

REPUBLIQUE TOGOLAISE

Travail-Liberté-Patrie



Ministère de la Santé et de la Protection Sociale

PLAN STRATEGIQUE INTEGRE DE LA SANTE GENESIQUE, SANTE DE LA MERE, DU NOUVEAU-NE, DE L'ENFANT ET DE L'ADOLESCENT 2018-2022 DU TOGO

Table des matières

Introduction	10
I. Contexte d'élaboration du plan intégré	12
I.1. Contexte national	12
I.1.1. Aspects géographique et Organisation administrative	12
I.1.2. Contexte démographique	12
II. Analyse de la situation et réponse en matière de SMNEA/SR au Togo	17
II.1. Situation de la Santé maternelle	17
II.1.1. Mortalité maternelle	17
III. Synthèse des principaux défis	Erreur ! Signet non défini.
IV. Plan stratégique	Erreur ! Signet non défini.
IV.1. Vision	44
IV.2. But et Objectifs	44
IV.3. Orientations stratégiques et interventions prioritaires	44
V. Cadre de mise en œuvre	47
V.1. Cadre institutionnel	47
V.2. Planification des activités	48
V.3. Mécanisme de coordination	49
V.4. Suivi de la mise en œuvre et évaluation	50
V.5. Mobilisation des ressources	51

Sigles et Acronymes

ACS : Acteurs Communautaires de Santé

AME : Allaitement Maternel Exclusif

AMM : Autorisation de Mises sur le Marché

AMIU : Aspiration Manuelle Intra Utérine

ARV : Anti Retro Viraux

BNS : Besoins Non Satisfaits

CEDEAO : Communauté Economique des États de l’Afrique de l’Ouest

CD4 : Cellules Lymphocytes T4

CIP : Communication Interpersonnelle

CMU : Couverture Maladie Universelle

CPN : Consultation Prénatale

FAR : Femme en Age de Reproduction

DHIS 2 : District Health Information System

DIU : Dispositif intra utérin

DIUPP : Dispositif Intra Utérin en Post-Partum

DSRP : Document Stratégique de Réduction de la Pauvreté

ECD : Equipe Cadre de District

ECR : Equipe Cadre de Région

EDS : Enquête Démographique et Sanitaire

MICS : Multiple Indicators Cluster Survey

EWEC: Every Woman, Every Child

GATPA : Gestion Active de la Troisième Phase de l’Accouchement

MIJ : Mortalité Infanto Juvénile

MGF : Mutilations Génitales Féminines

MM : Mortalité Maternelle

MNN : Mortalité néonatale

MSPS : Ministère de la Santé et de la Protection Sociale

NGA : Nombre de Grossesses Attendues

DBC : Distribution à Base Communautaires

OMD : Objectifs du Millénaire pour le Développement

ONG : Organisation Non Gouvernementale

PCIME : Prise en Charge Intégrée des Maladies de l'Enfant

PEV : Programme Elargi de Vaccination

PF : Planification Familiale

PIB : Produit Intérieur Brut

PNDS ; Plan National de Développement Sanitaire

PNLS : Programme National de Lutte contre le SIDA

PNLP : Programme National de Lutte contre le Paludisme

PPS : Points de Prestation de Service

PPP : Partenariat Public Privé

PRA : Pharmacies Régionales d'Approvisionnement

PTF : Partenaire Technique et Financier

PTME : Prévention de la Transmission Mère Enfant

PVVIH : Personnes Vivant avec le VIH

RGPH : Recensement Général de la Population et de l'Habitat

SFE : Sage-Femme d'Etat

SR : Sante de la Reproduction

SRAJ : Santé de la Reproduction des Adolescents et des Jeunes

SIGL : Système d'Information et de Gestion Logistique

SONU : Soins Obstétricaux et Néonataux d'Urgence

TARV : Traitement Anti Retro Viral

TB : Tuberculose

TPI : Traitement Préventif Intermittent

UEMOA : Union Economique et Monétaire Ouest Africaine

VIH : Virus de l'Immunodéficience Humaine

Liste des figures et tableaux

Figure 1 : Schéma de l'organisation pyramidale du système de santé au Togo

Figure 2 : Causes des décès maternels au Togo

Figure 3 : proportion des besoins non satisfaits au Togo

Figure 4 : Les causes de décès des enfants de moins de 5 ans au Togo

Tableau 1 : Matrice des interventions et activités

Tableau 2 : Coût des interventions du plan SGSMNIA par année

Préface

En 2017, le Ministère de la Santé et de la Protection Sociale a élaboré un nouveau Plan National de Développement Sanitaire (PNDS) à l'horizon 2022, après celui de 2012-2015. Il fournit une orientation stratégique pour le développement des actions sectorielles et intersectorielles en matière de santé. Ce nouveau plan fait de l'accélération de la réduction de la mortalité maternelle, néonatale et infantile et du renforcement de la Planification familiale et de la santé des adolescents, un axe prioritaire. Il recommande pour ce faire, l'élaboration d'un plan intégré d'amélioration de la santé de la mère, de l'enfant et de l'adolescent.

La revue des interventions de la santé maternelle, néonatale, infantile a montré que malgré les améliorations constatées, des efforts restent à faire en matière de disponibilité et d'accessibilité des services de santé, des ressources humaines de qualité, de coordination et de gestion du programme de Santé Génésique, Santé de la Mère, du Nouveau-né, de l'Enfant et de l'Adolescent (SGSMNEA).

Pour répondre aux recommandations de la stratégie mondiale pour la santé de la femme, de l'enfant et de l'adolescent et du PNDS, un plan stratégique intégré de la santé génésique, de la santé de la mère, du nouveau-né, de l'enfant et de l'adolescent est élaboré pour la période 2018-2022.

Afin d'assurer un accès à des services de santé de bonne qualité à chaque femme, enfant, nouveau-né et adolescent il est nécessaire que la mise en œuvre de ce plan repose sur un système de santé résilient, l'implication des autres secteurs et la prise en compte des déterminants sociaux et culturels.

Le présent plan sert de cadre de référence à tous les intervenants en santé sexuelle et reproductive y compris la santé de l'adolescent et du jeune. Il s'articule autour de stratégies et d'interventions prioritaires ciblant la mère, le nouveau-né, l'enfant, l'adolescent et le jeune ainsi que le renforcement de la gestion du programme. Il sert aussi de document de plaidoyer pour la mobilisation des ressources dans le domaine. L'atteinte des objectifs fixés par ce plan nécessite une action concertée de l'ensemble des acteurs du secteur public, de la société civile, du secteur privé et des partenaires techniques et financiers.

J'exhorte toutes les parties prenantes à s'impliquer activement dans la mise en œuvre, le suivi et l'évaluation de ce plan.

Résumé

Le Togo s'est engagé avec l'appui des Partenaires Techniques et Financiers (PTF) dans un processus de revue intégrée des interventions de santé de la mère, du nouveau-né, de l'enfant et de l'adolescent. L'objectif principal visé à travers cette démarche consiste à élaborer un Plan Stratégique intégré Santé Génésique, Santé de la Mère, du Nouveau-né, de l'Enfant et de l'Adolescent prenant en compte les orientations internationales (ODD et Stratégie mondiale pour la santé de la femme, de l'enfant et de l'adolescent) et nationales (PNDS 2017-2022). Ce plan prend également en compte les recommandations de la revue des interventions de la santé maternelle, néonatale, infantile.

Le processus d'élaboration du Plan Stratégique intégré SGSMNEA a été inclusif et participatif et organisé en deux principales phases : la phase préparatoire et la phase d'élaboration.

La phase préparatoire a été marquée par l'organisation de la revue intégrée des programmes SGSMNEA suivant les orientations du guide de l'OMS intitulé « Guide pour la revue des programmes sur la santé génésique, de la mère, du nouveau-né, de l'enfant et des jeunes et adolescents, et de la nutrition : Comment préparer et mener à bien une revue intégrée des programmes¹ ».

La phase d'élaboration du plan a consisté à : (i) la mise en place d'un comité technique d'élaboration du plan par note de service, (ii) l'organisation d'un atelier d'élaboration du plan et (iii) la relecture et la validation technique du plan.

Ce plan a pour but de contribuer à l'amélioration de la santé de la mère, du nouveau-né, de l'enfant et de l'adolescent au Togo. Sa mise en œuvre permettra de :

- Réduire le ratio de mortalité maternelle de 401 décès pour 100.000 NV en 2014 à 250 d'ici 2022,
- Réduire le taux de mortalité néonatale de 27 décès pour 1000 NV en 2013 à 17 p 1000 NV d'ici 2022,
- Réduire le taux de mortalité infanto-juvénile de 88 pour 1000 NV en 2013 à 59 pour 1000 NV d'ici 2022,
- Réduire le taux de natalité chez les adolescentes de 85 pour 1000 en 2014 à 56 pour 1000 d'ici 2022.

¹ Version de juin 2016

Le plan est organisé en sept (7) orientations stratégiques :

- Renforcement du dialogue, de la coordination multisectorielle et de l'intégration des interventions de SGSMNEA,
- Mise à l'échelle des interventions essentielles de la santé de la mère et du nouveau-né
- Renforcement de la Planification Familiale,
- Renforcement des interventions essentielles de lutte contre la mortalité infanto-Juvenile
- Renforcement des interventions spécifiques à la santé des adolescents et jeunes,
- Renforcement du système d'approvisionnement en Médicaments essentiels, produits labiles sanguins et dispositifs médicaux,
- Amélioration de l'accessibilité financière, géographique et culturelle aux soins et aux services de SGSMNEA ciblant prioritairement les populations les plus vulnérables.

En ce qui concerne le cadre de mise en œuvre du plan, il est en lien avec le dispositif institutionnel de suivi et évaluation du PNDS 2017-2022. En effet, la mise en œuvre du présent plan repose sur une action concertée de l'ensemble des acteurs du secteur public, de la société civile, du secteur privé et des partenaires techniques et financiers. Elle relève du Ministère de la Santé et de la Protection Sociale à travers la Direction de la Santé de la Mère et de l'Enfant (DSME), les autres directions centrales, les régions et districts sanitaires.

Le coût total du plan est estimé à 93,5 milliards de FCFA. Son financement nécessite la mobilisation des ressources par l'Etat, auprès des bailleurs de fonds, du secteur privé, des ONG et des populations

Introduction

Au Togo, la santé de la mère, du nouveau-né, de l'enfant et de l'adolescent occupe une place importante et constitue une des priorités du gouvernement qui l'a inscrite en première place dans les objectifs de la Politique Nationale de Santé et dans les Plans stratégiques de mise en œuvre. Malgré les progrès consentis par le pays avec l'appui de l'ensemble des PTF pour la réduction de la mortalité maternelle, infantile et néonatale, le nombre de décès maternel, néonatal et infanto-juvénile au Togo est encore à des niveaux très élevés : 401 décès maternels pour 100 000 naissances vivantes, 27 décès néonataux pour 1000 naissances vivantes, 49 décès infantiles pour 1000 naissances vivantes et 89 décès infanto-juvéniles pour 1000 naissances vivantes (EDSTIII 2013-2014). Des insuffisances persistent dans l'accès aux soins obstétricaux et néonataux d'urgence entre le milieu rural et urbain et dans la couverture de certaines interventions.

Face aux défis posés par la santé génésique, de la mère, de l'enfant, du nouveau-né et de l'adolescent, le Togo, à l'instar des autres pays, a souscrit à différentes initiatives et a ratifié de nombreux engagements sous régionaux, régionaux et internationaux parmi lesquels figurent les Objectifs du Développement Durable (ODD) qui visent à induire, dans les Etats, un développement inclusif et durable. Le troisième objectif de ces ODD vise d'ici à 2030, la réduction de la mortalité maternelle et infanto-juvénile, la fin des épidémies liées aux principales maladies transmissibles et la réduction de la mortalité précoce liée aux maladies non transmissibles.

Ces engagements ont été matérialisés dans le nouveau PNDS couvrant la période 2017-2022 dont l'axe 1 est « *l'accélération de la réduction de la mortalité maternelle, néonatale et infanto-juvénile et le renforcement de la planification familiale et de la santé des adolescents* »

La mise en œuvre de cet axe doit permettre de réduire la mortalité maternelle, néonatale et infanto-juvénile pour atteindre des cibles de 250 décès maternels pour 100 000 naissances vivantes, de 17 décès néonataux pour 1000 naissances vivantes et de 59 décès infanto-juvéniles pour 1000 naissances vivantes à l'horizon 2022.

Pour atteindre les résultats ci-dessus, le Togo avec l'appui des Partenaires Techniques et Financiers (PTF) du secteur s'est engagé en 2016 dans un processus de revue intégrée des interventions de santé de la mère, du nouveau-né, de l'enfant et de l'adolescent.

L'objectif principal était d'identifier les lacunes SMNEA/SR et de définir les priorités devant orienter le développement d'un Plan national intégré SMNEA/SR² conformément à la Stratégie mondiale pour la santé de la femme, de l'enfant et de l'adolescent, pour la période 2016-2030 et de son plan opérationnel.

L'élaboration du *Plan Stratégique Intégré de la Santé Génésique, Santé de la Mère, du Nouveau-né, de l'Enfant et de l'Adolescent 2018-2022 du Togo*.

visé à réduire la fragmentation des initiatives en orientant l'action collective en faveur de la femme, de l'enfant et de l'adolescent au niveau national ainsi que l'harmonisation des financements afin d'améliorer la couverture des interventions essentielles à haut impact et des méthodes de mise en œuvre plus efficaces.

Tout en prenant en compte les enseignements tirés de la revue, le présent *Plan Stratégique Intégré de la Santé Génésique, Santé de la Mère, du Nouveau-né, de l'Enfant et de l'Adolescent 2018-2022 du Togo* repose essentiellement sur les domaines d'action énoncés dans la Stratégie mondiale et les cibles du PNDS 2017-2022. Il s'articule autour de stratégies adaptées aux priorités du pays dans le cadre du renforcement du système de santé (axe 5) en vue d'un continuum de soins depuis l'adolescence jusqu'à l'accouchement et la période post natale en passant par la grossesse.

Plus particulièrement, il s'agira d'assurer une offre de soins et services de Santé Génésique, Santé de la Mère, du Nouveau-né, de l'Enfant et de l'Adolescent de qualité accessibles, adaptés, acceptables et d'améliorer la demande de ces services en privilégiant les orientations stratégiques et interventions prioritaires.

Le *Plan Stratégique Intégré de la Santé Génésique, Santé de la Mère, du Nouveau-né, de l'Enfant et de l'Adolescent 2018-2022 du Togo* constitue un cadre de référence et d'orientation pour l'ensemble des acteurs intervenant dans la santé de la Mère, du Nouveau-né, de l'Enfant, et de l'Adolescent aux différents niveaux du système national de santé.

²Il est admis que les femmes, les enfants et les adolescents font face à de problèmes de santé qui sont liés entre eux.

I. Contexte d'élaboration du plan intégré

I.1. Contexte national

I.1.1. Aspects géographique et Organisation administrative

Sur le plan géographique, le Togo est situé en bordure méridionale de l'Afrique Occidentale avec une superficie de 56 600 km². Il s'étire entre le Burkina Faso au nord, le Golfe de Guinée au sud, le Bénin à l'est et le Ghana à l'ouest.

Le climat est de type tropical variant sensiblement de la région méridionale à la zone septentrionale. Il est subdivisé en deux grandes zones : une zone de type soudanien au sud avec de vastes terres productives et une zone de type sahélien recouvrant la moitié nord caractérisée par une pénurie de terres fertiles. 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 et parasitaires.

Concernant l'organisation administrative, la dernière réforme administrative a réparti le pays en 5 régions administratives (du nord au sud : Savanes, Kara, Centrale, Plateaux et Maritime) et 39 préfectures³. Lomé, la capitale, est subdivisée en 5 arrondissements administratifs. La décentralisation au Togo n'est pas encore dans sa phase opérationnelle ; les collectivités territoriales ainsi que les régions n'ont pas à ce jour une autonomie administrative et financière.

I.1.2. Contexte démographique

Le Togo affiche une croissance démographique élevée de 2,84% par an avec un indice de fécondité de 4,8 enfants par femme. L'effectif de la population a plus que doublé en moins de 30 ans avec une population estimée à 6 191 155 habitants dont 3 009 095 hommes (48,6%) et 3 182 060 Femmes (51,4%) en 2010 (RPGH, 2010) contre 2,7 millions en 1981. En 2016, cette population est estimée à 7 092 022 habitants.

En effet, les projections prévoient une hausse de 25% de la population togolaise 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). Cette croissance démographique élevée entraîne une forte pression sur les infrastructures notamment en termes

³ C'est en 2017 que quatre nouvelles préfectures ont été créées portant de 35 à 39 le nombre total de préfectures

de disponibilité des services de santé génésique, santé de la mère, du nouveau-né, de l'enfant et des adolescents.

I.1.3. Contexte économique et social

La dette publique est passée de 48,6% du PIB en 2011 à 75,4% en 2015 soit un ratio d'endettement supérieur au plafond de 70% du PIB fixé par l'Union économique et monétaire ouest-africaine (UEMOA).

Par contre la croissance économique s'est établie à 5,5% en 2015 et devrait se maintenir à un niveau similaire pour les prochaines années (Rapport FM 2016) malgré le fait qu'au plan budgétaire le pays a connu en 2014 un déficit de 4,9% du produit intérieur brut.

Sur le plan social, le Gouvernement togolais s'est engagé dès 2006 à développer des stratégies de croissance et de réduction de la pauvreté. Malgré les efforts, le pays n'a pas encore enregistré des avancées significatives sur le plan social. A titre d'illustration, le Togo est classé au 166^{ème} rang sur 187 pays selon l'Indicateur du Développement Humain (IDH, 2014). Ceci montre que d'importants efforts restent à fournir dans plusieurs domaines tels que la santé, la nutrition et l'éducation.

I.1.4. Contexte sanitaire

➤ Politique nationale de santé

Le Togo a élaboré en 2011, une nouvelle politique nationale de santé à horizon 2022. Cette nouvelle politique a pour vision d' « *assurer à toute la population le niveau de santé le plus élevé possible en mettant tout en œuvre pour développer un système 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* ».

Elle poursuit cinq (5) principaux objectifs :

- Réduire la mortalité maternelle et néonatale et renforcer la planification familiale ;
- Réduire la mortalité chez les enfants de moins de 5 ans ;
- Combattre le VIH/sida, le paludisme, la tuberculose et les autres maladies ;
- Promouvoir la santé dans un environnement favorable à la santé ;
- Améliorer l'organisation, la gestion et les prestations des services de santé.

