



REPUBLIQUE TOGOLAISE
Travail - Liberté - Patrie

MINISTRE DE LA SANTE ET DE L'HYGIENE PUBLIQUE

SECRETARIAT GENERAL

DIRECTION GENERALE DE L'ACTION SANITAIRE

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

PROGRAMME NATIONAL DE LUTTE CONTRE LE PALUDISME



PLAN STRATEGIQUE NATIONAL DE LUTTE CONTRE LE PALUDISME 2023-2026

Décembre 2023

Table des matières

Liste des tableaux	iii
Liste des figures	iii
AVANT- PROPOS	iv
REMERCIEMENTS	v
LISTE DES ABREVIATIONS ET ACRONYMES	vi
RESUME EXECUTIF	xi
INTRODUCTION.....	1
1.1. Situation géographique.....	2
1.2. Organisation administrative.....	2
1.3. Situation démographique et principales caractéristiques culturelles	2
1.4. Ecologie, environnement et climat	2
1.5. Caractéristiques socioéconomiques	4
1.6. Situation sanitaire générale.....	5
1.6.1. Description et organisation du système de santé	5
1.6.2. Système National d'Information Sanitaire	9
1.7. Place de la lutte contre le paludisme dans les priorités nationales de développement.....	9
1.7.1. Engagement politique dans la lutte contre le paludisme	9
1.7.2. Programme national de lutte contre le paludisme.....	10
2. ANALYSE DE LA SITUATION NATIONALE DU PALUDISME	12
2.1. Historique de la lutte contre le paludisme	12
2.2. PROFIL NATIONAL DU PALUDISME.....	13
2.2.1. Les parasites du paludisme.....	13
2.2.2. Vecteurs du paludisme	13
2.2.3. Dynamique de la transmission du paludisme.....	15
2.2.4. Endémicité du paludisme et Stratification.....	15
2.3. Performance du Programme de lutte contre le paludisme	19
2.3.1. Principaux résultats de la lutte contre le paludisme.....	19
2.3.2. Analyse FFOM de la RPP PSN 2017-2022	21
1.1. Financement de la lutte contre le paludisme.....	25
1.1.1. Mobilisation de ressources pour la lutte antipaludique.....	25
1.1.2. Analyse du paysage du financement du paludisme	27
1.2. Principaux acteurs de la lutte contre le paludisme	29
1.2.1. Collaboration interne avec les services/structures du MSHP.....	29
1.2.2. Partenariat pour la lutte contre le paludisme.....	29

1.2.3. Coordination et Collaboration avec les pays limitrophes	30
1.3. Principales faiblesses de mise en œuvre du PSN 2017-2022	30
1.4. Défis du programme pour le PSN 2023 – 2026	30
2. PLAN STRATEGIQUE DE LUTTE CONTRE LE PALUDISME 2023-2026	31
2.1. Cadre stratégique du PSN.....	31
2.1.1. Vision du PSN	31
2.1.2. Mission	31
2.1.3. Principes directeurs et valeurs	31
2.1.4. Orientations stratégiques et priorités	31
2.1.5. But du Plan Stratégique	32
2.1.6. Objectifs du Plan Stratégique National	32
2.1.7. Résultats attendus du Plan Stratégique National	32
2.1.8. Stratégies de lutte antipaludique du PSN 2023-2026	33
2.2. Cadre de mise en œuvre du PSN	34
2.2.1. Description des interventions de lutte par objectif	34
2.2.2. Modalités de mise en œuvre du PSN	47
2.3. Budgétisation et plan financier du PSN.....	50
2.3.1. Résumé du budget du PSN	50
2.3.2. Plan de mobilisation de ressources	54
2.4. Cadre de suivi et évaluation du PSN	57
3. RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES	63

Liste des tableaux

Tableau I : Répartition du nombre de formations sanitaires par niveau et par région au Togo	7
Tableau II : Performance de la mise en œuvre des stratégies de l'objectif 1.....	20
Tableau III : Performance de la mise en œuvre des stratégies de l'objectif 2.....	20
Tableau IV : Performance de la mise en œuvre des stratégies de l'objectif 3	21
Tableau V : Analyse FFOM de la RPP PSN 2017-2022.....	22
Tableau VI : Mobilisation des ressources et des dépenses du PSN, 2017-2022.....	25
Tableau VII : Financement du PSN par intervention, 2017-2022.....	27
Tableau VIII : Mobilisation des ressources par sources de financement	28
Tableau IX : Stratégies et interventions de lutte antipaludique de 2023-2026	33
Tableau X : Répartition annuelle du budget global	50
Tableau XI : Résumé du budget par année et par Module, 2023-2026	51
Tableau XII : Résumé du budget par année et par intervention, 2023-2026	52
Tableau XIII : Analyse des carences budgétaires du PSN	55

Liste des figures

Figure 1 : Organisation du système de santé au Togo, PNDS 2022-2027	5
Figure 2: Précipitations associées aux cas de paludisme	17
Figure 3: Pic de saisonnalité.....	17
Figure 4: Estimation de l'incidence ajustée du paludisme de 2018-2021	18
Figure 5 : Interventions/stratégies de lutte antipaludique	18
Figure 6: Risques, dangers et vulnérabilités relatifs au paludisme	19
Figure 7 : Mobilisation des ressources et des dépenses du PSN, 2017-2022.....	26
Figure 8 : Taux de Mobilisation et d'absorption des ressource du PSN, 2017-2022.	26
Figure 9 : Circuit de l'information selon la structure décisionnelle de la pyramide sanitaire	61

AVANT- PROPOS

Le paludisme au Togo comme dans la plupart des pays de la région Afrique de l’OMS constitue un problème majeur de santé publique exacerbé par des facteurs climatiques. Il continue d’être un lourd fardeau, bien que le rapport mondial 2021 montre une tendance à la diminution de l’incidence de 40% entre 2015 et 2020 et de la mortalité de près de 50%.

Dans le cadre de l’initiative faire reculer le paludisme et conformément aux déclarations d’Abuja de 2000 et 2006, quatre plans stratégiques de lutte contre le paludisme ont été élaborés et mis en œuvre grâce aux efforts consentis par le gouvernement togolais et les partenaires techniques et financiers notamment le Fonds mondial de lutte contre le Sida, la Tuberculose et le Paludisme, la Banque mondiale, l’OMS, le PNUD, l’UNICEF, le RBM, Plan international Togo, la Croix rouge, AMF, la Chine et autres,.

Au terme de la revue de performance du programme 2017-2022, d’importants progrès ont été identifiés mais des défis restent à relever pour davantage améliorer les résultats clés notamment ceux liés aux effets et impacts.

Comme principaux acquis, on peut noter : i) la mise à échelle des principales interventions de lutte contre le paludisme, ii) l’amélioration du diagnostic et de la prise en charge des cas, iii) une meilleure disponibilité et utilisation de moustiquaires imprégnées d’insecticide dans les groupes cibles, iv) la mise en œuvre du traitement intermittent pendant la grossesse (TPIg) et v) la chimioprévention du paludisme saisonnier (CPS) dans les trois régions septentrionales du pays.

Les principaux défis portent sur : i) la réduction de la transmission de la maladie par le contrôle des vecteurs ; ii) l’accès universel aux interventions à travers l’implication des autres secteurs de développement y compris les secteurs privés et associatifs et iii) l’adaptation aux impacts des changements climatiques sur la transmission et la prévalence du paludisme.

Le présent plan stratégique définit les principales orientations stratégiques retenues à l’issue d’une analyse inclusive des problèmes prioritaires. Ces orientations sont en adéquation avec les recommandations de l’OMS et les Objectifs de développement durable (ODD).

Prenant source du Plan national de développement sanitaire (PNDS 2023-2027), le présent document a la particularité de servir de cadre unique de référence pour la mise en œuvre de l’accès universel aux interventions de lutte contre le paludisme au Togo.

J’invite donc tous les acteurs du secteur de la santé, ceux des autres secteurs, les partenaires techniques et financiers, la société civile et la communauté à se l’approprier pour une meilleure coordination des activités de lutte contre le paludisme.

Le Ministre de la Santé et
de l’Hygiène Publique

**Professeur
Moustafa MIJIYAWA**

REMERCIEMENTS

Le Ministre de la Santé, de l'Hygiène Publique et de l'Accès Universel aux Soins à travers le Programme National de Lutte contre le Paludisme remercie l'ensemble des acteurs pour leur contribution dans l'élaboration de ce plan stratégique 2023-2026.

- ☞ Au Coordonnateur de l'Equipe Inter Pays OMS/AO et son équipe pour leur appui technique très apprécié durant tout le processus ;
- ☞ A la Représentante Résidente de l'OMS au Togo et son staff technique pour l'engagement indéfectible noté tout au long du processus ;
- ☞ Au Représentant Résident de l'Unicef au Togo pour son appui ;
- ☞ Au Président du CCM du Togo pour ses conseils et renforcements positifs ;
- ☞ Au Point Focal de RBM pour l'Afrique de l'Ouest pour le soutien technique ;
- ☞ Aux Directeurs, Chefs de Service, et à toutes les personnes ressources pour leurs contributions ;
- ☞ Aux Représentants des autres départements ministériels pour leurs contributions à l'élaboration de ce document ;
- ☞ Aux Universitaires impliqués dans la revue et l'élaboration du présent plan ;
- ☞ Aux ONG et Associations pour l'appui apporté et leur participation effective aux travaux de la revue et d'élaboration dudit plan ;
- ☞ Au Personnel de soutien (Secrétaires, Comptables, Chauffeurs, etc.) pour leur collaboration ;
- ☞ Aux Partenaires techniques et financiers pour leurs diverses contributions ;
- ☞ A tous ceux qui ont contribué de diverses manières à l'élaboration de ce document.

Le Ministre chargé de la santé adresse sa reconnaissance à tous ceux et à toutes celles qui ont œuvré pour soutenir et faciliter la production de ce plan stratégique, fruit d'un processus participatif élargi à l'ensemble des intervenants en matière de lutte contre le paludisme.

LISTE DES ABREVIATIONS ET ACRONYMES

AFD	:	Agence française de développement
ALMA	:	African leaders malaria alliance
AMF	:	Against malaria foundation
AMP	:	Alliance mondiale contre le paludisme
AQ	:	Amodiaquine
ASC	:	Agent de santé communautaire
BID	:	Banque islamique de développement
BM	:	Banque mondiale
BOAD	:	Banque ouest africaine de développement
CAF	:	Chimiothérapie des accès fébriles
CAMEG	:	Centrale d'achat des médicaments essentiels génériques
CAP	:	Connaissances attitudes et pratiques
CCIA	:	Comité de coordination intra-agence
CCM	:	Country coordination mechanism
CDC-SS	:	Comité district de coordination du secteur de la santé
CDMT	:	Cadre de dépenses à moyen terme
CEDEAO	:	Communauté économique des Etats de l'Afrique de l'Ouest
CHP	:	Centre hospitalier préfectoral
CHR	:	Centre hospitalier régional
CHU	:	Centre hospitalier universitaire
CMS	:	Centre médico-social
CNC-SS	:	Comité national de coordination du secteur de la santé
CNPV	:	Centre national de pharmacovigilance
COGES	:	Comité de gestion
CPN	:	Consultation prénatale
CPS	:	Chimioprévention du paludisme saisonnier
CRC-SS	:	Comité régional de la coordination du secteur de la santé
CRGIM	:	Comité régional de gestion des intrants et médicaments
CRT	:	Croix rouge togolaise
CTA	:	Combinaison thérapeutique à base d'artémisinine

DAF	:	Direction administrative et financière
DAGL	:	District autonome Grand Lomé
DDS	:	Direction de district sanitaire
DGAS	:	Direction générale de l'action sanitaire
DGEPIS	:	Direction générale des études, de la planification et de l'information sanitaire
DHAB	:	Direction de l'hygiène et de l'assainissement de base
DHA-PPQ	:	Dihydro artémisinine pipéraquline
DHIS2	:	District health information software version 2
DI	:	Division de l'immunisation
DMT	:	Division des maladies transmissibles
DPML	:	Direction de la pharmacie, du médicament et des laboratoires
DPS	:	Direction préfectorale de la santé
DRS	:	Direction régionale de la santé
DSME	:	Direction de la santé de la mère et de l'enfant
DSMIPF	:	Division de la santé maternelle et infantile et de la planification familiale
DSNISI	:	Direction du système national d'information sanitaire et de l'informatique
EDST	:	Enquête démographie et de santé du Togo
EIP	:	Enquête sur les indicateurs du paludisme
FAO	:	Organisation des nations unies pour l'alimentation et l'agriculture
FdR	:	Feuille de route
FEMSE	:	Fast elimination of malaria by source eradication
Fm	:	Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme
FM	:	Frottis mince
FRP	:	Faire reculer le paludisme
FS	:	Formation sanitaire
GAS	:	Gestion des achats et stocks
GAVI	:	Global alliance for vaccines and immunization
GE	:	Goutte épaisse
HD	:	Hôpital de district
HRH2030	:	Human resources for health in 2030

IBC	:	Intervention à base communautaire
IDH		Indice de développement humain
INAM	:	Institut national de l'assurance maladie
INH	:	Institut national d'hygiène
INHPC	:	Indice national des prix harmonisés à la consommation
LAL	:	Lutte anti larvaire
LAV	:	Lutte antivectorielle
LIV	:	Lutte intégrée contre les vecteurs
LNME	:	Liste nationale des médicaments essentiels et génériques
MEG	:	Médicament essentiel générique
MGDP	:	Manuel de gestion des déchets pharmaceutiques
MICS	:	Enquête par grappes à indicateurs multiples
MID	:	Moustiquaire à imprégnation durable
MNGPS	:	Manuel national de gestion des produits de santé
MNQPS	:	Manuel national de quantification des produits de santé
MOP	:	Manuel opérationnel de procédures
MSC	:	Mediterranean shipping company
MSHP	:	Ministère de la santé et de l'hygiène publique
MT	:	Médecine traditionnelle
OCDI	:	Organisation de la charité pour un développement intégral
ODD	:	Objectifs du développement durable
OMS	:	Organisation mondiale de la santé
OMS/AFRO	:	Organisation mondiale de la santé/Afrique
ONG	:	Organisation non-gouvernementale
OSC	:	Organisation de la société civile
PAO	:	Plan d'action opérationnel
PAP	:	Programme d'actions prioritaires
PCIMNE	:	Prise en charge intégrée des maladies du nouveau-né et de l'enfant
PCR	:	Polymerase chain reaction
PEV	:	Programme élargi de vaccination
PIB	:	Produit intérieur brut
PID	:	Pulvérisation intradomiciliaire à effet rémanent

PNDS	:	Plan national de développement sanitaire
PNLP	:	Programme national de lutte contre le paludisme
PNLS-HV-IST	:	Programme national de lutte contre l'infection à VIH/sida, les hépatites virales et les infections sexuellement transmissibles
PNLT	:	Programme national de lutte contre la tuberculose
PNS	:	Politique nationale de santé
PNUD	:	Programme des nations unies pour le développement
PURS	:	Programme d'urgence de résilience de la région des Savanes
PRA	:	Pharmacies régionales d'approvisionnement
PSLP	:	Produits de santé de lutte contre le paludisme
PSN	:	Plan stratégique national
PSPS	:	Plateforme du secteur privé de la santé
PTF	:	Partenaire technique et financier
RBM	:	Roll back malaria
RC	:	Relais communautaire
RFS	:	Responsable de formation sanitaire
RGPH	:	Recensement général de la population et de l'habitat
RH	:	Ressources humaines
RHS	:	Ressources humaines en santé
RMPP	:	Revue à mi-parcours de performance du programme
RR	:	Rougeole/rubéole
RSI	:	Règlement sanitaire international
RSS	:	Renforcement du système de santé
S&E	:	Suivi et évaluation
SCAPE	:	Stratégie de croissance accélérée et promotion de l'emploi
SG	:	Secrétariat général
SIDA	:	Syndrome d'immuno déficience acquise
SIGL	:	Système d'information et de gestion logistique
SNIS	:	Système national d'information sanitaire
SNU	:	Système des nations unies
SP	:	Sulfadoxine-pyriméthamine
SPAQ	:	Sulfadoxine-pyriméthamine + amodiaquine

SR	:	Santé de la reproduction
SWOT	:	Strengths, weaknesses, opportunities and threats (forces, faiblesses, opportunités et menaces)
TDM	:	Traitement de masse
TDR	:	Test de diagnostic rapide
TET	:	Test d'efficacité thérapeutique
TFCCS	:	Task force changement climatique et santé
TIC	:	Technologies de l'information et de la communication
TPI	:	Traitement préventif intermittent
TPIg	:	Traitement préventif intermittent au cours de la grossesse
UEMOA	:	Union économique et monétaire ouest-africaine
UGP	:	Unité de gestion des projets
UNICEF	:	Fonds des nations unies pour l'enfance
USAID	:	Agence des états unis pour le développement intégral
USP	:	Unité de soins périphérique

RESUME EXECUTIF

Les populations togolaises continuent de payer un lourd tribut lié au paludisme qui demeure endémique et également un problème de santé publique en dépit de la régression de l'incidence de près de 40% entre 2015 et 2021 et de la mortalité de près de 50 % selon le rapport 2022 sur le paludisme dans le monde. L'EIP 2020 donne une prévalence du paludisme de 35,5% chez les enfants de 6-59 mois. En 2022, le pourcentage des cas de paludisme confirmé est de 64% chez les enfants de moins de 5 ans, 60% chez les enfants de 5 ans et plus et de 42% chez les femmes enceintes.

La mortalité proportionnelle du paludisme est de 10,2% avec une létalité de 2,10% en 2022. Les enfants de moins de 5 ans et les femmes enceintes représentent respectivement 32% et 4% des cas confirmés de paludisme simple dans les formations sanitaires.

En 2022, 98,7% des cas de paludisme simple reçus au niveau des formations sanitaires et 99,1% au niveau communautaire sont traités avec les CTA (Quinine chez les femmes enceintes au 1^{er} trimestre de grossesse dans les formations sanitaires).

En termes de poids économique, des études ont montré que le paludisme est responsable d'une perte économique supérieure à 1% du PIB¹.

Le plan stratégique 2023-2026 s'aligne sur le Plan national de développement sanitaire et la feuille de route du gouvernement 2020-2025. Il est élaboré sur la base d'un processus inclusif et participatif avec une implication effective de toutes les parties prenantes.

Son but est de contribuer à l'amélioration de l'état de santé de la population en réduisant de façon significative le fardeau du paludisme d'ici 2026.

Pour y parvenir, les objectifs suivants ont été retenus :

- ✓ réduire l'incidence du paludisme d'au moins 65% par rapport à 2022 ;
- ✓ réduire la mortalité liée au paludisme d'au moins 65% par rapport à 2022 ;
- ✓ renforcer les capacités de gestion de la lutte contre le paludisme à tous les niveaux en tenant compte des défis climatiques et de la vulnérabilité des populations face au climat.

Le coût global du plan stratégique 2023-2026 s'élève à 153 054 548 984 francs CFA. Ce budget est réparti par module comme suit : (i) 51,47% pour la lutte anti vectorielle ; (ii) 5,29% pour les interventions spécifiques ; (iii) 7,45% pour prise en charge des cas de paludisme dans les formations sanitaires et au niveau communautaire ; (v) 2,18% pour la gestion du programme y compris le coût des intrants et (vi) 0,90% pour la

¹ Togo, SCAPE 2013-2017

surveillance, suivi et évaluation ; (vii) 0,90% pour la promotion de la santé et (viii) 26,90% pour la gestion des achats et des stocks.

INTRODUCTION

Le paludisme est une maladie potentiellement mortelle due à un protozoaire sanguin, le Plasmodium, transmis par l'anophèle femelle. Il demeure un problème majeur de santé publique. Dans le monde, cinq espèces différentes de Plasmodium responsables du paludisme chez l'homme ont été identifiées (*P. falciparum*, *P. vivax*, *P. malariae*, *P. ovale* et *P. knowlesi*). Parmi elles, *P. falciparum* et *P. vivax* ont la plus forte prévalence tandis que *P. falciparum* est la plus dangereuse. Quoique parfaitement évitable et traitable, le paludisme continue d'avoir des effets néfastes sur la santé et affecte les moyens de subsistance des populations à travers le monde. Selon le rapport mondial 2022 sur le paludisme, le nombre total de cas de paludisme est estimé à 247 millions et le nombre total de décès à 619 000. L'Afrique est la région où le paludisme sévit le plus avec 234 millions de cas estimés et 593 000 décès associés. La plupart des cas et des décès associés se retrouvent dans la région Afrique, représentant une proportion de 90%. La maladie touche de manière disproportionnée les pauvres et les groupes défavorisés, qui ont un accès limité aux établissements de santé et qui peuvent à peine se payer le traitement recommandé. Ces populations, déjà vulnérables, sont davantage exposées aux risques sanitaires associés aux changements climatiques, tels que l'augmentation des températures et des précipitations, favorisant ainsi la propagation du paludisme.

Au Togo, le paludisme reste toujours endémique et demeure au premier rang des pathologies parasitaires rencontrées en tenant compte de la morbidité et de la mortalité. En termes de vulnérabilité, les enfants de moins de 5 ans continuent de payer le lourd tribut. Ils sont concernés par 32% des consultations externes et 53% des hospitalisations liées au paludisme. La morbidité hospitalière (pour 100 000 habitants) qui demeure élevée a évolué en dents de scie, passant de 173 en 2020 à 164,5 en 2021 puis à 184 en 2022. De même, la mortalité hospitalière pour les enfants de moins de 05 ans est de 65% en 2022 contre 64% en 2021 et 69% en 2020. Elle est de 35% en 2022 contre 36% en 2021 et 30% en 2020 pour les patients de 5 ans et plus. Pour les femmes enceintes, depuis 2020 où l'on a observé un taux de 1%, aucun décès n'a été enregistré.

Dans le cadre du renforcement de la lutte contre le paludisme, le Togo a élaboré et mis en œuvre quatre plans stratégiques (2001-2005, 2006-2010, 2011-2017 et 2017-2022). L'élaboration de ce nouveau plan stratégique national 2023-2026 de lutte contre le paludisme a été précédée d'une revue de performance du programme selon les directives de l'OMS. Cette revue a permis d'analyser les résultats des stratégies de lutte et de redéfinir les objectifs en cohérence avec les nouvelles orientations de l'OMS qui visent l'élimination du paludisme. Les objectifs et les stratégies du plan stratégique 2023-2026 de lutte contre le paludisme sont en lien avec ceux définis aux plans régional et sous-régional, notamment la stratégie technique mondiale 2016-2030 de lutte contre le paludisme, le plan d'action mondial de lutte contre le paludisme, le plan stratégique régional pour le contrôle et l'élimination du paludisme dans l'espace CEDEAO et les recommandations de RBM, de l'Alliance des leaders Africains contre le Paludisme (ALMA) ainsi que les ODD. Le Plan stratégique de lutte contre le paludisme 2023-2026 s'inscrit dans la dynamique de la feuille de route 2020-2025 du gouvernement, qui prône la bonne gouvernance et la gestion axée sur les résultats.

