

MINISTERE DE LA SANTE

REPUBLIQUE TOGOLAISE

Travail - Liberté - Patrie



**PLAN STRATEGIQUE DE DEVELOPPEMENT
DE LA CYBERSANTE AU TOGO
2013-2015**



Août 2012

TABLE DES MATIERES

SIGLES ET ABREVIATIONS	iv
LISTE DES TABLEAUX	vi
LISTE DES FIGURES	vi
PREFACE	Erreur ! Signet non défini.
RESUME.....	vii
INTRODUCTION.....	1
CHAPITRE 1 : PROCESSUS D'ÉLABORATION DU PLAN STRATEGIQUE DE DEVELOPPEMENT DE LA CYBERSANTE (PSDC) 2013-2015	2
1.1. Justification de l'élaboration du PSDC 2013-2015	2
1.2. Méthodologie d'élaboration.....	2
1.2.1 Mise en place du comité d'élaboration du plan.....	2
1.2.2 Ateliers d'élaboration et de consensus.....	2
1.2.3 Validation du PSDC	2
CHAPITRE 2 : CONTEXTE NATIONAL	3
2.1. Situation géographique, démographique et organisation administrative.....	3
2.2. Situation politique	4
2.3. Situation économique et sociale.....	5
2.4. Lien entre pauvreté et santé.....	5
2.5. Stratégie nationale de réduction de la pauvreté	6
CHAPITRE 3 : SITUATION SANITAIRE.....	7
3.1. Profil épidémiologique.....	7
3.2. Espérance de vie à la naissance.....	8
3.3. Mortalité générale.....	8
3.4. Mortalité et morbidité chez les enfants de moins de 5 ans.....	8
3.5. Mortalité et morbidité maternelles et néonatales	9
3.6. Paludisme, VIH/Sida, tuberculose et autres maladies endémiques	9

3.7. Maladies non transmissibles.....	11
3.8. Organisation sanitaire	12
3.8.1 Organisation administrative du système de santé.....	12
3.8.2 Parties prenantes et leurs rôles	12
3.8.3 Organisation des structures de soins	13
3.8.4 Politiques et stratégies du secteur	13
3.8.5 Gouvernance et pilotage du système de santé.....	13
3.8.6 Disponibilité, utilisation et qualité de l'offre	14
3.8.7 Ressources Humaines en Santé (RHS).....	14
3.8.8 Accès aux médicaments, vaccins, produits sanguins et aux technologies médicales.....	15
3.8.9 Financement de la santé.....	15
3.8.10 Information, recherche et gestion de la connaissance	16
CHAPITRE 4 : ANALYSE DE LA SITUATION DE LA CYBERSANTE	17
4.1. Etat des lieux.....	17
4.1.1 Contexte national.....	17
4.1.1.1 Contexte du marché national des TIC.....	17
4.1.1.2 Situation nationale de la Cybersanté.....	20
4.1.2 Contexte sous régional	23
4.1. 3 Contexte regional	24
4.2. Cadre déontologique et juridique	25
4.3. Forces.....	26
4.4. Faiblesses	26
4.5. Défis.....	26
CHAPITRE 5 : STRATEGIES D'INTERVENTION.....	27
5.1. Chaîne de résultats	27
5.1.1 Impact	27
5.1.2 Effets et Produits	27
5.2 Stratégies d'intervention	27

5.2.1 Intégration de la cybersanté dans l'offre de service globale des structures de santé	28
5.2.2 Renforcement du système de gestion des ressources humaines en santé par l'utilisation des TIC. 28	28
5.2.3 Renforcement de la formation initiale et continue à travers l'utilisation des TIC	28
5.2.4 Utilisation des TIC pour renforcer le système national d'informations sanitaires.....	28
5.2.5 Dotation du système national de santé d'équipements en TIC fiables et capables de supporter les applications de cybersanté.....	29
5.2.6 Promotion des bonnes pratiques, de la gestion des connaissances ainsi que de la recherche en santé à l'échelle nationale à travers l'utilisation des TIC	29
CHAPITRE 6 : BUDGET ET PLAN DE FINANCEMENT	30
CHAPITRE 7 : MISE EN) UVRE ET SUIVI EVALUATION.....	45
7.1 MISE EN) UVRE	45
7.2 SUIVI ET EVALUATION	45
CONCLUSION	46
DEFINITION DES TERMINOLOGIES.....	47
REFERENCES.....	49

SIGLES ET ABREVIATIONS

ADSL	:	Asymmetric Digital Subscriber Line/Ligne de abonée numérique à débit asymétrique
AFD	:	Agence Française de Développement
APD	:	Aide Publique au Développement
ARV	:	Anti-Retro-Viraux
ART&P	:	Autorité de Réglementation des Postes et Télécommunication
ASC	:	Agent de Santé Communautaire
AVP	:	Accident de la Voie Publique
BAD	:	Banque Africaine de Développement
BADEA	:	Banque Arabe de Développement Economique en Afrique
BID	:	Banque Islamique de Développement
BIDC	:	Banque d'investissement pour le Développement pour les pays de la CEDEAO
CEDEAO	:	Communauté Economique des Etats de l'Afrique de l'Ouest
BIT	:	Bureau International du Travail
BM	:	Banque Mondiale
BOAD	:	Banque Ouest Africaine pour le Développement
CAMEG	:	Centrale d'Achat des Médicaments Essentiels et Génériques
CCM	:	Country Coordination Mecanism
CDMT	:	Cadre de Dépenses à Moyen Terme
DRS	:	Direction Régionale de la Santé
CHR	:	Centre Hospitalier Régional
CHU	:	Centre Hospitalier Universitaire
CNS	:	Compte Nationaux de Santé
DOTS	:	Directly Observed Treatment Short Course
DSRP	:	Document de Stratégie de Réduction de la Pauvreté
DTC	:	Diphtérie Tétanos Coqueluche
EAM	:	Ecole des Assistants Médicaux
ECD	:	Equipe Cadre de District
ECR	:	Equipe Cadre Régionale
EDGE	:	Enhance Data GSM Evolution/Technologie de spécification pour le transfert de données GSM
EDST	:	Enquête Démographique et de Santé -Togo
FAO	:	Organisation Mondiale pour l'Alimentation
FIDA	:	Fond International pour le Développement Agricole
FKD	:	Fond Koweïtien pour le Développement
FMI	:	Fond Monétaire International
FMMP	:	Faculté Mixte de Médecine et de Pharmacie
FSD	:	Fonds Social de Développement
GAR	:	Gestion Axée sur les Résultats
GAVI	:	Alliance mondiale pour les Vaccins et l'Immunisation
GPRS	:	Global Packet Radio Système/Technologie de Communication Radio
GSM	:	Global Système for Mobile/Système Mondial de Communication Mobile
GTZ	:	Deutsche Gesellschaft für Technische Zusammenarbeit
HCDH	:	Haut Commissariat des Droits de l'Homme
HD	:	Hôpital de District
HTA	:	Hypertension Artérielle
IDE	:	Infirmier Diplômé d'Etat
IHP+	:	Partenariat International pour la Santé et Initiatives Apparentées
INH	:	Institut National d'Hygiène

INSP	:	Institut National de Santé Publique
ISF	:	Indice Synthétique de Fécondité
IST	:	Infection Sexuellement Transmissible
MEG	:	Médicament Essentiel et Générique
MICS	:	Enquête par Grappe à Indicateur Multiple
MILDA	:	Moustiquaire Imprégnée d'insecticide à Longue Durée d'Action
MDR-TB	:	Multiple Drug Resistant Tuberculosis
MNT	:	Maladies Non Transmissibles
OIF	:	Organisation International de la Francophonie
OMS	:	Organisation Mondiale de la Santé
OMD	:	Objectifs du Millénaire pour le Développement
ONUSIDA	:	Programme conjoint des Nations Unies pour la lutte contre le SIDA
VPO	:	Vaccin Polio Oral
PAM	:	Programme Alimentaire Mondiale
PCIME	:	Prise en Charge Intégrée des Maladies de l'Enfance
PEV	:	Programme Elargi de Vaccination
PIB	:	Produit Intérieur Brut
PIHI	:	Paquet d'interventions à Haut Impact
PMA	:	Paquet Minimum d'Activité
PMI	:	Prévention Maternelle et Infantile
PNUD	:	Programme des Nations Unies pour le Développement
PPTTE	:	Pays Pauvre Très Endettés
PSDC	:	Plan Stratégique de Développement de la cybersanté
PTF	:	Partenaire Technique et Financier
PTME	:	Prévention de la Transmission de la Mère à l'Enfant
QUIBB	:	Questionnaire Unifié des Indicateurs de Base du Bien être
RGPH	:	Recensement Général de la Population et de l'Habitat
RSI	:	Règlement Sanitaire International
RHS	:	Ressources Humaines en Santé
SAA	:	Soins Après Avortement
SIDA	:	Syndrome d'immuno Déficience Acquis
SIS	:	Système d'information Sanitaire
SMIR	:	Surveillance Intégrée des Maladies et Riposte
SMART	:	Spécifiques, Mesurables, Acceptés, Réalistes, dans le Temps
SNIS	:	Système National d'information Sanitaire
SONU	:	Soins Obstétricaux et Néonataux d'Urgence
TIC	:	Technologie de l'information et de la Communication
TPM	:	Tuberculose Pulmonaire à Microscopie
TPM+	:	Tuberculose Pulmonaire à Microscopie Positive
TRO	:	Traitement de Réhydrations Oral
UE	:	Union Européenne
UEMOA	:	Union Economique et Monétaire Ouest Africaine
UNDAF	:	Plan Cadre Des Nations Unies Pour l'Aide au Développement
UNESCO	:	Organisation des Nations Unies pour l'Éducation la Science et la Culture
UNFPA	:	Fond des Nations Unies pour la Population
UNHCR	:	Haut-Commissariat des Nations Unies pour les Réfugiés
UNICEF	:	Fonds des Nations Unies pour l'Enfance
UNREC	:	Centre Régional des Nations Unies pour la Paix et le Désarmement en Afrique
USP	:	Unité de Soins Périphérique
VIH	:	Virus de l'immunodéficience Humaine
VSAT	:	Very Small Aperture Terminal/Microstation Terrienne, Antenne Satellitaire

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1 : Nouveau paysage de l'APD au Togo depuis 2006	4
Tableau 2 : Evolution des indicateurs clés de la santé au Togo	7
Tableau 3 : Récapitulatif de la communication téléphonique selon les sociétés	18
Tableau 4 : Budget du PSDC par stratégies	30
Tableau 4 : Plan de financement du PSDC	31

LISTE DES FIGURES

Figure 1 : Evolution de la population au Togo entre 1960 et 2020	3
Figure 2 : Mortalité infantile par quintile de pauvreté	6
Figure 3 : Causes de décès maternel au Togo	9
Figure 4 : Morbidité et létalité associés au paludisme chez les malades hospitalisés	10
Figure 5 : Densité de médecin par région	14
Figure 6 : Tarif en US\$ du large bande fixe en 2009 dans la zone UEMOA	19
Figure 7 : Interface de l'accueil de la suite progiciel iHRIS	23

RESUME

Le Plan Stratégique de Développement de la cybersanté (PSDC) 2013-2015 est l'expression de la volonté du Ministère de la santé et de ses partenaires d'apporter des solutions aux problèmes sanitaires du pays caractérisés surtout par des niveaux encore élevés des taux de morbidité et de mortalité touchant plus particulièrement la femme et l'enfant, des endémo-épidémies, l'émergence des maladies non transmissibles souvent pourvoyeuses de décès et d'invalidité et le déficit quantitatif et qualitatif des ressources humaines en santé.

L'élaboration de ce plan stratégique s'inscrit dans le cadre de la réforme du système de santé initiée par le Ministère de la santé avec l'appui des PTF, suite à l'adhésion du Togo à IHP+ en mai 2010. Il est le résultat d'un processus inclusif, participatif et consensuel de l'ensemble des parties impliquées dans la santé sur les priorités du secteur de la santé.

