

MINISTÈRE DE LA SANTÉ, DE L'HYGIÈNE PUBLIQUE
ET DE L'ACCÈS UNIVERSEL AUX SOINS

C A B I N E T

SECRETARIAT GÉNÉRAL

RÉPUBLIQUE TOGOLAISE
Travail – Liberté – Patrie



DIRECTION GÉNÉRALE DE L'ACTION SANITAIRE

DIRECTION DE LA LUTTE CONTRE LA MALADIE ET DES PROGRAMMES DE SANTÉ PUBLIQUE

Programme National des Maladies Tropicales Négligées

Plan Stratégique National de Lutte Intégrée contre les Maladies Tropicales Négligées au Togo 2022 – 2023

Janvier 2022

Table des matières

REMERCIEMENTS.....	3
LISTE DES ABREVIATIONS ET ACRONYMES.....	4
LISTE DES FIGURES ET TABLEAUX.....	5
DEFINITIONS DES CONCEPTS CLES [1].....	6
INTRODUCTION.....	8
I. ANALYSE DE LA SITUATION.....	10
1.1 Analyse du contexte national.....	10
1.1.1 Profil du pays.....	10
1.1.2 Analyse du système national de santé.....	13
1.2 Analyse de la situation des maladies tropicales négligées.....	19
1.2.1. Epidémiologie et importance des maladies.....	19
1.2.2 Maladies tropicales négligées à chimiothérapie préventive.....	19
1.2.3 Maladies tropicales négligées à prise en charge des cas (MTN à PCC).....	26
1.2.4. Performance du programme de lutte contre les MTN.....	30
1.2.5. Performance des autres interventions liées au programme de lutte contre les MTN.....	34
1.2.6. Financement de la lutte contre les MTN.....	42
1.2.7 Forces, faiblesses, menaces et opportunités.....	43
1.3 LACUNES ET PRIORITES.....	44
II. AGENDA STRATEGIQUE.....	46
2.2. Principes Directeurs.....	46
2.3. Piliers stratégiques.....	46
2.4 Résumé des objectifs par maladie.....	49
III. Mise en œuvre de la stratégie - Cadre opérationnel.....	50
3.1. Objectifs stratégiques, stratégies, cibles et activités.....	50
3.2. CADRE ORGANISATIONNEL ET DE SUIVI EVALUATION.....	64
3.2.1 Cadre organisationnel.....	64
3.2.2 Collaboration multisectorielle et partenariats.....	66
3.2.3 Cadre de Suivi évaluation de la mise en œuvre des interventions.....	67
3.3 Recherche opérationnelle.....	68
3.4 Cadre de performance du plan directeur.....	69
IV ESTIMATION DU BUDGET.....	72
Références.....	75
ANNEXES.....	77

REMERCIEMENTS

Le Ministère de la Santé, de l'Hygiène Publique et de l'Accès Universel aux Soins adresse ses sincères remerciements à l'équipe technique d'élaboration du Plan Stratégique National de Lutte Intégrée contre les MTN, aux participants à l'atelier de validation, aux Partenaires au développement et à tous ceux qui de près ou de loin ont contribué à l'atteinte des objectifs.

LISTE DES ABREVIATIONS ET ACRONYMES

PEC	Prise en charge des cas
PIB	Produit intérieur brut
PNB	Produit national brut
IVM	Lutte anti vectorielle intégrée
LF	Filariose lymphatique
MDA	Administration massive de médicaments
MTN	Maladies tropicales négligées
Oncho	Onchocercose
CTP	Chimio thérapie préventive
SSP	Soins de santé primaires
CCC	Communication pour le changement de comportement
SCH	Schistosomiase
STH	Géo helminthiases
FFOM	Forces, Faiblesses, Opportunités et Menaces
TRA	Trachome
WASH	Eau, assainissement et hygiène
OMS	Organisation mondiale de la Santé
PCC	Prise en charge des cas
OMD	Objectifs du millénaire pour le développement
ODD	Objectifs de développement durable

LISTE DES FIGURES ET TABLEAUX

Tableau I Prévalences des Géo-helminthiases en 2009 et 2015 au Togo	22
Tableau II Evolution des couvertures thérapeutiques nationales par intervention de 2016 à 2020.....	22
Tableau III Résultats des Trachomes Folliculaires chez les enfants de 1 à 9 ans en 2017	23
Tableau IV Résultats des Trachomes Trichiasis chez les plus de 15 ans en 2017	23
Tableau V Nombre de districts endémiques par région pour les MTN à CTP	24
Tableau VI Données nationales sur la population, écoles et établissements de santé au niveau des régions/districts	24
Tableau VII Nombre de districts endémiques aux MTN à PCC.....	30
Tableau VIII Niveau d'atteinte des indicateurs et cibles du Plan directeur 2016 – 2020.....	32
Tableau IX Résumé des informations sur les interventions menées dans le cadre des programmes de lutte contre les MTN existants (Situation en 2020).....	33
Tableau X Différents types d'interventions selon les vecteurs et MTN connexes en 2020 au Togo	35
Tableau XI Niveau des indicateurs dans les différentes régions	38
Tableau XII Principaux partenaires du secteur WASH	39
Tableau XIII Dépenses relatives aux activités du Plan Directeur 2016 - 2020.....	42
Tableau XIV Répartition du financement par type de partenaire	43
Tableau XV Analyse FFOM.....	43
Tableau XVI Mission et vision de programme de lutte contre les MTN	46
Tableau XVII Piliers et objectifs stratégiques	48
Tableau XVIII Résumé des objectifs par maladie.....	49
Tableau XIX : Cadre opérationnel	50
Tableau XX Organes de coordination du Programme National MTN.....	64
Tableau XXI Rôle des différents secteurs dans le cadre de la collaboration intersectorielle.....	66
Tableau XXII Cadre de performance du plan directeur	69
Tableau XXIII: BUDGET DU PLAN STRATEGIQUE NATIONAL DE LUTTE INTEGREE CONTRE LES MALADIES TROPICALES NEGLIGÉES 2022-2023 (PILIERS ET OBJECTIFS STRATEGIQUES)	72
Tableau XXIV: BUDGET DU PLAN STRATEGIQUE NATIONAL DE LUTTE INTEGREE CONTRE LES MALADIES TROPICALES NEGLIGÉES 2022-2023 (PAR DOMAINES)	74
.....	
Figure 1 Organisation administrative du système de santé au Togo	14
Figure 2 Situation de l'onchocercose au Togo au début en 1976	20
Figure 3 Evolution du nombre de cas de UB de 2008 à 2021 au Togo.....	26
Figure 4 Evolution des indicateurs d'élimination de la lèpre 2011-2020	29
Figure 5 Performance des principaux indicateurs WASH au Togo	37
Figure 6 Initiative One Health.....	40
Figure 7 Organigramme du PNMTN	65

DEFINITIONS DES CONCEPTS CLES [1]

- **Administration massive de médicaments** : Distribution de médicaments à l'ensemble de la population d'une zone administrative donnée (état, région, province, district, sous-district ou village par exemple), indépendamment de l'apparition de symptômes ou d'une infection. Des critères d'exclusion peuvent cependant être appliqués. (Dans le présent document, les termes Administration massive de médicaments et Chimio prévention sont employés de façon interchangeable)
- **Chimio prévention** : Administration de médicaments à grande échelle, seuls ou en association, lors des interventions de santé publique. L'administration massive de médicaments constitue une forme de chimio prévention. D'autres formes peuvent être limitées à des groupes de population spécifiques comme les enfants d'âge scolaire et les femmes en âge de procréer. (Dans le présent document, les termes Chimio prévention et Administration massive de médicaments sont employés de façon interchangeable.)
- **Élimination** (interruption de la transmission) : Incidence de zéro cas de l'infection causée par un agent pathogène spécifique dans une zone géographique donnée, avec un risque de réintroduction minimale, à la suite d'efforts délibérés. Des interventions continues visant à empêcher la reprise de la transmission peuvent être nécessaires. La documentation de l'élimination de la transmission s'appelle la vérification.
- **Élimination en tant que problème de santé publique** : Ce terme concerne à la fois les infections et les maladies. Il s'agit de l'atteinte de cibles mesurables fixées par l'OMS relativement à une maladie spécifique. Une fois qu'elles ont été atteintes, des actions continues doivent être menées en vue de les maintenir et de poursuivre l'interruption de la transmission. La documentation de l'élimination en tant que problème de santé publique s'appelle la validation.
- **Eradication** : Incidence mondiale permanente de zéro cas de l'infection causée par un agent pathogène spécifique, à la suite d'efforts délibérés, sans risque de réintroduction
- **Hygiène** : Conditions ou pratiques permettant de préserver la santé et de prévenir les infirmités.
- **Lutte** : Réduction de l'incidence et de la prévalence d'une maladie et de la morbidité et la mortalité liées à celle-ci, à un niveau acceptable au plan local, au moyen d'efforts délibérés. Des interventions continues sont nécessaires pour que la réduction se poursuive. Cette lutte peut avoir un rapport ou non avec les cibles mondiales fixées par l'OMS.
- **Lutte anti vectorielle intégrée** : Processus rationnel de prise de décisions pour une utilisation optimale des ressources destinées à la lutte anti vectorielle.
- **Morbidité** : Effets cliniques décelables et mesurables des infections et des maladies qui nuisent à la santé des individus. Les signes de morbidité peuvent être manifestes (présence de sang dans les urines, anémie, douleurs chroniques ou fatigue, par exemple) ou subtils (retard de croissance,

ralentissement de la performance scolaire ou professionnelle ou sensibilité accrue à d'autres maladies).

- **Plateforme** : Structure à travers laquelle les programmes ou les interventions de santé publique sont mis en œuvre.
- **Suivi et évaluation** : Processus visant à augmenter les performances et à mesurer les résultats en vue d'améliorer la gestion des résultats, des réalisations et de l'impact.
- **Zone d'endémie** : Zone dans laquelle une maladie a persisté au sein d'une population ou d'une région et s'est généralement fixée à un taux de survenue relativement constant.

INTRODUCTION

La Région africaine supporte environ 40 % de la charge mondiale de morbidité due aux maladies tropicales négligées (MTN). Une maladie tropicale négligée au moins est endémique dans les 47 pays de la Région, et cinq maladies tropicales au moins sont Co-endémiques dans 36 (78 %) d'entre eux (Doc cadre OMS, 29 octobre 2020). Etant donné qu'elles altèrent les capacités physiques et intellectuelles des personnes touchées et se développent dans des zones où l'accès à des soins de santé de qualité, à de l'eau potable et à des installations sanitaires est limité, les MTN perpétuent un cycle de pauvreté.

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.

Pour les MTN à Chimiothérapie préventive (CTP), la prise en charge intégrée s'est renforcée ces quatre dernières années par l'amélioration des couvertures thérapeutiques des interventions.

En ce qui concerne l'Onchocercose, les Géo helminthiases et les Schistosomias, les couvertures thérapeutiques sont dans les normes requises. Quant à la Filariose lymphatique, le Togo a atteint le seuil de son élimination et n'est plus un problème de santé publique depuis mars 2017. Cependant la surveillance se poursuit de même que la détection et la prise en charge des cas de morbidité.

Quant aux MTN à prise en charge des cas (PCC), de 2017 à 2020 on note 680 cas notifiés dont 2387 pour l'Ulçère de Buruli, 368 pour la lèpre et 74 cas suspects pour le Pian.

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. En 2015, le Ministère en charge de la santé, convaincu qu'investir plus dans la lutte intégrée contre les 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 Directeur national 2016 – 2020.

Étant donné que la feuille de route mondiale pour l'élimination des MTN à l'horizon 2030 a été élaborée, il est impératif que les Plans Directeurs pays s'alignent sur ce document mondial, élaboré sur la base d'une approche inclusive.

Le Plan Directeur est un outil destiné à permettre au gouvernement de faire une planification conjointe des interventions de lutte contre les MTN. Ce qui facilite l'alignement des partenaires et des parties prenantes, afin qu'ils fournissent un appui complémentaire aux pays. Ce plan fixe des cibles spécifiques et mesurables à atteindre d'ici à 2024, en ce qui concerne la lutte contre toutes les MTN endémiques présentes au Togo, leur élimination et leur éradication, ainsi que des cibles transversales conformes au treizième programme général de travail 2019-2023 de l'OMS et des ODD.

Le présent Plan Directeur 2022-2024 qui s'aligne sur le PNDS 2017-2022, sera révisé par rapport au nouveau PNDS. Mais à l'instant, il s'appuie sur l'évaluation du Plan Directeur précédent, en prenant en compte les insuffisances, les priorités identifiées et les progrès réalisés. Conformément aux directives de l'OMS, ce nouveau Plan Stratégique vise trois approches rénovatrices fondamentales dans sa mise en œuvre pour lutter contre les MTN :

- Accroître la responsabilisation en ce qui concerne l'impact, en utilisant des indicateurs d'impact,
- Intégrer les programmes des maladies spécifiques de MTN dans les systèmes nationaux de santé et en intensifiant les approches transversales axées sur les besoins des personnes et des communautés,
- Changer les modèles et les habitudes de fonctionnement afin de permettre une plus grande appropriation des programmes par les pays tout en renforçant le financement par l'Etat.

Au tournant de la nouvelle décennie, une redéfinition des objectifs de la lutte pour le contrôle et l'élimination des MTN est nécessaire. La prise en compte des considérations relatives à la sécurité des activités liées aux MTN dans une époque post-COVID-19 est également indispensable.

Compte tenu du changement proposé dans la nouvelle feuille de route mondiale de l'OMS sur les MTN pour 2021-2030, le Plan Stratégique 2022 – 2024 est subdivisé en quatre sections :

- **Analyse de la situation** : décrit l'environnement dans lequel le programme MTN sera développé et mis en œuvre, y compris les facteurs environnementaux et contextuels nationaux qui sont essentiels pour comprendre la répartition des MTN et leur contrôle ;
- **Agenda stratégique** : les buts et objectifs donnent un aperçu des cibles et des étapes pour toutes les MTN qui sont endémiques dans le pays. Ces MTN sont déterminées en consultation avec les parties prenantes dans le pays, y compris le niveau central, régional, les groupes scientifiques et de recherche, les organisations non gouvernementales, les partenaires de mise en œuvre, les donateurs et les organisations du secteur privé ;
- **Mise en œuvre de la stratégie** : le cadre opérationnel MTN vise à assurer trois changements fondamentaux dans l'approche de la lutte contre les MTN : une responsabilité accrue en matière d'impact en utilisant des indicateurs d'impact au lieu d'indicateurs de processus ; l'abandon des programmes cloisonnés et spécifiques à une maladie en intégrant les programmes dans les systèmes de santé nationaux et en intensifiant les approches transversales centrées sur les besoins des personnes et des communautés ; un changement dans les modèles opérationnels et la culture pour faciliter une plus grande appropriation des programmes par le pays ;
- **Budgétisation** : un outil de gestion essentiel pour la planification et la mise en œuvre des activités.

I. ANALYSE DE LA SITUATION

1.1 Analyse du contexte national

1.1.1 Profil du pays

➤ Structure Politique et administrative

Le Togo compte cinq régions administratives (Savanes, Kara, Centrale, Plateaux et Maritime). Chaque région est subdivisée en préfectures. Celles-ci sont aussi subdivisées en communes. On compte au total 39 préfectures et 117 communes pour l'ensemble du pays.

Pour ce qui concerne les réformes politiques, depuis 2006, l'amélioration de la gouvernance a permis la reprise de la coopération avec les principaux partenaires au développement. Pour faire face à ces enjeux de développement et traduire dans la réalité la vision du Togo émergent d'ici 2030, un Plan National de Développement (PND) a été élaboré et validé le 03 août 2018, suivi d'une feuille de route gouvernementale à l'horizon 2025.

➤ Structure géographique et démographique

Situé en Afrique de l'ouest, le Togo est un pays d'environ 7 798 000 d'habitants avec une densité de 133 habitants/Km² en 2017 [2]. Il s'agit d'une population majoritairement rurale (62,3%) avec une prédominance de jeunes de moins de 25 ans (60 %). Les femmes représentent 52% de la population. L'espérance de vie à la naissance est de 63,3 [3]. Selon les perspectives démographiques 2011-2031, la population togolaise croît à un rythme relativement rapide et comptera environ 10 millions d'habitants à l'horizon 2031 [4]. Le recensement de la population togolaise en 2010 met en évidence un taux de croissance annuelle de 2,8%.

Le Togo affiche une croissance démographique élevée de 2,4% par an avec un indice de fécondité de 4,8 enfants par femme. L'effectif de la population a ainsi plus que doublé en moins de 30 ans avec une population estimée à 6,8 millions d'habitants en 2010 contre 2,7 millions en 1981. Les projections de population prévoient une hausse de 25% de la population d'ici à 2020, soit 8,5 millions d'habitants. C'est une population majoritairement jeune (60% sont âgés de moins de 25 ans et 42% ont moins de 15 ans) et rurale (62%), inégalement répartie sur le territoire national (Lomé et sa périphérie concentrent 24% de la population). La croissance démographique élevée entraîne une forte pression sur les infrastructures et les services sociaux de base tels que l'éducation, la santé, l'accès à l'énergie et à l'eau potable, la sécurité alimentaire.

Sur le plan hydrographique, les principaux cours d'eau du Togo sont le Mono et l'Oti. Le Mono prend sa source dans le massif de l'Atakora au centre-ouest du Bénin, traverse le Togo sur environ 500 km dont une centaine marque la frontière entre le Togo et le Bénin avant de se jeter dans l'Océan Atlantique à Grand-Popo au Bénin [5]. Un barrage hydroélectrique érigé sur son cours à Nangbéto (environ 200 Km au nord de Lomé) a amenuisé la quantité d'eau drainée par la partie sud du Mono. L'Oti prend sa source dans le massif de l'Atakora dans le département de même nom au nord du Bénin, traverse le Togo en écharpe dans une plaine de savane arborée avant de se jeter dans la Volta au Ghana près de Kete-Kratchi [6].

Le climat est de type tropical variant sensiblement de la région méridionale à la région septentrionale. Il est subdivisé en deux grandes zones : une zone de type soudanien dans la moitié sud marquée par deux

saisons pluvieuses et deux sèches avec de vastes terres productives et une zone de type sahélien avec une saison sèche et une pluvieuse dans la moitié nord. Chaud et humide, ce climat est favorable à la prolifération de vecteurs de maladies et est en partie responsable du profil épidémiologique national dominé par les maladies-infectieuses, parasitaires dont les maladies tropicales négligées [7].

- Situation et Indicateurs socio – économiques

Le Togo est un pays à faible revenu avec un PIB de 617 Dollar par habitant en 2017 [8]. Le secteur agricole représente près de 40 % du PIB et fournit plus de 60 % des emplois [10].

Son économie est basée sur les mines, l'agriculture, les activités d'exportations et de réexportations et celles portuaires lui conférant une véritable plaque tournante pour les échanges commerciaux entre pays de la sous-région [2]. La dette publique, calculée en incluant les préfinancements, les arriérés de paiement intérieurs et la dette des entreprises publiques, est passée de 48,6 % du PIB en 2011 à 80,8 % en 2016, en raison d'investissements en infrastructures publiques financés à la fois par des emprunts intérieurs et extérieurs. Le déficit du compte courant est resté élevé, atteignant 9,8 % du PIB en 2016, essentiellement à cause des importations liées aux investissements [9].

Malgré les efforts du gouvernement, la pauvreté demeure un sujet de préoccupation nationale. En 2015, plus de la moitié des ménages (55,1%) vivaient en dessous du seuil de pauvreté monétaire, principalement en zone rurale (environ 68,9%) et parmi les ménages, ceux dirigés par les femmes représentent 57,5% [7].

La lutte contre la pauvreté a connu des avancées depuis 2006 : des documents normatifs et stratégiques ont été élaborés à savoir : le Document de Stratégie de Réduction de la Pauvreté (DSRP-C), la Stratégie de Croissance Accélérée et de Promotion de l'Emploi (SCAPE) pour la période 2013-2017 et le Plan National de Développement (PND)¹, 2018-2022. Ces différentes stratégies prennent en compte les politiques sectorielles dont la Politique Nationale de Protection Sociale (PNPS) et la Politique Nationale de Santé (PNS). [7].

- Approvisionnement en eau potable

L'eau potable est indispensable à la vie, au développement et à l'environnement. Le Togo s'est engagé depuis la première Décennie Internationale de l'Eau Potable et de l'Assainissement (DIEPA) 1981-1990, dans un vaste programme d'équipement des centres urbains et ruraux d'infrastructures d'alimentation en eau potable et d'assainissement. En matière d'approvisionnement en eau potable, on distingue trois zones d'intervention : le milieu rural, le milieu semi urbain et le milieu urbain. L'insuffisance des ouvrages d'approvisionnement en eau potable et leur accès difficile sont les problèmes majeurs en particulier dans les zones rurales. Un mauvais approvisionnement et assainissement en eau influe négativement sur la santé. En effet l'eau non potable est un vecteur important de maladies telles que le trachome, le choléra, la fièvre typhoïde et les schistosomias. 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. En effet 97,7%, suivie de la Région Centrale (78,1%), Maritime (69,7 %), de la Kara (69,4%), Plateaux (68,1%) et Savanes (52,9%) [11].

Le déficit d'équipement en infrastructures d'eau potable, tant en milieu rural qu'en milieu urbain, est considérable. Le taux national de desserte en eau potable est d'environ 70% en 2019. 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. Le gouvernement a entrepris des réformes pour améliorer la situation. Un Plan Directeur a été élaboré en 2021 et servira d'instrument de travail pour le Ministère en charge de l'eau de même que les opérateurs du sous-secteur.

- 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 géo-helminthiases, le trachome, la poliomyélite, etc.

En somme, un mauvais approvisionnement et assainissement en eau influe négativement sur la santé. En effet l'eau non potable est un vecteur important de maladies telles que, le choléra, la fièvre typhoïde et les schistosomiasis. L'absence d'eau occasionne le manque d'hygiène des mains et est également source de problèmes de santé publique comme le cas du trachome.

- Transport et communication

Le Togo est doté d'importantes infrastructures en matière d'équipement de transports et de communications. Il existe un port franc en eau profonde. Le réseau transport est essentiellement terrestre et 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.

Dans le domaine de la communication, on note l'existence de médias publics et privés (presse écrite, radio, TV, radios rurales au niveau des districts). Les radios rurales contribuent plus à des activités communautaires en matière de sensibilisation et d'IEC.

