

POLITIQUE NATIONALE DE SANTE

Loi d'orientation décennale

PRÉAMBULE

L'Etat togolais, conscient de l'importance de la santé dans le processus général de développement du pays, a reconnu le droit à la santé du citoyen togolais à travers sa constitution et s'emploie à faire de la promotion sanitaire un des domaines prioritaires de l'action gouvernementale. Afin d'améliorer l'état de santé de la population, le Togo a initié depuis les années 1990 la réforme du secteur de la santé axée sur la mise en œuvre des soins de santé primaires sur la base de la déclaration de Lusaka et de la stratégie de l'Initiative de Bamako. Il s'est fait tienne la Déclaration de Ouagadougou sur les SSP.

En septembre 1998, le gouvernement togolais a adopté pour la première fois une Politique Nationale de Santé (PNS). L'objectif fondamental de cette politique était de réduire les taux de mortalité et de morbidité liés aux maladies transmissibles et non transmissibles à travers une réorganisation et une meilleure gestion du système de santé et une amélioration continue de l'accessibilité de tous, particulièrement les plus vulnérables dont le couple mère-enfant, aux services de santé de bonne qualité.

Deux Plans Nationaux de Développement Sanitaires (PNDS 2002-2006 et 2009-2013) et diverses stratégies nationales spécifiques à des problèmes prioritaires de santé publique ont soutenu la mise en œuvre de la PNS de 1998.

Cependant, la mise en œuvre de ces différents plans est intervenue dans un contexte socio-politique et économique difficile marqué par la raréfaction des ressources due en partie à une réduction significative de la coopération internationale, ce qui n'a pas permis d'atteindre tous les objectifs d'amélioration de la santé attendus.

En 2008, le gouvernement togolais s'est engagé dans une stratégie nationale de développement basée sur la réduction de la pauvreté (DSRP-C). La santé a été intégrée dans cette stratégie afin de contribuer à l'amélioration de la qualité de vie, de la productivité au travail, de la cohésion familiale et communautaire, de la création d'un habitat et environnement durables et enfin d'être un levier à la réduction de la pauvreté et à l'intégration sociale.

En mai 2010, le Togo a adhéré au Partenariat International pour la Santé et initiatives apparentées (IHP+). En adhérant à ce pacte mondial, le Togo s'est engagé dans la réforme du système de santé et la réalisation d'interventions sanitaires à haut impact capables de produire des résultats en termes d'amélioration de la santé des populations dans un contexte de partenariat innovant en application de la Déclaration de Paris (2005) et du Plan d'action d'Accra (2007).

Le processus de réforme du système de la santé prend en compte la formulation d'une nouvelle politique nationale de santé en se basant sur les leçons apprises de la mise en œuvre de la précédente politique de 1998, les nouveaux défis nationaux et des conventions et déclarations internationales auxquelles le pays a souscrit en vue de la réalisation des objectifs sanitaires y compris les Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD) relatifs à la santé en 2015.

Les résultats de l'analyse de la situation du secteur de la santé et l'évaluation conjointe de la PNS et du PNDS réalisés en 2010-2011 et validés par le Comité des Partenaires du secteur de la santé contribuent à la définition de la nouvelle politique sanitaire.

La nouvelle politique nationale de santé est le résultat d'un processus inclusif et consensuel de l'ensemble des parties impliquées dans la santé. Cette politique nationale de santé sert de base à la planification nationale et de cadre de référence pour l'ensemble des intervenants dans le secteur de la santé. Elle est en harmonie avec les priorités du programme mondial d'action sanitaire 2006-2015, la politique de la santé pour tous dans la région Africaine pour le 21ème siècle : agenda 2020 et les orientations stratégiques 2010-2015 de la région Africaine de l'Organisation mondiale de la santé.

Le Togo escompte, à travers la mise en œuvre de la nouvelle politique nationale de santé, atteindre des résultats tangibles pour amener l'état de santé des populations togolaises au niveau le plus élevé possible.

CHAPITRE 1 : CONTEXTE D'ELABORATION DE LA POLITIQUE NATIONALE DE SANTE

1.1 Contexte général du Togo

Le Togo, comme la plupart des pays d'Afrique de l'Ouest, témoigne d'un grand potentiel d'accroissement démographique: l'effectif de la population togolaise a plus que doublé en moins de 30 ans avec une population de 5,7 millions d'habitants en 2010¹ contre 2,7 millions en 1981. Le contexte démographique est surtout caractérisé par: i) une prépondérance de jeunes (60% des togolais ont moins de 25 ans), ii) une croissance démographique élevée (2,6% par an), iii) une forte densité de population dans les régions côtières (261 habitants au km² pour la région maritime par exemple), iv) une urbanisation rapide et peu contrôlée surtout à Lomé et v) un niveau encore élevé de l'indice synthétique de fécondité (ISF à 4,1 enfants par femme²), conséquence de la faiblesse de l'offre de services de planification familiale.

Le contexte politique national a été marqué par des troubles socio - politiques au début des années 1990 entraînant la suspension de la coopération internationale, ce qui a eu pour conséquence une réduction drastique de l'aide publique au développement dont le niveau est passé de 11,9% du PIB en 1990 à 2,5% en 2003. Après plus de 15 ans d'aide extérieure limitée, le Togo a normalisé ses relations financières avec les principaux partenaires au développement en 2008 et jouit désormais du soutien total de ses partenaires internationaux traditionnels

La situation générale du pays au plan économique reste encore fragile, par exemple le revenu par tête d'habitant était de 410 USD en 2008 contre 818 USD en moyenne pour les pays de l'Afrique sub-saharienne.

Le contexte social est marqué par une progression de la pauvreté de la population togolaise avec un taux de pauvreté passant de 32% à la fin des années 1980 à 61,7% en 2006. Une pauvreté essentiellement rurale (79,7% de la population rurale vivant en dessous du seuil de pauvreté) ainsi qu'une extrême vulnérabilité des individus à la pauvreté (taux de vulnérabilité estimé à 81,2% en 2006). Cette situation difficile fait que la réalisation des OMD liés à la santé reste incertaine à l'horizon 2015.

Toutefois, des signes encourageants apparaissent, résultats des efforts que réalise le gouvernement. Le taux de croissance de 3,5% atteint en 2010 (supérieur au taux de croissance de la population de 2,5% la même année) est un signe encourageant de la reprise économique. Mais des efforts importants doivent encore être réalisés pour atteindre une moyenne de 6 -7% de croissance annuelle afin d'avoir des retombées sur la réduction de la pauvreté et sur le bien-être des populations.