Le plan stratégique national 2023-2026 est arrimé au PNDS 2023-2027 notamment en ses axes (i) système de santé et santé communautaire ; (ii) utilisation des services spécifiques de santé

y compris la nutrition pour les mères, les enfants, les jeunes et adolescents et les personnes âgées, (iii) lutte contre les maladies et maîtrise des déterminants sociaux et environnementaux.

1. PROFIL DU PAYS

1.1. Situation géographique

Le Togo est situé entre 6°4' et 11°7' de latitude Nord et 0° et 1°55' de longitude Est. Pays de l'Afrique occidentale humide et côtière, il fait frontière avec le Burkina-Faso au Nord, le Bénin à l'Est, le Ghana à l'Ouest et le Golfe de Guinée au Sud. Sa superficie est de 56 790 km² et s'étend sur une longueur de 600 km et une largeur qui varie entre 50 et 150 km.

1.2. Organisation administrative

Le Togo compte 39 préfectures regroupées en cinq régions administratives. Le caractère spécial de la capitale Lomé et de ses environs a entraîné la création du district autonome du Grand Lomé (DAGL)². Le pays dispose de deux niveaux de décentralisation (la région et la commune) et compte au total 117 communes.

1.3. Situation démographique et principales caractéristiques culturelles

La démographie togolaise se caractérise par : (i) une croissance forte, résultat d'une mortalité en baisse et d'une fécondité encore élevée malgré une baisse constatée depuis déjà plusieurs années et (ii) une prépondérance de la population féminine (51,3%) versus (48,7%) d'hommes³. Selon le cinquième recensement général de 2022, la population togolaise est de 8 095 498 habitants avec un taux d'accroissement de 2,3% et pourrait doubler d'ici 2031.

La tendance évolutive de la population implique l'importance des besoins sociaux croissant à satisfaire dans divers domaines, particulièrement en matière de santé et de ses déterminants. Un accent particulier est mis sur la santé des groupes spécifiques notamment les enfants de moins de 5 ans* ainsi que les femmes en âge de procréer. Faire face à tous ces besoins induits, implique une attention accrue et d'importants moyens à mobiliser en fonction des groupes de population désagrégée du paludisme :

- ☞ La population totale et sa répartition infranationale y compris la densité de la population ;
- ☞ Le sexe-ratio, le taux de croissance de la population et son impact sur l'épidémiologie du paludisme ;
- ☞ La répartition de la population par groupe de vulnérabilité (moins de 05 ans, plus de 05 ans et femmes enceintes)

1.4. Ecologie, environnement et climat

Cinq zones écologiques sont identifiables au Togo selon Ern⁴ (1979).

- ☞ Zone I ou zone des plaines du nord

Le climat est de type soudano-guinéen avec une saison des pluies de mai à octobre et une saison sèche de novembre à avril et des températures qui varient entre 17 et 39°C en saison sèche et entre 22 et 34°C en saison des pluies.

- ☞ Zone II ou zone des montagnes du nord

² Articles 324 et 324-1 de la loi N°2019-006 du 26 juin 2019

³ Cinquième recensement général de la population et de l'habitat 2022

⁴ Ern, H. (1979). Vegetation Togo. Gliederung, Gefahrung, Erhaltung. Willdenowia, 9: 295-312

Le climat est de type soudano-guinéen avec des nuits assez fraîches. Il est caractérisé par une saison pluvieuse d'avril à octobre et une saison sèche de novembre à mars marquée par l'harmattan. La température moyenne minimale est de 26°C en janvier alors que la maximale atteint 30°C en avril.

☞ Zone III ou zone des plaines du centre

C'est une zone à climat de type subéquatorial de transition avec deux saisons de pluies séparées par une courte saison sèche qui s'atténue rapidement à la hauteur de Notsè. Vers le nord de la zone, le climat est de type tropical marqué par une saison des pluies et une saison sèche toujours plus longue. Les températures varient entre 23 et 28°C avec parfois des maximales exceptionnelles autour de 40°C.

☞ Zone IV ou zone méridionale des monts Togo

Elle jouit d'un climat subéquatorial de transition caractérisé par une grande saison pluvieuse, de mars à octobre. Cette grande saison est interrompue par une diminution de la pluviosité en août ou septembre, donnant lieu à la petite saison sèche. Cette zone reste la plus arrosée du Togo avec une moyenne de précipitations variant entre 1300 et 1500 mm.

☞ Zone V ou zone côtière du sud

C'est la zone la moins arrosée du pays avec une moyenne annuelle de pluie qui tourne autour de 1000 mm. Cette moyenne décroît régulièrement et reste nettement inférieure à 900 mm depuis le début des années 1980. L'humidité relative est constamment élevée d'un bout à l'autre de l'année (80 à 90%). L'amplitude thermique moyenne annuelle est écrasée (3 à 4°C) et contenue dans les limites de 25 à 29°C.

Sur le plan climatique, le Togo a deux types de climats :

- Le climat tropical guinéen au sud du 7^{ème} parallèle, caractérisé par deux saisons sèches et deux saisons pluvieuses. La pluviométrie annuelle varie de 1000 à 2000 mm ;
- Le climat tropical soudanien à partir du 8^{ème} parallèle au Nord avec une saison pluvieuse de mai à octobre marquée par des précipitations allant de 850 à 1600 mm de pluviométrie annuelle. Cependant, le Togo assiste à des anomalies climatiques avec des inondations çà et là sur l'ensemble du territoire depuis 2007. Ces anomalies constituent des facteurs favorisant au développement des vecteurs du paludisme.

La variabilité climatique du Togo montre une augmentation moyenne de la température de 1,07°C de 1961 à 2018. Sous la trajectoire représentative (RCP) 6.0, des augmentations sont attendues entre 1,06°C et 1,36°C d'ici 2050. En ce qui concerne les précipitations, les précipitations moyennes ont diminué de 55 mm entre 1961 et 2018. Dans le cadre du RCP 6.0, les projections pour 2025 indiquent des précipitations comprises entre 895 mm et 1714 mm, avec des changements minimes d'ici à 2050, ce qui suggère de légères augmentations par rapport aux valeurs de référence.

En outre, le Togo est confronté à de nombreux phénomènes climatiques extrêmes, notamment les inondations, les sécheresses, les vagues de chaleur, les changements de saison, les vents violents, l'érosion des terres et côtière, les glissements de terrain, la salinisation et la submersion marine due à l'élévation du niveau des mers. Les sécheresses sont notamment plus fréquentes dans les régions des Savanes, de la Kara, des Maritimes et des Plateaux orientaux, entraînant une diminution des précipitations et une augmentation de la température, ce qui affecte la santé et réduit la disponibilité de l'eau. Les inondations sont particulièrement

graves dans les régions Maritimes et des Savanes et sont de plus en plus fréquentes dans l'ensemble du pays.

1.5. Caractéristiques socioéconomiques

Le Togo a été affecté par les impacts de la pandémie de Covid 19, caractérisés par le ralentissement de son activité économique en 2020, avec un taux de croissance de 1,8 % contre 5,1% en 2019 (Banque mondiale), dû principalement à la perte de dynamisme de l'activité du secteur secondaire. Parallèlement, l'agriculture a été impactée par les poches de sécheresse et les inondations survenues dans certaines zones. Toutefois, le secteur tertiaire s'est affiché en hausse de 5,3% en 2020, porté par les activités extractives (+40,2%) qui ont bénéficié de la bonne tenue de la production du phosphate (+87%), la production et distribution d'électricité et de gaz (+8%) et la construction (+5,7%). Du côté de la demande, les investissements (+15%) ont principalement soutenu la croissance.

Le pays fait face à un taux de pauvreté encore élevé, estimé à 45,5% en 2018, caractérisé par des inégalités surtout dans les zones rurales où 58,8% des ménages vivaient en dessous du seuil de pauvreté⁵.

La valeur de l'IDH du Togo, tel qu'enregistré par le rapport 2021 du PNUD, est faible, le pays étant classé au 162^{ème} rang mondial sur 189 avec une note de 0,539. Cela met en exergue le déficit important en matière d'investissement, entre autres, dans les domaines sociaux de base (santé, éducation, eau/assainissement, protection sociale) qui sont les éléments clés du développement humain.

Les changements climatiques sont étroitement liés aux effets néfastes sur la santé au Togo, en particulier à l'augmentation des maladies à transmission vectorielle. En ce qui concerne le paludisme, les températures plus chaudes réduisent le temps de développement des larves de moustiques et augmentent la fréquence d'alimentation des moustiques, augmentant ainsi les taux de transmission du paludisme. Les évaluations 2019 de la vulnérabilité sanitaire au Togo ont spécifiquement mis en évidence les risques accrus de paludisme dus aux changements climatiques, avec des implications significatives, notamment en termes de morbidité. Le risque de paludisme est prédominant dans les régions du centre et du sud,

Pour lutter contre la pauvreté, le gouvernement togolais s'est engagé depuis 2006 dans l'élaboration et la mise en œuvre de stratégies de développement et de réduction de la pauvreté. La dernière est le PND 2018 – 2022 a été revue en 2020 pour aboutir à la feuille de route (FdR) 2020 – 2025 en vue de prendre en compte l'apparition de la Covid19. Cette nouvelle FdR comporte 43 projets et réformes prioritaires dont le projet P3 « Mise en place de la couverture santé universelle » et P4 « Elaboration et exécution d'un plan de réponse aux urgences sanitaires ». Elle prend également en compte les mesures d'urgence pour contenir la crise sécuritaire dans la région des Savanes, notamment la mise en œuvre du programme d'urgence, de résilience de la région des Savanes (PURS) et les effets de la crise russo-ukrainienne.

Par ailleurs, le ministère chargé de la santé a élaboré une nouvelle politique nationale de la santé horizon 2030 assortie d'un premier plan national de développement sanitaire (PNDS 2023 – 2027). La lutte contre le paludisme constitue l'une des priorités majeures de ce nouveau

PNDS conformément à son axe 3 : « Lutte contre les maladies et maîtrise des déterminants sociaux et environnementaux ».

1.6. Situation sanitaire générale

En dépit des progrès accomplis au cours de ces dernières années, le Togo fait encore face à un niveau élevé de mortalité, comme l'indique le taux brut de mortalité, estimé à 8,2 ‰ en 2021.

Ce qui contraste avec l'espérance de vie à la naissance qui n'a cessé de s'améliorer au cours des dix (10) dernières années. Elle a augmenté de 57,47 ans en 2010 à 61,34 en 2020. Cette croissance est plus élevée chez les femmes que chez les hommes.

Les données de l'EDST-III 2013-2014 situent le ratio de mortalité maternelle à 401 décès pour 100 000 naissances vivantes. Il indique une mortalité maternelle toujours élevée malgré les efforts accomplis.

Selon l'EIP 2020, la prévalence de la fièvre chez les enfants de moins de 05 ans était de 34% et les proportions des femmes enceintes de 15 à 49 ans qui ont reçu une à trois doses ou plus du traitement préventif intermittent étaient respectivement de 92%, 74% et 53%.

Selon le rapport d'évaluation du PNDS 2017 – 2022, la santé de l'enfant a connu une réelle amélioration au cours des dernières années, traduite par la réduction des taux de mortalité infantile et infanto-juvénile. Ces taux sont passés respectivement de 49 à 42 décès pour 1000 naissances vivantes de 2014 à 2017 pour la mortalité infantile et de 88 à 71 décès pour 1000 naissances vivantes pour la mortalité infanto-juvénile, au cours de la même période.

1.6.1. Description et organisation du système de santé

Le système de santé du Togo est organisé selon une structure pyramidale à trois niveaux comme le montre la figure ci-dessous.

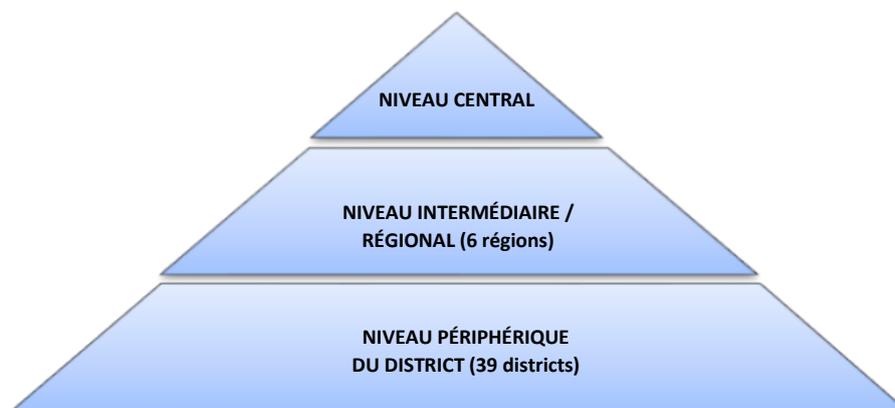


Figure 1 : Organisation du système de santé au Togo, PNDS 2022-2027

- **Niveau central** : Cabinet du Ministre, Secrétariat Général, Directions, Divisions et Services rattachés, Hôpitaux nationaux de référence et universitaire
Mission : *Définition, suivi et contrôle des politiques et normes sanitaires, développement des plans de formation et des modules de formation et carrière professionnelle*
- **Niveau intermédiaire** : Directions Régionales de la Santé (DRS), Spécificités régionales, Hôpitaux régionaux
Mission : *Encadrement, fait le suivi de la mise en œuvre des normes et politiques issues du niveau central.*
- **Niveau périphérique** : Directions Préfectorales de la Santé (DPS), Hôpitaux de District (HD), Unités de Soins Périphériques (USP).
Mission : *Opérationnalisation (mise en œuvre des interventions)*

L'organigramme du ministère de la santé et de l'hygiène publique est défini par le décret n° 2012-006/PR du 07 mars 2012 portant organisation des départements ministériels. Il a été complété par l'arrêté n° 0021/2013/MS/CAB du 27 février 2013 portant organisation des services du ministère chargé de la santé avec création d'un secrétariat général et de deux directions générales. Ainsi, les services du ministère chargé de la santé sont composés du cabinet du ministre, des services rattachés au cabinet du ministre, de l'administration centrale, des services extérieurs et des institutions et organismes rattachés.

En octobre 2020, une priorité élevée a été accordée à l'accès universel aux soins. Il s'est traduit par la création d'un ministère délégué auprès du Ministère de la santé, de l'hygiène publique et de l'accès universel aux soins, chargé de l'accès universel aux soins, conformément aux dispositions du décret n° 2020-080/PR du 1^{er} octobre 2020, portant composition du gouvernement

En septembre 2023, le ministère de l'accès universel aux soins a été créé, marquant un tournant décisif dans l'amélioration de l'accès aux soins et plus particulièrement l'opérationnalisation de l'assurance maladie universelle.

Selon les dispositions de l'arrêté n°171/2020/MSHP/CAB/SG du 19 juin 2020 portant organisation administrative des régions sanitaires, le découpage sanitaire est arrimé au découpage administratif prévu par les lois relatives à la décentralisation et à la déconcentration. Trois (03) catégories d'aires sanitaires existent : les régions sanitaires (06), les préfectures/districts sanitaires (39) et les communes sanitaires (117) dont celles de Grand-Lomé (13) sont déjà fonctionnelles. Ainsi au niveau intermédiaire, on a les directions régionales de la santé (animées par les équipes cadres de régions) et au niveau périphérique, les directions préfectorales de la santé (animées par les équipes cadres de districts).

Les soins de premier niveau sont structurés autour de trois échelons à savoir : (i) l'Agent de Santé Communautaire (ASC) qui assure par délégation les soins au niveau familial et des communautés et qui est appelé à jouer le rôle d'interface entre la communauté et les services de santé ; (ii) l'Unité de Soins Périphérique (USP) comme base du système de soins et à partir de laquelle sont menées des activités de proximité en stratégie fixe et vers les populations ; (iii) l'Hôpital de district (HD) qui constitue le premier niveau de référence. Le deuxième niveau de référence et de recours est animé par les hôpitaux de région (Centres Hospitaliers Régionaux - CHR) et certaines spécificités régionales. Les soins de santé tertiaires sont dispensés dans trois Centres Hospitaliers Universitaires (CHU) et dans des hôpitaux spécialisés de référence.

Le nombre de formations sanitaires est passé de 1 320 en 2021 à 2 152 en 2022 selon les résultats du projet de recensement des infrastructures socio-économiques réalisé en 2022. Le tableau ci-après montre la répartition des établissements de soins par type et par région en 2022.

Tableau I : Répartition du nombre de formations sanitaires par niveau et par région au Togo

Types d'établissement de soins	Grand Lomé	Maritime	Plateaux	Centrale	Kara	Savanes	Total général
CHU	2	0	0	0	1	0	3
CHR	1	1	1	1	1	1	6
HOPITAL SPECIALISE	1	1	1	0	0	1	4
HOPITAL II	9	3	9	3	4	4	32
HOPITAL I	70	13	11	3	5	5	107
USP II	252	40	62	24	36	19	433
USP I	671	219	260	113	130	97	1490
INFIRMERIE	29	4	10	9	9	7	68
AUTRES	4	1	4	0	0	0	9
Total général	1039	282	358	153	186	134	2152

Source : rapport carte sanitaire 2022

En dehors des formations sanitaires, il existe un réseau des praticiens de la médecine traditionnelle qui intervient aussi dans l'offre des soins.

1.6.1.1. Gouvernance et coordination

La coordination des interventions au niveau du secteur de la santé est animée par plusieurs mécanismes de coordination et leurs démembrements au niveau décentralisé.

- ☞ le Comité national de coordination du secteur de la santé (CNC-SS) respectivement représenté aux niveaux régional et préfectoral par le Comité régional de coordination du secteur de la santé (CRC-SS) et le Comité de district de coordination du secteur de la santé (CDC-SS) ;
- ☞ les sous-comités multisectoriels tels que le Comité de coordination inter agence (CCIA) et le country coordination mechanism (CCM) ;
- ☞ la cellule sectorielle de gestion de la crise à la pandémie de Covid-19 ;
- ☞ la convention de collaboration avec le secteur privé de la santé, en 2017 grâce à laquelle plusieurs échanges ont été organisés avec la Plateforme du secteur privé de la santé au Togo (PSPS-Togo) ;
- ☞ l'approche contractuelle déployée dans huit (08) centres issus des trois (03) niveaux de la pyramide sanitaire ;
- ☞ les mécanismes de gestion et de coordination aux trois niveaux du système de santé ont été mis en place, en se basant sur les plans nationaux de développements sanitaires, les Cadres de dépenses à moyen terme (CDMT) glissant, les Plans d'action opérationnels (PAO) ;
- ☞ la Task force changement climatique et santé (TFCCS).

1.6.1.2. Ressources humaines pour la santé

L'effectif total du personnel de santé du secteur public et privé en 2022 s'élève à 17 227 contre 18 794 en 2021 soit une régression de 1567 agents liée exclusivement au secteur privé. En effet, les agents du secteur public sont estimés à 12 945 (75,14%) et ceux du secteur privé à 4282 (24,85%) de l'effectif cumulé (Public/Privé).

La figure ci-dessous montre la répartition des ressources humaines en santé par région sanitaire et par secteur en 2022

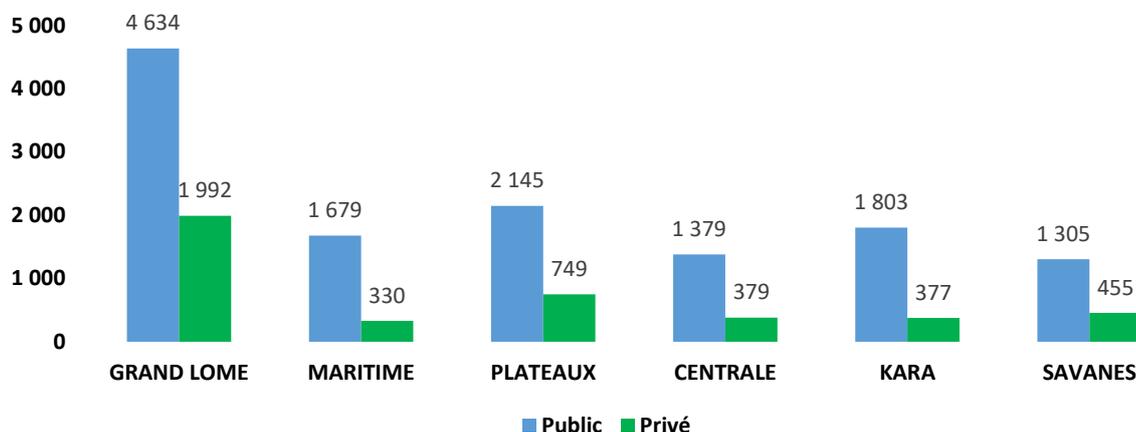


Figure2 : Répartition du personnel par régions sanitaires et par secteur au 31 décembre 2022

Source : Rapport direction des ressources humaines 2022

1.6.1.3. Médicaments et produits de santé

Le Togo dispose d'un système dans l'approvisionnement des médicaments animé par la CAMEG-Togo et ses sept pharmacies régionales d'approvisionnement basées à Lomé, Tsévié, Atakpamé, Kpalimé, Sokodé, Kara et Dapaong. Le niveau périphérique du circuit pharmaceutique public (niveau district) n'est pas encore structuré et son organisation varie selon les régions sanitaires ; la distribution des produits de santé de lutte contre le paludisme suit le même circuit. Au niveau des régions, il existe des comités régionaux de gestion des intrants médicaux (CRGIM) qui assurent la validation des besoins trimestriels pour le paludisme, le VIH et la tuberculose.

Selon le PNDS 2023-2027, de 2017 à 2021, la disponibilité des médicaments dans les formations sanitaires a connu une légère amélioration. Ainsi, le pourcentage d'établissements de santé sans rupture de stocks d'au moins un médicament traceur (au cours des trois derniers mois) est passé de 39,0% en 2012 à 58,10% en 2021.

1.6.1.4. Financement pour la santé

Selon les comptes de la santé 2020 – 2021, les ressources consacrées à la santé au Togo proviennent principalement de quatre sources essentielles :

- ☞ Les ressources publiques (dépenses de santé du Gouvernement) représentent environ 13% des dépenses courantes de santé en 2021
- ☞ Les ressources extérieures des PTF à travers des accords bilatéraux et multilatéraux représentent environ 16% des dépenses de santé en 2020

- ☞ Les dépenses de santé sous forme des paiements directs des ménages correspondent à 66% des dépenses totales de santé.

Des ressources pour la santé provenant d'autres sources privées, des ONG et des mutualistes ou non, d'assurance-santé courant environ 05 %. Les financements domestiques représentent 84% en 2021, mais largement dominés par les paiements directs. Sur la période 2016 à 2023 le budget de l'Etat alloué à la santé a évolué en dents de scie, soit de 6,08 % en 2016 à 8,8% en 2023 avec un pic en 2020 en lien avec l'effort de lutte contre la COVID 19.

1.6.2. Système National d'Information Sanitaire

La collecte des données du Système national d'information sanitaire (SNIS) est assurée en utilisant la plateforme dénommée District Health Information System, version 2 (DHIS-2) dont le manuel opérationnel des procédures (MOP) décrit le processus de collecte et d'envoi des rapports. Cette plateforme est utilisée dans tous les districts sanitaires du pays.