➤ Organisation du système de santé

Le système de santé au Togo est organisé selon une structure pyramidale à trois niveaux : central, intermédiaire constitué par les régions sanitaires et périphérique ou opérationnel basé

sur le district sanitaire. La figure 1 schématise l'organisation pyramidale du système de santé au Togo.

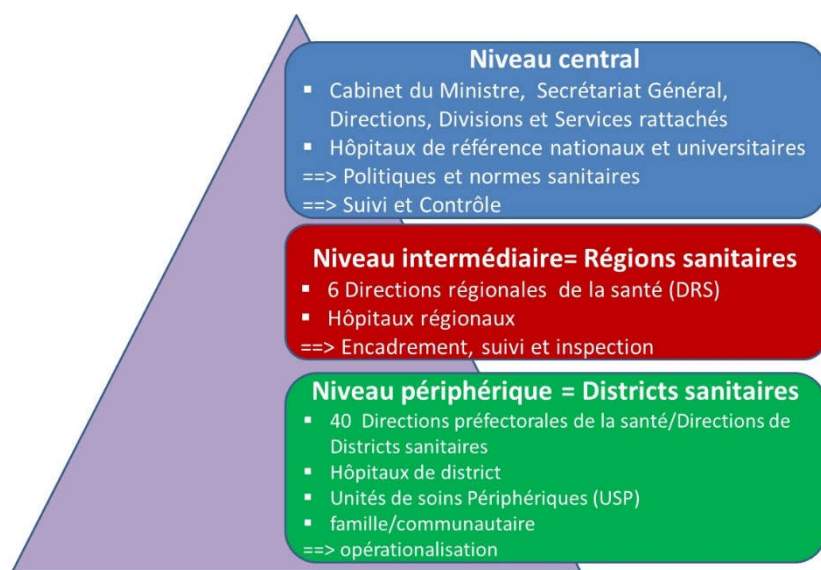


Figure 1 : Schéma de l'organisation pyramidale du système de santé au Togo

L'organigramme actuel du ministère de la santé et de la protection sociale est défini par le décret N°2012-006/PR du 07 mars 2012 portant organisation des départements ministériels qui a été complété par l'arrêté N°0021/2013/MS/CAB du 27 février 2013 portant organisation des services du ministère de la santé avec création d'un secrétariat général et de deux directions générales.

Le Ministère de la santé et de la protection sociale est organisé selon les quatre types de structures suivants : le cabinet et les services rattachés, l'administration centrale, les services extérieurs, les institutions et organismes rattachés.

➤ Organisation de l'offre de soins

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

Les soins de premier contact sont structurés autour de trois échelons à savoir : (i) les 149 organisations sanitaires communautaires (Postes, Case de santé, maternité assimilés) au niveau desquelles les Agents de Santé Communautaire (ASC) assurent par délégation les soins au niveau familial et des communautés et qui sont appelés à jouer le rôle d'interface entre la communauté et les services de santé ; (ii) les Unités de Soins Périphérique (1012 USP)

comme base du système de soins et à partir de laquelle sont menées des activités de proximité en stratégie fixe et vers les populations; (iii) les Hôpitaux de district (41) qui constituent le premier niveau de référence.

Le deuxième niveau de référence et de recours est représenté par les six Hôpitaux de région (CHR).

Les soins de santé tertiaires sont dispensés dans les trois Centres Hospitaliers Universitaire (CHU) que compte le pays (CHU Kara, CHU SO et CHU Campus) et dans des hôpitaux spécialisés de référence (Hôpital psychiatrique de Zébé, Hôpital ophtalmique de Gleï, hôpital pédiatrique à Dapaong).

En ce qui concerne la couverture sanitaire, d'après les résultats provisoires de la carte sanitaire 2015, les soins de santé sont fournis par le secteur public (59%) et privé (41%). Ce dernier est surtout libéral, dynamique et concentré dans les grands pôles urbains principalement à Lomé où l'on enregistre une plus grande solvabilité de la demande. Il est toutefois peu régulé surtout dans son implantation géographique et pas toujours pris en compte dans la planification de l'offre des services. A cette offre, il faut ajouter, la présence d'un secteur traditionnel assez influent surtout en milieu rural mais mal connu au niveau des services de soins offerts à la population.

I.2. Justification du plan intégré

Le Togo s'est engagé en 2016 avec l'appui des Partenaires Techniques et Financiers (PTF) dans un processus de revue intégrée des interventions de santé de la mère, du nouveau-né, de l'enfant et de l'adolescent. L'objectif principal visé à travers cette démarche consiste à identifier les problèmes liés à la santé génésique, santé de la mère, du nouveau-né, de l'enfant et de l'adolescent (SGSMNEA) et de définir des priorités devant orienter le développement d'un Plan national intégré SMNEA/SR conformément aux orientations de la Stratégie mondiale pour la santé de la femme, de l'enfant et de l'adolescent, pour la période 2016-2030.

En effet, selon les résultats de l'évaluation finale du PNDS 2012-2015, l'élaboration et la mise en œuvre effective d'une stratégie spécifique en santé maternelle, néonatale et infantile est un défi majeur pour le secteur de la santé. L'analyse de la situation du secteur de la santé du Togo réalisée en août 2016 en marge de l'élaboration du nouveau PNDS 2017-2022 a de nouveau permis d'identifier ce défis. C'est ainsi que pour opérationnaliser la première stratégie du PNDS 2017-2022 relative à ***l'Accélération de la réduction de la mortalité***

maternelle, néonatale et infanto-juvénile et renforcement de la planification familiale et de la santé des adolescents, il est recommandé d'élaborer un plan national intégré SGSMNEA.

Le plan national intégré SGSMNEA repose essentiellement sur les 17 cibles liées à la santé dans les ODD et les neuf (9) domaines d'action énoncés dans la Stratégie mondiale pour la santé de la femme, de l'enfant et de l'adolescent. Il s'articule également autour des stratégies adaptées aux priorités du pays dans le cadre du renforcement du système de santé en vue d'un continuum de soins depuis l'adolescence jusqu'à l'accouchement et la période post natale en passant par la grossesse.

I.3. Processus d'élaboration du plan

L'élaboration du Plan Stratégique intégré Santé Génésique, la Santé de la Mère, du Nouveau-né, de l'Enfant et de l'Adolescent est l'une des principales orientations stratégiques retenues dans le nouveau PNDS 2017-2022. Ce plan s'inscrit également dans la vision de la Stratégie Mondiale pour la Santé de la Femme, de l'Enfant et de l'Adolescent, pour la période 2016-2030 et dans la perspective de l'atteinte des ODD.

En effet, le processus d'élaboration du SGSMNEA a été organisé en deux principales phases : la phase préparatoire et la phase d'élaboration du plan.

I.3.1. Phase préparatoire

La phase préparatoire a été marquée par l'organisation de la revue intégrée des programmes SMNEA/SR. Pour ce faire, un comité de revue a été à cet effet mis en place par note de service n°166/MS/SG/DGAS/DSMI-PF du 04 août 2016 et comprend les principaux intervenants dans le domaine.

Cette revue a été réalisée en suivant les orientations du guide de l'OMS intitulé « Guide pour la revue des programmes sur la santé génésique, de la mère, du nouveau-né, de l'enfant et des jeunes et adolescents, et de la nutrition : Comment préparer et mener à bien une revue intégrée des programmes » (version de juin 2016).

Les travaux ont été organisés en trois étapes : (i) la mise en place des comités de mobilisation des ressources et adaptation des outils ; (ii) la revue documentaire réalisée du 22 septembre au 30 octobre 2016 et l'enquête de terrain, la saisie et l'analyse des données du 24 octobre au 09 novembre 2016 ; (iii) l'organisation de la revue le 25 novembre 2016 au cours de laquelle une analyse des différentes informations issues de la collecte a été faite et qui a permis de

relever les problèmes prioritaires ainsi que les principaux défis liés à la mise en œuvre des interventions de SMNEA.

I.3.2. Phase d'élaboration du plan

La phase d'élaboration du plan est organisée selon les étapes successives ci-après :

- La mise en place d'un comité technique d'élaboration du plan par note de service en septembre 2017 ;
- L'atelier d'élaboration du plan du 26 au 29 septembre 2017 à Atakpamé,
- La relecture et la validation technique du plan du 4 au 6 Avril 2018

Il faut souligner que ce processus a été participatif avec l'implication de tous les acteurs intervenant dans la santé maternelle, néonatale, infantile, de l'adolescent et du jeune à tous les niveaux du système de santé.

II. Analyse de la situation et réponse en matière de SMNEA/SR au Togo

II.1. Situation de la Santé maternelle

II.1.1. Mortalité maternelle

Le ratio de mortalité maternelle bien qu'en diminution, est resté à des niveaux élevés de 478 pour 100.000 naissances vivantes (EDST II, 1998) à 401 pour 100.000 naissances vivantes (EDST III, 2013-2014). Ces résultats sont largement en dessous du ratio attendu de 160 pour 100.000 naissances en 2015 (Objectif PNDS 2012-2015). L'évaluation en 2012 des besoins en Soins Obstétricaux et Néonataux d'Urgence (SONU) a montré que la majorité des décès des femmes ont eu lieu après un accouchement par voie basse (36%) ou pendant la grossesse (28%). Pour les femmes décédées suite à un accouchement, la plus grande partie des décès (39,6%) survient dans moins de 6 heures après l'accouchement et sont dues à des causes obstétricales directes (60,5%) qui sont généralement connues. Il s'agit essentiellement par ordre de fréquence décroissante: des hémorragies (21,0%), de l'éclampsie (13,1%), de la septicémie (4,7%) et des avortements (2,8%).

Les causes indirectes (36,8%) sont constituées entre autres par: le paludisme, l'anémie, le VIH/sida.

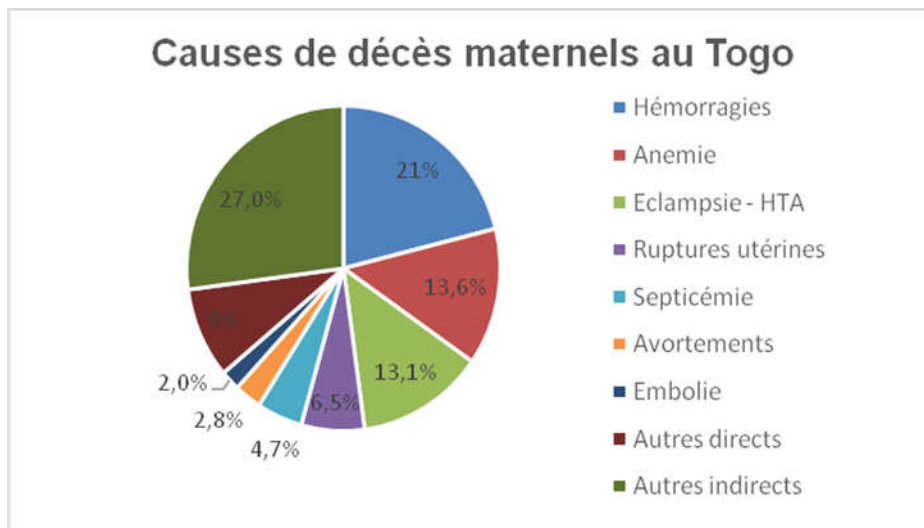


Figure 2 : Causes des décès maternels au Togo

II.1.2. Déterminants de la mortalité maternelle

Cette tendance toujours élevée de la mortalité maternelle s'explique par plusieurs déterminants parmi lesquels :

* Faible prévalence contraceptive

Selon l'EDSTIII de 2013-2014, le taux de prévalence contraceptive (TPC) des femmes en union est de 19,9% pour toutes méthodes confondues et de 17% pour les méthodes modernes. Ce taux n'a pas beaucoup progressé passant de 13,2% pour les méthodes modernes en 2010 (MICS4, PNDS 2012-2015) à 16,7% méthodes modernes en 2013 (EDSTIII) ce qui est loin de l'objectif de 24,3% fixé dans le cadre du Plan d'Action pour le Repositionnement de la Planification Familiale au Togo 2013-2017. La prévalence contraceptive varie en fonction du niveau d'éducation, du quintile de richesse économique, du lieu de résidence et de la région des femmes en union. De manière générale, le TPC est plus élevé pour les femmes qui vivent en milieu urbain et ayant un niveau d'éducation plus élevé. Les besoins non satisfaits en PF pour l'ensemble des femmes en union de 15-49 ans, s'ils semblent avoir diminués entre 2010 et 2014, demeurent tout de même élevés et sont estimés à 33,6% contre 37,2% en 2010. On observe également des disparités régionales (Centrale 25,2% contre Savanes 38,9%). Plusieurs barrières culturelles et environnementales influent l'augmentation de la prévalence contraceptive entre autres le manque d'information, l'accessibilité difficile et les coûts élevés des contraceptifs.

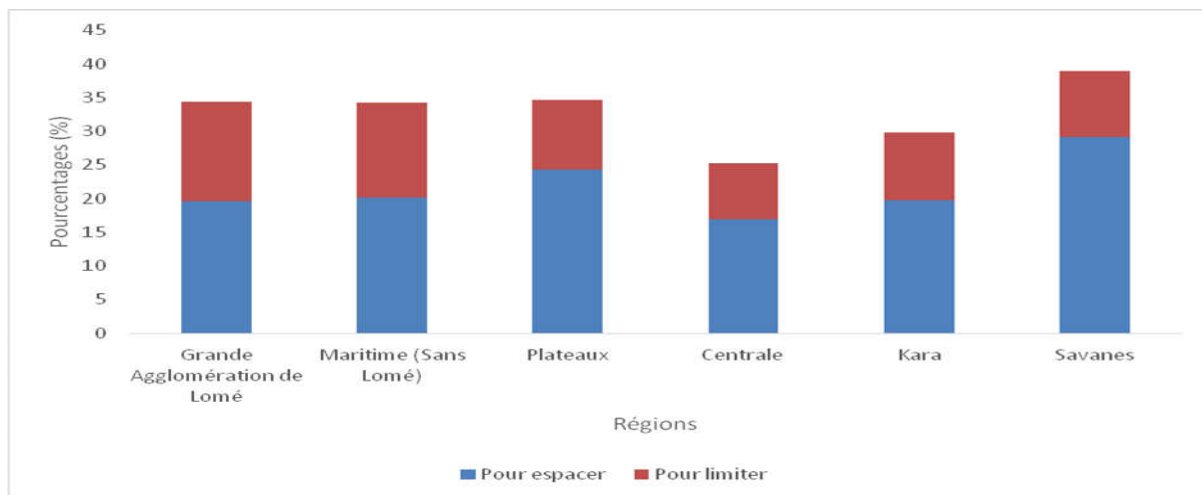


Figure 3 : proportion des besoins non satisfaits au Togo,

* Insuffisance quantitative et qualitative de la surveillance des grossesses

Le taux d'utilisation de la CPN est estimé à 73% selon l'EDSTIII inférieur au 80% attendu. Même si la proportion des mères ayant effectué au moins 4 consultations prénatales a évolué de 29,0% en 2010 à 57,2% (EDSTIII, 2013-2014), il n'en demeure pas moins que des défis persistent en matière de qualité de ces consultations prénatales. En effet le taux de CPN au 1^{er} trimestre (avant le quatrième mois) est de 28 % avec 40 % en milieu urbain et 20 % en milieu rural.

Ce recours tardif aux services de CPN influe sur la qualité de ces dernières et s'explique par :

- la persistance des us et coutumes, l'influence importante des maris et de la communauté,
- Les coûts élevés des services de CPN : (frais de consultation, médicaments, gants, laboratoires, carnet et fiches) ne permettant pas un accès équitable aux soins en particulier pour les populations défavorisées ;
- La qualité de l'accueil des prestataires, l'insuffisance et la non-disponibilité du personnel qualifié dans certaines structures de soins.

Par ailleurs, certaines interventions en lien avec les CPN ont une couverture faible justifiant l'insuffisance de la qualité des CPN. Il s'agit de :

- l'utilisation des moustiquaires imprégnées d'insecticide par les femmes enceintes. Cette proportion est passée de 45,8% à 40,0% (EDSTIII, 2013-2014) contre une cible PNDS de 71,5% pour 2015 ;
- La proportion de femmes enceintes ayant reçu au moins 3 doses de TPI pendant la grossesse qui a diminué de 64,7% à 43,6% (EDSTIII, 2013-2014) pour une cible attendue du PNDS de 76,2% ;
- la prophylaxie antitétanique qui est en constante diminution. Pour preuve, la proportion de mères ayant reçu la deuxième dose de vaccin antitétanique pendant la grossesse est de 61,9% en 2013 (EDSTIII, 2013-2014) contre une cible attendue du PNDS de 95% en 2015 ;

La proportion des femmes ayant reçu une prophylaxie antianémique est estimée à 86 %. Cependant cette prophylaxie demeure insuffisante pour protéger les femmes de l'anémie : en effet, celles ayant respecté la régularité des prises (c'est-à-dire ayant reçu du fer pendant 90 jours au cours de la grossesse) est de 37%.

*** Insuffisance de la qualité de la prise en charge de l'accouchement**

Malgré les efforts fournis par le pays pour assurer une bonne couverture des services de santé, près du tiers des accouchements ont lieu à domicile contre 73% en institution (EDSTIII 2013-2014). Ces accouchements à domicile surviennent plus en milieu rural (39 %) qu'en milieu urbain (6%). On observe des disparités très importantes entre les régions puisque seulement 4 % des femmes de l'agglomération de Lomé ont accouché à la maison alors que cette proportion est de 48 % dans la région des Savanes. Ceci pose le problème de l'accessibilité des structures de santé. Plusieurs facteurs peuvent également expliquer ces disparités notamment le niveau d'instruction et le niveau de bien-être économique du ménage et l'état des infrastructures routières. A ces facteurs viennent s'ajouter la disponibilité du personnel qualifié dans les structures de soins et l'absence d'un mécanisme efficace de référence. En effet la proportion d'accouchement assisté par du personnel qualifié est estimé à 59,3% (EDSTIII, 2013-2014) avec des disparités entre le milieu rural (41,3%) et le milieu urbain (91,7%).

Cette insuffisance, pourrait expliquer la fréquence des complications obstétricales qui contribuent à augmenter la mortalité maternelle. En effet, la qualité de la surveillance et de la prise en charge est entravée par des facteurs tels que : l'insuffisance de personnel qualifié pour les SONU et les soins postnatals ; l'inégale répartition et mobilité du personnel qualifié ;

la non application des directives des soins pendant le travail, l'accouchement et en postpartum ; et la fréquence des ruptures en médicaments essentiels et d'urgence pour la pratique de SONU. A cela s'ajoute l'insuffisance et la vétusté des matériels et équipements et la non disponibilité des Produits sanguins labiles.