¹ Résultats provisoires du quatrième RGPH de 2010

² Division de la population des Nations Unies (voir <http://www.un.org/esa/population/unpop.htm>)

1.2 Contexte international

Au plan régional, le Togo est traversé par d'importants corridors pour le transport dans la sous-région (corridor sud-nord allant de Lomé vers les pays du sahel ; un autre ouest-est qui va d'Abidjan à Lagos). Ces corridors favorisent un dynamisme du secteur du commerce mais constituent aussi un facteur important de propagation des maladies du fait des mouvements de populations.

Dans le souci de mieux maîtriser les problématiques sanitaires sous régionales et internationales relatives à la propagation des maladies et à l'émergence de nouveaux vecteurs pathogènes, le Togo a adhéré à des institutions de santé à l'instar de l'OOAS et l'OMS. Ce contexte de regroupement est marqué par l'harmonisation des pratiques sanitaires pour éviter les risques de santé publique susceptibles de se propager à l'intérieure et au-delà des frontières et de constituer une menace dans le monde entier.

CHAPITRE 2 : SITUATION SANITAIRE

2.1 Etat de santé de la population

La situation sanitaire du Togo est caractérisée par des niveaux encore élevés des taux de morbidité et de mortalité. Le profil de mortalité reste marqué par les maladies infectieuses même si les maladies non transmissibles sont de plus en plus croissantes, signe que la transition épidémiologique est en cours.

L'**espérance de vie à la naissance** au Togo est estimée à 63,3³ ans pour l'ensemble de la population.

Le **taux de mortalité générale** estimé à 8,1⁴ pour mille, s'explique essentiellement par les taux élevés des mortalités infantile (78 ‰), infanto-juvénile (123 ‰)⁵, maternelle (350 pour 100.000 naissances vivantes) et de la mortalité liée au sida ; ces cibles des OMD constituent plus de 65 % de la mortalité de la population togolaise.

Le **taux de mortalité infanto-juvénile** reste à un niveau élevé en raison de quatre facteurs: le paludisme, les causes néonatales, la pneumonie et la diarrhée. Les autres causes sont liées à la rougeole et au sida. La malnutrition est une cause sous-jacente de plus de 50% de ces décès.

Les **décès dans la période néonatale** (l'âge de 28 jours) représentent plus du tiers des décès des enfants de moins de 5 ans. Les décès néonataux sont dominés par les infections sévères, la prématurité et l'asphyxie.

Le **paludisme** constitue le plus lourd fardeau sur le système de santé du pays. Il totalise en moyenne 40% de toutes les consultations externes avec une grande vulnérabilité des enfants de moins de cinq ans. En effet, le paludisme représente la première cause de morbidité et de mortalité des enfants de moins de 5 ans enregistrées dans les formations sanitaires. Les résultats d'enquête MICS réalisée en 2010 indiquent une prévalence nationale de paludisme de 33,1 % chez les enfants de moins de cinq ans.

La **malnutrition infantile** reste préoccupante. La malnutrition chronique est élevée et touche en moyenne près de 30% des enfants du Togo avec une variabilité importante d'une région à l'autre (43% dans les savanes et 16% dans la commune de Lomé) et également une variabilité suivant les quintiles de richesse (40% chez les enfants du quintile le plus pauvre contre 13 % chez les enfants du quintile le mieux nanti). La malnutrition aigüe varie avec les conditions de sécurité alimentaire et s'élevait à 4,8 % en moyenne sur l'ensemble du territoire en 2010⁶.

Les **maladies diarrhéiques** dont la prévalence s'est accrue de 15% en 2006 à 20,6% en 2010, représentent presque 14% des causes de mortalité infantiles. Les causes de la diarrhée sont multiples : infection, malnutrition, faible accès à l'eau potable, mauvaises pratiques d'hygiène et d'élimination des déchets.

³ Division de la population des Nations Unies (voir <http://www.un.org/esa/population/unpop.htm>)

⁴ Division de la population des Nations Unies (voir <http://www.un.org/esa/population/unpop.htm>)

⁵ Enquête MICS4 de 2010

⁶ Enquête MICS4 de 2010

La **mortalité maternelle** est également une question préoccupante au Togo. Le ratio de décès maternel estimé à 350 pour 100.000 naissances vivantes en 2008⁷ demeure largement supérieur à la cible attendue de 160 pour 100.000 naissances en 2015. Les causes directes des décès maternels sont les hémorragies, les éclampsies, les complications d'avortement provoqué, les infections et les dystocies.

En ce qui concerne l'épidémie du VIH, la prévalence au sein de la population générale est l'une des plus élevées de l'Afrique de l'Ouest (3,2% en 2010⁸). Bien qu'étant de type généralisée (3,5% chez les femmes enceintes en consultations prénatales en 2010⁹), elle présente des disparités régionales et entre les différents groupes socio-culturels : la prévalence du VIH diminue de Lomé Commune (6,8%) vers la région des Savanes (1,6%) ; elle est plus élevée en milieu urbain (4,4%) qu'en milieu rural (2,5%)¹⁰. En outre, l'épidémie est concentrée chez les Professionnelles du sexe et leurs clients (29,5% et 13%), les Hommes ayant des rapports Sexuels avec d'autres Hommes (HSH avec une prévalence de 23%), les Consommateurs de Drogues Injectables (CDI) et les Détenus (7,6% dans la maison d'arrêt de Lomé).

Le nombre de cas de **tuberculose** augmente d'année en année en raison de la co-infection TB/VIH et de l'amélioration de la notification des cas. Le nombre de cas de tuberculose dépistés est passé de 1 452 à 2 097 entre 2001 et 2010. Environ 30% des malades souffrant de la forme pulmonaire de tuberculose présentent une co-infection TB/VIH¹¹.

En dehors de ces principaux problèmes de santé, le Togo supporte un autre fardeau de la maladie lié aux handicaps, catastrophes, épidémies et surtout à l'émergence de **maladies non transmissibles (MNT)**. Les résultats de la première enquête STEPS réalisée en 2010 sur les facteurs de risque des MNT ont révélé que la prévalence de l'hypertension artérielle, principal facteur de risque des accidents vasculaires cérébraux et des crises cardiaques, était de 19,6% et celle du diabète évalué à 2,6%, au sein de la population des 15-64 ans. Les maladies cardiovasculaires représentaient 6% des décès enregistrés dans les établissements de soins du pays.

2.2 Performance du système de santé

L'analyse de la situation du secteur de la santé adoptée le 10 mai 2011 par le Comité des Partenaires, a révélé que le système de santé présente des forces mais aussi des faiblesses de plusieurs ordres qui entravent l'atteinte des OMD relatifs à la santé.