Mais les taux de complétude et de promptitude des rapports périodiques sont encore très variables, d'une année à l'autre variant respectivement de 77,3% à 93,4% et 96,5% et 83,9% entre 2021 et 2022.

De façon globale, on note une bonne maîtrise du remplissage des outils et du système de contrôle de qualité des données par les différents acteurs. Ces progrès ont permis de produire régulièrement l'annuaire des statistiques sanitaires présentant des données ventilées par districts sanitaires.

En plus des indicateurs clés du PNLP qui sont pris en compte dans le DHIS2, le programme dispose d'une unité de suivi-évaluation qui s'assure de la qualité des données via le monitoring, l'élaboration des rapports de performance, l'organisation des revues avec la participation des parties prenantes etc.

1.7. Place de la lutte contre le paludisme dans les priorités nationales de développement

1.7.1. Engagement politique dans la lutte contre le paludisme

La lutte contre le paludisme est une priorité nationale qui repose sur les stratégies et interventions mises en œuvre à travers des plans stratégiques nationaux (PSN) dont celui de 2023-2026. Ce plan est en parfaite adéquation avec l'axe stratégique 3 : « *lutte contre les maladies et de la maîtrise des déterminants sociaux et environnementaux* » du plan national de développement de la santé 2023-2027 et les orientations de la stratégie technique mondiale 2016-2030 de l'OMS qui vise l'élimination du paludisme.

- Politique et environnement programmatique :

Le paludisme est une maladie prioritaire en raison de la morbidité et de la mortalité élevées qui y sont associées. Le taux de confirmation des cas suspects de paludisme en 2022 est de 63% avec 59% dans le secteur public, 47% dans le secteur privé et 81% au niveau communautaire (Rapport PNLP, 2022).

En dépit de ces résultats et des efforts consentis par le gouvernement togolais et les partenaires, des défis restent à relever, entre autres, la réduction de la transmission de la maladie par le contrôle des vecteurs et la prise en charge correcte des cas. ces efforts pouvant

être entravés par les conditions climatiques imprévisibles qui favorisent la prolifération des moustiques vecteurs et compliquer la mise en œuvre efficace des stratégies de lutte antipaludique.

- **Le niveau des engagements nationaux dans la lutte et l'élimination du paludisme au niveau Régional et international conformément aux pactes, accords, stratégies, plans, cibles.**

Le Plan stratégique national 2023- 2026 est mis en œuvre grâce à l'accompagnement technique et financier des partenaires dont les principaux sont le Fonds mondial, l'Unicef, l'OMS, RBM, Malaria Consortium, suivant des recommandations internationales dont les orientations de la stratégie technique mondiale 2016-2030 de l'OMS qui vise l'élimination du paludisme.

- PSN et Cycle de planification nationale :

Dans le cadre de l'initiative Faire Reculer le Paludisme et conformément aux déclarations d'Abuja de 2000 et 2006, quatre plans stratégiques essentiellement quinquennaux de lutte contre le paludisme couvrant respectivement les périodes de 2001- 2005, 2006 - 2010, 2011 - 2016 et 2017- 2022 ont été mis en œuvre. Depuis 2011, sur recommandation de l'OMS, les plans élaborés sont de seconde génération, basés sur l'accès universel aux interventions antipaludiques.

Le présent plan stratégique couvre une période de quatre ans (2023-2026) et sera mis en œuvre avec l'appui technique et financier des partenaires.

- **Processus d'élaboration du présent plan stratégique.**

L'élaboration de ce nouveau plan stratégique national 2023-2026 de lutte contre le paludisme a été faite en plusieurs phases dont la première est celle de la revue de performance du programme réalisée en 2022 selon les directives de l'OMS. Cette revue a permis d'analyser les stratégies de lutte avec leurs forces et faiblesses, et de redéfinir les objectifs et les stratégies. La phase d'élaboration proprement dite qui a connu une réorientation des stratégies de lutte en passant des interventions ciblées aux interventions en accès universel pour accélérer l'atteinte des objectifs.

Cette rédaction a été effectuée dans des groupes thématiques et consolidée. La phase de validation a consacré l'adoption du plan stratégique nationale 2023-2026 de lutte contre le paludisme.

1.7.2. Programme national de lutte contre le paludisme

- **Création et historique du programme**

La lutte contre le paludisme au Togo remonte à 1952 avec la création du service de lutte antipaludique qui va devenir en 1960 « le Service national du paludisme » (SNP). Ce service avait pour fonction le traitement des cas, la prophylaxie de masse à domicile et l'établissement des cartes de répartition des vecteurs.

Dans les années 1980 la lutte contre le paludisme s'est caractérisée par l'application de la Chimiothérapie des accès fébriles (CAF) à la chloroquine et la prophylaxie antipaludique chez la femme enceinte.

En 2004 sera adoptée la nouvelle politique de prise en charge des cas de paludisme simple avec les CTA et du traitement préventif intermittent (TPI) chez les femmes enceintes.

Après l'adoption de la stratégie mondiale visant le contrôle de la maladie, les stratégies de prise en charge correcte des cas, de prévention y compris la chimio prophylaxie chez la femme enceinte et l'utilisation de la moustiquaire imprégnée et autres matériaux traités aux insecticides ont fait l'objet de directives nationales en application dans notre pays.

L'année 2011 sera celle du passage à l'accès universel aux moustiquaires et depuis lors, le Togo met en œuvre les interventions pour un accès universel en vue d'accélérer l'atteinte des indicateurs d'impact liés au paludisme.

En 2013 la gratuité de la prise en charge du paludisme simple pour toute la population sera décrétée ainsi que le démarrage de la CPS dans la région des Savanes.

Une deuxième campagne de distribution de moustiquaires a été organisée en 2014 pour l'accès universel de même que la mise en œuvre des stratégies avancées pour améliorer les couvertures en TPI chez la femme enceinte.

En 2016, la CPS est étendue aux régions de la Kara et Centrale. Au cours de la même année, le projet pilote Fast Elimination of Malaria by Source Eradication (FEMSE) a été mise en œuvre pour l'élimination du paludisme dans le district sanitaire de l'Est-Mono par le traitement de masse.

En 2017, l'enquête sur les indicateurs du paludisme (EIP) a été réalisée ainsi que la troisième campagne nationale de distribution de moustiquaires pour l'accès universel.

Le traitement de paludisme grave (Artesunate inj et Artemether inj) a été rendu gratuit en 2019 et en 2020 s'est tenue la quatrième campagne nationale de distribution de moustiquaires ainsi que l'EIP 2020.

- **Ancrage et structuration du PNLP**

Le PNLP est sous la tutelle du MSHP. Selon le dernier organigramme du MSHP, le PNLP dépend de la Division des Maladies Transmissibles (DMT) relevant elle-même de la Direction de la Lutte contre les Maladies et des Programmes de Santé Publique (DLMPSP). La DLMPSP est sous la Direction Générale de l'Action Sanitaire (DGAS) qui dépend du secrétariat général.

Une coordination nationale gère tout le système de mise en œuvre des activités de la lutte contre le paludisme en s'appuyant sur l'organisation pyramidale du système de la santé avec au niveau décentralisé les équipes cadre de région, les équipes cadre de district et les prestataires opérationnels ainsi que les agents de santé communautaires et la société civile au niveau communautaire.

Le PNLP, dirigé par un coordonnateur, compte cinq principales unités que sont l'administration et finances, la prévention, la surveillance épidémiologique et recherche, la prise en charge et la gestion des approvisionnements et des stocks.

- **Vision du programme**

Les communautés et les familles togolaises sont libérées du fardeau du paludisme d'ici 2030 pour contribuer au développement du pays.

- **Mission et principes directeurs du PNL**

Sa mission est d'assurer l'accès universel aux interventions antipaludiques avec comme principes directeurs la bonne gouvernance, la participation communautaire, l'intégration, la décentralisation, le partenariat, l'unicité des cadres de planification, de coordination et de suivi/évaluation et le caractère multisectoriel de la lutte contre le paludisme.

- **Engagement politique national et international antérieurs (Déclaration d'Abuja, ODD, RBM, etc.)**

Dans le cadre de la lutte contre le paludisme, des engagements ont été pris au niveau international comme national dans le but de parvenir à l'élimination de la maladie.

Au niveau mondial : mettre fin à l'épidémie de sida, à la tuberculose, au paludisme et aux maladies tropicales négligées et combattre l'hépatite, les maladies transmises par l'eau et autres maladies transmissibles (cible 3.3 de l'ODD3) ;

Au niveau régional : engagement de Lomé en 2000, demandant un plan d'action pour accélérer les réformes du secteur de la santé en mettant l'accent sur le VIH et le paludisme ;

Déclaration d'Abuja, en avril 2001 : allouer 15 % de leur budget gouvernemental à la santé pour faire face aux défis sanitaires, notamment le VIH et le sida, le paludisme et la tuberculose ;

Engagement de Gaborone en 2005, pour un accès universel aux services de prévention, de traitement et de prise en charge médico-sociale du VIH, de la tuberculose et du paludisme ;

Au niveau national : lutte contre les maladies et maîtrise des déterminants sociaux et environnementaux (axe n°3 du PNDS 2023 – 2027).

2. ANALYSE DE LA SITUATION NATIONALE DU PALUDISME

2.1. Historique de la lutte contre le paludisme

La lutte contre le paludisme au Togo remonte à plusieurs années. Les importantes dates et faits ayant marqués cette lutte sont :

- 1994 : Elaboration de la politique nationale de lutte contre le paludisme ;
- 1999 : Adhésion du Togo à l'Initiative « Faire Reculer le Paludisme (FRP) » ;
- 2001 : Elaboration du premier plan stratégique national 2001-2005 ;
- 2003 : Collecte dynamique des données de morbidité et de mortalité sur le paludisme de 1998 à 2002 pour le suivi et l'évaluation de FRP au Togo ;
- 2004 : Adoption de la nouvelle politique de prise en charge des cas de paludisme simple avec les CTA et la prévention avec le TPI chez les femmes enceintes ;
- 2011 : Accès universel en MID ;
- 2013 : Gratuité de la prise en charge du paludisme simple pour toute la population et démarrage de la CPS dans la région des Savanes ;

- 2014 : Mise place des stratégies avancées pour améliorer les couvertures en TPI chez la femme enceinte ;
- 2016 : Extension de la CPS dans les régions de la Kara et Centrale et mise en œuvre du projet pilote Fast Elimination of Malaria by Source Eradication (FEMSE) pour l'élimination du paludisme dans le district sanitaire de l'Est-Mono par le traitement de masse.
- 2019 : Gratuité du traitement des cas de paludisme grave par artésunate/artémether injectable subventionnés.

2.2. PROFIL NATIONAL DU PALUDISME

2.2.1. Les parasites du paludisme

Pour l'heure, la transmission du paludisme est assurée par *Plasmodium falciparum*, *Plasmodium ovale* et *Plasmodium malariae*. On suspecte la présence de *P. vivax*.

Le principal agent pathogène du paludisme au Togo est *P. falciparum* (94,6%). On trouve secondairement le *P. malariae* à 3% et *P ovale* à 2,4% (État des lieux des espèces plasmodiales circulantes au Togo, 2019).

Le dernier rapport des tests de sensibilité des parasites aux médicaments antipaludiques réalisés en 2021 sur deux sites après correction PCR montre une efficacité moyenne pour Artemether-Luméfántrine à 96% et pour le Dihydro artemisinine pipéraqúine à 99% (Rapport TET, 2022).

2.2.2. Vecteurs du paludisme

2.2.2.1. Population anophélienne et cartographie des vecteurs

Au Togo, les espèces responsables de la transmission du paludisme appartiennent au genre *Anopheles* et principalement le complexe *Anopheles gambiae* et le groupe *Anopheles funestus*. Les espèces du genre *Anopheles* représentent 96% et 78% de la faune culicidienne respectivement en saison des pluies et en saison sèche. Les deux principaux vecteurs sont *An. coluzzii* et *An. gambiae*. *An. Coluzzii* est l'espèce la plus répandue au Togo suivie de *An, gambiae*. Les vecteurs secondaires sont *An. arabiensis* observée pendant la saison des pluies et dans les eaux claires et *An. melas* qui se retrouve dans les zones à eau saumâtre (Sud-est du Togo). A côté du complexe *An. gambiae* on note la présence d'*An. funestus* dont la zone de répartition s'étend de la région centrale à la région maritime. La température joue un rôle significatif dans le cycle de vie des moustiques Anophèles et des parasites du paludisme. Les conditions climatiques optimales pour la transmission du paludisme varient entre 20,9°C et 34,2°C, avec des niveaux de précipitations annuelles compris entre 5 050,5 mm et 15 959,6 mm (Colon et al., 2020). Les températures plus élevées réduisent la durée des saisons de transmission du paludisme, déplaçant la maladie vers des altitudes plus élevées et des régions plus tropicales à l'échelle mondiale. L'évaluation du climat et de la vulnérabilité de 2019 indique que certaines préfectures ont des valeurs de risque plus élevées que d'autres.

En Afrique de l'Ouest, y compris au Togo, une estimation prudente prévoit un risque supplémentaire de paludisme pour 58,7 millions de personnes d'ici 2030 en raison de l'augmentation des températures (Ryan et al., 2020). Les inondations et l'augmentation des

précipitations créent des sites de reproduction pour les moustiques, exacerbant encore la transmission de la maladie en Afrique subsaharienne. Les eaux stagnantes issues des pluies facilitent la ponte des œufs et le développement des larves, tandis que des pluies excessives peuvent emporter les sites de reproduction. Les conditions humides résultant des inondations favorisent également la survie des larves et des œufs de moustiques.

Par ailleurs, la bio écologie de ces vecteurs du paludisme indique un caractère plus endophile entre 95 et 100%. Le taux d'agressivité des anophèles varie selon les tranches horaires. On note une activité des anophèles presque à toutes les tranches horaires sauf entre 16h-18h et entre 7h-8h où leur activité est quasiment nulle. Le pic d'agressivité à l'intérieur comme à l'extérieur se situe entre 23h et 05h. Les valeurs maximales d'agressivité des anophèles sont atteintes autour de 03h à l'extérieur et de 02h à l'intérieur. On note également que l'activité des Anophèles est plus élevée à l'extérieur qu'à l'intérieur avec un taux d'agressivité générale de 115 piqûres par homme par nuit en saison des pluies et seulement de 3 piqûres par nuit en saison sèche (Toklo, 2023). Le nombre moyen de piqûres est nettement moins élevé il y a 10 ans avec 30 piqûres par personne et par heure nuit (PNLP, 2011). En 2017, ce pic a été observé entre 2 et 4 heures (Rapport FEMSE, 2017).

Pour ce qui est du comportement trophique, *An. gambiae* et *An. funestus* sont plus endophages. Récemment à Kolocopé, une étude a montré que les anophèles sont plus exophages qu'endophages et plus exophiles avec 62,8% qu'endophiles 37,2% (Toklo, 2023). Ceci montre un changement de comportement trophique des anophèles au fil du temps. Le cycle d'agressivité est le même pour toutes les espèces.

2.2.2.2. Surveillance de la sensibilité des vecteurs aux insecticides

Les tests de sensibilité ont montré une résistance des principaux vecteurs aux différents insecticides recommandés par l'OMS dans l'utilisation des moyens de lutte antivectorielle (Rapport PNL 2023a). Pour les insecticides concernés, on note une résistance au DDT (mortalités (M) comprises entre 0 et 51,72%), à la deltaméthrine (M=2,04 à 78,3%) et à la perméthrine (M=7,77 à 48,2%) sur tous les sites. (Rapport PNL 2023a)

Ces tests ont été également réalisés avec des insecticides utilisés pour la PID. Il s'agit du pirimiphos méthyl 0,25% et de bendiocarb (M=17,41 et 91,8%) qui ont provoqué une mortalité élevée des populations locales de *An. gambiae* s.l. sur tous les sites. (Rapport PNL 2023a)

Les populations de vecteurs, souche de Niamtougou ont présenté une faible intensité de résistance aux trois pyréthrinoïdes testés (la deltaméthrine 0,25%, la perméthrine 3,75% et l'alphacyperméthrine 0,25% ont induit tous, une mortalité de 100%). Une résistance modérée à la perméthrine et à la deltaméthrine a été observée à Sotouboua et Tchamba (La deltaméthrine 0,5% et la perméthrine 7,5% ont induit une mortalité de 100%). A Mango, on note également une résistance modérée à la deltaméthrine (les deltaméthrines 0,25% et 0,5% ont induit des mortalités de 93,75 et 100% respectivement). Une forte intensité de résistance aux trois pyréthrinoïdes testés a été notée sur tous les autres sites à l'exception des sites précités (Niamtougou, Sotouboua, Tchamba, Mango) avec des taux de mortalité compris entre 16,33% et 97,55% aux doses de 5x et 10x.

L'utilisation du synergiste PBO en combinaison avec la deltaméthrine a restauré partiellement la sensibilité d'*An. gambiae* s.l. aux pyréthrinoïdes dans toutes les localités sauf à Tchamba où une restauration totale a été observée. Les mortalités induites par le PBO associé aux pyréthrinoïdes sont comprises entre 5,1% et 100% sur tous les sites.

Quatre allèles de mutation de résistance ont été détectés : kdr L1014F était le plus courant, et L1014S, N1575Y et ace1 étaient moins fréquents. L'allèle L1014F, qui était le plus largement représenté dans le pays, était présent principalement chez *An. coluzzii* et *An. gambiae*, mais rarement chez *An. arabiensis* à Lomé, Baguida, Kolokopé, Kovié et Kpalimé. En outre, L1014S, N1575Y, et G119S ont été détectés chez *An. gambiae* à Nangbéto (région des plateaux), et L1014S et G119S ont été détectés chez *An. gambiae* à Efofami-Yéyé (région des plateaux) et à Mango (région des savanes du nord) (Djegbe et al., 2018).

Dans le cadre de la gestion de cette résistance, le Togo a élaboré en 2016, un plan de gestion globale de résistance avec l'appui de l'OMS. Ce plan doit être évalué pour être mis à jour.

2.2.3. Dynamique de la transmission du paludisme

Au Togo, le paludisme sévit de façon endémique dans toutes les régions sanitaires du territoire national et sa transmission dure toute l'année avec une recrudescence en saisons de pluies.. Il est stable et hyper endémique dans l'ensemble du pays avec une partie holo-endémique entre les parallèles 7,2 et 8. Dans la zone d'Aného sur la côte, le paludisme est hyper ou holo-endémique. Au niveau de la région forestière principalement à Kpalimé, il est à la limite de la méso-endémicité et de l'hyper endémicité avec des Indices Parasitaires (IP) moyens de 50 % chez les enfants d'âge préscolaire.

Notons que depuis 2017, aucune étude n'a été réalisée pour l'actualisation de ces données épidémiologiques. Toutefois, en 2023, une étude sur la stratification épidémiologique et les interventions a été réalisée qui donne des renseignements sur la prévalence et l'incidence du paludisme par district sanitaire.

2.2.4. Endémicité du paludisme et Stratification

2.2.4.1. Morbidité et Mortalité du paludisme

Durant la période de 2017 à 2022, l'incidence du paludisme est passée de 153‰ à 236‰. Parallèlement on note une évolution croissante des cas de paludisme dans les formations sanitaires de 2015 à 2022 avec un pic en 2019. Ces augmentations pourraient s'expliquer par une amélioration de la notification des cas dans les formations sanitaires consécutive à une amélioration de l'accessibilité aux soins dans le cadre de la couverture sanitaire et aussi aux changements climatiques de ces dernières années.

- l'amélioration de la couverture sanitaire avec l'ouverture de nouvelles formations sanitaires et l'accréditation d'autres FS (836 en 2018 contre 1022 en 2019) ;
- l'augmentation de la fréquentation des formations sanitaires liée à la politique de gratuité de la prise en charge des cas de paludisme dans les FS ;
- la mise en place des mécanismes de couverture du risque maladie (INAM depuis 2012 pour les fonctionnaires et assimilés et School Assur pour les élèves lancé en 2017 et les mutuelles de santé);
- l'amélioration au fil des années de la fréquentation des formations sanitaires (46% en 2017 ; 47% en 2018 ; 56% en 2019 ; 51,10% en 2020 ; 56% en 2021 et 56,4% en 2022)
- la mise à échelle du DHIS2 avec dotation des tablettes et crédits internet aux structures sanitaires pour la saisie et la transmission des données sur la plateforme du SNIS ;
- l'amélioration de la collecte des données notamment la complétude avec le DHIS2 ;

- l'intégration progressive des structures sanitaires libérales dans le SNIS ;
- la disponibilité des intrants antipaludiques notamment les TDR mis à échelle pour les diagnostics ;
- l'amélioration de la qualité du diagnostic du paludisme dans les FS.

Par contre on observe une évolution décroissante des cas de décès de paludisme dans les formations sanitaires de 2015 à 2022 avec un important pic en 2019. Cette baisse pourrait s'expliquer par :

- une meilleure notification des cas dans les formations sanitaires ;
- une amélioration de la prise en charge des cas dans les formations sanitaires liée à la gratuité des CTA et de l'artésunate injectable ;
- une amélioration de la fréquentation des formations sanitaires liée à la gratuité des soins et à l'assurance school assur pour les élèves, lancée en 2017 et les mutuelles de santé
- Participation plus active du secteur privé
- Création de nouvelles formations sanitaires avec formation des prestataires contribuant à une meilleure prise en charge

La létalité due au paludisme a baissé de 3 % en 2016 à 2,08 % en 2022 contre une cible attendue de 1,8%. Cependant l'on a connu une augmentation de la létalité en 2019 qui est passée à 3,6 %. Les décès seraient liés probablement aux consultations tardives. L'absence des audits systématiques des décès contribueraient à l'attribution abusive des décès au paludisme.

Avec l'introduction de la gratuité de la prise en charge du paludisme grave par l'artésunate injectable dans les hôpitaux en 2019, la létalité est passée de 3,6% à 2,08% en en 2022.

Bien que l'incidence du paludisme confirmé ait augmenté, le taux de mortalité des enfants de moins de 5 ans a baissé de 88 ‰ en 2014 à 71 ‰ en 2017 contre une cible de 59‰ en 2022. Ceci serait due à l'amélioration de la prise en charge des cas dans les formations sanitaires. La tendance de l'incidence du paludisme grave a connu une évolution similaire à celle de l'incidence des cas de paludisme.

La prévalence parasitaire chez les enfants de 6-59 mois a connu une évolution en dents de scie, passant de 36 % en 2014 (EDST) à 28% en 2017 (EIP) puis à 35,5 % en 2020 (EIP 2020) contre une cible attendue de 19,7%. Cette tendance pourrait s'expliquer par

- la faible couverture en utilisation des MID et le TPI ;
- la résistance des vecteurs aux insecticides ;
- la lutte anti larvaire qui est restée rudimentaire ;la faible prise en compte de la multisectorialité de la lutte anti paludique ;la non mise en œuvre des intervention complémentaires notamment la PID ;
- la faiblesse de la recherche dans le domaine de la lutte vectorielle.

