
3	Espérance de vie à la naissance (en années)	57.1
4	Dépenses en éducation (% du PIB)	4.6
5	Taux d'alphabétisation des adultes (en % d'âges de 15 ans et plus)	56.9
6	Taux brut de scolarisation (%)	56.7
7	PIB par habitant (\$ constants de 2005)	772
8	Revenu national brut (RNB) par habitant (\$ constants de 2005)	798
9	Population vivant sous le seuil de pauvreté (%)	38.7
10	Taux de mortalité maternelle (pour 100 000 naissances vivantes)	350
11	Population urbaine (%) (en % de la population)	44.1
12	Indice de Développement Humain(IDH) ajusté aux inégalités	0.289

Source : Document Complet de Stratégie de Réduction de la Pauvreté 2009-2011

### 2.1.8 Transports et communication

Le réseau routier est essentiellement terrestre. Tous les chefs-lieux sont accessibles par routes bitumées. Cependant à cause des pistes rurales, bon nombre d'USP sont encore difficiles d'accès, surtout en périodes de pluie.

L'existence de port autonome facilite les transactions : le Ministère de la Santé et la plupart des grossistes répartiteurs font venir les produits par le port. Ce mode de transport est moins onéreux par rapport au transport aérien. L'existence d'un service de transit au niveau du département de la santé permet de récupérer les produits, notamment les médicaments dans des délais raisonnables

Le réseau téléphonique (fixe et mobile) rend la communication possible jusque dans les zones les plus reculées.

Dans le domaine de la communication, on note l'existence de médias publics et privés (presse écrite, radio, TV ; radios rurales presse, radio FM au niveau des districts)

Des contrats de prestations de services sont signés par les districts sanitaires avec les radios communautaires et privées pour des spots publicitaires et la mobilisation sociale lors des traitements de masse des MTN. Des plages horaires sont accordées périodiquement par les radios communautaires aux formations sanitaires pour les causeries/débats sur les MTN et autres maladies ciblées.

Le tableau des distances, entre la capitale Lomé et les principales villes ainsi que les principales villes entre elles, se trouve en annexe 7.

## **2.2 Analyse de la situation du système de santé**

### **2.2.1 Objectifs et priorités du système de santé**

L'objectif général que s'assigne le Togo est de contribuer à l'amélioration de la santé de la population, en vue de l'atteinte des OMD liés au secteur santé.

La mise en œuvre du PNDS 2012-2015 permettra de matérialiser le droit à la santé pour tous dans la mesure des ressources disponibles. Il facilitera notamment l'accès aux soins de la grande majorité de la population, y compris des groupes sociaux les plus vulnérables et les plus démunis selon l'approche Soins de santé primaires (SSP).

### **2.2.2 Organisation du système de santé :**

Le système de santé du Togo est organisé en une pyramide sanitaire à trois niveaux : périphérique, intermédiaire, central (Politique nationale de santé de 1998)

- La base de la pyramide représente le **niveau périphérique ou opérationnel ou local.**

Ce niveau correspond aux districts sanitaires, chacun d'eux subdivisé en trois échelons à savoir : (i) famille/communautaire où existent parfois des cases de santé et des ASC, (ii) les USP à partir desquelles sont menées des activités de proximité en stratégie fixe et vers les populations (stratégies avancées), (iii) l'hôpital de référence de district où sont pris en charge les soins cliniques en établissement. Il existe actuellement 40 districts sanitaires.

- Le milieu de la pyramide représente le **niveau intermédiaire ou régional.** Il correspond aux 6 régions sanitaires et est chargé de l'appui et du suivi/évaluation du niveau opérationnel à la mise en œuvre de la politique de santé et des directives nationales. Il

comporte également les 6 CHR et les structures spécialisées (CRTS, CRAO) qui assurent les soins de santé secondaires.

– Le sommet de la pyramide représente le **niveau central ou national** et ses services techniques. Il est chargé de la définition et du suivi de la mise en œuvre des grandes orientations de la politique sanitaire du pays. Il comprend 3 CHU, 1 laboratoire national de référence (INH), 1 CNTS, 1 CNA0 et 1 hôpital psychiatrique.

Cette organisation est soutenue à différents niveaux par le secteur privé (cliniques, cabinets médicaux, officines, pharmacies, etc.) Il y a de plus en plus une collaboration agissante entre médecine conventionnelle et médecine traditionnelle avec la mise en place du Service national de la médecine traditionnelle.

### **2.2.3 Ressources Humaines**

L'effectif du personnel du secteur de la santé est passé de 6 934 en 2004 à 12 693 agents en 2010 soit un accroissement moyen de l'ordre de 11,8% chaque année pendant cette période. Cependant cette augmentation demeure insuffisante et le système de santé du Togo fait face à une pénurie grave de ressources humaines.

Les principaux ratios (personnel de santé/ population en 2007) se présentent comme suit :

- 1 médecin pour 11.171 hts contre 1 pour 10.000 hts selon l'OMS
- 1 infirmier d'Etat pour 6.135 hts contre 1 pour 4.000 selon l'OMS
- 1 sage femme pour 13.710 hts contre 1 pour 4.000 selon l'OMS

S'agissant de la répartition en fonction du statut des établissements de santé, en 2010, sur les 12 693 agents de santé recensés au plan national, 79% provenaient des établissements publics, 14% du secteur privé lucratif et environ 7% du secteur privé confessionnel.

L'analyse des effectifs par catégorie et par région révèle une caractéristique des ressources humaines de la santé marquée par : (i) une concentration du personnel de santé dans la région sanitaire de Lomé Commune au détriment des zones rurales (en 2010, Lomé comptait 33,7% du total de personnel de santé avec près de 70% des médecins, 37% d'infirmiers et 45% des sages-femmes); (ii) une pénurie persistante de personnel de santé qualifié ; 17% de l'effectif du personnel du secteur de la santé sont constitués de personnel de soins sans qualification professionnelle; ceux-ci représentent plus du tiers (38%) des principaux prestataires de soins.

La situation actuelle en termes de structures sanitaires disponibles au Togo se présente comme suit :

- 460 Unités de soins périphériques de type I
- 53 Unités de soins périphériques de type II
- 22 Hôpitaux de district de type I
- 13 Hôpitaux de district de type II
- 6 Hôpitaux de région
- 3 Centres hospitaliers universitaires

- 1 Hôpital psychiatrique
- 2 Centres (1 national, 1 régional) de transfusion sanguine et 6 postes de collecte et de distribution des produits sanguins ;
- 3 Centres (1 national et 2 régionaux) d'appareillage orthopédique ;
- 

NB : entre 35 et 40% des USP de type I sont tenues par des infirmiers auxiliaires ou permanents alors que le document de normes prévoit un infirmier diplômé d'Etat. Cette situation va influencer la projection de recrutement du personnel infirmier d'Etat.

Tableau IV : Effectifs des personnels de santé par catégorie professionnelle en 2009 et 2010 au Togo

Catégories d'occupation professionnelle de santé	2009		2010	
	Effectif	%	Effectif	%
Médecin généraliste	301	2,4%	298	2,3%
Médecin spécialiste	310	2,4%	306	2,4%
Infirmier Diplômé D'Etat	1 532	12,0%	1 532	12,1%
Infirmier Auxiliaire	666	5,2%	663	5,2%
Aide-soignant/infirmier permanent	1 347	10,6%	1 336	10,5%
Sages femme	481	3,8%	482	3,8%
Accoucheuse auxiliaire	438	3,4%	432	3,4%
Accoucheuse permanente	758	5,9%	752	5,9%
Dentiste/Technicien dentaire	25	0,2%	25	0,2%
Pharmacien	166	1,3%	166	1,3%
Laborantin diplômé	108	0,8%	107	0,8%
Techniciens de Laboratoire	116	0,9%	114	0,9%
Assistant de Laboratoire	411	3,2%	403	3,2%
Technicien de radiographie	67	0,5%	65	0,5%
Physiothérapeute	202	1,6%	202	1,6%
Autres Techniciens et Catégories sanitaires	328	2,6%	330	2,6%
Personnel de salubrité/ santé publique	358	2,8%	359	2,8%
Staff de gestion de santé	4 191	32,8%	4 162	32,8%
Autres	959	7,5%	959	7,6%
<b>TOTAL</b>	<b>12 764</b>	<b>100%</b>	<b>12 693</b>	<b>100%</b>

Source : Ministère de la santé, Division de l'Administration et des ressources humaines

#### **2.2.4 Information sanitaire**

Le Togo dispose d'un système d'information sanitaire dont les performances sont en deçà des attentes des différents acteurs. La qualité des données et leur disponibilité permanente aux différents niveaux restent à améliorer. Il comprend les sous-systèmes suivants :

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

Le système national d'information sanitaire ne prend pas en compte suffisamment les données du secteur privé. La mise en place d'outils de collecte des données adaptées aux besoins des différents acteurs, le processus de collecte des données ainsi que leur analyse systématique à chaque niveau pour une prise de décisions éclairées restent à améliorer. Il en est de même pour l'archivage, la diffusion voire la publication des informations sanitaires en faisant davantage appel aux nouvelles technologies de la communication.

#### **2.2.5 Produits médicaux**

Il existe au niveau national, une centrale d'achat de médicaments essentiels et génériques (CAMEG-TOGO) chargée d'assurer l'approvisionnement des formations sanitaires en médicaments essentiels. Mise en place depuis le 20 septembre 1996 avec l'appui des partenaires, elle dispose de ramifications régionales relativement fonctionnelles, ce qui facilite la distribution et la disponibilité en médicaments essentiels et génériques. La liste nationale des médicaments essentiels est régulièrement mise à jour avec l'appui de l'OMS.

Aujourd'hui, les principaux programmes gérant les médicaments et/ou autres dispositifs médicaux que sont le PNLS, le PNLN, le PNLT, la DSF, la DEPI, etc. ainsi que certains partenaires internationaux ont malheureusement des systèmes d'approvisionnement et de distribution qui leur sont propres. Quand il leur arrive de passer par la CAMEG-Togo pour l'acquisition de leurs produits pharmaceutiques (selon la source de financement), il se pose alors parfois le problème de frais de fonctionnement à verser à la CAMEG pour lui permettre de gérer lesdits produits.

La disponibilité des produits médicaux de qualité est une préoccupation permanente dans le système de santé au TOGO.

A cet effet, une liste nationale des médicaments essentiels (LNME) est établie et périodiquement mise à jour (dernière version actualisée en 2008), permettant de couvrir 80% des affections courantes. L'établissement ou la mise à jour de cette LNME est souvent rendue difficile en l'absence de standardisation des protocoles thérapeutiques..

Les autorisations de mises sur le marché des médicaments sont délivrées par la DPML après études de dossier du médicament candidat incluant son prix. Les programmes expriment leur besoins en médicaments et consommables aux partenaires. Ces derniers assurent leur achat et transport jusqu'à Lomé. Après réception par les programmes, ils procèdent à la répartition pour les régions en fonction de leurs besoins. Les régions desservent les districts qui à leur tour les USP selon leurs besoins.

### **2.2.6 Financement de la santé**

Le Budget de l'Etat alloué au secteur de la santé, après une période de progression passant de 9,4 milliards (6,3% du budget de l'Etat) à 13,6 milliards (8,8%) entre 1995 et 1999, a connu une stagnation, voire une baisse passant de 5,7 % du budget national en 2002 à 4,1% en 2004 puis une hausse allant à 7,6% en 2006.

Les ménages participent au financement de la santé à travers le recouvrement des coûts dans les formations sanitaires (initiative de Bamako).

Certaines collectivités locales (mairies ou préfectures) participent au financement des services de santé par le paiement des salaires de certaines catégories de personnels appelés agents de santé de préfecture.

En dehors de l'Etat, de ses démembrements et des ménages, les partenaires apportent leurs contributions pour le financement de la santé. Ainsi en 2007, les partenaires ont contribué pour 35% du financement total de la santé.

Plusieurs partenaires au développement participent aux interventions et au financement du secteur de la santé. On distingue les partenaires du système des Nations Unies et les partenaires bilatéraux et multilatéraux.

Les dépenses courantes sont constituées des dépenses de personnel (en moyenne 33% par an des dépenses courantes), des dépenses de matériel (en moyenne 19% par an) et des subventions et transferts directs aux hôpitaux autonomes (24% par an) dont une partie importante sert à payer le personnel. Comme on peut le noter, les dépenses de personnel ont toujours représenté un poids important dans les dépenses courantes. Malgré cette part importante des dépenses de personnel dans les dépenses courantes, il y a un important déficit de personnel comme relevé dans le pilier « Ressources Humaines ». Cette situation est un élément probant de l'insuffisance globale des ressources allouées au secteur.

Le crédit d'investissement sur ressources internes représente en moyenne 13% du budget de la santé sur les douze dernières années. Il est en progression après avoir connu un déclin brutal entre 2000 et 2005. L'essentiel des dépenses en capital concerne la construction et la rénovation des infrastructures.

**Les sources externes de financement** sont constituées par les prêts, subventions et dons en nature obtenus auprès des partenaires au développement.

Partant des constats de faiblesses du financement public du secteur, il a été recommandé à l'Etat d'accroître le niveau d'allocation de ressources internes au Ministère de la santé pour passer de 6% à 15%, et de porter les dépenses d'investissement à des proportions d'au moins 25% du budget de la santé, chaque année.

Depuis 2008, les dépenses de santé financées sur ressources externes connaissent une véritable hausse. Elles ont plus que doublé entre 2008 et 2009. Cet accroissement significatif du financement extérieur doit être mis au crédit de la reprise de la coopération avec les bailleurs amorcé depuis 2007 suite à la décrispation politique et à l'adoption du DSRP intérimaire qui a permis une mobilisation plus accrue de ressources. Cette reprise de la coopération a permis

l'amélioration du financement des activités des MTN telles que la réalisation de la cartographie des schistosomiasés, des géohelminthiases et du trachome en 2009, la campagne de traitement de masse en 2010. Les subventions proviennent surtout des agences SNU (Unicef, PNUD, OMS, RTI et UNFPA pour l'essentiel), du Fonds mondial, de l'Alliance GAVI, de la coopération multilatérale (AFD, Chine), des ONG nationales et internationales. (Croix Rouge, ROTARY CLUB, Plan Togo pour l'essentiel), de la coopération décentralisée. Les prêts arrivent essentiellement de la BIDC, de la BID, etc. A l'instar des autres programmes, une ligne budgétaire a été accordée pour les activités des MTN en 2010 ; mais elle est insuffisante pour couvrir toutes les dépenses liées à la prise en charge des MTN.

Tableau V : Exemples de montant alloués par les partenaires entre 2006 et 2009

Année	Montant (en million de FCFA)
2006	8 508
2007	7 586
2008	14 599
2009*	31 993

Source ; Ministère de la Santé, Direction des Affaires Communes

## **2.2.7 Leadership et gouvernance**

### **2.2.7.1 Organigramme du ministère de la santé.**

L'organisation actuelle du système national de santé découle du décret n° 2012-006PR du 7 mars 2012 portant organisation des départements ministériels et de l'arrêté n° 0021/2013/MS/CAB/SG du 27 février 2013 portant organisation des services du ministère de la Santé (voir figure 2 ci-dessous)

Le comité intersectoriel regroupant les acteurs du Ministère de la Santé et des autres ministères concernés par la lutte dont le Ministère de l'enseignement primaire et secondaire, le Ministère de l'environnement, a été mis en place quant à lui par arrêté ministériel n° 0271/2009/MS/DGS du 28 décembre 2009 (voir figure 3 ci-dessous).