- Principales forces :
 - (i) l'amélioration des politiques publiques à travers l'élaboration des documents de politiques sectorielles et plans stratégiques de mise en œuvre ;
 - (ii) l'existence d'un cadre législatif propice à créer un environnement favorable à la mise en œuvre de la politique nationale de santé. Entre autres, le Code de la santé publique promulgué le 15 mai 2009 sert de cadre réglementaire de référence en matière de prestations de soins au Togo;

⁷ Estimation par modèle en 2008 (<http://donnees.banquemondiale.org/indicateur>)

⁸ [Rapport ONUSIDA 2010](#)

⁹ [Rapport d'activités du PNLS 2010](#)

¹⁰ [Rapport sur la surveillance sentinelle du VIH chez les femmes enceintes, PNLS 2010](#)

¹¹ [Rapport d'activités 2010, PNLT](#)

- (iii) un réseau de prestations de soins assez large avec un fort potentiel du secteur privé surtout en zone urbaine. La moyenne nationale du taux d'accessibilité géographique aux USP dépasse 60 % ; l'offre privée de soins, essentiellement le privé non lucratif, représente plus du tiers du total des établissements de soins ;
- (iv) la mise en place des mécanismes devant permettre à terme une gestion rationnelle et efficiente des ressources humaines en santé (gestion informatisée, profil pays et observatoire des RHS) ;
- (v) la déconcentration des institutions de formation des professionnels de santé sur l'ensemble du pays notamment dans sa partie septentrionale ;
- (vi) une bonne couverture vaccinale (au-delà de 80%) contre les principales maladies cibles du PEV.

▪ Principales faiblesses :

- (i) *la gouvernance et le pilotage du système de santé*: les constats de faiblesse sont : la faible application du principe de déconcentration limitant le pouvoir de décision des structures déconcentrées, la faible capacité de planification des actions de santé et de mobilisation des ressources financières et humaines nécessaires et des dysfonctionnements du système d'information sanitaire qui ne permet pas à l'heure actuelle de disposer en temps réel des bases factuelles et des connaissances pour alimenter et orienter les décisions politiques.
- (ii) *l'offre et l'utilisation des services* : le constat majeur est l'accès limité des populations en soins de santé essentiels de qualité. Les structures de SONU sont largement insuffisantes ; l'accès géographique et financier limités et surtout la qualité insuffisante des soins expliquent le faible niveau d'utilisation des services publics. En 2009, le taux de fréquentation des consultations curatives est de 30% et seulement 55,2 % des femmes ont fait les quatre visites prénatales¹² recommandées.
- (iii) *la gestion des Ressources Humaines en Santé (RHS)*: la situation des RHS au Togo se caractérise surtout par une pénurie importante de personnel de santé qualifié malgré les recrutements successifs à partir de 2008, une répartition géographique extrêmement inéquitable (c'est particulièrement le cas des médecins, dont 75% sont concentrés dans la capitale), une faible productivité en l'absence de système d'évaluation des performances et de conditions salariales/professionnelles attractives.
- (iv) *l'approvisionnement et la dispensation des médicaments et vaccins* : les constats majeurs relevés ont trait à la faiblesse de régulation et de contrôle du secteur pharmaceutique, le non-respect de la politique nationale des prix des médicaments et la trop grande dépendance du financement des programmes prioritaires de santé à l'égard de l'aide extérieure (par exemple, près de 70%¹³ du financement du PEV et plus de 80% du financement des ARV proviennent actuellement de l'aide extérieure);

¹² MICS4, 2010

¹³ Rapport Annuel de Situation du Togo à GAVI-Alliance de 2009

- (v) *le financement de la santé* : quatre constats majeurs sont notés. Le budget du ministère de la santé demeure insuffisant (autour de 6% du budget global de l'Etat); le Ministère de la Santé n'alloue pas de manière équitable les ressources publiques (par exemple, allocation budgétaire non basée sur les besoins réels des formations sanitaires), les ménages supportent encore largement le financement de la santé (51% des dépenses de santé) les mécanismes de partage de risques étant quasi inexistants au Togo ; enfin, l'intervention financière des PTF est encore imprévisible et faible (18% des dépenses de santé).
- (vi) *L'information sanitaire* : Le système actuel ne dispose pas suffisamment d'informations de qualité sur les problèmes de santé, sur le contexte dans lequel le système de santé fonctionne et sur l'efficacité de ce dernier. Il existe encore des insuffisances dans la collecte, l'analyse, la synthèse et la diffusion en temps voulu d'informations sur les progrès accomplis, le financement de la santé, les ressources humaines pour la santé et leur évolution ; les produits pharmaceutiques, technologies et infrastructures sanitaires, ainsi que l'accès aux soins et la qualité des services fournis.

CHAPITRE 3 : FONDEMENTS, VISION, VALEURS ET PRINCIPES

3.1 Fondements de la politique nationale de la santé

▪ *La Constitution de la République Togolaise du 14 octobre 1992*

Le droit à la santé est reconnu par la Constitution de la IVème République Togolaise du 14 octobre 1992 qui dispose en son article 34 que « *l'Etat reconnaît aux citoyens le droit à la santé. Il œuvre à le promouvoir* ». Le droit à la santé implique l'obligation pour l'Etat de définir une Politique Nationale de Santé à même de promouvoir, de protéger et de restaurer la santé de la population et d'en assurer la mise en œuvre effective.

▪ *Les dispositions législatives nationales relatives à la santé*

Le Togo a pris au plan national des textes en faveur de l'amélioration de la santé des populations :

- la loi-cadre de 2001 sur la Pharmacie et le Médicament au Togo ;
- la loi de 2001 relative à l'exercice de la médecine traditionnelle ;
- la loi n° 2004 -005 du 23 avril 2004 relative à la protection sociale des personnes handicapées ;
- la loi n°2006-010 du 13 décembre 2006, portant Code du Travail ;
- la loi n° 2007-005 du 10 janvier 2007 sur la santé de la reproduction ;
- la loi n° 2007-017 du 6 juillet 2007, portant Code de l'enfant ;
- la loi n°2009-007 du 15 mai 2009 portant Code de la Santé Publique de la République Togolaise ;
- la loi n° 2010-004 du 09 juin 2010 portant Code de l'Eau ;
- la loi n°2010-017 du 31 décembre 2010 relative à la commercialisation, à la consommation des cigarettes et autres produits du tabac ;
- la loi n°2010-018 du 31 décembre 2010 modifiant la loi N°2005 portant protection des personnes en matière du VIH/SIDA ;
- la loi n° 2011-003 de mars 2011 instituant un régime obligatoire d'assurance maladie des agents publics et assimilés.