Précipitations et associées aux cas de paludisme selon les districts

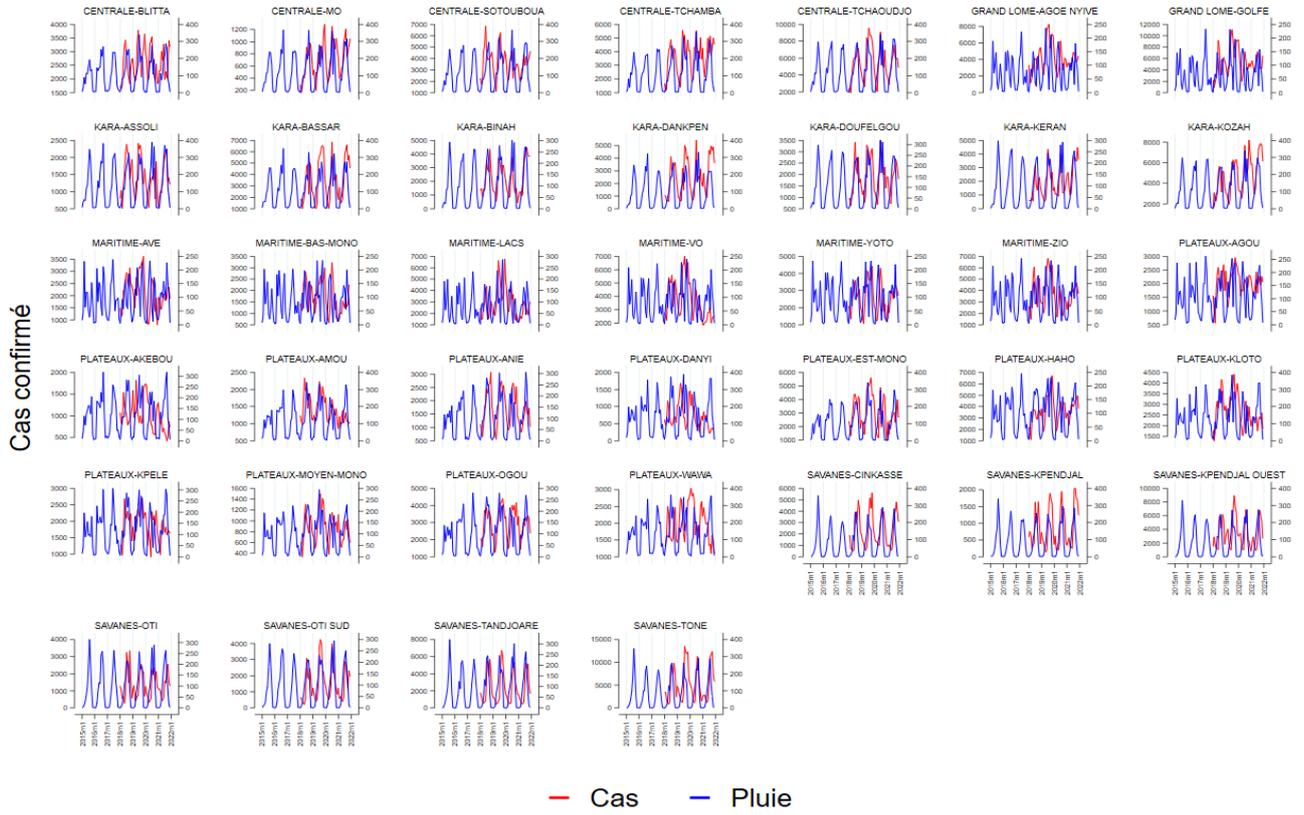


Figure 2: Précipitations associées aux cas de paludisme

Identification des pics en utilisant les données pluviométriques pour chaque mois-block



Figure 3: Pic de saisonnalité

2.2.4.2. Stratification du paludisme et Interventions adaptées

Estimation de l'incidence ajustée selon l'approche de l'OMS

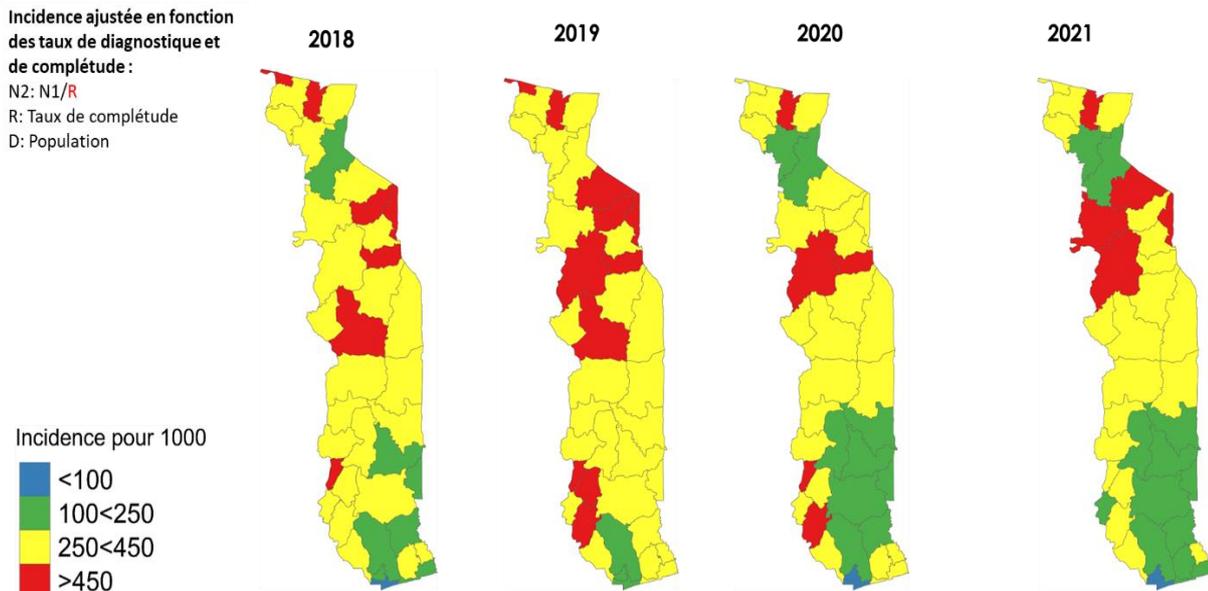


Figure 4: Estimation de l'incidence ajustée du paludisme de 2018-2021

Selon la stratification épidémiologique réalisée en 2022, l'incidence du paludisme a régressé d'année en année entre 2018 et 2021. On note un district de très faible transmission du paludisme, 13 districts qui sont des zones de faible transmission, 20 districts de transmission modérée et 5 zones de forte transmission.

MIX FINAL D'INTERVENTIONS-STRATEGIQUES

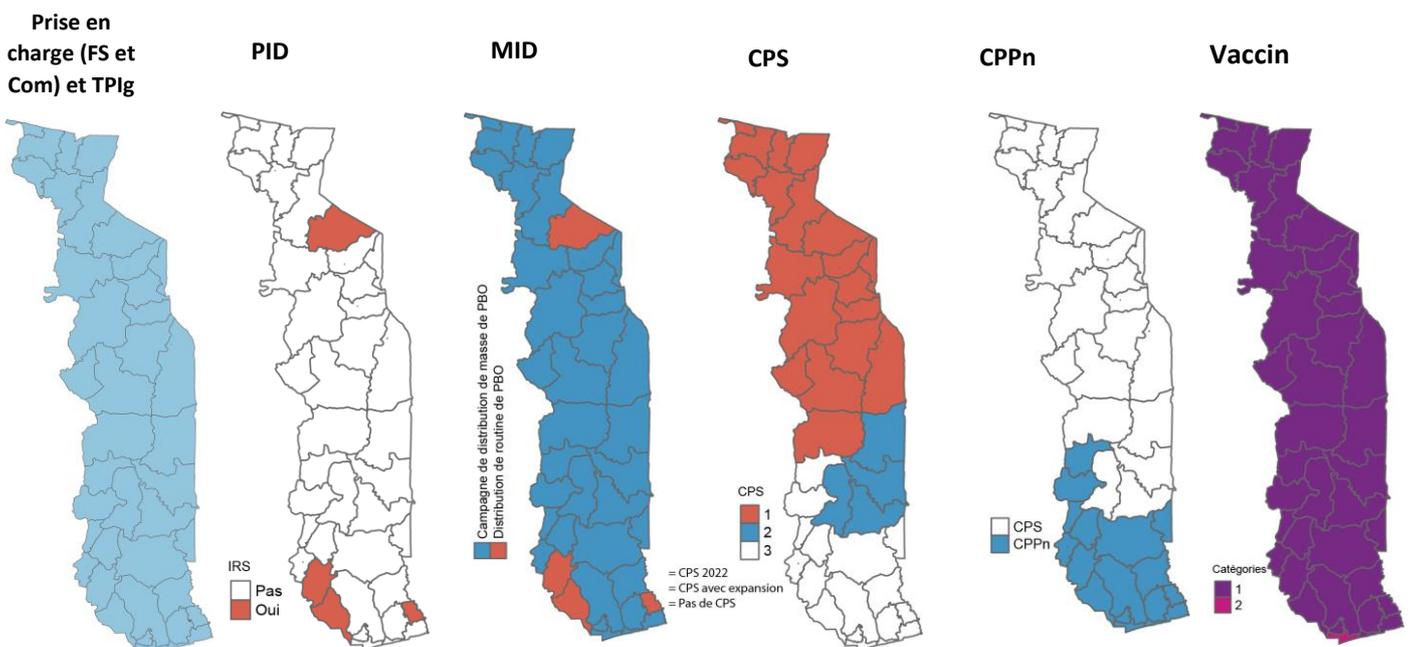


Figure 5 : Interventions/stratégies de lutte antipaludique

tous les districts du pays. La PID doit être mise en œuvre dans 4 districts. Il s'agit de Kéran, Agou, Avé et Bas-Mono. La campagne de distribution de masse utilise les MID avec PBO dans

tous les districts du pays et pour la distribution en routine dans 4 districts. La CPS, en plus des districts des régions des Savanes, Kara et Centrale, va se faire dans 4 nouveaux districts de la région des Plateaux (Est-Mono, Ogou, Amou et Anié). Par ailleurs, la chimioprévention du paludisme durable va être mise en œuvre dans 17 districts et la vaccination dans tous les districts sanitaires du pays (Golfe, Agoe-Nyivé, Lacs, Bas-Mono, Zio, Vo, Yoto, Avé, Haho, Agou, Kloto, Amou, Kpélé, Danyi, Wawa, Akébou et Moyen-Mono).

En 2019, le Togo a fait l'étude de vulnérabilité du secteur santé aux effets du changement climatique qui a identifiée des zones principales de danger lié à la transmission du paludisme, comme le montre la carte suivante.

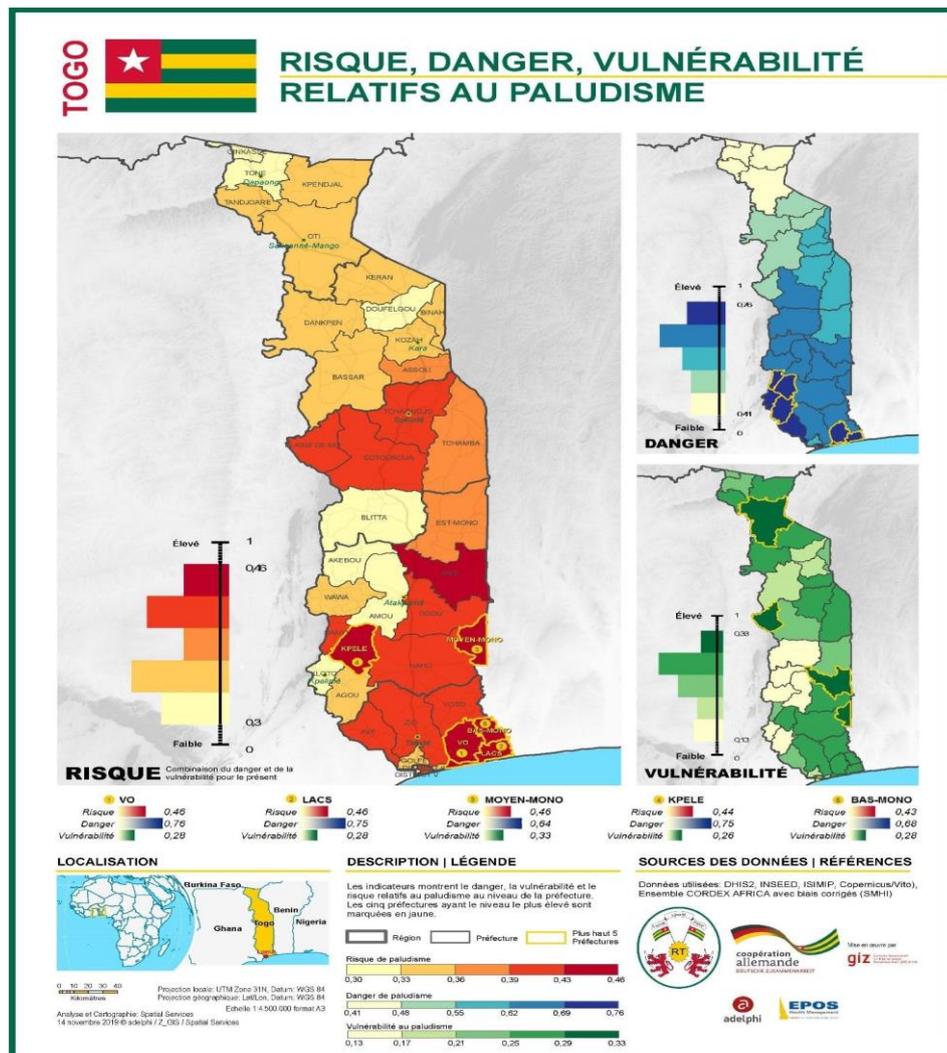


Figure 6: Risques, dangers et vulnérabilités relatifs au paludisme

2.3. Performance du Programme de lutte contre le paludisme

2.3.1. Principaux résultats de la lutte contre le paludisme

A l'issue du processus d'évaluation finale de la mise en œuvre du PSN 2017-2022, les principaux résultats de la performance du programme par stratégie se présentent comme suit :

2.3.1.1. Lutte anti vectorielle

Les stratégies inscrites dans le PSN 2023-2026 pour atteindre l'objectif 1 sont la lutte antivectorielle (LAV, LAL, PID), la prévention du paludisme pendant la grossesse (MID, TPI) et

la chimioprévention du paludisme saisonnier (CPS). La performance physique de la mise en œuvre des stratégies et interventions de cet objectif est présentée dans le tableau suivant :

Tableau II : Performance de la mise en œuvre des stratégies de l'objectif 1

Stratégies/Interventions	Nombre d'activités planifiées	Nombre d'activités réalisées	Taux brut de réalisation	Performance ajustée
Lutte anti vectorielle	105	11	10%	9%
Prévention du paludisme chez la femme enceinte	21	15	71%	69%
Chimio prévention du paludisme saisonnier	179	172	96%	95%
Total objectif 1	305	198	65%	62%

La performance physique globale de l'objectif 1 est de 65% avec une performance ajustée de 62%. Il ressort ainsi que près des 2/3 des activités planifiées ont été réalisées. Cette performance insuffisante est liée au fait que la PID, la LAL et la gestion de la résistance des vecteurs aux insecticides n'ont pas été mises en œuvre par manque de financement. La prévention du paludisme chez la femme enceinte a été réalisée à 71% avec une performance ajustée de 69%. La CPS quant à elle, est la stratégie qui a obtenu une performance satisfaisante de 95%. Partant de ces résultats, il apparaît nécessaire de mobiliser plus de ressources pour la mise en œuvre des stratégies complémentaires (PID, LAL), le renforcement de la promotion de l'utilisation des MID et le renforcement de la prévention du paludisme chez la femme enceinte.

2.3.1.2. Prise en charge des cas

Les stratégies du PSN devant permettre la réduction de la mortalité liée au paludisme sont le diagnostic parasitologique, le traitement des cas de paludisme, la pharmacovigilance et la surveillance de l'efficacité thérapeutique des antipaludiques. La performance physique de la mise en œuvre des stratégies et interventions de cet objectif est présentée dans le tableau suivant :

Tableau III : Performance de la mise en œuvre des stratégies de l'objectif 2

Stratégies/Interventions	Nombre d'activités planifiées	Nombre d'activités réalisées	Taux brut de réalisation	Performance ajustée
Diagnostic parasitologique	67	39	58%	51%
Traitement des cas	142	71	50%	43%
Pharmacovigilance	3	-	-	-
Surveillance de l'efficacité des antipaludiques	3	1	33%	27%
Total objectif 2	215	111	52%	44%

Les données sur la pharmacovigilance n'ont pas pu être capitalisées car cette stratégie n'est pas sous le contrôle du programme. Quant à la surveillance de l'efficacité des antipaludiques, au lieu d'être réalisée tous les deux ans, n'a pu être mise en œuvre qu'une seule fois selon le financement disponible.

2.3.1.3. Gestion du programme

La performance physique de la mise en œuvre des stratégies et interventions de l'objectif 3 est présentée dans le tableau ci-dessous :

Tableau IV : Performance de la mise en œuvre des stratégies de l'objectif 3

Stratégies/Interventions	Nombre d'activités planifiées	Nombre d'activités réalisées	Taux brut de réalisation	Performance ajustée
Gestion programmatique du paludisme à différents niveaux	355	321	90%	82%
Promotion de la santé et partenariat/communication	228	72	32%	29%
Gestion des achats et stocks /GAS	138	90	65%	61%
Surveillance/Suivi-évaluation	699	478	68%	65%
Total objectif 3	1420	961	68%	63%

La performance physique de la mise en œuvre des stratégies et interventions de l'objectif 3 est de 68% avec une performance ajustée de 63%. En dessous des attentes, cette sous performance est liée au fait que certaines activités n'ont pu être mises en œuvre parce que n'ayant pas obtenu de financement, mais également les interférences liées à l'utilisation des mêmes acteurs ont été non négligeables.

2.3.2. Analyse FFOM de la RPP PSN 2017-2022

Tableau V : Analyse FFOM de la RPP PSN 2017-2022

FORCES	FAIBLESSES	OPPORTUNITÉS	MENACES
Prevention			
<ul style="list-style-type: none"> - Disponibilité des MID (minimisation des gaps de MID à partir de la campagne de 2020) - Périodicité du cycle de trois ans respectés dans l'organisation des campagnes de distribution de MID - Distribution des MID en routine pour le maintien de la couverture universelle - Existence d'un réseau d'ASC pour le suivi de l'utilisation des MID - Surveillance de la sensibilité des vecteurs aux insecticides - Adaptation des stratégies de distribution au contexte de COVID - Introduction des MID avec PBO - Digitalisation des campagnes MID en 2020 et CPS en 2022 	<ul style="list-style-type: none"> - Faible utilisation des MID dans les ménages - Insuffisance de respect des directives - Occasions manquées de distribution de MID lors des stratégies avancées - Inadéquation de circuit de distribution dans les grosses structures - Insuffisance dans la communication de proximité et dans le suivi de l'utilisation des MID - Activités liées à la promotion des MID incomplètement mises en œuvre - Insuffisance dans la qualité de l'accueil dans les FS - Absence de l'intégration/prise en compte des aspects climatiques (absence de mécanisme d'alerte précoce) 	<ul style="list-style-type: none"> - Approbation du dialogue communautaire par les partenaires financiers - Appui financier et technique des partenaires (FM, AMF, AMP, OMS, Unicef et Malaria Consortium) - Appui des forces armées togolaises pour le convoyage des MID - Existence d'un programme de l'UEMOA en matière de LAL au niveau urbain - Existence d'une collaboration avec les institutions de recherche nationales, sous régionales et internationales - Mise en œuvre du programme WEZOU - Bonne connaissance des femmes de la CPN, de ses avantages et des risques que peut courir une femme enceinte - Disponibilité des fonds climatiques (comme le Fonds Vert Climat) 	<ul style="list-style-type: none"> - Résistance des vecteurs aux insecticides - Forte dépendance du financement extérieur ; - Émergence des maladies à potentielle épidémique - Résistance à la SP - Persistance des facteurs socio-culturels en défaveur des CPN - Barrières socio-culturelles - Insécurité dans le nord du pays - Exacerbation des effets néfastes du climat
Prise en charge			

FORCES	FAIBLESSES	OPPORTUNITÉS	MENACES
<ul style="list-style-type: none"> - Disponibilité des documents normatifs - Mise à la disposition des FS et des ASC : TDR, CTA, pour la PEC gratuite du paludisme simple ; - Mise à la disposition de l'Artésunate injectable pour le traitement pré transfert dans les USP et pour la PEC gratuite du paludisme grave dans les hôpitaux Révision et reprographie/ reproduction des outils de formation des ASC et des prestataires de soins du secteur public et privé pour la PEC du paludisme - Existence de prestataires et d'ASC formés sur la PEC selon l'approche PECIMNE C/c - Disponibilité d'un guide national de diagnostic biologique du paludisme 	<ul style="list-style-type: none"> - Faible effectif des techniciens mis à niveau sur le diagnostic du paludisme ; - - Retard dans le processus de passation des marchés pour l'acquisition des consommables de laboratoire ; - Indisponibilité d'une plateforme PCR au Togo pour la recherche des marqueurs moléculaires de résistance. - Non-respect des directives nationales de PEC surtout dans les hôpitaux de référence ; - Faible appropriation de la gestion de la PCIMNE-Clinique au niveau décentralisé 	<ul style="list-style-type: none"> - Disponibilité de financement des partenaires (Fm, BM, Unicef, Plan International, HRH2030, la Chine...) pour l'acquisition des intrants du diagnostic et du traitement ; - Coopération Chine-Togo ; - Disponibilité de la nouvelle cartographie des espèces plasmodiales - 	<ul style="list-style-type: none"> - Forte dépendance du financement extérieur ; - Emergence d'autres espèces plasmodiales devant entraîner la révision de l'achat des TDR ; - Existence de circuits parallèles/illicites d'approvisionnement en médicaments antipaludiques. - Utilisation des antipaludiques sans confirmation pouvant entraîner des résistances ; - La vulgarisation de la monothérapie à l'Artemisia annua au niveau communautaire pour le traitement du paludisme <ul style="list-style-type: none"> - Insécurité dans le nord du pays
Gestion du programme			
<ul style="list-style-type: none"> - Disponibilité des ressources humaines qualifiées ; - Disponibilité des documents stratégiques ; - Mise à l'échelle du Dhis-2 comme unique base de données nationale ; 	<ul style="list-style-type: none"> - Absence de plan de formation du personnel ; - Faible mobilisation des ressources locales - Absence d'un document de plaidoyer pour la mobilisation des ressources ; - Faible mobilisation des ressources endogènes ; 	<ul style="list-style-type: none"> - Disponibilité de partenaires techniques et financiers - Existence des sociétés privées - Appui financier et technique des partenaires - Disponibilité des médias pour accompagner le PNLP - Forte volonté politique / Subvention de l'Etat ; 	<ul style="list-style-type: none"> Réorientation des ressources à cause de l'émergence d'autres urgences de santé Inexistence d'une task force des partenaires - Forte dépendance du financement extérieur ; - Débordement de la crise du sahel