Le PSDC 2013-2015 se fonde sur l'orientation stratégique 5.2.5 de la politique nationale de santé et le programme 5 du plan de développement sanitaire 2012-2015 ainsi que sur les préoccupations majeures identifiées dans l'analyse diagnostique du moment y compris l'analyse causale des principaux goulots de étranglement du système de santé. Il intègre les Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD) dans la perspective de permettre au Togo de répondre à son engagement pris pour l'horizon 2015.

Dans sa structuration, le PSDC 2013-2015 est décliné en six orientations stratégiques qui visent respectivement : (i) l'intégration de la cybersanté dans l'offre de service globale des structures de santé, (ii) le renforcement du système de gestion des ressources humaines en santé par l'utilisation des TIC, (iii) le renforcement de la formation initiale et continue à travers l'utilisation des TIC, (iv) l'utilisation des TIC pour renforcer le système national d'informations sanitaires, (v) la dotation du système national de santé d'équipements en TIC fiables et capable de supporter les applications de cybersanté et (vi) l'amélioration de la promotion, l'échange des bonnes pratiques et la gestion des connaissances ainsi que la recherche en santé, à l'échelle nationale à travers l'utilisation des TIC.

Ces priorités stratégiques comprennent entre autres :

- le développement du leadership, le partenariat et la coordination de la cybersanté au niveau national ;
- le développement de la télémédecine dans les différentes formations sanitaires ;
- l'implication des prestataires dans la sélection et l'élaboration des applications de cybersanté ;
- l'élaboration et la diffusion des directives, des protocoles, des méthodes et des normes d'exercice à l'échelle nationale ;
- l'utilisation des TIC pour l'intégration des services essentiels orientés vers la mère, les nouveaux nés et les moins de cinq ans au sein de la communauté pour améliorer considérablement les indicateurs de santé ;
- le renforcement du plaidoyer pour le financement de la cybersanté ;
- la réactualisation du code de la santé afin de l'adapter au contexte de la cybersanté ;
- l'opérationnalisation du système de gestion informatisée des ressources humaines du secteur de la santé ;
- l'extension du système de gestion informatisée dans les régions et établissements sanitaires ;
- la mise en place des infrastructures de communication favorisant l'apprentissage à distance ;

- la dotation des structures de formation en matériels TIC ;
- la dotation des structures de formation d'un curricula en informatique médicale ;
- le renforcement des capacités des professionnels de santé en cybersanté ;
- le renforcement de la coopération entre structures de formations nationales et étrangères ;
- la dotation des régions, districts et établissements de santé en matériels informatiques suffisants ;
- la création des entrepôts de données (datawarehouse) au niveau des régions et au niveau national ;
- la mise en ligne des informations du secteur sur un site web ;
- l'interconnexion des régions sanitaires au niveau central ;
- la mise en place des mécanismes de sécurisation des données ;
- la dotation des services de soins de santé primaires en équipements de cybersanté suffisants (hôpitaux et centres de santé, cabinets médicaux, cliniques médicales, ambulances, etc.) ;
- l'adoption au niveau national des normes relatives à l'infrastructure de cybersanté ;
- mettre en place un mécanisme national de sélection et d'évaluation des initiatives de cybersanté ;
- la mise en place un mécanisme national de gestion des connaissances (intégration de l'ensemble des stratégies au niveau national) pour susciter des innovations en cybersanté et faire évoluer la capacité d'apprentissage et de prestation de services de cybersanté ;
- l'assurance de l'évolution et l'alimentation du portail Web du ministère de la santé ;
- l'intégration des dispositions réglementaires relatives à la cybersanté dans les différents codes déontologiques des professions de la santé ;
- l'initiation et la promotion de la recherche et le développement sur cybersanté.

Le coût prévisionnel du PSDC 2013-2015 s'élève à 2 685 512 856 FCFA, soit 5 371 025 USD. Le financement du Plan Stratégique de Développement de la cybersanté va requérir la mobilisation des ressources financières conséquentes pour l'atteinte des résultats. A cet égard, l'État, les sociétés de téléphonie mobile, les organisations non gouvernementales et les Partenaires Techniques et Financiers du Ministère de la Santé, conformément au Plan National de Développement Sanitaire, mobiliseront les ressources nécessaires à sa mise en œuvre. Les autres départements ministériels, notamment ceux en charge de l'économie et des finances, des postes et télécommunication, de l'enseignement supérieur et de la recherche accompagneront le Ministère de la Santé tout le long du processus de mise en œuvre.

La mise en œuvre du PSDC sera assurée par la cellule de coordination de la cybersanté et la cellule d'appui au développement de la cybersanté qui sont créées au niveau central et logées au secrétariat général.

La mise en œuvre du plan de développement de la cybersanté nécessitera un suivi périodique et une évaluation à mi-parcours et à la fin de son exécution. Cela permettra de mieux apprécier les résultats et de proposer les réorientations stratégiques pour l'atteinte des objectifs et la pérennité des actions posées. Ceci se fera à l'aide d'indicateurs pertinents relatifs au suivi, au pilotage continu et aux évaluations périodiques. Pour ce faire, un plan de suivi/évaluation sera élaboré.

INTRODUCTION

La mise en œuvre de la politique nationale de santé est une composante essentielle du processus de développement économique et social durable du Togo. C'est dans ce cadre que le gouvernement a élaboré son plan national de développement sanitaire (PNDS 2012-2015) dont les priorités sont axées sur l'atteinte des objectifs du millénaire pour le développement surtout ceux relatifs à la réduction de la mortalité maternelle, à la mortalité infantile et à la lutte contre la maladie. La politique nationale de la santé et le PNDS 2012-2013 accorde une importance à la cybersanté dont le soubassement est fondé sur les technologies de l'information et de la communication (TIC) qui jouent un rôle important dans le développement d'un pays. Leur impact sur tous les aspects de la vie nationale, y compris celui de la santé justifie leur prise en compte comme une des cibles du huitième objectif du millénaire pour le développement¹ (OMD).

Le secteur de la santé accorde une priorité à la cybersanté dans sa politique nationale et son plan de développement sanitaire 2013-2015². En effet, la cybersanté contribue à :

(i) l'amélioration de la disponibilité, de la qualité et de l'utilisation de l'information et des bases factuelles à travers, le renforcement du système d'information sanitaire et le système de renforcement de la santé publique ;

(ii) le perfectionnement des personnels de santé et l'amélioration de la performance, grâce à l'élimination des barrières « distance et temps », à la télémédecine et à la formation médicale continue. Aussi, la cybersanté contribue-t-elle à l'amélioration de l'accès à l'information et aux connaissances en matière de santé et la promotion de changements positifs dans le mode de vie pour lutter contre les maladies courantes et les prévenir.

Le présent plan stratégique de développement de la cybersanté (PSDC) 2013-2015 est élaboré pour permettre au secteur de la santé de poursuivre son processus de développement.

¹ Cible 18F : En coopération avec le secteur privé, faire en sorte que les avantages des nouvelles technologies, en particulier des technologies de l'information et de la communication, soient accordés à tous.

² PNS adoptée en septembre 2011 et le PNDS 2012-2015 validé le 17 février 2012 par le comité sectoriel santé VIH sida.

CHAPITRE 1 : PROCESSUS DE LABORATION DU PLAN STRATEGIQUE DE DEVELOPPEMENT DE LA CYBERSANTE (PSDC) 2013-2015

1.1. Justification de la laboration du PSDC 2013-2015

En application de la résolution WHA.58.28³ relative à l'intégration de la cybersanté dans les systèmes de santé et suivant les recommandations des ateliers organisés respectivement en juin 2009 et septembre 2010 par l'Organisation Oueat Africaine de la Santé (OOAS) à l'attention des pays membres de la CEDEAO pour les inviter à élaborer des politiques et stratégies sectorielles TIC couvrant le domaine de la santé et aussi à intégrer la cybersanté dans leur politique nationale de santé et plan national de développement sanitaire, le Togo s'est engagé dans le processus de laboration du plan stratégique de développement de la cybersanté depuis 2010.

1.2. Méthodologie de laboration

Le processus de laboration du PSDC a été participatif et inclusif. Il a été marqué par les étapes suivantes :

- mise en place d'un comité de laboration du plan⁴ ;
- organisation d'un atelier de laboration et de consensus ;
- organisation de l'atelier de validation et intégration des observations issues de l'atelier.

L'objectif étant de disposer d'un document cohérent afin de faciliter sa mise en œuvre grâce à l'adhésion de tous les partenaires.

1.2.1 Mise en place du comité de laboration du plan

Dans le cadre de la laboration du plan stratégique de développement de la cybersanté, un comité de laboration dudit plan a été mise en place par note de service n°005/12/MS/DGS/DPFR/DFP du 19 janvier 2012.

1.2.2 Ateliers de laboration et de consensus

Trois groupes ont été mis en place au sein du comité de laboration. Les trois groupes avaient en charge chacun la rédaction d'une partie spécifique du document. Plusieurs séances de travail ont été organisées pour l'adoption du canevas de laboration du plan, la collecte des informations en vue de la production du draft préliminaire du document.

1.2.3 Validation du PSDC

Pour sa validation technique, le draft 1 du PSDC a bénéficié des contributions de amélioration des acteurs du secteur, puis a été présenté, discuté, amendé et validé par l'ensemble des parties prenantes du système de la santé au cours d'un atelier national de validation organisé du 28 au 29 août 2012.

³ Résolution WHA.58.28 : Cybersanté. Dans : Cinquante-huitième assemblée mondiale de la Santé, mai 2005, Organisation mondiale de la santé ; http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA58/WHA58_28-fr.pdf

⁴ Note de service n°005/12/MS/DGS/DPFR/DFP du 19 janvier 2012.

CHAPITRE 2 : CONTEXTE NATIONAL

2.1. Situation géographique, démographique et organisation administrative

Situé en Afrique de l'Ouest sur la côte du Golfe de Guinée, le Togo a une superficie de 56 600 Km². Il est limité par le Bénin à l'Est, le Ghana à l'Ouest, le Burkina Faso au Nord et l'Océan Atlantique au Sud. Le pays jouit d'un climat tropical subdivisé en deux grandes zones : une zone de type soudanien au sud avec de vastes terres productives et une zone de type sahélien recouvrant la moitié nord caractérisée par une pénurie de terres fertiles. Le climat chaud et humide du Togo est favorable à la prolifération de vecteurs de maladies et en partie responsable du profil épidémiologique national dominé par les maladies infectieuses et parasitaires.

Sur le plan démographique, le Togo, comme la plupart des pays d'Afrique de l'Ouest, témoigne d'un grand potentiel d'accroissement démographique : l'effectif de la population togolaise a plus que doublé en moins de 30 ans avec une population de 6 191 155 habitants selon le 4^{ème} RGPH de 2010 contre 2,7 millions en 1981. Le contexte démographique est surtout caractérisé par : (i) une prépondérance de jeunes (60% des togolais ont moins de 25 ans), (ii) une croissance démographique élevée (2,84% par an), (iii) une forte densité de population dans les régions côtières (261 habitants au km² pour la région maritime par exemple), (iv) une urbanisation rapide et peu contrôlée surtout à Lomé et (v) un niveau encore élevé de l'indice synthétique de fécondité (ISF à 4,1 enfants par femme), conséquence de la faiblesse de l'offre et de l'utilisation de services de planification familiale. Les projections de populations montrent une hausse de 25% de la population du Togo d'ici à 2020 (figure 1).