▪ *Prise en compte des stratégies et orientations nationales en faveur de la santé*

Le Togo a développé différents documents de politiques sectorielles et de plans stratégiques spécifiques qui sont mis en œuvre en vue de l'amélioration de la santé de la population :

- la politique nationale d'approche contractuelle en matière de soins et services de santé élaboré en 2003 ;
- la politique nationale des laboratoires adopté en 2003 ;
- la politique nationale de réadaptation adoptée en décembre 2005 ;
- la politique nationale d'équité et d'égalité de genre (PNEEG) adoptée en septembre 2008 ;
- la gratuité des ARV pour les PVVIH décrétée par le gouvernement le 17 novembre 2008 ;
- la politique et stratégies nationales des interventions à base communautaire, (2009-2013) ;
- la politique nationale de population du Togo (PNP 2010-2015); version provisoire, juin 2009 ;
- la politique et normes en santé de la reproduction, planification familiale et infections sexuellement transmissibles, 2009 ;

- la politique nationale de l'aménagement du Territoire, mai 2009,
 - la politique nationale d'hygiène et d'assainissement au Togo (PNHAT), décembre 2009 ;
 - la politique nationale de l'alimentation et nutrition validée en 2010 ;
 - la politique et stratégies pour la Gestion Intégrée des Ressources en Eau (GIRE) au Togo validée en 2010 ;
 - la politique nationale de protection des personnes âgées ; septembre 2010 ;
 - la subvention de la césarienne, adoptée et mise en œuvre depuis mai 2011 ;
 - le plan de développement et de gestion des ressources humaines pour la santé (PDGRHS 2009-2013) ;
 - le Programme National d'Investissement Agricole (PNIA 2009-2015)
 - le plan stratégique de développement du système transfusionnel Togolais 2010-2014 ;
 - le plan stratégique de lutte contre le paludisme au Togo (2011-2015) ;
 - le plan d'action de sécurité sanitaire des aliments validé en 2009 ;
 - le plan national d'investissement pour l'environnement et des ressources naturelles validé en 2011 ;
 - le plan d'action national pour le secteur de l'eau et de l'assainissement adopté en 2010 ;
 - [le plan stratégique PEV \(Plan Pluriannuel complet PPAC 2011-2015\).](#)
- ***Prise en compte des objectifs sanitaires convenus sur le plan sous régional, régional et international***

Le Togo a souscrit à différents instruments sous régionaux, régionaux et internationaux en vue de la réalisation des objectifs sanitaires :

- la Déclaration du Millénaire relative à l'adoption des Objectifs du Millénaire pour le Développement par l'ONU pour 2015, New York, 2000 ;
- l'engagement du sommet des Chefs d'Etat et de Gouvernement de l'OUA de porter le budget de la santé à au moins 15% du budget des Etats (Déclaration d'Abuja 2001) ;
- la Déclaration de Paris sur l'efficacité de l'aide au développement, Paris, France, février à mars 2005 ;
- le Règlement Sanitaire International révisé du 23 mai 2005 ;
- le Plan d'Action de MAPUTO, septembre 2006 ;
- les Priorités du Programme Mondial d'Action Sanitaire, OMS 2006-2015 ;
- le Partenariat International pour la Santé et initiatives apparentées (IHP+), septembre 2007 ;
- la Déclaration de Ouagadougou sur les Soins de Santé Primaires et le renforcement des Systèmes de Santé en Afrique, Ouagadougou, Burkina Faso, avril 2008 ;
- la Déclaration d'Alger, Algérie à l'occasion de la Conférence ministérielle sur la recherche en santé dans la Région africaine ; juin 2008 ;
- la Déclaration de Libreville sur la Santé et l'Environnement en Afrique, Libreville, Gabon, août 2008 ;
- le Programme d'action d'Accra sur l'efficacité de l'aide au développement, 2008 ;
- la Déclaration d'eThekwini en matière d'hygiène et assainissement, eThekwini, Afrique du Sud, février 2008 ;
- la Déclaration de Brazzaville sur la prévention et le contrôle des maladies non transmissibles, Brazzaville, Congo, avril 2011 ;

- l'Initiative Africaine pour l'Accélération de la Réduction de la Mortalité Maternelle en Afrique (CARMMA), Addis-Abeba, Ethiopie, mai 2009 ;
- les Orientations stratégiques 2010-2015, Région Africaine de l'OMS ;
- la convention relative aux droits des personnes handicapées ratifiée en mars 2011;
- la Politique de la Santé pour Tous dans la région Africaine pour le 21ème siècle : Agenda 2020, AFR/RC50/8 Rév.1 ;
- le programme d'action d'Istanbul en faveur des pays les moins avancés, Istanbul, Turquie, mai 2011.

3.2 Vision de la politique nationale de santé

La vision de la politique nationale de santé est d'assurer à toute la population le niveau de santé le plus élevé possible en mettant tout en œuvre pour développer un système de santé performant basé sur des initiatives publiques et privées, individuelles et collectives, accessible et équitable, capable de satisfaire le droit à la santé de tous en particulier les plus vulnérables.

3.3 Valeurs et principes directeurs de la politique nationale de la santé

▪ *Les valeurs*

Les choix en matière de santé dans le cadre de la mise en œuvre de cette politique nationale s'appuient sur des valeurs de :

- solidarité,
- équité et égalité,
- justice sociale,
- intégrité et éthique,
- respect des droits humains et de la spécificité du genre avec un accent particulier sur l'Enfant.

▪ *Les principes directeurs*

La mise en œuvre de la politique nationale de santé est guidée par huit principes directeurs:

1. Efficience : la stratégie de mise en œuvre de la politique de santé doit être basée sur des interventions efficaces et reconnues à haut impact, elles-mêmes basées sur l'évidence;
2. Couverture universelle en santé : la couverture universelle aux soins et services de santé de qualité doit être basée sur l'extension à tous de la protection sociale en santé à travers un financement suffisant, équitable et durable ; elle est complémentaire à des réformes de prestations de services qui réorganisent les services de santé sous forme de soins de santé primaires, autour des besoins et des attentes de la population, afin de les rendre plus pertinents socialement et plus réactifs aux changements du monde tout en produisant de meilleurs résultats ;
3. Participation et appropriation communautaire : la participation et l'appropriation communautaire sous-tendent l'application de l'approche des Soins de Santé Primaires (SSP);

4. Gestion axée sur les résultats et la bonne gouvernance : la transparence, la responsabilisation, la généralisation de la gestion axée sur les résultats, la bonne gouvernance dans l'utilisation des ressources financières et dans la gestion du secteur, constituent des fondements à tous les niveaux. La gestion axée sur les résultats favorise aussi le renforcement du leadership en introduisant l'autorité dirigeante inclusive, participative, négociatrice qu'appelle la complexité du système de santé ;
5. Complémentarité : la prévention de la maladie, la promotion et la restauration de la santé sont complémentaires;
6. Partenariat : la reconnaissance de la multi-sectorialité et la mutualisation des responsabilités des autres secteurs prennent en compte le développement des partenariats notamment public-privé nécessaires à la mise en œuvre de la politique de santé; il encourage la promotion de politiques publiques visant à rendre les collectivités plus saines, en combinant les actions de santé publique avec les soins de santé primaires et en menant des politiques publiques saines dans tous les secteurs;
7. Continuité et qualité de soins : les soins de santé doivent être acceptables, de bonne qualité, intégrés et continus;
8. Médicaments génériques : l'accès universel aux médicaments essentiels génériques de qualité à coût abordable reste indispensable à l'exercice du droit à la santé ;
9. Evaluation : toutes les interventions et les stratégies de soins sont soumises à une évaluation conjointe.