- Situation socio culturelle

Sur le plan social, des efforts restent à faire. Selon le rapport mondial sur le développement humain 2016, le Togo est classé au 166ème rang sur 188 pays avec un Indice de Développement Humain (IDH) évalué à 0,484. Cela met en exergue le déficit important en matière d'investissement, entre autres, dans

les domaines sociaux de base (santé, éducation, eau/assainissement, protection sociale) qui sont les éléments clés du développement humain. Les secteurs de l'éducation et de la santé représentent une part conséquente des dépenses publiques, mais en deçà des normes internationales ou africaines ; notamment en ce qui concerne l'éducation (14,2 % du budget en moyenne entre 2009 et 2014 contre une norme de 20,0% selon l'engagement de Dakar), la santé (6,8% contre une norme de 15,0% d'après la déclaration d'Abuja). Des efforts supplémentaires s'avèrent donc nécessaires pour accroître les ressources et les utiliser avec efficacité.

1.1.2 Analyse du système national de santé

1.1.2.1 Objectifs et priorités du système de santé

La Politique Nationale de Santé horizon 2022, validée depuis septembre 2011 avec le Comité des Partenaires en Santé, a défini une vision du secteur qui est : « assurer à toute la population le niveau de santé le plus élevé possible en mettant tout en œuvre pour développer un système de santé performant basé sur des initiatives publiques et privées, individuelles et collectives, accessibles et équitables, capables de satisfaire le droit à la santé de tous en particulier les plus vulnérables ». (Rapport annuel de performance, année 2020)

La mise en œuvre de cette politique est facilitée par le Plan National de Développement Sanitaire (PNDS) et les Cadres de Dépenses à Moyen Terme (CDMT).

Le PNDS 2017-2022 se décline en cinq (5) axes stratégiques en cohérence avec les priorités nationales et internationales, les enjeux et les défis majeurs du secteur. Il s'agit de :

♣ **Axe stratégique 1** : Accélération de la réduction de la mortalité maternelle, néonatale et infanto juvénile et renforcement de la planification familiale et de la santé des adolescents ;

♣ **Axe stratégique 2** : Renforcement de la lutte contre les maladies transmissibles ;

♣ **Axe stratégique 3** : Amélioration de la sécurité sanitaire et la réponse aux épidémies et autres urgences de santé publique ;

♣ **Axe stratégique 4** : Renforcement de la lutte contre les maladies non transmissibles et promotion de la santé ;

♣ **Axe stratégique 5** : Renforcement du système de santé vers la Couverture Sanitaire Universelle (CSU) y compris la santé communautaire.

En ce qui concerne le deuxième axe stratégique « Renforcement de la lutte contre les maladies transmissibles », la priorité est de réduire d'ici à 2022 :

- ✓ la prévalence du VIH chez les 15 à 49 ans de 2,5% à 1,8% ;
- ✓ la mortalité spécifique au VIH de 83,2 à 30,6 pour 100 000 habitants ;
- ✓ l'incidence du paludisme de 161,0 à 40,0 ‰ ;
- ✓ l'incidence de la tuberculose de 58,0 à 23,0 ‰
- ✓ la prévalence des schistosomiases de 5,0 à 0,2%.

Pour y parvenir, les plans stratégiques des différents programmes, plus particulièrement ceux liés au contrôle du paludisme, du VIH/SIDA, des hépatites et de la tuberculose, ainsi que celui lié à l'élimination des principales Maladies Tropicales Négligées (MTN), permettent de mieux coordonner la mise en œuvre.

1.1.2.2 Prestations de services et équité dans l'accès aux soins

✓ Organisation administrative du système national de santé

Le système national de santé est organisé selon une structure pyramidale à trois niveaux avec le district sanitaire comme unité opérationnelle. Il est résumé dans la figure 1 ci-dessous.

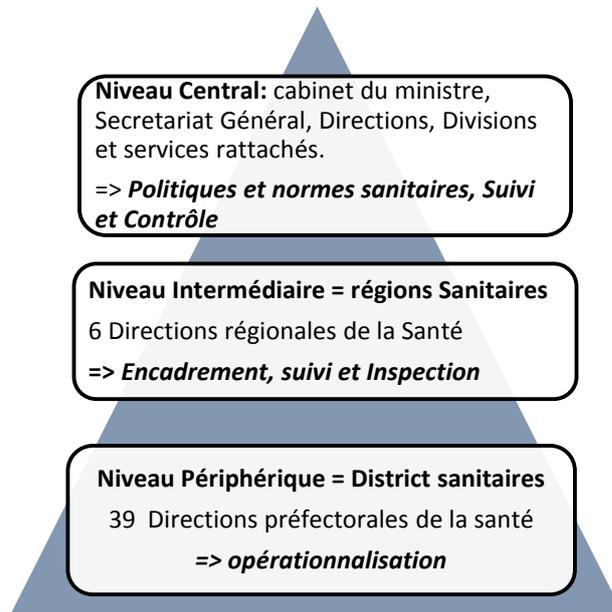


Figure 1 Organisation administrative du système de santé au Togo

Source : Plan national de développement sanitaire 2017- 2022

✓ Organisation de l'offre des soins

La politique de santé est basée sur les soins de santé primaires. L'offre des soins est organisée selon trois niveaux : primaire, secondaire et tertiaire. La première ligne de soins est fournie par les unités de soins périphériques (USP), avec l'hôpital de district comme premier niveau de référence. Les soins offerts sont polyvalents incluant un paquet minimum de soins préventifs, curatifs et promotionnels. L'une des particularités, c'est la délégation des tâches dans la majorité des structures de soins tenues par des paramédicaux. Les six (06) centres hospitaliers régionaux (CHR) constituent le deuxième niveau de référence. Les soins de santé tertiaires sont dispensés dans les trois centres hospitaliers universitaires (CHU) que compte le pays et dans des hôpitaux spécialisés de référence. Par ailleurs, il s'agit d'un système pluraliste avec un secteur public représentant 59% selon la carte sanitaire 2016 [12]. Parmi les 41 % appartenant au secteur privé, 62 % sont des privés lucratifs. Il a été inventorié 1124 établissements de soins tous secteurs et toutes catégories confondus dont 1112 Unités de soins périphériques (USP) selon la même source [12].

✓ Utilisation des services de santé

Selon l'annuaire statistique sanitaire 2019 [13] l'utilisation des services ambulatoires est de 63,6 %. Le paludisme simple et grave représentent le premier motif de consultation (54,4 %). L'extension communautaire des soins offerts à la population générale se fait par les Agents de santé communautaire (ASC) qui assurent par délégation les soins dans la communauté.

Il faut noter que les établissements de santé participent à la lutte contre les MTN notamment dans le volet prévention de la maladie et de prise en charge des complications.

✓ Accessibilité géographique

Le taux d'accessibilité géographique des populations aux services de santé est de 74,40% en 2019. Il n'a pas connu de progrès en 2020. Ce taux est plus faible en milieu rural qu'en milieu urbain (Rapport annuel de performance du ministère en charge de la santé, octobre 2020).

✓ Accessibilité financière

Plusieurs mécanismes sont mis en place pour garantir l'accessibilité financière des soins de santé. Il s'agit des dispositifs d'exemption totale ou partielle des frais des soins, des mécanismes d'assurance maladie non contributifs et contributifs. Malgré l'existence de ces mécanismes, l'accessibilité financière des soins de santé reste toujours limitée pour une certaine catégorie des populations. Beaucoup d'efforts restent à faire pour garantir une protection financière à l'ensemble de la population.

On peut noter entre autres :

○ Prise en charge sanitaire des indigents :

L'Etat, pour couvrir les soins de santé des indigents, met à la disposition des structures de soins des subventions couvrant tout ou une partie du coût des soins. En 2020, cette subvention s'élevait à 850 millions de FCFA, soit 1,4% du budget alloué au Ministère chargé de la santé suivant la loi des finances 2020 et 14% du budget total alloué aux hôpitaux. Cependant sur le terrain, il est observé une inefficacité dans l'utilisation des fonds pour indigents. A ce jour, il n'existe pas de critères objectifs de définition de l'indigence, ni de mécanismes de contrôle de l'utilisation de ces fonds alloués. (Source : Rapport final revue des interventions RSS et Ministère de l'Économie et des Finances, Loi de finances rectificative, gestion 2020).

○ Gratuité/Subvention des soins :

Il existe plus d'une dizaine de programmes de gratuité et de subventions partielles des soins ciblant les femmes enceintes, les enfants de même que des pathologies spécifiques. On peut citer entre autres : la Prévention de la Transmission du VIH de la Mère à l'Enfant (PTME) pour la femme enceinte, la Planification Familiale (PF), le dépistage volontaire et la prise en charge du VIH, la prise en charge de la tuberculose, de la malnutrition aigüe et sévère, des patients souffrant d'insuffisance rénale (dialyse), le diagnostic et la prise en charge du paludisme, la subvention de la césarienne et la prise en charge de la fistule obstétricale, le programme de prise en charge des femmes enceintes (Wezou), etc.

Quant aux maladies tropicales négligées, on note la gratuité de la prise en charge de la lèpre, de l'ulcère de Buruli, du pian, des lymphœdèmes ; La distribution gratuite des médicaments au cours des traitements de masse contre les MTN à CTP entre autres l'onchocercose, les géo-helminthiases et les schistosomiasis.

○ Assurance maladie universelle :

L'assurance maladie universelle est affirmée dans la Politique Nationale de Santé adoptée en 2011. Elle a connu un début de concrétisation par la Loi N°2011-003 instituant le régime de l'assurance maladie obligatoire pour les agents publics et assimilés et leurs ayants droit dont la gestion est confiée à l'Institut

d'Assurance Maladie (INAM). Le régime obligatoire d'assurance maladie couvre les risques liés à la maladie, aux accidents non professionnels et à la maternité.

Les bénéficiaires couverts par ce régime sont les agents publics et assimilés en activité et à la retraite ainsi que leurs ayants droits (conjoint, enfants nés dans ou hors mariage et légalement reconnus ou adoptés, âgés de 21 ans au début et ramené à 26 ans (depuis août 2018) au plus dans une limite de 4 enfants par assujetti). La cotisation est de 3,5% du salaire à la charge de l'assuré et 3,5% du salaire à la charge de l'État employeur et de ses démembrements. Pour les agents à la retraite, la cotisation est de 3,5% de la pension à la charge exclusive de l'agent à la retraite. Le ticket modérateur est de 20% pour les soins de santé primaires et de 10% pour l'hospitalisation. Les femmes enceintes et les enfants de moins de 5 ans ne payent pas le ticket modérateur.

Dans le cadre la riposte nationale contre la COVID-19, le personnel soignant (infirmiers, médecins, garde-malades, personnels administratifs, ...) a bénéficié de la part de l'INAM d'une assurance spéciale « décès et incapacité temporaire de travail suite à la maladie du Coronavirus »

- Mutuelles communautaires de santé :

Le système de mutuelles de santé qui existe au Togo est très peu développé et reste à harmoniser ; le régime de protection sociale n'est pas harmonisé et donc moins de 1% des dépenses de santé y transitent (Comptes de la santé 2016)

- School Assur :

Une autre assurance est celle offerte aux élèves à travers « School Assur », un programme de prise en charge des frais des soins de santé des écoliers et élèves des établissements publics, lancé en 2017. Pour chaque élève, un plafond annuel de 30 000 F est fixé.

Parlant du taux d'utilisation des soins curatifs, il a subi une progression passant de 56,30% en 2018 à 63,10% en 2019 et à 89,90% en 2020.

1.1.2.3 Ressources Humaines

La situation des ressources humaines du secteur public de la santé montre une légère évolution de l'effectif durant les cinq (05) dernières années. On constate une légère évolution de l'effectif du personnel du secteur public de santé de 2016 à 2020. Cet effectif est passé de 11 555 à 12 378 entre 2019 et 2020. Il se dégage un écart positif de 823 agents soit une progression de 7,12% malgré les départs enregistrés sur la même période (source : revue des interventions de 2020 en matière de renforcement du système de santé).

Le taux de couverture des besoins en personnel de santé au niveau primaire de soins est passé de 42,50% en 2018 à 42,29% en 2019, puis à 36,19% en 2020 pour une cible corrigée de 47%.

Parlant de la formation initiale en 2020, les institutions de formation ont mis sur le marché de l'emploi 193 infirmiers, 125 sage-femmes, 55 infirmiers auxiliaires et 46 accoucheuses auxiliaires. Quant à la formation du personnel en cours d'emploi, au total, 133 agents ont bénéficié des formations diplômantes au cours de l'année 2020 contre 131 en 2019.

Cependant, on note une insuffisance de ressources humaines qualifiées pour la mise en œuvre des activités de lutte contre les MTN. Ce qui pourrait être dû à un déséquilibre entre la production et la distribution du personnel de santé. De même que l'insuffisance dans la coordination (planification des affectations et formations du personnel ne prenant pas en compte les besoins des programmes verticaux).

1.1.2.4 Médicaments et autres produits de santé

L'élaboration en 2019, d'une stratégie nationale d'optimisation de la chaîne d'approvisionnement des produits de santé au Togo (CAPS) 2019-2022 prenant en compte la problématique récente du « dernier kilomètre » s'inscrit dans la vision à l'horizon 2030. Cette vision permet d'assurer jusqu'à la formation sanitaire, dernier kilomètre, une disponibilité continue et un accès universel aux produits de santé de qualité, en se basant sur un système unique et intégré, soutenu par des ressources pérennes et avec l'implication des acteurs publics et privés.

La CAMEG assure la distribution intégrée des produits subventionnés par les partenaires (intrants VIH/PTME, TDR, CTA, MID, autres) jusqu'aux districts sanitaires. Tous les districts sanitaires ont bénéficié d'un financement pour l'enlèvement des intrants VIH et Paludisme grâce à la subvention fonds mondial (source : revue des interventions de 2020 en matière de renforcement du système de santé).

Cependant la gestion des intrants du programme MTN tarde encore à bénéficier des subventions des partenaires techniques et financiers et des services de la CAMEG de façon efficiente.

1.1.2.5 Système d'information sanitaire

Le Système d'information sanitaire (SNIS) est un ensemble composé de différents sous-systèmes d'information, gérés par différentes structures au sein du ministère en charge de la santé sous la coordination de la Direction du Système National d'Information Sanitaire et de l'Informatique (DSNISI). Il est décentralisé avec la mise en place des points focaux dans les structures déconcentrées. Toutefois, il est important de noter que le SNIS fait actuellement l'objet d'une attention particulière au regard de l'orientation vers les résultats. Il existe un Plan Directeur du SNIS 2018-2022 pour prendre en compte les problématiques émergentes. Ce plan a conduit à la mise à échelle du logiciel « District Health Information Software (DHIS2) » dont l'objectif est de disposer à terme d'un système intégré d'information pour la gestion globale de la connaissance avec les données issues de l'ensemble des sous-systèmes.

A ce jour, l'utilisation du DHIS2 est effective pour toutes les parties prenantes dans le processus de collecte et d'analyse des données dans le système de santé ; ce qui a permis une amélioration de la qualité des données (source : revue des interventions de 2020 en matière de renforcement du système de santé 2020).

La complétude des rapports du système national d'information sanitaire est passée de 92,21% en 2019 à 89,7% en 2020 pour une cible de 100%. Cette situation pourrait s'expliquer par la surcharge de travail des acteurs concernés suite à la survenue de la crise à la Covid-19.

La promptitude des rapports est de 66,7% en 2020 contre 57,85% en 2019. Cette performance pourrait s'expliquer par l'appropriation de l'outil DHIS2 au niveau des formations sanitaires (FS), la dotation de

crédits de connexion « Internet » aux responsables des FS pour la saisie des données et l'implication effective des chargés SNIS dans le processus de collecte de données.

Il faut noter que toutes les données du programme MTN ne sont pas intégrées au système informatisé par le DISH2, mais le processus d'intégration est en cours.

Il n'existe pas un système efficace de surveillance épidémiologique et entomologique pour les MTN.

S'agissant du taux de complétude des données, il est de 100 % pour les MTN à CTP et de 90% pour les MTN à PCC.

1.1.2.6 Gouvernance et pilotage du système national de santé

La coordination des actions du secteur de la santé est assurée par le Comité National de Coordination du Secteur de la Santé (CNC- SS) créé le 14 novembre 2019 par Arrêté N°215/2019/MSHP/CAB/SG en remplacement du Comité Sectoriel Santé VIH (CSS/VIH) dont le fonctionnement n'a pas été optimal. L'un des défis majeurs est la fonctionnalité de ce comité au niveau central, régional qu'opérationnel étant bien entendu que ce comité a aussi la lourde responsabilité d'assurer le suivi des engagements pris par les parties signataires du nouveau compact. Il existe également des sous-comités multisectoriels tels que le Comité de Coordination Inter Agence (CCIA) et le Country Coordination Mechanism (CCM).

Au niveau régional et district, le suivi de la coordination des interventions est assuré par les équipes cadres de régions et de districts sanitaires au cours des réunions hebdomadaires.

Par ailleurs, dans le cadre de la gestion de la crise sanitaire liée à la COVID-19, le ministère chargé de la santé a mis en place une Cellule Sectorielle de Gestion de la Crise (CSGC) liée à la COVID-19, dirigée par le ministre chargé de la santé. Cette cellule assure la gestion de toutes les actions de riposte à la pandémie à COVID-19 au ministère chargé de la santé en adéquation avec les directives et orientations du Gouvernement. (Source : revue des interventions de 2020 en matière de renforcement du système de santé 2020).

Le programme national MTN est la structure technique du ministère de la santé en charge de la lutte intégrée contre les MTN. On note des difficultés dans la coordination des interventions à savoir l'absence de cadre de collaboration multisectoriel, l'insuffisance dans la planification intégrée des activités, l'inadaptation de l'organigramme actuel du programme national MTN, l'existence des défis pour l'opérationnalisation de l'approche d'intégration et l'insuffisance de leadership du programme.

1.1.2.7 Financement de la santé

En 2020, la part du budget général alloué au secteur de la santé (y compris les autres départements et institutions) et le service de la dette dans le budget général de l'Etat² est de 9,51% contre 6,78% en 2019 et 7,28% en 2018. Ce taux reste encore faible par rapport à la cible corrigée de 10,00% du PNDS pour l'année 2020 en dépit des engagements pris au sommet d'Abuja de consacrer au secteur de la santé au moins 15% du budget général de l'Etat. (Source : rapport de performance du MSPHP 2020).

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

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

des comptes de la santé 2015-2016, le Togo a consacré 6,7% de son PIB aux dépenses courantes de santé. Sur la période de 2013 à 2016, les dépenses de santé de l'Etat sont restées constantes et tournent autour de 20% des dépenses totales en santé. Ces comptes ont montré que l'Etat est en deuxième position des sources de financement de la santé après les ménages (source : revue des interventions de 2020 en matière de renforcement du système de santé).

Plusieurs mécanismes sont mis en place pour garantir l'accessibilité financière des soins de santé. Il s'agit des dispositifs d'exemption totale ou partielle des frais des soins, des mécanismes d'assurance maladie non contributifs et contributifs. Malgré l'existence de ces mécanismes, l'accessibilité financière des soins de santé reste toujours limitée pour une certaine catégorie des populations. Beaucoup d'efforts restent à faire pour garantir une protection financière à l'ensemble de la population (Voir section accessibilité financière).

1.2 Analyse de la situation des maladies tropicales négligées

1.2.1. Epidémiologie et importance des maladies

En fonction de l'épidémiologie locale, le Togo a retenu onze (11) MTN y compris les envenimations votées à l'Assemblée mondiale de la Santé en 2018 à savoir :

- la filariose lymphatique,
- l'onchocercose,
- les géo helminthiases (ascaridiase, ankylostomiase, trichocéphalose),
- les schistosomiasés,
- le trachome,
- le ver de guinée,
- l'ulcère de Buruli,
- la lèpre,
- le pian
- la trypanosomiase humaine africaine.
- les envenimations

En plus des 11 MTN déjà prises en compte par le PNMTN, il existe d'autres MTN telles que la gale, la rage humaine, la dengue et le mycétome qui sévissent dans la sous-région Ouest africaine et devront faire l'objet de surveillance au Togo.

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).

1.2.2 Maladies tropicales négligées à chimiothérapie préventive

- 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 simule. 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.

- Cartographie :



Figure 2 Situation de l'onchocercose au Togo au début en 1976

La maladie est endémique dans 36 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%)

- Interventions de lutte menées contre l'onchocercose

- ✓ Evaluations entomologiques

Dans le cadre de l'élimination de l'onchocercose, des évaluations entomologiques sont effectuées par la capture en vrac des simulies. L'objectif de cette activité est de déterminer par la technique de poolscreen, l'infectivité des simulies en vue de confirmer ou infirmer la transmission infectieuse de la maladie onchocercarienne dans les zones endémiques. De 2017 à 2020, 78016 simulies ont été capturées et collectées dans les régions Maritime, Kara et Savanes pour analyse au laboratoire. Ces résultats montrent que la situation dans la région Maritime est bonne (taux d'infectivité nul) et que la situation dans les régions de la Kara et Savanes reste à améliorer (taux d'infectivité supérieur à 0,5 pour mille).

- ✓ Evaluations épidémiologiques

La surveillance épidémiologique repose sur la sérologie avec les tests OV16 ELISA. Dans le cadre de l'étude d'impact du traitement de masse à l'ivermectine dans les zones hypo-endémiques, une étude a été effectuée au Togo. Cette étude a consisté au prélèvement de sang sur papier buvard chez les enfants de moins de 10 ans pour la détermination de la séroprévalence par le test OV16 ELISA. Au total 23142 prélèvements sanguins ont été réalisés dont 7578 en 2017, 6690 en 2018, 3572 en 2019 et 5302 en 2020. Les résultats bruts montrent une séroprévalence nulle dans les régions Maritime, Plateaux, Centrale et Kara, mais dans la région des Savanes, elle est de 1,8 pour mille.

- ✓ Chimiothérapie préventive :

Il s'agit des traitements de masse administrés au cours des campagnes par distribution de l'ivermectine contre l'onchocercose.

- 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 laboratoire. Eu égard à la performance des différents indicateurs de suivi 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.

La filariose lymphatique est éliminée au Togo depuis 2017 et mise sous surveillance. Dès lors l'accent est mis sur l'utilisation des Moustiquaires à Imprégnation durable (MIA) distribuées par le programme de lutte contre le paludisme dans le cadre de la lutte antivectorielle intégrée à celle du paludisme. Notons qu'il existe des cas de morbidité (hydrocèles et lymphœdèmes) qui sont rapportés régulièrement et pris en charge par les formations sanitaires. Cependant les cas nécessitant la prise en charge chirurgicale exigent une mobilisation complémentaire des ressources financières.