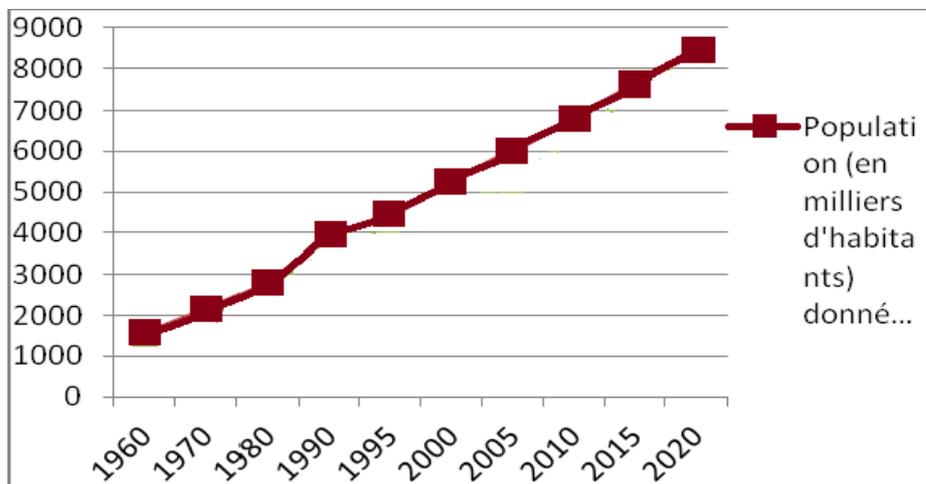


Figure 1 : Evolution de la population au Togo entre 1960 et 2020 (en milliers d'habitants)
Source : UNFPA

Cette tendance de l'accroissement démographique entraînera : (i) une forte urbanisation avec augmentation de la demande des services sociaux de base y compris la santé, (ii) une augmentation des naissances ayant pour corollaire, un accroissement des besoins de santé et de protection de la population notamment de la mère et de l'enfant, se traduisant par une demande conséquente en personnel de santé, en infrastructures sanitaires, en matériels de soins et en médicaments appropriés. S'agissant de l'organisation administrative, le Togo compte cinq régions

économiques (Savanes, Kara, Centrale, Plateaux et Maritime) réparties en 35 préfectures plus la Commune de Lomé qui est subdivisée en 5 arrondissements. Le processus de décentralisation est en cours et le gouvernement a réaffirmé son engagement de le faire aboutir dans les meilleurs délais. Ce qui signifie que ni les régions ni la commune de Lomé n'ont encore de l'autonomie administrative ou financière.

2.2. Situation politique

Le contexte politique national a été marqué par des troubles socio-politiques au début des années 1990 entraînant la suspension de la coopération internationale ; ceci a eu pour conséquence une réduction drastique de l'aide publique au développement (APD) dont le niveau est passé de 11,9% du PIB en 1990 à 2,5% en 2003⁵. Afin de parer à cette situation, le Gouvernement a lancé à partir de 2006, d'importantes réformes politiques et économiques qui ont permis entre autres, de relancer la reprise de la coopération au développement. Le Togo jouit désormais du soutien total de ses partenaires internationaux traditionnels comme le montre le tableau 1 suivant.

Tableau 1 : Nouveau paysage de l'APD au Togo depuis 2006

Piliers du DSRP			
Renforcement de la Gouvernance	Bases d'une croissance forte et durable	Développement du capital humain (santé y compris)	Réduction des déséquilibres régionaux
HCDH	BAD - BADEA - BID	BID - BIDC - BOAD	PNUD
PNUD	BIDC - BOAD - FSD	Fonds Mondial	France
HCR	PNUD	FNUAP - OMS - ONU SIDA	UE
France	Chine - FAO - UE	PNUD	BM
OIF	FIDA - FEM	UNESCO	
UE	- FGD	UNICEF	
USA	AFD	France	
UNREC	Allemagne	AFD	
BAD	Japon - UEMOA	Chine	
BM	BAD - BM - BIT	BAD - BIT - FSD	
FMI		Japon - PAM - UEMOA	

	Partenaires présents en 2006 avec un programme actif de coopération
	Partenaires présents en 2006 avec un programme réduit de coopération
	Partenaires sans programme de coopération en 2006

Source : UNDAF révisé, octobre 2010

⁵ Rapport sur l'APD, Togo août 2010

2.3. Situation économique et sociale

La situation économique nationale est marquée par une croissance économique de plus en plus forte (+3,1% en moyenne entre 2006 et 2010 contre 1,1% entre 1991 et 2005)⁶, résultats des efforts que réalise le gouvernement en matière des réformes économiques et sociales depuis 2008. Ainsi, les réformes entreprises ont permis d'atteindre en novembre 2008 le point de décision de l'initiative en faveur des Pays Pauvres Très Endettés (PPTTE) et en décembre 2010 le point de achèvement de l'initiative PPTTE et de voir l'annulation de 82% de la dette publique extérieure du Togo.

Au niveau des indicateurs macro-économiques, la croissance du PIB a atteint 3,1% en 2009 et 3,7% en 2010 en dépit d'un environnement économique international difficile. Le taux de croissance économique de 4,0% atteint en 2010⁷ (supérieur au taux de croissance démographique de 2,58% la même année⁸) est un signe encourageant de la reprise économique. Cependant, cette croissance, malgré sa hausse significative, s'avère encore insuffisante pour réduire significativement la pauvreté⁹ et relever le défi des OMD notamment les droits à la santé, à l'éducation et à l'alimentation.

2.4. Lien entre pauvreté et santé

Les résultats du MICS4 de 2010 montrent une corrélation forte entre la pauvreté, et la prévalence des principales causes de morbidité et de mortalité maternelle et infantile. En effet, la proportion de cas de fièvre, de pneumonie présumée, de diarrhée, et la prévalence de la malnutrition sont en général plus élevées chez les enfants de moins de 5 ans vivant dans les ménages les plus pauvres et plus particulièrement dans la région des savanes où l'incidence de la pauvreté était plus élevée selon l'enquête QUIBB de 2006. Ainsi, selon MICS4, le nombre de cas de pneumonie relevés chez les enfants de moins de 5 ans est presque deux fois plus élevé dans les ménages les plus pauvres (7,6%) que dans les ménages les plus riches (4,1%) ; 25,1% des enfants de moins de 5 ans des ménages les plus pauvres ont eu la diarrhée contre seulement 12% des enfants des ménages les plus riches. En outre, l'analyse des niveaux de la mortalité entre les différents groupes économiques du Togo montre que la mortalité des enfants des 20% des ménages les plus riches est presque de moitié moindre que celle des 20% des ménages les plus pauvres comme le montre la figure 2 présentée ci-après.

⁶ Rapport du PNUD, rédigé dans le cadre de la préparation du forum du DRSP II, décembre 2011

⁷ Etat des lieux de la situation socio-économique du Togo de 2008 à 2011, présenté au cours du forum national d'orientation du DRSP II, décembre 2011.

⁸ RGPH, 2010. Résultats provisoires. Togo, février 2011

⁹ Selon les simulations réalisées en 2007 avec les données de l'enquête QUIBB de 2006, il faudrait une moyenne de 6 à 7% de croissance annuelle et réduire les inégalités régionales afin d'avoir des retombées sur la réduction de la pauvreté et sur le bien-être des populations

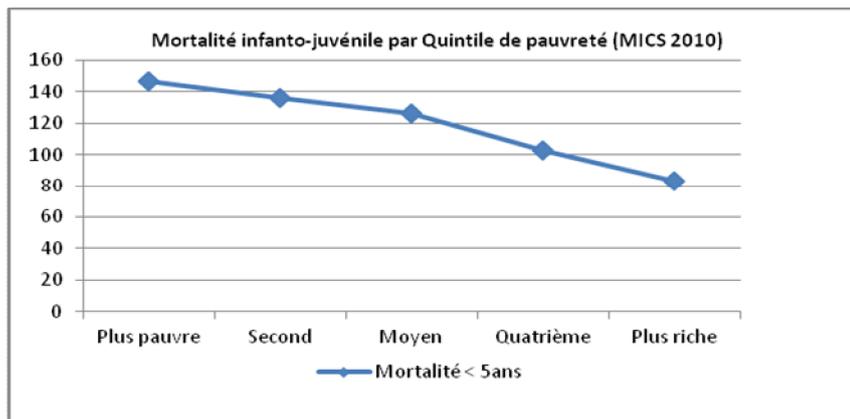


Figure 2 : Mortalité infantile par quintile de pauvreté

De même, l'analyse des différences entre les six régions sanitaires du Togo montre que le taux de mortalité infanto-juvénile de la région de Kara (144/1000 naissances vivantes) est plus de 50% supérieur à celui de la région Maritime (102/1000 naissances vivantes).

Enfin, la pauvreté figure parmi les principaux déterminants de la croissance rapide de la pandémie de l'infection à VIH car, entre autres, elle force de nombreuses personnes, notamment les jeunes femmes et filles dans le besoin à adopter des comportements à risque tels que la prostitution.

A ces inégalités géographiques et économiques s'ajoutent des disparités sociales. Une mère ayant terminé l'enseignement primaire et commencé le niveau secondaire a presque deux fois moins de chance de voir un enfant qui meurt avant l'âge de cinq ans qu'une mère n'ayant bénéficié d'aucune scolarisation¹⁰.

2.5. Stratégie nationale de réduction de la pauvreté

Le caractère très préoccupant de la situation de la pauvreté au Togo a conduit le gouvernement togolais à s'engager à partir de 2008 dans une stratégie nationale de développement basée sur la réduction de la pauvreté (DSRP). S'inspirant des leçons apprises de la mise en œuvre du DSRP Intérimaire de 2008, le gouvernement a adopté en 2009 son DSRP Complet qui précise pour la période 2009-2011 le cadre général de l'action publique visant à réamorcer le processus de développement économique et social du Togo. La stratégie vise principalement à l'horizon 2015 à :

- (i) réduire de moitié le nombre de togolais ne pouvant s'assurer une alimentation convenable et des besoins non alimentaires de base ;
- (ii) réduire de moitié, la proportion des personnes privées d'accès à l'eau potable ;
- (iii) augmenter l'espérance de vie ;
- (iv) arrêter la propagation du VIH/Sida par l'inversion de la tendance actuelle ;
- (v) et réaliser l'éducation primaire pour tous.

Comme on peut le noter, la santé est intégrée dans cette stratégie nationale de développement comme un levier important de réduction de la pauvreté et de l'intégration sociale.

Par ailleurs, les disparités régionales en matière d'accès aux services sociaux demeurent toujours élevées. Les défis majeurs que la deuxième stratégie de réduction de la pauvreté devrait relever restent la reconstruction des bases d'une croissance forte, durable, inclusive et équitable ainsi que l'amélioration des conditions de vie afin d'éviter des retombées sur la réduction de la pauvreté et sur le bien-être des populations.

¹⁰ MICS4

CHAPITRE 3 : SITUATION SANITAIRE

3.1. Profil épidémiologique

Les indicateurs de santé liés aux problèmes de santé ciblés par les OMD n'ont connu que peu de évolution ou sont en quasi-stagnation depuis 2006 (cf. Tableau 2). Les niveaux encore élevés des taux de morbidité et de mortalité caractérisent la situation sanitaire du Togo. Le profil de mortalité reste marqué par les maladies infectieuses.

Tableau 2 : Evolution des indicateurs clés de la santé au Togo

Indicateurs épidémiologiques	1988	1998	2006	2010
Espérance de vie à la naissance (années)	55	49	59,8 (2000)	63,3
Taux brut de mortalité (pour 1.000 habitants)	15	13	9,6 (2000)	8,1
Mortalité néonatale (pour 1.000 naissances vivantes)	50,4	42	ND	ND
Mortalité infantile (pour 1.000 naissances vivantes)	80,5	79,7	77	78
Mortalité infanto-juvénile (pour 1.000 naissances vivantes)	158	146	123	123
Mortalité maternelle (pour 100.000 naissances vivantes)	640	478	510 (2005)	350 (2008)
Indice synthétique de fécondité	6,6	5,4	5,1 (2000)	4,1
Prévalence de retards de croissance (%)	37	30	23,7	29,5
Prévalence de l'Insuffisance pondérale	27	25	26	16,6
Prévalence de la malnutrition aigue	ND	ND	14,3	4,8
Prévalence de diarrhée chez les enfants de moins de 5 ans	29	31	15	20,6
Prévalence des IRA chez les enfants de moins de 5 ans	ND	ND	6,00%	5,00%
Prévalence du VIH (% population de 15-49)	1,0 (1987)	5,9	3,3(2005)	3,2
Prévalence de l'HTA	ND	ND	ND	19%
Prévalence du diabète	ND	ND	ND	2,60%
Prévalence du tabagisme	ND	ND	ND	6,80%

ND = non disponible

Source : PNDS 2013-2015 page 19

3.2. Espérance de vie à la naissance

L'espérance de vie à la naissance au Togo est estimée à 57 ans en 2010 tous sexes confondus, selon la Banque Mondiale. Quoique légèrement supérieure à la moyenne de 59 ans enregistrée pour l'ensemble des pays d'Afrique au sud du Sahara, elle demeure en grande partie influencée par le taux élevé de mortalité infantile.