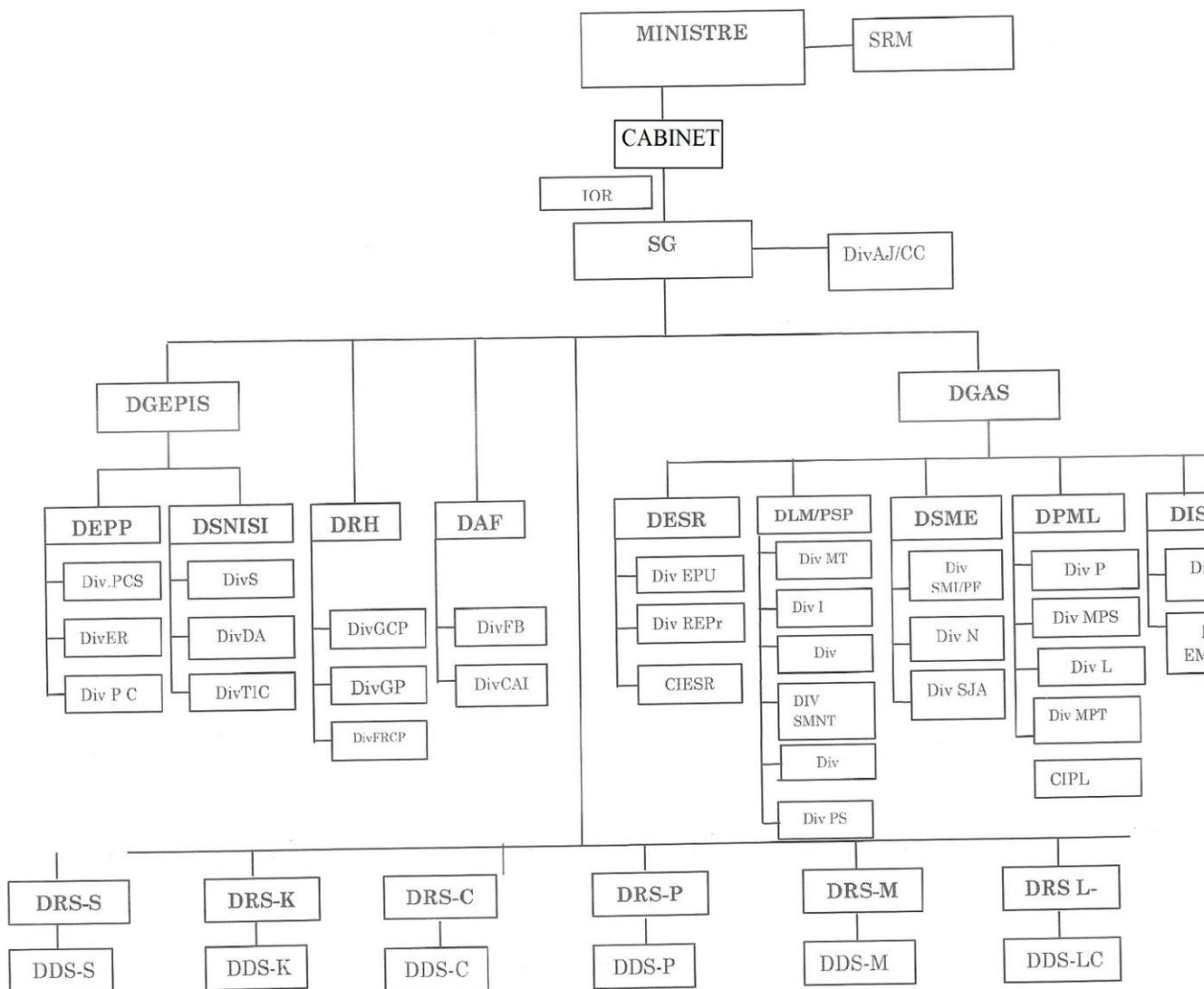


Figure 2 : Organigramme du MSPS

La lutte contre les maladies tropicales négligées qui est prise en compte dans le PNDS du Togo, dispose d'un cadre institutionnel bien défini. La coordination de la lutte est logée au niveau de la Division de la santé communautaire et des personnes âgées qui est une émanation de la Direction générale de l'action sanitaire qui couvre tous les programmes de santé. Le responsable de cette division est en même temps le Point Focal du programme MTN au Togo. Le Point Focal MTN est chargé de coordonner le programme d'intégration des activités à base communautaire des Maladies tropicales négligées.

### 2.2.7.2 Coordination du programme national de lutte intégrée contre les MTN

Selon les directives de l'OMS, l'organisation du programme de la lutte intégrée contre les MTN au niveau national se présente comme l'indique le shama ci-dessous :

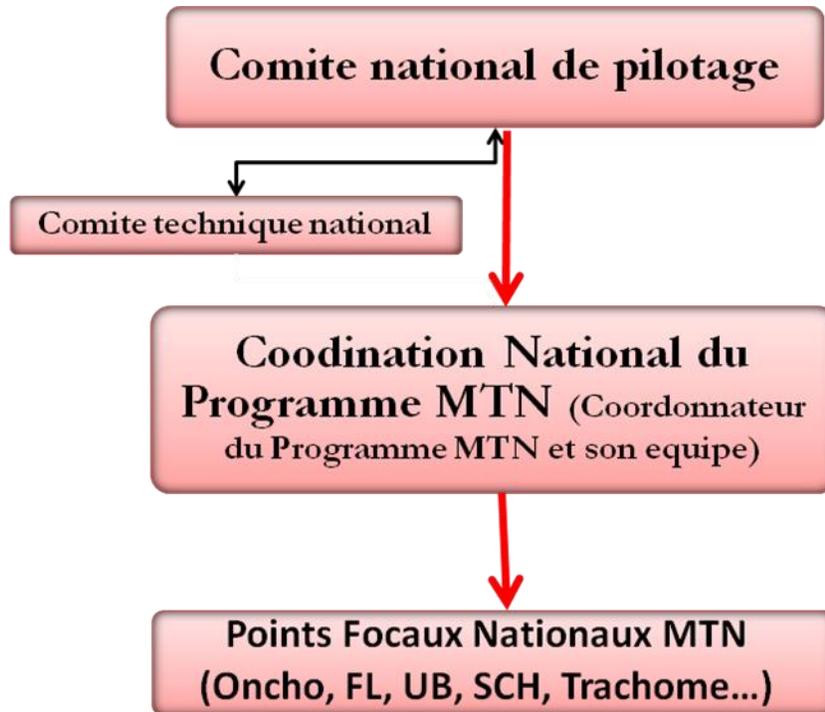


Figure ;; : **MECANISME DE COORDINATION DE LA LUTTE CONTRE LES MTN AU NIVEAU NATIONAL**

- Le comité de pilotage constitue l'organe de contrôle de la mise en œuvre des interventions et des performances du programme. Il est chargé d'étudier les rapports d'activités et de la recherche opérationnelle et de faire des recommandations pour les réorientations des interventions en cas de besoin. En outre, il est chargé de faire le plaidoyer de mobilisation des ressources.

- Le Coordonnateur du programme national de lutte intégrée contre les MTN au Togo est chargé entre autres de :

- Coordonner la mise en œuvre des différentes interventions inscrites dans le plan directeur national de la lutte intégrée contre les MTN ;
- Renforcer les mécanismes de coordination pour la lutte contre les différentes MTN aux niveaux national et local (onchocercose, ulcère de Burili, filariose lymphatique, schistosomiase, géohelminthiases, lèpre, trachome, noma, THA...) ;
- Renforcer et améliorer les partenariats pour les MTN à tous les niveaux ;
- Améliorer la performance des revues du programme MTN et les utiliser pour la prise de décision ;
- Organiser les activités de planification, de budgétisation, de gestion des ressources (humaines, financières et matérielles) du programme et prépare les rapports annuels.

- Les Points Focaux Nationaux de lutte contre les différentes MTN (onchocercose, ulcère de Buruli, filariose lymphatique, schistosomiase, géohelminthiases, trypanosomiase humaine africaine, lèpre, trachome, noma, dracunculose...) travaillent en étroite collaboration avec le Coordonnateur du programme national de lutte intégrée contre les MTN. Ils participent aux activités de coordination, de planification, de monitoring intégré et aux revues annuelles de performance du programme.

Tableau VI : Collaboration intersectorielle

Institutions	Rôle
Economie et Finances :	Allocation de ressources
Ministère des Affaires sociales :	Mobilisation communautaire, IEC
Ministère de l'eau et de l'Assainissement :	Approvisionnement en eau potable, Réalisation des infrastructures d'assainissement
Ministère de la Décentralisation, Administration territoriale et Collectivités locales :	Mobilisation des représentants locaux du pouvoir central...
Ministère de l'Enseignement supérieur et Recherche/	Monitoring, cartographie, recherche opérationnelle, suivi/évaluation
Ministère enseignements primaire, secondaire, préscolaire, alphabétisation	Education, Formation de base
Ministère de la Communication Ministère des Postes et Télécommunications:	Information de masse, couverture médiatique
Ministère des Transports	Transport
Ministère de l'Environnement et des Ressources forestières	Gestion rationnelle des déchets Etude d'impact sur l'environnement des projets de développement. Gestion des eaux et forêts
Ministère de la défense (Services de santé des Forces Armées)	Défense de l'intégrité territoriale, Sécurité
Ministère de l'Agriculture, de l'Elevage et de	Promouvoir l'agriculture, l'élevage et assurer

Figure 3 : Mécanisme de coordination du programme national de la lutte intégrée contre les MTN

## 2.3 Analyse de la situation des MTN

Plus de 12 maladies sont classées par l'Organisation mondiale de la santé (OMS)<sup>2</sup> dans la catégorie des MTN parmi lesquels le Togo a choisi en fonction de l'épidémiologie locale 10 qui sont prioritaires : la filariose lymphatique, l'onchocercose, les géo helminthiases (ascaridiase, ankylostomiase, trichocéphalose), les schistosomiases, le trachome, le ver de guinée, l'ulcère de Buruli, le Noma, la lèpre, le pian et la trypanosomiase humaine africaine.

### 2.3.1 Programmes nationaux de lutte contre les MTN

Les interventions contre les MTN sont classées en deux catégories : les MTN à chimiothérapie préventive (CTP) et les MTN à prise en charge des cas (PCC).

#### 2.3.1.1 Interventions pour les MTN de CTP

Les programmes nationaux de lutte les MTN à CTP sont les suivants :

- Programme national de lutte contre l'Onchocercose (PNLO)

<sup>2</sup> Molyneux et al. 2005, PLoS Med 2(11): e336, 1064-70

- Programme national de lutte contre les Schistosomiases et les Géo helminthiases (PNLSG)
- Programme national d'élimination de la Filariose Lymphatique (PNEFL)
- Programme national de lutte contre le trachome (PNLT)

### **2.3.1.2 Interventions pour les MTN à prise en charge des cas**

Les programmes de lutte contre les MTN à prise en charge des cas sont :

- Programme national de lutte contre l'Ulçère de Buruli (PNLUB)
- Programme national de lutte contre le Noma (PNLN)
- Programme national d'éradication du Ver de Guinée (PNED)
- Programme national de lutte contre la trypanosomiase humaine africaine (PNLTHA)

Les informations sur les programmes se résument dans le tableau suivant :

Tableau VII : Informations sur les Programmes MTN à CTP

Programmes MTN	Date où le programme a commencé	Nbre total de districts visés	Couvert. Géographiquement	Nbre total de la population visée dans le district	Nbre total de la population couverte	Stratégie utilisée	Partenaires clés
PNLO	1988	28	100%	2 900 000	2 760 449	TIDC	Sight savers international APOC
PNLSG	1998	35	43%	4 405 875	4 405 875	TDM	HDI/RTI/USAID
PNEFL	2000	7	100%	1 300 000	1 075 635	TDM et PEC des cas	CDC Atlanta, IMA/USAID FMSTP, GSK, MDP, LFSC d'Atlanta et de Liverpool

Tableau VIII : Informations sur les programmes MTN à PCC

Programmes MTN	Date où le programme a commencé	Nbre total de districts visés	Couvert. Géographiquement	Nbre total de la population visée dans le district	Nbre total de la population couverte	Stratégie utilisée	Partenaires clés
PNLT	ND	ND	ND	ND	ND	ND	CBM, CR Suisse, HI
PNLUB	1999	35	100%	6 100 000	100%	IEC, PEC	DAHW, HI, OMS
PNLN	Oct 2006	35	100%	1 464 000	50%	IEC et PEC	Winds of Hope, OMS
PNED	1988	24	100%		100%	Surveillance AEP, IEC/CCC	Centre Carter, OMS, UNICEF
PNLTHA		2	100%			Surveillance sentinelle	OMS

## 2.3.2 Epidémiologie et poids des MTN

### 2.3.2.1 L'onchocercose

#### ○ Ampleur de la maladie

L'onchocercose ou cécité des rivières est une maladie parasitaire de la peau et des yeux transmise à l'homme par la piqûre infectante d'une petite mouche noire bossue appelée simulie. Elle a sévi au Togo comme dans les autres pays ouest-africains sous forme hyper et méso-endémique. La lutte contre cette maladie a débuté en 1974 au Togo.

Une évaluation menée en 1976 a révélé des prévalences allant jusqu'à 80 % et des taux de cécité entre 1 et 4 %. Les complications graves notamment les lésions oculaires et les pertes de la vue étaient fréquentes. Les conséquences socio-économiques étaient énormes avec l'abandon des terres fertiles, une baisse de productivité agricole, une augmentation de la pauvreté et une baisse de l'espérance de vie chez les populations touchées. Actuellement la prévalence est inférieure à 5% dans la plupart des districts.

#### ○ Répartition géographique

La maladie est endémique dans 32 districts du pays.

Au début on notait sur l'ensemble du pays (en tenant compte de division administrative actuelle :

Trois districts indemnes (Vo, Lacs et Golfe)

Six districts hypo-endémiques (prévalence entre 0% et 39%)

Cinq districts méso-endémiques (prévalence entre 40% et 59%)

Vingt et un districts hyper-endémiques (prévalence supérieure à 60%)

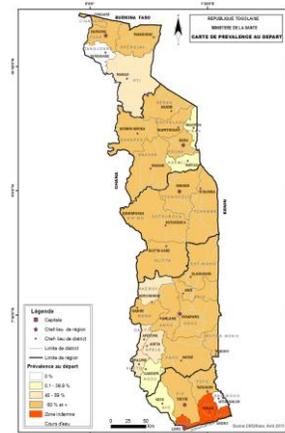


Figure : Situation de l'onchocercose au Togo au début en 1976

- Aujourd'hui la situation est la suivante :

Trois districts indemnes (Vo, Lacs et Golfe)

Six districts avec prévalence nulle (0%)

Vingt districts avec prévalence entre 0,1% et 4,9%

Six districts avec prévalence entre 5% et 26%

- La population exposée est estimée en 2014 à 4.314.277 personnes (population des zones endémiques).

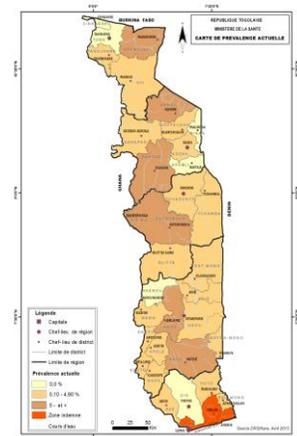


Figure : Situation de l'onchocercose au Togo au 31/12/2014

○ **Mise en œuvre du programme de lutte contre l'onchocercose**

Le programme nationale de lutte contre l'onchocercose est opérationnel depuis 1989 mais c'est en 1991 qu'un arrêté ministériel a mis en place l'Equipe Nationale d'Evaluation et de Traitement de l'onchocercose (ENET) par la nomination de ces membres.

Les ressources du PNLO sont aujourd'hui constituées de :

**Sur le plan humain**, il s'agit du personnel de santé dont :

- au niveau national un Coordonnateur, une équipe nationale d'évaluation et de traitement faite de techniciens épidémiologistes et entomologistes.
- Au niveau régional il ya les DRS appuyés des points focaux régionaux qui coordonnent les activités. A ce niveau il existe aussi les équipes régionales d'évaluation et de traitement et des techniciens entomologistes.
- Au niveau district les activités sont coordonnées par les DPS appuyés par les points focaux district.
- Au niveau des formations sanitaire la mise en œuvre est assurée par les responsables des formations sanitaires
- Le traitement est assuré dans la communauté par les ASC qui sont formés, guidés et supervisés par les responsables des formations sanitaires.

**Sur le plan logistique**, le PNLO dispose d'un véhicule pour le Coordonnateur (offert par l'OMS), un véhicule de terrain pour l'équipe de techniciens (offert par Sightsavers). Les reste de la logistique est faite des véhicules et motos mis à la disposition des services de santé à tous niveaux.

**Sur le plan financier**, le principal partenaire du PNLO est l'ONG Sightsavers. Depuis 2010 à travers la lutte intégrée contre les MTN, HDI et FHI360 appuient le programme sans oublier l'OMS qui a toujours accompagné le programme depuis sa création. Il faut aussi noter l'apport de l'Etat en termes de salaires aux agents de santé, de la logistique, de moyen de communication etc.

○ **Documents stratégiques disponibles**

- Le plan stratégique : Le PNLO élabore chaque cinq ans son plan stratégique dont est tiré annuellement le PAO pour la mise en œuvre des activités programmées. Actuellement il existe un plan quinquennal 2015-2019.
- Le document d'évaluation existe et permet au PNLO d'évaluer ce qui est fait sur le terrain.
- La base de données épidémiologiques et de traitement existe :

Les données épidémiologiques de 1976 à ce jour sont disponibles ainsi que les données de traitement de 1991 à ce jour. Quant aux données entomologiques, elles sont partiellement disponibles de 2003 à 2014.

○ **Interventions de lutte menées**

- La lutte anti-vectorielle

Elle s'est faite de 1974 à 2002 et a consisté à un épandage aérien de larvicide avec hélicoptère ou par traitement larvicide par pirogue motorisée ou enfin par traitement larvicide manuel au sol. L'objectif de cette stratégie est de réduire le nombre de simuliés en tuant leurs larves au stade aquatique permettant la coupure de la chaîne de transmission.

- Le traitement à l'Ivermectine

Le traitement a commencé en 1988 par le traitement mobile. C'est en 1998 que le TIDC a démarré dans tous les districts endémiques du pays.

○ **Suivi évaluation**

Il se fait après chaque tour de traitement en se basant sur les indicateurs définis dans le PAO.