➤ Schistosomiasis

La première cartographie des schistosomiasis réalisée en 1997 en vue de démarrer le programme de contrôle des schistosomiasis au Togo a montré que la maladie est fortement prévalente dans tout le pays et qu'en dehors de la capitale Lomé, toute la population est à risque. L'évaluation de 2009 a montré que la prévalence sur le plan national est estimée à 23%.

L'évaluation réalisée en 2015 a montré que la prévalence de la schistosomiasis (toutes les espèces confondues) est passée de 23% en 2009 à 5% avec des disparités selon les régions. Dans la région des savanes elle est estimée à 5%, Kara à 4%, Centrale 5%, Plateaux 7,3% et Maritime 2%.

La lutte contre les schistosomiasis repose sur le traitement de masse dans les zones endémiques, incluant les interventions WASH. Les groupes ciblés sont les enfants d'âge scolaire et les adultes exposés au risque dans les zones d'endémie.

Depuis 2010, le Togo organise les traitements de masse dans les cinq régions endémiques aux schistosomiasis.

➤ Géo-helminthiases (vers intestinaux)

La première cartographie des géo-helminthiases à l'échelle nationale (en dehors de Lomé) a été effectuée en 2009 et a permis une définition plus précise de la situation avec 22 districts qui ont une prévalence comprise entre 20 et 49% et 4 qui ont une prévalence < 20%.

Ainsi, le TDM est lancé en 2010 en se conformant aux seuils de traitement recommandés par l'OMS avec utilisation de l'albendazole.

L'évaluation réalisée en 2015 a montré que la prévalence des géo-helminthiases chez les enfants scolarisés âgés de 6-9 ans au Togo a considérablement baissé par rapport à la situation en 2009 comme l'indique le tableau suivant :

Tableau I Prévalences des Géo-helminthiases en 2009 et 2015 au Togo

Régions	Prévalence (%)	
	2009	2015
Savanes	30,5	4,6
Kara	24,1	9,7
Centrale	36,6	15,8
Plateaux	31,7	13,6
Maritime	38,9	11,1
National	33	11,6

- Évolution des couvertures thérapeutiques nationales par intervention 2016 à 2020.

La prise en charge intégrée des MTN à CTP s’est renforcée ces quatre dernières années par l’amélioration des couvertures thérapeutiques des interventions. Pour l’Onchocercose, les Géo helminthiases et les Schistosomias les couvertures thérapeutiques sont dans les normes requises. Quant à la Filariose Lymphatique, le Togo a atteint le seuil de l’élimination de la Filariose Lymphatique comme problème de santé publique en mars 2017.

Cependant la surveillance se poursuit de même que la détection et la prise en charge des cas de morbidité. Les données sont représentées dans le tableau ci-après.

Tableau II Evolution des couvertures thérapeutiques nationales par intervention de 2016 à 2020

Interventions	Couvertures thérapeutiques en %				
	2016	2017	2018	2019	2020
Albendazole	97.0	98.38	99.0	99.66	98.38
Ivermectine	82.84	83.36	83.5	83.0	83.36
Praziquantel	99.45	91.97	99.0	97.75	91.97

(Source : Rapports annuel de performance du PNMTN 2016 à 2020)

L’évolution des couvertures thérapeutiques par intervention de 2016-2020 est bonne par rapport aux objectifs de l’OMS à savoir :

- couverture en Albendazole \geq 75%
- couverture en Ivermectine \geq 80%
- couverture en Praziquantel \geq 75%

➤ 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 frottent sur l’œil (trichiasis) et une déformation des paupières (entropion trichiasis) 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).

Une enquête de prévalence réalisée en 2017 dans les districts suspectés endémique a révélé que la prévalence des cas de Trichiasis trachomateux (TT) et de Trachome inflammatoire folliculaire (TF) est en dessous du seuil de l’élimination fixé par l’OMS (TT < 0,2 % et TF < 0,5 %). Un dossier de validation de

l'élimination du trachome comme problème de santé publique est soumis. Suite aux recommandations des experts, le programme est dans le processus pour une nouvelle soumission du dossier. Les tableaux III et IV ci-dessous présentent les résultats de l'enquête de prévalence sur le trachome dans les districts à risques en 2017.

Tableau III Résultats des Trachomes Folliculaires chez les enfants de 1 à 9 ans en 2017

Régions	Districts	Nb de villages	Nb de ménages	Nb d'enfants examinés	Nb TF	Prévalence TF % ajustée selon l'âge
Kara	Kéran	25	750	1511	6	0,38
	Assoli	25	750	1479	5	0,30
	Dankpen	25	750	1955	8	0,44
Centrale	Tchaoudjo	25	750	1478	11	0,56
	Tchamba	25	750	1522	7	0,45
Plateaux	Anié	25	750	1414	4	0,27
	Est-Mono	25	750	1210	6	0,33
Total		175	5250	10569	47	0,44

Tableau IV Résultats des Trachomes Trichiasis chez les plus de 15 ans en 2017

Régions	Districts	Nb de villages	Nb de ménages	Nb >15 ans examinés	Nb de TT	Prév TT % inconnue du système de santé ajustée selon le sexe et l'âge
KARA	Kéran	25	750	1573	1	0,03
	Assoli	25	750	1849	0	0,00
	Dankpen	25	750	2079	4	0,06
CENTRALE	Tchaoudjo	25	750	1574	7	0,13
	Tchamba	25	750	1970	6	0,14
PLATEAUX	Anié	25	750	1329	0	0,00
	Est-Mono	25	750	1606	0	0,00
Total		175	5250	11980	18	0,15

Source : Rapport de l'enquête de prévalence sur le trachome dans les districts à risques en 2017.

Le tableau ci-dessous résume les districts endémiques au MTN à CTP.

Tableau V Nombre de districts endémiques par région pour les MTN à CTP

Régions	Nombre de districts dans la région	Nombre Districts endémiques				
		Schistosomiasis	Géo helminthiases	Oncho cercose	Filariose Lymphatique	Trachome
Savanes	7	7	7	7	0	0
Kara	7	7	7	7	0	0
Centrale	5	5	5	5	0	0
Plateaux	12	12	11	12	0	0
Maritime	6	6	6	4	0	0
Grand-Lomé	2	2	2	1	0	0
Total	39	39	38	36	0	0

Source : Rapport de performance 2020

Tableau VI Données nationales sur la population, écoles et établissements de santé au niveau des régions/districts

Régions /Districts	Nb Villages	Nb villages TDM	Population totale du district en 2020	Population totale du district en 2021	Tranches d'âge			Nbre Ecoles primaires	Nbre USP
					0-59 mois	5-14 ans	Femmes > 15 ans		
Cinkassé	94	94	63028	64818	12964	19445	27968	108	7
Oti	87	87	85226	87646	17529	26294	35994	117	5
Oti Sud	155	155	92548	95176	19035	28553	34068	129	11
Kpendjal	80	80	57295	58922	11784	17677	22152	151	12
Kpendjal Ouest	145	145	86986	89456	17891	26837	34907		11
Tandjoare	202	202	109159	112259	22452	33678	44228	150	18
Tône	321	321	239804	246614	49323	73984	102269	310	31
Total Savanes	1084	1084	734046	754893	150979	226468	301587	965	95
Assoli	82	82	44444	45706	9141	13712	18101	66	9
Bassar	195	195	106936	109973	21995	32992	44000	177	22
Binah	103	103	52914	54417	10883	16325	23203	99	15
Dankpen	166	166	108795	111885	22377	33565	41214	75	18
Doufelgou	129	129	63512	65316	13063	19595	29858	118	19
Kéran	160	160	88934	91460	18292	27438	34792	113	13
Kozah	172	172	192655	198126	39625	59438	89345	257	32
Total Kara	1007	1007	658190	676883	135377	203065	280513	1005	128
Blitta	208	208	115777	119065	23813	35720	47547	210	22
Mô	53	53	32758	33688	6738	10106	12976	52	6
Sotouboua	165	165	95108	97809	19562	29343	42546	172	20

Régions /Districts	Nb Villages	Nb villages TDM	Population totale du district en 2020	Population totale du district en 2021	Tranches d'âge			Nbre Ecoles primaires	Nbre USP
					0-59 mois	5-14 ans	Femmes > 15 ans		
Tchamba	161	161	123895	127414	25483	38224	50549	195	21
Tchaoudjo	238	238	156522	160967	32193	48290	66556	263	36
Total centrale	825	825	524060	538943	107789	161683	220174	892	105
Agou	174	174	79419	81674	16335	24502	31972	135	32
Akébou	117	117	50664	52103	10421	15631	20546	107	9
Amou	198	198	88461	90973	18195	27292	38408	183	26
Anié	231	231	120012	123420	24684	37026	46996	168	12
Danyi	83	83	31595	32492	6498	9748	12935	77	12
Est Mono	192	192	109898	113019	22604	33906	43676	167	18
Haho	335	335	212505	218540	43708	65562	84760	348	20
Kloto	144	144	92820	95456	19091	28637	45421	194	26
Kpélé	148	148	56691	58301	11660	17490	23756	120	12
Moyen Mono	92	92	67520	69438	13888	20831	30374	97	10
Ogou	319	319	167416	172171	34434	51651	70183	224	14
Wawa	88	88	88094	90596	18119	27179	34373	177	21
Total Plateaux	2121	2121	1165095	1198184	239637	359455	483400	1997	212
Avé	269	269	97812	100590	20118	30177	41451	147	17
Bas Mono	105	105	75909	78065	15613	23419	32277	122	12
Lacs	209	209	138805	142747	28549	42824	61244	2015	23
Vo	268	268	152361	156688	31338	47006	70621	292	27
Yoto	236	236	192312	197774	39555	59332	70342	236	25
Zio	366	366	324352	333564	66713	100069	140913	574	37
Total Maritime	1453	1453	981551	1009427	201885	302828	416849	1587	104
Agoè-Nyivé	103	103	359369	369575	73915	110873	162909	477	13
Golfe	49	49	180018	185131	37026	55539	81310	971	9
Grand Lomé	152	152	539387	554706	110941	166412	244219	1448	22
Total Pays	6642	6642	4602329	4733035	946607	1419911	1946742	7894	703

NB : Pour les femmes adultes 2021 = femmes adultes de 2020* 1,0284

Source : Rapport de performance 2020

Depuis 2000, le Ministère en charge de la santé du Togo avec l'appui de ses partenaires a initié un processus d'intégration des interventions à base communautaire à travers le traitement de masse de la FL et de l'Onchocercose jusqu'en 2010. A partir de 2010 le traitement de masse des Géo helminthiases et

des Schistosomiasis a été intégré au traitement de l'Onchocercose jusqu'à ce jour. Après l'arrêt du traitement de la FL, des évaluations d'impact de cette maladie ont été faites en 2012 et 2015 parallèlement à la surveillance de routine et ont montré une baisse des prévalences de la maladie inférieure au seuil de transmission (<1%) conduisant ainsi à la certification du pays en 2017. L'évaluation d'impact des autres MTN à CTP faite en 2015, après cinq (5) années de traitement de masse a montré une baisse significative des prévalences de ces maladies (Géo helminthiases de 33 % à 11,6% ; Schistosomiasis de 23% à 5% et la microfilarémie onchocercienne de 5% à moins de 2%),

Pour le Trachome, selon une enquête réalisée en 2017, la prévalence de TF est inférieure à 1% et celle de TT inférieure à 0,2% conduisant ainsi le Togo à la soumission du dossier d'élimination à l'OMS.

Pour capitaliser tous ces acquis de la lutte contre ces MTN, un plan de pérennisation de lutte contre les MTN a été élaboré en 2021, cadre d'orientation de l'action gouvernementale en matière de pérennisation avec l'appui des partenaires.

1.2.3 Maladies tropicales négligées à prise en charge des cas (MTN à PCC)

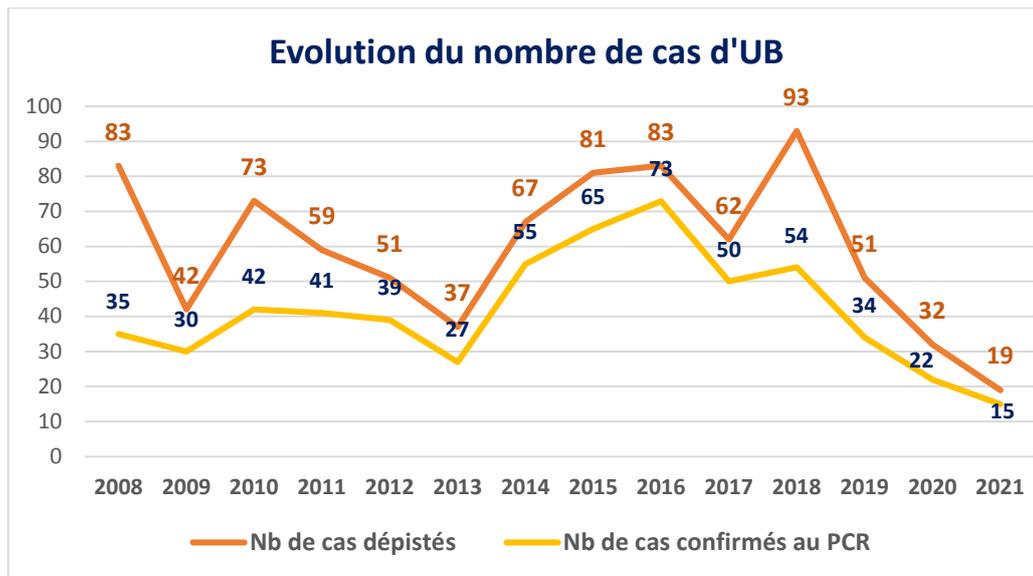
➤ Ulcère de Buruli

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. Toutefois ce programme est intégré au Programme national des MTN depuis 2018 pour une synergie d'action. L'ulcère de Buruli constitue la troisième maladie mycobactérienne après la lèpre et la tuberculose chez le sujet immuno- compétent.

Au Togo, la majorité des cas confirmés d'ulcère de Buruli proviennent de la région maritime. Les districts les plus affectés sont : ZIO, YOTO et VO. Néanmoins on note des cas sporadiques dans certaines régions du pays. Le graphique ci-après illustre l'évolution de l'ulcère de Buruli de 2008 à 2020. Entre 2008 et 2018, on note une évolution irrégulière du nombre de cas d'ulcère de Buruli oscillant entre 83 et 37 cas ; puis une régression des cas depuis 2018 passant de 93 cas en 2018 à 32 cas en 2020 due au renforcement de la sensibilisation dans les communautés couplées de dépistage actif.

La proportion de catégorie 3 est de 21,8% en 2020. La principale stratégie de lutte est le diagnostic et la prise en charge des cas.

Figure 3 Evolution du nombre de cas de UB de 2008 à 2021 au Togo



➤ Pian

Le pian est une maladie tropicale négligée et plus spécifiquement une dermatose à manifestation cutanée causée par les tréponèmes pathogènes. C'est une tréponématose endémique. La transmission se fait par contact cutané direct à partir des lésions récentes contagieuses. Les facteurs favorisants sont le surpeuplement, la promiscuité et la mauvaise hygiène.

Dans les années 1950-1960, les traitements de masse par la benzathine-pénicilline avaient permis de réduire et stabiliser la prévalence du pian en Afrique avec des résurgences depuis 1980 en Afrique de l'ouest et en Afrique centrale.

Entre 2008 et 2012 le Togo a mis en place des stratégies de contrôle couplé au renforcement de capacité des prestataires. La confirmation du diagnostic de pian peut se faire par des méthodes traditionnelles comme les techniques d'examen direct de recherche de tréponème pathogène au microscope et par les tests de sérologie entre autres le VDRL (Venereal disease research laboratory), le PRP (Test Rapide de la Réagine Plasmatique) et autres. Ces techniques traditionnelles ne permettent pas de faire la distinction entre le pian et la syphilis et leur interprétation chez l'adulte vivant en zone d'endémie du pian peut être délicate. En outre ces tests peuvent retarder la prise en charge.

Sur le terrain, il est recommandé de confirmer les cas de pian par les tests de diagnostic rapide : TDR (SD BIOLINE SYPHILIS 3.0) et DPP (dual path platform).

La PCR (réaction de polymérisation en chaîne) est le test de confirmation de référence et permet de faire un suivi de la résistance à l'azithromycine.

Pour l'éradication du pian, l'OMS recommande l'azithromycine en dose orale unique administrée pour la prise en charge des cas, le traitement ciblé et administration massive de médicaments (AMM)³.

La benzathine-pénicilline reste efficace dans le traitement du pian et considérée comme un traitement de deuxième intention en cas d'échec prouvé ou de contre-indication à l'Azithromycine.

³ World Health Organization. (2018). Eradication of yaws: a guide for programme managers. World Health Organization

24 cas en 2020 ont été confirmés au DPP grâce au renforcement de compétence des agents de santé. L'évaluation a montré que l'objectif d'éradication n'a pu être atteint en 2020 tel que prévu dans le plan Directeur 2016 - 2020. La prévalence de pian en 2020 n'est pas connue.

➤ Lèpre

La Lèpre est une maladie infectieuse, invalidante due au bacille de Hansen ou *Mycobacterium leprae* qui affecte la peau et les nerfs périphériques caractérisée par une progression très lente. Après une incubation d'environ cinq années ou plus 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).

Au Togo, toutes les régions sanitaires sont endémiques.

Avant l'intégration de la lèpre dans le programme MTN, le Togo a atteint le seuil d'élimination de cette maladie depuis 1996. La principale stratégie de lutte utilisée par le programme national mis en place à l'époque reposait sur la chimiothérapie curative. De 2017 à 2020, 373 cas ont été dépistés dans le pays et pris en charge selon le protocole de l'OMS dans les formations sanitaires. La réhabilitation et la réinsertion sociale se font dans les centres d'Akata Djokpé dans la préfecture de Kpélé dans la région des Plateaux et de Kolowaré dans la préfecture de Tchaoudjo dans la région Centrale.

L'évaluation de la situation de la lèpre au Togo en 2020 montre les résultats suivants :

Entre 2011 et 2017, on note une diminution progressive des taux de prévalence et de détection pour 10 000 habitants qui sont passés de 0,16 et 0,20 en 2011 à 0,09 pour les deux indicateurs respectivement en 2017. Une augmentation de ces taux a été constatée depuis 2018. L'objectif du Togo c'est de réduire l'incidence de la lèpre de 20 % au Togo.

Les proportions d'enfants parmi les nouveaux cas sont passées de 6% en 2016 à 11% en 2020. De même, les proportions d'incapacités de degré 2 parmi les nouveaux cas sont restées au-dessus de 30% au cours des 4 dernières années ce qui signifie une détection plus tardive.

Par ailleurs, les difficultés signalées par les responsables des centres de léproserie au cours de l'enquête de l'évaluation sont entre autres :

- La sous-alimentation des personnes ayant souffert de lèpre (distribution insuffisante des kits alimentaires)
- L'insuffisance voire la pénurie de chaussures adaptées fournies par les centres
- Besoin d'intervention chirurgicale non satisfait ou d'un suivi médical approprié pour l'amélioration de la qualité de vie de ces patients,
- L'absence de spécialiste en chirurgie pour les interventions et la prise en charge des invalidités

TOGO										
	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
Population	6,595,939	6,773,807	6,954,721	7,137,997	7,323,162	7,509,952	7,698,476	7,889,095	8,082,359	8,278,737
Prevalence	106	95	84	97	82	70	67	76	168	116
Detection	135	122	109	97	96	82	67	78	124	109
MB NC	106	95	84	73	74	56	67	67	111	94
Child NC	5	3	1	0	1	5	6	4	7	12
Gr2D NC	0	0	0	21	29	5	26	29	37	37
	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
% MB	79	78	77	75	77	68	100	86	90	86
% Chil	4	2	1	0	1	6	9	5	6	11
% Gr2D	0	0	0	22	30	6	39	37	30	34
Prev rate	0.16	0.14	0.12	0.14	0.11	0.09	0.09	0.10	0.21	0.14
Det rate	0.20	0.18	0.16	0.14	0.13	0.11	0.09	0.10	0.15	0.13

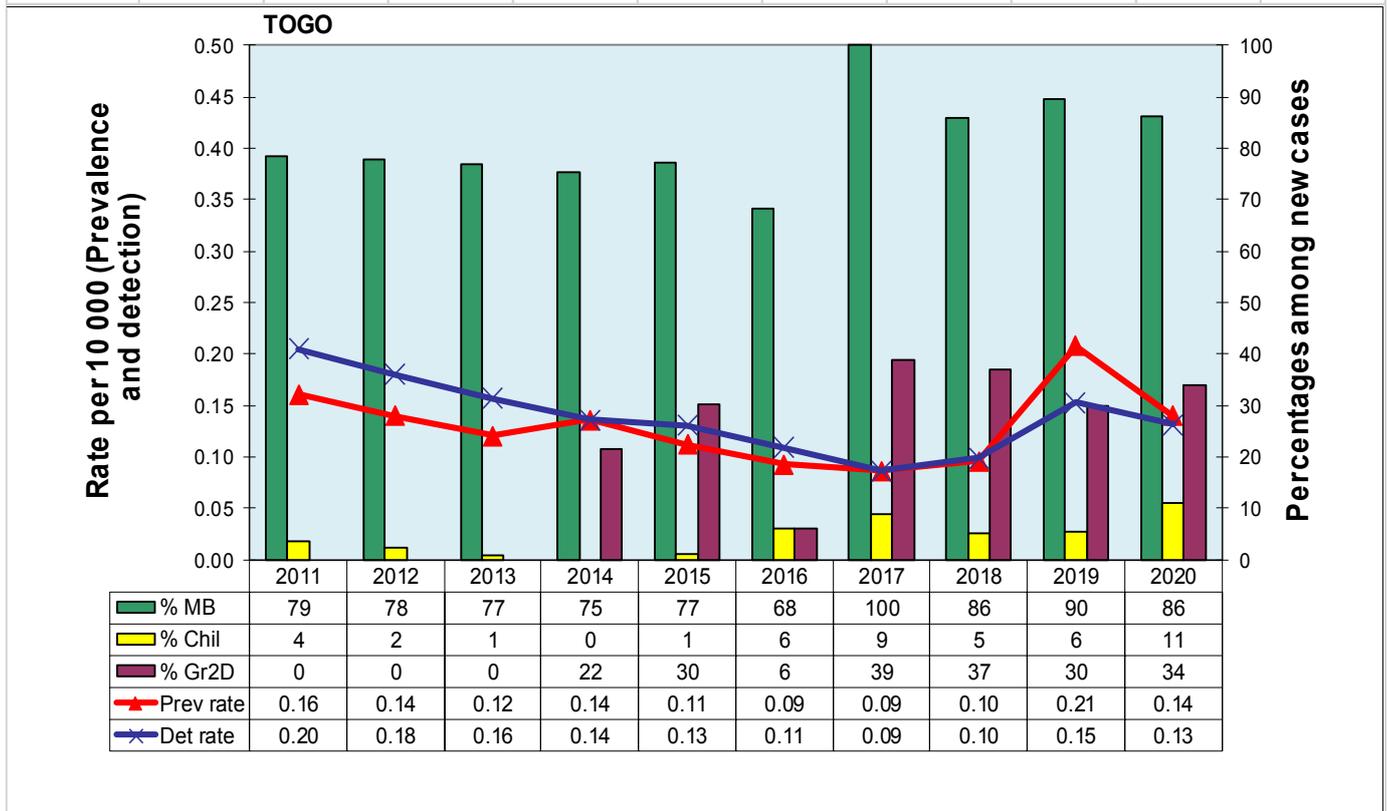


Figure 4 Evolution des indicateurs d'élimination de la lèpre 2011-2020

➤ Trypanosomiase Humaine Africaine (THA)

La trypanosomiase humaine africaine communément appelée maladie du sommeil est une parasitose transmise à l'homme par la piqûre d'une mouche du genre *Glossina* (mouche tsé-tsé) qui se trouve uniquement en Afrique subsaharienne. Le parasite à l'origine de l'infection est un protozoaire appartenant au genre *trypanosoma*. Au Togo, la THA est connue depuis la fin du 19^{ème} siècle 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 Togo a obtenu la certification de l'élimination de la THA en 2020 par l'OMS. Le pays est dans la phase de surveillance post élimination. Les sites sentinelles de Mango et Tchamba mis en place depuis avril 2011 continuent la surveillance.