3.3. Mortalité générale

Le taux de mortalité générale estimé à 8,1¹¹ pour mille, s'explique essentiellement par les taux élevés des mortalités infantile (TMI), infanto-juvénile (TMIJ)¹², maternelle et de la mortalité liée au sida ; ces cibles des OMD constituent plus de 65 % de la mortalité de la population togolaise.

3.4. Mortalité et morbidité chez les enfants de moins de 5 ans

Le taux de mortalité infanto-juvénile est estimé à 123‰ selon les résultats de MICS4. Selon le rapport de suivi des OMD (2010) le taux de mortalité infanto-juvénile devrait être autour de 60‰ en 2010 (au lieu de 123‰) pour espérer être au rendez-vous de 2015.

La mortalité infanto-juvénile est due essentiellement à des maladies infectieuses : près de la moitié des décès (47%) chez les enfants de moins de 5 ans est liée au paludisme (qui reste le problème majeur de santé publique au Togo), à la diarrhée et la pneumonie. Les causes néonatales sont également très importantes (35% des décès).

La malnutrition chronique est élevée et touche en moyenne près de 30% des enfants du Togo avec une variabilité importante d'une région à l'autre (43% dans les savanes et 16% dans la commune de Lomé).

Les carences en micro nutriments (Fer, Iode, Vitamine A) sont également fréquentes. La prévalence de l'anémie demeure élevée. Elle est estimée à plus de 40% chez les femmes enceintes et de 76 à 91% chez les enfants de 6 à 36 mois

La mortalité des enfants semble également liée à des facteurs sociaux notamment le niveau d'alphabétisation de la mère, le niveau de richesse du ménage et le milieu de résidence.

¹¹ Division de la population des Nations Unies (voir <http://www.un.org/esa/population/unpop.htm>)

¹² Enquête MICS4 de 2010

3.5. Mortalité et morbidité maternelles et néonatales

La mortalité maternelle est très élevée au Togo: le ratio de décès maternel estimé à 350 pour 100.000 naissances vivantes (Inter Agency Estimates, 2008) demeure largement au-dessus du ratio attendu de 160 pour 100.000 naissances en 2015. Ainsi, ce sont trois femmes qui meurent par jour suite à une complication liée à la grossesse, à l'accouchement ou aux suites de couches. D'après les données de la figure 3 ci-après, 75% des décès maternels sont dus à des causes directes qui sont par ordre de fréquence : les hémorragies, les infections, les accouchements difficiles, les éclampsies (hypertension artérielle) et les complications d'avortement. Les causes indirectes telles que : le paludisme, l'anémie, le VIH/sida, les cardiopathies, le diabète, représentent les 25% restants.

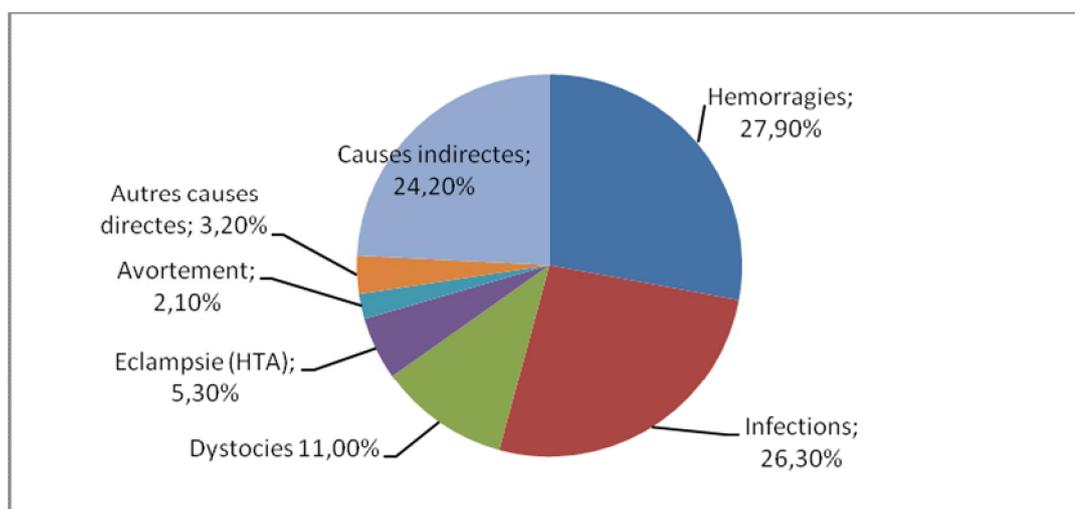


Figure 3 : Causes de décès maternel au Togo

Source : Reduce Alive 2008

Les décès dans la période néonatale représentent plus du tiers des décès des enfants de moins de 5 ans (35% des décès interviennent durant les premiers 28 jours de vie). Les causes de décès néonataux sont dominées par les infections sévères (28%), la prématurité (32%), anoxie néonatale (24%).

3.6. Paludisme, VIH/Sida, tuberculose et autres maladies endémiques

Le paludisme constitue un des lourds fardeaux du système de santé du pays. Il totalise en moyenne 40% de toutes les consultations externes avec une grande vulnérabilité des enfants de moins de 5 ans. Il est endémique et stable avec une transmission qui dure presque toute l'année sur l'ensemble du territoire national. Selon le rapport PNLP 2010, le paludisme représentait :

- 49% des consultations externes contre 42% en 2008 ;
- 42% des hospitalisations ;
- 25% des décès enregistrés dans les établissements de soins (23% en 1998) ;
- 42% des décès chez les enfants de moins de 5 ans (34% en 1998) ;

Selon la répartition géographique, on observe une prévalence des cas de paludisme chez les malades hospitalisés plus élevée dans les régions de Kara (58%), des Savanes (50%), des Plateaux (44%) et Centrale (43%). Par contre, la létalité associée aux cas de paludisme est plus forte dans les régions Centrale (5,10%) et de Maritime (3,87%).

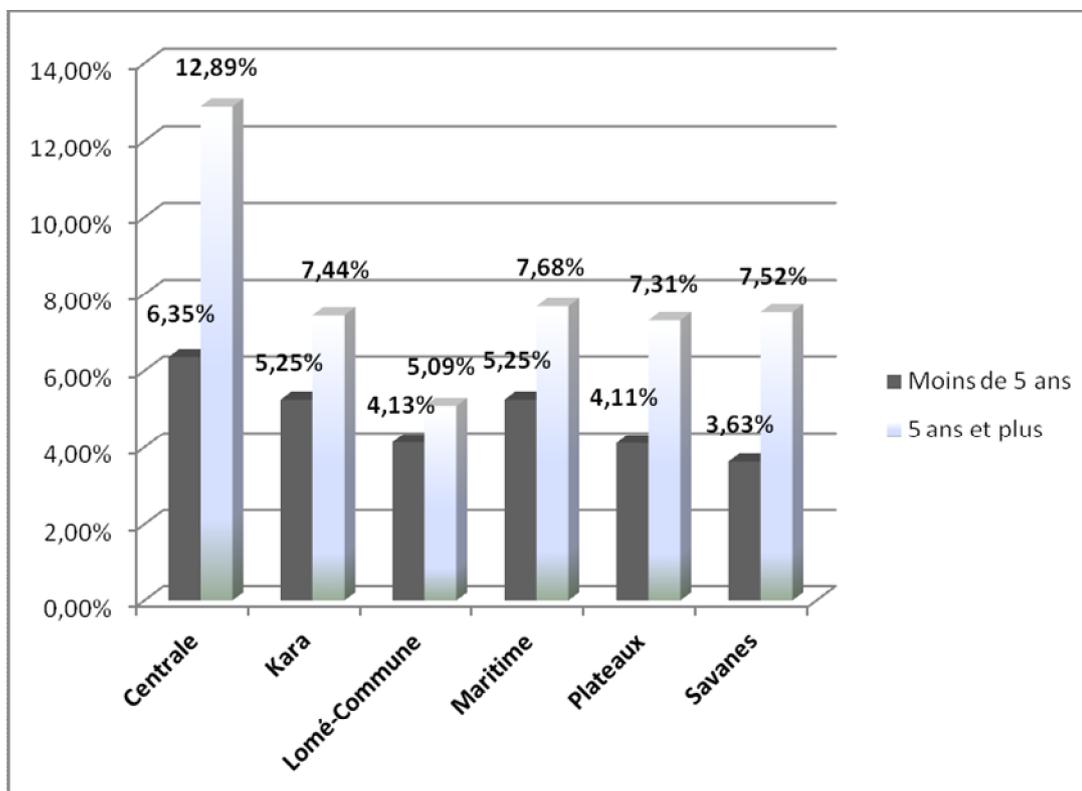


Figure 4 : Morbidité et létalité associées au paludisme chez les malades hospitalisés

Source : Principaux Indicateurs de santé 2010 - Ministère de la Santé

En ce qui concerne le VIH, la prévalence (3,2% en 2010¹³) au sein de la population générale est l'une des plus élevées de l'Afrique de l'Ouest. Bien qu'étant de type généralisée (3,5% chez les femmes enceintes en consultations prénatales en 2010¹⁴), elle présente des disparités régionales et entre les différents groupes socio-culturels : la prévalence du VIH diminue de 6,8 % (Lomé-Commune) à 1,6 % (dans la région des Savanes) ; elle est plus élevée en milieu urbain (4,4%) qu'en milieu rural (2,5%)¹⁵. En outre, l'épidémie est concentrée chez les Professionnelles du sexe et leurs clients (29,5% et 13%), les Hommes ayant des rapports Sexuels avec d'autres Hommes (HSH avec une prévalence de 23%), les Consommateurs de Drogues Injectables (CDI) et les Détenus (7,6% dans la maison d'arrêt de Lomé).

S'agissant de la tuberculose, le nombre de cas augmente d'année en année en raison de la co-infection TB/VIH et de l'amélioration de la notification des cas. Le nombre de cas de tuberculose

¹³Rapport ONUSIDA 2010

¹⁴Rapport d'activités du PNLS 2010

¹⁵Rapport sur la surveillance sentinelle du VIH chez les femmes enceintes, PNLS 2010

dépistés est passé de 1 452 à 2 097 entre 2001 et 2010. Environ 25% des malades souffrant de la forme pulmonaire de tuberculose présentent une co-infection TB/VIH¹⁶.

Par ailleurs, des épidémies annuelles récurrentes de choléra et de méningite font encore de nombreuses victimes, avec des taux de létalité encore élevés.

La shigellose sévit de manière sporadique partout sur l'étendue du territoire national. L'évolution des maladies diarrhéiques est intimement liée à l'insuffisance de l'hygiène alimentaire et des mesures d'assainissement de base.

Depuis 2009, la prévalence des microfilaires est comprise entre 0 et 1 dans tous les districts endémiques de la filariose lymphatique¹⁷ suite aux efforts déployés au plan national pour son contrôle. Par contre, la cartographie de la schistosomiase faite dans les aires de santé hors Lomé Commune a permis de constater que la prévalence dépassait les 20 % dans plus de la moitié de ces aires de santé.

Enfin, les autres maladies transmissibles telles que l'ulcère de Buruli, la lèpre, la trypanosomiase, le pian constituent également un problème de santé publique ; on dénombre environ 300 nouveaux cas de lèpre par an.