FORCES	FAIBLESSES	OPPORTUNITÉS	MENACES
<ul style="list-style-type: none"> - Intégration du PNLP au SNIS ; - Existence de MOP ; - Existence des outils harmonisés ; - Digitalisation des campagnes MID et CPS ; - Formation des acteurs en suivi/évaluation et sur la qualité des données ; - Intégration des points focaux paludisme aux pools SNIS ; - Intégration des ONG dans le suivi des ASC ; - Dotation de crédit internet aux formations sanitaires pour le rapportage des données ; - Participation des COGES dans la gestion des médicaments ; - Existence d'une structure de gestion des approvisionnements, stocks et distribution au niveau central et régional (CAMEG-Togo et PRA) ; - 	<ul style="list-style-type: none"> - faible fonctionnalité du cadre formel de collaboration avec les autorités communales et communautaires pour la lutte contre le paludisme ; - Faible gestion des rumeurs sur le paludisme - Non maîtrise des besoins en produits de santé antipaludiques de certaines structures privés (grossistes) ; - Insuffisance dans la planification et l'exécution des achats des PSLP - Insuffisance dans la formation des acteurs impliqués dans la gestion des PSLP ; - Insuffisance dans la supervision formative des RFS et des gérants de pharmacie sur la gestion des produits de santé ; - Insuffisance de la traçabilité des médicaments jusqu'au point de prestation ; - Insuffisance dans la gestion des stocks des PSLP dans les formations sanitaires ; - Présence de CTA non subventionnés dans certaines formations sanitaires publiques ; - insuffisance d'espace de stockage des PSLP au niveau central - Insuffisance dans la distribution des produits de santé jusqu'au dernier kilomètre ; - Absence d'un plan de recherche ; - Faible implication du secteur privé ; - 	<ul style="list-style-type: none"> - Existence du financement/parteneriat du Fm, AMF, de la BM, de l'OMS, de RBM, de HRH2030/USAID, de l'Unicef, de Plan Togo, de la CRT, MC... etc ; - Mise en œuvre du système national d'approvisionnement pharmaceutique ; - Mise en place de la gratuité des antipaludiques grâce au financement des partenaires en développement ; - Contribution des ONG intervenant dans la lutte contre le paludisme 	<ul style="list-style-type: none"> - ; - Multiplicité des circuits d'approvisionnement ; - Résistance aux CTA et aux insecticides. - Instabilité de la connexion internet ; - Piratage informatique ; - Troubles socio-politiques ; - Crises sanitaires ; -

Source : Rapport RPP PSN 2017-2022 ; 2022

1.1. Financement de la lutte contre le paludisme

1.1.1. Mobilisation de ressources pour la lutte antipaludique

Le financement de la santé est assuré par 4 sources principales à savoir, (i) le secteur public, (ii) les ménages, (iii) les PTFs dont les ONG et les organismes de la coopération bi et multilatérale et (iv) le secteur privé

Tableau VI : Mobilisation des ressources et des dépenses du PSN, 2017-2022

Rubriques	2017	2018	2019	2020	2021	2022	Total
Budget total du PSN par an (A)	24 037 722 892	29 659 167 130	13 106 091 953	24 176 419 259	16 484 916 024	9 025 393 286	116 689 710 544
Budget total mobilisé par an (B)	18 507 004 162	3 245 436 812	6 671 524 553	20 067 910 148	7 433 496 219	9 221 281 052	65 146 652 946
Taux annuel de mobilisation des ressources C = (B/A)	76,99%	10,94%	50,90%	83,01%	45,09%	99,96%	55,83%
Total des dépenses = D	13 814 434 735	3 227 166 874	3 786 005 815	18 447 984 097	4 204 178 089	4 951 426 120	48 431 195 730
Taux d'absorption du budget alloué (D /B)	74,64%	99,44%	56,75%	91,93%	56,56%	53,70%	74,34%

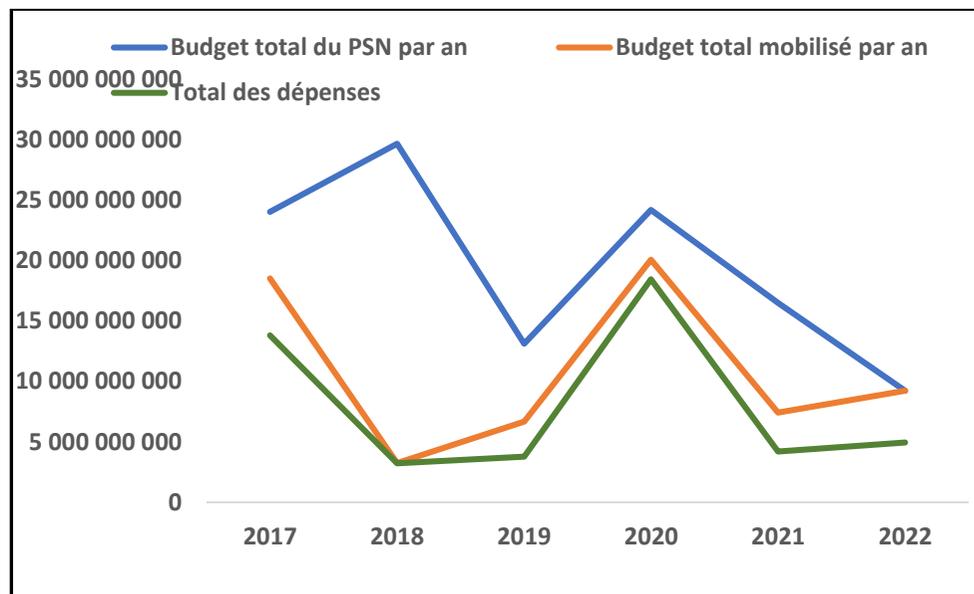
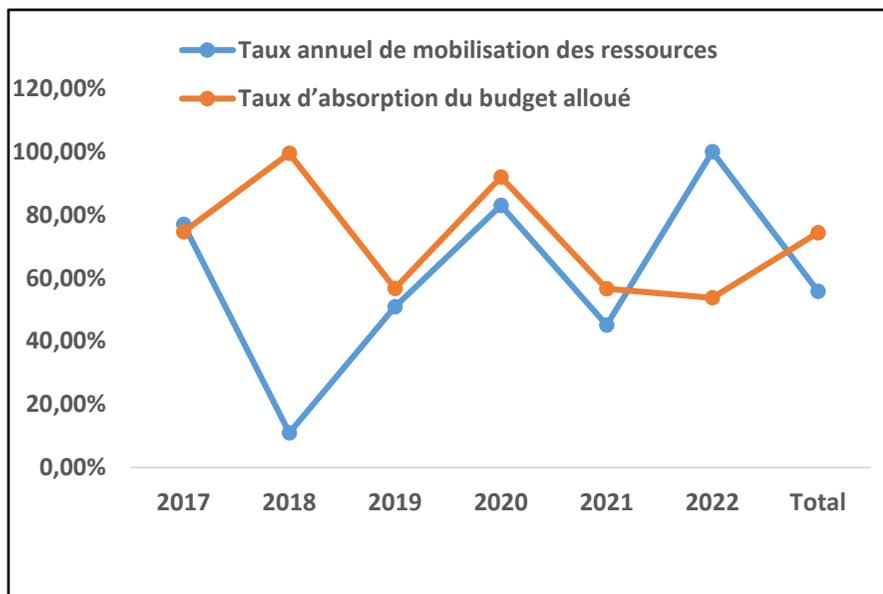


Figure 8 : Taux de Mobilisation et d'absorption des ressources du PSN, 2017-2022

Figure 7 : Mobilisation des ressources et des dépenses du PSN, 2017-2022

Les ressources financières mobilisées pour la mise en œuvre du PSN 2017- 2022 se chiffrent à 65 146 652 946 FCFA. Ce financement émanait essentiellement des contributions des partenaires (91,18%). Le Fonds mondial demeure le principal contributeur avec un taux de 71,47%. On relève une forte dépendance du financement extérieur pour la mise en œuvre du PSN.

Les taux de mobilisation et d'absorption globaux des ressources financières sur la période 2017 à 2022 sont respectivement de 55,83% et 74,34%. La faible mobilisation des ressources est liée au fait que certaines stratégies et interventions n'ont pas bénéficié de financement notamment la PID, la LAL, la communication et le renforcement des capacités.

L'exercice 2018 a connu le taux de mobilisation des ressources financières le plus faible (10,94%) lié au fait que le volet Lutte anti larvaire et gestion de l'environnement d'un montant de 12 531 480 774 FCFA et la PID n'ont pas été financés durant la mise en œuvre. Cependant le taux d'absorption le plus élevé a été enregistré à la même année (99,44%). Le taux de mobilisation des ressources du PSN le plus élevé est enregistré en 2022 (99,96%).

1.1.2. Analyse du paysage du financement du paludisme

1.1.2.1. Ressources mobilisées et des dépenses

La gestion des ressources financières par intervention de mise en œuvre du PSN pour la période 2017-2022 se présente comme suit :

Tableau VII : Financement du PSN par intervention, 2017-2022

Rubriques	2017	2018	2019	2020	2021	2022	Total
Budget total du PSN par an (A)	24 037 722 892	29 659 167 130	13 106 091 953	14 176 419 259	16 484 916 024	9 025 393 286	106 489 710 544
Budget total mobilisé par an (B)	18 507 004 162	3 245 436 812	6 671 524 553	20 067 910 148	7 433 496 219	8 934 208 818	64 859 580 712
Taux annuel de mobilisation des ressources C = (B/A)	76,99%	10,94%	50,90%	141,56%	45,09%	98,99%	60,91%
Total des dépenses = D	13 814 434 735	3 227 166 874	3 786 005 815	18 447 984 097	4 204 178 089	4 951 426 120	48 431 195 730
Taux d'absorption du budget alloué (D /B)	74,64%	99,44%	56,75%	91,93%	56,56%	55,42%	74,67%

Le taux de mobilisation globale des ressources financières sur la période 2017 à 2022 est de 60,91%, respectivement 76,99% en 2017, 10,94% en 2018 ; 50,90% en 2019 ; 141,56% en 2020 ; 45,09% en 2021 et 98,99% en 2022.

Il faut noter qu'au cours de la période, certaines stratégies et interventions n'ont pas bénéficié de financement notamment la PID, la LAL, la communication et le renforcement des capacités.

L'exercice 2018 a connu le taux de mobilisation des ressources financières le plus faible (10,94%) dû à la baisse du financement du Fonds Mondial, principal partenaire du PNLP. Cependant le taux d'absorption le plus élevé a été enregistré à la même année (99,44%).

Le taux de mobilisation des ressources du PSN le plus élevé est enregistré en 2020 (141,56%). Ce dépassement s'explique par la tenue de la campagne de distribution universelle des MID et la mobilisation du financement du Malaria Consortium pour les activités de la CPS non prévu dans les prévisions initiales

1.1.2.2. Paysage financier du paludisme par source de financement

Tableau VIII : Mobilisation des ressources par sources de financement

Sources de financement	Année						Total	%
	2017	2018	2019	2020	2021	2022		
ETAT TOGOLAIS	1 050 000 000	198 624 822	205 610 844	1 692 932 810	2 548 865 465	317 072 234	6 013 106 175	8,82%
OMS	4 334 180	2 593 150	2 763 650	-	-		9 690 980	0,01%
UNICEF	462 022 500	304 461 591	237 328 945	100 538 256	123 474 175		1 227 825 467	1,80%
FONDS MONDIAL	10 614 592 605	2 642 543 770	6 234 038 750	14 008 382 184	6 835 426 924	8 374 387 865	48 709 372 098	71,47%
AMF	3 564 370 250	-	83 988 850	4 258 223 673	-		7 906 582 773	11,60%
BANQUE MONDIALE	2 304 164 426	242 311 909	51 725 848	-	-		2 598 202 183	3,81%
CHINE (FEMS)	507 520 201	-	-	-	-		507 520 201	0,74%
RBM	-	6 056 392	-	-	-		6 056 392	0,01%
ALMA	-	2 470 000	1 738 510	-	-		4 208 510	0,01%
TOTAL TOGO	-	-	940 000	-	-		940 000	0,00%
HRH2030	-	-	29 000 000	51 761 280	4 625 345		85 386 625	0,13%
UNOPS				5 790 615	-	-	5 790 615	0,01%
MALARIA CONSORTIUM				113 214 140	439 969 775	529 820 953	1 083 004 868	1,59%
TOTAL	18 507 004 162	3 399 061 634	6 847 135 397	20 230 842 958	9 952 361 684	9 221 281 052	68 157 686 887	100,00%

Au vu des données du tableau ci-dessus, le Fond mondial est le principal partenaire qui a appuyé le programme dans la mise en œuvre du PSN 2017-2022 avec une part de 71,47% du montant mobilisé. La contribution de l'état est de 8,82%.

Les ressources financières mobilisées pour la mise en œuvre du PSN pendant la période de 2017- 2022 se chiffrent à 82 385 018 713 FCFA. Ce financement émanait essentiellement des contributions des partenaires avec un taux de 96,70%. Le Fonds mondial constitue le principal contributeur avec un taux de 80,40%. On relève une forte dépendance du financement extérieur pour la mise en œuvre du PSN.

1.2. Principaux acteurs de la lutte contre le paludisme

1.2.1. Collaboration interne avec les services/structures du MSHP

Le Plan Stratégique National (PSN) de lutte contre le paludisme 2023-2026 est aligné sur les priorités et les stratégies du PNDS 2023-2027. Sa mise en œuvre et la coordination des interventions relèvent au niveau national de la coordination du PNLP, qui dépend du secrétariat général, de la Direction Générale de l'Action Sanitaire et la Direction de la lutte contre la maladie et des programmes de santé publique. Dans le cadre de l'appui technique du PNLP et du suivi des interventions, les comités techniques (prévention, prise en charge, suivi-évaluation, mobilisation sociale) sont mis en place dont la composition est pluridisciplinaire et plurisectorielle (MSPS, université, société civile, partenaires, communicateurs des médias, secteur privé).

Au niveau régional des équipes cadres de régions et au niveau opérationnel des équipes cadres de districts disposant à leur sein des points focaux de la lutte contre le paludisme, coordonnent les activités. Les responsables des formations sanitaires réalisent toutes les activités de santé y compris celles liées à la lutte contre le paludisme. Au niveau communautaire les ASC en plus des activités promotionnelles prennent en charge les cas simples du paludisme

1.2.2. Partenariat pour la lutte contre le paludisme

Les interventions de la lutte contre le paludisme ne pourront apporter des résultats que lorsqu'elles sont mises en œuvre dans un cadre de partenariat. Ainsi, le PNLP renforcera le partenariat national et international avec toutes les entités qui contribueront à l'élimination du paludisme dans le pays. Dans ce sens, le PNLP continuera à travailler avec les institutions internationales de lutte contre le paludisme à savoir RBM, ALMA, AMP, AMF, Fonds mondial, Banque Mondiale et autres.

Au plan local, la lutte contre le paludisme impliquera toutes les parties prenantes à savoir les partenaires techniques et financiers (OMS, Unicef), l'université, les ONG (Plan International, Malaria consortium, réseaux des ONG locales, CRT), la communauté, les autres secteurs (administration territoriale, action sociale, environnement, agriculture) et le secteur privé. Un cadre de concertation entre tous ces acteurs sera mis en place pour faciliter les échanges.

Avec le soutien de la GIZ, le MSHP et l'Agence Nationale Météorologiques (ANAMET) élaborent actuellement un projet à soumettre au Fonds vert pour le climat (FVC), qui a identifié le paludisme comme l'un des trois résultats sanitaires prioritaires pour le Togo en fonction du climat.

1.2.3. Coordination et Collaboration avec les pays limitrophes

La coordination du PNLP collabore avec les coordonnateurs des programmes du Ghana, du Bénin et du Burkina-Faso, limitrophes avec le Togo. Cette collaboration facilite la mise en œuvre des interventions et s'étend parfois à la résolution de problèmes d'intrants. Dans le cadre de la synchronisation de certaines interventions des réunions transfrontalières sont importantes pour échanger et mieux organiser les activités au niveau des frontières. Elles regrouperont les acteurs de mise en œuvre de ces activités.

1.3. Principales faiblesses de mise en œuvre du PSN 2017-2022

La mise en œuvre du PSN 2017-2022 a permis de relever des faiblesses majeures qui seront prises en compte dans les nouvelles activités du présent PSN. Elles sont majoritairement :

- L'appropriation des interventions de lutte contre le paludisme par la communauté ;
- La collaboration avec le secteur privé qui n'est pas optimale ;
- La faible qualité des données qui influencent la prise de décisions ;
- La faible redevabilité des acteurs du niveau opérationnel ;
- L'intégration insuffisante des considérations climatiques dans la planification et la mise en œuvre des interventions de lutte contre le paludisme ;
- L'insuffisance dans la communication de proximité et dans le suivi des interventions de lutte contre le paludisme.

1.4. Défis du programme pour le PSN 2023 – 2026

Les principaux défis pour la période 2023-2026 sont :

- Augmentation de la performance de la mise en œuvre physique des interventions qui est actuellement de 65% ;
- Développement des stratégies novatrices et complémentaires pour la lutte contre le paludisme (la PID, la lutte anti larvaire) ;
- Augmentation du taux d'utilisation des MID par les ménages ;
- Augmentation de la couverture TPI3 ;
- Accroissement de la qualité du diagnostic du paludisme par la microscopie ;
- Amélioration de la supervision en quantité et en qualité à tous les niveaux de la lutte contre le paludisme ;
- Renforcement de l'implication du secteur privé surtout libéral dans la lutte contre le paludisme ;
- Assurance de la qualité dans la mise en œuvre des interventions ;
- Formalisation de la collaboration intersectorielle, y compris le secteur privé ;
- Amélioration des indicateurs financiers (mobilisation et absorption) ;

- Mise en place d'un système d'approvisionnement des produits de santé de lutte contre le paludisme au dernier kilomètre ;
- Assurance qualité de la gestion des produits de santé de lutte contre le paludisme (outils, supervision) ;
- Elaboration et mise en œuvre d'un plan de communication et d'un plan de plaidoyer pour la mobilisation des ressources ;
- Intégration des systèmes d'alerte précoce climat-santé comme prévention ;
- Assurance qualité des données ;
- Elaboration et mise en œuvre d'un plan de recherche.

2. PLAN STRATEGIQUE DE LUTTE CONTRE LE PALUDISME 2023-2026

2.1. Cadre stratégique du PSN

2.1.1. Vision du PSN

Les communautés et les familles togolaises sont libérées du fardeau du paludisme d'ici 2030 pour contribuer de manière efficiente au développement du pays.

2.1.2. Mission

Eliminer le paludisme en assurant l'accès universel aux interventions antipaludiques.

2.1.3. Principes directeurs et valeurs

Les principes directeurs de la lutte contre le paludisme reposent sur :

- La bonne gouvernance ;
- La participation communautaire ;
- L'intégration ;
- La décentralisation ;
- Le partenariat ;
- L'unicité des cadres de planification, de coordination et de suivi/évaluation ;
- Le caractère multisectoriel de la lutte contre le paludisme.

2.1.4. Orientations stratégiques et priorités

Les orientations stratégiques du PSN 2023-2026 répondent à la dynamique de l'accès universel en matière de prévention et de prise en charge du paludisme. Elles sont en cohérence avec les axes stratégiques du PNDS 2023-2027 qui s'inscrivent dans la dynamique des ODD, notamment l'axe 2 : (Utilisation des services essentiels de santé y compris la nutrition pour les mères, les enfants, les jeunes et adolescents et les personnes âgées) et l'axe 3 (Lutte contre les maladies et maîtrise des déterminants sociaux et environnementaux)

2.1.5. But du Plan Stratégique

Contribuer à l'amélioration de l'état de santé de la population en réduisant de façon significative le fardeau du paludisme d'ici 2026.

2.1.6. Objectifs du Plan Stratégique National

Les objectifs du PSN 2023-2026 sont conformes aux orientations de la stratégie technique mondiale de lutte contre le paludisme 2016-2030 de l'OMS et la stratégie CEDEAO. Il s'agit de :

- réduire l'incidence du paludisme d'au moins 65% par rapport à 2022 ;
- réduire le taux de mortalité du paludisme d'au moins 65% par rapport à 2022 ;
- renforcer les capacités de gestion de la lutte contre le paludisme à tous les niveaux.

2.1.7. Résultats attendus du Plan Stratégique National

Les résultats attendus découlant des objectifs sont les suivants :

- au moins 80% de la population à risque de paludisme a dormi la nuit précédente sous une moustiquaire imprégnée d'insecticide ;
- au moins 85% des enfants de moins de 5 ans à risque de paludisme ont dormi la nuit précédente sous une moustiquaire imprégnée d'insecticide ;
- au moins 85% des femmes enceintes à risque de paludisme ont dormi la nuit précédente sous une moustiquaire imprégnée d'insecticide ;
- au moins 76 % des femmes enceintes à risque de paludisme ont reçu au moins trois doses de traitement préventif intermittent au cours de soins prénatals durant leur dernière grossesse ;
- au moins 96 % des enfants de 3-59 mois ayant reçu le traitement CPS (chimio-prévention du paludisme saisonnier) complète (4 ou 5 cycles) lors de la saison de haute transmission dans les zones ciblées ;
- au moins 40 % des enfants de moins de cinq ans ayant fait la fièvre au cours des deux dernières semaines et qui ont subi un prélèvement sanguin de test de confirmation du paludisme au doigt ou au talon ;
- au moins 80 % des enfants de moins de 5 ans ayant eu le paludisme dans les 2 dernières semaines précédant l'enquête et qui ont reçu une CTA selon les directives nationales parmi ceux qui ont reçu un antipaludique ;
- au moins 77 % des cas de paludisme grave confirmés hospitalisés dans les formations sanitaires ont reçu un traitement antipaludique conformément aux directives nationales ;
- au moins 62% des femmes de 15-49 ans ont mentionné les piqûres de moustiques comme seul moyen de contracter le paludisme.