*** Subvention de la césarienne**

Pour ce qui est de la césarienne, la proportion d'accouchement par **césarienne** s'est améliorée passant de 2,3% en 2010 (PNDS) à 5,8% (Enquête SONU 2012) puis 7% en 2013 par rapport à une cible PNDS attendue de 5,0% selon l'EDST III 2013-2014. La proportion de femmes ayant eu recours à la césarienne est estimée à 7 % et est restée invariable d'après le dernier monitoring des SONU en 2016. Ces chiffres restent dans les normes admis par l'OMS (entre 5 et 15 %).

Cette augmentation de l'offre de la césarienne est due à la politique de subvention mise en place depuis 2011. A ce jour, vingt-quatre (24) formations sanitaires bénéficient d'une subvention de la césarienne. Cependant une récente évaluation de la mise en œuvre de cette subvention a été réalisée et a permis de relever quelques faiblesses dans le dispositif notamment :

- L'insuffisance de suivi/supervision des activités liées à la subvention de la césarienne favorisant une mauvaise gestion au niveau des structures bénéficiaires ;
- les procédures de remboursement non optimales qui ne tiennent pas compte du nombre réel de césariennes réalisées occasionnant un important manque à gagner ;
- La non prise en compte des autres urgences obstétricales, telles que les hémorragies et les éclampsies;
- l'absence de données fiables sur les césariennes, les audits des décès maternels, la mortalité maternelle et néonatale ne peut permettre de mesurer l'impact de l'initiative de subvention de la césarienne sur la réduction de la mortalité maternelle et néonatale ;

*** Autres déterminants occupant une part importante dans la mortalité maternelle**

✓ Infection à VIH

La proportion de mères séropositives qui ont reçu une prophylaxie de ARV a beaucoup augmenté passant de 52,2% en 2010 (PNDS) à 90% en 2015. Cependant cette proportion de mères séropositives qui ont reçu une prophylaxie des ARV n'a pas atteint la cible fixée de 95,0% du Plan de Suivi-Evaluation du VIH.

✓ *Fistules obstétricales*

Elle est estimée à 1% d'après l'EDST III0 ; cependant cette prévalence semble sous-estimée d'autant plus que par le caractère honteux de cette morbidité, certaines femmes se cachent. La lutte contre les fistules obstétricales a été longtemps négligée mais elle connaît un regain d'attention depuis le lancement en 2003 de la Campagne Mondiale initiée en vue de l'éradication de cette morbidité. Le bilan des actions menées au Togo en matière de lutte contre la fistule obstétricale s'est caractérisé par l'organisation de plusieurs campagnes gratuites de réparation des FO ayant permis de prendre en charge environ 500 femmes.

✓ *Cancer du sein et de l'utérus*

La lutte contre le cancer constitue un véritable enjeu de santé publique et de développement au Togo. Sur le plan épidémiologique, le Togo ne dispose pas de registres populationnels de cancers. Toutefois, il existe des statistiques hospitalières sur la prévalence des cancers, mais étant donné que le laboratoire d'anatomie pathologie du CHU Sylvanus Olympio de Lomé est le seul établissement de diagnostic, plusieurs cas échappent au registre hospitalier

Au Togo, le cancer du col de l'utérus est le 2ème cancer tous sexes confondus (14,9%) après le cancer du sein (16,6%), selon les estimations de l'Agence Internationale pour la Recherche sur le Cancer (IARC-GLOBOCAN, 2012) ; ce cancer est également, le 2ème cancer de la femme (24,8%) après le cancer du sein (27,6%).

Les statistiques issues du registre hospitalier en matière de cancer au Togo se présentent comme suit : Femme : Sein (27,1%), Col de l'utérus (11,2%), peau (10%), lymphome (7%), ORL (7%)

Les obstacles liés à la lutte et au contrôle des cancers gynécologiques sont entre autres :

L'absence de politiques nationales et de directives appropriées, les barrières culturelles, économiques et organisationnelles (la plupart des prestataires de santé ne sont pas formés pour la prévention, le dépistage et la prise en charge des cancers gynécologiques et la non disponibilité d'infrastructures, de matériel, d'équipement pour la prise en charge des cancers gynécologiques)

✓ *Violences basées sur le genre*

Selon l'EDSTIII, cette prévalence est estimée à 29% pour les violences physiques et 11% pour les violences sexuelles.

Pour ce qui est des mutilations génitales féminines, elles sont estimées à 5% avec des disparités selon l'âge dont 2% chez les 15-19 ans et 10 % chez les 45-49 ans (EDSTIII 2013-2014). La prise en charge complète des violences basées sur le genre n'est effective que dans certaines formations sanitaires de référence.

II.1.3. Réponses

Face à cette situation préoccupante de la mortalité maternelle et de ces différents déterminants, le pays a souscrit à plusieurs initiatives régionales et mondiales notamment la Campagne Accélérée pour la Réduction de la Mortalité Maternelle en Afrique, le Partenariat de Ouagadougou pour le repositionnement de la Planification familiale d'ici 2020 et bien d'autres.

Dans le domaine de la planification familiale, ces engagements se sont traduits par l'élaboration du plan d'action pour le repositionnement de la PF au Togo pour la période 2013-2017 dont la mise en œuvre a permis d'atteindre une prévalence contraceptive de 24,4 % en 2017 à travers des stratégies novatrices comme la distribution à base communautaire des produits contraceptifs y compris les injectables, la planification familiale dans le post-partum et post abortum, les journées portes ouvertes, les stratégies mobiles et l'implication des leaders religieux.

Pour faciliter l'accessibilité aux services et soins certaines interventions ont été subventionnées telles que : la césarienne, la prévention du paludisme et le TARV.

En vue d'offrir des soins maternels de qualité, des sessions de renforcement de capacité des prestataires en CPN recentrées y compris la PTME, en SONU, ont été organisées à tous les niveaux de la pyramide sanitaire.

En matière de lutte contre les Fistules Obstétricales, des campagnes de réparation sont régulièrement organisées avec un volet de réinsertion socio-économique des femmes opérées de fistule. Un algorithme a été élaboré en 2017 pour renforcer la prise en charge des femmes victimes de ces fistules.

Les stratégies de prévention et de contrôle des cancers gynécologiques sont caractérisées par des campagnes de dépistage de masse organisées par des associations, fondations, et société civile lors des journées mondiales. En outre, depuis 2015, grâce au soutien de GAVI, un projet pilote de démonstration du vaccin contre le Human Papilloma Virus (VPH) responsable du cancer du col de l'utérus, a été initié dans deux districts (Tchamba et Golfe). Au total, 19 302 filles et 19 787 filles de 10 ans (respectivement dans Tchamba et Golfe) ont été

dénombrées et vaccinées, ce qui représente une couverture vaccinale de 98,5% pour l'ensemble des deux districts.

II.1.4. Problèmes

Malgré tous ces efforts pour offrir des soins et services de qualité aux femmes, d'importants problèmes demeurent entre autres :

- ✓ L'insuffisance de l'offre des services de planification familiale ainsi que l'accès des adolescents et jeunes à la contraception ;
- ✓ L'insuffisance de fonctionnalité des structures SONU ;
- ✓ La faible disponibilité des prestataires qualifiés pour les soins maternels et néonataux en quantité et en qualité ;
- ✓ La faible disponibilité des médicaments d'urgence y compris les produits sanguins labiles, des équipements et des infrastructures adéquates ;
- ✓ L'insuffisance dans la qualité du suivi des grossesses ;
- ✓ L'insuffisance de la qualité des soins pré, per et postnataux ;
- ✓ La faiblesse dans la gestion de la subvention de la césarienne
- ✓ la prise en charge insuffisante des violences basées sur le genre et des cancers gynécologiques.

II.2. Situation de la santé néonatale

II.2.1. Mortalité néonatale

Des progrès ont été observés dans la lutte contre la mortalité néonatale et se traduisent par une baisse régulière du taux de mortalité néonatale passant de 40 à 27 pour 1000 naissances vivantes entre EDSTII (1998) et EDSTIII (2013) pour une cible OMD de 25 pour 1000 naissances vivantes attendue en 2015. Cette baisse cache cependant des disparités selon le milieu, le quintile économique et les régions ; la région des Plateaux étant celle où la mortalité néonatale est encore élevée 34 pour 1000 Naissances vivantes (EDSTIII).

La mortalité néonatale contribue pour 35% à la mortalité infanto-juvénile et les principales causes de décès des nouveau-nés sont essentiellement la prématurité (10%), les infections sévères (7%), l'asphyxie (10%), les malformations (3%), la pneumonie (2%) et les autres causes (68%).

II.2.2. Déterminants de la mortalité néonatale

En dehors de la faible qualité du suivi de la grossesse et du travail d'accouchement qui impacte considérablement sur la mortalité néonatale, les autres déterminants de la mortalité néonatale sont entre autres :

➤ Insuffisance de la qualité des soins essentiels du nouveau-né :

Les gestes donnés au nouveau-né dans les premières heures de sa vie sont déterminants pour sa survie ; cependant, même si les soins immédiats (séchage immédiat, soins du cordon), sont offerts aux nouveau-nés dans la plupart des structures sanitaires, les mécanismes mis en place pour en apprécier la qualité demeurent insuffisants. La prise en charge du nouveau-né malade n'est pas optimale et se fait dans les structures de référence qui ne disposent pas le plus souvent du plateau technique adéquat.

➤ Insuffisance du suivi du nouveau-né en période post-natale :

La proportion de nouveau-nés qui ont reçu un contact pour des soins dans les deux premiers jours suivant l'accouchement est de 35,0% (EDST III, 2013) loin de 70,8% constaté pour la mère. Ce suivi varie selon les régions (Plateaux 21,3% contre 50,3% Centrale), les milieux (Urbain 43,0% rural 30,5%) le niveau d'instruction et le quintile économique. De façon générale cette proportion est faible et peut s'expliquer par l'insuffisance de personnels qualifiés pour conduire un examen du nouveau-né afin de détecter à temps les différentes anomalies, l'insuffisance dans l'organisation des services (collaboration entre les services de maternité et de néonatalogie (service quasi inexistant), faible capacité d'accueil des structures sanitaires obligeant les accouchées à rentrer à domicile avant le délai prévu pour le suivi postnatal immédiat)

II.2.3. Analyse de la Réponse

La réponse nationale en faveur de la lutte contre la mortalité néonatale s'est traduite par plusieurs actions :

- L'élaboration des directives en SR prenant en compte les nouveau-nés,

- le renforcement des capacités des prestataires en SONU, en réanimation de base, en soins essentiels du nouveau-né et en soins maternels Kangourou ; La promotion de la mise au sein précoce et de l'allaitement maternel exclusif jusqu'à 6 mois
- La prise en compte du nouveau-né dans la stratégie de Prise en charge intégrée des maladies de l'enfant ;
- La mise en œuvre des pratiques familiales essentielles à travers les Agents de santé Communautaires

II. 2. 4. Problèmes

- Insuffisance de la qualité des soins essentiels du nouveau-né
- Insuffisance du suivi du nouveau-né en période post-natale
- Insuffisance d'une bonne organisation de la prise en charge des nouveau-nés au niveau des structures sanitaires

II.3. Situation de la santé infantile et infanto-juvénile (moins de 5 ans)

II.3. 1. Etat de santé de l'enfant

II.3.1.1. Mortalité

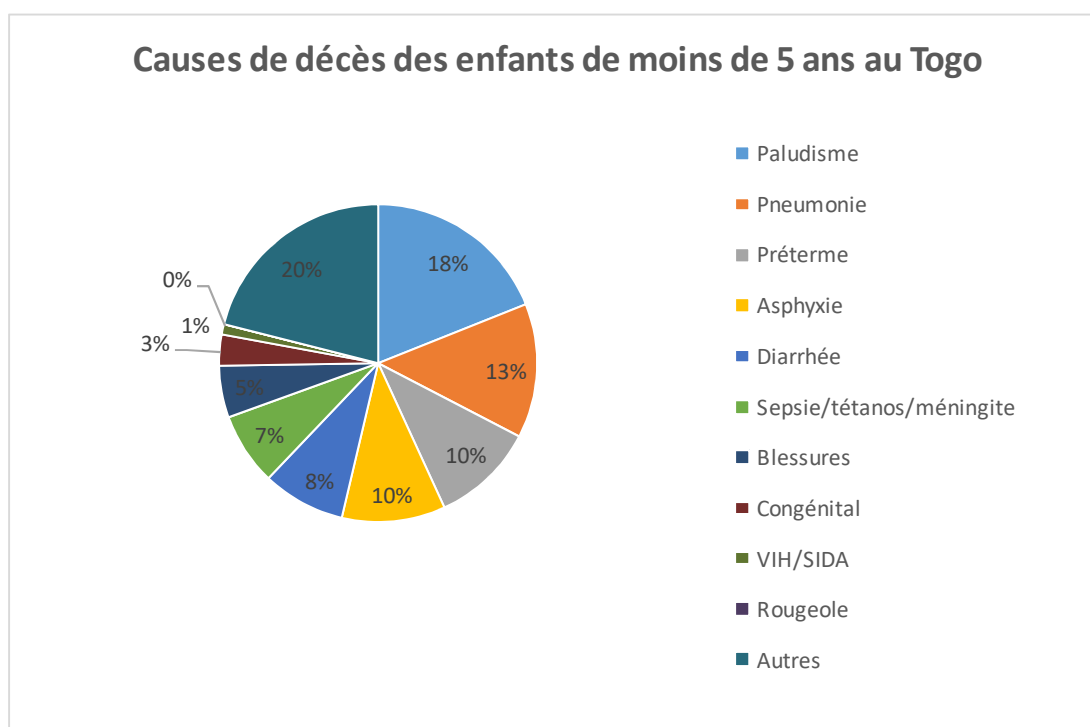
Bien que le pays ait enregistré une tendance à la baisse de la mortalité grâce à des efforts importants réalisés au cours de ces dernières décennies en matière d'amélioration de la santé des enfants, les taux de mortalité infantile et infanto-juvénile demeurent très élevés au regard des cibles attendues.

En effet, le taux de mortalité infantile est passé de 80 (EDSTII, 1998) à 49‰ naissances vivantes en 2014 (EDSTIII) et celui de la mortalité infanto-juvénile est passé de 146 à 88‰ au cours de la même période ; mais ces taux restent à des niveaux encore élevés au regard des objectifs cibles du PNDS 2012-2015 qui sont respectivement de 47 et 71‰ naissances vivantes en 2015.

Graphique 5 : Les différentes tendances de la Mortalité Infantile et infanto-juvénile entre 1998 et 2013

Ces améliorations cachent des disparités régionales. Selon les résultats de l'EDSTIII, le niveau de mortalité infantile varie d'un minimum de 44‰ dans la région Maritime à un maximum de 62‰ dans celle de la Kara. Les taux de mortalité infanto-juvénile les plus élevés sont enregistrés dans la région de la Kara (130‰), suivie des régions Centrale (113‰), Savanes (107‰).

Les causes de décès des enfants de moins de 5 ans se résument essentiellement aux maladies infectieuses (paludisme, pneumonie, asphyxie,...) comme l'illustre le graphique ci-dessous.



Graphique 6 : Les causes de décès des enfants de moins de 5 ans au Togo

II.3.1.2. Déterminants de la santé de l'enfant

Le décès des enfants sont liés aux facteurs sociaux (niveau d'instruction de la mère, niveau de richesse du ménage, milieu de résidence...), à la malnutrition chronique (28% en 2014 selon EDSTIII) surtout aux carences en micro nutriments et aussi à la transmission du VIH de la mère à l'enfant. La malnutrition des enfants de moins de cinq ans constitue une des principales morbidités. Elle demeure un lourd fardeau malgré les efforts déployés depuis la crise nutritionnelle de 2006. Les régions de la Kara et des Savanes présentent les plus fortes prévalences : malnutrition chronique (Kara : 32% et Savanes : 34%) et malnutrition aigüe (11,1% Savanes et 7,3% Kara).

II.3.1.3. Analyse de la Réponse

Pour inverser la tendance et accélérer la réduction de la mortalité infanto-juvénile, plusieurs interventions ont été mises en place :

➤ Prise en Charge Intégrée de la Mère et du Nouveau-né et de l'Enfant (PCIMNE)

Le Togo dispose de plans stratégiques nationaux pour la PCIMNE clinique et la PCIMNE communautaire, avec 741 agents de santé formés dont 82 aux techniques d'animation. L'application de la PCIMNE dans les formations sanitaires de premier niveau étant nécessaire pour améliorer la couverture en interventions à haut impact de réduction de la morbidité et mortalité maternelle, néonatale et infanto-juvénile, elle a été intégrée à la formation de base dans les différentes écoles de santé.

➤ Campagne de supplémentation en vitamine A

Depuis 2000, le Togo organise régulièrement des campagnes de supplémentation en vitamine A couplées au déparasitage et/ou à la vaccination. Cette stratégie est remplacée par les Journées de Santé de l'Enfant (JSE) depuis 2016

➤ Programme de Vaccination Elargi (PEV)

Le PEV a été mis en œuvre depuis 1980 par le Gouvernement togolais afin de réduire la morbidité et la mortalité des maladies évitables par la vaccination surtout chez les enfants de moins d'un an et chez les femmes enceintes. Ce programme est maintenant bien implanté sur toute l'étendue du territoire et constitue une priorité de la Politique Nationale de Santé.

Depuis 2002, la mise en œuvre de la stratégie Atteindre Chaque District (ACD), a conduit à une amélioration progressive et constante au fil des années, de la couverture vaccinale, de l'achèvement de la série vaccinale DTC et la réduction des taux d'abandon. Ces tendances traduisent une amélioration progressive de l'accès aux services de vaccination et de l'utilisation de ces services par la communauté. Elles témoignent également de l'impact positif de la formation des acteurs en gestion du PEV et des vaccins.

➤ Nutrition

En vue de relever les principaux défis relatifs à l'état nutritionnel des populations et surtout celui des enfants, le gouvernement togolais a pris un engagement de renforcer la lutte contre la malnutrition par la mise sur pied d'une Réponse à l'Urgence Nutritionnelle au sein de la Division de la Nutrition en 2007. Cette division a pour mission de lutter contre la malnutrition

sous toutes ses formes au sein de la population togolaise à travers les stratégies suivantes : (i) la promotion de l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant, (ii) le contrôle et la promotion de la croissance (CPC) chez les enfants de moins de 5 ans, (iii) la lutte contre les carences en micronutriments (vitamine A, iode, fer,...), (iv) la lutte contre la malnutrition aiguë.