3.7. Maladies non transmissibles

En dehors des principaux problèmes de santé mentionnés plus haut, le Togo supporte un autre fardeau de la maladie lié aux handicaps et surtout à l'émergence de maladies non transmissibles (MNT). Les résultats de la première enquête STEPS réalisée en 2010 sur les facteurs de risque des MNT ont révélé que la prévalence de l'hypertension artérielle, principal facteur de risque des accidents vasculaires cérébraux et des crises cardiaques, était de 19 % et celle du diabète évalué à 2,6 %, au sein de la population des 15-64 ans. Les maladies cardiovasculaires représentaient 6% des décès enregistrés dans les établissements de soins du pays. Les autres MNT en pleine évolution dans le pays sont : (i) le cancer du col de l'utérus, du sein, de la prostate (ii) les maladies bucco-dentaires (iii) la maladie mentale (iv) la drépanocytose (v) le tabagisme dont la prévalence est de 6,8 %, (vi) les violences et traumatismes. Ainsi, selon le rapport 2010 du Ministère de la sécurité et de la protection civile, 3101 cas de accidents de la voie publique (AVP) ont été enregistrés dont 470 décès.

¹⁶ Rapport d'activités 2010, PNLT

¹⁷ Centers for Disease Control and Prevention. Progress Toward Elimination of Lymphatic Filariasis - Togo, 2000-2009. MMWR 2011;60:989-991

¹⁷ Centers for Disease Control and Prevention. Progress Toward Elimination of Lymphatic Filariasis - Togo, 2000-2009. MMWR 2011;60: 989- 991

3.8. Organisation sanitaire

3.8.1 Organisation administrative du système de santé

Le système de santé dispose d'un schéma organisationnel cohérent et pertinent avec l'existence des structures de gestion à tous les échelons y compris au niveau communautaire. La culture de planification et de gestion a pris racine ainsi que les mécanismes de coordination, de supervision et de suivi à travers les revues périodiques d'activités.

Le système de santé du Togo est organisé en une pyramide à trois niveaux à savoir : le niveau central ou le sommet de la pyramide, le niveau intermédiaire ou le milieu de la pyramide et le niveau périphérique ou la base de la pyramide. D'après le décret n° 2012-006/PR du 07 mars 2012 portant organisation des départements ministériels, le ministère de la santé est organisé comme suit :

- Le niveau central qui comprend :
 - le cabinet ;
 - les services rattachés au Ministre ;
 - l'administration centrale organisée autour d'un (01) secrétariat général, de deux (2) directions générales et de dix (10) directions centrales ;
 - les institutions et organismes rattachés.
- Le milieu de la pyramide composé des services extérieurs comprend les six (06) directions régionales de la santé (DRS). Il existe dans chaque région un centre hospitalier régional (CHR) qui est un hôpital de référence de la région.
- La base de la pyramide représente le niveau périphérique ou opérationnel et correspond aux quarante (40) districts sanitaires et à leurs infrastructures (Hôpitaux de district, et USP).

3.8.2 Parties prenantes et leurs rôles

Les parties prenantes du système de santé sont les acteurs du niveau central, intermédiaire et périphérique, les partenaires sociaux et les partenaires techniques et financiers.

Le niveau central est chargé de la définition et du suivi de la mise en œuvre des grandes orientations de la politique sanitaire du pays, en tenant compte des principaux axes de développement socio-économique du gouvernement et des problèmes prioritaires de santé.

Le niveau intermédiaire est chargé de la mise en œuvre de la politique sanitaire dans les régions et d'apporter des appuis techniques nécessaires au niveau opérationnel en vue d'une meilleure application des orientations nationales.

Le niveau périphérique est chargé de la mise en œuvre, c'est-à-dire la traduction en action de la politique nationale de la santé et des orientations stratégiques définies par le niveau central.

Les partenaires sociaux ont pour rôle de donner leur avis sur les problèmes sanitaires du pays.

Les partenaires techniques et financiers ont pour rôle d'apporter leurs appuis techniques et financiers au département de la santé.

3.8.3 Organisation des structures de soins

Le système de prestations de soins est également organisé en trois niveaux de soins : primaire, secondaire et tertiaire.

Le niveau primaire est constitué des structures de soins de santé primaires autour du district sanitaire et comprend deux échelons : les structures de soins de base (USP, cabinet privé de soins et PMI) et les structures de soins de première référence (HD) publiques ou privées avec ou sans antenne chirurgicale.

Le niveau secondaire est représenté par les Centres Hospitaliers Régionaux (CHR) et hôpitaux spécialisés de référence.

Le niveau tertiaire est constitué par les Centres Hospitaliers Universitaires (CHU) et les institutions spécialisées de santé de portée nationale.

Le Togo compte 3 CHU (2 à Lomé et 1 à Kara), 6 CHR, 35 hôpitaux de districts publics et 9 hôpitaux et 16 cliniques privés agréés. On recense également 730 USP dont 251 CMS et Cabinets privés.

3.8.4 Politiques et stratégies du secteur

La nouvelle politique nationale de santé validée en septembre 2011 a pour vision « assurer à toute la population le niveau de santé le plus élevé possible en mettant tout en œuvre pour développer un système de santé performant basé sur des initiatives publiques et privées, individuelles et collectives, accessible et équitable, capable de satisfaire le droit à la santé de tous en particulier les plus vulnérables ».

Pour réaliser cette vision, la politique nationale de santé a retenu les objectifs de développement ci-après :

- réduire la mortalité maternelle et néonatale et renforcer la planification familiale ;
- réduire la mortalité chez les enfants de moins de 5 ans ;
- combattre le VIH/Sida, le paludisme, la tuberculose et les autres maladies y compris les maladies non transmissibles (diabète, HTA, drépanocytose, maladies mentales, cancer, obésité, maladies bucco-dentaires, maladies respiratoires chroniques etc.) les maladies à potentiel épidémique et les maladies tropicales négligées ;
- promouvoir la santé dans un environnement favorable à la santé ;
- améliorer l'organisation, la gestion et les prestations des services de santé.

L'objectif 5 vise non seulement le renforcement du système de santé dans le but d'un soutien des quatre programmes précédents et un accès universel aux services essentiels de santé mais aussi constitue un domaine qui met l'accent sur le développement de la recherche et de la cybersanté.

3.8.5 Gouvernance et pilotage du système de santé

L'analyse de la situation du secteur de la santé au Togo réalisé en 2010¹⁸ montre que la gouvernance institutionnelle et le pilotage du système de santé sont des défis majeurs dans le cadre de la réforme du système de santé.

¹⁸ Analyse de la situation sanitaire au Togo validée le 10 mai 2011

Malgré l'existence d'opportunités pour la bonne gouvernance et le pilotage du système de santé (le Code de la santé publique promulgué en 2009¹⁹, l'implication et la participation de tous les acteurs de la santé y compris les communautés aux questions de santé, l'existence de la plupart des documents clés de politique et plans stratégiques de santé), l'audit organisationnel du ministère de la santé effectué en 2009 a révélé une organisation du système de santé inadéquate pour relever les principaux défis de la santé. C'est la raison pour laquelle un nouveau cadre organique visant à renforcer le leadership et la gouvernance institutionnelle du ministère de la santé a été élaboré et est en cours de validation.

3.8.6 Disponibilité, utilisation et qualité de l'offre

Au Togo, l'État reste le principal fournisseur de soins avec 67% du total de l'offre de services de soins en 2009. Le secteur privé en majorité à but lucratif assure 33% de l'offre et est surtout concentré dans la capitale et ses environs. Dans le cadre du renforcement du modèle de district sanitaire, le ministère de la santé a défini un paquet minimum d'activités (PMA) par niveau de soins ainsi que des normes en matière de personnel, d'infrastructure et d'équipement ; toutefois, le PMA est insuffisamment mis en œuvre. Il existe également un secteur privé de soins traditionnel reconnu et très sollicité par les populations surtout en zones rurales ; mais la médecine traditionnelle en développement n'est pas encore bien organisée. On note une faiblesse de la qualité des soins (non adéquation du personnel et du plateau technique des services de soins aux normes).

3.8.7 Ressources Humaines en Santé (RHS)

La situation des ressources humaines de santé (RHS) au Togo se caractérise par une pénurie de personnel de santé qualifié, même si les effectifs sont déjà supérieurs aux normes minimales de l'OMS pour certaines catégories, une défaillance du système de gestion et surtout une répartition géographique extrêmement inéquitable.

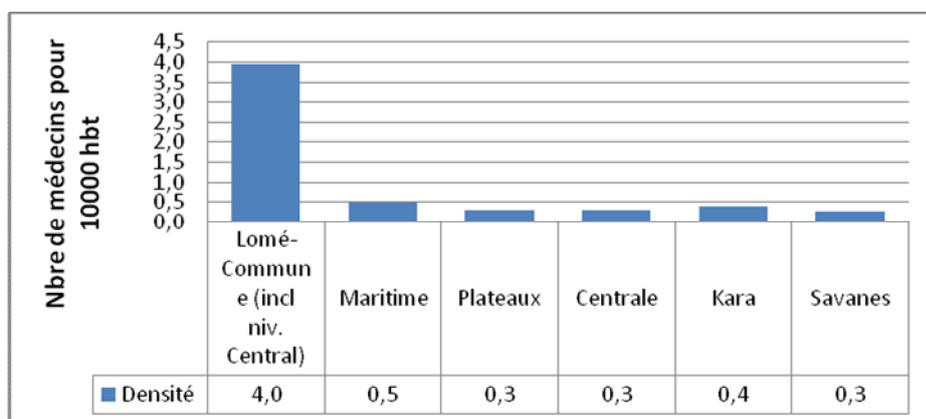


Figure 5: Densité de médecins par région (2010)

Source : Ministère de la santé, Division de l'Administration et des Ressources Humaines

La distribution géographique des RHS extrêmement inéquitable (c'est particulièrement le cas des médecins et des Sages-femmes, dont 75% sont concentrés dans la capitale). Cette situation s'explique en partie par l'absence d'un plan global multisectoriel favorisant la rétention des

¹⁹ Loi n° 2009-007 du 15 mai 2009 portant code de la santé publique de la République togolaise

personnels de santé dans les zones rurales éloignées (matériels, hébergement, moyens de transport, communication, etc.).

Le déficit quantitatif et qualitatif de RHS persiste en raison de facteurs divers (recrutement insuffisant de certaines catégories de personnel formé, insuffisance de normes en matière de RHS, faible capacité de production des structures de formation, formation continue mal organisée, forte migration des médecins, etc.).

La priorité accordée au développement des RHS dans le nouveau projet d'appui à la gestion des ressources humaines en santé et du médicament (PAGRHSM) au Togo avec la création d'une direction des RH, la mise en place d'un système d'information sur les ressources humaines au sein du MS est une opportunité non négligeable.

3.8.8 Accès aux médicaments, vaccins, produits sanguins et aux technologies médicales

Au Togo, le taux de disponibilité des médicaments essentiels au niveau des formations sanitaires se situe autour de 80%. L'insuffisance des subventions publiques aux formations sanitaires et les coûts sont des obstacles importants à l'accès de tous aux médicaments ; en effet 94%²⁰ des dépenses en médicaments sont directement supportées par les ménages. La situation de fragilité économique et financière de la CAMEG-Togo, et des programmes prioritaires de santé à l'égard de l'aide extérieure; constituent une faiblesse. En effet, près de 70% du financement du PEV et plus de 80% du financement des ARV proviennent actuellement de l'aide extérieure. Toutefois l'appui des partenaires techniques et financiers (PTF) demeure une opportunité pour le système national pharmaceutique.

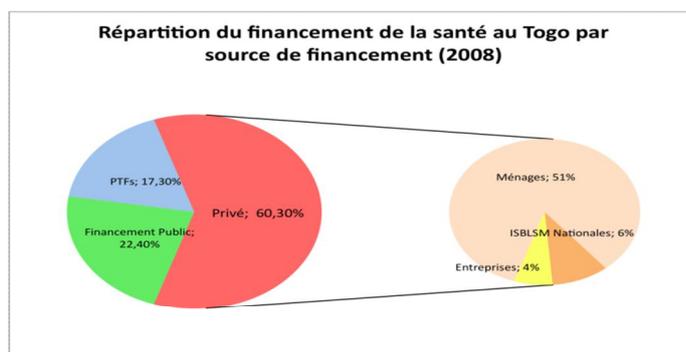
Le secteur de la transfusion sanguine en plein expansion mérite cependant d'être renforcé.