➤ Dracunculose (ver de Guinée)

Le dernier cas autochtone de ver de Guinée a été notifié en 2006 à Akpakpakpé dans le Haho. En 2007, deux (2) cas importés ont été notifiés à Koufou dans Dankpen et Agbandè dans Doufelgou. Depuis, plus aucun cas n'a été notifié. Après quatre (4) années consécutives sans cas, l'Equipe Internationale de Certification de l'Eradication de la Dracunculose (EIC) a conduit du 30 mai au 14 juin 2011 au Togo une évaluation finale du PNED.

Le Togo a été certifié le 22 décembre 2011 comme pays ayant éliminé la dracunculose. Dès lors, le Togo est entré dans la phase de post certification de l'élimination de la dracunculose. Cette phase est caractérisée par une surveillance permanente pour la détection précoce de tout cas suspect à travers un mécanisme de notification et d'investigation rapide des rumeurs de ver de Guinée.

Pour les MTN nouvellement ajoutées sur la feuille de route OMS 2021 - 2030 qui sont : Mycétome, chromo blastomycose et autres mycoses profondes, Gale et autres ectoparasitoses, envenimation par morsures de serpent, la cartographie et l'ampleur ne sont pas bien connues au Togo et devront faire l'objet d'une surveillance et ou des enquêtes

Tableau VII Nombre de districts endémiques aux MTN à PCC

Régions	Nombre de districts	Nombre de districts endémiques					
		Lèpre	Pian	Ulcère Buruli	Ver de Guinée	THA	Envenimations
Savanes	7	7	1	0	0	0	7
Kara	7	7	0	0	0	0	7
Centrale	5	5	1	1	0	0	5
Plateaux	12	12	1	3	0	0	12
Maritime	6	6	0	6	0	0	6
Grand-Lomé	2	2	0	1	0	0	2

Source : Rapport de performance 2020

1.2.4. Performance du programme de lutte contre les MTN

1.2.4.1. Leadership et gouvernance du Programme national MTN

- Cadre organisationnel du Programme National MTN

L'opérationnalisation de l'approche intégrée de la lutte contre les MTN s'est matérialisée en 2018 par la fédération des programmes verticaux multiples en un seul programme national de lutte contre les MTN à travers l'arrêté N°197/2018/MSPS/CAB/SG. Ce Programme intégré est dirigé par un coordonnateur National nommé par un arrêté ministériel. Il est appuyé par le comité de pilotage, le comité national d'organisation (CNO) et le comité des experts et les différents chargés de programme.

L'évaluation du Plan Directeur de lutte contre les MTN 2016 – 2020 a relevé une insuffisance dans la fonctionnalité des différents organes de pilotage. On note également une insuffisance de logistique au niveau central pour la coordination et le suivi de la mise en œuvre des interventions.

Par ailleurs, l'évaluation révèle une insuffisance dans la planification des interventions engendrant une faible mobilisation des ressources pour le financement des gaps. L'élaboration d'un plan opérationnel intégré serait d'un grand intérêt.

Au niveau communautaire, l'appui des leaders communautaires et des COGES est effectif mais reste insuffisant. Ces derniers assurent la mobilisation de la population.

- Organigramme du Programme National MTN

L'organigramme actuel du programme ne permet pas de coordonner d'une manière plus efficiente les ressources humaines et financières en vue de dégager un pool de décision. Une réorganisation serait très salubre. La mise en place d'un Point Focal national des MTN à PCC et d'un Point Focal national des MTN à CTP sous la supervision du Coordonnateur national permettra de coordonner d'une manière plus efficiente les ressources humaines et financières et dégager un pool de décision.

- Suivi de la mise en œuvre des interventions

Au niveau central, le PNMTN traduit le leadership du Gouvernement dans le secteur de la santé et crée les conditions d'une plus grande synergie d'actions et d'un partenariat dynamique avec les partenaires techniques et financiers, le secteur privé et la société civile.

Les points focaux nationaux de lutte contre les différentes MTN (onchocercose, ulcère de Buruli, filariose lymphatique, schistosomiase, géo-helminthiases, trypanosomiase humaine africaine, lèpre, trachome, dracunculose...) travaillent en étroite collaboration avec le coordonnateur du programme national des MTN. Ils participent aux activités de coordination, de planification, de monitoring intégré et aux revues annuelles de performance du programme.

Au niveau intermédiaire (région) et opérationnel (district), le PNMTN s'appuie sur les équipes cadres de districts et de régions. Ces derniers assurent la coordination régionale de l'exécution des différentes activités liées aux MTN.

Au niveau communautaire, la mise en œuvre se fait par les agents de santé communautaires sous la responsabilité des responsables des formations sanitaires. S'agissant des MTN à PCC, les ASC s'occupent de la mobilisation des communautés et de la sensibilisation. Ils font aussi la suspicion et la référence des cas. Certains ASC font le suivi des patients à domicile en appui aux RFS et aux points focaux de districts. Quant aux MTN à CTP, les ASC font le recensement, la mobilisation sociale et la distribution des médicaments.

1.2.4.2. Collaboration intersectorielle

Dans la mise en œuvre du PNDS, notamment les activités de lutte contre les MTN, le ministère de la santé, de l'hygiène publique et de l'accès universel aux soins à travers le PNMTN collabore avec plusieurs

départements ministériels afin d'atteindre les objectifs fixés. Il n'existe pas un cadre formel multisectoriel de collaboration dans le cadre de la lutte contre les MTN.

1.2.4.2. Niveau d'atteinte des indicateurs du plan directeur 2016 – 2020

Le niveau d'atteinte des indicateurs du Plan Directeur 2016 – 2020 est résumé dans le tableau ci-dessous.

Tableau VIII Niveau d'atteinte des indicateurs et cibles du Plan directeur 2016 – 2020

Programme	OBJECTIF GENERAL	Indicateurs d'impact	Programmé 2020	Niveau d'atteinte 2020
Trachome	Eliminer le trachome cécitant d'ici 2020	Prévalence nationale du trachome	<5% pour TF et <0,2% pour TT	0,44 % pour TF et 0,15% pour TT (2017)
Onchocercose	Eliminer l'onchocercose au Togo d'ici 2020	Séroprévalence de l'onchocercose	< 1/1000	0.51/1000
		Taux d'infectivité	< 0,1	< 0,5/1000
Géo-helminthiases	Réduire la prévalence des géo-helminthiases en dessous de 20% dans tous les districts	Prévalence des géo-helminthiases	<20%	11,6 % en 2015
Schistosomiasis	Réduire la prévalence des schistosomiasis en dessous de 10% dans tous les districts	Prévalence des schistosomiasis	<10%	< 5 % en 2015
Filariose lymphatique	Eliminer la filariose Lymphatique	Pourcentage de positivité de l'antigénémie filarienne	<1%	Eliminée depuis 2017
Ulcère de Buruli,	Réduire de 80% le tx de morbidité liée à l'UB. Nouveaux cas atteints par an : 100	Proportion des patients UB de catégorie III	< 20%	29% en 2016, 20,97% en 2017, 16,1 en 2018, 25,5 en 2019, 21,8% en 2020
Pian	Eradiquer le pian d'ici 2019	Nombre de cas de pian confirmé est égal à zéro en 2020	00	24 cas confirmés en 2020
Lèpre	Eliminer la lèpre dans tous les districts sanitaires d'ici 2020	Prévalence de la lèpre	<1cas/ 1 000 000 habitants	14 pour 1000 000
THA	Eliminer la THA d'ici 2020 (< 1 cas/10 000 habitants)	Nombre de cas de THA au Togo	< 1 cas/10 000 habitants	00
Dracunculose	Maintenir à zéro, le nombre de cas de dracunculose au Togo	Nombre de cas de dracunculose	0,00	00

Source : Rapport suivi/évaluation du PNMTN

Ce tableau montre que les objectifs fixés sont atteints pour le Trachome (0,44 % pour TF et 0,15 pour TT en 2017), les géo-helminthiases (11,60,44 %), les schistosomiasis (< 5 %).

Quant à la filariose lymphatique, elle est éliminée depuis 2017. La dracunculose est également éliminée depuis 2011.

La Séroprévalence de l'onchocercose est de 0,51 pour 1000. Bien qu'elle soit inférieure à 1 cas pour 1000 comme prévu en 2020, des efforts restent encore à faire pour atteindre l'élimination. Les résultats des évaluations récentes ne sont pas encore disponibles.

Le niveau d'atteinte des résultats pour les MTN à PCC reste encore à améliorer. La proportion des patients atteints d'Ulcère de Buruli de catégorie III est de 21,8% en 2020 contre un taux de moins de 20 % attendu initialement. Quant à l'éradication du pian (Zéro cas prévu en 2019), l'évaluation montre l'existence de 24 cas confirmés en 2020. De même l'élimination de la lèpre dans tous les districts sanitaires prévue pour 2020 n'a pu être atteinte. La prévalence de la lèpre est estimée à 14 cas pour 1 000 000. Le Togo a été le premier pays d'Afrique à avoir atteint l'élimination de la THA en tant que problème de santé publique

Pour les géo-helminthiases, les données récentes montrent plus de 20 000 cas de parasitoses tous confondus ; 1962 cas d'ankylostomiase dont 145 cas en hospitalisation, 1045 cas d'ascaridoses dont 73 cas en hospitalisation (Source : annuaire statistique de la santé 2020).

On note également 767 cas de bilharziose urinaire en 2020 dont 73 cas en hospitalisation (Source : annuaire statistique de la santé 2020)

Quant au trachome, au vu des résultats de 2017, le dossier de validation de l'élimination du trachome en tant que problème de santé publique au Togo a été élaboré et soumis à l'OMS et le processus est en cours. Depuis lors, un système de surveillance a été mis en place

Par ailleurs le résumé des informations sur les interventions menées dans le cadre des programmes de lutte contre les MTN existants est présenté dans le tableau suivant :

Tableau IX Résumé des informations sur les interventions menées dans le cadre des programmes de lutte contre les MTN existants (Situation en 2020)

Lutte contre les MTN	Date de début du programme	Nombre total de districts visés	Nombre de districts couverts (couverture géographique)	Population totale dans le district visé	Nombre de personnes (%) atteintes	Nombre (%) de districts ayant reçu le nombre de tournées de traitement requis	Nombre (%) de districts ayant cessé l'administration massive de médicaments	Principales stratégies utilisées	Principaux partenaires
Filariose lymphatique	2000	09	0	0	0	0	9	Surveillance	NA
Onchocercose	1990	36	36	3782274	Cf tx couv	36	0	TDM	Sightsavers, HDI, USAID, MDP, OMS
Schistosomiase	2009	39	39	7,61(tte la pop)	Cf tx couv	39	0	TDM	Sightsavers, HDI, USAID, MDP, OMS
Géo-helminthiases	2009	38	39	7,61	Cf tx cou	39	0	TDM	Sightsavers, HDI, USAID, MDP, OMS
Trachome	2006	39	39	7,61	NA		NA	Routine	Sightsavers, HDI
Trypanosomiase humaine africaine	1990	3	3	418949	0	3	NA	Surveillance	OMS
Dracunculose		39	39	7,61	0	39	NA	Surveillance	OMS
Lèpre	1999	39	39	7,61	Cf tx cou	39	NA	Recherche active et passive	OMS

Lutte contre les MTN	Date de début du programme	Nombre total de districts visés	Nombre de districts couverts (couverture géographique)	Population totale dans le district visé	Nombre de personnes (%) atteintes	Nombre (%) de districts ayant reçu le nombre de tournées de traitement requis	Nombre (%) de districts ayant cessé l'administration massive de médicaments	Principales stratégies utilisées	Principaux partenaires
									DAHW, Anesvad, Cabildo
Pian	1999	03	03	506143	24 cas		NA	Recherche active et passive	OMS DAHW, Anesvad, Cabildo
Ulcère Buruli	1999	8	8	7,61			NA	Recherche active et passive	OMS DAHW, Anesvad, Cabildo
Envenimations	2018	39	39	7,61	51		NA	Routine	Etat

1.2.5. Performance des autres interventions liées au programme de lutte contre les MTN

1.2.5.1. Lutte antivectorielle,

Les activités de gestion des vecteurs passent par la lutte antivectorielle menée dans les districts endémiques du Togo. D'une part des mesures de lutte à caractère individuel sont conseillées aux communautés à travers les campagnes nationales de distribution et l'utilisation de MID, à travers les activités de communication pour un changement de comportement (CCC) dans les communautés sur l'assainissement et l'hygiène du milieu. D'autre part la politique des grands travaux entrepris par l'Etat togolais notamment la construction des ouvrages d'assainissement tels que les caniveaux, les cuvettes de retenue d'eau, les barrages hydroélectriques et ruraux, l'adduction d'eau courante et la prolifération des forages de puits dans les communautés offre des opportunités de lutte antivectorielle à double caractère public et socioéconomique. A la lumière de tout ce qui précède, les MTN prises en charge par le PNMTN comme la FL, les schistosomiasés, l'onchocercose, la dracunculose et autres affections du pays comme le paludisme bénéficient des atouts incontestables de la politique socio sanitaire de notre pays le Togo. Autres formes de lutte antivectorielle tant artificielles que naturelles ou voulues par la politique de l'environnement du pays restent le reboisement ou la reconstitution du couvert végétal qui repousse de très loin les formes cécitantes de l'onchocercose transmise à l'homme par les simulies savaniques ou simulies du désert sans oublier bien sûr les phénomènes de crue qui noient les gîtes productifs larvaires de simulies ou d'étiage qui réduisent le débit minimal des cours d'eau, empêchant du coup la reproduction des larves de simulies sur plusieurs mois de faible pluviométrie.

La gestion des vecteurs profite également de l'intégration tacite de certaines interventions antivectorielles tels que :

- l'utilisation des MID, la pulvérisation intra domiciliaire à effet rémanent, le traitement larvicide et la prévention/traitement des lieux de reproduction par destruction des gîtes larvaires pour la lutte et l'élimination de la FL et le paludisme ;
- la pulvérisation spatiale pour combattre les simulies et les mouches tsé-tsé dans la lutte contre l'onchocercose et la trypanosomiase humaine africaine.

Les principales interventions de lutte antivectorielle sont celles utilisées par les programmes nationaux verticaux de santé comme le PNLP et ceux qui sont initialement verticaux et aujourd’hui intégrés et pris en charge par le PNMTN. Il s’agit de :

- la distribution nationale et l’utilisation de moustiquaires imprégnées d’insecticide
- la pulvérisation intra domiciliaire à effet rémanent dans tout le pays
- la pulvérisation spatiale de tous les cours d’eau, sources de grands foyers d’onchocercose et qui détruit temporairement la population des moustiques dans les régions et districts endémiques dans le pays
- le traitement larvicide qui se pratique dans la majorité des ménages du pays.

Aujourd’hui l’absence de toutes les données de statistiques rend impossible le calcul des couvertures par interventions.

Tableau X Différents types d’interventions selon les vecteurs et MTN connexes en 2020 au Togo

Activités	Moustiques		Autres vecteurs			
			Escargots	Simulies	Mouches tsé-tsé	Cyclops
	FL	Paludisme	Schisto	Oncho	THA	Ver de G
Moustiquaire imprégnée d’insecticide	X	X				
Pulvérisation intra domiciliaire à effet rémanent	X	X				
Pulvérisation spatiale				X	X	
Traitement larvicide	X	X		X		X
Pièges					X	
Prévention/Traitement des lieux de reproduction	x	x	x	x		

Légende

FL : Filariose lymphatique, Schisto : Schistosomiase, Oncho : Onchocercose, THA : Trypanosomiase humaine africaine, Ver de G : Ver de guinée

Remarque

La lutte antivectorielle de l’onchocercose par la pulvérisation spatiale et le traitement larvicide a pris fin en 2002. Cette lutte est aujourd’hui remplacée par le port de vêtement conséquent conseillé aux populations fortement exposées aux piqûres de simulies.

1.2.5.2. Eau, Hygiène et Assainissement (WASH)

- Coordination des activités du secteur WASH dans le pays.

Plusieurs départements ministériels interviennent dans le secteur WASH :

- Ministère de la santé, de l’hygiène publique et de l’accès universel aux soins ;

- Ministère de l'eau et de l'hydraulique villageoise ;
- Ministère de l'urbanisme et du cadre de vie à travers l'agence nationale ;
- Ministère de l'administration territoriale et de la décentralisation ;
- Ministère de l'enseignement supérieur à travers l'unité de traitement et valorisation des déchets de l'université de Lomé

Chaque ministère dispose de son organigramme de coordination des interventions. Il existe un cadre de concertation des acteurs intervenant dans le secteur WASH dénommé Conseil de Concertation pour l'Eau et l'Assainissement au Togo (CCEAT) dont la fréquence des rencontres est trimestrielle.

En ce qui concerne le Ministère de la santé, la coordination des interventions est assurée par la Direction de l'hygiène et de l'assainissement de base à travers ses trois divisions. La DHAB définit la politique et les grandes orientations en matière de l'assainissement de base et apporte un appui aux niveaux déconcentrés.

Au niveau intermédiaire, la coordination est assurée par les sections régionales d'hygiène et assainissement de base sous la responsabilité des directeurs régionaux ;

Au niveau périphérique, on a des sections préfectorales qui coordonnent les interventions des formations sanitaires. Au niveau local, les interventions sont mises en œuvre par les techniciens d'hygiène et d'assainissement (THA) aidés des agents de santé communautaires et volontaires.

- o Principales interventions menées par le secteur WASH dans le pays.

Les principales interventions dans le sous-secteur de WASH comprennent :

- Elaboration des documents stratégiques basés sur les standards internationaux et la vision 2030 des ODD : Normes et standards en matière d'eau, hygiène et assainissement en milieu scolaire, Plan d'action national du sous-secteur de l'eau et de l'assainissement (PANSEA 2021-2025), stratégie de Togo « sans défécation à l'air libre », Plan stratégique de gestion des déchets médicaux 2021-2025,
- Formation des acteurs à tous les niveaux : Les agences de mise en œuvre (AMO) sont formées en ATPC, les CSS ou gouvernement d'enfant sont formés dans les écoles, les artisans locaux sont formés en techniques innovantes à moindre coût, formation des agents formants et équipement en caisse de maintenance des pompes ; formation de 1500 agents de santé sur la gestion des déchets de soins médicaux.
- Réalisation d'infrastructures : Sur la période 2010-2016, en matière de développement des infrastructures il a été réalisé en milieu rural 2057 nouveaux forages FPMH et 1341 FPMH réhabilités, soit respectivement : en milieu semi-urbain 50 nouveaux mini-AEP et 22 PEA ont été construits, 02 mini-AEP et 01 PEA réhabilités. Entre 2017 et 2020, 3239 anciens FPMH et 68 mini-AEP ont été réhabilités, 736 FMPH et 40 nouvelles mini-adductions d'eau potable ont été réalisées. Avec ces réalisations, le nombre de forages PMH en milieu rural est passé de 4 121 en 2010 à 6178 en 2015 et à 7 761 en 2020 alors que le milieu semi-urbain a vu le nombre de Mini AEP passer de 108 en 2010 à 147 en 2015 puis à 197 en 2020.

- Promotion de l'éducation à l'hygiène et à l'assainissement (EHA) : les comités eau sont mis en place, formés et sensibilisés sur la gestion des ouvrages, organisation des sensibilisations dans les communautés, écoles et formations sanitaires y compris émissions radiodiffusées sur l'eau et les maladies liées au WASH.
- Réalisation d'ouvrages et acquisition de matériels : 16 incinérateurs conventionnels sont acquis et mis en service pour le traitement des déchets médicaux, construction d'un site d'enfouissement technique à Lomé, construction de 2 stations de traitement et valorisation des boues de vidange (Sokodé et Kara) ;
- Approvisionnement en eau potable des communautés ;
- Surveillance de la qualité de l'eau de consommation ;
- Gestion des déchets en milieu urbain, semi-urbain et rural ;
- Gestion des déchets de soins médicaux ;

Gestion des eaux usées municipales et des établissements de soins et établissements humains

- Performance des principaux indicateurs relatifs au secteur WASH dans le pays.
 - Au cours de la période 2010 - 2020 le taux de desserte national est passé de 34% en 2010 à 60% en 2020. Le tableau ci-dessous indique la progression du taux de desserte des différents milieux au Togo.