○ **Partenariat local et international**

Le programme n'a pas de partenaire locaux. Mais des efforts pour la recherche des partenaires locaux est en train d'être fait.

Sur le plan international à part ceux cités plus haut le PNLO n'a plus d'autres partenaires.

○ **Contraintes/difficultés**

- Ressources financières limitées

- Insuffisance de motivation des DC

- Insuffisance et vétusté du matériel entomologique (loupes, tubes de capture et piluliers), épidémiologique (pinces, loupes, matériel de stérilisation) au niveau national

- Absence du matériel entomo-épidémiologique au niveau régional

- Vétusté du parc automobile

- La non synchronisation du TIDC avec les pays voisins : Ghana, Bénin malgré la mobilité des populations

○ **Leçons apprises :**

• **Ce qui a marché**

- La Traitement à l'Ivermectine sous Directive Communautaire introduit depuis 1998 a permis d'avoir de bonnes couvertures thérapeutiques et de réduire les prévalences ce qui a marché et pourquoi versus ce qui n'a pas marché et pourquoi.

- l'implication des autorités à tous les niveaux à travers la sensibilisation a permis d'avoir de bons résultats (prise de l'Ivermectine, acceptation de biopsie, etc).

- Le choix de la période de traitement est un facteur de réussite

- **Ce qui n'a pas marché**

- La motivation des ASC par la communauté
- le traitement synchronisé avec les pays voisins
- les réunions transfrontalières avec la Ghana

- **Gap et priorités**

Activités prévues	Niveau d'exécution
1- Former 46 nouveaux ICP en TIDC dans les districts: Bas-Mono, Kpélé, Akébou, Anié, Cincassé et Doufelgou	Seuls 34 ICP ont été formés (74%)
2- Former 1400 nouveaux DC dans 7 districts à prévalence supérieure à 5%	560 DC ont été formé dans 4 districts (40%)
3- Faire la supervision d'au moins 100 ICP et 14 PFD dans les districts à prévalence supérieure à 5%	30 ICP et 4 PFD ont été supervisé (30%)
4- Organiser des séances de sensibilisation dans 7 districts à prévalence supérieure à 5%	Des séances de sensibilisation ont été organisées dans deux districts (Keran, Haho) (29%)
5- Organiser les TDM/TIDC dans les 32 districts endémiques du Pays	<b>L'activité a été réalisée (100%)</b>
6- Faire une évaluation épidémiologique de 48 villages	<b>Les 48 villages ont été évalués (100%)</b>
7- Organiser la capture et la dissection sur 5 sites de surveillance entomologique	La capture et la dissection ont été organisées sur seulement 3 sites (60%)
8- Faire la capture en vrac d'au moins 6 000 simules par site sur 2 points de captures pour le Laboratoire d'ADN de Ouagadougou	3695 et 4820 simules ont été capturées sur deux sites (deux mois de capture au lieu de quatre) (80%, 62%)
9- Organiser la revue annuelle des activités réalisée en 2013	<b>La revue a été réalisée (100%)</b>
10- Organiser la réunion transfrontalière Bénin-Togo	<b>Elle a été réalisée au Bénin (100%)</b>
11- Organiser par région un atelier de collecte de données/informations pour l'élaboration du plan d'élimination de l'onchocercose 2015-2019	<b>L'activité a été réalisée (100%)</b>
12- Faire un plaidoyer pour la mobilisation des ressources auprès des partenaires (84.785. 003 f)	66.553.525 f ont été mobilisés grâce aux partenaires Sightsavers, PATH et Laboratoire Peter de Sokodé (78%)

**NB : Le gap est 18 232 478 Frs CFA**

– **Tous les domaines :**

Les activités de management/gestion du programme, mise en œuvre des interventions, suivi évaluation ne bénéficient d’aucun financement de l’Etat.

✓ **Priorités**

– **Actions prioritaires vu la situation actuelle et les gaps**

- Assainissement des poches résiduelles à prévalence supérieure à 5% (traitement assisté, supervision renforcée, intensification de la sensibilisation) ;
- Extension des villages à évaluer (sentinelles et nouveaux villages) ;
- Synchronisation du traitement avec les pays voisins ;
- Réunion transfrontalière (avec le Ghana et Burkina et le Bénin) ;
- Dotation des régions en kits d’évaluation entomologique et épidémiologique ;
- Recherche d’autres partenaires financiers et techniques

– **Tous les domaines :**

- Financement pour le fonctionnement et la mise en œuvre des interventions du programme ;
- Formation des membres de la coordination en management et suivi évaluation, en épidémiologie et en entomologie ;
- Mise en œuvre des interventions, suivi évaluation ;
- Motivation des ASC au deuxième tour de traitement à l’Ivermectine.



Figure 7: Districts endémiques de la filariose lymphatique (Source PNEFL)

Figure 4 : Districts endémiques de la filariose lymphatique ....

### 2.3.2.2 La filariose lymphatique

La filariose lymphatique, maladie parasitaire due à *Wuchereria bancrofti* a été endémique au Togo avec une population à risque estimée à 1,3 million de personnes : en effet, la cartographie de la maladie a été réalisée entre 1998 et 2000 et elle a montré qu’elle est endémique dans sept districts au Togo correspondant aujourd’hui à 8 districts à la suite du nouveau découpage administratif fait en 2012 : il s’agit des districts de Kpendjal, Cinkassé, Tone, Doufelgou, Binah, Kozah, Amou et Haho.

De nombreux cas d'hydrocèles et d'éléphantiasis ont été recensés aussi bien dans les districts endémiques mais également dans les autres districts mais comme la filariose est une maladie stigmatisante, le nombre de cas déclaré ne constitue que la partie visible de l'iceberg.

Le programme a été mis en place en 2000 et le traitement de masse (TDM) à l'Ivermectine et l'Albendazole, la stratégie de lutte proposée pour rompre la chaîne de transmission de la maladie,

a commencé en 2000 par un district. De 2000 à 2009, ce TMM a été conduit dans tous les districts et chacun des huit districts a bénéficié de 6 à 9 tours de TMM.

Eu égard à la performance des différents indicateurs de suivi (couverture géographique, couverture médicamenteuse annuelle, enquête de couverture médicamenteuse et évolution de la prévalence de la microfilarémie nocturne sur sites sentinelles et aléatoires) et d'évaluation (pré-TAS en 2009), le Togo a été le premier pays de l'Afrique subsaharienne ayant, en 2010, arrêté le TDM dans l'ensemble de ces districts endémiques.

Mise en œuvre du programme de la lutte contre la filariose lymphatique

Dès 2006, le Togo a mis en place une surveillance passive basée sur le réseau des laboratoires et celui des infirmiers des zones sans microscopie. Cette surveillance qui couvre aussi bien les 8 districts endémiques à la filariose que les 32 autres non endémiques, a pour objectif de rechercher les microfilaries de *W.b.* sur les lames de goutte épaisse réalisées dans le cadre du diagnostic biologique du paludisme entre 23 et 3H du matin et de rechercher au niveau des zones frontalières la présence du parasite par l'Og4C3.

Cette surveillance qui est actuellement poursuivie, a permis d'identifier 3 cas positifs de microfilarémie nocturne sur près de 25 000 personnes prélevées, cas qui se sont relevés des cas isolés et aucun cas confirmé sur les 11 positifs à l'Og4C3 des 4460 confettis sanguins réalisés.

Respectivement en 2012 et 2015, selon les recommandations de l'OMS, deux ans et 6 ans après l'arrêt du TMM, deux TAS ont conduits et un niveau bas de circulation du parasite a été noté puisque le nombre de cas positifs trouvés est très en deçà du seuil critique à ne pas dépasser.

Le Togo pour confirmer ces données de poursuivre les activités de surveillance en focalisant les actions sur les groupes migrants qui viennent régulièrement des pays frontaliers encore endémiques à la maladie et qui résident temporairement mais de façon récurrente dans certaines localités du Pays

L'évaluation entomologique des vecteurs transmetteurs est explorée en vue de confirmer les données obtenues lors des différentes TAS et de la surveillance passive

Le Togo met également l'accent sur l'utilisation des Moustiquaires Imprégnées d'Insecticide à Longue Durée d'Action (MILDA) distribuées par le programme de lutte contre le paludisme dans le cadre de la lutte anti-vectorielle intégrée à celle du paludisme

La gestion des cas de morbidité, deuxième stratégie de lutte pour éliminer la maladie, passe par la gestion des hydrocèles et des cas de lymphoedèmes. De 2007 à 2011, le Togo a mis en œuvre grâce au financement de l'USAID, un projet national de prise en charge des cas de lymphoedème basé sur l'auto-prise en charge à travers le washing, qui a couvert tous les 40 districts. En fin de projet Le rythme des activités a été ralenti mais entre 2012 et 2013, grâce à l'appui financier de « Health and Development International » (HDI), une mise à niveau des équipes-cadre des 40 districts et des responsables des 600 unités de soins périphériques a été faite avec la dotation en intrants pour la formation des malades à l'auto-prise en charge.

Les efforts doivent être poursuivis pour renforcer ces actions pour que la prise en charge des cas de lymphoedème rentre dans le paquet minimum d'activité des structures sanitaires

De 2004 à 2007 plusieurs campagnes d'hydrocélectomie ont été menées dans le pays avec l'appui de HDI. En 2011, avec l'appui d'une ONG nationale «AIMES- Afrique» et la participation financière de l'Etat Togolais, une dernière campagne a été organisée en 2011. Mais les besoins actuels en hydrocélectomie sont estimés à plus de 500 cas et les efforts doivent être fournis pour la prise en charge de ces cas recensés.

C'est ainsi qu'en 2015 avec le financement de « Bill and Melinda Gates », une recherche active des cas d'hydrocèles associés à ceux de trichiasis va être menée lors du TMM intégré en vue d'une planification pour leur prise en charge.

Le personnel de la coordination du programme est composé d'un médecin coordonnateur du programme, d'un assistant médical et d'un chauffeur. Le programme dispose d'un véhicule en fonction depuis 2004 mais n'a aucun budget de fonctionnement. Toutes les activités sont menées grâce à l'appui des partenaires dont HDI, USAID, IMAworld, CDC Atlanta, Liverpool School etc...

Actuellement le programme bénéficie de l'appui d'USAID, End Africa, FHI360 et HDI.

### **Gap-Priorités**

- Conduite une enquête entomologique pour faire le point de la transmission chez l'agent vecteur.
- Promouvoir l'utilisation des MILDA dans les districts précédemment endémiques
- Rechercher et évaluer les hotspots que constituent les groupes des migrants sur le territoire

- Prévoir une enquête TAS additionnelle en 2018 avec les nouveaux outils (WB123) à l'arrêt du TMM de l'onchocercose et des géohelminthiases
- Faire des activités de recherche opérationnelle pour développer des stratégies innovantes pour maintenir une forme de surveillance sur le territoire en vue de traquer les éventuels cas autochtones ou importés de microfilariémie positive.
- Renforcer les activités de prise en charge des cas de lymphoedème au niveau des formations sanitaires (actualisation des connaissances des acteurs, supervisions, sensibilisation des ASC et communautés).
- Recenser et prendre en charge les cas d'hydrocèle.
- Octroyer un budget de fonctionnement au programme.

### 2.3.2.3 Schistosomias / géohelminthiases

#### Schistosomiase

La cartographie de la schistosomiase réalisée en 1997<sup>3</sup> en vue de démarrer le programme de contrôle de la schistosomiase au Togo a montré que la maladie est fortement prévalente dans tout le pays et qu'en dehors de Lomé, toute la population est soumise au risque.

Une nouvelle cartographie de la schistosomiase à l'échelle nationale (excepté dans la région de Lomé) a été effectuée en 2009. Cette cartographie a fourni des données sur la prévalence de la schistosomiase au niveau des USP. En raison de la nature focale de la schistosomiase, la décision a été prise de retenir l'USP comme unité de mise en œuvre, afin de cibler au mieux les personnes à risque et de minimiser le sur- ou le sous-traitement des personnes concernées. La cartographie de *S. mansonia* été réalisée dans la région de Lomé en 2013 et a montré une prévalence en dessous du seuil de traitement par TDM recommandé par l'OMS. L'objectif est de réduire la prévalence de *S. haematobium* et *S. mansoni* chez les enfants d'âge scolaire (SAC) à moins de 10% dans toutes les zones.



Figure 9 : Cartographie des schistosomias réalisée en 2009

Une évaluation de la schistosomiase est menée en 2015; les données de cette évaluation seront utilisées pour réorienter les stratégies de traitement pour la schistosomiase.

#### Mise en œuvre du programme Schistosomias

La lutte contre la schistosomiase repose sur le traitement de masse dans les zones endémiques, incluant le projet WASH. Les groupes ciblés sont les suivants :

- les enfants d'âge scolaire dans les zones d'endémie;
- les adultes exposés au risque dans les zones d'endémie

<sup>3</sup> Agbo et al. 1999 Médecine Tropicale, 59 (1): 51-54

Depuis 2010, le Togo organise le traitement de masse dans les cinq régions endémiques de la schistosomiase.

Tableau IX : Couverture thérapeutique nationale en Praziquantel par tranche d'âge en 2014

INTER VENTI ON	POPULATION RECENSEE				POPULATION TRAITEE				COUVERTURE (%)			
	5-14 ans		15 et plus		5-14 ans		15 et plus		5-14 ans		15 et plus	
	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F
<b>PZQ</b>	489057	484999	394681	786019	486083	480474	387770	747489	99,4	99,1	98,25	95,10

### Géohelminthiases (vers intestinaux)

Bien qu'aucune donnée de prévalence des géo helminthiase initiale n'existe, une campagne semi annuelle de distribution d'Albendazole couplée avec la supplémentation en vitamine A chez environ 1,6 million d'enfants de moins de 5 ans se fait depuis 2004 au Togo, et appuyée par l'UNICEF, dans le cadre du programme Survie et Développement de l'Enfant.

Comme pour la schistosomiase, la première cartographie des STH à l'échelle nationale (en dehors de Lomé) a été effectuée en 2009 et a permis une définition plus précise de la situation : 22 districts ont une prévalence comprises entre 20 et 49% et 4 ont une prévalence < 20%.

Ainsi, le TDM est lancé en 2010 en se conformant aux seuils de traitement recommandés par l'OMS. La cartographie des STH dans la région de Lomé a été réalisée en 2013 et a montré que la prévalence des STH était inférieure au seuil de traitement par TDM recommandé par l'OMS. L'objectif est de réduire la prévalence à moins de 20% dans toutes les zones.

Une évaluation des géohelminthiases est menée en 2015; les données de cette évaluation seront utilisées pour réorienter les stratégies de traitement pour les géohelminthiases.

### Mise en œuvre du programme Géohelminthiases

L'administration de l'Albendazole cible les enfants d'âge scolaire (5 à 14 ans) dans les zones endémiques

aux géo helminthiases.

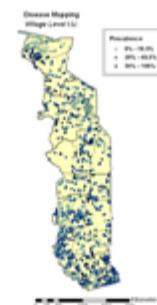


Figure 11 : Cartographie des géohelminthiases réalisée en 2009

Tableau X : Couverture thérapeutique nationale en Albendazole par tranche d'âge en 2014

Intervention	Nombre d'enfants recensés				Nombre d'enfants traités				Couvertures (%)			
	12-59 mois		5-14 ans		12-59 mois		5-14 ans		12-59 mois		5-14 ans	
	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F
ALB	49529	51303	109274	109029	49307	51093	108934	107221	100	100	100	98

### 2.3.2.4 Le Trachome

#### 1. Epidémiologie et poids des MTN du Trachome

Le trachome est une blépharo-conjonctivite infectieuse due à une bactérie appelée *Chlamydia trachomatis*. Cette infection oculaire va entraîner une rugosité caractéristique de la surface interne des paupières pouvant évoluer vers une malposition des cils qui frotter sur l'œil (trichiasis) et une déformation des paupières (entropion trichiasis) ce qui va être responsable des lésions cornéennes répétées pouvant aboutir au stade ultime à une opacification de la cornée. Son mode de transmission se fait principalement par le contact direct avec les écoulements oculaires ou nasals des sujets infectés ou par le contact avec divers objets porteurs d'agents infectieux (serviettes, gants de toilettes, matières fécales).

Le trachome est responsable actuellement d'approximativement 3% de la cécité mondiale. Dans le monde entier, il y a environ 8 millions de personnes irréversiblement déficientes visuelles à cause du trachome. Environ 84 millions de cas de trachome actif nécessitent un traitement pour prévenir la cécité à venir.

Au Togo, les enquêtes récentes (2009 et 2011) ont permis de mettre en évidence que le trachome n'est plus une endémie nationale mais qu'il existe des localités où la maladie pourraient être préoccupante. Dans une enquête nationale sur la cécité en 2014 au Togo, le trachome représentaient seulement 0,8% des causes chez les personnes âgées de 50 ans et plus. Il reste la cartographie de la maladie pour véritablement connaître son ampleur.