En 2010, une Politique Nationale pour l'Alimentation et la Nutrition (PNAN) a été élaborée.. Elle prend en compte tous les domaines d'intervention de la nutrition en intégrant les problèmes d'alimentation et de nutrition tant des enfants que des adultes.

➤ **Prévention et la prise en charge du paludisme chez les enfants de moins de 5 ans**

En vue de renforcer la lutte contre le paludisme, plusieurs initiatives ont été mises en œuvre. Il s'agit entre autres de : (i) l'élaboration de la politique et des directives nationales de diagnostic et de traitement du paludisme; (ii) la formation des prestataires de soins à la réalisation des TDR, (iii) la gratuité du diagnostic parasitologique du paludisme avec les TDR, (iv) la gratuité de prise en charge des cas de paludisme simple, (v) la mise en place d'un réseau d'ASC formés à la prise en charge du paludisme simple; (vi) la disponibilité des intrants au niveau des formations sanitaires.

II.3.1.4. Problèmes

- Faible couverture de la PCIME clinique et communautaire dans tous les districts ;
- Insuffisance du dépistage et la prise en charge de la malnutrition aiguë sévère ;
- Non-respect des directives nationales de diagnostic en matière de prise en charge du paludisme chez les enfants de moins de 5 ans ;
- Rupture fréquente des intrants antipaludiques au niveau communautaire.

II.4. Situation de la santé des jeunes et des adolescents

II.4.1. Etat de santé

Les adolescents et jeunes représentent 31% de la population togolaise, avec 22% d'adolescents de 10-19 ans et 19% des jeunes de 15-24 ans (RGPH, 2010). Cette cible est particulièrement exposée à des problèmes de santé dont la gestion aujourd'hui détermine la

santé de la population adulte de demain, de même que la situation économique du pays en termes de productivité et d'économie sur les dépenses de santé.

La mortalité chez les 15 – 19 ans est de 2,21‰ chez les filles et un peu plus élevée chez les garçons où elle est de 2,77‰. Cette tendance s'inverse chez les 20-24 ans et est respectivement de 3,18‰ et 2,31‰ (EDST, 2013).

Les problèmes de santé « prioritaires » touchant les adolescents sont les problèmes de santé sexuelle et de la reproduction y compris les IST et le VIH, la consommation de substances nocives à la santé (tabac, alcool et autres substances), les traumatismes et les violences de diverses formes et les troubles de la santé mentale.

En effet, on note un taux de grossesse de 17,3% chez les adolescentes (MICS4, 2010). Les adolescentes connaissent des complications prénatales importantes ; pendant le travail et la délivrance mais également des problèmes du post-partum pouvant affecter la mère et son bébé. Ainsi, le taux de mortalité maternelle chez les femmes de 15-19 ans est de 0,39 pour 1000 femmes années. (EDST, 2013). Il est encore plus élevé chez les femmes âgées 20-24 ans (0,79 pour 1000 femmes années.), dépassant même la moyenne nationale (0,61 pour 1000 femmes années).

Les grossesses précoces impliquent des coûts sociaux et économiques importants dont la plupart ne sont pas évalués.

La prévalence de l'infection par le VIH a connu une baisse de 2010 à 2013 où elle est passée chez les jeunes de 15 -24 ans, de 1,5% à 0,6% (CAP-IST/VIH et sida Togo/2010).

Chez les 15 à 19 ans, la prévalence est de 0,3%, avec une répartition en fonction du sexe estimée à 0,4% chez les filles et 0,1% chez les garçons. Chez les 20-24 ans, elle est de 0,9% avec 1,3% chez les filles et 0,5% chez les garçons (EDST, 2013).

On note dans l'ensemble des cas une prévalence du VIH nettement plus élevée chez les filles que chez les garçons.

En ce qui concerne les IST, leur prévalence chez les garçon et filles de 15 à 19 ans en 2013² sont respectivement de 1,8% et de 1,7%. Chez les plus âgés de 20 à 24 ans et dans la même année, elle est respectivement chez les garçons et filles ayant déjà eu un rapport sexuel, de 2,3% et de 3,9 %.

Concernant le tabagisme, la prévalence de la consommation du tabac chez les jeunes scolaires a légèrement régressé passant de 8,5% en 2010 à 8,1% en 2013 (GYTS, 2013). Selon le

rapport de l'EDST 2013, la proportion des jeunes de 15-19 ans consommant du tabac est de 0,4%, un taux plus élevé chez les 20-24 ans avec 5,4%.

Pour ce qui est de l'usage de la drogue, il devient de plus en plus préoccupant, la prévalence de consommation de la drogue par voie injectable étant passé de 2,8% en 2011 à 3,7% en 2015. Le cannabis est de loin la drogue la plus consommée (63%) bien qu'il en existe une poly toxicomanie. La cible la plus atteinte est constituée de jeunes dont la tranche d'âge est comprise entre 20 et 24 ans.

Une autre étude réalisée⁴ note la consommation de drogues chez 2,1% des jeunes de la rue âgés de 12-14 ans, 12,9% des 15-19 ans et 29,5% des 20-24 ans. Parmi les drogues consommées figurent le cannabis, le chanvre indien, la cocaïne, la marijuana et l'héroïne. La consommation d'alcool est présente chez 20% des 12-14 ans, 35% des 15-19 ans et 60% des 20-24 ans.

Les études en milieu scolaire⁵ rapportent qu'en matière de consommation des substances nocives, l'alcool est le produit le plus consommé suivi du tabac. Environ 50% des élèves consomment de l'alcool, 5% ont une fois fumé du tabac et 3% ont une fois consommé de la drogue. Selon le sexe, ce sont les garçons qui sont le plus souvent exposés à la consommation de ces produits par rapport aux filles. La consommation de ces produits dépend de l'âge. Plus ils sont avancés en âge, plus la proportion de ceux qui en consomment augmente.

La prévalence des violences sexuelles chez les jeunes âgés de 15 à 19 ans et de 20 à 24 ans est respectivement de 29,8% et 33,8%⁶.

Les troubles nutritionnels, les maladies endémiques et chroniques, sont également des problèmes majeurs de santé chez les adolescents et jeunes au Togo.

Le surpoids (IMC > 25) et l'obésité (IMC > 30) touchent précocement aujourd'hui beaucoup d'adolescents et jeunes au Togo. La prévalence de l'obésité en milieu scolaire urbain au Togo est de 1,72%.⁷

⁴ PNLS, Togo : Etude socio-comportementale type CAP matière de VIH/SIDA chez les jeunes extrascolaires et les jeunes de la rue au Togo en 2011.

⁵ UNFPA Togo : Rapport de collecte des indicateurs de base dans les écoles ayant une infirmerie scolaire, 2015

⁶ Ministère de la Promotion de la femme, Togo : Etude sur les violences basées sur Le genre au Togo, 2010

⁷ www.fao.org/ag/agn/nutrition/tgo_fr: profil nutritionnel par pays.

Les états morbides les plus couramment rencontrés dans la population des adolescents et jeunes, en volume de consultation sont : le paludisme (selon le rapport des activités des infirmeries scolaires en 2016, le paludisme représente la première cause de consultation avec 37% des cas de consultations externes), les infections respiratoires aiguës, les affections bucco-dentaires. Les seules études disponibles pour apprécier la santé bucco-dentaire ont été réalisées en 1996 chez des élèves de 5 à 12 ans⁸ et elles montrent que 34% de ces enfants souffrent d'affections bucco-dentaires.

Les problèmes de santé concernent également les parasitoses intestinales, les dermatoses et les maladies diarrhéiques, les problèmes d'yeux et la malvoyance particulièrement la malvoyance par amétropie chez les élèves. Ces problèmes de santé cités, de même que les maladies endémiques et chroniques, restent très peu documentés pour cette population cible.

II.4.2. Déterminants

➤ Rapports sexuels précoces et grossesses précoces

D'après l'EDST 2013, 10% des jeunes femmes et 9% des jeunes hommes de 15-24 ans ont eu leur premier rapport sexuel avant l'âge de 15 ans. Chez les filles, la proportion est presque deux fois plus élevée en milieu rural (13%) qu'en milieu urbain (7%) alors que chez les jeunes hommes, le pourcentage de ceux ayant des rapports sexuels avant 15 ans est plus élevé dans les centres urbains (10%) que dans la zone rurale (8%).

On note un taux de grossesse de 17,3% chez les adolescentes (MICS 4, 2010). Les chiffres restent élevés même si on note une décroissance entre 1998 et 2013 où la proportion des adolescentes de 15-19 ans qui ont déjà commencé leur vie procréative ou féconde est passée de 19% à 16,5% (EDSTII et EDSTIII). Les variations régionales restent cependant importantes (10,0% à 23,8%). Le milieu rural concentre les forts taux avec une moyenne de 21,1% contre 11,0% pour le milieu urbain. Le taux de fécondité des adolescentes âgées de 15 à 19 ans est de 88‰ en 2013. Il est également plus élevé en milieu rural (99‰) qu'en milieu urbain (76‰). Les valeurs extrêmes se situent entre les régions des Plateaux avec 59‰ contre 108‰ dans les Savanes.

➤ Mariages précoces

⁸ SNSJA, Togo : Plan stratégique national de contrôle des infections parasitaires en milieu scolaire (CIPMS), 2008

Près d'un tiers des femmes entre 15 et 49 ans au Togo se sont mariées ou sont entrées en union libre avant l'âge de 18 ans ; par ailleurs, 7% de ces femmes se sont mariées avant l'âge de 15 ans (MICS 4, 2010).

➤ **Faible connaissance approfondie du VIH**

En matière de connaissance sur le VIH, les chiffres indiquent une régression. En effet, la proportion de la population de 15-24 ans ayant une connaissance approfondie du VIH/sida est passée en 2010 de 33% chez les femmes et 42,2% chez les hommes, à respectivement 23,3 % et 31,6 % en 2013 (EDST).

➤ **Faible prévalence contraceptive chez les adolescents et jeunes**

La prévalence contraceptive chez les jeunes de 15-19 ans était de 7,6% en 2010 avec besoins non satisfaits en planification familiale qui demeure élevé chez les adolescents et jeunes (41,6% et 39,5%) en 2013.

➤ **Obstacles à l'offre de services en matière de santé adaptés aux adolescents et jeunes**

On estime à environ 13,5%, la proportion des formations sanitaires disposant de prestataires formés en SAJ, cependant tous ne respectent pas toujours les critères de qualité en matière d'offre de services adaptés aux adolescents et jeunes conformément aux standards élaborés par le pays (Rapport de suivi 2017 Div SJA). En 2012, une analyse situationnelle montre que sur l'ensemble du territoire national, 37 infirmeries scolaires et universitaires et 35 centres des jeunes offrent des services mais avec des niveaux disparates ne répondant pas aux besoins spécifiques des adolescents et jeunes.

Les visites médicales systématiques en milieu scolaire ne sont pas organisées. De même le secteur de l'éducation n'a pas encore mis en place un programme d'enseignement en matière de promotion de la santé.

➤ **Financement en faveur de la SAJ**

Le financement en faveur des interventions en santé des adolescents et jeunes est pour la plus grande partie assuré par les partenaires techniques et financiers. Cependant, les

ressources mobilisées dans l'ensemble restent insuffisantes pour impacter la situation sanitaire présente des adolescents et jeunes.

II.4.3. Réponses

Les interventions en matière de santé des adolescents et jeunes sont placées sous la coordination de la Div SJA qui a pour mission de :

- Améliorer l'accès à des informations appropriées aux besoins sanitaires des adolescents et jeunes
- Améliorer l'accès et l'utilisation des services de santé par les adolescents et jeunes sur toute l'étendue du territoire
- Améliorer l'environnement socio-culturel et légal en faveur de la promotion de la santé des adolescents et jeunes
- Mobiliser les ressources en faveur de la santé des adolescents et jeunes
- Renforcer la gestion des programmes de la santé des adolescents et jeunes
- Contrôler les maladies infectieuses et les maladies non transmissibles en milieu scolaire
- Contrôler et élaborer des programmes d'éducation sanitaire
- Suivre et évaluer toutes les actions en matière de santé des jeunes et des adolescents

Ce cadre institutionnel a été renforcé par l'élaboration d'un certain nombre de documents normatifs, notamment, le *Plan stratégique 2008-2012 pour la santé des adolescents et jeunes* (2007) ; les *Standards de services de santé adaptés aux adolescents et jeunes (SAAJ) du Togo* (2009) et le *Référentiel des services de santé adaptés aux adolescents et jeunes*.

Les interventions en matière de la santé des adolescents et jeunes sont assurées, en dehors du Ministère en charge de la Santé, par d'autres départements dont le Ministère en charge l'action sociale et de la Protection de l'enfance, les Ministères de l'éducation et le Ministère en charge de la Jeunesse.

Les efforts de l'Etat sont soutenus par les Partenaires Techniques et Financiers qui apportent leur assistance pour la mise en œuvre des interventions en SAJ au Togo. Il s'agit essentiellement de l'OMS, de l'UNFPA, Plan International Togo, de BORNEfonden, AgirPF et l'USAID, de l'IPPF.

Au niveau communautaire, les agents de santé communautaire (ASC), les relais communautaires, RFS sont les principaux acteurs ; ils contribuent à la mise en œuvre des

activités des principaux programmes de santé, notamment les programmes (VIH/Sida, TB, Paludisme, PEV et SR).

Près d'une cinquantaine d'ONG et associations interviennent en matière d'offre de services de santé aux adolescents et jeunes à travers des micro-projets d'offre de services intégrés (dépistage du VIH, prise en charge syndromique des IST, offre de méthodes contraceptives modernes et distribution de préservatifs).

Au sein des communautés, les CDQ et les CDV se sont organisés à travers les ASC dans les activités de mobilisation sociale. Ainsi les questions de santé en générale et de santé de reproduction sont régulièrement discutées au sein de ces organisations de base.

Les différents regroupements de jeunes, de femmes qui ont été mis en place à travers les actions du Ministère de Développement à la Base ont inscrit les questions de santé sexuelle et santé de la mère et de l'enfant dans leur cahier de charge.

Malgré ces efforts déployés, certains problèmes majeurs en matière de santé des jeunes et adolescents persistent et constituent un frein pour l'atteinte des résultats.

II.4.4. Problèmes prioritaires liés à la santé des adolescents et jeunes

➤ Mise en œuvre des SSAAJ :

- Non-conformité de la quasi-totalité des structures sanitaires aux normes et standards des services adaptés aux adolescents et jeunes ;
- Insuffisance de services communautaires de santé des adolescents et jeunes ;
- Absence de stratégie au niveau régional et district pour la mise en œuvre des SSAAJ ;
- Prise en compte insuffisante de la SAJ dans la planification des interventions des régions, districts et formations sanitaires ;
- Faible intégration de la santé des adolescents et jeunes dans les mécanismes de suivi des interventions au niveau décentralisé (supervision, monitoring, revue).

➤ Coordination des interventions des différents acteurs et partenariat :

- Insuffisance de synergie d'action dans les interventions des différents acteurs ;
- Faible implication du niveau communautaire dans les stratégies d'interventions pour la promotion de la SAJ ;
- Absence de cadre de concertation entre les différents secteurs dans la prévention des problèmes et promotion de la santé chez les adolescents et jeunes ;
- Insuffisance de financement de la santé des jeunes et adolescents.

➤ **Collecte et gestion des données sur la santé des adolescents et jeunes :**

- Faible disponibilité de données désagrégées sur la santé des adolescents car en dehors des résultats d'enquête, les données de routine sur la santé des adolescents et jeunes sont quasiment inexistantes, la plupart des supports de rapport d'activités du Système National d'Informations Sanitaires ne prenant pas en compte les tranches d'âges désagrégées des adolescents et jeunes

➤ **Promotion de la santé scolaire :**

- Absence de stratégie nationale de promotion de la santé scolaire.

En résumé les principaux problèmes prioritaires en matière de santé des adolescents sont les suivants :

- *Persistance de taux élevé de grossesses précoces et des IST/VIH/Sida du fait des violences basées sur le genre et les pratiques néfastes (tabagisme, alcoolisme, consommation de drogue) à la santé chez les adolescents et jeunes.*
- *Faible disponibilité de données désagrégées sur la santé des adolescents*

II.5. Analyse de la Gestion du programme

II.5.1. Coordination et partenariat

Depuis l'engagement du Togo à La Campagne pour l'Accélération de la Réduction de la Mortalité Maternelle en Afrique (CARMMA), initiée par la Commission de l'Union Africaine pour répondre aux défis de la mortalité maternelle dans les pays africains plusieurs actions ont été entreprises pour réduire la mortalité maternelle et néonatale. En effet, le Togo a fait de la santé maternelle et néonatale, une priorité nationale et l'a inscrit dans ses engagements pour 2015 et aujourd'hui pour 2030. L'engagement de l'Etat pour la réduction de la maternelle et néonatale s'est traduit par des actions suivantes : le lancement de la CARMMA ; la subvention de la césarienne pour faciliter l'accès des femmes aux soins obstétricaux d'urgence.

Sur le plan structurel, il existe une direction dédiée à la santé mère enfant qui regroupe en son sein, la Division de la Santé Maternelle et Infantile et de la Planification Familiale ; la Division de la santé des adolescents et des jeunes et celle de la nutrition.

La revue des interventions SMNIAJ et l'évaluation du Plan National de Développement Sanitaire pour la période 2012-2015 a montré qu'il existe des insuffisances en matière de coordination notamment l'inexistence d'un cadre unique de concertation de tous les acteurs intervenants en matière de SRMNI/PF et SAJ surtout pour ce qui concerne la prévention des problèmes et promotion de la santé chez les adolescents et jeunes. On note par ailleurs une insuffisance de coordination, de suivi et de supervisions des interventions à tous les niveaux. Les activités de suivi-supervision ne se font pas régulièrement tel que défini dans les documents normatifs.

II.5.2. Ressources humaines

Dans le domaine des ressources humaines, l'analyse des tendances montre une amélioration de la disponibilité et la distribution géographique du personnel de santé au cours de ces dernières années (le taux de couverture des besoins en personnels de santé au niveau primaire de soins est passé de 46,7% en 2010 à 62,4% en 2015).