CHAPITRE 4 : OBJECTIFS, CIBLES ET INDICATEURS DE LA POLITIQUE NATIONALE DE SANTE

4.1 Objectifs de la politique de santé

La politique nationale de santé définit les objectifs, cibles et indicateurs de progrès suivants :

| Objectifs et cibles pour 2022 | | Indicateurs |
|---|---|--|
| Objectif 1. Réduire la mortalité maternelle et néonatale et renforcer la planification familiale | | |
| Cible 1 | Réduire le taux de mortalité maternelle de 350 à 143 décès maternels pour 100 000 naissances vivantes | 1. Ratio de mortalité maternelle |
| Cible 2 | Réduire le taux de mortalité néonatale de 39 à 20 décès néonataux pour 1 000 naissances vivantes | 2. Taux de mortalité néonatale |
| Cible 3 | Porter la prévalence contraceptive moderne de 13,2% à 50% | 3. Taux de prévalence contraceptive-méthode moderne 4. Pourcentage des besoins non satisfaits en matière de planification familiale |
| Objectif 2. Réduire la mortalité chez les enfants de moins de 5 ans | | |
| Cible 4 | Réduire le taux de mortalité infantile de 78 à 38 pour 1 000 naissances vivantes | 5. Taux de mortalité infantile |
| Cible 5 | Réduire le taux de mortalité infanto-juvénile de 123 à 51 pour 1 000 naissances vivantes | 6. Taux de mortalité infanto-juvénile 7. Proportion d'enfants de moins de 5ans présentant une malnutrition chronique (taille/âge) |

Objectif 3 Combattre le VIH/sida, le paludisme, la tuberculose et les autres maladies (1. maladies non transmissibles : diabète, HTA, drépanocytose, maladies mentales, cancer, obésité, maladies bucco-dentaires, maladies respiratoires chroniques 2. Maladies à potentiel épidémique ; 3. maladies tropicales négligées, etc.)

- | | |
|--|---|
| <p>Cible 6 Réduire de moitié les nouvelles infections au VIH dans la population en général et dans les groupes à risque (professionnelles du sexe, HSH, CDI, détenus)</p> | <p>8. Pourcentage de jeunes filles et de jeunes garçons âgés de 15-24 ans qui sont VIH positifs</p> <p>9. Pourcentage de nouveau-nés séronégatifs nés de mères vivant avec le VIH</p> <p>10. Pourcentage des adultes et enfants (masculins et féminins) éligibles au traitement ARV qui sont actuellement sous traitement ARV</p> |
| <p>Cible 7 Réduire de 3/4 au moins la mortalité liée au paludisme</p> | <p>11. Proportion de décès liés au paludisme chez les enfants de moins de 5 ans</p> <p>12. Proportion d'enfants de moins de 5 ans dormant sous MII</p> |
| <p>Cible 8 Réduire de 2/3 la létalité liée à la tuberculose</p> | <p>13. Taux de létalité de la tuberculose</p> <p>Proportion de cas de tuberculose détectés et traités sous DOTS</p> |
| <p>Cible 9 Eliminer les principales maladies tropicales négligées</p> | <p>14. Nombre de cas dépistés et confirmés de maladies tropicales négligées</p> |
| <p>Cible 10 Réduire de moitié, la morbidité et la mortalité liées aux maladies à potentiel épidémique</p> | <p>15. Pourcentage d'enfants de moins de 5 ans ayant eu la diarrhée et reçu une TRO</p> <p>16. Taux de décès liés aux maladies à potentiel épidémique</p> |
| <p>Cible 11 Réduire de moitié la morbidité, l'incapacité et la mortalité liées aux maladies non transmissibles, aux troubles mentaux, à la violence et aux traumatismes¹⁴</p> | <p>17. Taux de prévalence et d'incidence des incapacités</p> <p>18. Taux de décès liés aux maladies cardiovasculaires</p> <p>19. Proportion de diabétiques dépistés et traités</p> <p>20. Besoins non satisfaits des personnes handicapées en matière de santé et de réadaptation</p> |

¹⁴ Cet objectif prend en compte le renforcement du système et service de santé et de réadaptation dans le domaine des affections chroniques non transmissibles, y compris les maladies cardio-vasculaires, le cancer, le diabète, les maladies respiratoires chroniques, les déficiences visuelles et les troubles génétiques, ainsi que les troubles mentaux, comportementaux, neurologiques et dus à l'usage de substances psychoactives, les traumatismes et les incapacités toutes causes confondues.

Objectif 4 Promouvoir la santé dans un environnement favorable à la santé

- | | |
|--|--|
| Cible 12 Contribuer à créer un environnement favorable à la santé | 21. Pourcentage des ménages utilisant des sources d'eau de boisson améliorées 22. Pourcentage des ménages utilisant des installations sanitaires améliorées 23. Proportion des mères et d'enfants se lavant les mains de manière adéquate |
| Cible 13 Réduire significativement le niveau d'exposition aux facteurs de risque pour la santé associés au tabac, à l'alcool, aux drogues et à l'usage d'autres substances psychoactives, à une mauvaise alimentation, à la sédentarité et aux rapports sexuels non protégés | 24. Pourcentage des adultes avec aucun des facteurs de risque combinés ¹⁵ 25. Pourcentage des adultes âgés de 25 à 64 ans avec trois facteurs de risque ou plus 26. Pourcentage de jeunes filles et de jeunes garçons âgés de 15-24 ans qui identifient correctement les mesures de prévention sexuelle du VIH et qui rejettent les idées fausses |

Objectif 5 Améliorer l'organisation, la gestion et les prestations des services de santé

- | | |
|---|---|
| Cible 14 Renforcer la gouvernance et le pilotage du système de santé | 27. Niveau d'application du principe de déconcentration (répartition des responsabilités entre les différents niveaux du système de santé) 28. Niveau de performance des instances de coordination et régulation au sein du système de santé |
| Cible 15 Renforcer le système d'information sanitaire | 29. Existence d'un système d'information sanitaire conforme aux normes reconnues au plan international |
| Cible 16 Mettre à disposition un personnel de santé compétent, productifs, et attentif aux besoins des patients afin d'améliorer les résultats sanitaires | 30. Densité de personnel de santé (ratio pour 10.000 habitants) par catégorie professionnelle et par district sanitaire |