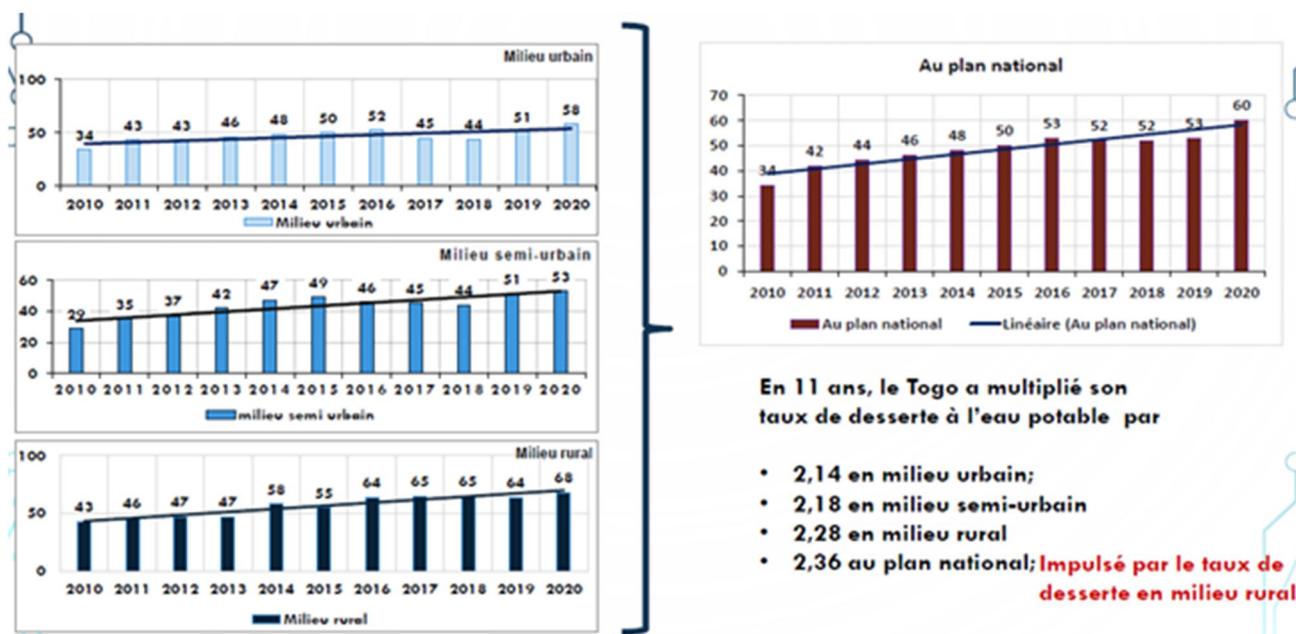


Figure 5 Performance des principaux indicateurs WASH au Togo

En matière d'assainissement de base, le pourcentage des ménages utilisant des installations sanitaires améliorées est passé de 35,6% en 2010 à 44,6% en 2017. Dans le même sens, les interventions ont permis de faire régresser le pourcentage des ménages pratiquant la défécation à l'air libre de 57,1% à 42,9 soit de 14,2% sur la même période. Le tableau ci-dessous indique le niveau des indicateurs dans les différentes régions

Tableau XI Niveau des indicateurs dans les différentes régions

Régions	Pourcentage des ménages utilisant des installations sanitaires améliorées (%)		Pourcentage des ménages pratiquant la défécation à l'air libre (%)		Pourcentage des ménages sans DLM où l'eau et le savon sont présents (%)	
	2010	2017	2010	2017	2010	2017
SAVANES	13,3	17,2	83,2	72,8	ND	84,6
KARA	14,7	24,6	82,6	66,4	ND	56,4
CENTRALE	26,1	35,2	68,6	60	ND	68,1
PLATEAUX	15,8	29,2	67,5	58,7	ND	71,7
MARITIME	47,6	42	40,2	40,6	ND	83,1
LOME COMMUNE	87,6	91,1	5,5	3,3	ND	57,9
TOTAL	35,6	44,6	54,9	45,3	ND	69,4
Milieu Urbain	73,3	79,5	18,4	14	ND	57,7
Milieu rural	12	20,8	77,7	66,7	ND	77,4

En matière de WASH dans les établissements de soins, la couverture en incinérateurs est de 24%, le pourcentage des formations sanitaires disposant d'une source améliorée d'eau est 67% tandis que la couverture en latrine est de 82%.

Dans les établissements scolaires seulement 25% des écoles primaires publiques disposent d'une source d'eau et de latrines.

- Intégration des interventions WASH et de lutte contre les MTN

Les interventions du secteur WASH ne sont pas véritablement intégrées dans la lutte contre les MTN. Cependant, dans le cadre du projet intégré à la lutte contre les maladies tropicales négligées invalidantes (pian, ulcère de Buruli et lèpre) phase 2, financé par ANESVAD, des actions ponctuelles sont réalisées dans certains districts notamment la plaine de Mò dans la région centrale, Yoto et Zio dans la région maritime. Ces interventions ont consisté essentiellement à :

- la construction et réhabilitation des blocs sanitaires type ECOSAN dans une école (EPP Konta dans le Yoto) ;
- la réhabilitation de 2 blocs de 3 cabines type VIP à EPP Tsadomé (district de Zio) ;
- la dotation des dispositifs de lavage des mains dans 10 écoles ;
- la construction de 2 forages photovoltaïques type poste d'eau autonome dans le village de kpého (Yoto) et Otui (Zio) ;
- la sensibilisation des populations et des communautés sur la gestion des ouvrages, l'importance du lavage des mains ;
- la construction de latrines familiales dans la plaine de Mò

La mise en œuvre de ce volet WASH du projet a été assurée par la division de l'assainissement de base et les sections déconcentrées de régions et districts dans le Yoto et Zio tandis que dans la plaine de Mò, l'ONG ADESCO a été mis à contribution.

- Coordination des partenaires du secteur WASH et de la lutte contre les MTN

La liste des principaux partenaires du secteur WASH ainsi que les domaines de financement sont consignés dans le tableau ci-dessous :

Tableau XII Principaux partenaires du secteur WASH

Partenaires	Domaines d'intervention	Observations
Fonds mondial pour l'assainissement/UNICEF	ATPC	3 régions couvertes sur 6 (Savanes, Kara et 5 districts de plateaux)
UNICEF	Construction d'ouvrages sanitaires scolaires Appui de la stratégie de financement des latrines familiales à travers les institutions de micro finance	3 régions couvertes sur 6 (Savanes, Kara et 5 districts de plateaux)
Eau et assainissement pour l'Afrique (EAA)	Réalisation d'ouvrages Appui aux institutions	
Union Européenne (UE)	Construction de latrine, forage, station de traitement et valorisation des boues de vidange et des déchets municipaux	Région Maritime, Centrale, Plateaux, Kara et Savane
Banque mondiale (BM)	Formation du personnel et équipement de collecte et de traitement des déchets de soins médicaux	Projet REDISSE/REPSRU-FA
Organisation mondiale pour la santé (OMS)	Appui dans la gestion des déchets de soins médicaux	
ANESVAD/DAHAW	Latrine scolaire, DLM, forage et promotion de la santé	
Plan international Togo (PIT)	ATPC, construction de latrines scolaires, formations sanitaires et familiales	
ANESVAD/DAHAW	Latrine scolaire, ATPC, Forage et promotion de la santé	
ONG	Mise en œuvre de l'ATPC, construction d'ouvrages	

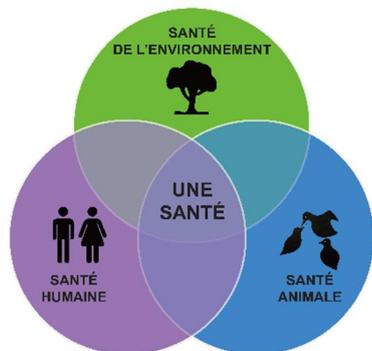
On peut noter que les principaux partenaires du secteur WASH sont : Fonds mondial, UNICEF, Union Européenne, Banque mondiale, OMS, ANESVAD, DAHW, Eau et assainissement en Afrique (EAA), Plan international Togo...

Les domaines d'interventions de ces partenaires sont :

- Appui de la stratégie de financement des latrines familiales.
- Réalisation des ouvrages sanitaires

- Construction de latrines, forages, stations de traitement et valorisation des boues de vidange et des déchets municipaux,
- Formation du personnel et équipement de collecte et de traitement des déchets de soins médicaux,
- Appui dans la gestion des déchets de soins médicaux, latrine scolaire, forage et promotion de la santé,
- Mise en œuvre de l'ATPC

1.2.5.3. « UN MONDE, UNE SANTE »



L'initiative One Health (« un monde une seule santé ») est un mouvement créé au début des années 2000 qui promeut une approche intégrée, systémique et unifiée de la santé publique, animale et environnementale aux échelles locales, nationales et planétaire. Elle vise notamment à mieux affronter les maladies émergentes à risque pandémique

Figure 6 Initiative One Health

La mise en œuvre du concept « Un monde, une santé » nécessite des mécanismes de gouvernance intersectorielle aux niveaux mondial, régional et national. Toutes les institutions concernées doivent travailler en étroite collaboration, chacune apportant son expertise, afin de formuler les réponses politiques les plus appropriées, de minimiser les lacunes et de clarifier les rôles conflictuels ou qui se chevauchent. Cela est encore plus évident dans les situations d'urgence, telles que la pandémie actuelle de covid-19, où les besoins urgents accélèrent la prise de décision, la mise en œuvre et la mise en application.

Pour faire face à de telles situations dans le cadre de la lutte contre les MTN au Togo, Il est essentiel de renforcer les approches interdisciplinaires et intersectorielles, d'établir des mécanismes de coordination clairs, où chaque institution connaît bien son rôle, communique et collabore en vue d'améliorer les résultats.

Dans la mise en œuvre du PNDS, notamment les activités de lutte contre les MTN, le Ministère de la santé, de l'hygiène publique et de l'accès universel aux soins à travers le PNMTN collabore avec plusieurs départements ministériels afin d'atteindre les objectifs fixés. Les départements concernés sont les suivants :

- Le Ministère des enseignements du préscolaire, scolaire et technique. Ce ministère participe à toutes les étapes de planification, de mise en œuvre, de suivi et évaluation des activités de TDM par l'intermédiaire d'un point focal. La collaboration est pratique sur le terrain avec l'implication des directeurs d'école lors des évaluations épidémiologiques concernant les enfants d'âge scolaire ;
- Le Ministère de l'action sociale qui travaille avec le programme dans les mêmes conditions que précédemment avec un point focal désigné ;
- Le Ministère de la communication. Ce ministère tout comme les deux précédents, participe à toutes les étapes des activités à la fois au niveau central et en périphérie avec la sensibilisation à travers les spots et l'animation des débats sur les médias locaux ;
- Le Ministère de l'hydraulique villageoise collabore ponctuellement avec le programme MTN pour la réalisation de certaines activités (forage) dans certaines localités ;

- Le Ministère de l'administration territoriale avec qui la collaboration est plutôt plus marquée sur le terrain par l'implication des chefs de villages, les chefs religieux, les comités villageois de développement (CVD).

Par ailleurs, pour les MTN à PCC, un effort est fait pour la collaboration avec la Division de l'Assainissement de Base (DAB) pour le volet eau, hygiène et assainissement (WASH), le Centre National d'Appareillage Orthopédique (CNAO) pour le volet de la Prévention de la Réadaptation Physique (PIRP) au sein du Ministère de la Santé. Il y a le Ministère de l'hydraulique villageoise qui a aussi mis un expert au profit du PNMTN pour l'accompagner dans la réalisation des forages réalisés sur le projet. Les sensibilisations ont aussi lieu dans les écoles avec l'avis favorable des acteurs de l'éducation. Pour ce qui concerne le Ministère de l'Action Sociale, aucune relation n'est vraiment établie pour disposer de l'appui sur le volet genre et le volet appui social des patients.

De plus, on note une insuffisance dans la collaboration avec le service d'hygiène et de l'assainissement de base du ministère de la santé ; de même que la direction de l'hydraulique du ministère de l'environnement.

S'agissant du ministère de l'élevage et la pêche de même que les services vétérinaires, il n'existe pas de cadre de collaboration formelle avec le PNMTN.

1.2.5.4 PHARMACOVIGILANCE

La pharmacovigilance a pour objet la surveillance du risque d'effet indésirable résultant de l'utilisation des médicaments et produits à usage humain.

Le système national de pharmacovigilance comprend :

- La Direction des Pharmacies, Laboratoires et Equipements Techniques
- La Commission nationale de pharmacovigilance et son équipe technique
- Le Centre national de pharmacovigilance et son Comité d'Experts
- Les Centres régionaux de pharmacovigilance
- Les Points focaux de districts
- Les membres de profession de santé des secteurs public et privé ainsi que les organisations professionnelles de santé.

La Direction des pharmacies, laboratoires et équipements techniques assure la coordination du système national de la pharmacovigilance. Elle définit les orientations de la pharmacovigilance, anime la commission nationale de pharmacovigilance et veille au respect des procédures de surveillance en vigueur. Elle reçoit les notifications et les rapports qui lui sont adressés par les homologues des autres pays, les laboratoires exploitants et les organismes de santé publique. (Arrêté N°0046/2008/MS/CAB/DGS/DPLET)

Les médicaments utilisés en traitement de masse organisé chaque année de 2016-2020 pour la chimio prophylaxie des maladies tropicales négligées à savoir l'onchocercose, les géo helminthiases et les schistosomiasis sont respectivement l'Ivermectine, l'Albendazole et le Praziquantel. A cet effet le programme a mis à la disposition des prestataires sur le terrain des fiches de notification des effets secondaires.

La synthèse des fiches de notification dûment remplies a permis de relever après la prise des produits cités plus haut des effets secondaires parmi lesquels il y a des prurits/urticaires, des céphalées, des nausées, des vomissements, des douleurs abdominales, des vertiges, des œdèmes de visage et des gonflements des bourses. Tous ces effets secondaires sont mineurs. Mais en 2019 des signes de gravité liés aux troubles ophtalmiques (hyperhémie des yeux, œdèmes, troubles de vision) ont été notifiés et gérés sans incidence avec la collaboration des spécialistes. (Source : rapports de mise en œuvre des TDM du programme)

1.2.6. Financement de la lutte contre les MTN

- Financement des activités MTN à CTP de 2016 à 2020

De 2016 à 2020 plusieurs partenaires nationaux et internationaux ont contribué à la lutte et l'élimination des MTN au Togo entre autres OMS, USAID (FHI 360, HDI, RTI), End In Africa, Anesvad, DAHW, Sightsavers, Unicef, Plan Togo, Croix Rouge Togolaise. On note également les ONG locales, les médias, les autorités administratives, coutumières, religieuses et les ASC.

Les financements externes représentent 99.6% du total des financements alloués aux activités MTN à CTP de 2016-2020. Les partenaires OMS, MDP et RTI appuient le programme en médicaments.

- Financement des Activités MTN à PCC

En 2018 le PNMTN a élaboré son Plan Stratégique National (PSN) de lutte intégrée contre l'ulcère de Buruli, le pian et la lèpre pour la période 2018-2020. De ce plan a découlé un projet dénommé : « Appui à la lutte intégrée contre l'ulcère de Buruli, la lèpre et le pian au Togo » Ce document a été élaboré par le MSHP avec l'appui de la DAHW et l'ANESVAD. Pour le compte de 2019, un financement global de 198 000 000 FCFA a été alloué au programme pour la mise en œuvre du projet.

S'agissant du budget prévu pour la mise en œuvre du plan directeur 2016 -2020, il a été difficile de quantifier sur les 5ans par manque de donnée disponible et de discontinuité des services (mobilité du personnel).

Ainsi le montant global dépensé en fonction des activités réalisées dans le Plan Directeur 2016 – 2020 s'élève à 3 431 928 065 pour la période de 2016 à 2020. De plus pour beaucoup d'activités c'est une gestion directe dont les données ne sont pas disponibles.

Tableau XIII Dépenses relatives aux activités du Plan Directeur 2016 - 2020

Désignations	Montant
Montant Global prévu dans le Plan directeur 2016 2020	5 402 252 176
Montant global dépensé en fonction des activités réalisée dans le plan directeur 2016 - 2020	3 431 928 065
Médicaments	40364 863260

Des efforts doivent être faits pour améliorer la gestion financière au niveau du PNMTN

Tableau XIV Répartition du financement par type de partenaire

ANNEE	PTF			ETAT		MEDICAMENT (OMS, MDP, RTI, DAHW et Anesvad)	TOTAL
	SIGHTSAVERS	USAID	DAHW/ANE SVAD	CAMEG	Budget Général		
2016	45 451 759	921 084 919				32 182 960	998 719 638
2017	32 845 195	1 146 337 417				13 560 909 900	14 740 092 512
2018	26 911 354	247 168 000			21 704 000	6 739 353 680	7 035 137 034
2019	35 528 291	471 447 917	71 233 227	4 778 926	30 000 000	11 691 723 120	12 304 711 481
2020	12 533 440	301 518 950	33 384 670		30 000 000	8 340 693 600	8 718 130 660
TOTAL	153 270 039	3 087 557 203	104 617 897	4 778 926	81 704 000	40 364 863 260	43 796 791 325

1.2.7 Forces, faiblesses, menaces et opportunités

. Des progrès ont été réalisés ces cinq dernières années mais beaucoup reste encore à faire en matière de mobilisation des ressources internes, d'opérationnalisation de l'approche d'intégration malgré la fusion en un seul programme national.

L'analyse des forces, faiblesses de même que des opportunités et des menaces est résumée dans le tableau ci-après :

Tableau XV Analyse FFOM

<p>FORCES</p> <ul style="list-style-type: none"> • Engagement politique pour la lutte contre les MTN • Existence d'un Programme national intégré pour la lutte et l'élimination des MTN • Agents de santé communautaires et des relais communautaires disponibles et formés • Implication effective de tous les acteurs à tous les niveaux ; • L'approche de la stratégie porte à porte pour les TDM • Engagement des partenaires techniques et financiers. • Formation des équipes cadres de région et de district et des responsables de formation sanitaire pour la prise en charge des MTN à PCC surtout à manifestation cutanée • Disponibilité des documents stratégiques de base dans la lutte contre les MTN 	<p>FAIBLESSES</p> <ul style="list-style-type: none"> • Existence de défis pour l'opérationnalisation de l'approche d'intégration malgré la fusion en un seul programme national • Insuffisance dans la mise en œuvre de l'approche d'intégration par le programme national MTN • Faible mobilisation des ressources locales ; • Insuffisance dans l'intégration de la surveillance des MTN dans SIMR • Insuffisance dans l'intégration de la gestion des données de MTN dans le SNIS à travers le DHIS2. • Insuffisance dans le suivi de la mise en œuvre <ul style="list-style-type: none"> ▪ Retard du rendu des résultats des évaluations entomo - épidémiologiques de l'onchocercose par le laboratoire national de référence ▪ Inadaptation de l'organigramme actuel du programme National MTN ne permettant pas de coordonner d'une manière plus efficiente les ressources humaines et financières en vue de dégager un pool de décision. ▪ Absence d'un plan de plaidoyer.
---	--

<ul style="list-style-type: none"> • Existence d'un plan de pérennisation des acquis de la lutte contre les MTN 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Insuffisance dans la planification intégrée des activités ▪ Insuffisance de leadership du programme. ▪ Instabilité à la tête de la coordination du programme MTN ▪ Absence d'un cadre multisectoriel qui prend en compte les partenaires pour le suivi ▪ Insuffisance dans la fonctionnalité du comité de certification et des organes de coordination (fonctionnement du comité des experts et non fonctionnalité du comité de pilotage prévu dans le plan directeur ▪ Absence de cartographie dynamique des MTN ▪ Dépendance du financement extérieur ; ▪ Absence de plan de communication intégrée ▪ Insuffisance dans la planification intégrée des activités Insuffisance de logistique pour le suivi de la mise en œuvre (absence de véhicules de coordination pour le PNMTN) ▪ Insuffisance dans la mise en œuvre des interventions WASH. Les aspects transversaux (WASH) ne sont pas suffisamment pris en compte. ▪ Absence de technologie innovante pour les MTN à PCC à manifestation cutanée ▪ Accessibilité difficile de certaines localités au cours des TDM surtout en saison pluvieuse (juillet- aout) ▪ Insuffisance de ressources humaines au sein du PNMTN ▪ Formation des acteurs insuffisante ▪ Insuffisance dans le convoyage des intrants lors des TDM
<p>OPPORTUNITES</p> <ul style="list-style-type: none"> • Disponibilité de nouveaux partenaires comme ANESVAD, ESPEN au niveau de l'OMS • Existence d'un programme assurantiel national dénommé SCHOOL ASSUR pour une bonne prise en charge des cas de schistosomiasés et de géo helminthiasés pour les élèves en particulier du primaire et du secondaire 	<p>MENACES</p> <ul style="list-style-type: none"> • Faible contribution de l'ETAT • Rareté des partenaires financiers qui s'intéressent aux MTN • Pandémie COVID 19

1.3 LACUNES ET PRIORITES

➤ Lacunes

Prestations de services et équité dans l'accès aux soins

- Non disponibilité des réactifs à temps dans le cadre des évaluations entomologique et épidémiologique

- Retard dans la livraison des résultats des analyses par le laboratoire national de référence
- Absence de technologie innovante pour les MTN à PCC à manifestation cutanée
- Insuffisance dans la mise en œuvre des interventions WASH, les aspects transversaux (WASH) ne sont pas suffisamment pris en compte.
- Faible accessibilité géographique de certaines localités au cours des TDM

Ressources Humaines

- Faible capacité des acteurs impliqués dans la lutte contre les MTN
- Insuffisance de ressources humaines au sein du PNMTN

Médicaments et autres produits de santé

- Mécanisme d'approvisionnement en intrants non intégré au système national

Système National d'information sanitaire (SNIS)

- Mécanisme de surveillance des MTN non intégré au Système national SIMR
- Gestion des données de MTN non intégrée dans le SNIS à travers le DHIS2.
- Absence de cartographie dynamique des MTN
- Absence de plan de communication intégrée.