La densité de professionnels de santé, définie comme étant le nombre de principaux professionnels soignants (médecins, assistants médicaux/infirmiers, sages-femmes, infirmiers auxiliaires, accoucheuses auxiliaires) pour 10 000 habitants est passé de 6,5 en 2010 à 6,9 en 2015 alors que le seuil minimal de densité de personnel soignant acceptable selon l'OMS est de 23. Malgré ces progrès, la pénurie des ressources humaines pour la santé (RHS) reste un problème sérieux au Togo et constitue un des défis majeurs dans l'amélioration des performances du système de santé. En effet, dans le domaine de la santé maternelle, il a été noté une insuffisance de prestataires qualifiés pour les soins maternels et néonataux dans les structures sanitaires périphériques ; une inégale répartition de ces ressources et une faible politique d'incitations et de fidélisation du personnel travaillant dans les zones surtout difficiles d'accès. Dans les zones difficiles d'accès, les prestataires qualifiés pour les soins maternels et néonataux sont réduits aux accoucheuses permanentes posant la problématique de la qualification du prestataire de soins maternel et néonatal.

Pour remédier au déficit en ressource humaine pour la santé, le gouvernement a mis en œuvre différentes initiatives en faveur du développement des RHS avec l'appui des PTF. Parmi ces initiatives, on peut citer notamment : (i) la création d'une direction des ressources humaines en santé ; (ii) la déconcentration de la formation à travers l'implantation d'écoles paramédicales en dehors de Lomé et la diversification des filières, (iii) l'accompagnement et le renforcement des institutions de formation des professionnels de santé dans le cadre de la

mise en œuvre du système LMD ; (iv) le recrutement « régionalisé » de personnel de santé en vue d'accroître l'accès aux personnels de santé dans les zones rurales ou reculées (1 107 nouveaux personnels de santé ont ainsi été recrutés sur cette base en 2013) ; (v) la mise en place de l'observatoire des ressources humaines en santé (www.obrhs-togo.org). Ces initiatives devraient permettre au pays à moyen et long termes de progresser dans l'amélioration de la situation des RHS.

Par ailleurs, l'élaboration d'un nouveau plan de développement des ressources humaines (PDRH) en 2015, sur la base d'un ensemble d'analyses et de travaux, doit être vue aussi comme une étape des efforts entrepris pour combler les insuffisances relevées.

Dans le domaine de la santé maternelle, il faut noter la formation continue des prestataires des maternités en SONU, en planification familiale, en HBB et en échographie obstétricale.

La prise en charge spécifique des adolescents nécessite des prestataires qualifiés, ayant une connaissance des caractéristiques de l'adolescent, de ses problèmes en santé et de ses besoins. Chaque année, grâce à l'appui des PTF à travers la mise en œuvre des projets ciblant les jeunes, des prestataires sont renforcés pour mieux organiser les services adaptés aux adolescents et jeunes, limiter les barrières interpersonnelles entre eux et les adolescents et jeunes. On estime à 13,5, la proportion des formations sanitaires disposant d'au moins 2 prestataires formés en SAJ.

La santé des adolescents et jeunes s'inscrit progressivement dans les modules de formation de base des infirmiers et des sages-femmes mais le contenu reste à harmoniser pour l'ensemble des écoles de formation.

II.5.3. Médicaments et produits sanguins

Afin de garantir la disponibilité des produits de santé maternels et infantiles de qualité et favoriser leur accès, le Togo a élaboré un plan stratégique de sécurisation des produits de santé de la reproduction pour la période 2014-2018. Il faut signaler aussi que la CAMEG a mis en place un système national d'approvisionnement des produits (SNAP) dont le but est d'assurer une disponibilité permanente des MEG.

Les produits d'importance vitale pour la mère et l'enfant sont pris en compte dans la liste nationale des produits pharmaceutiques mais non disponibles à la Centrale d'Achat surtout pour ce qui concerne le Misoprostol et le Sulfate de magnésium. Beaucoup d'insuffisances demeurent notamment :

Le dysfonctionnement du SNAP (existence d'une multiplicité de chaînes d'approvisionnement verticales à côté du SNAP) ; les ruptures fréquentes des stocks de produits de santé à tous les niveaux de la chaîne d'approvisionnement ; la non disponibilité des Produits Sanguins Labiles dans les structures SONU C entraînant une augmentation des besoins non satisfaits en Produits Sanguins Labiles ;

Pour ce qui est des infrastructures et des équipements, la plupart des FS ne répondent pas aux normes ; il n'existe pas une politique nationale et de plan de maintenance et de renouvellement des infrastructures et équipements ;

Insuffisance des budgets alloués pour soutenir l'acquisition, la gestion, l'utilisation et la maintenance des infrastructures et équipements ;

II.5.4. Financement

Depuis quelques années, certaines interventions de la SR bénéficient du financement de l'Etat : il s'agit de la PF, de la subvention de la césarienne, de la gratuité de la prise en charge du paludisme chez les 0-5 ans et la gratuité des ARV ; mais ce financement est insuffisant au regard des défis et enjeux auxquels la DSME est confrontée pour la mise en œuvre effective des interventions de santé maternelle, néonatale et infantile et des adolescents et des jeunes. En effet, le budget public alloué à la santé demeure insuffisant (autour de 6% du budget global de l'Etat en dessous des 15 % fixés à Abuja) et ne permet pas le financement adéquat des interventions en SR. Les ressources disponibles ne favorisent pas une équité d'allocation et de répartition. La part des ménages dans les dépenses de santé demeurent encore élevée (la plupart des prestations de services en SMNIA sont à la charge du client : CPN, accouchement, PF, etc...).

Il faut noter aussi que le décaissement tardif des ressources de l'Etat constitue un frein à la consommation optimale des ressources financières allouées au programme. Par ailleurs, le financement public est très faible dans la mise en œuvre des interventions en santé des adolescents et jeunes. Les appuis aux activités proviennent essentiellement des PTF et restent insuffisantes pour impacter la situation sanitaire présente de la santé de la reproduction y compris la santé des adolescents et jeunes.

II.5.5. Suivi, évaluation et recherche

Dans le domaine du suivi-évaluation des interventions de SGSMNEA, demeure la question de la qualité des données en termes de promptitude, de complétude et de fiabilité des données

du SNIS pour la prise de décision à tous les niveaux. Il n'existe pas un mécanisme d'assurance qualité (contrôle et audit systématiques des données) des données produites au niveau opérationnelle. Aussi, l'irrégularité des enquêtes, la faiblesse dans la prise en compte des données du secteur privé et autres secteurs sont entre autres faiblesses identifiées. Les données produites ne sont pas suffisamment diffusées pour la prise de décision. A tout ceci vient s'ajouter la faible performance du système de surveillance des décès maternels et néonataux.

Grâce aux réformes entreprises dans le domaine, l'information sanitaire connaît de plus en plus un regain d'intérêt. Des Pools SNIS ont été mises places à tous les niveaux du système de santé ; renforcement des compétences des chargés de la santé de la reproduction à l'utilisation du DHIS2 dans les districts et régions. Pour pallier à la non disponibilité des données des adolescents et jeunes, des indicateurs et outils de collecte ont été élaborés.

L'irrégularité des enquêtes, la faiblesse dans la prise en compte des données du secteur privé et autres secteurs sont entre autres faiblesses identifiées.

Les données produites ne sont pas suffisamment diffusées pour la prise de décision. A tout ceci vient s'ajouter la faible performance du système de surveillance des décès maternels et néonataux.

Pour compenser le déficit des données sur les adolescents et jeunes du fait de la non prise en compte des désagrégations par tranches d'âges (10-14 ; 15-19 ; 20-24) des données du SNIS, des outils parallèles ont été élaborés à partir des indicateurs de SAJ préalablement validés par un ensemble d'acteurs intervenant dans la mise en œuvre des services à l'endroit des adolescents et jeunes.

Comme autre réponse, il faut signaler la mise en place des points focaux au niveau des régions et districts, pour faciliter l'intégration des services adaptés aux adolescents et jeunes. Cependant les mécanismes de suivi des interventions au niveau décentralisé (supervision, monitoring, revue) n'intègrent pas toujours la santé des adolescents et jeunes.

II.5.6. Problèmes liés à la gestion du programme

- Insuffisance de coordination, de suivi et de supervisions des interventions à tous les niveaux par inexistence d'un cadre unique de concertation de tous les acteurs
- Insuffisance et une inégale répartition de prestataires qualifiés pour les soins maternels et néonataux dans les structures sanitaires surtout périphériques ;

- Multiplicité de chaînes d’approvisionnement verticales à côté du SNAP ; les ruptures fréquentes des stocks de produits de santé à tous les niveaux ; non disponibilité des Produits Sanguins Labiles dans les structures SONU C
- Insuffisance des budgets alloués pour soutenir la SRMNIA et retard dans les décaissements du budget de l’Etat
- Faible disponibilité et qualité des données de SRMNIA pour la prise de décision

III. Défis

Cette partie résume les principaux défis en matière de la SGSMENA

❖ Défis liés à la santé de la mère avant et pendant la grossesse)

- Mettre à l’échelle les stratégies novatrices en Planification Familiale ;
- Accroître l’implication des acteurs de la communauté, des conjoints, des leaders religieux, du secteur privé et de la société civile dans les interventions en SR/PF;
- Renforcer le système d’information et de gestion logistique des produits PF
- Mettre en place un mécanisme d’assurance-qualité des services de PF et de CPN ;
- Faire le plaidoyer pour une subvention de la prise en charge des VBG/MGF, de la CPN
- Rendre la PF Gratuite.

❖ Défis pendant le travail, l’accouchement et le postpartum pour la mère et le nouveau-né

- Mettre en place dans les structures de soins un système d’assurance qualité des soins
- Mettre en place un mécanisme de dissémination et d’appropriation de la loi SR, des protocoles et algorithmes pour la prise en charge des mères et des nouveau-nés
- Rendre performant le système de référence et de contre-référence
- Accélérer la planification familiale
- Renforcer la coordination de la mise en œuvre de la subvention de la césarienne
- Mettre en place un mécanisme de subvention de la prise en charge des autres complications obstétricales
- Rendre disponibles les Produits Sanguins Labiles dans les structures sanitaires offrant les SONUC

❖ Défis liés à la santé des enfants de moins de 5 ans

- Mobiliser les ressources financières pour la mise en œuvre de la PCIMNE
- Faire le plaidoyer à l'endroit de l'Etat pour la gratuité des soins aux enfants de moins de 5 ans
- Renforcer l'implication des acteurs de la communauté (ASC) dans la mise en œuvre des interventions de SMNI
- Accélération de la réduction de la morbidité et la mortalité maternelle, néonatale, infanto-juvénile (plan d'action intégrée) ;
- Amélioration de la santé des adolescents et des jeunes ;
- Amélioration de la fonctionnalité des infirmeries scolaires
- Renforcement de la PF ;
- Mise à échelle des interventions à base et sous directive communautaires
- Renforcement du cadre de concertation intersectoriel en matière de promotion et de prévention ;
- Renforcement de la fonctionnalité des structures sanitaires ;
- Renforcement de la couverture et qualité des SONU ;
- Amélioration de la gestion des urgences avec un système de référence contre référence fonctionnel ;
- Amélioration de la performance des hôpitaux ;
- Renforcement des acquis de la lutte contre les maladies transmissibles ;
- Amélioration de l'accès aux MII vers la couverture universelle ;
- Renforcement la communication de proximité et le suivi pour une meilleure utilisation des MII ;

❖ **Défis liés à la santé des adolescents et jeunes**

- Mise en œuvre effective des dispositions légales et réglementaire en matière de la SAJ ;
- Renforcement de la mise en œuvre des SSAAJ ;
- Renforcement de la coordination des interventions des différents acteurs, le partenariat et le financement du secteur de la santé des adolescents et jeunes ;
- Amélioration du système de collecte et de gestion des données sur la santé des adolescents et jeunes ;
- Promotion de la santé scolaire et universitaire et extra-scolaire ;

❖ **Défis liés à la gestion du programme**

- Renforcer la coordination entre les différents acteurs intervenant pour l'amélioration de la santé génésique, de la mère, du nouveau-né et de l'enfant
- Créer une ligne budgétaire pour le financement des interventions de la SMNIAJ
- Améliorer le financement de la SMNIAJ par le secteur privé
- Améliorer la qualité des données de la DSME pour la prise de décision
- Renforcer le système d'assurance qualité pour le contrôle et l'audit systématique des données
- Améliorer la disponibilité des ressources humaines qualifiées pour l'offre des services de SMNIAJ
- Améliorer la disponibilité des produits de santé de la reproduction à tous les niveaux de la chaîne d'approvisionnement ;
- Améliorer la disponibilité des Produits Sanguins Labiles
- Mettre en place une politique nationale et de plan de maintenance et de renouvellement des infrastructures et équipements

IV. Plan stratégique

IV.1. Vision

Un Togo où chaque femme, enfant, nouveau-né et adolescent aura accès à des services de santé de bonne qualité.

IV.2. But et Objectifs

IV.2.1. But

Contribuer à l'amélioration de la santé de la mère, du nouveau-né, de l'enfant et de l'adolescent au Togo.

IV.2.2. Objectifs

Ils s'inscrivent dans la vision du Plan National de Développement Sanitaire 2017-2022. Le plan aura pour principaux objectifs de :

- Réduire le ratio de mortalité maternelle de 401 décès pour 100.000 NV en 2014 à 250 d'ici 2022
- Réduire le taux de mortalité néonatale de 27 décès pour 1000 NV en 2013 à 17 p 1000 NV d'ici 2022
- Réduire le taux de mortalité infanto-juvénile de 88 pour 1000 NV en 2013 à 59 pour 1000 NV d'ici 2022
- Réduire le taux de natalité chez les adolescentes de 85 pour 1000 en 2014 à 56 pour 1000 d'ici 2022.

IV.3. Orientations stratégiques et interventions prioritaires

Les orientations stratégiques et les interventions prioritaires sont adoptées du PNDS 2017-2022 et des défis relevés par l'analyse de la situation de la SMNEA/SR.

Orientation stratégie 1 : Renforcement du dialogue, de la coordination multisectorielle et de l'intégration des interventions de SMNEA/SR

Interventions prioritaires :

- **Intervention prioritaire 1.1 :** Dynamisation du Cadre d'action et d'engagement impliquant l'ensemble des parties prenantes (Ministères concernés, PTF, Société civile, privés, médias) ;
- **Intervention prioritaire 1.2 :** Renforcement de la communication intégrée à tous les niveaux pour une mobilisation citoyenne autour des cibles SMNEA/SR;
- **Intervention prioritaire 1.3 :** Mise en application des dispositions réglementaires relative à la SMNEA/SR;
- **Intervention prioritaire 1.4 :** Renforcer la planification, le suivi et l'évaluation des interventions SMNEA/SR à tous les niveaux.

Orientation Stratégique 2 : Mise à l'échelle des interventions essentielles de la santé de la mère et du nouveau-né

Interventions prioritaires :

- **Intervention prioritaire 2.1** : Renforcement de l'offre des fonctions essentielles SONU
- **Intervention prioritaire 2.2** : Renforcement de la qualité du suivi pré per et post natal selon les normes et protocoles
- **Interventions prioritaires 2.3**. Mise en place des mécanismes fonctionnels d'audits des décès maternels et néonataux
- **Intervention prioritaire 2.4** : Amélioration de la prévention et de la prise en charge des cancers gynécologiques, VBG/MGF, et des fistules

Orientation Stratégique 3 : Renforcement de la Planification Familiale

Interventions prioritaires

- **Intervention prioritaire 3.1** : Création de la demande
- **Intervention prioritaire 3.2** : Renforcement de l'offre et de l'accès aux services de Planification Familiale
- **Intervention prioritaire 3.3** : Sécurisation des produits SR/PF
- **Intervention prioritaire 3.4** : Politique, Environnement Habilitant et Financement de la Planification Familiale

Stratégie 4 : Renforcement des interventions essentielles de lutte contre la mortalité infanto-Juvenile

Stratégie 4.1 : Renforcement de la PCIMNE clinique et communautaire et des pratiques familiales essentielles

Interventions prioritaires :

- **Intervention prioritaire 4.1.1** : Renforcement de la PCIMNE clinique et mise à échelle de la PCIMNE communautaire
- **Intervention prioritaire 4.1.2**: Amélioration de l'accès et l'utilisation des infrastructures d'assainissement au niveau familial selon les bonnes pratiques de l'ATPC
- **Intervention prioritaire 4.1.3**: Renforcement de la prise en charge et le suivi de l'enfant infecté et/ou affecté par le VIH
- **Intervention prioritaire 4.1.4** : Renforcement de la chimio prévention du paludisme
- **Interventions prioritaires 4.1.5** : Renforcement de la prise en charge des enfants souffrant de paludisme grave conformément aux directives nationales

Stratégie 4.2 : Renforcement de la lutte contre toutes les formes de malnutrition, en particulier contre le retard de croissance et les déficiences en micronutriments

Interventions prioritaires :

- **Intervention prioritaire 4.2.1** : Promotion de l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant (allaitement maternel et alimentation complémentaire) y compris dans les contextes particuliers
- **Intervention prioritaire 4.2.2** : Supplémentation en micronutriments, fortification et conseils nutritionnels, déparasitage systématique périodique au profit des enfants de 0 à 5 ans
- **Intervention prioritaire 4.2.3** : Dépistage et prise en charge de la malnutrition aiguë au niveau communautaire et dans les formations sanitaires

Stratégie 4.3 : Renforcement du Programme Elargi de Vaccination (PEV)

Interventions prioritaires :

- **Intervention prioritaire 4.3.1** : Renforcement de l'implication des structures privées, des communautés et des OSC dans le PEV mettant l'accent sur la communication et la mobilisation sociale en faveur de la vaccination
- **Intervention prioritaire 4.3.2** : Amélioration de la disponibilité et de la capacité opérationnelle des services de vaccination y compris le renforcement des compétences du personnel sur les directives du PEV, de la chaîne de froid et de la disponibilité des vaccins et consommables) à tous les niveaux
- **Intervention prioritaire 4.3.3** : Amélioration de la mise en œuvre de la stratégie « Atteindre Chaque District » (ACD) et de l'approche « Atteindre Chaque Enfant » (ACE)
- **Intervention prioritaire 4.3.4** : Introduction de nouveaux vaccins
- **Intervention prioritaire 4.3.5** : Organisation des campagnes de suivi pour réduire la proportion de personnes susceptibles aux maladies évitables par la vaccination

Stratégie 5 : Renforcement des interventions spécifiques à la santé des adolescents et jeunes

Interventions prioritaires :

- **Intervention prioritaire 5.1** : Renforcement du cadre de la concertation intersectoriel, du plaidoyer et de la mobilisation des ressources en matière de promotion de la santé des adolescents et jeunes Renforcement de l'information, de l'éducation et de la communication à l'endroit des adolescents et jeunes et de la communauté ;
- **Intervention prioritaire 5.2** : Renforcement de l'information, de l'éducation et de la communication à l'endroit des adolescents et jeunes et de la communauté;
- **Intervention prioritaire 5.3**: Amélioration de la qualité de l'offre de services intégrés adaptés aux jeunes et adolescents dans les formations sanitaires et dans la communauté
- **Intervention prioritaire 5.4** : Promotion de la santé scolaire et universitaire

- **Intervention prioritaire 4.5** : Renforcement de la mise en œuvre effective des dispositions légales et réglementaire en matière de la SAJ

Orientation Stratégique 6 : Renforcement du système d’approvisionnement en Médicaments essentiels, produits labiles sanguins et dispositifs médicaux

Interventions prioritaires :

- **Intervention prioritaire 6.1** : Amélioration de la disponibilité des intrants SR
- **Intervention prioritaire 6.2** : Amélioration de la disponibilité des PSL
- **Intervention 6.3**. Réduction des barrières financières d’accès aux PSL

Orientation stratégie 7 : Amélioration de l’accessibilité financière, géographique et culturelle aux soins et aux services de SMNEA/SR ciblant prioritairement les populations les plus vulnérables

Interventions prioritaires :

- **Intervention prioritaire 7.1** : Promotion de la gratuité ciblée ou la subvention de la demande Promotion de la gratuité ciblée ou la subvention de la demande ;
- **Interventions prioritaires 7.2** : Amélioration de l’accessibilité géographique des soins SMNEA/SR;
- **Interventions prioritaires 7.3** : Amélioration de la perception de l’importance des soins SMNEA/SR par la population;
- **Interventions prioritaires 7.4** : Amélioration de la disponibilité des ressources humaines en santé de qualité dans les points de prestation de SMNEA/SR

v. Cadre de mise en œuvre

V.1.Cadre institutionnel

Le cadre de mise en œuvre et de coordination du plan est en lien avec le dispositif institutionnel de suivi et évaluation du PNDS 2017-2022. Selon ce dispositif, la mise en œuvre et la coordination des interventions de santé relèvent des organes des administrations nationales, régionales et locales de la santé appuyées par les dispositifs institutionnels de pilotage et de coordination du secteur de la santé.