L'alliance pour l'élimination mondiale du trachome cécitant d'ici l'an 2020 (GET 2020) soutient et collabore avec l'OMS dans des activités, telles que les enquêtes épidémiologiques, l'appréciation rapide, l'exécution de projet, la coordination, la surveillance de la maladie, l'évaluation de projet et la mobilisation de ressources. Elle est ouverte à toutes les parties -

gouvernements, organismes internationaux et organisations non-gouvernementales - qui sont disposés et prêts à contribuer aux efforts internationaux<sup>4</sup>.

Des efforts internationaux pour éliminer le trachome cécitant sont basés sur la stratégie développée par l'OMS qui est une association d'interventions connues sous l'acronyme "CHANCE". Elle s'appuie sur la chirurgie de l'entropion-trichiasis (CH), l'antibiothérapie (A), le nettoyage du visage (N) et le changement de l'environnement (CE). Ces interventions ont pour cible la communauté et recherchent une participation de la communauté par l'approche des soins de santé primaires.

## **2. Le Programme national de Lutte contre la Cécité (PNLC)**

- ✓ Le Programme national de Lutte contre la Cécité est le programme de mis en œuvre des actions d'élimination du trachome au Togo.
- ✓ Ce programme est créé en 1988 et a permis en collaboration avec les partenaires en développement (OMS, CBM, Croix Rouge Suisse, Sightsavers) , de développer les ressources pour améliorer la santé oculaire de la population
- ✓ Il dispose actuellement un plan national stratégique vision 2020 axé sur :
  - Le renforcement des ressources
  - Le contrôle des maladies
  - Et la coordination des actions de la santé oculaire
- ✓ D'autres programmes et projets aussi ont intégré les actions de promotion de la santé oculaire.
- ✓ Les contraintes et difficultés du PNLC restent juxtaposables à celles des autres programmes par l'insuffisance qualitative et quantitative des ressources en santé oculaire, la non réglementation des activités des ONG et le manque de coordination des actions partenariales.
- ✓ Dans la lutte contre le trachome, la mise en œuvre reste les actions contenues dans le plan stratégique qui sont le traitement systématique de tout cas de trichiasis trachomateux et la sensibilisation de la population sur l'hygiène individuelle et collective dans un environnement assaini.
- ✓ Pour éliminer le trachome, il est important de développer une stratégie de ratissage systématique de TT dan les localités qui produisent les cas tout en mettant l'accent sur les autres volets de la stratégie CHANCE. Mais un appui des partenaires en développement est de mise pour atteindre le but final en 2020 qui est d'éliminer le trachome du Togo.

### **2.3.2.5 L'ulcère de Buruli**

Au Togo, l'ulcère de Buruli fait partie des maladies négligées telles que reconnues par l'OMS et constitue un problème majeur de santé publique dans nos communautés.

---

<sup>4</sup> <http://www.who.int/blindness/causes/trachoma/fr/>; OMS 2015 ; accessed August 20<sup>th</sup>, 2015

La lutte contre l'ulcère de Buruli a été formellement déclenchée au terme d'une conférence internationale organisée par l'OMS en 1998 à Yamoussoukro en Côte d'Ivoire et à laquelle le Togo a participé. Un programme national a été mis en place en 1999.

L'ulcère de Buruli constitue la troisième maladie mycobactérienne après la lèpre et la tuberculose chez le sujet immuno-compétent. On ne connaît pas réellement l'ampleur du problème ; cependant on sait que la maladie sévit dans 27 pays situés dans la ceinture intertropicale répartis sur quatre continents Amériques, Afrique, Asie, Océanie.

Le Nombre de cas cumulés d'Ulcère de Buruli de 1999 à Août 2009 est de 1771. Environ 80% de ces cas n'ont pu être ni validés ni confirmés, la confirmation des cas n'ayant commencé qu'en 2006.

- Distribution

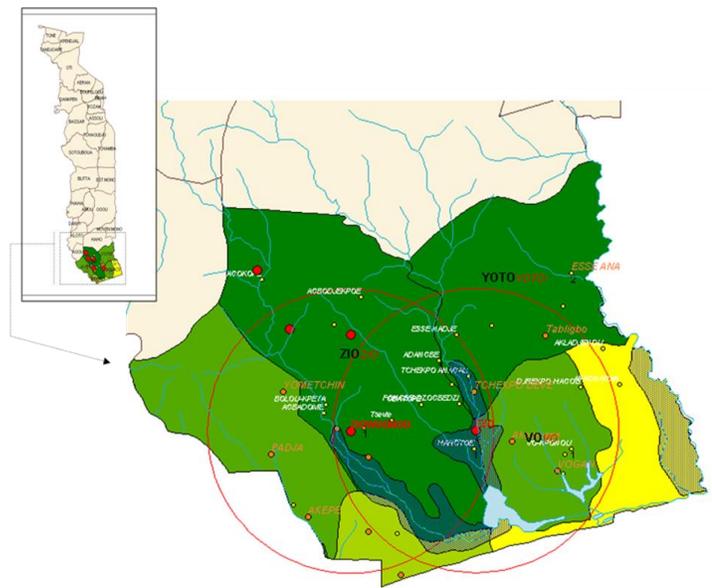


Figure 5 : Distribution des cas probables traités selon leurs provenances

### Commentaires sur la situation épidémiologique actuelle

La région maritime est la plus endémique car tous les cas confirmés proviennent de cette région.

- **Bilan**

- **Interventions menées et en cours**

Activités du niveau communautaire :

Les activités au niveau communautaire ont concerné en 2009 essentiellement le dépistage des cas, l'IEC et la surveillance à base communautaire sans oublier la mise en place du projet de Burulivac.

Formation

- ✓ 30 agents de santé communautaires ont été formés en une session ;
- ✓ 14 infirmiers chefs de postes ont été formés en deux sessions et
- ✓ contrôleurs lèpre-tuberculose-ulcère de Buruli ont été formés en une session ;

– **Interventions à mener :**

Le PNLUB, pour optimiser la lutte contre l’Ulcère de Buruli au Togo, ambitionne de :

- ✓ Réaliser la cartographie détaillée des cas d’UB;
- ✓ Renforcer la prise en charge décentralisée des cas;
- ✓ Former les relais communautaires et les prestataires de soins des autres régions endémiques au dépistage précoce et à la prise en charge des cas ;
- ✓ Sensibiliser les populations des autres régions endémiques sur l’Ulcère de Buruli.
- ✓ Se doter d’une ligne budgétaire sur les crédits de l’Etat

○ **Gap / Priorités**

Mobiliser les ressources humaine, matérielle et financière.

**2.3.2.6 Le noma**

○ **Distribution**

Le noma est mal connu aussi bien du personnel de santé que des populations togolaises. La maladie atteint les enfants entre 2 et 6 ans et semble cependant n’épargner aucune région.

La seule enquête disponible est une enquête rétrospective réalisée en 2008. Celle-ci montre que 54 cas ont été reçus dans les formations sanitaires entre 2000 et 2008 dont 14 cas sur le navire hôpital Mercy Ship Anasthasy ; 9 cas ont été opérés.

Ce chiffre est loin de refléter la réalité car plus de 80% des enfants atteints meurent sans avoir reçu le moindre soin et les survivants sont atrocement mutilés du visage. Ce qui fait d’eux des parias de la société.

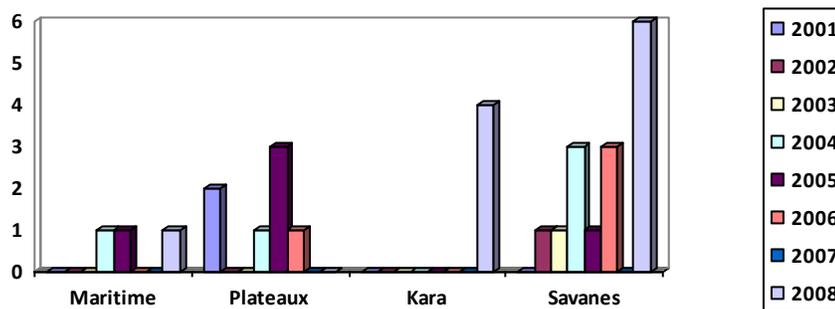


Figure 6 : Répartition des cas de Noma par année et par région

**Commentaires sur la situation épidémiologique actuelle**

Le Noma, mal connu de la population et du personnel de santé, est sous notifié. Il est actuellement difficile de déterminer l’ampleur du Noma au Togo à cause de la mortalité

très élevée qui lui est associée et des difficultés de diagnostic précoce liées aux tabous sociaux qui amènent les familles à avoir plutôt recours aux tradithérapeutes pour leur prise en charge. Cependant il ne semble épargner aucune région comme le montre la figure ci-dessus. Les régions les plus touchées sont les régions Centrale, Kara et Savanes. Le cas le plus récent remonte à avril 2011 chez un jeune homme de 18 ans avec une co-infection au VIH.

○ **Bilan**

– **Activités menées et en cours**

- ✓ Formation de plus de 250 agents de santé
- ✓ Recherche active des cas de noma intégrée à la campagne de supplémentation en vitamine A et déparasitage à l'albendazole
- ✓ Confection des supports d'IEC (posters dépliant)
- ✓ Confection de sketch audio et audio visuels sur le noma et ses conséquences en français, en éwé, en kabyè et en moba
- ✓ Organisation de 60 émissions radio et 6 télévisées sur le noma dans 30 districts.

– **Activités à mener**

- ✓ Renforcement et développement des capacités : la difficulté de prise en charge du noma s'explique par le fait que cette maladie reste encore mal connue du personnel de santé.
- ✓ Elaboration de matériels de formation et d'éducation : contribuer à faire tomber les tabous et les mauvaises croyances et à adopter de bons comportements.
- ✓ Implication des ONG/Associations locales dans la sensibilisation, l'accueil et la réinsertion sociale des cas.
- ✓ Intensification des campagnes de sensibilisation.
- ✓ Intensification de la recherche active des cas et la détection précoce des cas afin de réduire la mortalité et la défiguration orofaciale dues au noma : cette maladie a une évolution fulgurante.
- ✓ Approvisionnement régulier des services de santé en médicaments et consommables essentiels pour le traitement.
- ✓ Surveillance de l'état bucco-dentaire des enfants malnutris par des séances de dépistage : la malnutrition est l'un des facteurs favorisant le noma ; d'où la collaboration avec les services de nutrition.
- ✓ Plaidoyer pour la mobilisation des ressources nécessaires pour la coordination afin d'accomplir au mieux sa mission de suivi, supervision et de monitoring, et de rédaction des rapports.

○ **Gap / Priorités**

Les principales difficultés sont :

- ✓ Difficultés dans le diagnostic
- ✓ Difficultés dans la prise en charge



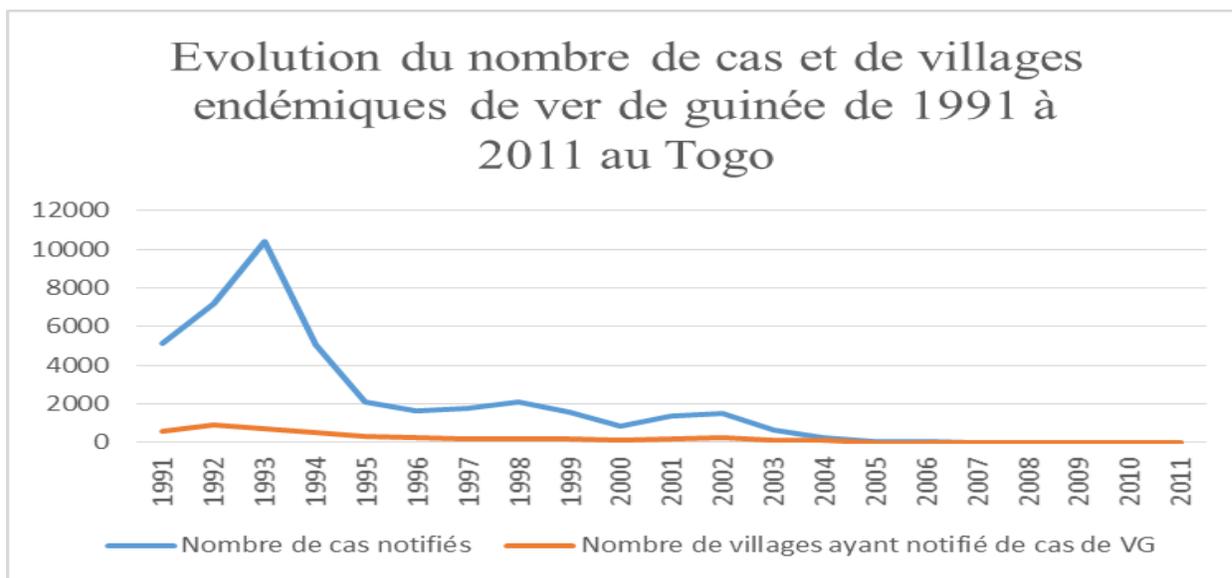


Figure 8 : Evolution du nombre de cas et du nombre de villages endémiques de la dracunculose de 1991 à 2011 au Togo

Source : Archives du PNED, 2011

#### – Interventions à mener

- ✓ Renforcement de la surveillance intégrée de ver de guinée
- ✓ Renforcement de l'IEC au niveau communautaire
- ✓ Plaidoyer de mobilisation de ressources pour les activités de post certification y compris le système de récompense
- ✓ Poursuite des efforts d'approvisionnement adéquate en eau potable dans tous les villages démunis.

#### ○ Gap / Priorités

- ✓ Les Agents de Santé et les relais communautaires nouvellement engagés dans le processus ne sont pas suffisamment formés.
- ✓ L'insuffisance de ressources locales pour la poursuite de la surveillance du ver de guinée démotive les acteurs
- ✓ La couverture des zones à risque en eau potable reste en deçà de la moyenne.

### 2.3.2.8 La Lèpre

La Lèpre est une maladie infectieuse, invalidante due au bacille de Hansen ou *Mycobacterium leprae* qui affecte la peau et les nerfs périphériques ; sa progression est très lente.

Après une incubation est de 3 ans le premier signe de la lèpre est souvent une tache cutanée de couleur plus claire que la peau qui l'entoure (tache hypo pigmentée).

Selon l'OMS on distingue les pauci bacillaires (PB) et les multi bacillaires (MB)

○ **Situation actuelle**

Togo a atteint le seuil d'élimination de la lèpre depuis 1996. Même si cette maladie ne constitue plus un problème de santé publique percutant, le Programme National de lutte contre la Lèpre demeure, qui assure la surveillance épidémiologique de la maladie.

**Distribution**

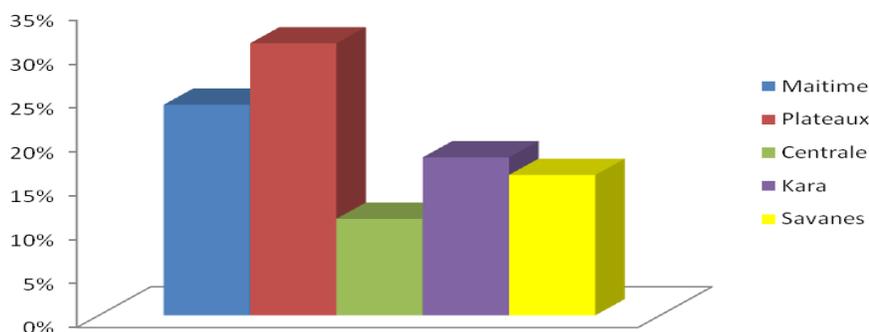


Figure 9 : Répartition de la lèpre selon les régions

Tableau XI : Tendances de la détection de la lèpre

Année	2006	2007	2008	2009	2010
Total Nouveaux cas	171	173	175	162	109
Nouveaux Cas MB	123	131	127	129	81
Nouveaux Cas enfant	08	05	04	13	05
Nouveaux Cas MD 2	34	25	29	23	
Nouveaux Cas Féminin	68	80	75	83	57

**Commentaires sur la situation épidémiologique actuelle**

- Faible régression de la maladie car les chiffres sont stationnaires
- Inexistence de recherche active des cas
- Dépistage tardif et faible des PB
- Personnel socio sanitaire des zones endémiques non formés
- Système de surveillance de routine non fonctionnel

De 2000 à 2010 on a eu plus de 2000 cas de lèpre

○ **Difficultés**

Parmi les 2000 cas de lèpre au cours de ces dix dernières années au moins 100 ont besoin d'intervention chirurgicale ou d'un suivi médical approprié pour leur améliorer la vie.

Les actes opératoires de prévention et prise en charge des invalidités sont conduites par des chirurgiens qui n'ont pas toujours de notions sur la lèpre

Certains des amputations auraient peut-être pu être évitées si les patients étaient pris en charge tôt ou pris en charge par un technicien maîtrisant la lèpre.

Beaucoup d'effort sont faits mais il y a possibilité de mieux faire pour soulager les peines des malades.