2.1.8. Stratégies de lutte antipaludique du PSN 2023-2026

Les stratégies et interventions de lutte antipaludique de 2017-2022 étendue à 2023 sont organisées en objectifs et présentées dans le tableau ci-dessous :

Tableau IX : Stratégies et interventions de lutte antipaludique de 2023-2026

Objectifs	Stratégies	Interventions
Réduire l'incidence du paludisme d'au moins 65% par rapport à 2022	1. Lutte anti vectorielle	<input type="checkbox"/> Accès universel aux MID <ul style="list-style-type: none"> • Routine enfants <1 an • Campagne MID <input type="checkbox"/> Pulvérisation intra domiciliaire (PID) <input type="checkbox"/> Gestion de la résistance aux insecticides <input type="checkbox"/> Autres mesures de lutte anti-vectorielle <ul style="list-style-type: none"> • Lutte anti larvaire • Gestion de l'environnement <input type="checkbox"/> Surveillance entomologique/contrôle qualité
	2. Prévention du paludisme chez la femme enceinte	<input type="checkbox"/> Traitement préventif intermittent avec la SP <input type="checkbox"/> Distribution de MID en routine aux femmes enceintes
	3. Chimio prévention du paludisme saisonnier (CPS) chez les enfants de 3-59 mois avec la SP-AQ	Administration de la SP-AQ aux enfants de 3-59 mois pendant la période de haute transmission du paludisme (saison pluvieuse)
	4. Chimio prévention du paludisme durable	Traitement préventif intermittent chez le nourrisson
	5. Vaccination contre le paludisme	Vaccination chez les enfants de moins d'un an
	6. Traitement de masse	Traitement à toute la population des zones cibles
Réduire le taux de mortalité par paludisme d'au moins 65% par rapport à 2022	7. Diagnostic parasitologique	<input type="checkbox"/> Diagnostic dans les formations sanitaires (TDR, GE) <input type="checkbox"/> Diagnostic au niveau communautaire (TDR) <input type="checkbox"/> Assurance /contrôle qualité des laboratoires
	8. Traitement antipaludique	<input type="checkbox"/> Traitement des cas simple et grave dans les formations sanitaires : CTA, Artésunate injectable, Artéméther injectable, Quinine injectable ou orale <input type="checkbox"/> Traitement des cas simples au niveau communautaire : CTA
	9. Pharmacovigilance	<input type="checkbox"/> Notification des effets indésirables <input type="checkbox"/> Prise en charge des effets indésirables
	10. Surveillance de l'efficacité des antipaludiques	<input type="checkbox"/> Tests d'efficacité des antipaludiques
Renforcer les capacités de gestion de la lutte contre le	11. Gestion programmatique du paludisme à différents niveaux	<input type="checkbox"/> Renforcement des capacités institutionnelles et gestionnaires du programme y compris la logistique

Objectifs	Stratégies	Interventions
paludisme à tous les niveaux ;		<input type="checkbox"/> Ressources humaines d'appui à la lutte contre le paludisme <input type="checkbox"/> Planification et mise en œuvre des interventions <input type="checkbox"/> Partenariat : cartographie des partenaires, assistance technique, mobilisation des ressources, actions transfrontalières
	12. Promotion de la santé et Partenariat	<input type="checkbox"/> Plaidoyer <input type="checkbox"/> Communication pour un changement de comportement <input type="checkbox"/> Mobilisation Sociale
	13. Gestion des Achats et des Stocks	<input type="checkbox"/> Acquisition des PSLP : expertise technique, cadre de réglementation, spécification technique, quantification et contrôle qualité des intrants <input type="checkbox"/> Gestion des PSLP : stockage, outils de gestions, capacités logistiques, formations, monitorages <input type="checkbox"/> Distribution des PSLP à différents niveaux : procédures, moyens logistiques, réseautages, partenariat ...
	14. Surveillance/Suivi-évaluation	<input type="checkbox"/> Planification, <input type="checkbox"/> Utilisation des Systemes d'alerte Precoce/bulletins climat-santé <input type="checkbox"/> Monitoring/suivi/supervisions/revues <input type="checkbox"/> Assurance qualité des données <input type="checkbox"/> Evaluations/Etudes et recherches opérationnelles

2.2. Cadre de mise en œuvre du PSN

2.2.1. Description des interventions de lutte par objectif

Objectif 1 : Réduire l'incidence du paludisme d'au moins 65% par rapport à 2022

a- Lutte Intégrée contre les Vecteurs (LIV)

La lutte intégrée contre les vecteurs de paludisme inscrite dans le PSN 2023-2026 comme stratégie majeure doit se faire à deux niveaux :

Le premier niveau concerne le choix des stratégies de lutte complémentaires. Aujourd'hui le pays ne déploie que l'utilisation des MID comme seule stratégie de lutte antivectorielle. L'utilisation des moustiquaires a entraîné des changements de comportement des vecteurs qui sont devenus plus exophages et exophiles. Il convient de mobiliser les ressources pour mettre en œuvre des stratégies complémentaires comme la lutte anti larvaire pour le traitement des populations de larves dans l'environnement et la PID pour réduire la densité des adultes au repos à l'intérieur des habitations.

Le second niveau qui porte sur l'assainissement et la gestion de la résistance aux pesticides, nécessite une collaboration multisectorielle forte entre le secteur de la santé, le secteur de

l'agriculture, les services d'assainissement et la communauté pour les bonnes pratiques afin de lutter efficacement contre la reproduction des vecteurs en détruisant leurs gîtes de reproduction. Pour renforcer cette collaboration, il faudra un cadre législatif permettant la gestion de l'utilisation des pesticides dans l'environnement et surtout dans le secteur agricole.

i. Utilisation des MID pour un programme d'accès universel

La promotion de l'utilisation des MID au Togo se fait principalement par deux canaux qui sont la distribution en routine et en campagnes de masse.

La distribution des MID pour un accès universel est mise en œuvre au Togo depuis 2011. Cette distribution, faite en campagne de masse sur l'ensemble du territoire national, s'organise tous les trois ans selon le cycle de renouvellement recommandé par l'OMS. Rappelons que les MID assurent une protection individuelle contre les piqûres de moustiques

Dans l'objectif de renforcer la protection des cibles vulnérables au paludisme et d'assurer le maintien de la couverture universelle des MID, celles-ci sont également distribuées en routine dans les formations sanitaires aux femmes enceintes lors des CPN et aux enfants de moins d'un an lors des séances de vaccination (VPO1/Penta1), de Contrôle et Promotion de la Croissance (CPC).

ii. Pulvérisation intra domiciliaire (PID)

La PID est une intervention complémentaire à l'utilisation des MID. Elle consiste à pulvériser les murs avec les insecticides recommandés par l'OMS à l'intérieur des habitations. Elle a pour avantage la réduction de la durée de vie des moustiques adultes au repos ainsi que leur densité afin d'interrompre la chaîne de transmission du parasite du paludisme. Pour mettre en œuvre cette stratégie à haut impact, une étude de stratification avec l'appui de l'OMS a été réalisée qui a conduit à identifier des sites pilotes (les districts d'Avé, d'Agou, de Kloto, de Bas-Mono et de Kéran). En prélude à la mise en œuvre de la PID, une actualisation des sites pilotes est nécessaire de même qu'une étude de faisabilité doit être faite avec les données de base (enquêtes entomologiques, sensibilité aux vecteurs et bionomie).

iii. Gestion de la résistance aux insecticides

C'est une intervention qui permet de rationaliser l'utilisation des insecticides afin de réduire le niveau de résidus dans l'environnement et par ricochet les facteurs de résistance à un seuil acceptable. Elle consiste en une variation des classes d'insecticides à utiliser dans le temps et dans l'espace pour réduire la pression de sélection sur les populations de vecteurs.

La résistance est définie comme l'apparition au sein d'une population d'insectes des individus ayant la faculté de tolérer des doses de substances toxiques qui exerceraient un effet létal sur la majorité des individus composant une population normale de la même espèce. Elle se traduit par une diminution de la mortalité observée après un traitement constant. Le plan de gestion de la résistance aux pesticides devra être évalué dans le contexte actuel pour l'élaboration d'un nouveau plan. Ce nouveau plan sera mis en œuvre en collaboration avec les ministères de la santé, de l'agriculture et de l'environnement.

iv. Lutte Anti-Larvaire (LAL) et gestion de l'environnement

Ce sont des interventions complémentaires à la distribution des MID et à la PID et sont classées parmi les « autres mesures de lutte anti-vectorielle ». Elle devra être mise en œuvre avec les secteurs concernés sous la supervision du PNLP (communauté, ONG, comités de

développement des quartiers (CDQ), assainissement, urbanisation ...). Ces stratégies visent à réduire la densité larvaire dans les gîtes de développement et/ou la destruction des gîtes temporaires. Une étude d'efficacité des larvicides doit être menée en tenant compte de la qualité physicochimique des gîtes larvaires et de leur état de salubrité. Puisque dans le cadre de la LAL, ce sont des larvicides de synthèse ou biologiques qui sont utilisés et dont l'efficacité est influencée par ces conditions.

Le succès de ces stratégies dépend fortement de la mise en œuvre des bonnes pratiques de prévention par les communautés. Ces bonnes pratiques doivent être définies et implémentées dans les communautés pour une meilleure gestion de l'environnement à travers des séances de formation et de sensibilisation.

La mise en œuvre de la LAL nécessite au préalable une cartographie des gîtes de développement des larves. Ces gîtes doivent être classés en gîtes permanents (bassins d'orage, retenues d'eau, les marres, le système lagunaire...) en gîtes saisonniers (flaques d'eau en saison de pluie, des flaques d'eau en saison sèche dans les lits des rivières, les flaques d'eau au niveau des carrières, ...), les gîtes temporaires (les contenants abandonnés : boîtes de conserve, pneus, jarres cassées, ...) pour une meilleure opérationnalisation du traitement et le programme de lutte en fonction du type de gîtes.

v. Surveillance entomologique

La surveillance entomologique est un dispositif de recueil et de suivi des données/informations dans le temps et dans l'espace sur la bioécologie des vecteurs. Elle constitue un outil de détection des anomalies dans l'évaluation des paramètres entomologiques pour un système d'alerte efficace. Le dispositif de surveillance inclut les aspects de surveillance active, basée sur un protocole prédéfini de production de données, tels que l'observation de la présence d'un vecteur, d'une densité critique d'un vecteur, du suivi de la sensibilité aux insecticides chez les vecteurs ciblés, de la circulation d'un agent pathogène au sein d'une population de vecteurs.

Dans le cadre de la surveillance passive, les services de santé sont sollicités pour la collecte des données relatives à l'incidence, à la maladie et aux effets néfastes des médicaments.

Pour mettre en place une bonne stratégie de surveillance entomologique, il faut s'assurer que les sites sentinelles définis répondent encore aux critères de sites sentinelles efficaces. Il est aussi nécessaire de mettre en place un réseau de surveillance pour la collecte des données.

Pour le bon fonctionnement du réseau, il faudra assurer une formation aux agents retenus sur l'utilisation des outils de collecte de données, sur les indicateurs (indice de maison, indice de conteneur, indice de Breteau) et de techniques entomologiques comme l'échantillonnage et l'identification des vecteurs.

b- Prévention du paludisme chez la femme enceinte (TPIg)

La prévention du paludisme chez la femme enceinte se fait par le traitement préventif intermittent (TPIg) et la distribution des MID à la première CPN.

Le TPIg est une intervention spécifique aux femmes enceintes qui reçoivent lors des CPN dans les formations sanitaires la Sulfadoxine-Pyriméthamine (SP) à intervalle d'au moins 30 jours à partir de la 13^e semaine de grossesse jusqu'à l'accouchement. Cette intervention est recommandée par l'OMS pour les zones de transmission modérée à élevée du paludisme. Ainsi le nombre de doses adéquates pour assurer une protection efficace chez la femme enceinte est d'au moins trois (3). La dernière dose de TPIg-SP peut être administrée au

moment de l'accouchement. Les directives actuelles de l'OMS pour le traitement du paludisme simple recommandent les CTA au premier trimestre de la grossesse.

Pour atteindre toutes les femmes éligibles, des stratégies avancées sont organisées avec la DSMIPF au bénéfice des localités situées à plus de 05 km des formations sanitaires. Les femmes enceintes irrégulières sont recherchées de façon active par les prestataires et les ASC avec l'implication des leaders communautaires. Ces activités permettent d'amener toutes les femmes enceintes à bénéficier de la CPN au cours de laquelle elles recevront les doses requises du TPI.

En dehors des stratégies avancées, les responsables des maternités reçoivent mensuellement des crédits de communication pour le rappel des rendez-vous des femmes enceintes à la CPN. Des séances semestrielles de restitution des résultats des stratégies avancées seront organisées avec les communautés lors des dialogues communautaires. Une étude sera faite à la fin de la mise en œuvre pour évaluer l'impact de ces stratégies dans la prévention du paludisme chez les femmes enceintes.

Dans le cadre du renforcement de la mise en œuvre du TPIg, les stratégies avancées seront étendues aux femmes enceintes des établissements pénitenciers du pays.

c- Chimio-prévention du paludisme saisonnier (CPS)

La CPS est une stratégie à haut impact recommandée par l'OMS depuis 2012 et adoptée et mise en œuvre en 2013 dans la région des Savanes. Elle a été étendue en 2016 aux régions sanitaires de Kara et Centrale portant ainsi le nombre de districts couverts à 19. Cette intervention sera étendue géographiquement à 4 nouveaux districts de la région des Plateaux (Est-Mono, Anié, Amou et Ogou) selon les résultats de la stratification réalisée en 2022 avec l'appui de l'OMS. Par ailleurs, la stratification a révélé la nécessité de passer de quatre (04) à cinq (05) cycles à intervalle de 28 jours sur la durée de la période de recrudescence des cas de paludisme surtout chez les enfants de moins de 5 ans, pour tous les districts éligibles sauf ceux d'Amou et d'Ogou. Cette intervention va se poursuivre sous forme de traitement de masse de porte en porte pour administrer des doses thérapeutiques de la combinaison de Sulfadoxine Pyriméthamine + Amodiaquine (SPAQ) aux enfants de 3-59 mois pendant la saison des pluies qui constitue la période de haute transmission palustre.

d- Chimio-prévention du paludisme durable (CDD)

La chimio-prévention du paludisme durable consiste à administrer aux nourrissons exposés dans les zones de transmission modérée à élevée non éligibles à la CPS suivant un schéma thérapeutique complet de SP délivré par le biais du programme élargi de vaccination (PEV) à des intervalles correspondant au calendrier vaccinal habituel : Penta 2, Penta 3, RR1 et RR2. Conformément aux résultats de la stratification, le TPI n sera mis en œuvre dans les districts du Golfe, Agoe-Nyivé, Lacs, Bas-Mono, Zio, Vo, Yoto, Avé, Haho, Agou, Kloto, Amou, Kpélé, Danyi, Wawa, Akébou et Moyen-Mono.

e- Vaccination

C'est une stratégie complémentaire recommandée par l'OMS depuis octobre 2021. Elle consiste à administrer quatre (04) doses de vaccin antipaludique aux enfants vivant dans les zones de transmission modérée à élevée à partir de 05 mois. Le schéma de vaccination

comprend 3 doses à intervalles d'un mois ; la 4^e dose sera faite entre 18 à 24 mois après la 3^e dose. Les résultats de la stratification montrent que tous les districts du pays sont éligibles à la vaccination sauf Golfe. Mais ce programme de vaccination va démarrer avec les districts de la région de Kara (Assoli, Binah, Bassar, Dankpen, Doufelgou, Kéran, Kozah) et 8 districts des Plateaux (Akébou, Wawa, Danyi, Kpélé, Kloto, Agou, Haho et Moyen-Mono) avec le vaccin RSS/S. L'extension à tous les districts se fera avec le vaccin R21.

Objectif 2 : Réduire le taux de mortalité de paludisme d'au moins 65% par rapport à 2022

Le diagnostic parasitologique, le traitement des cas de paludisme, la pharmacovigilance et la surveillance de l'efficacité thérapeutique des antipaludiques sont les stratégies du PSN devant permettre la réduction de la mortalité liée au paludisme. Aussi, ces stratégies sont-elles mises en œuvre dans les formations sanitaires publiques et privées et au niveau communautaire.

a- Diagnostic parasitologique

Le diagnostic parasitologique se fait par la microscopie (GE/FM) et par les tests de diagnostic rapide (TDR). Les deux tests se font dans les formations sanitaires et seuls les TDR sont réalisés au niveau communautaire.

A ces deux tests vient en appui l'assurance qualité des laboratoires.

Dans la mise en œuvre du PSN 2017-2022 certaines insuffisances ont été relevées dans les activités de diagnostic parasitologique. Il s'agit entre autres de :

- Faible effectif des techniciens mis à niveau sur le diagnostic du paludisme ;
- Absence de maintenance du matériel de diagnostic parasitologique ;
- Indisponibilité d'une plateforme PCR au Togo pour la recherche des marqueurs moléculaires de résistance.

i. Diagnostic au niveau des formations sanitaires

La confirmation des cas de paludisme au niveau des formations sanitaires publiques et privées se fait à l'aide des tests de diagnostic rapide (TDR) en consultation externe ou la microscopie. Les formations sanitaires sont donc dotées en TDR et celles disposant de laboratoire sont appuyées en matériels/consommables de laboratoire. Ce matériel nécessite une maintenance régulière. Pour la qualité du diagnostic, les techniciens ont besoin régulièrement des renforcements des capacités selon les recommandations de l'OMS. Selon les directives nationales, tous les cas suspects de paludisme devront être testés et seuls les cas confirmés sont soumis au traitement antipaludique.

Par ailleurs, pour éviter les retards dans le rendu des résultats PCR réalisés dans les laboratoires à l'extérieur du pays, il serait souhaitable que le programme dispose de son propre laboratoire de biologie moléculaire.

ii. Diagnostic au niveau communautaire

La confirmation du paludisme au niveau communautaire se fait avec les TDR par les agents de santé communautaire. Cependant, il est constaté au cours des supervisions et certaines activités communautaires des ruptures des TDR qui sont souvent liées à une mauvaise quantification et/ou expression des besoins en produits de santé. Ces acteurs ont donc besoin d'une mise à niveau en gestion des produits de santé. Comme au niveau des formations sanitaires, tous les cas suspects de paludisme devront être testés et seuls les cas confirmés simples seront traités et les cas graves référés.

b- Traitement du paludisme

Le paludisme est traité non seulement dans les formations sanitaires mais aussi dans la communauté par les agents de santé communautaire.

i. Traitement des cas au niveau des formations sanitaires

Selon les directives nationales, le traitement des cas de paludisme simple se fait avec les combinaisons thérapeutiques à base d'Artémisinine dont Artemether-Luméfantrine (AL) en première intention et Dihydro artémisinine pipéraquline (DHA-PPQ) en deuxième intention. Pour les formations sanitaires qui n'hospitalisent pas, les prestataires utilisent l'Artésunate injectable pour le traitement en pré transfert des cas de paludisme grave.

En ce qui concerne le traitement des cas de paludisme grave, l'Artésunate injectable est recommandé en première intention et l'Artéméther injectable en alternative.

Quant au renforcement de l'accès aux soins, la cession des CTA subventionnés et les TDR est rendue gratuite depuis 2013 pour le traitement des cas de paludisme simple. Depuis 2019, l'Artésunate injectable est rendu gratuit pour le traitement des cas de paludisme grave.

Pour assurer la prise en charge correcte des cas, le programme renforcera les capacités des prestataires des secteurs public, privé et accompagnera les écoles de formation pour la révision de leur curricula de formation en rapport avec les directives de prise en charge du paludisme.

La mise en œuvre des recommandations de l'enquête de faisabilité de l'implication du secteur privé dans la lutte contre le paludisme permettra de renforcer la collaboration entre le PNLP et les formations sanitaires privées dans le respect des directives nationales.

ii. Traitement des cas au niveau communautaire

Au niveau communautaire, les cas confirmés du paludisme sont traités avec de l'Artemether-Luméfantrine par les ASC. Tous les cas graves et les cas de fièvre à TDR négatif sont référés.

Des formations sont régulièrement organisées à l'intention des ASC pour leur permettre d'assurer une meilleure prise en charge des cas. Le programme poursuivra la mobilisation des ressources en collaboration avec les programmes impliqués pour étendre progressivement la prise en charge intégrée des maladies de l'enfant et du nouveau-né au niveau communautaire (PCIMNE-C) dans l'ensemble des districts sanitaires.

Dans ce volet, on note également les praticiens de la médecine traditionnelle qui sont sensibilisés sur la reconnaissance des signes du paludisme et la référence des cas vers les ASC et les formations sanitaires.

c- Pharmacovigilance

Les effets indésirables liés aux médicaments antipaludiques sont notifiés par les prestataires de soins et systématiquement envoyés dans le système national de suivi de la pharmacovigilance. Les cas graves sont pris en charge et investigués conformément au protocole mis en place. Le programme apporte son appui au Centre National de Pharmacovigilance (CNPV) pour renforcer le système de pharmacovigilance à tous les niveaux. Dans ce cadre, le PNLP va élaborer avec l'appui du CNPV des algorithmes pour la prise en charge des effets indésirables liés aux intrants antipaludiques.

d- Efficacité des antipaludiques

Le suivi de la pharmacorésistance, l'évaluation de l'efficacité et contrôles de qualité des antipaludiques se font tous les deux ans conformément aux recommandations de l'OMS. Les tests d'efficacité thérapeutique des antipaludiques sont conduits sur les 6 sites sentinelles (HP Yendoubé, CHP Niamtougou, Polyclinique Tchaoudjo, CHP Anié, CMS Providence de Kouvé et CMS de Cacaveli). Les résultats issus de ces tests orienteront le PNLP pour le choix des antipaludiques.

Objectif 3 : Renforcer les capacités de gestion de la lutte contre le paludisme à tous les niveaux

a. Gestion programmatique du paludisme à différents niveaux

Elle nécessite de renforcer et de maintenir les capacités institutionnelles et gestionnaires du programme, de coordonner la planification et la mise en œuvre des interventions ainsi que le partenariat, pour atteindre les performances à tous les niveaux.

i. Capacités Institutionnelles et gestionnaires du programme y compris la logistique

La mise en œuvre et la coordination des interventions du présent PSN relèvent : au niveau national, de la coordination du PNLP ; au niveau régional, des équipes cadres de régions et au niveau opérationnel, des équipes cadres de districts.

Dans le cadre de l'appui technique du PNLP et du suivi des interventions, les comités techniques (prévention, prise en charge, suivi-évaluation, mobilisation sociale et gestion des stocks) sont mis en place. Aujourd'hui peu fonctionnels, le PNLP s'emploiera à dynamiser ces comités pluridisciplinaires et plurisectoriels (MSHP, universités, société civile, partenaires, communicateurs des médias, secteur privé).

Le cadre institutionnel sera renforcé par la mise à jour régulière des documents normatifs (politique, directives) pour s'adapter aux nouvelles orientations de l'OMS/RBM et aux priorités nationales et par l'élaboration d'autres documents cadres qui formalisent la collaboration et

la concertation avec toutes les parties prenantes, notamment le secteur privé et les institutions de recherche.

Le renforcement du PNLP se fera également à travers l'acquisition de matériel et équipements notamment les logiciels de planification et de gestion, des TIC pour la digitalisation des processus de travail, le télé travail, l'animation du site web, etc.

Les conditions de travail des acteurs du niveau central jusqu'au niveau communautaire seront renforcées par l'acquisition et la distribution des équipements et matériel pour leur permettre de mettre en œuvre efficacement les interventions de lutte contre le paludisme. Ainsi le PNLP prévoit une réhabilitation de son laboratoire et l'acquisition du matériel roulant, informatique et bureautique ainsi qu'une maintenance appropriée afin d'offrir au personnel un cadre de travail favorable à une amélioration de leur performance.

ii. Ressources humaines d'appui à la lutte contre le paludisme

Les ressources humaines dédiées à la lutte contre le paludisme sont insuffisantes en quantité et en qualité aussi bien au niveau de la coordination du PNLP qu'au niveau opérationnel.