En effet, la mise en œuvre du présent plan nécessite l'action concertée de l'ensemble des acteurs du secteur public, de la société civile, du secteur privé et des partenaires techniques et financiers. Elle relève du Ministère de la Santé et de la Protection Sociale à travers la Direction de la Santé de la Mère et de l'Enfant (DSME), les autres directions centrales, les régions et districts sanitaires.

Le Ministre de la Santé et de la Protection Sociale veillera à la mise en œuvre de ce plan. Il assurera le plaidoyer auprès des instances de décision (Parlement, Gouvernement) ainsi qu'auprès des collectivités locales et des partenaires au développement pour leur meilleure implication.

La Direction de la Santé et de la Mère et de l'Enfant, placée sous la tutelle de la Direction Générale de l'Action Sanitaire (DGAS), est chargée de diffuser, de promouvoir et de faire le suivi de la mise en œuvre du plan. Ainsi, conformément aux recommandations du PNDS 2017-2022, il faudra renforcer la coordination des interventions des divisions de la santé maternelle et infantile et de la planification familiale, de la nutrition et de la santé des jeunes et des adolescents pour une meilleure gestion du programme de même que le dialogue et l'intégration des interventions d'autres programmes (PEV, PNLP, PNLS, PTME, Santé communautaire, ...) qui ont pour cibles, la SMNEA/SR.

Les régions sanitaires seront chargées de l'appui technique et la gestion des interventions notamment, la diffusion et la coordination des activités du plan. Elles devront promouvoir le dialogue, la coordination multisectorielle, l'intégration des interventions et le partenariat avec les ONG, la société civile et le secteur privé.

Les districts sanitaires seront chargés d'assurer la mise en œuvre des activités du plan. Ils veilleront à la prise en compte des activités dudit plan dans les plans de travail annuel de leurs zones de responsabilité.

Les autres secteurs du développement sanitaire tels que les ministères de l'économie et des finances, de l'action sociale, de la promotion de la femme, de l'éducation, de la jeunesse, des collectivités locales devront chacun en ce qui le concerne, s'approprier ce plan et apporter un appui technique et financier nécessaire à sa mise en œuvre.

Les collectivités locales, la société civile, les communautés, le secteur privé et les OSC contribueront au plaidoyer, au financement et à la promotion de la SMNEA/SR, conformément à leurs attributions et compétences dans ce domaine. Elles seront associées à toutes les étapes de l'exécution du plan.

Les partenaires techniques et financiers seront impliqués dans la mise en œuvre, du suivi et de l'évaluation des interventions prévues dans le plan. Leurs appuis techniques et financiers seront déterminants pour l'atteinte des résultats escomptés.

V.2. Planification des activités

Le système de planification du plan est basé sur celui du PNDS 2017-2022. Il s'agit d'un système de planification ascendante, évoluant du niveau district vers le niveau central qui permet de disposer de plans opérationnels conformes aux réalités de chaque district sanitaire.

En effet, le présent plan décrit les stratégies, les interventions prioritaires ainsi que les activités. C'est ainsi que chaque année, la DSME élaborera la matrice de cadrage annuel définissant les objectifs de couverture/effet ou résultats attendus, les cibles, les principales stratégies et actions ainsi que les cadrages financiers afin de permettre aux régions et districts sanitaires d'élaborer leurs plans d'action opérationnels. Ces différents plans seront consolidés au niveau central par la DSME.

V.3.Mécanisme de coordination

La coordination du plan sera assurée par diverses instances :

➤ Au niveau national :

Le comité Santé de la Mère, du Nouveau-né, de l'Enfant et de l'Adolescent et Santé de la Reproduction (Comité SMNEA/SR) assurera le pilotage de ce plan. C'est un sous-comité du Comité sectoriel SANTE/VIH. Il sera mis en place par arrêté du Ministre en charge de la santé.

La fonctionnalité de ce comité se fera à travers la tenue régulière des réunions trimestrielles avec l'implication des acteurs des autres secteurs ministériels et les représentants des partenaires de la société civile, des ONG, du secteur privé, des institutions de formation, des ordres et associations professionnels et des bailleurs de fonds. La présidence sera assurée par la Direction de la Santé de la Mère et de l'Enfant (DSME) et le secrétariat par la Division de la Santé Maternelle Infantile et de la Planification Familiale (DSMIPF).

Le Comité SMNEA/SR sera alimenté par les différents cadres techniques travaillant sur les questions de la santé de la mère, du nouveau-né, de l'enfant et de l'adolescent/santé de la reproduction tels le cadre unique de concertation en Santé de la Reproduction et Planification Familiale, le comité national de sécurisation des produits SR, le comité national de lutte contre les fistules obstétricales

➤ Au niveau régional :

Le Directeur régional représentera le comité SMNEA/SR. Le secrétariat sera assuré par le Chef Section Régional Santé de la Mère et de l'Enfant. Ce dernier veillera à la prise en compte du présent plan dans les plans d'action opérationnels des districts et de la région sanitaire. Le Directeur régional devra tenir des réunions de suivi de ce plan en impliquant les autres secteurs ministériels, les ONG, les hôpitaux, les représentants locaux des partenaires techniques et financiers et les autorités locales.

➤ Au niveau district :

La coordination sera identique à celle du niveau régional et sera assurée par le Directeur de district.

➤ **Au niveau des formations sanitaires :**

Le responsable de la formation sanitaire assurera la coordination sous l'autorité du Directeur de district. Les réunions doivent impliquer les COGES, les Comités Villageois de Développement (CDV), les Comité de Développement de Quartier (CDQ) et les Agents de Santé Communautaires (ASC).

V.4.Suivi de la mise en œuvre et évaluation

Un plan de suivi et évaluation sera élaboré. Il permettra d'améliorer le suivi et la coordination des interventions du plan. Il aura comme objectif principal de définir les indicateurs traceurs (processus, résultats/effets et impact) et leurs modes de calculs ainsi que les mécanismes de collecte, de validation et de gestion des données.

Ce plan prendra en compte les éléments suivants :

- La définition des indicateurs d'impact, d'effet et de processus. Pour chaque indicateur identifié, il sera proposé une définition opérationnelle, le mode de calcul, la fréquence de mise à jour, les sources possibles et les limites. Cet exercice se fera de manière consensuelle avec toutes les parties prenantes. Il sera retenu une liste d'indicateurs traceurs. Cependant, chaque district pourra au besoin et compte tenu du contexte local d'intervention, ajouter d'autres indicateurs opérationnels afin d'améliorer le suivi de la mise en œuvre des interventions du plan sur le terrain ;
- La collecte des données se basera sur le système national d'information sanitaire (SNIS). Pour cela, la réforme du SNIS doit se renforcer afin que de permettre de disposer des données du secteur privé ;
- La mise en place des mécanismes efficaces de suivi à tous les niveaux de la pyramide sanitaire.

En ce qui concerne particulièrement le suivi de la mise en œuvre des interventions du plan, plusieurs mécanismes seront développés. . Il s'agira entre autres :

➤ **Des suivis/supervisions des activités :**

Le système de suivi et supervision sera renforcé à chaque niveau de la pyramide sanitaire. Il sera élaboré par niveau un plan régulier de suivi des activités. Le niveau central supervisera semestriellement les activités des régions sanitaires. Les districts sanitaires seront supervisés tous les deux mois par les régions sanitaires et assureront à leur tour, mensuellement la supervision rapprochée des formations sanitaires de leurs aires sanitaires.

➤ **Des audits des décès maternels et néonataux :**

Les rapports des audits des décès maternels et néonataux permettront d'avoir de manière continue les informations sur les causes et les dysfonctionnements sur les décès maternels et néonataux.

➤ **Des réunions de revue à mi-parcours :**

Il sera organisé des revues semestrielles des interventions SMNIAJ au niveau des régions et districts pour apprécier le niveau d'atteinte des résultats. Ces réunions serviront de cadre de discussions et d'orientations des activités.

➤ **Des Monitoring des Soins Obstétricaux et Néonataux d'Urgence :**

De nouvelles formations sanitaires sont érigées en sites SONU. Le monitoring semestriel de ces sites permettra de mesurer la disponibilité et l'utilisation des fonctions SONU et les fonctions complémentaires.

➤ **Des enquêtes et études :**

Des enquêtes d'envergure nationale de type EDS, MICS, QUIBB permettront de disposer des données fiables pour suivre les progrès. A ces données enquêtes, s'ajouteront celles des études périodiques pour mesurer l'impact de la mise en œuvre du plan sur la mortalité maternelle, néonatale et infantile.

➤ **Des Evaluations :**

Durant la période de mise en œuvre du plan, deux évaluations seront réalisées. Une à mi-parcours et une évaluation finale. L'évaluation à mi-parcours sera réalisée en fin 2019 et sera centrée sur les performances accomplies, l'atteinte des résultats, des objectifs visés par le plan ainsi que les taux de réalisation des budgets. Elle permettra de juger de la pertinence des objectifs, de l'efficacité des stratégies et de la performance des structures. L'évaluation finale interviendra en 2022 et permettra de mesurer le niveau d'atteinte des objectifs en vue de l'élaboration d'un nouveau plan.

V.5. Mobilisation des ressources

L'un des défis majeurs pour l'amélioration de la santé de la mère, de l'enfant et de l'adolescent est l'insuffisance de financements.

Dans le cadre de ce plan, la mobilisation des ressources sera assurée par l'Etat, les bailleurs de fonds, le secteur privé, les ONG et les populations. A cet effet, un plan de plaidoyer et de mobilisation de ressources sera élaboré. Le ministre en charge de la santé et le comité de pilotage assurera le plaidoyer en faveur de la mobilisation des ressources nécessaires.

VI. Plan d'action

Plan Stratégique SGSMNEA 2018-2022							
Orientation Stratégique 1 : Renforcement du dialogue, de la coordination multisectorielle et de l'intégration des interventions de SGSMNEA							
Objectif spécifique 1: D'ici fin 2020, le cadre de dialogue et de coordination impliquant tous les intervenants en matière de SRMNEA/SR est mis en place et est opérationnel à tous les niveaux de la pyramide sanitaire							
Résultat attendu 1 : Existence d'un cadre fonctionnel intégré pour la coordination des interventions de SGSMNEA							
Intervention prioritaire 1.1 : Dynamisation du Cadre d'action et d'engagement impliquant l'ensemble des parties prenantes (Ministères concernés, PTF, Société civile, privés, médias)							
Activités						Responsables	Structures impliquées
	2018	2019	2020	2021	2022		
1.1.1. Mettre en place un Comité Santé de la Mère, du Nouveau-né, de l'Enfant et de l'Adolescent/Santé de la Reproduction (Comité SGSMNEA)	X					DGAS	DSME
1.1.2. Renforcer les structures de coordination (DSME, DSMI-PF, DivSAJ, Div Nutrition) des interventions en SGSMNEA (RH, Equipement, infrastructure)	X	X	X	X	X	DGAS	DSME, PTF
1.1.3. Rendre fonctionnel les sections de la santé de la mère et de l'enfant au niveau des régions et des districts	X	X	X	X	X	DSME	DRS, DSMIPF, DivSAJ, DivNutrition, DPS
Intervention prioritaire 1.2 : Renforcement de la communication intégrée à tous les niveaux pour une mobilisation citoyenne autour des cibles SGSMNEA							
1.2.1. Elaborer un plan de communication intégré en SGSMNEA		X				DSME	DivPS, OSC, PTF

1.2.2. Mener des plaidoyers auprès des Décideurs (Gouvernement, parlementaires, leaders politiques, religieuses) pour la mise en application effective des cadres légaux et/ou réglementaires en Santé	X	X	X	X	X	DSME	OSC, PTF
1.2.3 Organiser des journées de dialogue au niveau communautaire sur la thématique SGSMNEA.	X	X	X	X	X	DPS, Communautés	DSMIPF, DivSAJ, DN, PTF, OSC, PTF
1.2.4. Faire des plaidoyers pour l'augmentation des financements en faveur des cibles (mère, nouveau-né, enfant, adolescent et jeune)	X	X	X	X	X	DSME	OSC, PTF
Intervention prioritaire 1.3: Mise en application des dispositions réglementaires relative à la SGSMNEA							
1.3.1. Vulgariser la loi SR et ses textes d'application et autres dispositions réglementaires à travers les sensibilisations (médias, réseaux sociaux...)	X	X	X	X	X	DSME	OSC, PTF
1.3.2. Mettre en place un mécanisme communautaire de dénonciation des cas de pratiques préjudiciables à la santé (viol, mariages précoce ou forcé, mutilations génitales, trafic et exploitation des enfants...)	X	X	X	X	X	DSME	OSC, PTF
4.3.3. Faire le suivi de l'application des lois et conventions existantes en matière de SGSMNEA	X	X	X	X	X	DSME	OSC, PTF
Intervention prioritaire 1.4 : Renforcer la planification, le suivi, et l'évaluation des interventions SGSMNEA à tous les niveaux							
1.4.1. Améliorer la qualité des données de la SGSMNEA à tous les niveaux	X	X	X	X	X	DSME	DIS/PTF
1.4.2. Mener des études et recherches opérationnelles sur des thématiques ciblées de la SGSMNEA y compris la documentation des bonnes pratiques	X	X	X	X	X	DSME	PTF, Div de la recherche, INSEED

1.4.3 Organiser des suivi/supervisions à tous les niveaux	X	X	X	X	X	Divisions de la DSME, DRS, DPS	PTF, OSC
1.4.4. Organiser deux revues semestrielles des interventions SGSMNEA	X	X	X	X	X	Divisions de la DSME, DRS, DPS	PTF, OSC
1.4.5. Réaliser une revue à mi-parcours et finale du plan stratégique SGSMNEA 2018-2022			X		X	DSME	PTF, Div Recherche, INSEED
Orientation Stratégique 2 : Mise à l'échelle des interventions essentielles de la santé de la mère et du nouveau-né							
Objectif spécifique : Accroître l'accès des mères et des nouveaux nés aux soins et services de qualité							
Résultat attendu: 80% des mères et les nouveaux nés ont un accès facilité aux services et soins de qualité d'ici 2022							
Intervention prioritaire .2.1 : Renforcement de l'offre des fonctions essentielles SONU							
Mesures						Responsables	Structures impliquées
	2018	2019	2020	2021	2022		
Mettre aux normes les SONU potentiels selon la cartographie (ressources humaines, équipements, infrastructures) y compris formations sur les fonctions SONU déficitaires	X	X	X	X	X	DSMI/PF	DRS, DPS
Renforcer la capacité des écoles de formation initiale en compétences SONU (formations des monitrices et équipements)	X	X	X	X	X	DSMI/PF	Département de Gynéco-Obstétrique, ENSF, ASSAFETO, DRS, DPS
Organiser semestriellement les monitorings des SONU dans les districts et régions	X	X	X	X	X	DSMI PF	DPS, DRS
Renforcer le suivi/supervision des prestataires sur les fonctions SONU y compris l'utilisation du partogramme dans les maternités	X	X	X	X	X		
Rendre fonctionnel le système de référence contre référence (outils de référence, formations, financements solidaires, ambulances)	X			X	X	DSMI/PF	

Rendre disponible les médicaments d'urgence et produits sanguins labiles	X	X	X	X	X	DSMI/PF	
Organiser une fois par an des missions de suivi de la gestion des kits de césarienne subventionnés dans les structures bénéficiaires	X	X	X	X	X	DSMI PF	CHU/CHR/HDII/Cellule de gestion des kits césarienne
Faire la promotion des initiatives novatrices et les bonnes pratiques (les cases d'attente maternité, soins maternels Kangourou, supervisions...)	X	X		X	X	DSMI/PF	ENSF/DRSPS/DPSPS
Intervention prioritaire 2.2 : Renforcement de la qualité du suivi pré per et post natal selon les normes et protocoles							
Renforcer la capacité des maternités selon les normes (personnel qualifié, matériels, équipements)	X	X	X	X	X	DSMI PF	
Renforcer la disponibilité des intrants pour les activités promotionnelles lors des CPN (TPI, MILDA, FAF...)	X	X	X	X	X	DSMI PF	
Etendre l'offre des services de PTME, y compris la délégation de la fonction de prescription des ARV à tous les sites SMNI	x	x	X	X	x	PNLS-IST	Plateforme du Secteur Privé de la Santé(PSPS)/PTF
Accélérer le passage à échelle du traitement par ARV de toutes les femmes enceintes séropositives	x	x	X	X		PNLS-IST	PSPS/PTF
Opérationnaliser un plan intégré de lutte contre le VIH, la Syphilis et les hépatites virales.	x	x	X	X		PNLS-IST	DRSPS/DPSPS/PTF
Opérationnaliser une stratégie communautaire des interventions du VIH, Syphilis et Hépatites virales	x	x	X			PNLS-IST	
Renforcer le conseil et dépistage du VIH, de la syphilis et des hépatites virales chez toutes les femmes enceintes et leurs partenaires/conjoints lors des CPN, en salle d'accouchement et en post-partum (public et privé)	x	x		X		PNLS-IST	DRSPS/DPSPS