Par contre, le secteur du laboratoire d'analyse biomédicale présente de nombreux dysfonctionnements dont la pénurie de personnel qualifié, l'insuffisance en équipement et en maintenance ainsi que l'inégale répartition des laboratoires.

Concernant l'imagerie médicale, son exploitation n'est pas toujours faite dans les règles de l'art faute de réglementation en la matière.

3.8.9 Financement de la santé

Le financement du secteur de la santé au Togo, repose essentiellement sur les ressources budgétaires internes de l'État par l'allocation de crédit au secteur de la santé, les ressources des ménages, les financements privés et les ressources financières provenant de l'aide internationale.



Source : CNS 2008

²⁰ Comptes Nationaux de la Santé (CNS), 2008

Selon les Comptes Nationaux de la Santé (CNS) pour l'année 2008, la dépense globale de santé au Togo atteint plus de 70 milliards de FCFA, soit une dépense par habitant de 13.178 FCFA en 2008, et environ 6,9% du PIB. La mobilisation des ressources du système de santé reste encore très marquée par les dépenses directes des ménages.

Le poids élevé des dépenses directes de santé des ménages (51% des dépenses de santé à travers le paiement direct a été identifié comme un facteur important de faible accessibilité financière des populations aux soins et par conséquent de la sous-utilisation des services). Il est aussi à remarquer qu'il y a une insuffisance du financement extérieur au regard des défis énormes que le Togo doit relever pour atteindre les OMD liés à la santé (l'intervention financière des PTF représente 18% des dépenses de santé).

L'institution d'une assurance maladie obligatoire²¹ et la signature du compact en mai 2012 devraient permettre au secteur de bénéficier d'une confiance accrue des partenaires au développement sanitaire et une augmentation des financements plus prévisibles et mieux alignés sur les besoins des populations et les priorités nationales.

3.8.10 Information, recherche et gestion de la connaissance

Le système d'information sanitaire (SIS) au Togo est composé de divers sous-systèmes éparpillés dans différentes directions du Ministère de la Santé avec une faiblesse évidente de coordination.

Malgré les efforts réalisés à partir de 1994 avec la déconcentration et l'informatisation de la gestion de l'information sanitaire jusqu'au niveau du district sanitaire, le SIS ne assure pas à l'heure actuelle une disponibilité permanente des informations complètes et fiables permettant la prise de décision pertinente et la planification aux différents échelons du système de santé.

On peut noter comme forces : l'informatisation progressive du SIS au niveau périphérique; le sous système de surveillance épidémiologique satisfaisant ; l'existence d'une liste d'indicateurs essentiels pour le suivi des performances du système de santé.

Comme points à améliorer : (i) la coordination, la complétude, la fiabilité et l'actualisation des informations produites par le SIS (insuffisances en capacités humaines et matérielles, absence d'un système de contrôle de qualité effectif, secteur privé peu impliqué dans le processus de gestion de l'information sanitaire), (ii) le financement de la recherche en santé, (iii) la structure de veille et d'alerte sanitaire à même de collecter, analyser, synthétiser et diffuser les informations permettant de prévoir les risques sanitaires et anticiper leur survenue.

²¹ Loi n° 2011-003 promulguée en mars 2011 instituant un régime d'assurance maladie obligatoire des agents publics et assimilés

CHAPITRE 4 : ANALYSE DE LA SITUATION DE LA CYBERSANTE

La Cybersanté est utilisée aujourd'hui pour décrire l'application des technologies de l'information et de la communication dans le secteur de la santé.

Bien que le Togo ait bénéficié de quelques services dans le domaine de la cybersanté et quelques améliorations substantielles dans certains secteurs des TIC y compris l'expansion de la téléphonie mobile et la multiplication d'initiatives relatives aux TIC, plusieurs domaines doivent encore être améliorés avant que l'ensemble du pays puisse profiter des avantages des TIC et de la cybersanté.

4.1. Etat des lieux

4.1.1 Contexte national

4.1.1.1 Contexte du marché national des TIC

Ces dernières années, les réformes dans le secteur des télécommunications au Togo ont été marquées par la libéralisation. En effet, l'adoption de la déclaration de politique sectorielle de 1996 a permis la séparation du secteur des postes de celui des télécommunications. La loi 98-005 du 11 février 1998 sur les télécommunications (modifiée par les lois n°010/2004 et n°011/2004 du 3 mai 2004) a permis de créer l'Autorité de Réglementation des secteurs de Postes et de Télécommunications (ART&P), de définir les rôles des différents acteurs (ministère, régulateur, exploitants de réseaux et prestataires de services) et a autorisé l'ouverture de certains marchés à la concurrence, notamment la téléphonie mobile, les services Internet et la transmission de données.

Au Togo, l'offre en matière de télécommunication se articule autour des services de téléphonie fixe, mobile et de connexion haut-débit.

- **Le marché du fixe**

Togo Telecom est la société publique nationale responsable de la mise en œuvre et de l'exploitation des infrastructures et services de télécommunications fixes au Togo.

Le réseau de Togo Telecom couvre 151 localités, y compris Lomé et les chefs-lieux de régions et de préfectures.

L'offre d'interconnexion nationale et internationale était exclusivement assurée par Togo Telecom jusqu'à fin 2009. A partir de 2010, Atlantique Telecom (Moov) a obtenu l'autorisation de cheminer son propre trafic international entrant et sortant. Seule l'interconnexion nationale demeure aujourd'hui une exclusivité du fait de Togo Telecom

- **Le marché du mobile**

Le marché de la téléphonie mobile, est partagé entre la société d'Etat Togo Cellulaire (Togo Cellulaire), filiale à 100% de Togo Telecom et Atlantique Telecom (Moov) qui appartient à l'entreprise Etisalat provenant des Emirats Arabes Unis. Togo Cellulaire détient 73% de part de marché de nombre de abonnés tandis que Moov en détient 27%. Cette situation peut être, entre

autres, expliquée par les changements de propriétaire qu'a subi Moov depuis sa création (quatre différents propriétaires en 10 ans) et son faible taux d'investissement en infrastructures.

L'introduction de la concurrence dans la téléphonie mobile, avec le démarrage des activités de Moov à partir de 2000, a permis une réduction du coût moyen de la communication mobile par minute qui est passé de 208 FCFA (" 0,31) en 2000 à 115 FCFA (" 0,17) en 2010. Togo Cellulaire et Moov opèrent principalement des réseaux GSM²² et ses évolutions (EDGE²³, et GPRS¹⁶). Les services de 3^{ème} Génération (3G) viennent d'être mis en œuvre cette année.

Tableau 3 : Récapitulatif de la communication téléphonique selon la Société

	Capacité en ligne	Capacité pour 100 habitants	Nombre d'abonnés	Densité en %
Togo Telecom	233.122	5,76	178713	3,19
Togo Cellulaire	1.750.000	31,27	1.606.558	28,71
Moov	1.000.000	17,87	580.776	10,38
Total	3.707169	54,90	2.366.047	42,28

Source : Thèse sur la faisabilité de la Télémédecine au Togo, février 2012.

• Internet et services de haut-débit

Le taux de pénétration Internet de haut-débit au Togo est de 0,04%²⁴ en 2009, la moyenne des pays de l'UEMOA est estimée à 0,1%. Ce faible taux de pénétration est justifié non seulement par l'insuffisance des infrastructures mais aussi par l'inadéquation des offres par rapport au pouvoir d'achat des utilisateurs.

Il existe au Togo, quatre fournisseurs d'accès Internet (disposant de leurs propres réseaux d'accès) :

- Togo Telecom, l'opérateur du fixe offre des accès filaires (« dial up » et ADSL²⁵) et sans fils (CDMA EV-DO²⁶), ainsi que des liaisons dédiées (point à point). L'offre « dial up » est principalement disponible via le réseau téléphonique commuté fixe avec un débit allant à 56 kbps en analogique, 128 Kbps avec le RNIS ; l'offre via CDMA offre des débits pouvant aller jusqu'à 2 Mbps.

L'ADSL a été introduit en 2007 avec des débits allant jusqu'à 2 Mbps. Il est proposé à un forfait mensuel allant de 45 000 FCFA HT (" 68,6) à 960 000 FCFA HT (" 1 463,5) pour des débits respectifs de 128 Kbps et 2 Mbps en liaison descendante. Ce tarif est l'un des plus élevés de la sous-région.

22 Global System for Mobile/Système Mondial de Communication mobile

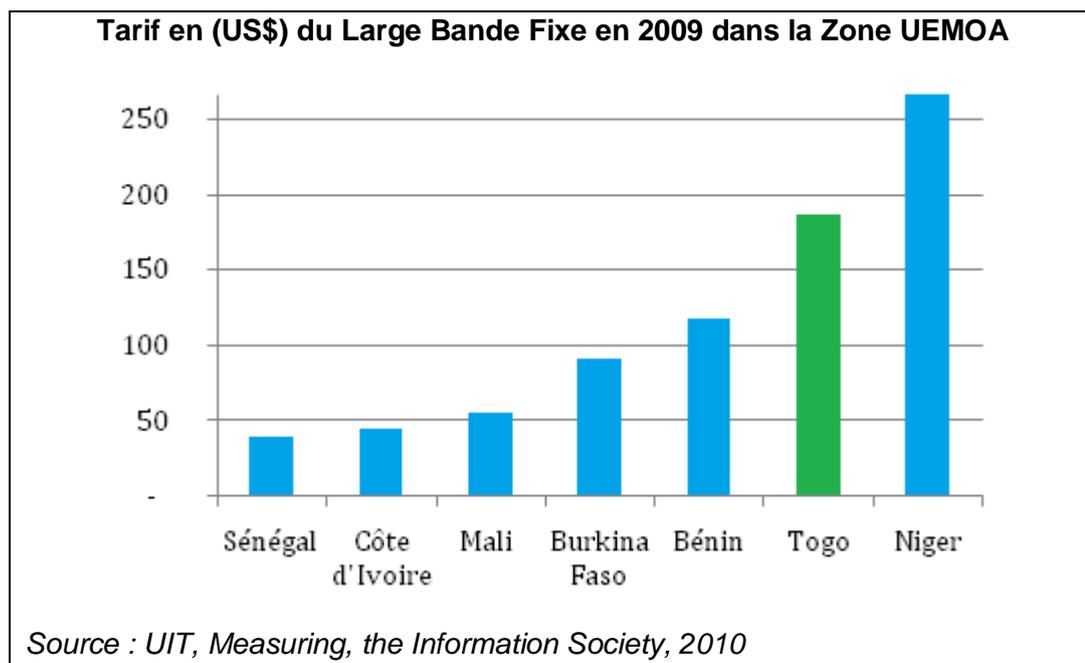
23 EDGE : Enhanced Data GSM Evolution/technologie de spécification pour le transfert de données GSM qui permet d'accéder à Internet à partir d'un téléphone mobile

24 Nombre d'abonnés ADSL sur la population totale exprimé en %

25 Asymmetric Digital Subscriber Line (ADSL) : Ligne d'abonné numérique à débit asymétrique qui permet des connexions Internet sur ligne fixe à plus haut débit tout en utilisant les câbles en cuivre traditionnels.

26 Evolution-Data Optimized (EvDO) Évolution-Données optimisées : Réseau sans fil haute vitesse utilisant une technologie de type CDMA

Figure 6 : Tarif en US\$ du large bande fixe en 2009 dans la zone UEMOA



La capacité totale de la bande passante Internet est de 1 255 Mbps sur fibre optique et 100 Mbps sur satellite.