Gouvernance et pilotage

- Insuffisance de leadership du programme
- Inadaptation de l'organigramme actuel du programme National MTN
- Insuffisance dans le suivi de la mise en œuvre
- Existence de défis pour l'opérationnalisation de l'approche d'intégration
- Absence d'un cadre de collaboration multisectoriel
- Faible fonctionnalité des organes de coordination
- Insuffisance dans la planification intégrée des activités

Financement de la lutte contre les MTN

- Dépendance du financement extérieur
- Faible mobilisation des ressources locales

➤ Priorités et Perspectives à venir

❖ Prestations de services et équité dans l'accès aux soins

- ✓ Renforcement de la participation communautaire
- ✓ Développement des technologies innovantes pour la prise en charge des MTN
- ✓ Extension de la couverture géographique des zones endémiques aux MTN à PCC
- ✓ Renforcement les capacités des acteurs dans la PEC et la lutte contre les MTN

❖ Gouvernance

- ✓ Amélioration du leadership du programme
- ✓ Renforcement de l'appropriation du programme par le gouvernement,
- ✓ Renforcement du plaidoyer, de la coordination et des partenariats
- ✓ Renforcement de la collaboration multisectorielle.
- ✓ Mise en place d'un cadre multisectoriel qui prend en compte les partenaires pour le suivi
- ✓ Opérationnalisation de l'approche d'intégration de la lutte contre les MTN

- ✓ Restructuration de l'organigramme du PNMTN
 - ❖ Ressources Humaines
- ✓ Renforcement de la capacité du programme MTN en ressources humaines avec une expertise de haut niveau (médecins ou experts en santé publique)
 - ❖ Médicaments et autres produits de santé
- ✓ Assurer le convoyage des intrants des TDM par la CAMEG
 - ❖ Système d'information sanitaire (SNIS)
- ✓ Renforcement de la communication intégrée
- ✓ Renforcement du mécanisme de suivi/évaluation, de surveillance, et de recherche opérationnelle sur les MTN.
 - ❖ Financement
- ✓ Renforcer la capacité de mobilisation des ressources financières

II. AGENDA STRATEGIQUE

2.1. Mission et vision de programme de lutte contre les MTN

Tableau XVI Mission et vision de programme de lutte contre les MTN

Vision	Libérer le Togo du fardeau des MTN à l'horizon 2030
But	Accélérer la réduction de la morbidité, des infirmités et de la mortalité liées aux MTN.
Mission	Coordonner la mise en œuvre des stratégies d'interventions efficaces pour le contrôle et l'élimination des MTN

2.2. Principes Directeurs

Le succès dans la mise en œuvre de ce Plan Directeur 2022 – 2026 dépendra du respect des principes directeurs ci-après :

- ✚ Accessibilité équitable aux interventions,
- ✚ Collaboration multisectorielle,
- ✚ Responsabilité mutuelle des autorités nationales et des partenaires, transparence et responsabilisation,
- ✚ Mobilisation et participation communautaires

2.3. Piliers stratégiques

PS1 : Accélération de la mise en œuvre des interventions de lutte et des capacités de prestation de service du programme

PS2 : Renforcement de la promotion de la santé en matière de MTN

PS3 : Renforcement de la coordination et du plaidoyer pour la mise en œuvre du plan

PS4 : Renforcement de la surveillance et de la recherche.

Tableau XVII Piliers et objectifs stratégiques

Piliers stratégiques	Objectifs stratégiques
<p>PS1 : Accélération de la mise en œuvre des interventions de lutte et des capacités de prestation de service du programme</p>	<p>OS1- Renforcer la mise en œuvre des interventions des MTN à chimiothérapie préventive OS2 - Renforcer la mise en œuvre intégrée des interventions pour les MTN à prise en charge des cas OS3 - Améliorer l'accès au traitement des cas et des complications de toutes les MTN à tous les niveaux OS4 - Renforcer la capacité de mise en œuvre des activités de lutte contre les MTN au niveau national.</p>
<p>PS2 : Renforcement de la promotion de la santé en matière de MTN</p>	<p>OS1- Renforcer le plaidoyer aux différents niveaux pour la promotion de la lutte contre les MTN OS2 - Renforcer l'utilisation des media pour la communication efficace en faveur des MTN OS3- Exploiter les techniques et technologies innovantes en matière de communication pour le changement de comportement OS 4 - Renforcer la mobilisation sociale pour la mise en œuvre des interventions de lutte contre les MTN</p>
<p>PS3 : Renforcement de la coordination et du plaidoyer pour la mise en œuvre du plan</p>	<p>OS1 - Renforcer le partenariat et mobilisation des ressources pour la pérennisation des acquis de la lutte contre les MTN OS2 - Améliorer le système de planification intégré et axé sur les résultats OS 4 - Renforcer le leadership du programme dans la coordination de la lutte contre les MTN OS 5 - Renforcer la coordination multisectorielle à tous les niveaux OS6 - Renforcer le mécanisme de suivi évaluation du programme</p>
<p>PS4 : Renforcement de la surveillance et de la recherche</p>	<p>OS1 - Renforcer le système de surveillance des MTN OS2 - Renforcer la recherche, la documentation et l'exploitation des évidences</p>

2.4 Résumé des objectifs par maladie

Tableau XVIII Résumé des objectifs par maladie

PROGRAMME	OBJECTIF GENERAL
Trachome	Eliminer le trachome cécitant d'ici 2026
Onchocercose	Assainir toutes les poches de l'onchocercose au Togo d'ici 2026
Géo-helminthiases	Réduire la prévalence des géo-helminthiases en dessous de 20% dans tous les districts
Schistosomiasés	Eliminer les schistosomiasés au Togo d'ici 2026
Filariose lymphatique	Maintenir les acquis de l'élimination d'ici 2026
Ulcère de Buruli,	Contrôler l'ulcère de Buruli en réduisant de 50% la proportion des cas d'UB de catégorie 3 par rapport à 2021.
Pian	Augmenter d'au moins 10% chaque année le taux de dépistage du pian d'ici 2026
Lèpre	Réduire l'incidence de la lèpre de 20% d'ici 2026
THA	Maintenir les acquis de l'élimination de la THA d'ici 2026
Dracunculose	Maintenir à zéro, le nombre de cas autochtones de dracunculose au Togo
Rage, Dengue, Mycétome	Renforcer la surveillance de ces maladies au Togo
Envenimations (Snakebite Envenoming)	Réduire la mortalité et morbidité de 50%
Gale	Inscrire la gale dans le système de surveillance au Togo

III. Mise en œuvre de la stratégie - Cadre opérationnel

3.1. Objectifs stratégiques, stratégies, cibles et activités

Tableau XIX : Cadre opérationnel

PS1 : ACCELERER LA MISE EN ŒUVRE DES INTERVENTIONS DE LUTTE ET DES CAPACITES DE PRESTATION DE SERVICE DU PROGRAMME

Objectifs stratégiques	Stratégies	Cibles	Activités	Indicateurs
OS1 : Renforcer la mise en œuvre des interventions pour les MTN à chimiothérapie préventive	Mise à jour de la cartographie des géo helminthiases, schistosomiases, de l'onchocercose,	36 districts oncho 39 districts schisto 38 districts géohelminthiases	Organiser les enquêtes de prévalences	Prévalence des MTN Nbre d'enquêtes réalisées sur prévues
			Organiser les enquêtes de couverture thérapeutique	Couvertures thérapeutiques Nbre d'enquêtes réalisées sur prévues
			Organiser les enquêtes d'évaluations épidémiologiques et entomologiques	Nbre d'enquêtes d'évaluations réalisées sur prévues
	- Renforcement de la mise en œuvre des TDM -	36 districts oncho 39 districts schisto 38 districts géohelminthiases	Approvisionner les districts en intrants	Quantité d'intrants commandée sur prévu
			Organiser des réunions de micro planification	Nbre de réunions réalisées sur prévue
			Former les acteurs pour les TDM	Nbre d'acteurs formés sur prévus
			Organiser des supervisions des TDM	Nbre de supervisions réalisées sur prévue
			Faire la distribution des médicaments par les ASC	Nbr de rapports de TDM disponibles sur prévus

Objectifs stratégiques	Stratégies	Cibles	Activités	Indicateurs	
			Organiser des évaluations rapides lors des TDM	Nbre d'évaluations organisées sur le nbre prévues	
			Renforcer les activités de mobilisation sociale (caravanes, activités médiatiques, réunions de sensibilisation...)	Nbre d'activités de mobilisation sociale réalisées sur prévues	
			Organiser la validation des données TDM à tous les niveaux	Nbre de réunions de validations des données TDM organisées sur prévues	
	Renforcement des capacités des acteurs pour les MTN à chimiothérapie préventive	PNMTN, DRS, DPS, RFS	Organiser des réunions de monitoring des activités	Nbre de réunions de monitoring réalisées sur prévue	
			Former les acteurs sur la gestion programmatique des MTN à CTP	Nbre des acteurs formés sur prévu	
			Organiser des supervisions formatives	Nbre de supervisions réalisées sur prévue	
	Amélioration de l'Hygiène et de l'assainissement de base	Districts endémiques	Organiser des missions de contrôle qualité des données dans les districts et FS	Nbre de missions réalisées sur prévue	
			Promouvoir l'approche ATPC (Réalisation des ouvrages WASH : forages, latrines, lave mains, ...)	Nombre d'ouvrages réalisés sur prévus	
	OS2 - Renforcer la mise en œuvre intégrée des interventions pour les MTN à prise en charge des cas	Renforcement de la mise en œuvre intégrée des interventions de prise en charge des cas notamment l'ulcère de Buruli, lèpre, le pian, les lymphœdèmes, les hydrocèles, les trichiasis,	Districts endémiques	Renforcer les compétences des agents de santé	Nombre d'agents formés sur prévus
				Renforcer les compétences des ASC et relais communautaires dans le dépistage et la référence des cas	Nombre d'ASC et RC formés sur prévus
Prendre en charge les cas de MTN à PCC selon les protocoles établis				Nbre de cas de MTN à PCC traités	

Objectifs stratégiques	Stratégies	Cibles	Activités	Indicateurs
	la Mycétome, Gale, morsures de serpent.		Prendre en charge les incapacités dues aux MTN à PCC	Nbre de cas de MTN à PCC pris en charge
			Organiser la recherche active des cas	Nbre de séances de recherche organisées sur prévues
			Mettre à l'échelle la chimioprophylaxie post exposition de la lèpre (Formation des agents de santé sur la chimioprophylaxie de la lèpre, approvisionnement des districts en médicaments et administration aux contacts lèpre)	
			Organiser des consultations foraines dans les communautés et dans les écoles	
	Mise à jour de la cartographie des MTN à PCC	Tous les districts sanitaires	Réaliser la cartographie du mycétome, de la gale, de la dengue et la rage	
			Organiser les enquêtes de prévalence	Nombre d'enquêtes réalisées sur prévues
	Amélioration de l'Hygiène et de l'assainissement de base	Districts endémiques	Promouvoir l'approche ATPC (réalisation des ouvrages WASH : forage, latrine, lave mains, ...)	Nombre d'ouvrages réalisés sur prévus
	Amélioration de la qualité du dépistage de la lèpre de l'ulcère de Buruli et du Pian	Districts endémiques	Former les acteurs sur le dépistage de la lèpre de l'ulcère de Buruli et du Pian	Nombre d'acteurs formés sur prévus
			Former les acteurs sur l'utilisation des outils de rapportage	Nombre d'acteurs formés sur prévus
	Améliorer la prise en charge des envenimations	Personnel de santé	Elaborer les manuels, guides et protocoles harmonisés sur les envenimations	Nbre de manuels, guides et protocoles

Objectifs stratégiques	Stratégies	Cibles	Activités	Indicateurs
				harmonisés élaborés sur prévus
			Former les acteurs à tous les niveaux sur la prise en charge des envenimations	Nombre d'acteurs formés sur prévus
			Prendre en charge les envenimations	Nombre de cas d'envenimations traités sur prévus
			Approvisionner les FS en SAV subventionné en quantité suffisante	Nbre de SAV subventionné
	Amélioration de la qualité des services de confirmation biologique et de la prise en charge globale des patients	Points focaux MTN	Faire la recherche active des cas	Nombre de cas détectés
		INH, PNMTN, Expert dermatologue	Organiser des missions de contrôle de qualité des échantillons pour la confirmation biologique de la lèpre, UB et le pian	Nbre d'échantillons confirmé
			Organiser des missions de contrôle de qualité des services offerts aux patients	Nbre de missions réalisée sur prévues
		Utiliser la télédermatologie pour améliorer la prise en charge des MTN à PCC	Nbre de cas traités	
	Surveillance de la résistance aux antimicrobiens et des effets indésirables des médicaments	Districts endémiques	Organiser des études de résistance aux antimicrobiens et des effets indésirables des médicaments	Situation de la résistance aux antimicrobiens connue
OS3 Améliorer l'accès au traitement des cas et des complications de toutes les MTN à tous les niveaux	Prise en charge de la morbidité et prévention des incapacités	Points focaux	Assurer l'appareillage des patients avec séquelles	Nbre de patients avec séquelles équipés sur prévus
	Prévention des invalidités et Réadaptation Physique		Former les prestataires sur la réadaptation à base communautaire	Nbre de prestataires formés sur prévus
			Sensibiliser les prestataires et les communautés sur les mesures de prévention des invalidités et de réadaptation Physique	Nbre de personnes ayant participé à la sensibilisation

Objectifs stratégiques	Stratégies	Cibles	Activités	Indicateurs
	Accès au soutien social et à la réadaptation	Services sociaux, psychologues, PFD, RFS,	Organiser la prise en charge psychologique et sociale des patients	Nbre de personnes prises en charge
			Faire la promotion de l'auto-soin (organiser des séances d'éducation thérapeutique des patients)	Nbre de séances organisées sur prévues
	Renforcement de la participation communautaire	Toute la population	Organiser des meetings de sensibilisation à l'intention des communautés	Nbre de meetings de sensibilisation organisés sur prévus
	Lutte contre la stigmatisation		Elaborer les messages et supports de communication pour un changement de comportement	Nbre de messages et supports élaborés
			Organiser la dissémination des supports de communication à travers les canaux appropriés	Nbre de supports de communication diffusés à travers les canaux appropriés
	OS4 - Renforcer la capacité de mise en œuvre des activités de lutte contre les MTN au niveau national		Renforcement de la coordination de la lutte contre les MTN	PNMTN
Mise à jour des politiques, guides et différents outils des programmes de lutte contre les MTN		Organiser une revue à mi-parcours	Nbre de revues à mi-parcours organisées sur prévues	
		Actualiser les politiques, guides et différents outils des programmes de lutte contre les MTN	Nbre de séances d'actualisation organisées sur prévues	
Renforcement de la capacité de gestion et de mise en œuvre du programme national de lutte contre les MTN		Renforcer le programme en ressources humaines qualifiées	Taux d'occupation des postes prévus par l'organigramme	
		Renforcer le programme en logistiques (Matériels roulants, informatiques, mobiliers, bureautiques et communication)	Nbre de matériels réceptionnés et disponibles	

Objectifs stratégiques	Stratégies	Cibles	Activités	Indicateurs
	Renforcement des capacités managériales des responsables du cadre du niveau central, des équipes cadre des districts et régions.		Former les acteurs à tous les niveaux sur les thématiques spécifiques aux MTN	Nbre d'acteurs formés sur prévus
			Participer à des rencontres internationales sur les MTN.	Nbre de missions réalisées sur prévues

PS2 : RENFORCEMENT DE LA PROMOTION DE LA SANTE EN MATIERE DE MTN

Objectifs stratégiques	Stratégies	Cibles	Activités	Indicateurs
OS1 - Renforcer le plaidoyer aux différents niveaux pour la promotion de la lutte contre les MTN	Renforcement du plaidoyer local pour les activités de promotion de lutte contre les MTN	Autorités Leaders d'opinion ONG locales Société civile Enseignants	Elaborer le plan de communication intégré pour la promotion de la lutte contre les MTN	Nbre de séances organisées sur prévues
			Elaborer et mettre en œuvre un plan de plaidoyer	Nbre d'activités réalisées sur prévues
	Renforcement des capacités des acteurs pour la mise en œuvre des activités de promotion de la lutte contre les MTN	PNMTN	Elaborer les manuels de formation	Nbre de séances organisées sur prévues
			Elaborer les outils de communication	Nbre de séances organisées sur prévues
			Former les acteurs pour la mise en œuvre des activités de promotion de la lutte contre les MTN	Nbre d'acteurs formés sur prévus
	OS 2 - Renforcer l'utilisation des media pour la communication efficace en faveur des MTN	Renforcement de l'implication des média existants dans la planification des activités de communication en faveur des MTN	Patron de presse Journalistes DPS	Elaborer les PAO intégrés avec les médias existants.
Etablir des contrats avec les médias existants				Nbre de contrats réalisés sur prévus
OS3 Exploiter les techniques et technologies innovantes en	Renforcement des techniques et		Créer un site web pour le programme de lutte contre les MTN	Site web crée

Objectifs stratégiques	Stratégies	Cibles	Activités	Indicateurs
matière de communication pour le changement de comportement	technologies innovantes en matière de communication.	Population totale Communauté locale	Former les mobilisateurs communautaires en matière de TIC MTN	Nbre de séances de formation organisées sur prévues
OS4 Renforcer la mobilisation sociale pour la mise en œuvre des interventions de lutte contre les MTN	Information, Education et Communication des populations pour un changement de comportement en faveur des MTN	Communauté locale Leaders d'opinions	Elaborer des supports de communications intégrées MTN	Nbre de séances organisées sur prévues
			Diffuser périodiquement des spots d'éducation et de sensibilisation sur les MTN	Nbre de spots diffusés sur prévus
			Renforcer la sensibilisation des populations en matière de MTN en exploitant tous les canaux disponibles	Nbre de personnes ayant assisté aux séances
			Diffuser les supports médiatiques et les autres supports IEC/CCC	Nbre supports médiatiques et les autres supports IEC/CCC diffusés
			Organiser les conférences et déjeuner de presse	Nbre de conférences et déjeuners de presse organisés sur prévus
			Organiser des activités de sensibilisation et de dépistage dans les localités silencieuses dites non endémiques	Nbre de séances organisées sur prévues

PS3 : RENFORCEMENT DU PLAIDOYER, DE LA COORDINATION ET DE L'APPROPRIATION DU PROGRAMME PAR LE GOUVERNEMENT

Objectifs stratégiques	Stratégies	Cibles	Activités	Indicateurs
OS1 - Renforcer le partenariat et la mobilisation des ressources pour les MTN	Renforcement de la capacité de mobilisation des ressources financières et matérielles	PNMTN Personnes ressources	Elaborer un document de plaidoyer de mobilisation de ressources en faveur des MTN	Nbre de document de plaidoyer élaboré

Objectifs stratégiques	Stratégies	Cibles	Activités	Indicateurs	
		Leaders d'opinion ONG locales Société civile Entreprises locales	Plaidoyer pour la mobilisation des ressources locales	Nbre de Plaidoyers organisés sur prévus	
		Régions Districts Formations sanitaires	Intégrer les activités de lutte contre les MTN dans les PAO des districts et formations sanitaires	Nbre de régions, districts et FS ayant intégré les activités de lutte contre les MTN dans leur PAO	
		Responsable P2 (DAF)	Plaidoyer pour l'augmentation de la subvention du PNMTN	Nbre d'activités de plaidoyer organisées Taux d'augmentation de la subvention	
		Partenaires -PTF Ministère Finances Société civiles, ONG	Organiser des forums annuels pour la mobilisation des ressources (Réunion, conférence, table ronde,)	Nbre de forums organisés	
	Intégration de la prise en charge des MTN dans les filières de la protection sociale	Ministère Education Ministère du développement à la base Ministère Action sociale	Prendre en charge les cas de schistosomiasés et géo-helminthiasés à travers le programme SCHOOL ASSUR en particulier pour les élèves du primaire et du secondaire	Nbre de cas de schistosomiasés et géo-helminthiasés pris en charge à travers le programme SCHOOL ASSUR	
		Handicap International Ministère Action sociale	Prendre en charge (partielle ou totale) les invalidités et handicaps liés à la chronicité des MTN à PCC	Nbre de cas d'handicap et d'invalidités pris en charge	
			Personnel technique du PNMTN	Former les acteurs à tous les niveaux sur la gestion axée sur les résultats	Nbre d'acteurs formés sur prévus

Objectifs stratégiques	Stratégies	Cibles	Activités	Indicateurs
OS2 : Renforcer le système de planification intégré et axé sur les résultats	Renforcement de capacité des acteurs sur la planification intégré	Equipes cadre des régions, districts et les RFS	Elaborer les PAO intégrés à tous les niveaux	Nbre de réunions d'élaboration de PAO organisées sur prévues
OS3 : Mettre en place un système de pérennisation des acquis en matière de lutte contre les MTN	Mise en place d'un système de gestion pour la coordination des ressources mobilisées auprès des entreprises privées	Ministère Santé Ministère Education Ministère de l'Eau Ministère élevage	Organiser des réunions de concertation et d'appui auprès des hauts responsables des différents Ministères, des partenaires et des différentes parties prenantes	Nbre de partenaires ayant répondu aux réunions de concertation sur la pérennisation des acquis
		Patronat Association des Banques...	Mettre en œuvre le plan de plaidoyer à travers des rencontres avec les groupes organisés spécifiques (patronat, associations des banques téléphonies mobiles ...)	Nbre de rencontres organisées sur prévues
		Patronat Association de banques Téléphonies mobiles	Développer des mécanismes innovants de mobilisation des ressources domestiques dans le cadre de partenariat public-privé pour la lutte contre les MTN (Faire la cartographie des partenaires potentiels)	Rapports de l'étude de faisabilité et analyse des mécanismes innovants de mobilisation des ressources domestiques.
OS4 : Renforcer le leadership du programme national dans la	Renforcement de la coordination de la lutte contre les MTN	PNMTN	Décrire les rôles et fonctions de chaque organe de la coordination de MTN	Disponibilité d'un document décrivant les rôles et fonctions de chaque organes

Objectifs stratégiques	Stratégies	Cibles	Activités	Indicateurs
coordination de la lutte contre les MTN		PNMTN	Réorganiser la structure de l'organigramme du PNMTN	Disponibilité d'un organigramme
		Directions Régionale et Préfectorales de la Santé	Renforcer la coordination des structures décentralisées de lutte contre les MTN en personnels qualifiés	Nombre de structures décentralisées de lutte contre les MTN ayant été renforcées en personnels qualifiés
		CNO, comité des experts, CLO (Comité local d'organisation)	Renforcer les capacités de gestion des organes de coordination du PNMTN (CNO, comité des experts, CLO)	Nombre d'organes de coordination du PNMTN ayant été renforcées
		PNMTN Directions Régionale et Préfectorales de la Santé	Organiser des réunions de coordination à tous les niveaux	Nbre de réunions de coordination organisées sur le nombre prévu (sanctionnées de PV)
		Ministère santé (DGPIIS, Division WASH, DGAS, Secrétariat PNDS PNMTN) Directions Régionale et Préfectorales de la Santé Partenaires PTF	Organiser des revues annuelles nationales, régionales et de districts intégrés des activités des programmes de lutte contre les MTN	Nbre revues intégrées organisées sur prévues
	Renforcement du programme MTN en ressources humaines	Médecins et Experts en santé publique Gestionnaire des services e santé, Cadre administratif des services de santé	Mettre à disposition du PNMTN des ressources humaines avec une expertise de haut niveau (Médecins et Experts en santé publique)	Nbre de personnes recrutées sur Nbre prévues