Elaborer et mettre en œuvre le plan d'action Atteindre Chaque Nouveau-né (ENAP)	X	X	X	X	X	DSMI PF	
Poursuivre la sensibilisation de la communauté lors des CPN	X	X	X	X	X	Service de NUTRITION	ENSF/DRSPS/DPSPS
Renforcer le suivi de la mise en œuvre des activités de la santé de la mère et de l'enfant au niveau communautaire	X	X	X	X	X	DSMI PF	DSCPA/DRSPS/DPSPS
Renforcer la supervision des prestataires sur le suivi pré natal, la surveillance du travail d'accouchement (Partogramme, GATPA, SENN) et le suivi post natal	X	X	X	X	X	DSMI PF	DRSPS/DPSPS
Interventions prioritaires 2.3. Mise en place des mécanismes fonctionnels d'audits des décès maternels et néonataux							
Renforcer l'appui accompagnement des équipes d'audits des structures sanitaires	X			X	X	DSMI/PF	DSCPA
Rendre disponible les registres de notification (ASC et formations sanitaires)	X			X	X	DSMI/PF	
Appuyer la communauté pour la pratique des audits de décès maternels et néonataux	X			X	X	DSMI/PF	
Faire le suivi mensuel de la mise en œuvre des décisions/actions prises à l'issue des audits	X	X		X	X	DSMI PF	
Intervention prioritaire 2.4 : Amélioration de la prévention et de la prise en charge des cancers gynécologiques, VBG/MGF, et des fistules							
Renforcer les compétences des prestataires de santé sur la prévention, le dépistage et la prise en charge des cancers gynécologiques et mammaires	X					DSMI/PF	PLNMNT/CSFENNE/PTF
Construire et équiper deux centres de référence pour la prise en charge des cancers gynécologiques et mammaires	X					MSPS	DSMI/PF/PNLMNT/CSFENNE/PTF

Faire le suivi de la prise en charge des cancers gynécologiques et mammaires	X			X	X	DSMI/PF	PNLMNT/FSS/CSFENNE/PTF
Mettre en œuvre le plan de lutte contre la fistule obstétricale	X	X		X	X	DSMI PF	
Renforcer des capacités des femmes, de leurs maris et de leurs familles dans la gestion des problèmes de santé reproductive	X	X		X	X	DSMI PF	

Orientation Stratégique 3 : Renforcement de la Planification Familiale							
Objectif spécifique : Accroître le taux de prévalence contraceptive moderne de 24,4% en 2017 à 35,5% en 2022 au niveau national							
Résultat attendu : En 2022, le taux de prévalence contraceptive moderne est de 35,5%							
Intervention prioritaire 3.1 : Création de la demande							
Activités						Responsables	Structures impliquées
	2018	2019	2020	2021	2022		
Elaborer et mettre en œuvre un plan intégré de communication en Planification Familiale	X	X	X	X	X	DSMI/PF/	Div Promo Santé, PTF
Mettre à l'échelle la stratégie de l'engagement constructif des hommes en PF	X	X	X	X	X	DSMI/PF	DRS, DPS, PTF
Intervention prioritaire 3.2 : Renforcement de l'offre et de l'accès aux services de Planification Familiale							
Mettre à l'échelle des stratégies innovantes DBC y compris les injectables (DepoProvera, SayanaPress, etc.), les journées portes ouvertes et les stratégies mobiles et avancées	X	X	X	X	X	DSMI/PF	DRS, DPS, PTF
Renforcer l'offre de services de PF couplé au dépistage et la PEC du VIH en stratégies avancées, mobile	X	X	X	X	X	DSMI/PF	PNLS, DRS, DPS, PTF
Intégrer la PF dans les services SR des formations sanitaires publiques et privées qui ne l'offrent pas	X	X	X	X	X	DSMI/PF	DRS, DPS, PTF
Renforcer l'offre de services de PF en soins après avortements	X	X	X	X	X	DSMI/PF	DRS, DPS, PTF
Mettre à l'échelle la PFPP dans l'accès aux services de PF	X	X	X	X	X	DSMI/PF	DRS, DPS, PTF
Renforcer l'intégration des services de PF dans les autres services sanitaires (VIH/sida, paludisme, vaccination, nutrition, etc.) et à l'endroit des populations clés	X	X	X	X	X	DSMI/PF PNLS-IST	DRS, DPS, PNLP, NUTRITION, PEV, PTF
Intervention prioritaire 3.3 : Sécurisation des produits SR/PF							

Renforcer les capacités des acteurs en système d'information et de gestion logistique	X	X	X	X	X	DSMI/PF	DRS, DPS, PTF
Elaborer et réviser semestriellement des tableaux d'acquisition des produits contraceptifs	X	X	X	X	X	DSMI/PF	DRS, DPS, PTF
Approvisionner tous les points de prestation en produits contraceptifs	X	X	X	X	X	DSMI/PF	DRS, DPS, PTF
Organiser les supervisions régulières sur la fonctionnalité du système d'information et de gestion logistique	X	X	X	X	X	DSMI/PF	DRS, DPS, PTF
Réviser le Plan Stratégique National 2014-2018 de Sécurisation des Produits de Santé de la Reproduction et de Programmation Holistique des Préservatifs		X				DSMI/PF	DRS, DPS, PTF
Intervention prioritaire 3.4 : Politique, Environnement Habilitant et Financement de la Planification Familiale							
Faire le plaidoyer pour le financement local de la PF (Gouvernement, Parlementaire...) et la création d'une ligne budgétaire dédiée à la SR/PF	X	X	X	X	X	DSMI/PF	DRS, DPS, PTF
Faire le plaidoyer en direction des municipalités et du secteur privé pour accroître le financement domestique de la PF	X	X	X	X	X	DSMI/PF	DRS, DPS, PTF
Renforcer les capacités des acteurs sociaux (Leaders religieux, Hommes champions, Femmes Championnes, Chefs traditionnels, Elus locaux...) pour la promotion de la Planification Familiale	X	X	X	X	X	DSMI/PF	DRS, DPS, PTF

Orientation Stratégique 4 : Renforcement des interventions essentielles de lutte contre la mortalité infanto-Juvenile							
Objectif spécifique 4 : Réduire la mortalité infanto-juvenile de 88 à 59 pour 1000 naissances vivantes d'ici fin 2022							
Résultat attendu 4: La mortalité infanto-juvenile est réduite de 88 à 59 pour 1000 naissances vivantes d'ici fin 2022							
4.1 : Renforcement de la PCIMNE clinique et communautaire et des pratiques familiales essentielles							
Intervention prioritaire 4.1.1. Renforcement de la PCIMNE clinique et mise à échelle de la PCIMNE communautaire							
Activités						Responsables	Structures impliquées
	2018	2019	2020	2021	2022		
Renforcer la capacité des ASC et relais communautaires sur les comportements-clés 10 et 16 de la PCIMNE-C et sur les pratiques familiales essentielles		X	X	X	X	Coord Nat PCIMNE/DSMI-PF	DSME/DSCPA/DivPS/DRS/DPS
Elaborer un plan de passage à l'échelle de la PCIMNE communautaire		X	X	X	X	Coord Nat PCIMNE/DSMI-PF	DSCPA/DRS/DPS
Renforcer la pratique de la PCIMNE clinique (formation continue, pré-service, suivi/supervision)		X	X	X	X	Coord Nat PCIMNE/DSMI-PF	DRS/DPS/ Ecole de formation
Intervention prioritaire 4.1.2 : Amélioration de l'accès et l'utilisation des infrastructures d'assainissement au niveau familial selon les bonnes pratiques de l'ATPC							
Améliorer la qualité de l'eau de boisson et l'accès aux infrastructures d'assainissement au niveau familial à travers l'Assainissement Total Piloté par la Communauté (ATPC)			X	X	X	DHAB	DSMI-PF/ DISEM/DSCPA/DRS/DPS/OSC
Interventions prioritaires 4.1.3. Renforcement de la prise en charge et le suivi de l'enfant infecté et/ou affecté par le VIH							
Renforcer l'offre des services intégrés de SMNI/PTME		X	X	X	X		
Systematiser le diagnostic précoce par PCR des enfants exposés		X	X	X	X	PNLS	DSMI-PF

Renforcer le suivi communautaire des familles à travers le soutien psychosocial, l'aide à l'observance du traitement, et les visites à domicile		X	X	X	X	PNLS	DSMI-PF
Interventions prioritaires 4.1.4. Renforcement de la chimio prévention du paludisme							
Organiser la chimio prévention du paludisme saisonnier chez les enfants de moins de 5 ans		X	X	X	X	PNLP	DSMI-PF
Organiser le traitement de masse contre le paludisme chez les enfants de moins de 5 ans		X				PNLP	DSMI-PF
Interventions prioritaires 4.1.5. Renforcement de la prise en charge des enfants souffrant de paludisme grave conformément aux directives nationales							
Renforcement de la capacité opérationnelle des FS pour assurer le traitement adéquat du paludisme grave							
4.2 : Renforcement de la lutte contre toutes les formes de malnutrition, en particulier contre le retard de croissance et les déficiences en micronutriments							
Intervention prioritaire 4.2.1: Promotion de l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant (allaitement maternel et alimentation complémentaire) y compris dans les contextes particuliers							
Activités						Responsables	Structures impliquées
	2018	2019	2020	2021	2022		
Poursuivre le renforcement des capacités des prestataires et des ASC sur les actions essentielles en nutrition		X	X	X	X	Div Nutrition	DSMI/DSCPA/DRS/DPS
Mettre en place les groupes de soutien à l'ANJE, à raison d'au moins un par formation sanitaire offrant des services aux femmes et aux enfants de moins de 5 ans		X	X	X	X	Div Nutrition	DSMI/DSCPA/DRS/DPS
Renforcer le counseling des femmes sur les options d'alimentation du nourrisson en cas de VIH		X	X	X	X	DRS/DPS	RFS

Renforcer le counseling sur l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant		X	X	X	X	DPS	RFS
Intervention prioritaire 4.2.2: Supplémentation en micronutriments, fortification et conseils nutritionnels, déparasitage systématique périodique au profit des enfants de 0 à 5 ans							
Organiser des Journées de Santé de l'Enfant		X	X	X	X	Div Nutrition	DSMI-PF/DivPS/Div Immunisation/DRS/DPS
Renforcer l'intégration de la supplémentation en vitamine A dans le PEV de routine		X	X	X	X	Div Nutrition	DSMI-PF /DRS/DPS
Sensibiliser/éduquer la population à la consommation des aliments fortifiés (sel iodé, farines enrichies, huiles enrichies,...) et des aliments locaux riches en micronutriments		X	X	X	X	Div Nutrition	DSMI-PF/DivPS/DRS/DPS
Renforcer les capacités des prestataires et les ASC sur la lutte contre les carences en micronutriments (fer/acide folique, iode, vitamine A, ...)		X	X	X	X		
Intervention prioritaire 4.2.3 : Dépistage et prise en charge de la malnutrition aiguë au niveau communautaire et dans les formations sanitaires							
Poursuivre la formation des ASC sur la prise en charge de la malnutrition aiguë sévère (MAS) et l'étendre aux autres régions (300 ASC)	X		X	X		Div Nutrition	DSMI-PF/DRS/DPS
Poursuivre l'acquisition et l'approvisionnement des villages CTC et des formations sanitaires en intrants et matériels pour la prise en charge de MAS	X		X	X		Div Nutrition	DSMI-PF/DRS/DPS
Renforcer les capacités de prise en charge nutritionnelle des sites PECM VIH et CDT	X		X	X		Div Nutrition	DSMI-PF/DRS/DPS
4.3 : Renforcement du Programme Elargi de Vaccination (PEV)							

Intervention prioritaire 4.3.1 : Renforcement de l'implication des structures privées, des communautés et des OSC dans le PEV mettant l'accent sur la communication et la mobilisation sociale en faveur de la vaccination							
Impliquer les OSC, les structures privées le programme élargi de vaccination		X	X	X	X	DI/DivPS	DRS/DPS
Mener les activités de communication en matière du PEV		X	X	X	X	DI/DivPS	DRS/DPS
Intervention prioritaire 4.3.2 : Amélioration de la disponibilité et de la capacité opérationnelle des services de vaccination y compris le renforcement des compétences du personnel sur les directives du PEV, de la chaîne de froid et de la disponibilité des vaccins et consommables) à tous les niveaux							
Equiper les formations sanitaires, les districts et les régions en matériel de chaîne de froid, incinérateurs		X	X		X	Div I	
Former les prestataires et le équipes cadres de districts de région et du niveau national en gestion des vaccins, en maintenance des équipements, à la surveillance des maladies cibles du PEV		X			X	Div I	
Former les ASC/ relais communautaires à la recherche de perdu de vue, des techniques de communication, la surveillance des maladies cibles du PEV		X			X	Div I	Plateforme OSC
Intervention prioritaire 3.3.3 : Amélioration de la mise en œuvre de la stratégie « Atteindre Chaque District » (ACD) et de l'approche « Atteindre Chaque Enfant» (ACE)							
Réaliser la supervision à tous les niveaux		X	X		X	DPS	DRS/Div I/ONG
Faire le monitoring des activités du PEV et de la surveillance à tous les niveaux		X	X		X	DRS	Div I/ONG
Mettre en place le système de la recherche de perdu de vue		X	X	X	X	Div I	
Intervention prioritaire 4.3.4 : Introduction de nouveaux vaccins							

Elaborer les documents de plan d'introduction du vaccin contre l'hépatite B à la naissance, HPV et de MenAfriVac dans le PEV de routine		X	X			DI	
Mettre en œuvre les plans d'introduction (VPI en 2018, VPH en 2018, MenAfrivac en 2019)		X	X			DI	DRS/DPS
Evaluer la mise en œuvre des plans d'introduction		X	X			DI	DRS/DPS
Intervention prioritaire 4.3.5 : Organisation des campagnes de suivi pour réduire la proportion de personnes susceptibles aux maladies évitables par la vaccination							
Organiser des ripostes de vaccination aux épidémies		X	X			DI	
Faire la riposte autour des cas de TNN confirmés		X	X		X	DLMPSP	DRS/DPS
Organiser des ratissages en cas d'isolement de polio virus sauvage		X	X		X	DLMPSP	DRS/DP
Organiser une campagne nationale de vaccination contre la poliomyélite		X	X		X	DLMPSP	DRS/DPS

Orientation Stratégique 5 : Renforcement des interventions spécifiques à la santé des adolescents et jeunes							
Objectif spécifique 5: Améliorer l'état de santé et le bien-être des adolescents et jeunes							
Résultat attendu 5 : Réduire le taux de fécondité chez les adolescentes de 15-19 ans de 85 pour mille à 56 pour mille d'ici 2022							
Intervention prioritaire 5.1 : Renforcement du cadre de la concertation intersectoriel, du plaidoyer et de la mobilisation des ressources en matière de promotion de la santé des adolescents et jeunes							
Activités						Responsables	Structures impliquées
	2018	2019	2020	2021	2022		
5.1.1. Renforcer le cadre national de concertation multisectoriel des acteurs de la SAJ	X	X	X	X	X	DivSJA	MEPSFP, METFP, MESR, OSC, PTF
5.1.2. Renforcer l'intégration de la SAJ dans les cadres multisectoriels au niveau décentralisé	X	X	X	X	X	DRS/DPS/(MSPS)	MEPSFP, METFP, MESR, OSC, PTF, MDBAJEJ, MASPFA
5.1.3. Faire une évaluation nationale des interventions des adolescents et jeunes		X				DivSJA	MEPSFP, METFP, MESR, OSC, PTF
5.1.4. Organiser des activités de plaidoyer pour la mobilisation des ressources en faveur de la SAJ	X	X	X	X	X	ONG/OSC/DivSJA	MEPSFP, METFP, MESR, MDBAJEJ, MASPFA, OSC, PTF
Intervention prioritaire 5.2 : Renforcement de l'information, de l'éducation et de la communication à l'endroit des adolescents et jeunes et de la communauté							
5.2.1. Développer une stratégie de communication en matière de santé des adolescents et jeunes	X	X				DivSJA	MEPSFP, METFP, MESR, OSC, PTF, MDBAJEJ, MASPFA

5.2.2. Développer les outils de communication sur les différentes thématiques ciblant les adolescents et jeunes à l'usage des différents utilisateurs	X	X	X	X	X	DivSJA, (MSPS)	MEPSFP, METFP, MESR, OSC, PTF, MDBAJEJ, MASPFA
5.2.3. Aménager et équiper des espaces d'interventions d'IEC/CCC pour les adolescents et jeunes au niveau des formations sanitaires et de la communauté	X	X	X	X	X	DRS/DPS/(MSPS)/ONG/OSC	DivSJA
5.2.4. Intensifier les activités de sensibilisation sur les problèmes de santé prioritaires des adolescents et jeunes dans les formations sanitaires et dans la communauté	X	X	X	X	X	RFS, ONG, OSC	DivSJA
5.2.5. Promouvoir la communication entre les parents et les adolescents/jeunes	X	X	X	X	X	DivSJA, MASPFA, MDBAJEJ	ONG, OSC