- **Togo Cellulaire** et **Moov**, les deux opérateurs mobiles offrent des services de GPRS et EDGE :

La pénétration des services de données et Internet mobile de haut-débit piétine. Malgré l'introduction du GPRS en 2006 par Togo Cellulaire et de la technologie EDGE en 2008 et 2010, respectivement par Togo Cellulaire et Moov, la demande demeure faible. Le nombre d'utilisateurs GRPS/EDGE représente à peine 1,8% du total des abonnés mobiles en fin 2009.

Des possibilités d'accès dial-up par les réseaux GSM existent aussi, quoique peu utilisés, les débits étant limités à 9,6 Kbps. Ces accès sont facturés à la durée.

- **CAFE Informatique & Télécommunications**, une compagnie privée, est le principal fournisseur d'accès Internet par boucle locale radio, avec un raccordement international via VSAT²⁷

- **Infrastructures en matière de TIC**

Aujourd'hui, seuls les câbles sous-marins de fibre optique SAT-3 et Main One desservent la côte occidentale de l'Afrique. Ces câbles sont de portée internationale mais accessibles aux seuls membres des consortiums ayant contribué à leur financement. Le Togo accède directement à ces câbles sous-marins à partir de juin 2012.

27 VSAT : Very Small Aperture Terminal microstation terrestre, antenne satellitaire

La desserte en câbles de fibre optique de Lomé à Cinkassé réalisé par Togo Telecom dote le pays d'une dorsale nationale permettant de disposer d'artères à haut-débit dans la plupart des grandes villes du pays.

- **Utilisation des TIC**

La majorité des utilisateurs d'Internet au Togo est constituée des catégories suivantes : les jeunes et les étudiants à travers les points communautaires et les lieux de formation, et quelques fonctionnaires de l'administration publique et du secteur privé grâce aux possibilités de connexion disponibles sur les lieux de travail. La pertinence des applications et des contenus locaux joue un rôle essentiel en créant un lien entre les TIC et les utilisateurs. L'insuffisance des capacités locales en matière de développement d'Internet et le peu de connaissances par rapport aux utilisations possibles d'Internet ont contribué à restreindre les améliorations et la qualité de nombreux sites Internet.

Le nombre d'agents de santé à même de tirer partie des TIC, dans le cadre du travail, demeure limité, car ces agents ne sont pas formés systématiquement à leur utilisation. Trop peu d'agents possèdent les capacités nécessaires pour concevoir, utiliser et gérer efficacement les projets et programme de cybersanté. Dans la plupart des institutions de formation en santé, l'apprentissage facilité par les TIC est encore peu utilisé.

L'analphabétisme est non seulement un handicap pour le développement économique et social, mais aussi une entrave majeure à la diffusion et à l'utilisation des TIC.

4.1.1.2 Situation nationale de la Cybersanté

La Cybersanté, en tant qu'utilisation des technologies de l'information et de la communication pour le transfert et l'échange à distance de données en matière de santé, que ce soit à des fins d'information, d'éducation, de formation, de diagnostic, de traitement, de recherche ou de gestion, possède un champ d'application vaste. Elle apparaît très diverse et englobe toute une gamme de buts qui vont du purement administratif à la prestation des soins de santé. Elle comprend selon l'OMS les domaines suivants :

- la Télé-éducation ;
- la Télémédecine ;
- la Télématique (activités, services et systèmes) pour la recherche médicale, la gestion des services de santé et la formation.

Au Togo, les projets de cybersanté actuels du secteur de la santé sont de petites envergures et fragmentés. Leur portée et leur couverture sont restreintes. Ces projets n'ont pas fait à ce jour l'objet de suivi et évaluation convenable. Malgré les efforts consentis dans le domaine, certains problèmes persistent, notamment la connaissance limitée en matière de cybersanté. Les professionnels de santé ne connaissent pas suffisamment les avantages potentiels de l'utilisation des technologies de l'information et de la communication pour la santé.

Le secteur de la santé n'a élaboré aucun plan stratégique à moyen ou à long terme pour le développement des infrastructures et services de cybersanté. On note aussi un faible niveau de leadership et de coordination en matière de cybersanté : les projets de cybersanté que se partagent de multiples protagonistes et partenaires sont mis en œuvre avec une capacité insuffisante d'interopérabilité. L'enjeu est donc de renforcer la coordination et la collaboration entre parties prenantes, partenaires et donateurs, ainsi que l'amélioration de la capacité du secteur de la

santé à diriger ce processus. Toutefois, il n'existe pas de données de base devant évaluer les activités menées dans le domaine.

Malgré les difficultés constatées, des projets et activités ont été réalisés dans le domaine de la cybersanté à savoir la télémédecine, la télé-éducation et la télématique.

4.1.1.2.1 La Télémédecine

Bien que la télémédecine ne soit pas généralisée, on a constaté des débuts d'utilisation à partir des années 2000.

➤ La Télé Expertise

Les cas de télé expertise relevés au Togo sont ceux pratiqués par :

- les services de médecine et spécialités médicales, de chirurgie et spécialités chirurgicales, de sciences biologiques des deux CHU de Lomé qui envoient les images scannographiques et autres dossiers médicaux à travers l'internet aux spécialistes européens et nord-américains à des fins diagnostiques et thérapeutiques ;
- le centre pilote de télémédecine du CHU Campus : des séances de télé expertise échographiques en temps réel et de télédiagnostic échographique temps différé ont été réalisés quotidiennement par des médecins radiologues du CHU campus de Lomé et du CHU Trousseau de Tours en France aux patients du CHR Tsévié. Ces séances de télé échographie ont été couplées à des télé mammographies au besoin.

En outre un atelier de démonstration du système de télé expertise et de télédiagnostic échographique avait été organisé avec le CHR Tsévié lors du IX^{ème} congrès de la Société de Radiologie de l'Afrique Noir Francophone (SRANF) tenu du 04 au 06 mai 2011 à Lomé.

- la Société CAFE Informatique et Télécommunications qui a réalisé lors de ses journées porte-ouverte sur les TIC en particulier en 2004 des activités de télé échographie entre les médecins de la clinique Saint Joseph et ceux du CHU de Tours en France.

➤ La Téléconsultation

L'unité de télémédecine du CHU Campus de Lomé avait réalisé des télé consultations médicales aux patients du CHR Tsévié au cours de l'expérience pilote du 19 avril au 08 mai 2011 avec leur plateforme de télémédecine.

Cette unité est fonctionnelle depuis juillet 2010, grâce au projet "PanAfrican e-network" conçu par l'ancien président de l'Onu²⁸, et approuvé par le cabinet de l'Union Africaine (UA) le 5 Juillet 2007. Les objectifs du projet étaient la téléformation de 10.000 étudiants africains en 5 ans, la promotion des activités de téléconsultation et de télé information.

En outre, l'Association pour le Développement de la Télésanté au Togo (ADTS-Togo) a réalisé des activités de téléconsultation en Mai 2011. Elle a permis la prise en charge en médecine générale de 100 personnes dont 50 personnes âgées. Il est à noter que ces activités se sont déroulées dans les locaux de l'ART&P. Le système de communication avait été mis en place par la société SKA-Télécom.

²⁸ Dr A.P.J. KALAM

➤ **Téléformation**

L'Unité de Télémédecine du CHU Campus organise des téléformations (e-cours) quotidiennes couvrant toutes les spécialités médicales à l'endroit des médecins et étudiants en médecine togolais. Ces enseignements à distance sont délivrés par des médecins experts indiens.

En plus, le Centre Numérique Francophone créé au sein de l'université de Lomé offre des possibilités de téléformation par visioconférence avec des professionnels européens.

➤ **La téléassistance/Téléintervention et télésurveillance**

A ce jour, il n'y a pas eu de pratique en matière de téléassistance ni de télésurveillance au Togo.

4.1.1.2.2 La Télé-éducation

L'Association pour le Développement de la Télésanté au Togo a eu l'opportunité de réaliser des activités sur l'applicabilité de la Télémédecine au Togo entre Lomé et Kovié/ Mission Tové situés à environ 50 Km de Lomé : deux mille (2000) personnes rurales avaient bénéficié des services de la Télé information lors de ces activités. Elle avait porté sur les maladies non transmissibles (Diabète, Hypertension artérielle, Epilepsie) et les maladies transmissibles (maladie des mains sales, paludisme, IST-SIDA).

En plus l'Association Togolaise de Télémédecine et d'Informatique Médicale organise des activités de promotion de la télémédecine.

4.1.1.2.3 La Télématique

A ce jour, on ne relève que deux utilisations de la télématique au Togo : le projet e-administration et le logiciel IHRIS pour la gestion des ressources humaines en santé.

– Projet E-administration :

Dans le cadre de la réforme de l'administration, le Gouvernement togolais a initié avec l'appui du Programme des Nations Unies pour le Développement (PNUD), un projet d'administration électronique visant à doter les structures publiques d'outils de gestion basés sur les TIC. Sa coordination est tripartite, assurée par les Ministères de la Fonction Publique et de la Réforme Administrative, des Postes et des Télécommunications ainsi que le Secrétariat Général du Gouvernement.

Ce projet d'administration électronique initié en 2009 est dans sa phase pilote. A ce titre, le PNUD a financé l'acquisition d'un certain nombre de logiciels, d'équipements informatiques et des liaisons réalisées à partir d'accès à haut-débits souscrits dans la phase initiale auprès de l'opérateur historique. Cette phase pilote concerne principalement les cinq entités suivantes : le Secrétariat Général du Gouvernement, les Ministères de la Fonction Publique et de la Réforme Administrative, de l'Economie et des Finances, des Affaires Etrangères et de la Coopération et de la Planification, du Développement et de l'Aménagement du Territoire. Elle a permis la réalisation de cinq portails WEB et d'un serveur de messagerie électronique (e-mail) avec un nom de domaine gouv.tg.

Le projet a installé dans les locaux du Secrétariat Général du gouvernement des serveurs qui permettent à toutes les institutions de l'Etat d'héberger gratuitement leurs sites web et aux agents de l'Etat d'avoir des comptes mails professionnels.

Comme acquis pour le ministère de la santé, un espace de 6 Go de disque dur est alloué pour l'hébergement de son site web qui est opérationnel depuis mai 2012 et la gestion de ses comptes mails.

- **Progiciel de Gestion des Ressources Humaines en santé (IHRIS)**

En 2010, le ministère de la santé a obtenu de l'Organisation Ouest Africaine de la Santé (OOAS) un appui pour l'installation d'une application de gestion des ressources humaines en santé dénommée IHRIS, développée par « Capacity Plus » et qui fonctionne dans un environnement réseau.



Figure 7 : Interface d'accueil de la suite progiciel IHRIS

4.1.2 CONTEXTE SOUS REGIONAL

Au plan sous régional, il existe une inégalité du cadre institutionnel et juridique au sein des Pays de l'espace CEDEAO. Certains Etats ne disposent pas encore de cadres administratifs, Infrastructurels et juridiques indispensables au développement de la cybersanté.

Dans la majorité des pays, les difficultés rencontrées sont assez proches les unes des autres mais à des degrés divers, notamment en termes de planification, de réglementation, de cadre juridique pour la cybersanté, d'existence de réseaux de télécommunications fiables (la grande partie des infrastructures en TIC sont en plus concentrées dans les grands centres urbains) et du coût élevé du matériel informatique.

La société civile s'investit dans le développement de la cybersanté. Les principaux intervenants de la société civile sont : les associations, les universitaires, les fondations et les organisations internationales. Le acteur le plus remarqué est le Réseau en Afrique Francophone pour la Télémédecine (RAFT).

Le dernier atelier organisé par l'OOAS sur l'état des lieux de la cybersanté au sein de l'espace communautaire a fait des recommandations dans les trois directions suivantes :

- ✓ sur le plan de la coordination au niveau des organisations communautaires de la CEDEAO, les panélistes recommandent aux représentants de l'OOAS de se rapprocher de la commission que l'UEMOA avait mandatée pour mettre en place le programme régional de télémédecine et qui a effectué une mission devant faire l'état des lieux de la télémédecine dans les huit (8) Etats de l'Union du 13 au 28 octobre 2008.
- ✓ sur le plan technique, le problème d'interopérabilité a été évoqué ainsi que la nécessité pour les Etats de disposer d'une structure conseil apte à superviser les procédures d'acquisition des équipements et de leur maintenance, mais aussi la standardisation des normes et la disponibilité de connexions haut débit.
- ✓ sur le plan des applications, prendre des dispositions permettant d'adapter les logiciels libres au contexte de chaque pays, notamment en développant le partenariat entre l'OOAS et les établissements d'enseignement supérieur d'informatique et de télécommunication.