¹⁵ Résumé des facteurs majeurs de risque combinés

1. Fumeurs actuels quotidiens ; 2. Consommation de moins de 5 portions de fruits et légumes par jour ;
3. Niveau bas d'activité physique ; 4. Surcharge pondérale ou obésité ; 5. Tension artérielle élevée ;

| | |
|---|---|
| Cible 17 Améliorer la disponibilité, l'utilisation et la qualité de l'offre | 31. Taux de disponibilité des structures SONU 32. Pourcentage de villages ruraux qui disposent d'un agent de santé communautaire formé sur les soins intégrés (diarrhée, pneumonie et paludisme) 33. Taux d'utilisation des soins curatifs 34. % d'accouchements assistés par personnel qualifié |
| Cible 18 Etendre l'accès aux médicaments, aux produits et aux technologies médicaux, en améliorer la qualité et l'utilisation | 35. Taux de césarienne 36. Taux de disponibilité des MEG, vaccins et produits sanguins 37. Pourcentage d'ordonnances conformes aux directives cliniques nationales 38. Proportion de vaccins du PEV potentiellement immunisants |
| Cible 19 Etendre la protection sociale en santé à travers un financement, suffisant, équitable et durable | 39. Pourcentage du budget de l'Etat alloué à la santé 40. Part des subventions pour soins aux indigents et autres personnes vulnérables 41. Part des paiements directs des ménages dans les dépenses totales de santé 42. Taux d'exécution des dépenses publiques de santé par fonction |

CHAPITRE 5 : DOMAINES D’ACTION ET ORIENTATIONS STRATEGIQUES

5.1 Domaines prioritaires d’action

Conforme à la vision et aux objectifs, la politique nationale de santé définit huit domaines d’interventions prioritaires:

1. Prévention et prise en charge des maladies au niveau communautaire;
2. Santé de la mère, du nouveau-né, de l’enfant, de l’adolescent et de la personne âgée;
3. Contrôle des maladies;
4. Accessibilité et qualité des services et soins de santé;
5. Gouvernance et pilotage du système de santé;
6. Information sanitaire ;
7. Ressources humaines en Santé (RHS);
8. Médicaments essentiels, vaccins, produits sanguins et technologies médicales;
9. Financement du secteur.

5.2 Orientations stratégiques

Pour chaque domaine prioritaire d’action, la politique nationale de santé définit des orientations stratégiques permettant l’atteinte des résultats.

5.2.1 *Prévention et prise en charge des maladies au niveau communautaire*

La politique nationale de santé met l’accent sur les interventions à haut impact sur le contrôle des maladies qui contribuent le plus au fardeau de la morbidité et de la mortalité, les principaux déterminants liés à la santé de la reproduction et à la santé des enfants et d’autres déterminants de la santé au niveau communautaire. La politique sanitaire définit trois orientations stratégiques notamment :

- (i) le renforcement des services de prévention, d’accès à l’eau potable, à l’hygiène et à l’assainissement au niveau familial;
- (ii) l’amélioration de l’alimentation du nourrisson et du jeune enfant;
- (iii) le renforcement de la prise en charge des maladies et handicaps au niveau communautaire, en adéquation avec la politique et plan stratégique des interventions à base communautaire adoptés en 2010.

5.2.2 *Santé de la mère, du nouveau-né, de l’enfant, de l’adolescent et de la personne âgée*

La politique nationale de santé entend accélérer la réduction de la mortalité maternelle, néonatale et infantile en raison de son impact sur le développement du pays. Pour ce faire, la politique détermine six orientations stratégiques prioritaires suivantes:

- (i) la déconcentration de la prise en charge des urgences obstétricales et néonatales par le biais notamment de l’amélioration de la disponibilité du paquet optimal d’interventions obstétricales et néonatales à haut impact sur l’ensemble du pays et particulièrement en zone rurale ;
- (ii) le renforcement des services de planification familiale et de la prise en charge de la santé des adolescents et jeunes orientés vers les bénéficiaires à travers l’organisation des stratégies mobiles et avancées ;

- (iii) l'accélération du passage à échelle de la stratégie « Prise en Charge Intégrée des Maladies du Nouveau-né et de l'Enfant (PCIMNE) » ;
- (iv) le renforcement du Programme Elargi de Vaccination (PEV) : le processus d'intégration des nouveaux vaccins sera poursuivi, la gamme des vaccins offerts dans le cadre du PEV sera élargie de même que la cible ;
- (v) le renforcement de la lutte contre la malnutrition et les déficiences en micronutriments en combinant des stratégies fixes, avancées et communautaires.

5.2.3 Contrôle des maladies

La politique nationale de santé privilégie, pour une bonne prévention et un contrôle des maladies transmissibles et non transmissibles, les cinq orientations stratégiques suivantes :

- (i) Le renforcement de la surveillance intégrée de la maladie et de la riposte y compris la préparation du secteur de la santé aux situations d'urgence liées à des épidémies et autres catastrophes ;
- (ii) Le renforcement de la lutte contre le VIH/sida, le paludisme et la tuberculose. La politique nationale de santé, dans le cadre de la lutte contre le VIH/sida et le paludisme, vise l'accès universel à la prévention, aux soins, traitement et la prise en charge.
La lutte contre la Tuberculose intègre : a) une accélération et un renforcement pour un accès universel et gratuit à des services de proximité assurant le diagnostic et le traitement de qualité des patients à travers la stratégie DOTS ; b) le dépistage et la prise en charge de la co-infection TB/VIH.
- (iii) Le renforcement de la lutte contre les Maladies Tropicales Négligées (MTN) telles que : ulcère de Buruli, Noma, bilharziose, filariose lymphatique, lèpre trypanosomiase, pian, charbon, etc. s'appuie sur la stratégie basée sur les interventions sous directives communautaires.
- (iv) Le renforcement de la lutte contre les maladies non transmissibles.
La lutte est basée sur la prévention, le dépistage précoce et la prise en charge des maladies non transmissibles y compris les maladies cardio-vasculaires, le cancer, le diabète, les maladies respiratoires chroniques, les maladies bucco-dentaires, les déficiences visuelles et auditives et les troubles génétiques, ainsi que les troubles mentaux, comportementaux, neurologiques dont ceux dus à l'usage de substances psychoactives, les traumatismes et les incapacités toutes causes confondues.
- (v) La promotion de la santé
La stratégie d'intervention est axée sur :
 - a) la prévention et la réduction des principaux facteurs de risque pour la santé : le tabagisme, l'alcoolisme, la consommation de drogues et d'autres substances psychoactives, une mauvaise alimentation et la sédentarité, ainsi que les rapports sexuels non protégés ;
 - b) les programmes intégrés intersectoriels pour agir sur les déterminants sociaux et économiques de la santé : sécurité alimentaire et nutrition, hygiène publique, sécurité routière, santé mentale, santé en milieu scolaire, universitaire et professionnel, interventions médico-sociales orientées vers les handicapés, les personnes âgées et les autres groupes vulnérables de la société.