Objectifs stratégiques	Stratégies	Cibles	Activités	Indicateurs
		Equipes cadre de Districts et Régions Equipe du PNMTN	Former les acteurs de la lutte contre les MTN à tous les niveaux sur la gestion programmatique des interventions MTN	Nbre d'acteurs formés sur prévus
OS5 : Renforcer la coordination multisectorielle à tous les niveaux et la mutualisation des ressources	Renforcement de la collaboration intersectorielle	Ministères impliqués dans la collaboration multisectorielle	Organiser des réunions de coordination avec les différentes parties prenantes	Nbre de réunions organisées sur prévues
		Ministères impliqués dans la collaboration multisectorielle	Elaborer des PAO intégrés avec les différents ministères	Nbre de ministères ayant élaboré des PAO intégrés
		Ministères environnement, Secteur WASH, Ministère de l'Élevage, Ministère des transports, Education, Affaire sociale,	Former les parties prenantes dans les différents secteurs ministériels (Ministères environnement, Secteur WASH, Ministère de l'Élevage, Ministère des transports,) pour une gestion intégrée des MTN	Nbre de parties prenantes formées sur prévues
	Renforcement de la collaboration multisectorielle	Partenaires (PTF), CNO, Comité des experts, Ministère Santé, PNMTN,	Mettre en place un cadre multisectoriel prenant en compte les partenaires pour le suivi de la mise en œuvre des interventions de lutte contre les MTN	Nbre de partenaires prenant part aux réunions multisectorielles
		Ministères environnement, Secteur WASH, Ministère de l'Élevage, Ministère des transports, Education, Affaire sociale	Participer à la structuration et institutionnalisation de l'approche « One Health »	Nbre de rapports de participation à la structuration et institutionnalisation de l'approche « One Health » disponibles
		Partenaires (PTF) PNMTN et ses organes de coordination Equipes cadre de région et Districts	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	Nbre de réunions organisées sur prévues

Objectifs stratégiques	Stratégies	Cibles	Activités	Indicateurs
OS6 : Renforcer le mécanisme de suivi évaluation des programmes MTN	Renforcement du mécanisme de suivi évaluation des interventions de la lutte contre les MTN	Equipes cadre de région et Districts, PNMTN, DGPIIS,	Elaborer le plan national de suivi évaluation et les guides de remplissage des outils de collecte de données	Nbre de rapports d'activités disponibles
		Equipes cadre de région et Districts, PNMTN, DGPIIS,	Elaborer le guide de supervision des interventions de la lutte contre les MTN	Rapport d'activités disponible
		PNMTN, Equipes cadre de région et Districts, DGPIIS, DGAS, Secrétariat PNDS, Ministère associés à la lutte contre les MTN	Organiser les revues semestrielles et annuelles	Nbre de revues réalisées sur prévues
		Equipes cadre de Régions et Districts, ASC	Former les acteurs à tous les niveaux en suivi et évaluation	Nbre d'acteurs formés sur prévus
		Equipes cadre de Régions et Districts, ASC, prestataires	Former les acteurs à tous les niveaux sur l'utilisation des outils y compris le DISH 2	Nbre d'acteurs formés sur prévus
	Renforcement de l'utilisation à temps réel de l'information stratégique pour orienter la lutte contre les MTN	Equipes cadre de Régions et Districts, ASC, prestataires	Créer des plateformes de même que les réseaux sociaux pour diffuser et partager les informations à temps réel sur les MTN avec l'ensemble des acteurs	Nbre d'informations sur les MTN diffusées à temps réel sur des plateformes et les réseaux sociaux
		Partenaire PTF	Organiser une table ronde des partenaires et parties prenantes pour partager et diffuser les résultats, les progrès et les Gaps aussi bien programmatiques que financiers liés au PNMTN	Nbre de partenaires et parties prenantes ayant pris part à la table ronde

PS4 : RENFORCEMENT, DE LA SURVEILLANCE ET DE LA RECHERCHE OPERATIONNELLE

Objectifs stratégiques	Stratégies	Cibles	Activités	Indicateurs
OS1 : Renforcer le système de surveillance des MTN	Mise en place du système de surveillance épidémiologique et entomologique des MTN	PNMTN	Elaborer un plan de surveillance des MTN	Rapport d'élaboration du plan de surveillance disponible
			Mettre en œuvre les activités de surveillance épidémiologique et entomologique des MTN à CTP	Nbre de rapport d'activités de surveillance épidémiologique et entomologique des MTN à CTP disponibles.
			Mise en place du système de surveillance épidémiologique des MTN à PCC	Nbre de MTN à PCC sous surveillance épidémiologique
OS2 : Renforcer la recherche opérationnelle, la documentation et l'exploitation des évidences	Renforcement de la recherche opérationnelle sur les MTN.	PNMTN ECR ECD	Elaborer un plan de recherche	Rapport d'élaboration du plan de recherche disponible
			Former les acteurs clés de la lutte contre les MTN sur la méthodologie de la recherche	Nbre d'acteurs formés sur prévus
			Mettre en œuvre les activités de recherche opérationnelle	Nbre de rapports d'activités de recherche opérationnelle disponibles
	Renforcement du mécanisme de dissémination des informations stratégiques	PNMTN	Organiser des ateliers de diffusion des directives nationales, des résultats des recherches sur les MTN	Nbre de directives nationales et résultats des recherches sur les MTN diffusées sur prévues
Participer à des rencontres internationales sur les MTN et partager les données du Togo.			Rapports de Participation à	

Objectifs stratégiques	Stratégies	Cibles	Activités	Indicateurs
				des rencontres internationales sur les MTN

3.2. CADRE ORGANISATIONNEL ET DE SUIVI EVALUATION

Le Plan Stratégique national sert de document d'orientation pour la planification et de cadre de suivi de tous les indicateurs pour l'ensemble des intervenants dans le secteur des Maladies Tropicales Négligées. De ce plan, découlera un Plan d'Action Opérationnel et un plan de suivi évaluation.

3.2.1 Cadre organisationnel

La lutte contre les maladies tropicales négligées qui est prise en compte dans le PNDS, dispose d'un cadre institutionnel bien défini. Le programme de lutte contre les MTN est sous la Direction de la Lutte contre la Maladie et des Programmes de Santé Publique (DLMPSP) qui est l'une des six (06) directions composant la Direction générale de l'action sanitaire. Cette dernière est sous le secrétariat général du Ministère de la santé.

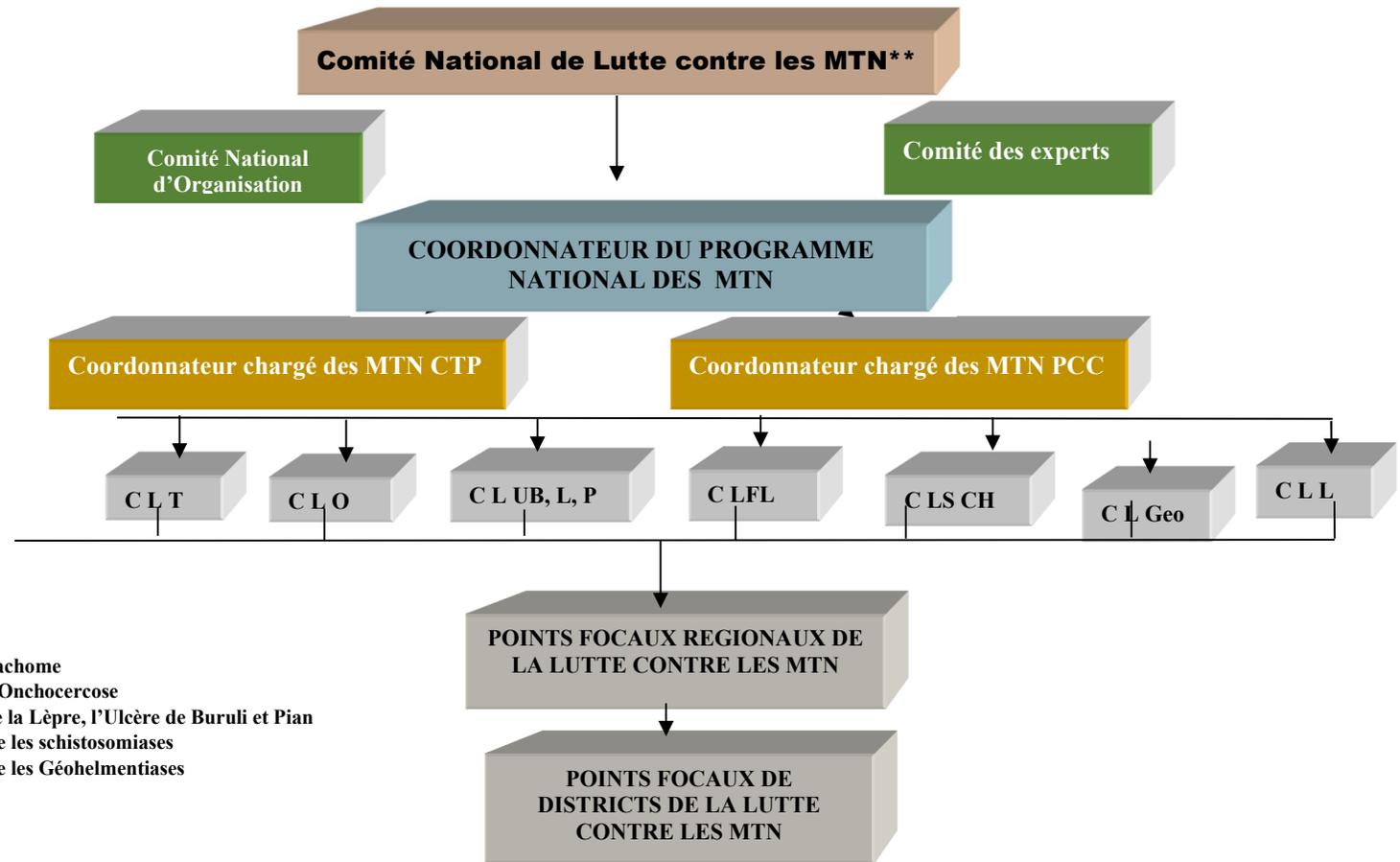
La mise en œuvre efficiente du Plan Stratégique dépendra du degré d'implication de tous les secteurs avec l'appui des partenaires dans une approche multisectorielle et pluridisciplinaire.

Cette multisectorialité devra se refléter à tous les niveaux (central, intermédiaire et périphérique) avec un renforcement des capacités pour une coordination nationale efficace.

Par ailleurs, le PNMTN est appuyé par le comité de pilotage, le comité national d'organisation (CNO), le comité des experts et les différents chargés de programme.

Tableau XX Organes de coordination du Programme National MTN

Organes	Rôle
Comité de pilotage	Appuyer la Coordination dans la lutte contre les MTN au Togo Ce comité est en cours de restructuration et deviendra le comité national de lutte contre les MTN mis en place pour substituer au comité de pilotage précédemment décrit
Comités d'experts MTN	Charger d'appuyer et de donner des directives au programme dans le cadre de la lutte contre les MTN. En son sein on note des groupes techniques de travail spécifique à chaque MTN
Comité National d'Organisation et comité local d'organisation	Charger de coordonner la mise en œuvre des TDM



CLT : Chargé de la Lutte contre le Trachome
 CLO : Chargé de de la Lutte contre l'Onchocercose
 CL L UB P : Chargé de la Lutte contre la Lèpre, l'Ulçère de Buruli et Pian
 CLSCH : Chargé de de la Lutte contre les schistosomiasés
 CLSCH : Chargé de de la Lutte contre les Géohelmentiasés

Figure 7 Organigramme du PNMTN

3.2.2 Collaboration multisectorielle et partenariats

Dans la mise en œuvre du PNDS, notamment les activités de lutte contre les MTN, le ministère de la santé, de l'hygiène publique et de l'accès universel aux soins à travers le PNMTN collabore avec plusieurs départements ministériels afin d'atteindre les objectifs fixés.

Cette collaboration multisectorielle est capitale pour atteindre les objectifs en matière de lutte contre les Maladies tropicales négligées. Le rôle des différents secteurs est résumé dans le tableau ci-dessous :

Tableau XXI Rôle des différents secteurs dans le cadre de la collaboration intersectorielle

Institutions/Secteurs	Rôle
Ministère de l'économie et des finances	Allocation de ressources
Ministère de l'action sociales, de la protection de la femme et de l'alphabétisation	. Mobilisation et sensibilisation des populations. Distribution des médicaments, planification, mise en œuvre et suivi évaluation des activités des TDM par le point focal dudit ministère, Animation des réunions communautaires
Ministère de l'eau et de l'hydraulique villageoise :	Approvisionnement en eau potable, Réalisation des infrastructures d'assainissement. Collaboration avec le programme MTN pour la réalisation de certaines activités (forage) dans certaines localités ; pour les MTN à PCC, collaboration avec la Division de l'Assainissement de Base (DAB) pour le volet eau, hygiène et assainissement (WASH), le Centre National d'Appareillage Orthopédique (CNAO) pour le volet de la Prévention de la Réadaptation Physique (PIRP) au sein du Ministère de la Santé
Ministère de l'administration territoriale, de la Décentralisation et du développement du territoire	Mobilisation des représentants locaux du pouvoir central... Collaboration par l'implication des préfets, chefs cantons et de villages, les chefs religieux, les Comités villageois de développement (CVD)
Ministère de l'Enseignement supérieur et Recherche	Appui à la recherche opérationnelle, suivi/évaluation
Ministère enseignements primaire, secondaire, technique et de l'artisanat	Education, Formation de base Participe à toutes les étapes de planification, de mise en œuvre, de suivi et évaluation des activités de TDM par l'intermédiaire d'un point focal Implication des directeurs d'écoles lors des évaluations épidémiologiques concernant les enfants d'âge scolaire Sensibilisation dans les écoles avec l'avis favorable des acteurs de l'éducation
Ministère de la Communication Ministère des Postes et Télécommunications :	Information de masse, couverture médiatique Participe à toutes les étapes des activités à la fois au niveau central et en périphérie avec la sensibilisation à travers les spots et l'animation des débats sur les médias locaux ;
Ministère des transports routiers, aériens et ferroviaires	Transport et convoyage des intrants
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 forêt

Institutions/Secteurs	Rôle
Ministère de la défense (Services de santé des Forces Armées)	Défense de l'intégrité territoriale et de la Sécurité. Forte collaboration des préfets, chefs de villages et cantons lors des TDM pour la mobilisation sociale
Ministère de l'Agriculture, de l'Elevage et de	Promouvoir l'agriculture, l'élevage
Autres structures ayant des relations intra - sectorielles	
Division de la nutrition	
Institut d'hygiène	
CAMEG	
Division santé communautaire et des personnes âgées	
Division WASH	
DGEPI	

3.2.3 Cadre de Suivi évaluation de la mise en œuvre des interventions

3.2.3.1 Rôle des différents acteurs dans le suivi des activités de la lutte contre les MTN

Au niveau central, Le PNMTN traduit le leadership du Gouvernement dans le secteur de la santé en matière de lutte contre les MTN et crée les conditions d'une plus grande synergie d'actions et d'un partenariat dynamique avec les partenaires techniques et financiers, les différents secteurs impliqués et la société civile.

Les coordonnateurs des MTN à PCC et à CTP, les chargés de la lutte contre les différentes MTN (onchocercose, ulcère de Buruli, filariose lymphatique, schistosomiasis, géo helminthiases, trypanosomiase humaine africaine, lèpre, trachome, 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.

Au niveau intermédiaire (région) et opérationnel (district), le PNMTN s'appuie sur les équipes cadres de districts et régions. Ces derniers assurent la coordination de l'exécution des différentes activités liées aux MTN. Les Points focaux régionaux et de districts assurent le suivi des activités dans les régions et districts et se chargent de la collecte, du traitement et de l'utilisation des données.

Toutefois, il existe une Direction Générale de l'Etude de la Planification et de l'Information sanitaire (DGEPI) qui coordonne tout le système de planification, de genèse et d'utilisation de l'information stratégique.

Au niveau communautaire, la mise en œuvre se fait par les agents de santé communautaires sous la responsabilité des formations sanitaires. S'agissant des MTN à PCC, les ASC s'occupent de la mobilisation des communautés et de la sensibilisation. Ils font aussi la suspicion et la référence des cas. Certains ASC font le suivi des patients à domicile en appui aux RFS et aux points focaux de districts. Quant aux MTN à CTP les ASC font le recensement, la mobilisation sociale et la distribution des médicaments.

3.2.3.2 Activités de suivi de la mise en œuvre

Le suivi des activités repose principalement sur la supervision formative, le monitoring et l'évaluation. Les revues semestrielles et annuelles sont organisées aussi bien au niveau national que régional.

❖ Supervision formative

La supervision est faite à tous les niveaux de la pyramide sanitaire et est planifiée dans les PAO annuels. Le niveau central supervise les équipes cadres régionales, qui à leur tour feront le suivi rapproché des équipes-cadres de districts sanitaires. Celles-ci assurent des supervisions intégrées des agents de santé au sein des districts selon une périodicité définie. La supervision des activités communautaires est menée par les responsables de formation sanitaires.

○ Monitoring

Des réunions de monitoring sont organisées au niveau régional et district. Des réunions de partage et d'analyse des goulots sont organisés avec les partenaires et les points focaux des autres secteurs impliqués dans la lutte contre les MTN dans le cadre de la collaboration multisectorielle.

○ Revues

Des revues (semestrielles et annuelles) sont organisées au niveau des régions sanitaires pour servir de cadre de réflexion en vue de veiller à l'efficacité de la mise en œuvre de toutes les activités des PAO. Celles-ci intègrent toutes les activités liées aux MTN.

Des revues annuelles sont organisées au niveau central pour suivre les progrès réalisés dans la mise en œuvre des PAO.

○ Evaluation

Des évaluations épidémiologiques et entomologiques sont organisées pour déterminer les prévalences de certaines MTN pour une prise de décision (réorienter au besoin les orientations stratégiques des MTN).

D'autres évaluations portent à la fois sur les processus et les progrès réalisés (en termes d'amélioration des couvertures) vers les résultats d'impacts attendus.

Des évaluations à mi-parcours et en fin de mise en œuvre du Plan Directeur 2022 – 2026 sont organisées. Ces derniers visent essentiellement l'appréciation du niveau d'atteinte des objectifs du Plan Stratégique de même que les aspects administratifs, financiers et techniques de mise en œuvre.

3.3 Recherche opérationnelle

Un Plan National de recherche opérationnelle devra être élaboré afin d'avoir un consensus sur les principaux axes et sujets de recherche, le chronogramme de la mise en œuvre. Ce qui permettra de disposer des données afin d'orienter les interventions pour une réponse harmonieuse et efficace.

3.4 Cadre de performance du plan directeur

Tableau XXII Cadre de performance du plan directeur

PROGRAMME	OBJECTIF GENERAL	INDICATEURS	VALEUR DE BASE (ANNEE 2020)	2026	OBSERVATION
Trachome	Eliminer le trachome cécitant d'ici 2026	Prévalence nationale du trachome	0,44 % pour TF et 0,15% pour TT (2017)	i) Prévalence du TT <0,2 % chez des personnes ≥15 ans dans chaque ancien district d'endémie ; ii) Prévalence de TF <5 % chez les enfants de 1-9 ans dans chaque ancien district d'endémie	
Onchocercose	Eliminer l'onchocercose au Togo d'ici 2026	Séroprévalence de l'onchocercose	0.51/1000 (2020)	100% de régions devront avoir une séroprévalence de la maladie < 1/1000	
		Taux d'infectivité	0,35 pour 1000	< 0,5 pour 1000	
Go-helminthiases	Réduire la prévalence des géo-helminthiases en dessous de 20% dans tous les districts	Prévalence des géo-helminthiases	11,6 % en 2015 Résultat de l'évaluation de 2020 en cours	Prévalence <2 % d'infections à géo helminthes	L'indicateur est renseigné suite à une évaluation d'impact d'au moins 3 années de traitement de masse à l'albendazole
Schistosomiases	Eliminer les schistosomiases au Togo d'ici 2026	Prévalence des schistosomiases	< 5 % en 2015 Résultat de l'évaluation de 2020 en cours	Prévalence <1 % d'infections à la schistosomiase à forte intensité	
Filariose lymphatique	Maintenir les acquis de l'élimination d'ici 2026	Pourcentage de positivité de l'antigénémie filarienne	Eliminée depuis 2017	< 1%	Renforcer surtout la surveillance

PROGRAMME	OBJECTIF GENERAL	INDICATEURS	VALEUR DE BASE (ANNEE 2020)	2026	OBSERVATION
Ulcère de Buruli,	Contrôler l'ulcère de Buruli en réduisant de 90% le tx de morbidité liée à l'UB.	Proportion de cas de la catégorie III (stade avancé) au moment du diagnostic	21,8% en 2020	< 18%	< 18 % en 2025 et < 10% en 2030 selon OMS 25,5 % en 2019 et près de 40% en 2021 au Togo
Pian	Eradiquer le pian d'ici 2026	<p>Nombre de cas suspects</p> <p>-Proportion de cas testés parmi les suspects</p> <p>-Proportion de cas confirmés par TDR parmi les suspects</p> <p>-Proportion de cas confirmés par DPP parmi les TDR+</p> <p>-Proportion de cas confirmés par PCR parmi les DPP+</p> <p>Nombre de cas de pian confirmé est égal à zéro en 2026</p>	24 cas confirmés en 2020	<p>00 cas confirmé</p> <p>Nombre de cas suspects ></p> <p>-Proportion de cas testés parmi les suspects > 90%</p> <p>-Proportion de cas confirmés par TDR parmi les suspects >90%</p> <p>-Proportion de cas confirmés par DPP parmi les TDR+>90%</p> <p>-Proportion de cas confirmés par PCR parmi les DPP+> 90%</p>	<p>Mise en place et Renforcement de la surveillance active et passive</p> <p>Traitement ciblé des cas</p> <p>Traitement total de la communauté (AMM) si nécessaire</p>
Lèpre	Eliminer (interrompre la transmission) la lèpre dans tous les	<p>Prévalence de la lèpre</p> <p>Proportion incapacité</p>	<p>14 cas pour 1000000 hbts</p> <p>34,8% d'ID2 parmi les nouveaux cas</p>	<p>Zéro nouveau cas autochtone de lèpre</p> <p>Réduire de 50% (de 34,8% à 17%) la proportion incapacité de degré 2 parmi les nouveaux cas</p>	Il est nécessaire d'avoir la population des enfants pour calculer aussi le