○ **Prévisions**

- Avoir un centre spécialisé ou unité de prise en charge améliorerait la PEC.
- Disposer d'un centre de formation permettra de pérenniser les activités de lutte contre la lèpre et de vulgariser et banaliser la PEC de la lèpre.
- Actualisation des données lèpre et supervision des CLT par réseau
- Atelier avec des dermatologues du secteur privé pour le diagnostic de la lèpre

○ **Gap / Priorités**

- ✓ Renforcement en ressources du PNLUB-LP
- ✓ Amélioration de la couverture et de la qualité des services par la formation du personnel
- ✓ Renforcement de la collaboration intersectorielle
- ✓ Revoir la cartographie des zones endémiques
- ✓ Nommer de nouveaux contrôleurs lèpre régionaux et préfectoraux
- ✓ Doter le PNLUB-LP de locaux de travail
- ✓ Doter le PNLUB-LP de logistiques pour la supervision
- ✓ Impliquer les ASC dans la recherche active des cas

**2.3.2.9 Trypanosomiase humaine africaine (THA)**

○ **Situation de départ versus situation actuelle**

La THA est connue au Togo depuis la fin du 19<sup>ème</sup> avec les coopérants Allemands.

La synthèse des activités de 1984 à 2008 montre que 192124 personnes ont été examinées avec 9 cas confirmés (trypanosome mise en évidence).

Le dernier cas confirmé remonte à 1996.

Pas de cas confirmé au Togo et au Bénin depuis les années 1996 malgré les prospection active dans les anciens foyers.

Mise en place d'une surveillance sentinelle à Mango et Tchamba depuis avril 2011 afin de documenter l'élimination de la maladie au Togo

- **Mise en œuvre**
  - Gestion de programme : date de création de programme (1992 à la suite des états généraux de la Santé , ressources du programme (humaines = 2 en temps partiel, logistiques =0 et financières = 0)
  - Documents stratégiques disponibles : plan stratégique, document d'évaluation, base de données épidémiologiques, autres....
  - Interventions de lutte menées : prospection surtout active jusqu'à mars 2011 ; surveillance passive depuis avril 2011
  - Suivi évaluation : réalisé avec l'appui de l'OMS
  - Partenariat local ( MTN et division épidémiologie) et international = OMS
  
- **Contraintes/difficultés**
  - Insuffisance / absence de subvention de l'Etat, l'activité est suspendue à l'unique soutien de l'OMS (inconstant).
  - Absence de documentation appropriée (cette surveillance en vue de l'élimination de THA étant la première du genre)
  - Critères d'élimination non encore validés par l'OMS , le travail est en cours.
  
- **Leçons apprises : ce qui a marché et pourquoi versus ce qui n'a pas marché et pourquoi**
  - Ce qui a marché :
    - Résultats de dépistage actif disponibles
    - Appui de l'OMS dans la mise en place des sites sentinelles et l'approvisionnement en réactifs et consommable ainsi qu'un appui financier pour les supervisions
    - Disponibilité des autorités sanitaires et des acteurs de terrain
  
  - Ce qui n'a pas marché :
    - Insuffisance de moyens dans l'accompagnement
    - La seule source de financement des activités est l'OMS qui oriente le travail à sa guise
    - Manque de visibilité du processus d'élimination de la THA mise en place
    - Critères d'élimination et de certification non encore validés
  
- **Gaps et priorités**

- ✓ Gaps
  - Ce qui a été planifié mais n'a pas pu être fait
  - Ce qui devrait être fait mais n'est pas fait : supervision insuffisante
  - Tous les domaines : management/gestion de programme, mise en œuvre des interventions, suivi évaluation : visibilité du programme qui est en train de faire un travail pilote d'élimination de la THA e Afrique
- ✓ Priorités
  - Actions prioritaires vu la situation actuelle et les gaps
    - Rendre plus visible le PNLTHA
    - Appuyer le PNLTHA pour réaliser des supervisions
  - Tous les domaines : management/gestion de programme, mise en œuvre des interventions, suivi évaluation.
    - Trouver un moyen de motiver le personnel.

### 2.3.3 Co-endémicité des MTN

La situation de co-endémicité de certaines MTN par district sanitaire est représentée par codification dans le tableau ci-dessous.

Tableau XII : Situation de co-endémicité des MTN

REGION	DISTRICT	SCH			STH			FL			Trachome			Ulcère de Buruli			Noma			Oncho			Lèpre		
		Oui = 1	Non = 0	ND = 9	Oui = 1	Non = 0	ND = 9	Oui =	Non = 0	ND = 9	Oui = 1	Non = 0	ND = 9	Oui = 1	Non = 0	ND = 9	Oui = 1	Non = 0	ND = 9	Oui = 1	Non = 0	ND = 9	Oui = 1	Non = 0	ND = 9
CENTRALE	BLITTA	1			1				0		1					9	1			1			1		
	SOTOUBOUA	1			1				0		1					9	1			1			1		
	TCHAMBA	1			1				0		1					9				1			1		
	TCHAOUDJO	1			1				0		1					9				1			1		
KARA	ASSOLI	1			1				0		1					9	1			1			1		
	BASSAR	1			1				0		1					9	1			1			1		
	BINAH	1			1		1					0				9				1			1		
	DANKPEN	1			1				0		1					9	1			1			1		
	DOUFELGOU	1			1		1				1					9				1			1		
	KERAN	1			1				0		1					9	1			1			1		
	KOZAH	1			1		1				1					9				1			1		
MARITIME	AVE	1			1				0				9	1					1			1			
	GOLFE	1			1				0				9	1					1			1			
	LACS	1			1				0				9	1						0		1			
	VO	1			1				0				9	1			1				0	1			
	YOTO	1			1				0				9	1						1			1		
	ZIO	1			1				0				9	1						1			1		

*Plan Directeur National de Lutte Intégrée contre les Maladies Tropicales Négligées 2012-2016*

<b>PLATEAUX</b>	AGOU	1			1			0				9			9				1			1		
	AMOU	1			1		1					9			9				1			1		
	DANYI	1			1			0				9			9				1			1		
	EST MONO	1			1			0				9			9				1			1		
	HAHO	1			1		1					9			9				1			1		
	KLOTO	1			1			0				9			9				1			1		
	MOYEN	1			1			0				9			9				1			1		
	OGOUE	1			1			0				9			9				1			1		
	WAWA	1			1			0				9			9				1			1		
<b>SAVANES</b>	KPENDJAL	1			1		1			1					9				1			1		
	OTI	1			1			0		1					9	1			1			1		
	TANDJOARE	1			1			0		1					9				1			1		
	TONE	1			1		1			1					9	1			1			1		

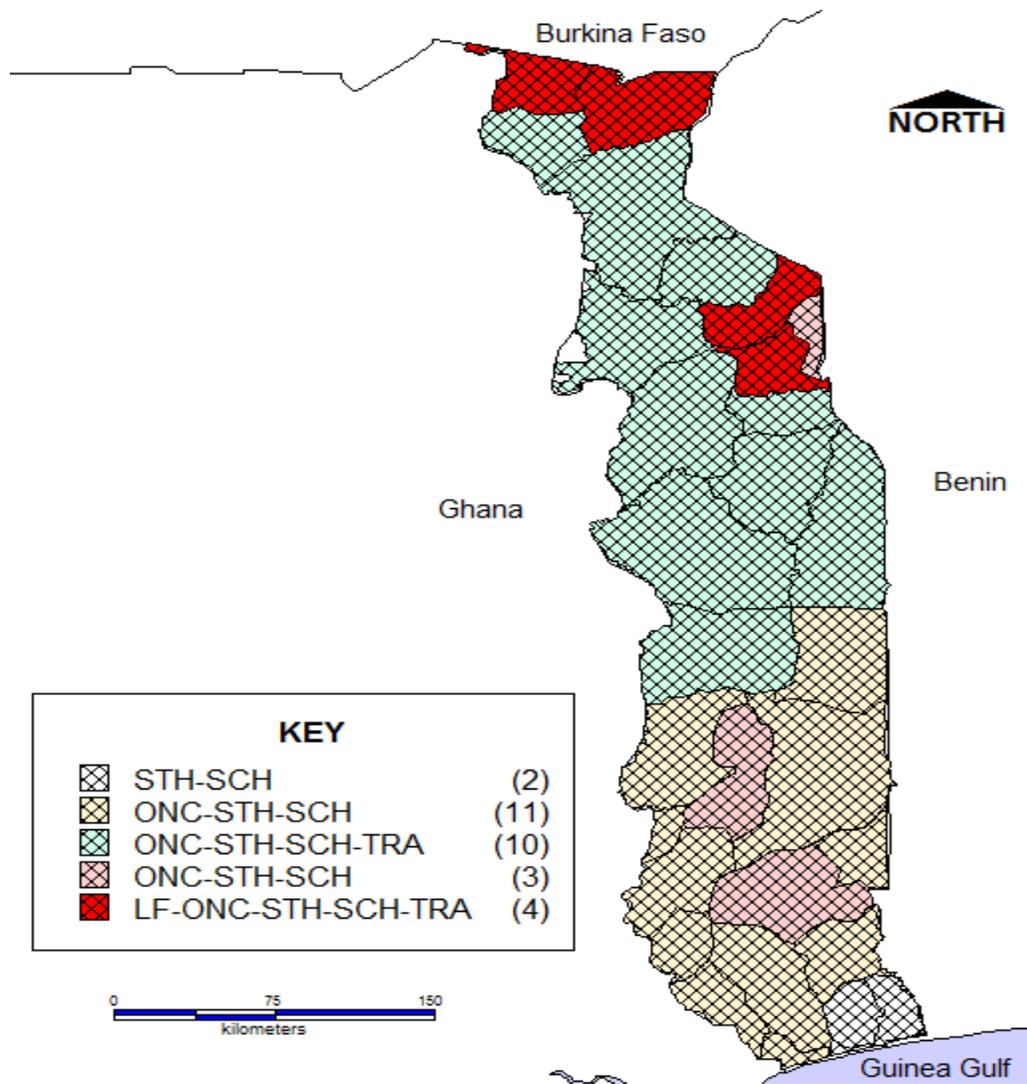


Figure 10 : Co-endémicité des MTN

### 2.3.4 Situation de la cartographie des MTN

La situation de la cartographie des MTN se résume dans le tableau suivant :

Tableau XIII : Situation de la cartographie des MTN

MALADIES	Nombre de districts endémiques	Nombre de districts cartographiés	Nombre de districts encore à cartographier
Onchocercose	28	35	0
Schistosomiase	30	30	5
Géo helminthiases	30	30	5
Trachome	3	3	0
Ver de Guinée	0	35	0
Noma	35	0	35
Lèpre	30	0	30

### 2.3.5 Lacunes et priorités

Les MTN ont des conséquences socioéconomiques en termes de charge de morbidité, de qualité de vie, de perte de productivité et d'aggravation de la pauvreté. Elles représentent un obstacle dévastateur au développement du pays. Cependant les expériences du Togo (l'approche TIDC dans le cas de l'Oncho,...), prouvent que des progrès immédiats, visibles et durables sont possibles, malgré ces conditions de pauvreté. Même la faiblesse des systèmes de santé dans la plupart des zones d'endémie n'est pas un obstacle absolu d'autant plus que l'approche adoptée par le projet de lutte contre les MTN consiste en des interventions sous directives communautaires.

### 2.3.6 Analyse SWOT du programme MTN

Tableau XIV : Analyse SWOT du programme MTN (forces & faiblesses)

<b>Forces</b>	<b>Faiblesses</b>
Prise en compte des besoins des programmes MTN dans le PNDS	Insuffisance des ressources humaines, financières et logistiques pour le fonctionnement des programmes
organisation des revues de performance des programmes MTN	Insuffisance de coordination dans la mise en œuvre des interventions
Organisation régulière des TDM	Existence de poches résiduelles liées à l'onchocercose
Existence d'un programme MTN	Absence d'une base de données sur le pian
prise en compte de la motivation financière des ASC dans le budget de l'état	Démotivation des ASC
Organisation de missions de collecte et validation des données après les TDM	Insuffisance dans l'assurance de la qualité des données
- Existence de RH qualifiées pour la prise en charge des incapacités dues aux MTN - Organisation des campagnes de traitement	Insuffisance de financement pour la PEC des incapacités dues aux MTN
Volonté politique, existence de cadres de concertation (CSS, CCM.....)	Sous financement du secteur de la santé
Mission de collecte et validation des données après les TDM	
- Existence de RH qualifiées pour la prise en charge des incapacités dues aux MTN - Organisation des campagnes de traitement	
Volonté politique, Existence de cadres de concertation (CSS, CCM.....)	

❖ Opportunités et menaces

➤ Opportunités

- Existence d'un partenariat qui soutient les programmes MTN
- Engagement des partenaires pour une planification conjointe
- Implication des leaders communautaires dans la sensibilisation
- appui des partenaires pour la motivation financière des ASC lors des TDM
- Existence de partenaires techniques et financiers
- Existence d'une Politique de santé
- Projet national d'aménagement des infrastructures routières
- Existence de partenaires pour le renforcement du système de santé : GAVI, Fondation BILL GATE, Fonds Mondial...
- Partenaires locaux (Entreprises, Sociétés d'Etat, etc....)
- Existence d'un Plan national de contingence
- Plan national de mise en œuvre du Règlement sanitaire international (RSI)
- Volonté Politique

➤ Menaces

- Calamités naturelles fréquentes, Dégradation croissante de l'environnement
- Risque élevé d'épidémies et de nouvelles maladies
- Dépendance de financement extérieur

De cette analyse de la situation, on peut faire ressortir :

- 1) qu'en matière de lutte contre les MTN, le Togo fait d'importants investissements avec des succès remarquables : i) la transmission de la filariose lymphatique et du ver de Guinée interrompue dans le pays, ii) les traitements de masse annuels à l'Ivermectine pour le contrôle de l'onchocercose avec la participation de la communauté continuent dans toutes les communautés à risque, iii) le déparasitage biannuel des enfants de moins de 5 ans continue dans tout le pays. Pendant ce temps, beaucoup reste à faire dans le domaine de la lutte contre les schistosomiasés, les géo helminthiases et le trachome.
- 2) que des opportunités existent pour combattre ces maladies : i) une forte volonté politique, ii) l'existence de ressources internes mobilisables (partenariat public/privé), iii) une forte participation communautaire à travers son réseau de distributeurs volontaires, iv) l'utilisation de plateformes existantes (TIDC, les interventions à base communautaire pour la lutte contre le paludisme, la tuberculose et la PCIMNE-C...)

Sur la base de l'analyse SWOT, les principales faiblesses dégagées telles que les insuffisances des ressources humaines, la faible utilisation des services de soins curatifs, les insuffisances du système d'information sanitaire, du financement pour la PEC des incapacités dues aux MTN et du financement du secteur de la santé, permettent de déterminer les priorités stratégiques suivantes :

- Renforcement de l'appropriation du programme par le gouvernement, le plaidoyer, la coordination et les partenariats
- Amélioration de la planification pour des résultats, la mobilisation des ressources et la viabilité financière des programmes MTN
- Mise à échelle de l'accès aux différentes interventions en matière de lutte contre les MTN
- Renforcement du mécanisme de suivi/évaluation, de surveillance, et de recherche opérationnelle sur les MTN

### **III. AGENDA STRATEGIQUE**

#### **3.1 Mission**

Coordonner les interventions de lutte contre les MTN par la mise en place de stratégies appropriées de manière efficace et équitable.

#### **3.2 Vision**

Libérer le Togo du fardeau des MTN à l'horizon 2020.

#### **3.3 But**

Contribuer à l'amélioration de la santé des populations du Togo par la lutte intégrée contre les MTN.