5.2.4 Accessibilité et qualité des services et soins de santé

La politique nationale de santé garantit la couverture universelle aux soins de qualité aux populations à travers :

- (i) l'accroissement de la couverture sanitaire en combinant d'une part, la mise en œuvre d'un plan d'investissement en infrastructures et équipements sanitaires basé sur une carte sanitaire prospective et d'autre part, la généralisation des stratégies intégrées orientées vers les populations éloignées et de stratégies intégrées à assise communautaire;
- (ii) Le passage à l'échelle nationale des interventions à haut impact sur la réduction de la mortalité maternelle néonatale et infanto-juvénile ;
- (iii) Le renforcement des soins de santé primaires ;
- (iv) le renforcement du partenariat public-public et public-privé y inclus la médecine traditionnelle, les ONG et les structures communautaires. La politique nationale d'approche contractuelle adoptée en 2003 sert de cadre de référence pour renforcer le partenariat;
- (v) le développement et la promotion de l'assurance qualité ;
- (vi) une meilleure gestion des urgences avec un système de référence contre référence fonctionnel et l'amélioration de la performance des hôpitaux.

5.2.5 Gouvernance et pilotage du système de santé

La politique nationale de santé définit trois orientations stratégiques en matière de gouvernance et de pilotage du système de santé :

- (i) le renforcement de la déconcentration et de la décentralisation du système de santé;
- (ii) le développement des capacités institutionnelles et organisationnelles à tous les échelons de la pyramide sanitaire;
- (iii) l'amélioration de la régulation, de la coordination intra-intersectorielle et du partenariat au niveau du secteur.

5.2.6 Information sanitaire

La politique nationale de santé garantit la disponibilité et l'utilisation en temps réel de l'information sanitaire à travers :

- (i) le renforcement du système d'information sanitaire;
- (ii) le développement de la recherche en santé et la cyber santé.
- (iii) le développement d'un plan national de suivi et d'évaluation comportant des indicateurs de base (et des cibles) ainsi que des dispositions concernant le recueil, la gestion, l'analyse, la communication et l'utilisation des données.
- (iv) La mise en place d'un système rendant les informations accessibles à toutes les parties prenantes, y compris les communautés, la société civile, les professionnels de la santé et les hommes politiques.

5.2.7 Ressources humaines en Santé (RHS)

La politique nationale de santé définit quatre orientations stratégiques de développement et de gestion des ressources humaines:

- (i) la mise en adéquation des effectifs de personnels de santé qualifiés avec les normes et standards des ressources humaines nécessaires au fonctionnement des établissements de soins à tous les niveaux de la pyramide sanitaire;
- (ii) le renforcement de la gouvernance des ressources humaines en santé;
- (iii) le développement des mécanismes équitables de rétention et des mécanismes efficaces d'incitation basés sur la performance des agents de santé ;
- (iv) la mise en adéquation des capacités et des curricula des institutions nationales de formation avec les besoins de formation initiale et l'amélioration de la formation continue.

5.2.8 Médicaments essentiels, vaccins, produits sanguins et technologies médicales

Dans ce domaine, la politique nationale de santé définit les orientations stratégiques majeures suivantes :

- (i) l'amélioration de l'accès aux médicaments de bonne qualité et à moindre coût en mettant l'accent sur : la promotion des médicaments génériques, l'aménagement du cadre réglementaire, la mise à jour de la politique pharmaceutique nationale, le renforcement du système national pharmaceutique et des capacités de gestion des médicaments ;
- (ii) la définition et la mise en œuvre d'un environnement institutionnel et financier viable y compris la mobilisation des ressources financières locales (de l'Etat et de partenaires locaux);
- (iii) la promotion de la sécurité transfusionnelle en mettant l'accent sur la disponibilité et l'accessibilité du sang et des produits sanguins labiles sur toute l'étendue du territoire national ;
- (iv) le renforcement des capacités diagnostiques : imagerie médicale et laboratoires.

5.2.9 Financement du secteur

La politique nationale de santé vise à assurer un financement du secteur plus équitable, plus efficace et plus durable. Pour y parvenir, la politique définit les orientations stratégiques suivantes :

- (i) le renforcement de la participation de l'Etat au financement de la santé pour atteindre l'objectif d'Abuja (au moins 15% du budget général) ;
- (ii) l'amélioration de la gestion et de l'utilisation des ressources du secteur en mettant l'accent sur l'allocation budgétaire axée sur les résultats ;
- (iii) le renforcement de la solidarité nationale en s'appuyant sur a) les subventions de certains soins prioritaires fournis aux personnes vulnérables, en particulier les plus démunies et b) le développement des systèmes de mutualisation du risque maladie comme l'assurance-maladie universelle et les mutuelles de santé.

CHAPITRE 6: MISE EN ŒUVRE DE LA POLITIQUE NATIONALE DE SANTE

6.1. Organisation du système de santé

Le système de santé du Togo est organisé en une pyramide sanitaire à trois niveaux : central, intermédiaire et périphérique ; chaque niveau a ses attributs.

- Le niveau central : le cabinet du ministre, les directions centrales et les institutions de santé à portée nationale ;
- Le niveau intermédiaire : Direction régionale de la santé (DRS) ;
- le niveau périphérique : District sanitaire.

6.2. Cadre de mise en œuvre et de gestion

La mise en œuvre de la Politique Nationale de Santé se base sur les Plans Nationaux de Développement Sanitaires et le cadre de dépenses à moyen terme de chaque plan. Des plans d'actions opérationnels déclinent annuellement les interventions des différents acteurs pour la réalisation des objectifs de politique.

La politique nationale de santé s'exécute à travers les mécanismes de mise en œuvre, de gestion et de coordination aux trois niveaux du système de santé :

1 Au niveau central

- le comité des Partenaires du secteur de la santé : dialogue politique, orientation, suivi, évaluation, coordination et harmonisation des politiques ;
- le comité de coordination du secteur de la santé (CCSS) y compris le sous-comité national de suivi évaluation;
- les comités spécifiques : CCM, CCIA... ;
- le Conseil d'administration au niveau des CHU et autres institutions nationales de santé publique.