PROGRAMME	OBJECTIF GENERAL	INDICATEURS	VALEUR DE BASE (ANNEE 2020)	2026	OBSERVATION
	districts sanitaires d'ici 2026	de degré 2 parmi les nouveaux cas. Proportion d'enfants parmi les nouveaux cas	pour 1 millions d'hbts 11% d'enfants parmi les nouveaux cas	Réduction de 90% la proportion de nouveaux cas pédiatriques	Taux (par millions d'enfants) de nouveaux cas pédiatriques de lèpre
THA	Maintenir les acquis de l'élimination d'ici 2026	Nombre de cas de THA au Togo	00	<1 cas/10 000 personnes/an, dans chaque district sanitaire endémique Arrêt de la transmission	Seuil OMS
Rage, Dengue, Mycétome et chromo blastomycose	Cartographier et déterminer l'ampleur de ces maladies au Togo		Non connues	Cartographie et prévalence connue	
Dracunculose	Maintenir à zéro, le nombre de cas de dracunculose au Togo	Nombre de cas de dracunculose	00	00	
Envenimations (Snakebite Envenoming)	Réduire la mortalité et morbidité de 50%	Taux de mortalité Taux de morbidité			
Gale	Cartographier et déterminer l'ampleur de ces maladies au Togo		Non connues	Cartographie et prévalence connue Maintenir la prévalence en dessous du seuil (threshold level - TBD)	Incorporated scabies management in UHC package

IV ESTIMATION DU BUDGET

Tableau XXIII: BUDGET DU PLAN STRATEGIQUE NATIONAL DE LUTTE INTEGREE CONTRE LES MALADIES TROPICALES NEGLIGEEES 2022-2023 (PILERS ET OBJECTIFS STRATEGIQUES)

	Ressources disponibles par source de financement (en milliers de F CFA)		Coût par année (en milliers de F CFA)		Total	Total ressources disponibles	GAP
	Ressources internes (Etat, Collectivités locales, Fonds propres, autres)	Ressources externes (Appui des PTF)	2022	2023			
PS1 : ACCELERER LA MISE EN ŒUVRE DES INTERVENTIONS DE LUTTE, DES TRAITEMENTS ET DES CAPACITES DE PRESTATION DE SERVICE DU PROGRAMME	317 052 245	632 947 991	1 424 389 690	1 536 742 544	2 961 132 234	950 000 236	2 011 131 997
OS1 - Renforcer la mise en œuvre des interventions pour les MTN à chimiothérapie préventive	217 052 245	632 947 991	679 987 250	777 767 995	1 457 755 245	850 000 236	607 755 009
OS2 - Renforcer la mise en œuvre intégrée des interventions pour les MTN à prise en charge des cas	100 000 000	0	607 114 000	604 222 280	1 211 336 280	100 000 000	1 111 336 280
OS3 - Améliorer l'accès au traitement des cas et des complications de toutes les MTN à tous les niveaux	0	0	106 953 000	105 942 060	212 895 060	-	212 895 060
OS4 - Renforcer la capacité de mise en œuvre des activités de lutte contre les MTN au niveau national	0	0	30 335 440	48 810 209	79 145 649	-	79 145 649
PS2 : RENFORCEMENT DE LA PROMOTION DE LA SANTE EN MATIERE DE MTNTN	0	0	106 500 000	145 012 000	251 512 000	-	251 512 000
OS1 - Renforcer le plaidoyer aux différents niveaux pour la promotion de la lutte contre les MTN	-	-	20 625 000	43 650 000	64 275 000	-	64 275 000
OS 2 - Renforcer l'utilisation des media pour la communication efficace en faveur des MTN	-	-	21 060 000	27 331 200	48 391 200	-	48 391 200
OS3 - Exploiter les techniques et technologies innovantes en matière de communication pour le changement de comportement	-	-	24 275 000	21 930 000	46 205 000	-	46 205 000
OS4 - Renforcer la mobilisation sociale pour la mise en œuvre des interventions de lutte contre les MTN	-	-	40 540 000	52 100 800	92 640 800	-	92 640 800
PS3 : RENFORCEMENT DU PLAIDOYER, DE LA COORDINATION ET DE	0	0	192 524 700	304 731 994	497 256 694	-	497 256 694

	Ressources disponibles par source de financement (en milliers de F CFA)		Coût par année (en milliers de F CFA)		Total	Total ressources disponibles	GAP
	Ressources internes (Etat, Collectivités locales, Fonds propres, autres)	Ressources externes (Appui des PTF)	2022	2023			
L'APPROPRIATION DU PROGRAMME PAR LE GOUVERNEMENT							
OS1 - Renforcer le partenariat et la mobilisation des ressources pour les MTN	-	-	10 766 000	22 390 620	33 156 620	-	33 156 620
OS2 - Renforcer le système de planification intégré et axé sur les résultats	-	-	8 930 500	23 109 110	32 039 610	-	32 039 610
OS3 - Mettre en place un système de pérennisation des acquis en matière de lutte contre les MTN	-	-	1 879 200	9 916 784	11 795 984	-	11 795 984
OS4 - Renforcer le leadership du programme national dans la coordination de la lutte contre les MTN	-	-	78 619 000	105 691 380	184 310 380	-	184 310 380
OS5 - Renforcer la coordination multisectorielle à tous les niveaux et la mutualisation des ressources	-	-	45 355 000	76 262 100	121 617 100	-	121 617 100
OS6 - Renforcer le mécanisme de suivi évaluation des programmes MTN	-	-	46 975 000	67 362 000	114 337 000	-	114 337 000
PS4 :RENFORCEMENT, DE LA SURVEILLANCE ET DE LA RECHERCHE OPERATIONNELLE	-	-	129 744 120	145 829 002	275 573 122	-	275 573 122
OS1 - Renforcer le système de surveillance des MTN	0	0	108350000	103347000	211697000	0	211697000
OS2 - Renforcer la recherche opérationnelle, la documentation et l'exploitation des évidences	0	0	21394120	42482002,4	63876122,4	0	63876122,4
COUT GLOBAL DU PLAN	317 052 245	632 947 991	1 853 158 510	2 132 315 540	3 985 474 050	950 000 236	3 035 473 814

Tableau XXIV: BUDGET DU PLAN STRATEGIQUE NATIONAL DE LUTTE INTEGREE CONTRE LES MALADIES TROPICALES NEGLIGEEES 2022-2023 (PAR DOMAINES)

N°	DOMAINES	Ressources disponibles par source de financement (en milliers de F CFA)		Coût par année (en milliers de F CFA)		Total	Total ressources disponibles	GAP
		Ressources internes (Etat, Collectivités locales, Fonds propres, autres)	Ressources externes (Appui des PTF)	2022	2023			
1	Plaidoyer	0	0	11 709 020	38 837 500	50 546 520	-	50 546 520
2	Cartographie	0	0	13 500 000	13 770 000	27 270 000	-	27 270 000
3	Suivi-évaluation	23 125 903	46 251 805	339 805 800	376 362 476	716 168 276	69 377 708	646 790 568
4	Mobilisation sociale	0	0	164 377 650	164 375 587	328 753 237	-	328 753 237
5	Logistique	0	0	68 551 500	73 522 530	142 074 030	-	142 074 030
6	Formation	39 193 589	78 387 177	399 288 800	512 034 576	911 323 376	117 580 766	793 742 610
7	Distribution des médicaments (TDM)	154 732 754	309 465 508	239 801 120	244 597 142	484 398 262	464 198 262	20 200 000
8	Gestion des morbidités et chirurgies	100 000 000	-	309 124 500	284 072 990	593 197 490	100 000 000	493 197 490
9	Recherche opérationnelle	0	198 843 500	222 104 680	320 149 390	542 254 070	198 843 500	343 410 570
10	Appui institutionnel	0	0	84 895 440	104 593 349	189 488 789	-	189 488 789
	Total	317 052 245	632 947 991	1 853 158 510	2 132 315 540	3 985 474 050	950 000 236	3 035 473 814

Références

- [1]** : Plan directeur national de lutte contre les maladies tropicales négligées 2021 - 2025 cadre d'élaboration, Mis à jour le 29 octobre 2020
- [2]** United Nations, Department of Economic and Social Affairs, Population Division (2017). World Population Prospects: The 2017 Revision, Etats Unis : Ville de Washington : 2017 Disponible : <https://population.un.org/wpp/DataQuery/>
- [3]** Institut National de la Statistique et des Études Économiques et Démographiques TOGO - Quatrième Recensement Général de la Population et de l'Habitat au Togo, Quatrième Recensement Générale du Togo (2009-2011). Togo : ville de Lomé.
Disponible : <http://inseed.tg/nada/index.php/catalog/2/overview>
- [4]** Institut National de la Statistique et des Études Économiques et Démographiques , Perspective démographique [ensemble ligne] Togo : Ville de Lomé : 2017
Disponible : <http://inseed.tg/nada/index.php/catalog/2/overview>
- [5]** Perspective Monde, Outils pédagogique des grandes tendances mondiale [ensemble de données en ligne]. Etats Unis : Ville de Washington : 2017
- [6]** Direction Générale de la Statistique et de la Comptabilité Nationale , Rapport de la Troisième enquête Démographique et de Santé , République Togolaise
- [7]** stratégie nationale de financement de la sante pour la couverture sanitaire universelle ; période : 2020-2024
- [8]** Banque Internationale pour la Reconstruction et le Développement, Banque mondiale. [ensemble de donnée en ligne](#). Etats Unis : Ville de Washington : 2017 Disponible : <http://www.banquemondiale.org/fr/country/togo>
- [9]** United Nations, Department of Economic and Social Affairs, Population Division (2017). World Population Prospects: The 2017 Revision, Etats Unis : Ville de Washington : 2017
Disponible : <https://population.un.org/wpp/DataQuery/>
- [10]** Banque Internationale pour la Reconstruction et le Développement, Banque mondiale. [ensemble de donnée en ligne](#). Etats Unis : Ville de Washington : 2017 Disponible : <http://www.banquemondiale.org/fr/country/togo>
- [11]** Distribution en pourcentage de la population des ménages selon la source principale d'eau de boisson et pourcentage de la population des ménages utilisant une source améliorée d'eau de boisson, MICS Togo, 2017
- [12]** Rapport de la carte sanitaire 2016 mis à jour , version final 2019, ministère de la santé , Togo

[13] Annuaire statistique de la santé 2019, ministère de la santé, Togo

[14] Rapport de performance du Ministère de la santé Publique et de hygiène publique et acces aux soins – Togo, 2020,

[15] Rapport final de la revue 2020 des interventions de renforcement du système de santé 2021

[16] Rapport annuel PNMTN 2020

[17] Autres documents consultés :

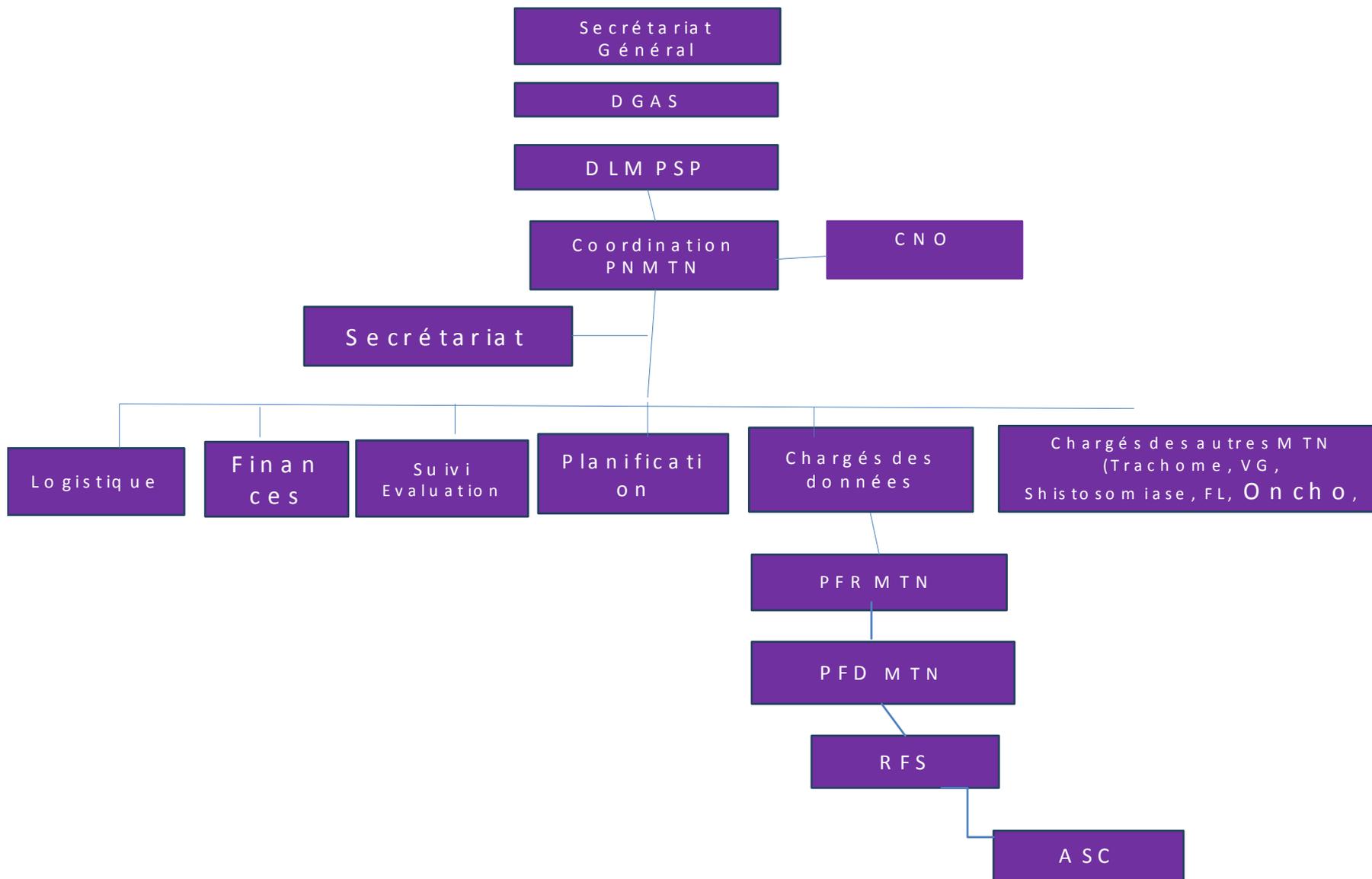
- Plan directeur national de lutte contre les maladies tropicales négligées 2021 - 2025 cadre d'élaboration, Mis à jour le 29 octobre 2020
- Feuille de route pour les maladies tropicales négligées 2021–2030, OMS
- Plan stratégique d'élimination de l'onchocercose : 2018-2022,
- Plan de pérennisation des acquis du programme MTN
- Rapport de performance du Programme MTN 2016 à 2020
- Rapport enquête MICS 6, 2017
- Plan stratégique national de lutte intégré contre l'ulcère de Buruli, la lèpre et le PIAN, 2018 – 2020
- Vers zéro lèpre : stratégie mondiale contre la lèpre (maladie de Hansen) 2021-2030

ANNEXES

EQUIPE DE REDACTION

NOM ET PRENOMS	TITRE/FONCTION	ADRESSE
Dr SOGNIKIN Koffi Sèvi	Consultant National Médecin de Santé publique Ancien Coordonnateur du Programme national MTN	Téléphone : 90 04 68 63/96 16 00 10 E.mail : edmondkof@yahoo.fr
Dr ADAM Zakillatou	Personne Ressource ; Médecin de Santé Publique Spécialiste en Politique-Management des Systèmes de Santé, Planning et Control des Maladies.	Téléphone : 90 87 39 29 E.mail : adam.zakya8@gmail.com
M. ADADE Kangni	Personne Ressource ; Gestionnaire des Services de Santé Ancien Chef d'Equipe National PNLO, Ex Consultant OMS/APOC	Téléphone : 90 13 77 73 E.mail : adadedossier@gmail.com
M. ZIGAN Mawunyo	Directeur des Etudes, de la Planification et de la Programmation	Téléphone : 90 95 65 94 E.mail : mawunyozigan@yahoo.fr
Dr TOGBEY Kwamy	Médecin de Santé Publique Coordonnateur du Programme national MTN	Téléphone : 90 03 04 91 E.mail : ktogbey@outlook.com
M. TCHALIM Maweke	TSS SP Chargé Planification	Téléphone : 90 11 36 32 E.mail : tmaweke@yahoo.fr
M. PADJOUDOUM Koffi	TSS SP Chargé Onchocercose	Téléphone : 90 14 23 79 E.mail : padjoudoumko@yahoo.fr
M. TELOU Gado	Ingénieur des Travaux Biologiques Chargé de données PNMTN	Téléphone : 90 11 53 77 E.mail : ibrahimtelou@yahoo.fr
Mme PATCHALI Judith	CASS Chargé Suivi/évaluation	Téléphone : 90 19 10 39 E.mail : patchalijudith@gmail.com
M. ALAGLO Marcel	TSO SP Chargé Trachome	Téléphone : 90 06 25 21 E.mail : alaglokamevor2014@gmail.com
M. IBARIN Morou	TSG SP Logisticien de Santé Chargé Logistique	Téléphone : 90 99 56 54 E.mail : ibarinmorou@yahoo.fr
M. GOMINA Zakari	Comptable Gestionnaire	Téléphone : 90 27 58 52 E.mail : zakarigomina@yahoo.fr

Organigramme du Ministère de la Santé et du programme national de lutte contre les MTN



Co-endémicité des MTN

Tableau xx : Co-endémicité des MTN

Régions	Districts	Shisto	Geo	Oncho	FL*	Trachome **	Lèpre	Pian	UB	Ver de Guinée	THA	Enven
Grand- Lomé	Agoè- Nyivé	X	X	X			X		X			X
	Golfe	X	X				X		X			X
Maritime	Avé	X	X	X			X		X			X
	BasMono	X	X	X			X		X			X
	Lacs	X	X				X		X			X
	Vo	X	X				X		X			X
	Yoto	X	X	X			X		X			X
	Zio	X	X	X			X		X			X
Plateaux	Agou	X	X	X			X					X
	Akébou	X	X	X			X					X
	Amou	X	X	X	X		X		X			X
	Anié	X	X	X		X	X					X
	Danyi	X		X			X					X
	Est-Mono	X	X	X		X	X					X
	Haho	X	X	X	X		X					X
	Kloto	X	X	X			X					X
	Kpélé	X	X	X			X		X			X
	Moyen-Mono	X	X	X			X					X
	Ogou	X	X	X			X		X			X
	Wawa	X	X	X			X	X				X
Centrale	Blitta	X	X	X			X					X
	Mô	X	X	X			X	X				X
	Sotouboua	X	X	X			X		X			X
	Tchamba	X	X	X		X	X					X

Régions	Districts	Shisto	Geo	Oncho	FL*	Trachome **	Lèpre	Pian	UB	Ver de Guinée	THA	Enven
	Tchaoudjo	X	X	X		X	X		X			X
Kara	Assoli	X	X	X		X	X					X
	Bassar	X	X	X			X					X
	Binah	X	X	X	X		X		X			X
	Dankpen	X	X	X		X	X					X
	Doufelgou	X	X	X	X		X					X
	Kéran	X	X	X		X	X					X
	Kozah	X	X	X	X		X					X
Savanes	CinKassé	X	X	X	X		X					X
	Oti	X	X	X			X					X
	Oti-Sud	X	X	X			X					X
	Kpendjal	X	X	X	X		X					X
	Kpendjal- Ouest	X	X	X	X		X					X
	Tône	X	X	X	X		X	X				X
	Tandjoare	X	X	X			X					X

Légende :

* : signifie que les districts étaient endémiques à la Filariose lymphatique.

** : signifie que les districts étaient endémiques au trachome

PREVISION DE COMPRIMES D'IVERMECTINE _ 2022 à 2026

	2022	2023	2024	2025	2026
POPULATION TOTALE	8,159,175	8,361,523	8,568,889	8,781,397	8,999,176
POPULATION TIDC AU T1	4,039,809	4,139,996	4,242,668	4,347,886	4,455,714
POPULATION TIDC AU T2	1,886,056	1,932,830	1,980,764	2,029,887	2,080,228
CIBLE A TRAITER AU T1 (85%)	3,433,838	3,518,997	3,606,268	3,695,703	3,787,356
CIBLE A TRAITER AU T2 (85%)	1,603,148	1,642,906	1,683,650	1,725,405	1,768,195
COMPRIMES NECESSAIRES	14,103,561	14,453,328	14,811,770	15,179,102	15,555,543
VALEUR DE MEDICAMENTS	11,846,991,072	12,140,795,856	12,441,887,136	12,750,446,016	13,066,655,952

PREVISION DE COMPRIMES D'ALBENDAZOLE _ 2022 à 2026

	2022	2023	2024	2025	2026
POPULATION TOTALE	8,159,175	8,361,523	8,568,888	8,781,397	8,999,175
T1 _ CIBLE A TRAITER (EAS = 31%)	2,529,346	2,592,072	2,656,355	2,722,233	2,789,744

T2 _ CIBLE A TRAITER (EAS = 31%)	440,228	451,146	462,334	473,800	485,550
COMPRIMES D'ALBENDAZOLE NECESSAIRES	3,266,531	3,347,540	3,430,558	3,515,636	3,602,823
COUT DES MEDICAMENTS	38,479,740	39,434,019	40,411,972	41,414,196	42,441,260

PREVISION DE COMPRIMES DE PRAZIQUANTEL _ 2022 à 2026

	2022	2023	2024	2025	2026
POPULATION TOTALE	8159175	8361523	8568888	8781397	8999175
ENFANTS D'AGE SCOLAIRE (EAS = 30%)	1803032	516797	1896877	542749	1992129
FEMMES ADULTES (26% = POP A RISQUE)	69647	0	73145	0	76818
ADULTES (50%)	835240	861328	882691	904582	927017
COMPRIMES DE PZQ NECESSAIRES	7,222,243	3,875,976	7,609,702	4,070,617	7,991,825
COUT	336,123,189	180,387,923	354,155,531	189,446,515	371,939,536