Malgré les recrutements effectués sur la subvention du Fonds mondial pour renforcer la coordination du programme, l'effectif mérite d'être renforcé par du personnel technique et du personnel d'appui, notamment avec un ingénieur statisticien, une sage-femme de santé publique, un épidémiologiste, une secrétaire, un vagemestre, un chauffeur.

Le programme va poursuivre le plaidoyer auprès des autorités du Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique pour le renforcement de la coordination du PNLP en ressources humaines en quantité et en qualité à tous les niveaux.

Dans le souci d'accroître les performances du programme, les ressources humaines impliquées dans la lutte contre le paludisme seront formées durant les années couvertes par ledit PSN. Les renforcements aux différents niveaux sont axés prioritairement sur la planification, le suivi/évaluation (surveillance du paludisme, renforcement de la qualité des données, supervision, recherche action), la recherche, la gestion des stocks des produits de santé, les directives de prévention et de prise en charge des cas de paludisme. La formation de cadres supérieures et intermédiaires en paludologie et en épidémiologie de terrain va se poursuivre. Pour la coordination du programme, le personnel sera renforcé en plaidoyer, planification et en gestion des subventions.

iii. Planification et mise en œuvre des interventions

La traduction opérationnelle de ce plan se fera à travers des plans annuels de travail qui seront élaborés en début de chaque année. Le plan annuel de travail sera décliné en plans semestriels et trimestriels en vue d'une meilleure maîtrise de la mise en œuvre.

Un système d'auto évaluation annuelle de la mise en œuvre des interventions sera mis en place au niveau de chaque stratégie.

b. Plaidoyer, Mobilisation Sociale et Communication pour le changement comportemental

i. Plaidoyer

Le plan stratégique 2017- 2022 a été élaboré sur la base d'une revue finale des performances qui a révélé des gaps financiers qui ont plombé la mise en œuvre de même que la forte dépendance au financement des partenaires. Par ailleurs, l'objectif d'élimination du paludisme en 2030 exige une mobilisation de ressources domestiques qui constitue aujourd'hui une priorité dans le nouveau PSN de lutte contre le paludisme au Togo. Un plan de plaidoyer et le guide vont être élaborés pour susciter l'engagement et l'adhésion de toutes les parties prenantes nationales et transfrontalières. Ce plan de plaidoyer va aussi permettre la mobilisation des ressources surtout endogènes.

La formation des acteurs en plaidoyer est indispensable pour l'atteinte des objectifs de mobilisation des ressources à tous les niveaux. Ainsi l'accent sera mis sur l'engagement du gouvernement, du parlement, des ONG et associations, du secteur privé et les autorités locales pour la mobilisation des ressources nécessaires.

Un suivi de mise en œuvre est fondamental et se fera à travers des activités de suivi prévues dans le plan avec toute les parties prenantes pour mesurer les actions concrètes réalisées allant dans le sens de l'atteinte de l'objectif du plaidoyer.

ii. Mobilisation Sociale pour la promotion de la santé

La promotion de la santé occupe une place importante parmi d'autres interventions de soutien pour atteindre les objectifs. La revue des performances du PSN 2017-2022 a montré une mobilisation sociale insuffisante pour l'appropriation de la lutte contre le paludisme par les communautés. Le PSN 2023-2026 a pour but l'amélioration de l'état de santé de la population en réduisant de façon significative le fardeau du paludisme. Dans cette optique, il faut renforcer l'engagement individuel et collectif à travers les dialogues communautaires, les restitutions des résultats de lutte contre le paludisme aux communautés, les sensibilisations de proximité et de masse, les campagnes médiatiques et digitales.

iii. Communication pour le changement comportemental

La mise en œuvre du plan de communication élaboré en 2020 a contribué à l'atteinte des objectifs du PSN 2017-2022. Dans le présent PSN, il est prévu l'évaluation et la mise à jour du plan de communication. Les médias de masse et les réseaux sociaux sont mis à contribution pour porter l'information à la population. A cet effet, des émissions et des spots sont réalisés et diffusés sur les radios de proximité, celles d'envergure nationale, sur les chaînes de télévision et sur les réseaux sociaux.

Par ailleurs, des actions sont développées en particulier avec les organisations de la société civile, les acteurs des médias, les groupes organisés, les leaders communautaires (la chefferie traditionnelle, les religieux, et autres) et communaux, les praticiens de la médecine traditionnelle. Et aussi l'organisation des journées portes ouvertes, la rédaction et diffusion des notes de synthèse et des articles pour la visibilité des actions.

Des actions synergiques sont recherchées avec certaines institutions d'exécution (les Universités, les écoles paramédicales, l'enseignement primaire et secondaire).

Il est prévu des études/évaluation sur le changement social et comportemental par rapport à la lutte contre le paludisme. Cela va permettre d'élaborer des actions spécifiques pour les zones de résistance et des formations spécifiques pour les acteurs (CIP, gestion des

rumeurs, communication digitale, rédaction d'article, animation de site, technique de mobilisation sociale, engagement communautaire, etc.)

c. Gestion des achats et stocks

La description de la stratégie en Gestion des achats et stocks (GAS) porte sur l'acquisition, la gestion et la distribution des Produits de santé de lutte contre le paludisme (PSLP).

i. Acquisition des PSLP

L'acquisition des PSLP est réalisée par plusieurs entités locales qui sont la DPML, la CAMEG-Togo, l'UGP et le PNL. Pour les produits subventionnés par le Fonds mondial, les besoins sont transmis au mécanisme d'achat groupé du Fm (PPM/Wambo) via la CAMEG-Togo pour l'acquisition. Les autres partenaires le font selon les mécanismes d'acquisition qui leurs sont propres. Cette acquisition respecte les critères suivants :

- **Expertise technique** : Au niveau central, le pays dispose des experts en GAS. Cela n'exclut pas le renforcement des capacités périodiques de ses acteurs.
- **Cadre de réglementation** : Il est assuré par la DPML. Cette réglementation est basée sur les textes et documents, entre autres la Liste nationale des médicaments essentiels et génériques (LNME), le Manuel national de gestion des produits de santé (MNGPS), le Manuel national de quantification des produits de santé (MNQPS), le Manuel de gestion des déchets pharmaceutiques (MGDP)... Certains desdits documents doivent être révisés et validés.
- **Spécifications techniques** : elles sont exprimées par le PNL sur la base des besoins de la population et de la LNME.
- **Quantification** : La quantification des PSLP est faite sur la base des cibles en lien avec les objectifs du PSN. La mise à jour des quantités est faite annuellement par le PNL en collaboration avec l'UGP, la CAMEG-Togo et la DPML en faisant des ajustements sur la base des données de mise en œuvre des activités. Au niveau opérationnel, la quantification est assurée par les Comités régionaux de gestion des intrants médicaux (CRGIM) pour valider les commandes trimestrielles des formations sanitaires et communautaires. Il existe des insuffisances liées aux capacités de gestion de ces acteurs qui méritent d'être renforcés.
- **Contrôle qualité** : Conformément à sa politique d'assurance qualité pharmaceutique, le pays (DPML) s'organise à faire un contrôle qualité à la réception et un contrôle qualité post marketing pour les PSLP. Seuls les fournisseurs pré qualifiés par l'OMS/Fm sont sélectionnés pour l'approvisionnement des produits de santé.

ii. Gestion des PSLP

La gestion des achats et stocks des produits de santé au Togo est assurée par les programmes de santé, la CAMEG-TOGO et des grossistes répartiteurs sous la régulation de la DPML. La CAMEG-TOGO, à travers ses Pharmacies Régionales d'Approvisionnement (PRA), approvisionne les formations sanitaires publiques, privées libérales et autres clients privés autorisés par le conseil d'administration. Les formations sanitaires assurent la dispensation des médicaments par l'intermédiaire de leurs pharmacies communautaires.

Cette gestion est fondée sur les points décrits ci-après :

- **Stockage** : Elle doit se faire selon les bonnes pratiques de stockage. Au niveau central, elle se fait à travers les entrepôts de la CAMEG-Togo, régional par les pharmacies régionales d'approvisionnement, au niveau FS par leurs pharmacies communautaires et au niveau des ASC grâce à leur caisse. Au niveau district, nous n'avons pas d'aménagement prévu pour le stockage des produits de santé. Le défi actuel est de répondre à la capacité de stockage à tous les niveaux en particulier au niveau des districts et des ASC.
- **Outils de gestion** : Ils ont été harmonisés sous la direction de la DPML. Des études sont en cours en vue d'améliorer la gestion à travers un Système d'information et de gestion logistique digitalisé (e-SIGL). Il est important de mettre en place les outils de gestion physique à tous les niveaux et éventuellement implémenter le e-SIGL.
- **Formation** : Pour une meilleure gestion des produits de santé, il est nécessaire de renforcer la capacité de tous les acteurs de la chaîne.
- **Monitoring** : Il s'agit des réunions (CRGIM, CCAIM) ou des activités de terrain (supervision, traçabilité). Les plans de résolution de problèmes vont aider à la prise de décision.

iii. Distribution des PSLP à différents niveaux

La CAMEG-Togo s'occupe de l'approvisionnement des formations sanitaires en produits de santé, principalement les médicaments essentiels et génériques, y compris ceux antipaludiques. Les pharmacies de l'ensemble des formations sanitaires publiques et confessionnelles du pays s'approvisionnent au niveau des PRA à travers les districts (produits de santé subventionnés). Par ailleurs, d'autres structures pharmaceutiques participent à l'approvisionnement des structures en médicaments. Cette distribution se fait grâce aux :

- **Procédures** : la distribution se fait sur la base des bonnes pratiques de distribution. Elle est essentiellement réalisée par la CAMEG-Togo. La mise à jour périodique de ces procédures permettra une meilleure disponibilité des produits de santé à chaque niveau.
- **Moyen logistique** : La CAMEG approvisionne trimestriellement les PRA sur la base des quantités validées par le PNLP. Les districts enlèvent leurs stocks à la PRA et les répartissent aux formations sanitaires. Les frais de transport sont remboursés aux districts alors qu'il n'en est pas de même pour les formations sanitaires qui n'enlèvent pas aussitôt leur stock. Ceci prédispose aux ruptures au niveau des formations sanitaires et des ASC. Pour résoudre ce problème, il s'avère indispensable de mettre en place un système d'approvisionnement au dernier kilomètre et de renforcer les capacités logistiques de la CAMEG-Togo.

- **Réseautage** : Interconnexion d'appareils/d'équipements informatiques ayant pour but le partage des informations. Le DHIS2 permet la collecte de certaines informations logistiques. Une étude est en cours dans le but d'avoir un réseautage complet qui relie le niveau central au niveau périphérique en passant par le niveau intermédiaire.
- **Partenariat** : En ce qui concerne le paludisme, les financements provenant de l'État et des partenaires (Fm, Unicef, OMS, OCDE, la République de Chine, Santé intégrée, AMF, GAVI...) permettent d'acquérir des produits de santé pharmaceutiques (CTA, TDR, SP, SP-AQ, MID, Artéméther injectable, Artésunate injectable et les vaccins). La gestion de ceux acquis sur financement Fm, Chine et AMF est confiée à la CAMEG-Togo.

Il est à noter une absence de mutualisation (distribution directe aux FS sans implication du programme) des produits de santé antipaludiques acquis par certains partenaires au profit de certaines FS. Initier une réunion stratégique de haut niveau afin d'amener tous les partenaires à la mise en commun des produits de santé.

d. Surveillance/Suivi-Evaluation

i. Harmonisation des concepts et méthodes de suivi-évaluation

Cette intervention a pour but de permettre à tous les acteurs du système de suivi évaluation d'avoir la même compréhension des concepts et méthodes utilisés. Pour y arriver au cours de la mise en œuvre de ce plan, le programme en collaboration avec d'autres structures notamment la DSNISI poursuivra le renforcement des capacités de tous les acteurs impliqués dans le système de suivi évaluation sur les outils de rapportage, de saisie, de contrôle qualité et d'analyse des données. Les outils de supervision seront élaborés en fonction des types de supervision et du niveau de la pyramide sanitaire.

La méthodologie du suivi évaluation sera améliorée avec des monitorages périodiques des données, la tenue effective des réunions du Pool SNIS et l'application de la supervision facilitante à tous les niveaux par les acteurs du système.

ii. Renforcement du monitoring, du suivi et de la supervision à tous les niveaux de mise en œuvre de la lutte antipaludique

Le processus de suivi/évaluation adopté par le pays répond à un cheminement clair et logique basé sur des résultats. La mesure des principaux indicateurs d'impact, d'effets et de produits permet de renseigner régulièrement sur la performance du programme dans l'optique de l'atteinte des objectifs fixés. L'efficacité de cette mesure dépend de la régularité du suivi, des monitorages, des supervisions et des revues. Il apparaît aujourd'hui que l'utilisation des tableaux de bord de suivi n'est pas systématique à tous les niveaux et que les monitorages et les supervisions sont irréguliers et ne sont pas très efficaces à cause de l'insuffisance des compétences et de la logistique. Le plan national de suivi-évaluation donne les grandes orientations sur la collecte des données en termes de méthodes de collecte, d'outils de collecte, de sources, de fréquence de collecte, de responsable de la collecte et de lieu de stockage des données. A travers : (i) les monitorages mensuels (réunions de coordination) au niveau des districts, trimestriels au niveau des régions et tous les quatre mois au niveau

de la coordination du PNLP ; (ii) le suivi quotidien à travers des tableaux de bord qui seront mis en place ; (iii) des supervisions bimestrielles des ASC par les formations sanitaires, trimestrielles des FS par les districts et semestrielles des districts par des régions et PNLP , les validations trimestrielles des données des ASC; et (iv) des revues annuelles régionales, le PNLP va s'employer à mettre à jour régulièrement les indicateurs sur le paludisme.

iii. Renforcement du système d'assurance qualité des données de paludisme à tous les niveaux de la pyramide sanitaire

La lutte antipaludique est faite à travers des interventions dont la mesure des produits, des effets et des impacts est basée sur des données. Ces mesures ne peuvent traduire la réalité des faits que lorsque les données répondent aux critères de qualité que sont la validité, la fiabilité, l'exhaustivité/complétude, la promptitude, la précision, l'intégrité et éventuellement la confidentialité. Cependant, les différents rapports portant sur la qualité des données révèlent des insuffisances, notamment la non exhaustivité, les incohérences, y compris la faible analyse des données par les acteurs opérationnels. L'assurance qualité des données reste un impératif pour le PNLP. Ainsi certaines actions menées dans le domaine méritent d'être renforcées avec des innovations. A cet effet, le PNLP entend élaborer un guide de monitoring des activités, renforcer la validation des données à tous les niveaux par la formation des acteurs, l'organisation de validation des données et de supervisions. De même il sera organisé des évaluations périodiques de la qualité des données à travers des outils adéquats (outil d'auto-évaluation de la qualité des données) qui seront mis en place et privilégier de plus en plus l'utilisation des TIC ainsi que la révision de certains documents normatifs.

iv. Surveillance sentinelle, étude et recherche sur le paludisme

Troisième pilier de la stratégie technique mondiale de lutte contre le paludisme, le Togo s'est inscrit dans la dynamique de renforcement de la surveillance du paludisme. Dans ce cadre, en plus du système de suivi-évaluation disponible, le PNLP a créé une unité de recherche, mis en place un réseau sentinelle de surveillance depuis 2017 et a réalisé quelques études et évaluation. En termes de réponse, ce dispositif doit être amélioré pour permettre au programme de disposer des informations fiables pour la prise de décision et des évidences pour orienter les stratégies de lutte dans une vision d'élimination du paludisme. Pour la surveillance sentinelle, le dispositif de suivi, de monitoring, de supervision et de renforcement des capacités des sites sentinelles mis en place et qui n'a pas beaucoup fonctionné du fait d'un certain nombre d'insuffisances (gestion des sites, instabilité des personnes formées pour piloter le fonctionnement des sites, la motivation du personnel des sites, la qualité des données, la valorisation des données). En somme, il est important de redynamiser le fonctionnement des sites sentinelles existants.

Dans le domaine de la recherche, un plan de recherche est élaboré et la mobilisation des ressources auprès de l'Etat et les partenaires est faite pour sa mise en œuvre. Le PNLP va participer à l'organisation des enquêtes nationales, notamment l'EIP (Enquête sur les Indicateurs du Paludisme), l'évaluation du programme, l'EDS (Enquête Démographique et Sanitaire), le MICS (Enquête par Grappes à Indicateurs Multiples) et les enquêtes CAP sur le Paludisme. En dehors des indicateurs d'impacts et d'effets que fourniront les évaluations,

les recherches opérationnelles sont organisées pour comprendre les difficultés liées à la mise en œuvre en vue de réajuster les interventions. Pour disposer d'une meilleure visibilité de l'épidémiologie selon la réceptivité et l'intensité de transmission du paludisme sur l'ensemble du territoire national, la stratification du paludisme a été faite ; ce qui va permettre d'orienter le choix des stratégies et interventions ciblées pour renforcer la lutte contre le paludisme.

v. Renforcement de la coordination et du partenariat sur la gestion de l'information liée au paludisme à tous les niveaux

Plusieurs acteurs interviennent dans la lutte contre le paludisme au Togo. Il s'agit entre autres : les acteurs du ministère chargé de la santé, les acteurs des autres secteurs, le secteur privé de soins, la société civile, les partenaires techniques et financiers et les communautés. Les informations relatives aux résultats de la lutte contre le paludisme doivent être partagées avec tous ces acteurs afin de renforcer leurs implications à l'élimination du paludisme.

A cet effet le renforcement de la coordination et du partenariat en surveillance et suivi-évaluation devient une exigence pour le programme. Pour ce faire, les activités du groupe technique suivi-évaluation mis en place doivent se poursuivre avec les réunions trimestrielles, la diffusion des rapports d'enquêtes, d'évaluations et la mise en œuvre des activités y compris l'organisation des forums annuels pour le partage des résultats.

vi. La documentation des bonnes pratiques et des leçons apprises

Le PNLP compte mettre en place un système de capitalisation des bonnes pratiques et leçons apprises de toutes ces activités à travers une documentation et l'archivage. Le PNLP sollicitera de ce fait une expertise externe pour élaborer un manuel pour la documentation des bonnes pratiques à tous les niveaux.

2.2.2. Modalités de mise en œuvre du PSN

2.2.2.1. Mécanisme de planification et de mise en œuvre

Pour sa mise en œuvre, le PSN 2023-2026 sera traduit, en début de chaque année, par des plans opérationnels annuels budgétisés. Ces plans seront déclinés en plans semestriels, trimestriels et mensuels dans une approche participative en vue d'une meilleure maîtrise de sa mise en œuvre. Un suivi permanent sera réalisé au niveau opérationnel, dans les districts et formations sanitaires, afin que les interventions de lutte contre le paludisme soient prises en compte dans les activités de routine. Au niveau communautaire, les ASC et les Relais Communautaires (RC) vont assurer la sensibilisation des populations sur la lutte contre le paludisme et à l'utilisation des interventions à travers des causeries éducatives et des visites à domicile.

2.2.2.2. Cadre de partenariat et de coordination

Les interventions de lutte contre le paludisme ne pourront apporter des résultats que lorsqu'elles sont mises en œuvre dans un cadre de partenariat. Ainsi, le PNLP va renforcer le partenariat national et international avec toutes les entités qui vont contribuer au contrôle jusqu'à l'élimination du paludisme par le pays.

Le programme va continuer à travailler avec les institutions internationales et nationales de lutte contre le paludisme à savoir le Fm, RBM, ALMA, AMP, AMF, BID, BM, USAID, Malaria Consortium, PMI.

Sur le plan local, la lutte contre le paludisme va impliquer les parties prenantes à savoir les PTF (Unicef, OMS, Plan International Togo), les Universités, la société civile, CRT, les autres secteurs (administration territoriale, action sociale, environnement, agriculture, économie et finance), para publiques (TOGOCOM, SNB, CNSS, LONATO ...) et le monde socio-économique (CNPT, AGET, CCIT, WACEM, CIMTOGO, TOTAL Energies, BB, MOOV Africa, Banques...).

Un cadre de concertation sera mis en place pour un meilleur accompagnement de lutte contre le paludisme au Togo.

2.2.2.3. Renforcement du système de santé

La lutte efficace contre le paludisme nécessite un système de santé renforcé et fonctionnel à tous les niveaux. Dans le souci d'améliorer et de pérenniser l'efficacité des services de prestation du programme, les interventions de lutte contre le paludisme doivent être intégrées à tous les niveaux du système de santé. Ainsi, le PNLP compte contribuer à l'amélioration des performances du système de santé à travers :

- la formation continue des prestataires de soins (en y intégrant les modules sur les éventuels liens entre le climat et la santé en général et sur le palu en particulier,
- la disponibilité des produits de santé de lutte contre le paludisme de qualité à tous les niveaux,
- la mobilisation de ressources financières suffisantes pour les prestations de services sur le paludisme,
- l'accessibilité et l'équité dans les prestations de service sur le paludisme,
- le développement de la collaboration multisectorielle sur le paludisme,
- la disponibilité d'informations de qualité sur le paludisme permettant la prise de décisions importantes.

2.2.2.4. Gestion des ressources financières

L'atteinte des objectifs ambitieux fixés par le programme dans son plan stratégique 2023-2026 nécessite d'importantes ressources financières. Pour ce faire, Le PNLP va s'appuyer sur son plan de plaidoyer pour la mobilisation de ressources afin de continuer à bénéficier des financements des partenaires traditionnels et au même moment à rechercher de nouvelles sources de financement internationales et internes. La mobilisation des ressources internes vise à l'accroissement de la contribution financière de l'État, les ressources domestiques à travers des financements innovants, des financements auprès des sociétés parapubliques et des entités décentralisées en faveur de la lutte contre le paludisme.

En vue de renouveler la confiance des partenaires le manuel de procédure convenu entre le Fonds mondial et le PNLP est rigoureusement appliqué dans la gestion financière du programme. Des procédures spécifiques à chaque partenaire sont appliquées conformément aux exigences des partenaires.

2.2.2.5. Gestion et atténuation des risques

Conscient des exigences internationales en matière de bonne gouvernance, la gestion des risques est un axe capital pour une gestion rationnelle des ressources allouées à la lutte contre le paludisme. Tout au long de la mise en œuvre du présent plan stratégique, il est capital de s'assurer de la qualité des interventions et de l'engagement continu des acteurs et des partenaires appuyant le programme. Aussi, il est important de mettre en place des mesures durables permettant de gérer les éventuels risques et menaces en rapport avec :

- la faible mobilisation des ressources voire l'absence de financements nécessaires pour la mise en œuvre du plan stratégique 2023-2026,
- de risques liés à la qualité des produits et services (détériorations et péremption des produits, ruptures de stocks, vols et détournements des PSLP, mauvaises pratiques de prescription, mauvaises conditions de conservation des PSLP)
- le non-respect de la politique nationale de prise en charge par les prestataires ;
- la lassitude dans la mise en œuvre des interventions du fait des faibles résultats ;
- l'augmentation de la résistance des vecteurs aux insecticides et du parasite aux antipaludiques consécutive à une couverture universelle exposant de façon prolongée les parasites et les vecteurs ;
- la résurgence des cas de paludisme du fait de la diminution, voire l'arrêt brutal dans la mise en œuvre d'interventions adéquates consécutive à la non continuité des financements nécessaires ;
- La survenue d'éventuelles épidémies et de maladies émergentes et réémergentes ;
- Les changements climatiques importantes.