2 Au niveau régional :

- le Comité régional des partenaires du secteur de la santé, (présidé par le Préfet du chef-lieu de la région) ;
- l'Equipe Cadre Régionale (ECR), coordonnée par le directeur régional de la santé ;
- le Conseil d'Administration au niveau des hôpitaux régionaux.

3 Au niveau préfectoral : District sanitaire

- le comité préfectoral de la santé (présidé par le préfet) ;
- l'Equipe Cadre de District (ECD), coordonnée par le directeur du district sanitaire ;
- le COGES au niveau des structures périphériques ;
- le Conseil d'Administration au niveau des hôpitaux de district.

6.3. Organisation du système de prestations de soins et services de santé

La politique nationale de santé garantit l'accès à un paquet essentiel d'interventions à haut impact au niveau des services de santé de premier échelon, la mise en œuvre d'un paquet complémentaire d'activités (PCA) dans tous les hôpitaux de référence, la mise en place d'un système de complémentarité verticale et horizontale entre les formations sanitaires de différents niveaux y compris les interfaces communautaires.

▪ **Paquet d'interventions :**

En vue d'assurer une prestation équitable de soins à travers le pays, des paquets d'interventions différents sont définis pour chacun des niveaux du système de prestation de soins (formations sanitaires de premier contact et structure de référence). Le contenu du paquet est adapté en priorité aux interventions à fort potentiel d'impact et d'efficacité avérée en vue d'atteindre les objectifs de la politique sanitaire.

La définition des paquets d'interventions prend en compte simultanément : les besoins prioritaires de santé, les contraintes financières de l'Etat et de la population.

▪ **Système de référence et contre-référence :**

Dans l'approche d'une meilleure prise en charge des urgences médicales, obstétricales et chirurgicales, la politique nationale de santé définit l'orientation des malades entre les différents niveaux de soins de la pyramide sanitaire.

- Les CHU et les institutions spécialisées de santé de portée nationale jouent le rôle de troisième niveau de référence ;
- les CHR jouent le rôle de deuxième niveau de référence pour les HD de la région ;
- les HD représentent le premier niveau de référence pour les USP (CMS et Dispensaires) du district.

6.4. Mécanismes de suivi et évaluation

Le suivi et l'évaluation de la mise en œuvre de la présente politique de santé se font à travers les différents plans nationaux et d'actions annuels subséquents y compris le plan unique de suivi évaluation. Le processus de suivi et d'évaluation des PNDS se réalise à travers :

- la revue annuelle/revue sectorielle du DSRP, la revue à mi-parcours (revue annuelle de la troisième année), l'évaluation du plan ;
- les enquêtes : MICS et EDST ; STEPS; QUIBB; Revue des dépenses publiques du secteur de la santé : Enquête budget et consommation des ménages; Comptes Nationaux de Santé. Comptes Nationaux.

6.5. Approche sectorielle

La politique nationale de santé s'applique dans le cadre de la stratégie nationale de réduction de la pauvreté et de développement durable à travers l'implication des secteurs qui contribuent à l'amélioration de l'état de santé et se caractérise par une concertation et collaboration intersectorielle et multisectorielle à tous les niveaux.

Le ministère de la santé coordonne et facilite l'approche sectorielle de la santé pour le développement.

6.6. Partenariats

Les différentes parties prenantes du partenariat du secteur de la santé sont :

- les partenaires bilatéraux et multi multilatéraux,
- les ordres, associations professionnelles et sociétés savantes,
- les délégués des professionnels de la santé et organisations syndicales,
- le secteur privé et la médecine traditionnelle,
- les communautés et les Organisations de la société civile (OSC),
- les organisations représentant les malades.

- **Partenaires bilatéraux et multilatéraux**

La coopération internationale bilatérale et multilatérale contribue à la mise en œuvre de la politique nationale de santé à travers l'application effective de la déclaration de Paris et le Plan d'Action pour une gouvernance et responsabilité partagée. La contribution technique et financière de la coopération interne est un atout pour l'atteinte des objectifs de la présente politique nationale.

- **Ordres, associations professionnelles et sociétés savantes**

La mise en œuvre de la politique nationale de santé basée sur l'évidence implique la gestion du savoir à travers l'expertise des sociétés savantes, la prise en compte des résultats de la recherche pour des interventions crédibles.

La collaboration des ordres et associations professionnels (médecins, pharmaciens, sages-femmes, infirmiers, kinésithérapeutes, assistants médicaux, étudiants en médecine...) garantit la reconnaissance des qualifications, l'éthique, la déontologie professionnelle et l'esprit de corps dans le contexte du serment d'Hippocrate.

- **Délégués des professionnels de la santé et les organisations syndicales**

La politique nationale de santé s'assure de l'implication des professionnels à travers leurs mécanismes de représentativité dans l'élaboration et la mise en œuvre de la PNS comme partenaires clés de la fourniture des soins et services de santé dans un environnement paisible et favorable à l'accomplissement de leur mission.

- **Secteur privé**

Le gouvernement entend faciliter le partenariat public-privé pour l'atteinte des objectifs fixé par la politique sanitaire à travers la réforme du secteur privé de la santé.

Le secteur privé agréé est régi par des conventions et fait partie intégrante du système de santé.

- **Médecine traditionnelle**

La politique nationale de santé prend en compte la médecine traditionnelle comme une composante à part entière du système de prestation de soins. Le développement de la médecine traditionnelle au niveau communautaire participe à l'atteinte des objectifs fixés par la politique nationale de santé.

Le cadre légal de fonctionnement détermine la manière dont les services de médecine traditionnelle doivent s'articuler avec les services de santé.

- **Communautés et organisations de la société civile (OSC)**

La participation communautaire prenant en compte les différents types d'organisation de la société et de représentation garantit la réalisation des objectifs. La mise en œuvre de la PNS se fonde sur l'implication et la responsabilisation des individus et de la communauté notamment à travers les leaders (chefs traditionnels, leaders religieux...) et les groupes organisés dans l'auto prise en charge de leurs problèmes de santé pour l'atteinte des résultats escomptés.

- **Organisations représentant les malades**

La politique nationale de santé encourage les associations des malades à l'instar du réseau des PVVIH, l'Association Togolaise des Diabétiques (ATD), l'association des drépanocytaires, etc... et leur prise en compte dans la définition des politiques et la mise en œuvre des interventions.

6.7. Conditions de succès

Le succès de la mise en œuvre de la Politique Nationale de Santé repose sur l'adhésion et la redevabilité de tous les acteurs et tous les partenaires ainsi que sur l'engagement national au plus haut niveau afin de réaliser notre vision, celle d'assurer un niveau de santé le plus élevé possible à la population. La mise en œuvre de la politique de santé nécessite une coordination intra et multisectorielle afin d'atteindre les résultats escomptés car la santé est l'affaire de tous et un droit garantissant le développement économique du Togo.