#### **3.4 Principes directeurs et priorités stratégiques**

##### **3.4.1 Principes directeurs**

Les principes directeurs pour la lutte intégrée contre les MTN reposent sur :

- L'intégration de la lutte contre les MTN dans les plans stratégiques nationaux et sectoriels de santé;
- Mise en place d'un mécanisme de coordination dans un cadre de collaboration multisectorielle
- L'élaboration d'un document de plaidoyer impliquant toutes les parties prenantes pour la lutte contre les MTN
- Respect strict des normes et directives de l'OMS

### 3.4.2 Priorités stratégiques et objectifs stratégiques

Les priorités stratégiques et les objectifs stratégiques pouvant permettre de mettre en œuvre le programme MTN sont dans le tableau suivant :

Tableau XV : Priorités stratégiques et objectifs stratégiques

PRIORITES STRATEGIQUES	OBJECTIFS STRATEGIQUES
<p><b>Priorité stratégique 3 : Renforcement du plaidoyer, de la coordination et de l'appropriation du programme par le gouvernement</b></p>	Renforcer le leadership du gouvernement en faveur de la lutte intégrée contre les MTN
	Renforcer le mécanisme de coordination du programme de lutte intégrée contre les MTN aux niveaux national et décentralisé
	Renforcer la capacité de gestion et de mise en œuvre du programme de lutte contre les MTN
	Renforcer l'implication des autres secteurs dans la lutte intégrée contre MTN
<p><b>Priorité stratégique 2 : Renforcement de la planification axée sur les résultats, de la mobilisation des ressources et de la durabilité du financement des activités de lutte/MTN</b></p>	Elaborer des plans opérationnels de mise en œuvre du plan directeur de lutte contre les MTN
	Mobiliser les ressources financières, humaines et matérielles à tous les niveaux pour la mise en œuvre des activités de lutte contre les MTN
	Renforcer la participation communautaire aux différentes interventions de lutte contre les MTN
<p><b>Priorité stratégique 1 : Mise à l'échelle des interventions de lutte, des traitements et des capacités de prestation de service du programme</b></p>	Poursuivre la chimiothérapie préventive intégrée contre l'onchocercose, les schistosomiasés et les géohelminthiases.
	Renforcer la mise en œuvre des interventions de prise en charge des cas notamment le noma, l'ulcère de Buruli, les lymphoedèmes, les hydrocèles, les complications du trachome, la lèpre et le pian
	Prendre en charge les incapacités physiques engendrées par les MTN à CTP
	Renforcer la lutte anti-vectorielle de la FL.
<p><b>Priorité stratégique 4 : Renforcement du suivi/évaluation, de la surveillance, et de la recherche opérationnelle sur les MTN</b></p>	Renforcer le mécanisme de suivi/évaluation des MTN.
	Renforcer la surveillance épidémiologique des MTN, notamment la dracunculose, la filariose lymphatique, l'onchocercose, THA, le pian et la lèpre
	Mener des recherches opérationnelles axées sur les MTN au Togo

#### IV. CADRE OPERATIONNEL

Le programme de lutte intégrée contre les MTN rassemble un certain nombre de programmes spécifiques aux maladies. Le tableau suivant présente les buts, les objectifs et les stratégies par maladies spécifiques.

##### 4.1 Buts, objectifs, stratégies et cibles des programmes de lutte contre les MTN

Tableau XVI : But et principaux objectifs/stratégies de lutte contre les MTN

Programme MTN	Objectif général	Objectifs spécifiques	STRATÉGIES	Cibles	indicateurs
Trachome	Eliminer le trachome cécitant d'ici 2020	Dépister les cas de trichiasis dans toutes les communautés	Renforcement des capacités des agents de santé Dépistage des cas	Agents de santé Communautés à risque	Nombre de communautés visitées Nombre d'agents formés Nombre de cas de trichiasis dépistés
		Prendre en charge 100% des cas de trichiasis dépistés	- Renforcement des capacités - Prise en charge chirurgicale des cas compliqués - Prise en charge des séquelles de trichiasis	TSO Malades de trichiasis dépistés	Nombre de TSO formés Proportion de trichiasis opérés
		Amener 100% des ménages à risque à adopter de bonnes pratiques d'hygiène	Promotion de IEC/CCC	Communautés à risque	Proportion de ménages vivant dans un environnement sain par rapport aux communautés identifiées
Onchocercose	Eliminer l'onchocercose au Togo d'ici 2025	Réduire la prévalence de l'onchocercose à moins de 1% dans 100% des villages d'ici 2025	1. Traitement de masse	Communautés à risque	Tx de couverture géographique Tx de couverture thérapeutique

			. Surveillance épidémiologique	Villages à risque	prévalence à l'onchocercose
			Surveillance entomologique	Villages à risque	taux d'infectivité
			renforcement de la participation communautaire	Communautés à risque	Nbre de réunions de briefing et de sensibilisation organisées
Géohelminthiases	Réduire la prévalence des géohelminthiases en dessous de 20%	traiter 95% des enfants d'âge scolaire chaque année d'ici 2020	1. Chimiothérapie chez les enfants d'âge scolaire avec l'Albendazole/mébendazole	Communautés à risque	Tx de couverture géographique Tx de couverture thérapeutique
		Renforcer la Promotion de l'hygiène et de l'assainissement	CCC pour la prévention des géohelminthiases	Communauté	Tx de couverture en ouvrages sanitaires
		Faire une évaluation de l'impact des interventions de lutte contre les géohelminthiases	Evaluation de l'impact	Communauté	Prévalence des géohelminthiases
Schistosomiases	Réduire la prévalence des schistosomiases en dessous de 10%	traiter 95% des enfants d'âge scolaire d'ici 2020	1. Chimiothérapie chez les enfants d'âge scolaire	Communauté Communauté	
			CCC pour la prévention des schistosomiases		
			Evaluation de l'impact	Communauté	Prévalence des schistosomiases
Filariose lymphatique	Valider l'Elimination de la filariose	Maintenir la prévalence à moins de 1% dans les districts	1. Surveillance post arrêt traitement de masse dans tous les districts du Togo	Communauté	

	lymphatique comme problème de santé publique sur le territoire togolais	endémiques Détecter et maîtriser tout nouveau foyer de transmission dans les districts endémiques et non endémiques Prendre en charge Gtous les cas recensés de lymphoedème et d'hydrocèles	2. Chirurgie des hydrocèles 3. Suivi thérapeutique des cas de lymphoedème 4. supervision 5. recherche opérationnelle et publications des résultats obtenus	Formations sanitaires	
Noma		Réduire la morbidité/mortalité liées au Noma Prévenir les handicaps dus au Noma	Mobilisation sociale Surveillance épidémiologique Recherche active des cas et soins immédiats Renforcement et développement des capacités Réinsertion sociale Recherche/Action Suivi/Supervision/Evaluation	Communauté  Formations sanitaires	
Ulcère de Buruli	Réduire de 80% le tx de morbidité liée à l'UB	Prendre en charge les cas Prévenir les incapacités dues à l'UB	Renforcement des capacités Recherche active des cas Traitement des cas  IEC/CCC	Agents de santé communautaires et personnel de santé  Communautés  Malades dépistés	Nombre d'ASC et personnel de santé formés  Nombre de cas dépistés
		Evaluer la situation	Enquête épidémiologique	Communautés	Tx de prévalence

Lèpre	Eliminer la lépre dans tous les districts sanitaires d'ici 2020	Réduire le nombre de nouveaux cas à moins d'1 cas avec infirmité de degré 2 pour 1 million d'hbts et à 0 cas avec infirmité de degré 2 chez les enfants de moins de 15 ans d'ici 2020,	Renforcement des compétences des agents de santé	Personnel de santé	Prévalence de la lèpre Nombre de nouveaux cas dépistés Nombre de nouveaux cas chez les enfant de moins de 15 ans avec infirmité de grade 2
			Recherche active des cas	Communautés	
			Traitement médical des cas	Malades dépistés	
			prise en charge chirurgicale des séquelles	Malades dépistés	
			Réadaptation	Malades dépistés	
			Surveillance épidémiologique	Districts	
		IEC/CCC	Communautés		
Pian	Eradiquer le pian d'ici 2020	- Faire la cartographie de la situation du pian	- Renforcement des compétences - dépistage des cas	- Agents de santé des FS des districts - Communautés	Nbre d'Agents de santé formés Nbre de cas dépistés
		- Traiter tous les malades et les populations à risque	- Traitement de masse - -	Communautés à risque	Tx de couverture géographique Tx de couverture thérapeutique
		- Promouvoir l'IEC/CCC	- Renforcement de l'IEC/CCC	Communautés à risque	Tx de réalisation des séances bd'IEC/CCC
		- Evaluer la situation	- Enquête épidémiologique	Communautés	Tx de prévalence
THA	Eliminer la THA d'ici 2020	Renforcer la surveillance épidémiologique de la THA pour la détection précoce des cas de THA	Enquête épidémiologique	Foyers latents et à risque	Nombre d'enquête réalisées  Nbre des malades dépistés

Ver de Guinée	Poursuivre les activités de surveillance post – certification de la dracunculose	1. Renforcer le système de surveillance et de gestion des cas et des rumeurs de ver de guinée au niveau de chaque district; 2. Déterminer périodiquement les zones à haut risque de transmission de la dracunculose du fait des problèmes d’approvisionnement en eau potable.	- Surveillance communautaire pour la détection et l’investigation précoce des rumeurs et des cas importés ; - Approvisionnement en eau potable en collaboration le service de l’hydraulique ; - Renforcement des compétences des agents de santé - IEC/CCC.	Toute la population	-Nombres de rumeurs investiguées dans les 24heures  -Nombre de cas importés
Coordination MTN	Renforcer la coordination de la lutte intégrée contre les MTN	- Dynamiser le comité de pilotage	- Organisation des réunions trimestrielles	Coordonnateurs et les Parties prenantes	Nombre de réunions organisées
		- Renforcer le monitoring des activités MTN	- Organisation des revues annuelles des programmes MTN	Coordonnateurs et les Parties prenantes	Nombre de revues organisées
		- Disposer des documents stratégiques	Elaboration:/actualisation des documents stratégiques pplan directeur, plan de communication....)	Coordonnateurs et les Parties prenantes	Nombre de documents stratégiques élaborés
		- Mobiliser les ressources	Organisation de forum annuel pour la Mobilisation des ressources	Etat Partenaires Communauté	Nombre de forums annuels organisés  % des ressources mobilisées

#### 4.2 But stratégique

D'ici à 2020, sur le territoire national togolais, éradiquer le pian, éliminer la filariose lymphatique, l'onchocercose, le trachome, la THA et la lèpre, réduire la prévalence des schistosomiasés, des géohelminthiases en dessous du seuil des TDM, réduire la prévalence de l'ulcère de Buruli et du noma, et renforcer la surveillance de la dracunculose.

Tableau XVII : Cadre opérationnel

Priorités stratégiques	Objectifs stratégiques MTN	Activités	Responsable	Calendrier					Indicateurs
				2016	2017	2018	2019	2020	
1- Mise à l'échelle des interventions de lutte, des traitements et des capacités de prestation de service du programme	Poursuivre la chimiothérapie préventive intégrée contre l'onchocercose, les schistosomiasés et les géohelminthiases	1. Reproduire les outils et les documents de formation	Chefs programmes MTN	x	x	x	x	x	Nombre d'outils et de documents de formations reproduits
		2. Organiser des sessions de formation à l'intention de tous les acteurs de santé impliqués dans la réalisation des TDM y compris les ASC	Point Focal MTN	x	x	x	x	x	Nombre de sessions de formation organisées Nombre d'acteurs formés
		3. Evaluer les besoins et approvisionner en médicaments les districts en fonction des maladies	Point Focal MTN	x	x	x	x	x	Quantité de médicaments commandés
		4. Assurer la mobilisation sociale	Comité technique National	x	x	x	x	x	Nombre d'émissions réalisées
		5. Conduire le traitement de masse intégré	ASC	x	x	x	x	x	Couverture géographique Couverture thérapeutique
		6. Faire le suivi supervision du TDM intégré	Comité technique National	x	x	x	x	x	Nombre de suivi/supervision réalisés

Priorités stratégiques	Objectifs stratégiques MTN	Activités	Responsable	Calendrier					Indicateurs
				2016	2017	2018	2019	2020	
		7. Evaluer le TDM	Comité technique National	x	x	x	x	x	Couverture géographique Couverture thérapeutique
	Renforcer la mise en oeuvre des interventions de prise en charge des cas notamment le noma, l'ulcère de Buruli, les lymphoedèmes, les hydrocèles, les complications du trachome, la lèpre et le pian	8. Former les ASC et le personnel de santé à la détection et à la prise en charge des cas	Chefs programmes MTN	x					nombre d'acteurs formés
		9. Elaborer la cartographie du pian sur l'ensemble du pays	Chef PNLUB-LP	x					
		10. Prendre en charge tous les cas de MTN détectés (UB, Lèpre Lymphoedème, complications du trachome, Noma, Pian)	Chefs programmes MTN	x	x	x	x	x	Nombre d'acteurs formés Nombre de personnes prises en charge
		11. Développer les outils de sensibilisation de lutte contre les MTN à prise en charge (UB, Lèpre Lymphoedème, les hydrocèles, complications du trachome, Noma)	Chef SNIEC	x					Nombre d'outils de sensibilisation contre les MTN disponibles
		12. Mettre les médicaments et consommables de la prise en charge à la disposition des acteurs	Point Focal MTN	x	x	x	x	x	Nombre de malades pris en charge
	Renforcer la lutte anti-vectorielle de la FL	13. Mettre en place un cadre de concertation et de collaboration avec le Ministère de l'Environnement et de l'éducation en vue d'améliorer le niveau d'hygiène dans les zones endémiques	Comité Technique MTN	x	x	x	x	x	Nombre d'ouvrages sanitaires disponibles

Priorités stratégiques	Objectifs stratégiques MTN	Activités	Responsable	Calendrier					Indicateurs
				2016	2017	2018	2019	2020	
2- Amélioration de la planification axée sur les résultats, la mobilisation des ressources et la viabilité financière des programmes MTN	Elaborer des plans opérationnels de mise en œuvre du plan directeur de lutte contre les MTN	14. Organiser un atelier de validation du plan directeur	Point focal MTN	x					Rapport disponible
		15. Disséminer le document du plan directeur	Point focal MTN	x	x	x	x	x	
		16. Organiser des ateliers d'élaboration des PAO de lutte intégrée contre les MTN	Point focal MTN	x	x	x	x	x	Nombre de Rapports disponibles
		17. Organiser des réunions de consensus sur les Plans d'Action Opérationnels (PAO) de lutte contre les MTN avec les partenaires et toutes les parties intéressées	Point focal MTN	x	x	x	x	x	Nombre de réunions tenues Nombre de rapports et de procès verbaux disponibles
	Mobiliser les ressources financières, humaines et matérielles à tous les niveaux pour la mise en œuvre des activités de lutte contre les MTN	18. Former les acteurs en élaboration de plan de plaidoyer	Point focal MTN	x					Nombre d'acteurs formés
		19. Elaborer un plan de plaidoyer pour la mobilisation des ressources	Comité Technique MTN	x	x	x	x	x	Plan de plaidoyer disponible
		20. Mettre en œuvre le plan de plaidoyer à travers des rencontres avec les groupes organisés spécifiques (assemblée nationale, patronat, associations des banques...)	Comité Technique MTN	x	x	x	x	x	Nombre de plaidoyer realize
	Renforcer la participation communautaire aux différentes interventions de lutte contre les	21. Former les membres des organisations communautaires sur leurs rôles en matière d'IBC en faveur de la lutte intégrée contre les MTN	Comité Technique MTN	x					Nombre de membres formés

Priorités stratégiques	Objectifs stratégiques MTN MTN	Activités	Responsable	Calendrier					Indicateurs
				2016	2017	2018	2019	2020	
		22. Reproduire des supports éducatifs (boîtes à images, affiches, posters)	DDS/ICP	x	x	x	x	x	Matériels d'IEC disponibles
		23. Diffuser les supports éducatifs (boîtes à images, affiches, posters)							
		24. Reproduire et diffuser les spots éducatifs sur les radios de proximité dans les 40 districts	Chef SNIEC	x					Nombre de diffusions réalisées
		25. Organiser des réunions de concertation avec les ONG et associations œuvrant au niveau de la communauté pour l'appropriation de la lutte intégrée contre les MTN	Comité Technique MTN	x	x	x	x	x	Nombre de réunions organisées
3. Renforcement du plaidoyer, de la coordination et de l'appropriation du programme par le gouvernement	Renforcer le leadership du gouvernement en faveur de la lutte intégrée contre les MTN	26. Organiser une journée de lancement par le chef de l'Etat du plan stratégique de lutte intégrée contre les MTN	Comité technique	x					Rapport de lancement
		27. Organiser une séance de sensibilisation auprès du parlement pour leur adhésion à la lutte contre les MTN	Comité technique	x					Rapport de séance de sensibilisation
		28. Plaidoyer pour la création d'une ligne budgétaire pour la lutte intégrée contre les MTN	Comité technique	x	x	x	x		Demande ou lettre de plaidoyer
		29. Plaidoyer auprès du Ministère de l'eau et assainissement et des ONG en vue d'améliorer l'approvisionnement en eau potable/assainissement	Comité technique	x	x	x	x	x	Demande ou lettre de plaidoyer

Priorités stratégiques	Objectifs stratégiques MTN	Activités	Responsable	Calendrier					Indicateurs
				2016	2017	2018	2019	2020	
	Renforcer la coordination de la lutte contre les MTN	30. Organiser des réunions trimestrielles de coordination	Point focal MTN	x	x	x	x	x	Nombre de réunions organisées
		31. Organiser des revues annuelles des activités des programmes de lutte contre les MTN	Point focal MTN	x	x	x	x	x	Nombre de revues organisées
		32. Elaborer/actualiser les documents stratégiques (plan directeur MTN, plan de communication...)	Comité technique	x	x	x	x	x	Nombre de documents stratégiques élaborés
		33. Organiser des forums annuels pour la Mobilisation des ressources	Comité technique	x	x	x	x	x	Nombre de forums annuels organisés % des ressources mobilisées
	Renforcer la capacité de gestion et de mise en œuvre du programme de lutte contre les MTN	34. Former les acteurs impliqués dans la lutte contre les MTN en gestion axée sur les résultats (Coordination MTN: 4; FL: 2; Cécité: 2; UB: 2; Oncho: 3; VG:2; THA:2)	Point Focal MTN	x					Nombre de personnes formées
		35. Former les acteurs des niveaux central, régional et district en gestion de la logistique des médicaments MTN	Point Focal MTN	x					Nombre de personnes formées
36. Appuyer le fonctionnement de la Coordination MTN en matériels, consommables et logistiques		Point Focal MTN	x	x	x	x	x	nombre de matériels, consommables et logistiques fournis au programme MTN	