2.3. Budgétisation et plan financier du PSN

2.3.1. Résumé du budget du PSN

2.3.1.1. Budget du PSN par année

Le budget global de ce PSN s'élève à 153 054 548 984 F CFA sur la période de 2023-2026. Le résumé du budget par année est présenté dans le tableau suivant :

Tableau X : Répartition annuelle du budget global

TOTAL BUDGET (F CFA)		
Année	Montant	%
2 023	23 292 652 238	15%
2 024	38 614 140 835	25%
2 025	36 315 838 605	24%
2 026	54 991 599 757	36%
Total	153 214 231 434	100%

2.3.1.2. Résumé du budget du PSN par module

La répartition du budget par modules de 2023 à 2026 se présente selon le tableau ci-après :

Tableau XI : Résumé du budget par année et par Module, 2023-2026

Module	2 023	2 024	2 025	2 026	TOTAL PSN CFA	%
Lutte anti vectorielle	4 892 975 213	23 151 748 853	23 044 447 058	27 839 534 288	78 928 705 412	51,51%
Intervention Spécifiques	955 936 697	2 771 559 100	2 147 820 724	2 224 474 305	8 099 790 826	5,29%
Prise en charge de cas	774 407 800	4 394 235 334	3 009 427 182	3 230 020 153	11 408 090 469	7,45%
Gestion programmatique du paludisme à différents niveaux	174 015 366	994 529 774	1 232 104 562	943 717 824	3 344 367 527	2,18%
Promotion de la santé	96 279 431	681 349 900	328 416 919	308 218 747	1 414 264 997	0,90%
Gestion des Achats et des Stocks	14 084 235 526	4 073 595 623	4 004 769 847	18 965 621 015	41 128 222 010	26,90%
Surveillance, S&E	2 314 802 205	2 547 122 250	2 548 852 313	1 480 013 425	8 890 790 193	5,81%
TOTAL	23 292 652 238	38 614 140 835	36 315 838 605	54 991 599 757	153 214 231 434	100%

2.3.1.3. Résumé du budget du PSN par intervention

Les interventions budgétisées du PSN 2023-2026 sont résumés dans le tableau suivant :

Tableau XII : Résumé du budget par année et par intervention, 2023-2026

Intervention	2 023	2 024	2 025	2 026	TOTAL PSN	%
Distribution universelle des MID en campagne de masse et en routine aux enfants de moins d'un an	4 892 975 213	0	0	4 950 557 903	9 843 533 116	6,43%
Pulvérisation intra domiciliaire (PID)	0	22 579 232 959	22 558 026 584	22 558 026 584	67 695 286 127	44,23%
Lutte anti larvaire et gestion de l'environnement	0	505 415 834	245 642 708	149 607 985	900 666 527	0,49%
Gestion de la résistance aux insecticides et Surveillance entomo	0	63 900 060	240 777 766	181 341 816	486 019 642	0,32%
Traitement préventif intermittent chez le femme enceinte	90 073 450	856 977 013	542 869 100	542 869 100	2 032 788 663	1,33%
Traitement préventif intermittent chez le nourisson	0	454 513 875	71 880 000	71 880 000	598 273 875	0,39%
Chimio prévention du paludisme saisonnier chez les enfants de moins de 5 ans	865 863 247	1 460 068 213	1 533 071 624	1 609 725 205	5 468 728 288	3,57%
Diagnostic dans les formations sanitaires	373 084 348	195 057 159	360 038 921	181 693 984	1 109 874 412	0,73%
Traitement des cas simple et grave dans les formations sanitaires	148 046 377	827 478 798	140 730 243	810 487 050	1 926 742 467	1,26%

Traitement de cas au niveau communautaire	0	3 371 699 378	2 508 658 019	2 237 839 119	8 118 196 515	5,30%
Pharmacovigilance	48 964 474	0	0	0	48 964 474	0,03%
Surveillance efficacité des antipaludéens	204 312 601	0	0	0	204 312 601	0,13%
Capacités Institutionnelles et gestionnaires du programme y compris la logistique	174 015 366	193 926 874	418 262 143	119 872 143	906 076 526	0,59%
Ressources humaines d'appui à la lutte contre le paludisme	0	759 598 327	767 787 709	776 409 330	2 303 795 367	1,51%
Partenariat	96 279 431	44 204 573	46 054 710	47 436 351	233 975 065	0,15%
Plaidoyer	0	418 731 650	66 744 309	155 714	485 631 673	0,32%
Communication	0	25 417 500	24 471 860	24 643 726	74 533 086	0,05%
Mobilisation Sociale	0	237 200 750	237 200 750	283 419 308	757 820 808	0,50%
Acquisition des ILPs	14 084 235 526	3 767 769 826	3 684 128 549	18 715 659 404	40 251 793 305	26,30%
Gestion des ILPs	0	150 638 294	168 602 002	97 376 323	416 616 619	0,27%
Distribution des ILP à différents niveaux	0	155 187 503	152 039 296	152 585 288	459 812 086	0,30%
Surveillance, S&E	2 314 802 205	2 547 122 250	2 548 852 313	1 480 013 425	8 890 790 193	5,80%
	23 292 652 238	38 614 140 835	36 315 838 605	54 991 599 757	153 214 231 434	100,00%

2.3.2. Plan de mobilisation de ressources

En termes de mobilisation des ressources financières, seules les contributions du Fonds Mondial sont connues et officiellement communiqué au pays sur la durée du PSN. La contribution de l'AMF pour l'année 2023 représente le montant des MID mis à la disposition du pays pour la campagne de masse.

Les autres (l'Etat, l'AMF, Malaria consortium et PMI) sont basées sur une estimation des contributions.

Ainsi on peut considérer que pour la mise en œuvre du présent PSN, 43,73% du budget est disponible.

De grands efforts de recherche de financement devront être fournis pour recouvrir les 56,27% restant du budget global du PSN 2023-2026.

2.3.2.1. Mobilisation de ressources par source

Le programme aura besoin de ressources financières suffisantes pour atteindre les objectifs fixés dans le présent plan stratégique. Le PNLP élaborera un plan de mobilisation des ressources qui lui permettra de continuer à bénéficier des financements des partenaires traditionnels, mais surtout de rechercher de nouvelles sources de financement internationales et nationales. Le PNLP s'inscrira dans les efforts de mobilisation des ressources domestiques à travers des financements innovants et auprès des sociétés parapubliques.

Tableau XIII : Analyse des carences budgétaires du PSN

Années	Budget en FCFA	Etat Togolais	Fonds Mondial	AMF	MC	Total disponible	GAP
2 023	23 292 652 238	1 800 924 747	11 726 953 588	6 178 065 626	529 820 953	20 235 764 914	3 056 887 324
2 024	38 614 140 835	300 924 747	12 351 584 296		529 820 953	13 182 329 996	25 431 810 839
2 025	36 315 838 605	309 952 489	12 351 584 296		529 820 953	13 191 357 738	23 124 480 866
2 026	54 991 599 757	1 819 251 064	12 351 584 296	6 154 839 866		20 325 675 226	34 665 924 531
TOTAL	153 214 231 434	4 231 053 048	48 781 706 476	12 332 905 492	1 589 462 859	66 935 127 874	86 279 103 560
		2,76%	31,84%	8,05%	1,04%	43,69%	56,31%

* La contribution de l'état intègre la contrepartie Etat.

Sur les **153 214 231 434 F** CFA du budget total du PSN, 2,76% constituent la contribution de l'Etat intègre la contrepartie Etat ; 31,84% viendront du Fonds Mondial. Ainsi, 56,31% du budget du PSN 2023-2026 sont à recherche.

2.3.2.2. Analyse des besoins programmatiques

Gap programmatique	Années	2023	2024	2025	2026
	Population	8 281 694	8 472 173	8 667 033	8 866 375
MID	MID campagne	6 628 248	-	-	6 451 088
	MID routine	493 812	510 626	530 742	548 902
	Total des besoins nécessaires	7 122 060	510 626	530 742	6 999 990
	Besoins financé	6 981 586	-	-	-
	Ecart	140 474	510 626	530 742	6 999 990
TPI	Total des besoins nécessaires	641 454	685 904	733 046	783 022
	Besoins financé	960 840	-	-	-
	Ecart	(319 386)	685 904	733 046	783 022
CPS	Total des besoins nécessaires	2 011 252	3 199 170	3 268 356	3 339 092
	Besoins financé	2 011 252	-	-	-
	Ecart	-	3 199 170	3 268 356	3 339 092
CTA	Total des besoins nécessaires	2 108 197	2 078 339	2 042 579	2 000 489
	Besoins financé	2 108 197	-	-	-
	Ecart	-	2 078 339	2 042 579	2 000 489
TDR	Total des besoins nécessaires	2 944 364	2 997 863	3 050 167	3 101 064
	Besoins financé	3 460 050	-	-	-
	Ecart	(515 686)	2 997 863	3 050 167	3 101 064
Artésunate inj	Total des besoins nécessaires	431 419	412 787	393 378	373 220
	Besoins financé	431 419	-	-	-
	Ecart	(0)	412 787	393 378	373 220

Au regard des informations du tableau ci-dessus, on remarque que les besoins financés des différents produits de santé de lutte antipaludique sont supérieurs ou égaux aux besoins nécessaires planifiés pour l'année 2023. Cela est dû à l'accompagnement des partenaires financiers dans l'acquisition des intrants. Pour ce qui concerne les années 2024, 2025 et 2026, une mobilisation des ressources sera nécessaire pour assurer la disponibilité des intrants antipaludiques dans les formations sanitaires et au niveau communautaire.

2.4. Cadre de suivi et évaluation du PSN

2.4.1. Cadre de performance 2023-2026

Indicateurs	Valeurs références							Valeurs cibles			
	Périodicité	Expression	Num	Déno	Année	Source	Valeur	2023	2024	2025	2026
IMPACT											
Incidence du paludisme confirmé dans les formations sanitaires et au niveau communautaire	Annuelle	%	2 224 554	8 104 000	2022	Rap PNLP	275	230,0	186	141	97
Incidence du paludisme grave en hospitalisation (P/10 000 habitants)	Annuelle	P/10000	43 414	8 104 000	2022	Rap PNLP	54	44,9	36	28	19
Incidence des décès dus au paludisme en hospitalisation x (P/ 100 000 habitants)	Annuelle	P/100000	905	8 104 000	2022	Rap PNLP	11	9,4	8	6	4
Prévalence parasitaire du paludisme chez les enfants de 6 à 59 mois	Annuelle	%			2020	EIP 2020	36	32,0	28	25	21
Taux de positivité des tests de confirmation du paludisme (Microscopie ou TDR) dans les formations sanitaires et dans la communauté	Annuelle	%	2 214 661	3 456 209	2022	Rap PNLP	64	59,2	54	49	45
Létalité du paludisme chez les enfants de moins de 5 ans en hospitalisation	Annuelle	%	586	23 185	2022	Pap PNLP	3	2,3	2	2	2
EFFET											
Proportion des ménages dans les zones à risque de paludisme possédant au moins une moustiquaire à imprégnation durable pour deux personnes la population	Tous les 2 ans au moins	%			2020	EIP 2020	78	81,4	85	88	92
Proportion des ménages dans les zones à risque de paludisme possédant une moustiquaire à imprégnation durable pour chaque couchette utilisée	Tous les 2 ans au moins	%			2020	EIP 2020	76	79,8	84	87	91
Proportion de la population à risque de paludisme qui a dormi la nuit précédente sous une moustiquaire à imprégnation durable	Tous les 2 ans au moins	%			2020	EIP 2020	60	65	70	75	80

Proportion des enfants de moins de 5 ans à risque de paludisme ont dormi la nuit précédente sous une moustiquaire à imprégnation durable	Tous les 2 ans au moins	%			2020	EIP 2020	67	72	76	81	85
Proportion des femmes enceintes à risque de paludisme ont dormi la nuit précédente sous une moustiquaire à imprégnation durable	Tous les 2 ans au moins	%			2020	EIP 2020	68	72	77	81	85
Proportion de la population utilisant une moustiquaire imprégnée d'insecticide parmi la population ayant accès à une moustiquaire imprégnée d'insecticide	Tous les 2 ans au moins	%			2020	EIP 2021	67	70	74	78	81
Proportion de la population à risque de paludisme dans les zones cibles est protégée par des pulvérisations intra domiciliaires à effet rémanent au cours des 12 derniers mois ;	Tous les 2 ans au moins	%			2020	EIP 2020	ND	65	69	73	77
Proportion des femmes enceintes à risque de paludisme qui ont reçu au moins trois doses de traitement préventif intermittent au cours de soins prénatals dans leur dernière grossesse menée à termes dans les deux dernières années ;	Tous les 2 ans au moins	%			2020	EIP 2020	58	62	67	71	76
Au moins 80% des enfants de 3 à 59 mois des zones ciblées par la chimio-prévention du paludisme saisonnier ayant reçu 5 cycles de traitement CPS durant la dernière période de haute transmission du paludisme ;	Annuelle	%			2022	Enquête couverture	68	72	77	81	86
Pourcentage d'enfants de moins de cinq ans ayant fait la fièvre au cours des deux dernières semaines et qui ont subi un prélèvement sanguin de test de confirmation du paludisme au doigt ou au talon	Tous les 2 ans au moins	%			2020	EIP 2020	25	29	33	37	41
Pourcentage d'enfants de moins de cinq ans ayant fait la fièvre au cours des deux dernières semaines et qui ont reçu un traitement antipaludique conformément aux directives nationales	Tous les 2 ans au moins	%			2020	EIP 2020	59	64	68	73	78

Proportion des femmes de 15-49 ans qui ont cité les piqûres de moustiques comme seul moyen de contracter le paludisme.	Tous les 2 ans au moins	%			2020	EIP 2020	38	44	50	56	62
PRODUITS											
Proportion de femmes enceintes vues au 1er contact de CPN ayant reçu de MID	Annuelle	%	232 755	243 215	2022	Rap PNLP	96	97	98	99	100
Proportion d'enfants de moins d'un an vaccinées au Penta1/VPO ayant reçu de MID	Annuelle	%	280 401	298 091	2022	Rap PNLP	94	95	96	96	97
Proportion de femmes enceintes ayant reçu 3 doses de SP lors de leurs consultations prénatale	Annuelle	%	149 475	243 215	2022	Rap PNLP	61	65	69	73	76
Proportion d'enfants de moins d'un an vacciné ayant reçu trois doses de SP	Annuelle	%					ND	60	65	70	75
Proportion d'enfants de 3-59 mois ayant reçu le traitement CPS (chimio-prévention du paludisme saisonnier) complète (4 ou 5 cycles) lors de la saison de haute transmission dans les zones ciblées	Annuelle	%	486 148	527 788	2022	Base saisie CPS	92	93	94	95	96
Proportion des cas suspects de paludisme ayant bénéficié d'un test parasitologique (TDR, Microscopie) dans les formations sanitaires	Annuelle	%	2 581 698	2 642 202	2022	Rap PNLP	98	98	99	99	100
Proportion des cas suspects de paludisme ayant bénéficié d'un test de diagnostic rapide (TDR) au niveau communautaire	Annuelle	%	874 511	894 681	2022	Rap PNLP	98	98	99	99	100
Proportion des cas de paludisme simple confirmés dans les formations sanitaires ayant reçu un traitement antipaludique conformément aux directives nationales	Annuelle	%	1 404 882	1 423 872	2022	Rap PNLP	99	99	99	99	100
Proportion des cas de paludisme simple confirmés au niveau communautaire ayant reçu un traitement antipaludique conformément aux directives nationales	Annuelle	%	722 326	728 095	2022	Rap PNLP	99	99	100	100	100
Proportion des cas de paludisme grave confirmés hospitalisés dans les formations sanitaires ont reçu un traitement antipaludique conformément aux directives nationales	Annuelle	%					0	65	69	73	77

Proportion des rapports d'établissements de santé attendus reçus au niveau national (Taux de recouvrement rapports SNIS)	Annuelle	%	11 713	12 060	2022	Rap PNLP	97	97	98	98	99
Proportion des rapports d'établissements de santé attendus reçus à temps au niveau national (Taux de promptitude)	Annuelle	%	10 546	11 713	2022	Rap PNLP	90	91	92	93	94
Taux d'exécution des activités du plan d'action annuel	Annuelle	%	283	388	2022	Rap. RPP	73	76	80	83	87
Taux de mobilisation du budget du Plan d'action annuel (financement domestique et externe)	Annuelle	%			2022	Rap. RPP	65	69	73	77	81
Taux d'absorption du budget du Plan d'action annuel	Annuelle	%			2022	Rap. RPP	79	81	84	86	88

2.4.2. Système de gestion et d'utilisation des données

Un système national d'information sanitaire mis en place capte les données de santé de routine et permet de disposer à temps toutes les informations produites au niveau des formations sanitaires (publiques et privées) et au niveau communautaire pour: (i) améliorer la mise en œuvre des interventions en apportant les corrections nécessaires, (ii) contribuer au suivi des engagements pris par le pays au niveau international et dans la sous-région, (iii) justifier les financements reçus des partenaires et (iv) rechercher des financements complémentaires. Elles permettront également de montrer la performance du programme et documenter les meilleures pratiques en matière de lutte contre le paludisme.

Les données sont collectées à partir des outils harmonisés développés constitués des outils primaires et secondaires. La gestion de ces données est assurée par des acteurs formés à tous les niveaux chargés de la production de l'information à partir des données collectées, l'élaboration des rapports périodiques (mensuels ou trimestriel) pour assurer la collecte, le traitement et l'analyse des données.

Pour assurer une traçabilité, les données suivent un circuit représenté par la figure ci-dessous qui définit les différentes voies de transmission des données.

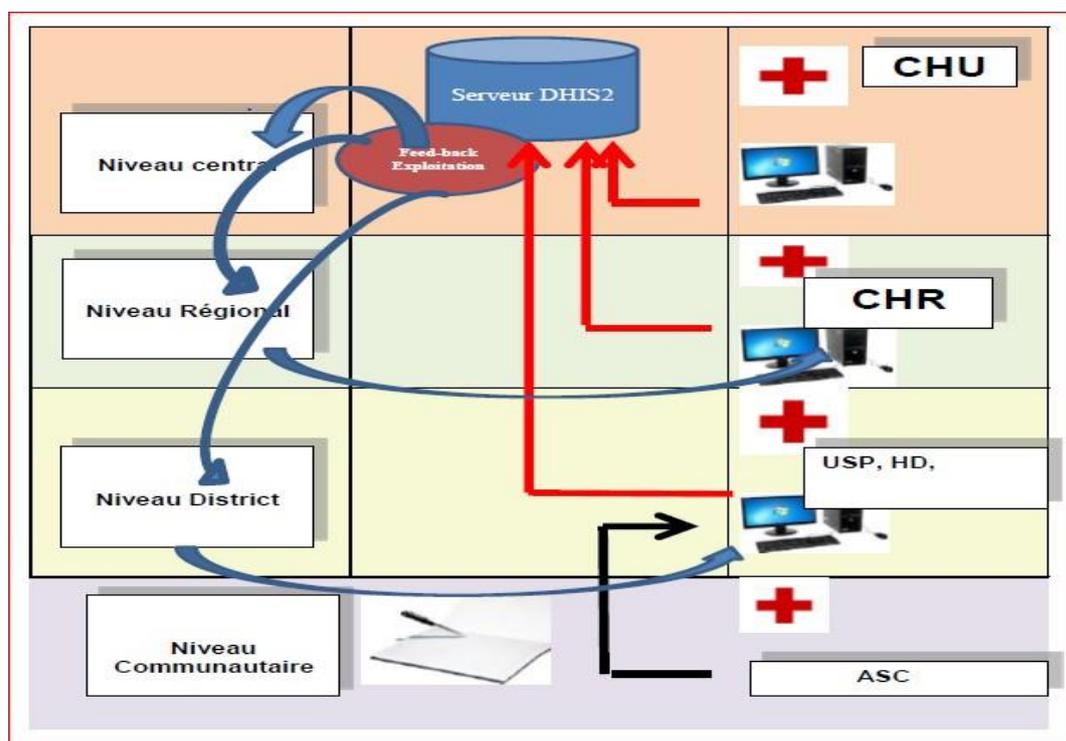


Figure 9 : Circuit de l'information selon la structure décisionnelle de la pyramide sanitaire

2.4.3. Mécanismes de coordination du Suivi et évaluation

L'atteinte des objectifs du PSN 2023-2026, passe par un système performant de mesure des indicateurs et la disponibilité à temps des informations de qualité sur le paludisme à tous les niveaux de la pyramide sanitaire. Des efforts seront consentis pour assurer le suivi de toutes les interventions et de garantir la redevabilité des actions aux décideurs, aux partenaires, aux acteurs mais aussi aux bénéficiaires.

Une unité de surveillance épidémiologique et suivi-évaluation au sein du PNLP est chargée de coordonner l'ensemble des activités en lien avec cette intervention. Au niveau décentralisé, ce suivi sera assuré par des points focaux (districts et régions).

Parallèlement, le PNLP va s'appuyer sur le groupe technique de suivi évaluation à travers l'organisation des réunions périodiques en vue de faire des propositions de solutions par rapport aux questions soulevées lors des revues et des missions de supervision. Chaque année une évaluation du plan de travail annuel (PTA) sera organisée pour évaluer les performances mais aussi procéder à l'élaboration du PTA de l'année suivante. Une évaluation à mi-parcours et une évaluation finale du PSN sont également organisées conformément aux recommandations de RBM.

3. RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- Ern, H. (1979). Vegetation Togo. Gliederung, Gefahrung, Erhaltung. Willdenowia, 9: 295-312
- Rapport de la revue du programme :
 - Rapports d'activités du programme 2017-2022
 - Rapports annuels du programme 2017-2022
- Rapport d'évaluation de la sensibilité des vecteurs du paludisme aux insecticides et cartographie de la résistance au Togo, 2022
- Loi n°2007-011 du 13 mars 2007 relative à la décentralisation et aux libertés locales
- Annuaire statistique du Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique 2016,2017 et 2018
- OMS, Stratégie technique mondiale de lutte contre le paludisme, 2016–2030
- Enquête démographique de Santé 2013-2014
- Enquête sur les indicateurs du paludisme 2017
- Rapport annuels PEV 2017 et 2018
- Comptes nationaux de la santé
- Plan stratégique national PNLP, 2017-2022
- Rapport annuel PNLP 2022
- Rapport général RPP 2022
- Rapport général FEMSE 2017
- PNLP, rapport Test d'efficacité thérapeutique, 2022
- Toklo, (2023), comportement trophique des anophèles
- Enquête sur les indicateurs de santé au Togo, 2013-2014
- Enquête sur les indicateurs du paludisme, 2020
- Stratification épidémiologique, 2022
- Plan national de développement sanitaire, 2023-2027
- Plan National d'adaptation du secteur de la sante aux effets des changements climatiques (PNAS), 2019