5.2.6. Renforcer l'éducation sexuelle complète	X	X	X	X	X	DivSJA, MASPFA, MDBAJEJ	ONG, OSC
5.2.7. Renforcer l'éducation par les pairs	X	X	X	X	X	DivSJA MASPFA, MDBAJEJ	DRS, DPS, RFS, ONG, OSC
Intervention prioritaire 5.3: Amélioration de la qualité de l'offre de services intégrés adaptés aux jeunes et adolescents dans les formations sanitaires et dans la communauté							
5.3.1. Actualiser les normes de qualités (standards) de services de santé adaptés aux adolescents et aux jeunes		X				DivSJA	PTF
5.3.2. Développer les outils de suivi, supervision, et évaluation		X				DivSJA	DRS, DPS, PTF
5.3.3. Elaborer de nouveaux modules d'orientation des prestataires des services de santé adaptés aux adolescents et jeunes		X				DivSJA, (MSPS)	PTF
5.3.4. Former les formateurs régionaux sur modules de SAJ	X	X	X	X	X	DivSJA, (MSPS)	DRS, DPS, PTF
5.3.5. Former les prestataires des formations sanitaires publics et privées, des infirmeries scolaires et centres de jeunes, des acteurs d'ONG, sur modules de SAJ	X	X	X	X	X	DRS, ONG/OSC	DivSJA, DPS, PTF
5.3.6. Orienter le personnel de soutien des structures sur les notions de SAJ	X	X	X	X	X	DRS, DPS, ONG/OSC	DivSJA, PTF
5.3.7. Assurer l'offre de services intégrés de qualité dans les PPS	X	X	X	X	X	RFS, Responsables Centres de jeunes	Autres prestataires
5.3.8. Assurer l'offre de services adaptés aux adolescents et jeunes en stratégies mobiles et avancées	X	X	X	X	X	RFS, Responsables Centres de jeunes, ONG	Autres prestataires
5.3.9 Assurer la vaccination des jeunes filles contre le HPV	X	X	X	X	X	DivI	PTF

5.3.10 Assurer le suivi/supervision de l'offre de services aux adolescents et jeunes	X	X	X	X	X	DPS	DRS, DivSJA
5.3.11. Développer des stratégies pour la promotion de la santé et l'offre de services aux adolescents et les jeunes vivants dans des conditions plus vulnérables	X	X	X	X	X	ONG/OSC	PTF
Intervention prioritaire 5.4 : Promotion de la santé scolaire et universitaire							
5.4.1. Développer et mettre en œuvre les visites médicales systématiques dans les écoles (élaborer les procédures, faire les visites, prendre en charges les cas)	X	X	X	X	X	DivSJA	DRS, DPS,
5.4.2. Mettre en place un cadre de collaboration avec le MEP pour la création et le fonctionnement des infirmeries scolaires	X	X	X	X	X	DivSJA	DRS, DPS,
5.4.3. Intensifier la prévention des maladies en milieu scolaire (sensibilisation sur les problèmes de santé prioritaires y compris la consommation des substances psychoactives, visite de contrôle d'hygiène et de sécurité, construction d'ouvrages d'eau et d'assainissement, déparasitage, mise en place des mécanisme de gestion des épidémies en milieu scolaire, vaccination des élèves ayant échappé au PEV, promotion de la contraception)	X	X	X	X	X	MSPS (DivSJA, DivN, MNT, DivI, DHAB)	MEPSFP, PTF
5.4.4. Promouvoir l'alimentation saine et l'activité physique aux AJ	X	X	X	X	X	MEPSFP	DivSJA, MNT, DivN
5.4.5. Promouvoir les clubs santé en milieu scolaire	X	X	X	X	X	MEPSFP	DivSJA
5.4.6. Promouvoir l'éducation à la santé en milieu scolaire (Education sexuelle complète, compétences de vie courante ...)	X	X	X	X	X	MEPSFP	DivSJA, PTF
Intervention prioritaire 4.5 : Renforcement de la mise en œuvre effective des dispositions légales et réglementaire en matière de la SAJ							
5.5.1. Assurer le suivi de l'application des mesures juridiques, sociales et politiques en faveur de la SAJ (mutilations génitales féminines, mariages précoces et forcés, violences basées sur le genre, trafic et exploitation des enfants, harcèlement sexuel...)	X	X	X	X	X	MSPFA, MSPS, Justice, Sécurité, Administration territoriale...	

Orientation Stratégique 6 : Renforcement du système d'approvisionnement en Médicaments essentiels, produits labiles sanguins et dispositifs médicaux								
Objectif 6: Augmenter la proportion d'établissements de santé sans rupture de stock d'au moins un médicament traceur (au cours des trois derniers mois) de 45,8 % en 2017 à 80 % en 2022								
Résultat attendu 6 : La proportion d'établissements de santé sans rupture de stock d'au moins un médicament traceur (au cours des trois derniers mois) est de 80 % en 2022								
Intervention prioritaire 6.1 : Amélioration de la disponibilité des intrants SR								
Activités						Responsables	Structures impliquées	
	2018	2019	2020	2021	2022			
Intégrer la gamme complète des médicaments SR dans la chaîne d'approvisionnement de la CAMEG	X	X	X	X	X	DSMI PF	DPML/CAMEG	
Renforcer les compétences de 1600 prestataires sur la gestion logistique des produits SR	X	X				DSMI PF	DPML/CAMEG	
Renforcer les capacités de 40 membres du comité national de sécurisation des produits SR	X	X				DSMI PF		
Intervention prioritaire 6.2 : Amélioration de la disponibilité des PSL								
Mettre en place les banques de sang dans les SONU C	X	X	X	X	X	DSMI PF	CNTS	
Doter en ressources humaines et matériels les PCD	X	X	X	X	X	DSMI PF	DRH/CNTS	
Former les prestataires en technique de qualification des PSL	X	X	X	X	X	DSMI PF	CNTS	

Organiser des campagnes de collecte de sang	X	X	X	X	X	DSMI PF	CNTS/Hôpitaux/Plateforme OSC /CRT
Intervention 6.3. Réduction des barrières financières d'accès aux PSL							
Faire le plaidoyer pour la mise en place d'initiatives pérennes de subvention/gratuité de sang ou de dispositifs de prépaiement en faveur des populations les plus pauvres et des populations vulnérables (par exemple l'introduction du kit de transfusion sanguine dans la subvention de la césarienne; l'inclusion de la transfusion sanguine dans les prestations sur le fonds d'indigence, etc)	X	X	X	X	X	DSMI PF	CNTS

Orientation stratégique 7 : Amélioration de l'accessibilité financière, géographique et culturelle aux soins et aux services de SMNEA/SR ciblant prioritairement les populations les plus vulnérables								
Objectif 7 : Améliorer l'accessibilité financière, géographique et culturelle aux soins et aux services de SMNEA/SR ciblant prioritairement les populations les plus vulnérables								
Résultats 7 : Les soins et services de SMNEA/SR ciblant prioritairement les populations les plus vulnérables sont disponibles et accessibles								
Intervention prioritaire 7.1 : Promotion de la gratuité ciblée ou la subvention de la demande								
Activités						Responsables	Structures impliquées	
	2018	2019	2020	2021	2022			
Harmoniser les coûts des prestations et supports SR/PF	X	X				DSMI/PF	DSER/MEF	
Etendre les mesures de gratuité pour les CPN, les CPoN, les accouchements, la PF	X	X	X	X	X	MSPS	MEF/DSMI/PF/Commission parlementaire pour la protection de l'enfant/PTF	
Assurer la disponibilité des kits d'urgence obstétricale et pédiatrique (médicaments, produits sanguins ...) par niveaux de soins	X	X	X	X	X	MSPS	MEF/DSMI/PF/Commission parlementaire pour la protection de l'enfant/PTF	
Améliorer la gestion de qualité de la subvention de la césarienne	X	X	X	X	X	DSMI/PF		
Mettre en place des fonds nécessaires de compensation pour les interventions gratuites	X	X	X	X	X	MSPS	MEF/PTF	
Elaborer une stratégie intégrée de financement de la santé vers la couverture sanitaire universelle	X	X				MSPS	MEF/PTF/Consultants	
Assurer la gratuité de l'offre de services de SR/PF (Méthodes contraceptives, Prise en charge des IST) aux adolescents et jeunes	X	X	X	X	X	MSPS	MEF	
Interventions prioritaires 7.2 : Amélioration de l'accessibilité géographique des soins SMNEA/SR								
Réhabiliter/construire et mettre aux normes les centres SONU	X	X	X	X	X	DSMI/PF	DISEM/DESR	

Etendre l'offre de prise en charge de la malnutrition aigüe à d'autres centres de santé	X	X	X	X	X	Div Nutrition	DSMI-PF
Organiser les sorties (stratégies avancées, mobiles)	X	X	X	X	X	DSMI-PF	DRS/DPS/USP
Créer les centres conviviaux pour les jeunes et adolescents	X	X	X	X	X	Div Nutrition	DSMI-PF
Interventions prioritaires 7.3 : Amélioration de la perception de l'importance des soins SMNEA/SR par la population							
Sensibiliser la population sur l'utilisation des services de santé	X	X	X	X	X	DSMI/PF	DESR/DivPS
Organiser les journées de dialogues sur la SMNEA/SR	X	X	X	X	X	DSMI/PF	DRS/DPS/USP
Etendre les stratégies de mobilisations communautaires (Papa champion, club des mères,...) à tous les districts	X	X	X	X	X	DSMI/PF	DRS/DPS/USP
Réaliser des études sur les déterminants socioculturels de l'utilisation des services de santé maternelle et infanto-juvénile et des adolescents et jeunes	X	X	X	X	X	DSMI/PF	DRS/DPS
Interventions prioritaires 7-4 : Amélioration de la disponibilité des ressources humaines en santé de qualité dans les points de prestation de SMNEA/SR							
Assurer la disponibilité des ressources humaines en santé de qualité dans les points de prestation de SMNEA/SR	X	X	X	X	X	DRH	DSMI/PF
Assurer la formation continue des prestataires de SMNEA/SR	X	X	X	X	X	DRH	DSMI/PF

Budget estimatif de plan

Sur la base des coûts des stratégies du PNDS 2017-2022, une estimation du budget du plan a été faite. Les coûts des axes stratégiques sont celles proposées dans le PNDS. Ensuite, par rapport aux axes stratégiques, les coûts des interventions ont été estimés. Le tableau ci-dessous présente les coûts estimatifs des interventions du plan par année.

Tableau 4 : Coût des interventions du plan SGSMNIA par année

Plan Stratégique SGSMNEA 2018-2022						Total
	2018	2019	2020	2021	2022	
Orientation Stratégique 1 : Renforcement du dialogue, de la coordination multisectorielle et de l'intégration des interventions de SGSMNEA	1 700 000 000	1 700 000 000	1 700 000 000	1 700 000 000	1 700 000 000	8 500 000 000
Dynamisation du Cadre d'action et d'engagement impliquant l'ensemble des parties prenantes (Ministères concernés, PTF, Société civile, privés, médias)	50 000 000	50 000 000	50 000 000	50 000 000	50 000 000	250 000 000
Renforcement de la communication intégrée à tous les niveaux pour une mobilisation citoyenne autour des cibles SGSMNEA	1 000 000 000	1 000 000 000	1 000 000 000	1 000 000 000	1 000 000 000	5 000 000 000
Mise en application des dispositions réglementaires relative à la SGSMNEA	150 000 000	150 000 000	150 000 000	150 000 000	150 000 000	750 000 000
Renforcer la planification, le suivi, et l'évaluation des interventions SGSMNEA à tous les niveaux	500 000 000	500 000 000	500 000 000	500 000 000	500 000 000	2 500 000 000
Orientation Stratégique 2 : Mise à l'échelle des interventions essentielles de la santé de la mère et du nouveau-né	3 027 300 000	3 037 800 000	3 069 300 000	3 087 200 000	3 078 000 000	15 299 600 000

Renforcement de l'offre des fonctions essentielles SONU	500 000 000	500 000 000	500 000 000	500 000 000	500 000 000	2 500 000 000
Renforcement de la qualité du suivi pré per et post natal selon les normes et protocoles	500 000 000	500 000 000	500 000 000	500 000 000	500 000 000	2 500 000 000
Mise en place des mécanismes fonctionnels d'audits des décès maternels et néonataux	27 300 000	37 800 000	69 300 000	87 200 000	78 000 000	299 600 000
Amélioration de la prévention et de la prise en charge des cancers gynécologiques, VBG/MGF, et des fistules	2 000 000 000	2 000 000 000	2 000 000 000	2 000 000 000	2 000 000 000	10 000 000 000
Orientation Stratégique 3 : Renforcement de la Planification Familiale	1 802 364 461	1 364 589 065	1 391 683 715	1 298 776 859	981 387 845	6 838 801 945
Création de la demande	699 651 444	379 776 579	360 210 267	367 457 128	369 279 539	2 176 374 957
Renforcement de l'offre et de l'accès aux services de Planification Familiale	798 317 917	684 907 943	731 237 363	623 051 354	318 439 686	3 155 954 263
Sécurisation des produits SR/PF	117 435 984	114 952 801	110 660 550	120 772 287	114 582 359	578 403 981
Politique, Environnement Habilitant et Financement de la Planification Familiale	186 959 116	184 951 742	189 575 535	187 496 090	179 086 261	928 068 744
Orientation Stratégique 4 : Renforcement des interventions essentielles de lutte contre la mortalité infanto-Juvenile	5 259 900 000	5 359 500 000	5 444 400 000	5 460 500 000	5 501 100 000	27 025 400 000
Renforcement de la PCIMNE clinique et mise à échelle de la PCIMNE communautaire	500 000 000	500 000 000	500 000 000	500 000 000	500 000 000	2 500 000 000

Amélioration de l'accès et l'utilisation des infrastructures d'assainissement au niveau familial selon les bonnes pratiques de l'ATPC	150 000 000	150 000 000	150 000 000	150 000 000	150 000 000	750 000 000
Renforcement de la prise en charge et le suivi de l'enfant infecté et/ou affecté par le VIH	1 000 000 000	1 000 000 000	1 000 000 000	1 000 000 000	1 000 000 000	5 000 000 000
Renforcement de la chimio prévention du paludisme	331 000 000	401 000 000	465 000 000	481 000 000	511 000 000	2 189 000 000
Renforcement de la prise en charge des enfants souffrant de paludisme grave conformément aux directives nationales	100 000 000	110 000 000	130 000 000	150 000 000	200 000 000	690 000 000
Renforcement de la lutte contre toutes les formes de malnutrition, en particulier contre le retard de croissance et les déficiences en micronutriments	331 000 000	401 000 000	465 000 000	481 000 000	511 000 000	2 189 000 000
Promotion de l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant (allaitement maternel et alimentation complémentaire) y compris dans les contextes particuliers	250 000 000	250 000 000	250 000 000	250 000 000	250 000 000	1 250 000 000
Supplémentation en micronutriments, fortification et conseils nutritionnels, déparasitage systématique périodique au profit des enfants de 0 à 5 ans	250 000 000	250 000 000	250 000 000	250 000 000	250 000 000	1 250 000 000
Dépistage et prise en charge de la malnutrition aiguë au niveau communautaire et dans les formations sanitaires	250 000 000	250 000 000	250 000 000	250 000 000	250 000 000	1 250 000 000

Renforcement de l'implication des structures privées, des communautés et des OSC dans le PEV mettant l'accent sur la communication et la mobilisation sociale en faveur de la vaccination	500 000 000	500 000 000	500 000 000	500 000 000	500 000 000	2 500 000 000
Amélioration de la disponibilité et de la capacité opérationnelle des services de vaccination y compris le renforcement des compétences du personnel sur les directives du PEV, de la chaîne de froid et de la disponibilité des vaccins et consommables) à tous les niveaux	947 900 000	897 500 000	834 400 000	798 500 000	729 100 000	4 207 400 000
Amélioration de la mise en œuvre de la stratégie « Atteindre Chaque District » (ACD) et de l'approche « Atteindre Chaque Enfant » (ACE)	500 000 000	500 000 000	500 000 000	500 000 000	500 000 000	2 500 000 000
Organisation des campagnes de suivi pour réduire la proportion de personnes susceptibles aux maladies évitables par la vaccination	150 000 000	150 000 000	150 000 000	150 000 000	150 000 000	750 000 000
Orientation Stratégique 5 : Renforcement des interventions spécifiques à la santé des adolescents et jeunes	2 660 459 116	2 846 651 742	3 048 275 535	3 302 596 090	3 547 786 261	15 405 768 744
Renforcement du cadre de la concertation intersectoriel, du plaidoyer et de la mobilisation des ressources en matière de promotion de la santé des adolescents et jeunes	186 959 116	184 951 742	189 575 535	187 496 090	179 086 261	928 068 744
Renforcement de l'information, de l'éducation et de la communication à l'endroit des adolescents et jeunes et de la communauté	973 500 000	1 161 700 000	1 358 700 000	1 615 100 000	1 868 700 000	6 977 700 000
Amélioration de la qualité de l'offre de services intégrés adaptés aux jeunes et adolescents dans les formations sanitaires et dans la communauté	500 000 000	500 000 000	500 000 000	500 000 000	500 000 000	2 500 000 000

Promotion de la santé scolaire et universitaire	500 000 000	500 000 000	500 000 000	500 000 000	500 000 000	2 500 000 000
Renforcement de la mise en œuvre effective des dispositions légales et réglementaire en matière de la SAJ	500 000 000	500 000 000	500 000 000	500 000 000	500 000 000	2 500 000 000
Orientation Stratégique 6 : Renforcement du système d’approvisionnement en Médicaments essentiels, produits labiles sanguins et dispositifs médicaux	1 200 000 000	1 200 000 000	1 200 000 000	1 200 000 000	1 200 000 000	6 000 000 000
Amélioration de la disponibilité des intrants SR	300 000 000	300 000 000	300 000 000	300 000 000	300 000 000	1 500 000 000
Amélioration de la disponibilité des PSL	100 000 000	100 000 000	100 000 000	100 000 000	100 000 000	500 000 000
Réduction des barrières financières d’accès aux PSL	800 000 000	800 000 000	800 000 000	800 000 000	800 000 000	4 000 000 000
Orientation stratégique 7 : Amélioration de l’accessibilité financière, géographique et culturelle aux soins et aux services de SMNEA/SR ciblant prioritairement les populations les plus vulnérables	2 606 000 000	2 772 400 000	2 926 800 000	3 096 600 000	3 232 900 000	14 634 700 000
Promotion de la gratuité ciblée ou la subvention de la demande	200 000 000	200 000 000	200 000 000	200 000 000	200 000 000	1 000 000 000
Amélioration de l’accessibilité géographique des soins SMNEA/SR	600 000 000	600 000 000	600 000 000	600 000 000	600 000 000	3 000 000 000
Amélioration de la perception de l’importance des soins SMNEA/SR par la population	200 000 000	200 000 000	200 000 000	200 000 000	200 000 000	1 000 000 000

Amélioration de la disponibilité des ressources humaines en santé de qualité dans les points de prestation de SMNEA/SR	1 606 000 000	1 772 400 000	1 926 800 000	2 096 600 000	2 232 900 000	9 634 700 000
TOTAL						93 704 270 689