Priorités stratégiques	Objectifs stratégiques MTN	Activités	Responsable	Calendrier					Indicateurs
				2016	2017	2018	2019	2020	
4 <b>Renforcement du suivi/évaluation, de la surveillance, et de la recherche opérationnelle sur les MTN</b>	Renforcer le mécanisme de suivi/évaluation des MTN.	38. Elaborer des outils intégrés de monitoring en fonction de chaque niveau	Point Focal MTN	x	x	x	x	x	Outils de monitoring disponibles
		39. Former les acteurs de santé au monitoring intégré et au calcul des indicateurs	Comité technique	x	x	x	x	x	Nombre d'agents de santé formés
		40. Organiser des réunions semestrielles de monitoring intégré	Comité technique	x	x	x	x	x	Nombre de réunions de monitoring organisé
		41. Organiser des visites semestrielles de suivi des activités de lutte intégrée contre les MTN au niveau des régions par le comité technique	Comité Technique MTN	x	x	x	x	x	Nbre de visites réalisées
		42. Organiser des supervisions trimestrielles intégrées au niveau des districts par l'ECR	DRS	x	x	x	x	x	Nbre de supervisions organisées
		43. Organiser des supervisions trimestrielles intégrées au niveau des USP par l'ECD	DDS	x	x	x	x	x	Nbre de supervisions organisées
	44. Organiser des supervisions mensuelles intégrées des ASC par les ICP	ICP	x	x	x	x	x	Nbre de supervisions organisées	
	Renforcer la surveillance épidémiologique des MTN, notamment la dracunculose, la filariose	45. Poursuivre les activités de la surveillance de post certification de la dracunculose (suivis/supervisions à tous les échelon du processus)	RFS et les autres acteurs	x	x	x	x	x	Nbre de suivis / supervisions effectués à chaque échelon

Priorités stratégiques	Objectifs stratégiques MTN	Activités	Responsable	Calendrier					Indicateurs
				2016	2017	2018	2019	2020	
	lymphatique, l'onchocercose, le pian, la THA et la lèpre	46. Poursuivre les activités de la surveillance passive de la THA dans les sites sentinelles	Chef PNTHA	x	x	x	x	x	Nombre de cas détectés par le réseau
		47. poursuivre les activités de surveillance post arrêt de traitement de masse dans l'ensemble des districts	Chef PNEFL	x	x	x	x	x	Nbre de suivis / supervisions effectués à chaque échelon
		48. Conduire une enquête entomologique pour faire le point de la transmission chez l'agent vecteur de la LF	Chef PNEFL	x					Nombre de cas détectés
		49. Mener les études d'évaluation de la certification de l'élimination de la FL au Togo	Chef PNEFL	x	x	x	x	x	Nbre d'étude d'évaluation effectuées
		50. Poursuivre la surveillance épidémiologique de l'onchocercose	Chef PNLO	x	x	x	x	x	Nombre de villages où la surveillance a été réalisée
		51. Poursuivre les rencontres transfrontalières dans le cadre de la surveillance des MTN	PFN MTN						
		52. Poursuivre la surveillance épidémiologique de l'onchocercose	Chef PNLO						
		53. Renforcer le système national d'information sanitaire en matière de notification des MTN	Chef DISER	x					Nbre d'équipements achetés Nbre d'agents formés
		54. Renforcer la surveillance intégrée de la lèpre, pian et UB	Chef PNLUB-LP	x	x	x	x	x	Rapports de notification

Priorités stratégiques	Objectifs stratégiques MTN	Activités	Responsable	Calendrier					Indicateurs
				2016	2017	2018	2019	2020	
		55. Renforcer les capacités des enseignants à la détection des MTN	DDS/ICP	x	x	x	x	x	Nombre d'enseignants formés
	Mener des recherches opérationnelles axées sur les MTN au Togo	56. Former les acteurs en recherche opérationnelle	PFN MTN	x					Nombre d'acteurs formés
		57. Conduire des enquêtes CAP sur les MTN au niveau des communautés	DISER	x	x	x	x	x	Nombre de Rapports d'enquêtes CAP disponible
		58. Mener des études d'impacts des TDM intégrés dans les communautés	DISER	x	x	x	x	x	Nombre d'études réalisées
		59. Faire une évaluation à mi parcours du plan directeur des MTN en 2018	Comité Technique			x			Evaluation réalisée
		60. Faire l'évaluation du plan directeur en 2020	Comité Technique					x	Evaluation réalisée

## V. BUDGET DU PLAN DIRECTEUR DE LUTTE INTEGREE CONTRE LES MTN 2016 – 2020

Tableau XVIII : Budget du plan directeur de lutte intégrée contre les MTN 2016 – 2020

MTN TOGO- Budget Plan Directeur 2016-2020 :Résumé de Budget						
<b>Résumé Budget par Priorité Stratégique</b>						
<b>Priorités Stratégiques</b>	<b>ANNEE 2016</b>	<b>ANNEE 2017</b>	<b>ANNEE 2018</b>	<b>ANNEE 2019</b>	<b>ANNEE 2020</b>	<b>TOTAL 5 ans</b>
Amélioration de la planification axée sur les résultats, la mobilisation des ressources et la viabilité financière des programmes MTN	CFA26,482,254	CFA26,482,254	CFA28,746,264	CFA26,482,254	CFA28,746,264	CFA136,939,290
Renforcement du plaidoyer, de la coordination et de l'appropriation du programme par le gouvernement	CFA114,095,775	CFA56,915,775	CFA55,015,775	CFA55,015,775	CFA55,015,777	CFA336,058,877
Renforcement du suivi/évaluation, de la surveillance, et de la recherche opérationnelle sur les MTN	CFA387,849,958	CFA179,931,807	CFA179,931,807	CFA179,931,807	CFA179,931,807	CFA1,107,577,187
Mise à l'échelle des interventions de lutte, des traitements et des capacités de prestation de service du programme	CFA821,738,232	CFA787,427,147	CFA790,727,147	CFA764,622,827	CFA787,427,147	CFA3,951,942,499

## Rèsumè Budget par Objectif Stratégique

<b>Objectifs Stratégiques</b>	<b>ANNEE 2016</b>	<b>ANNEE 2017</b>	<b>ANNEE 2018</b>	<b>ANNEE 2019</b>	<b>ANNEE 2020</b>	<b>TOTAL 5 ans</b>
Poursuivre la chimiothérapie préventive intégrée contre l'onchocercose, les schistosomiasés et les géohelminthiasés.	CFA480,887,129	CFA471,243,509	CFA471,243,509	CFA489,372,409	CFA471,243,509	CFA2,383,990,065
Renforcer la mise en oeuvre des interventions de prise en charge des cas notamment le noma, l'ulcère de Buruli, les lymphoedèmes, les hydrocèles, les complications du trachome, la lèpre et le pian	CFA340,851,103	CFA316,183,638	CFA319,483,638	CFA293,379,318	CFA316,183,638	CFA1,586,081,334
Renforcer la lutte anti-vectorielle de la FL	CFA-	CFA-	CFA-	CFA-	CFA-	CFA-
Elaborer des plans opérationnels de mise en œuvre du plan directeur de lutte contre les MTN	CFA14,306,420	CFA14,306,420	CFA16,570,430	CFA14,306,420	CFA16,570,430	CFA76,060,120
Mobiliser les ressources financières, humaines et matérielles à tous les niveaux pour la mise en œuvre des activités de lutte contre les MTN	CFA2,945,000	CFA2,945,000	CFA2,945,000	CFA2,945,000	CFA2,945,000	CFA14,725,000
Renforcer la participation communautaire aux différentes interventions de lutte contre les MTN	CFA9,230,834	CFA9,230,834	CFA9,230,834	CFA9,230,834	CFA9,230,834	CFA46,154,170

*Plan Directeur National de Lutte Intégrée contre les Maladies Tropicales Négligées 2012-2016*

<b>Objectifs Stratégiques</b>	<b>ANNEE 2016</b>	<b>ANNEE 2017</b>	<b>ANNEE 2018</b>	<b>ANNEE 2019</b>	<b>ANNEE 2020</b>	<b>TOTAL 5 ans</b>
Renforcer le leadership du gouvernement en faveur de la lutte intégrée contre les MTN	CFA-	CFA-	CFA-	CFA-	CFA-	CFA-
Renforcer la coordination de la lutte contre les MTN						CFA-
Renforcer la capacité de gestion et de mise en œuvre du programme de lutte contre les MTN	CFA71,152,860	CFA30,552,860	CFA28,652,860	CFA28,652,860	CFA28,652,860	CFA187,664,300
Renforcer le mécanisme de suivi/évaluation des MTN.	CFA112,166,082	CFA45,243,494	CFA45,243,494	CFA45,243,494	CFA45,243,494	CFA293,140,058
Renforcer la surveillance épidémiologique des MTN, notamment la dracunculose, la filariose lymphatique, l'onchocercose, le pian, la THA et la lèpre	CFA248,480,196	CFA129,688,313	CFA129,688,313	CFA129,688,313	CFA129,688,313	CFA767,233,449
Mener des recherches opérationnelles axées sur les MTN au Togo	CFA27,203,680	CFA5,000,000	CFA5,000,000	CFA5,000,000	CFA5,000,000	CFA47,203,680
<b>Total sur 5 ans</b>						<b>CFA 5,402,252,176</b>

## Annexes

Annexe 1: Stratégies de lutte contre les schistosomiases en fonction de la prévalence par aire sanitaire

1) Unités de soins périphérique USP où il faut traiter la population de < 5ans (n=140)

### Région Centrale

District	USP	Prevalence (%)
BLITTA	BLITA GARE	53
	KOULANG	93
	LANGABOU	100
	PAGALA GARE	60
	PAGALA VILLAGE	53
	TCHALOUDE	67
	YALOUMBE	87
SOTOUBOUA	AOUDA	67
	KANIAMBOUA	80
	MELAMBOUA	93

District	USP	Prevalence (%)
TCHAMBA	BALANKA	93
	DAGMA	100
	GOUBI	87
TCHAOUDJO	AOU MATCHATOM	67
	AOU MONO	53
	CMS BON SECOURS	73

### Région de la Kara

District	USP	Prevalence (%)
BASSAR	NANGBANI	60
	SANDA KAGBANDA	67
	TCHATCHAMINADE	93
DOUFELGOU	DEFALE	80
	LEON	80
	MASSEDENA	93
	POUDA	73

District	USP	Prevalence (%)
KOZAH	AWANDJELO	73
	BEBEDA	53
	CMS KOUMEA	67
	DON BOSCO	53
	FEUDA LAOUDA	100
	KPINDI	73
	LANDA	53

District	USP	Prevalence (%)
KERAN	ATALOTE	73
	NABOULOUGOU	73
	NADOBA	73
	PANGOUDA	53
	TAPOUNTE	93
	WARENGO	73

District	USP	Prevalence (%)
	LANDA POZANDA	80
	LASSA BAS	87
	SARAKAWA	73
	SOUNDINA BAS	80
	TCHANADE	53
	WIYAMDE	53

### Région Maritime

District	USP	Prevalence (%)
YOTO	ESSE ANA	53
	GODJINME	87
	KOUVE	93
	YOTOKOPE	100
ZIO	AYAKOPE	73
	GAME LILI	73
	GAME SEVA	93
	GAPE CENTRE	73
	GAPE KPEDI	87
	POLYCLINIQUE TSEVIE	73

### Région des Plateaux

District	USP	Prevalence (%)
AGOU	AMOUSSOUKOPE	87
	AVETONOU	60
AMOU	ADOGLI	100
	AMOU OBLO	100
	AVEDJE	73
	HIHEATRO	60
	KETOGNAKOPE	80

District	USP	Prevalence (%)
KLOTO	AGAVE	73
	GBALAVE	53
	KOUMA APOTI	73
	KPELE TUTU	53
	KPOGANDZI	73
	TOME	67
	TOMEGBE	80

District	USP	Prevalence (%)
	OGA	100
	OKPAHOUE	53
	PATATOUKOU	100
	TEMEDJA	67
EST MONO	AFODJI	93
	BADIN KOPE	53
	KAMINA	80
	MORETAN	53
	OGOU KOULIDE	73
HAHO	AGBATITOE	93
	AKPAKPAKPE	100
	AMAKPAPE	87
	AVASSIKPE	87
	DALIA	87
	HAHOMEGBE	67
	HAITO	60
	HOPITAL NOTSE BIEN ETRE	60
	HUILEHOE	80
	KLOEGNAME	60
	KPEGNON ADJA	53
	TETETOU	60
	WAHALA	93

District	USP	Prevalence (%)
MOYEN MONO	AHASSOME	80
	KATIVOU	67
	TADO	93
	TOHOUN	93
OGOU	ADOGBENOU	73
	AFOLE	60
	AKABA	53
	AKPARE	53
	ATCHINEDJI	100
	DATCHA	80
	GLEI	73
	GLITTO	73
	HOMAGAN	53
	KELEKPE	80
	KOLO KOPE	73
WAWA	BADOU DJINDJI	100
	BROUNFOU	93
	CHP BADOU	100
	TOMEGBE	53
	WODAGNI	87

### Région des Savanes

District	USP	Prevalence (%)
TONE	BIANKOURI	67
	BIDJENGA	67
	BOUGOU	60
	DAMPIONG	73
	KORBONGOU	53

District	USP	Prevalence (%)
KPENDJAL	MANDOURI	73
OTI	NAMOUDJOGA	73
	FARE	60
	GALANGASHI	53
	GANDO	67

District	USP	Prevalence (%)
	KOURIENTRE	60
	LOTOGOU	60
	MAKOU	80
	NADJOUNDI	53
	NANERGOU	60
	PANA	67
	PANA BAGOU	73
	POLYCLINIQUE	67
	TABI	67
	TAMI	67
	TIMBOU	53
	WARKAMBOU	80

District	USP	Prevalence (%)
	MANGO	73
	NAGBENI	60
	NALI	53
	SADORI	80
	TAKPAMBA	53
	TCHAMONGA	67
	TANDJOARE	BOGOU
	NATIGOU	53
	SISSIAK	53
	TAMPIALIME	53

2) USP où il faut seulement traiter les populations d'âge scolaire (5-15 ans) (n=162)

### Région Centrale

District	USP	Prevalence (%)
BLITA	AGBANDJI	33
	BLITA VILLAGE	47
	DOUFOULI	20
	N'KENGBE	33
	TCHIFAMA	20
SOTOUBOUA	HEZOUDE	47
	KAZABOUA	27
	TEMBIO	20
	TITIGBE	40
TCHAMBA	AFFEM KABYE	33
	AFOSSALAKOPE	27
	CENTRALE	33
	KOULOUMI	27
	KOUSSOUNTOU	27
	KRI KRI	20

District	USP	Prevalence (%)
TCHAOUDJO	CENTRE ISLAMIQUE SALIMDE	47
	KASSENA	27
	KOLINA	27
	KOLOWARE	20
	KOSSOBIO	33
	KOULOUNDE	47
	KPASSOUADE	20
	KPAZA	27
	LAMA TESSI	20
	NADA	33
	POLYCLINIQUE	40
	SABARINGADE	20
	SAGBADAI	20

Région de la Kara

District	USP	Prevalence (%)
ASSOLI	CHP BAFILO	20
BASSAR	CHP BASSAR	33
	KOUNDOUM	33
	SANDA AFOHOU	40
DANKPEN	KOUTIERE	27
DOUFELGOU	AGOUNDE	20
	TENEGA	47
	YAKA	27
KERAN	HELOTA	33
	HP KANTE	33
	KOKOU TEMBERMA	47
	KOUTOUGOU	33
	OSSACRE	47
	PESSIDE	40

District	USP	Prevalence (%)
KOZAH	ADABAWERE	33
	ATCHANGBADE	33
	CMS TCHARE	27
	DJAMDE	20
	KARA SUD	20
	LAMA KPEDA BAS	47
	LAMA SAOUDE	33
	PIYO HOUDE	47
	POLYCLINIQUE	27
	TCHINTCHINDA	20
	TCHITCHAO	20
	YADE BOHOU	27

Région Maritime

District	USP	Prevalence (%)
AVE	AKEPE	20
	ANYRON	27
	NOEPE	20
	TOVEGAN	33
	YOPE TSIVIEPE	20
GOLFE	AGOE ELAVAGNON	33
	CACAVELI	20
LACS	AGOME GLOZOU	27
	AKLAKOU	20
VO	DAGBATI	33

District	USP	Prevalence (%)
YOTO	ESSE ZOGBEDJI	47
	TABLIGBO	20
	TCHKPO DEDEKPOE	20
	TCHKPO DEVE	33
	TOMETY KONDJI	20
	ZIO	AGBELOUVE
ZIO	ALOKOEGBE	20
	WONOUGBA	33

Région des Plateaux

District	USP	Prevalence (%)
AGOU	AGOTIME ADAME	27
	APEGAME	40
	GADJAGAN	20
	KATI	47
	KLONOU	20
	KOLOGAN	47
AMOU	BASSE	20
	CHP AMLAME	20
	CMS SODO	33
	EZIME	20
	GAME	33
	IWASSI	20
	NYILE	40
	SAINT GOTHARD	40
	SANTE ET VIE	33
DANYI	BOGO	40
	DANYI ATIGBA	27
	DENOU	40
	DZOGBEGAN	27
	ELAVANYO	20
	KOUDZRAGAN	33
	SASSANOU	20
	EST MONO	AWAYO
EST MONO	GBADJAHE	20
	NYAMASSILA	20
	OGOU KINKO	40
	ORDRE DE MALTE	27
	TCHEKITA	20
	YANDA	33
	YEBOU	20

District	USP	Prevalence (%)
KLOTO	AGRIPPA	33
	ATCHAVE	47
	BLIFOU	40
	HANYIGBAN	33
	KLOMAYONDI	27
	KOUMA ADAME	33
	KOUMA KONDA	47
	KPADAPE	33
	KPELE ELE	40
	LAVIE	20
	TAGBADJA	33
	TOVE	47
	WOME	40
YOKELE	40	
MOYEN MONO	KPEKPLEME	27
OGOU	AGBONOU	47
	BOCCO	27
	FOKOTE VOSSA	27
	POLYCLINIQUE	20
WAWA	ANONOE	20
	AYAGBA	20
	BENALI	20
	CMS KOUGNOHOU	27
	DOUME	20
	KESSIBO ABREWANKOR	47
	KPETE BENA	40
	OKOU	20
YALLA	27	

	YEBOU	
HAHO	ASRAMA	33
	BATOUME	27
	KPONOU	20
	KPOVE	33

Région des Savanes

District	USP	Prevalence (%)
KPENDJAL	BORGOU	47
	KWAMPIT	33
	NAKI EST	27
	PAPRI	33
	POGNON	20
	TAMBONGA	47
	TCHIMOURI	20
	OTI	BARKOASSI
KOUMONGOU		33
KOUNTOIRE		47
MOGOU		40
SAGBEBOU		47
TAKPAPIENI		47
TCHANAGA		40

District	USP	Prevalence (%)	
TANDJOARE	BOMBOUAKA	40	
	LOKPARO	40	
	MAMPROUGOU	47	
	NANO	40	
	NAYERGOU	33	
	PLIGOU	20	
	TONE	BOADE	20
		CINKASSE	40
DALWAK		33	
KANTINDI		33	
NADJOUNDI		20	
NAKI OUEST		47	
NIOUKPOURMA		33	
SANFANTOUTE		33	

- 3) USP devant organiser la prise en charge des cas (= USP sans traitement de masse ou traitement d'enfants d'âge scolaire)

Annexe 2 Stratégie de lutte contre les géo helminthiases par districts en fonction de la prévalence

- 1) Districts devant organiser une campagne annuelle de distribution de masse d'albendazole

Region	District	Prevalence (%)
CENTRALE	BLITA	36
	SOTOUBOUA	42
	TCHAMBA	29
	TCHAOUDJO	37
KARA	ASSOLI	22

Region	District	Prevalence (%)
PLATEAUX	AGOU	25
	AMOU	29
	DANYI	17
	HAHO	30
	KLOTO	30

	BASSAR	48
	Binah	
	DANKPEN	42
	DOUFELGOU	13
	KERAN	28
	KOZAH	28
MARITIME	AVE	22
	GOLFE	25
	LACS	38
	VO	47
	ZIO	44

	M. MONO	48
	OGOUE	49
	WAWA	20
SAVANES	KPENDJAL	7
	TONE	5

2) Districts devant organiser une campagne semi-annuelle de distribution de masse

Region	District*	Prevalence (%)
Maritime	YOTO	53
Plateaux	EST MONO	51
Savanes	OTI	50
	TANDJOARE	70

\*à organiser au cours du second tour de déparasitage et de supplémentation en Vitamine A des < 5 ans.

Annexe 3: Cible pour le traitement de masse par année

Année 2010 (Les prévisions des années 2011 et 2012 sont obtenues en ajoutant le taux de croissance annuel = 2,4%),

Region	District	Population totale	SCHISTOSOMIASE					Geohelminthe 1-59 mois (Programme)		Geohelminthe (age scolaire 5-15 ans)					Onchocercose			
			Prevalence (%)	Communautes prevalence ≥ 50% (Age>5ans)	Communautes prevalence 20-<50% (Age 5-15 ans)	Traitement total	# Praziquantel	Population cible T1+T2	# Albendazole 200 mg	Prevalence (%)	Population cible T1	Population cible T2	Traitement total	# albendazole 400 mg	Population cible T1	Population cible T2	Traitement total	# Mectizan
CENTRALE	BLITA	136,711	20-100	42,791	2,398	45,189	135,567	42,982		36	41,013	0	41,013	45,115	92,419		92,419	277,257
	SOTOUBOUA	172,107	20-73	19,119	1,970	21,089	63,267	54,110		42	51,632	0	51,632	56,795	84,825	84,825	169,650	508,950
	TCHAMBA	102,127	20-93	15,655	3,789	19,445	58,334	32,109		29	30,638	0	30,638	33,702	55,177	55,177	110,354	331,062
	TCHAOU DJO	210,056	20-73	11,026	6,823	17,849	53,546	66,042		37	63,017	0	63,017	69,318	57,820		57,820	173,460
KARA	ASSOLI	60,875	20		4,523	4,523	13,568	19,139		22	18,263	0	18,263	20,089	30,019	30,019	60,038	180,114
	BASSAR	124,416	40-60	6,441	6,895	13,336	40,008	39,116		48	37,325	0	37,325	41,057	63,959	63,959	127,918	383,754
	Binah	78,316	28-96	21,689	8,439	30,128	90,384	24,623			23,495	0	23,495	25,844	51,784	51,784	103,568	310,704
	DANKPEN	88,202	27		3,000	3,000	9,000	27,731		42	26,461	0	26,461	29,107	89,757	89,757	179,514	538,542
	DOUFELGOU	98,533	20-93	13,979	5,144	19,123	57,369	30,979		13	29,560	0	29,560	32,516	52,749	52,749	105,498	316,494
	KERAN	84,425	33-93	23,120	13,187	36,307	108,920	26,543		28	25,328	0	25,328	27,860	73,632	73,632	147,264	441,792
	KOZAH	249,832	20-100	63,347	42,393	105,740	317,220	78,547		28	74,950	0	74,950	82,445	109,482	109,482	218,964	656,892
MARITIME	AVE	107,199	20-33		9,761	9,761	29,284	33,703		22	32,160	0	32,160	35,376	57,235		57,235	171,705
	GOLFE	378,525	20-33		61,300	61,300	183,899	119,008		25	113,558	0	113,558	124,913	0		0	0
	LACS	284,280	20-27		8,296	8,296	24,889	89,378		38	85,284	0	85,284	93,812	13,515		13,515	40,545
	VO	274,653	33		3,947	3,947	11,841	86,351		47	82,396	0	82,396	90,635	0		0	0
	YOTO	185,875	20-100	34,978	17,391	52,369	157,108	58,439		53	55,763	55,763	111,525	122,678	76,483		76,483	229,449
	ZIO	306,148	20-87	75,910	4,651	80,561	241,684	96,253		44	91,844	0	91,844	101,029	125,736		125,736	377,208
PLATEAUX	AGOU	109,862	20-87	5,070	3,672	8,741	26,224	34,541		25	32,959	0	32,959	36,254	61,161		61,161	183,483
	AIMOU	108,754	20-100	42,134	11,969	54,104	162,311	34,192		29	32,626	0	32,626	35,889	89,536		89,536	268,608
	DANYI	53,602	20-40		7,162	7,162	21,485	16,852		17	16,081	0	16,081	17,689	29,253		29,253	87,759
	EST MONO	96,794	20-93	20,265	13,452	33,717	101,150	30,432		51	29,038	29,038	58,076	63,884	79,083		79,083	237,249
	HAHO	236,779	20-100	123,032	11,579	134,611	403,832	74,443		30	71,034	0	71,034	78,137	164,571		164,571	493,713
	KLOTO	230,909	20-80	29,241	18,746	47,987	143,962	72,598		30	69,273	0	69,273	76,200	96,058		96,058	288,174
	M. MONO	89,081	27-93	64,033	9,039	73,073	219,218	28,007		48	26,724	0	26,724	29,397	43,620		43,620	130,860
	OGOU	315,189	20-100	120,382	20,842	141,224	423,671	99,095		49	94,557	0	94,557	104,012	145,165		145,165	435,495
	WAWA	205,770	20-100	31,174	17,254	48,428	145,283	64,694		20	61,731	0	61,731	67,904	137,553		137,553	412,659
	SAVANES	KPENDJAL	136,509	20-73		21,479	21,479	64,436	42,918		7	40,953	0	40,953	45,048	125,177	125,177	250,354
OTI		156,331	33-80	69,490	16,958	86,448	259,345	49,150		50	46,899	46,899	93,799	103,178	101,982	101,982	203,964	611,892
TANDJOARE		106,597	20-60	14,813	11,990	26,802	80,407	33,514		70	31,979	31,979	63,958	70,354	99,471		99,471	298,413
TONE		312,662	20-80	164,615	26,761	191,376	574,127	98,301		5	93,799	0	93,799	103,178	240,969		240,969	722,907
Total		5,101,119		1,012,305	394,808	1,407,112	4,221,337	1,603,792			1,530,336	163,679	1,694,015	1,863,416	2,448,191	838,543	3,286,734	9,860,202

Formules utilisées: # albendazole 400 = 1.1x #traitements; # Praziquantel = 3x #traitement; # Mectizan = 3x #traitements

Annexe 4: Budget du Ministère de la Santé, dépenses salariales et non salariales (2001 à 2010)  
(en millions de FCFA)

Année	Dépenses Salariales (DS)		Dépenses non Salariales (DNS)		Subventions + Aides+ Secours (S)		BIE	
	Montants	DS/BS %	Montants	DNS/BS %	Montants	S/BS %	Montants	BIE/BS %
2001	5 644	45,1	2 086	16,7	2 295	18,34	2 485	19,86
2002	5 517	45,4	2 101	17,3	1 740	14,32	2 791	22,97
2003	5 926	47,7	2 092	16,8	4 010	32,26	401	3,23
2004	4 998	47,9	2 068	19,8	2 555	24,51	803	7,7
2005	4 836	37,0	2 741	20,9	4 895	37,47	592	4,53
2006	5 372	32,1	2 989	17,9	5 100	30,52	3 250	19,45
2007	4 682	29,2	2 972	18,6	5 115	31,92	3 250	20,28
2008	5 384	30,6	3 181	18,0	5 065	28,74	3 992	22,65
2009	6 210	33,9	3 480	18,9	5 059	27,59	3 585	19,55
2010	6 591 5	37,3	3 876	21,9	5 415	30,67	1 770	10,03

Source : Données: du Ministère de la Santé : DAC

Annexe 5: Allocations budgétaires de l'Etat au Ministère de la Santé (1998-2009) en millions de FCFA)

Année	fonctionnement	Investissement (BIE)	Budget Santé (BS)	Budget Général (BG)	BS/BG	Population	Dépense/hab. (FCFA)
1998	11 190	2 562	13 752	153 136	9,0%	4,406	3 121
1999	12 185	1 420	13 605	155 057	8,8%	4,506	3 019
2000	10 681	585	11 266	179 375	6,3%	4,629	2 434
2001	10 275	372	10 647	171 897	6,2%	4,74	2 246
2002	10 160	361	10 521	183 201	5,7%	4,854	2 167
2003	12 029	401	12 430	179 181	6,9%	4,970	2 501
2004	9 621	803	10 424	199 742	5,2%	5,090	2 048
2005	12 472	592	13 064	202 873	6,4%	5,212	2 507
2006	13 462	3 250	16 712	254 101	6,6%	5,337	3 131
2007	12 770	3 250	16 020	259 627	6,2%	5,446	2 941
2008	13 630	3 992	17 622	307 616	5,7%	5,564	3 167
2009	14 750	3 585	18 335	350 147	5,2%	5,681	3 227

Source : Données: du Ministère de la Santé : DAC

Il est à noter que ces chiffres ne traduisent pas totalement la réalité des dépenses publiques du secteur de la santé, dans la mesure où ils ne prennent pas en compte les dépenses de santé des autres ministères notamment les ministères de l'Action Sociale et de la Solidarité Nationale, ceux de l'Environnement, de l'assainissement, de l'eau et de l'hydraulique villageoise, les services de santé des forces armées.



Annexe 8: Les secteurs d'activités et leur contribution proportionnelle au PIB

	<b>2005-2007</b>	<b>2008</b>	<b>2009</b>	<b>2010</b>	<b>2011</b>
<b>Secteur Primaire</b>	<b>1,9</b>	<b>2,9</b>	<b>2,3</b>	<b>3,1</b>	<b>5,4</b>
Agriculture	1,3	3,1	2,4	3,0	6,0
Elevage, Forêt et Pêche	3,7	2,9	2,0	3,5	4,0
<b>Secteur secondaire</b>	<b>3,9</b>	<b>0,8</b>	<b>2,8</b>	<b>4,5</b>	<b>3,4</b>
Industries Extractives	-7,2	-0,6	-2,0	7,2	8,1
Industries Manufacturières	7,9	5,0	-1,0	2,5	2,5
Bâtiments et Travaux Publics	11,1	0,9	20,0	9,0	2,5
Electricité, eau et gaz	2,6	-11,0	3,0	2,5	2,5
<b>Secteur Tertiaire</b>	<b>0,7</b>	<b>-0,1</b>	<b>0,9</b>	<b>3,0</b>	<b>3,5</b>
Tertiaire marchand	<b>0,6</b>	<b>0,4</b>	<b>0,9</b>	<b>2,6</b>	<b>3,5</b>
Commerce	3,5	-0,5	1,0	2,0	3,5
Transports, Entrepôt et Communications	1,4	1,7	1,0	3,5	3,5
Banques et Assurances	-17,3	14,2	1,0	3,0	3,5
Autres services	-7,7	0,0	0,2	3,0	3,5
Tertiaire non marchand	<b>0,9</b>	<b>-1,3</b>	<b>1,0</b>	<b>3,8</b>	<b>3,5</b>
<b>PIB</b>	<b>2,4</b>	<b>1,1</b>	<b>1,7</b>	<b>3,3</b>	<b>4,1</b>

Source : Document complet de Stratégie de Réduction de la Pauvreté 2009-- 2011

Les données du tableau ci-dessus montrent que la majeure partie de la population togolaise, soit 74,3 % vit en zone rurale. Elle a pour domaine d'activité le secteur primaire (agriculture, élevage, forêt et pêche). Plus démunies et vivant dans des zones rurales isolées, ces populations sont les plus affectées par les maladies tropicales négligées qui sont le symptôme de la pauvreté et de conditions de vie défavorisées.

Annexe 9: Prévalence of mapped diseases (schistosomiasis, sth and trachoma) by district

Region	District	SCH	STH	Trachoma
		Prevalence (%)	Prevalence (%)	Prevalence (%)
CENTRALE	BLITA	25	36	11
CENTRALE	SOTOUBOUA	16	42	12
CENTRALE	TCHAMBA	31	29	2
CENTRALE	TCHAOUDJO	16	37	1
KARA	ASSOLI	3	22	2
KARA	BASSAR	14	48	4
KARA	BINAH	53	*	*
KARA	DANKPEN	3	42	3
KARA	DOUFELGOU	19	13	8
KARA	KERAN	47	28	11
KARA	KOZAH	28	28	5
MARITIME	AVE	6	22	X
MARITIME	GOLFE	5	25	X
MARITIME	LACS	2	38	X
MARITIME	VO	2	47	X
MARITIME	YOTO	20	53	X
MARITIME	ZIO	16	44	X
PLATEAUX	AGOU	12	25	X
PLATEAUX	AMOU	31	29	X
PLATEAUX	DANYI	16	17	X
PLATEAUX	EST MONO	23	51	X
PLATEAUX	HAHO	42	30	X
PLATEAUX	KLOTO	25	30	X
PLATEAUX	MOYEN MONO	41	48	X
PLATEAUX	OGOU	39	49	X
PLATEAUX	WAWA	19	20	X
SAVANES	KPENDJAL	28	7	2
SAVANES	OTI	44	50	1
SAVANES	TANDJOARE	26	70	1
SAVANES	TONE	48	5	8
LOME	LOME 1	†	†	†
LOME	LOME 2	†	†	†
LOME	LOME 3	†	†	†
LOME	LOME 4	†	†	†
LOME	LOME 5	†	†	†

X = trachoma mapping not done in this district - prevalence too low to warrant mapping/MDA

\* = district not mapped - prevalence of schisto and STH known

† = district not mapped - urban area without significant NTD prevalence