4.1. 3 CONTEXTE REGIONAL

En Afrique, les projets de cybersanté sont encore à petite échelle et fragmentés. Leur portée et leur couverture sont restreintes. Les principaux projets de cybersanté qui existent sont le Réseau en Afrique francophone pour la Télémédecine, l'Intrerréseau-Santé Initiative d'Accès aux Recherches (HINARI), le Projet ePortuguese et le Projet PanAfrican eNetwork. Plusieurs pays de la Région mettent en œuvre des projets de télémédecine et de cyberapprentissage. Certains ont recours à la téléphonie mobile pour appuyer la prestation de soins de santé, la sensibilisation et l'éducation, la collecte de données à distance, le suivi à distance et les soins à domicile, la communication des traitements aux patients et la notification ainsi que la riposte aux flambées épidémiques et aux situations d'urgence. D'autres utilisent la technologie des satellites pour la promotion de la santé auprès des patients et des agents de santé dans les hôpitaux et les établissements de soins. Parmi les problèmes importants de la Région figure la «fracture numérique», c'est-à-dire l'insuffisance de l'infrastructure et des services TIC, et le manque de compétences et de savoir faire pour leur utilisation.

En effet, la mise en place et la maintenance de l'infrastructure des technologies de l'information et de la communication sont onéreuses, et leur coût dépasse le budget de grand nombre d'institutions en Afrique, surtout lorsque ces technologies doivent être utilisées à grande échelle. Le nombre d'agents de santé à même de tirer parti des technologies de l'information et de la communication, dans le cadre du travail, demeure limité, car ces agents ne sont pas formés systématiquement à leur utilisation.

Par ailleurs, la plupart des pays de la région n'ont pas élaboré les politiques, stratégies ou cadres réglementaires nationaux nécessaires pour l'instauration d'une infrastructure technique commune, de l'interopérabilité et de protocoles de normalisation.

La majorité des projets, initiatives, plans ou cadres nationaux de cybersanté mis en œuvre à ce jour dans la Région n'ont pas fait l'objet d'un suivi/évaluation. En effet, on n'a pas encore élaboré des cadres généraux de suivi et évaluation.

Deux réunions récentes ont jeté les bases de l'harmonisation des politiques nationales et de la mobilisation des pays en vue de la planification et de la mise en œuvre des services de cybersanté dans la Région. Il s'agit de la quatrième Conférence des Ministres de la Santé de l'Union Africaine et de la réunion de Kigali sur la cybersanté et les systèmes d'information sanitaire. En particulier, cette dernière a mis l'accent sur l'«architecture informatique de l'entreprise», une approche au moyen de laquelle on détermine toutes les composantes pertinentes d'un système d'information et on définit la relation qui existe entre elles. La réunion de Kigali a également traité de la mise en œuvre de politiques et de solutions en cette matière en Afrique.

Le Comité régional de l'OMS pour l'Afrique, par sa résolution AFR/RC56/R8, a invité les États Membres à adopter et à mettre en œuvre des stratégies de cybersanté pour améliorer leurs systèmes de santé. Les Déclarations de Ouagadougou et d'Alger et le Cadre de mise en œuvre de la Déclaration d'Alger soulignent également l'importance de la cybersanté pour le renforcement des systèmes de santé.

4.2. Cadre déontologique et juridique

La loi 98-005 du 11 février 1998 sur les télécommunications, modifiée par les lois n°010/2004 et n°011/2004 du 3 mai 2004, a fait l'objet de plusieurs textes d'application à savoir les décrets portant organisation et fonctionnement de l'ART&P, fixant les conditions d'autorisation, d'établissement et d'exploitation de réseaux ouverts au public, régissant l'interconnexion des réseaux, définissant les modalités du service universel, fixant les redevances et portant attribution des fréquences.

Ce dispositif juridique, bien qu'il ait introduit la concurrence et déterminé les organes institutionnels ainsi que leurs attributions et pouvoirs, présente plusieurs faiblesses, notamment au niveau de :

- l'extension du champ classique des télécommunications aux nouveautés introduites par les TIC, notamment les services Internet et multimédias (absence de textes sur la cybercriminalité ou la protection de données personnelles à caractère personnel, etc.) ;
- l'encadrement des accès à haut-débit, notamment l'imposition d'obligations liées au déploiement qui ne doit plus être laissée à la seule initiative des opérateurs ;
- la prise en compte des intérêts des prestataires de service dans le champ de l'interconnexion ;
- la mutualisation des infrastructures etc.

Il est nécessaire, à court terme d'adopter une nouvelle loi qui compléterait ces manques, notamment en mettant les textes légaux en harmonie avec les directives communautaires de la CEDEAO et de l'UEMOA, et qui permettrait une plus grande libéralisation du secteur.

Dans le domaine de la cybersanté il n'existe pas encore un cadre juridique et déontologique devant réglementer l'exercice. Les aspects prioritaires à réglementer sont : la confidentialité et la responsabilité.

4.3. Forces

Les forces relevées en matière de cybersanté sont entre autres :

- l'existence d'un cadre légal et réglementaire sur les technologies de l'information et de la communication ;
- la reconnaissance de la cybersanté comme un moyen pour renforcer le système de santé ;
- la prise en compte de la cybersanté dans la Politique Nationale de Santé et le Plan National de Développement Sanitaire 2012-2015 ;
- l'existence d'une déclaration de politique sectorielle du ministère des postes et télécommunications favorisant la vulgarisation des TIC ;
- l'existence de plusieurs fournisseurs d'accès à internet ;
- le développement des infrastructures de télécommunications de haut débit (Fibre optique).

4.4. Faiblesses

Parmi les facteurs limitant le développement de la cybersanté, il est à relever :

- la faible adaptation du cadre légal et réglementaire des professions de santé à la cybersanté ;
- la connaissance limitée des décideurs et professionnels de santé en matière de cybersanté ;
- le faible niveau de leadership et de coordination ;
- l'insuffisance des capacités humaines pour planifier et appliquer les solutions de cybersanté ;
- l'insuffisance des infrastructures et services en TIC au sein du secteur de la santé ;
- l'absence de suivi et évaluation en matière de cybersanté ;
- l'insuffisance des ressources pour le financement des infrastructures, équipements et services en matière de cybersanté ;
- l'absence de textes sur la cybercriminalité ou la protection de données personnelles à caractère personnel.

4.5. Défis

Pour renforcer le système de santé et améliorer la santé de la population, les défis suivants sont à relever :

- la promotion de la connaissance de la cybersanté par les décideurs et les professionnels de santé ;
- l'accessibilité de la cybersanté pour tous ;
- le renforcement du leadership et la coordination en matière de cybersanté ;
- le développement des capacités humaines en matière de cybersanté ;
- la mobilisation des ressources financières et techniques en faveur de la cybersanté ;
- la mobilisation des partenaires, tant à l'intérieur qu'à l'extérieur du secteur pour la mise en œuvre du PSDC ;
- l'adaptation et le renforcement du cadre réglementaire aux nouveaux contextes ;
- le développement du suivi et évaluation en matière de cybersanté.

CHAPITRE 5 : STRATEGIES D'INTERVENTION

5.1. Chaîne de résultats

5.1.1 IMPACT

L'accès des populations en général et les populations vulnérables en particulier aux services de santé de qualité sont améliorés d'ici 2015.

5.1.2 EFFETS ET PRODUITS

- **Effet 1** : L'utilisation des services de santé spécialisés aux populations des zones éloignées ou difficiles d'accès sont améliorées.
 - **Produit 1.1** : 80% des districts et régions ont accès aux services de santé spécialisés ;
 - **Produit 1.2** : La rétention des professionnels de santé dans leur région est favorisée ;
 - **Produit 1.3** : L'intégration des services essentiels orientés vers la mère, les nouveaux nés et les moins de cinq ans au sein de la communauté est renforcée à l'aide des TIC.

- **Effet 2** : L'accessibilité des parties prenantes aux informations fiables pour la prise de décision sont améliorées.
 - **Produit 2.1** : L'insuffisance d'infrastructures de communication et la lenteur dans la collecte et la transmission des données sont palliées ;
 - **Produit 2.2** : Les mécanismes de collaboration des services à l'échelle nationale sont renforcés en s'appuyant sur les TIC.

5.2 Stratégies d'Intervention

Pour favoriser l'accès des populations surtout rurales à des services de santé de qualité à travers la promotion de la cybersanté pour un développement économique et social durable du pays, six orientations stratégiques ont été identifiées.

Les stratégies pour réaliser les produits de l'effet 1 sont :

- intégration de la cybersanté dans l'offre de service globale des structures de santé ;
- Renforcement du système de gestion des ressources humaines en santé par l'utilisation des TIC ;
- Renforcement de la formation initiale et continue à travers l'utilisation des TIC.

Les stratégies pour réaliser les produits de l'effet 2 sont :

- utilisation des TIC pour renforcer le système national d'informations sanitaires ;
- dotation du système national de santé d'équipements en TIC fiables, et capable de supporter les applications de cybersanté ;

- amélioration de la promotion, l'échange des bonnes pratiques et la gestion des connaissances ainsi que la recherche en santé, à l'échelle nationale à travers l'utilisation des TIC ;

Pour chacune de ces stratégies, les actions prioritaires à mener se déclinent comme suit :

5.2.1 Intégration de la cybersanté dans l'offre de service globale des structures de santé

Il s'agira de :

- assurer le leadership, le partenariat et la coordination de la cybersanté au niveau national ;
- développer la télémédecine dans les différentes formations sanitaires ;
- impliquer activement les prestataires dans la sélection et l'élaboration des applications de cybersanté ;
- élaborer et diffuser les directives, les protocoles, les méthodes et les normes d'exercice à l'échelle nationale ;
- utiliser les TIC pour l'intégration des services essentiels orientés vers la mère, les nouveaux nés et les moins de cinq ans au sein de la communauté pour améliorer considérablement les indicateurs de santé ;
- renforcer le plaidoyer pour le financement de la cybersanté ;
- réactualiser le code de la santé afin de l'adapter au contexte de la cybersanté.

5.2.2 Renforcement du système de gestion des ressources humaines en santé par l'utilisation des TIC

Il s'agira de :

- opérationnaliser le système de gestion informatisée des ressources humaines du secteur de la santé ;
- faire l'extension du système de gestion informatisée dans les régions et établissements sanitaires.

5.2.3 Renforcement de la formation initiale et continue à travers l'utilisation des TIC

Il s'agira de :

- mettre en place les infrastructures de communication favorisant l'apprentissage à distance ;
- doter les structures de formation en matériels TIC ;
- doter les structures de formation d'un curricula en informatique médicale ;
- renforcer les capacités des professionnels de santé en cybersanté ;
- renforcer la coopération entre structures de formations nationales et étrangères.

5.2.4 Utilisation des TIC pour renforcer le système national d'informations sanitaires

Il s'agira de :

- doter les régions, districts et établissements de santé en matériels informatiques suffisants ;
- créer des entrepôts de données (datawarehouse) au niveau des régions et au niveau national ;
- mettre en ligne des informations du secteur sur un site web.

5.2.5 Dotation du système national de santé d'équipements en TIC fiables et capables de supporter les applications de cybersanté

Il s'agira de :

- interconnecter des régions sanitaires au niveau central ;
- mettre en place des mécanismes de sécurisation des données ;
- doter des services de soins de santé primaires en équipements de cybersanté suffisants (hôpitaux et centres de santé, cabinets médicaux, cliniques médicales, ambulances, etc.) ;
- adopter au niveau national des normes relatives à l'infrastructure de cybersanté ;
- mettre en place un mécanisme national de sélection et d'évaluation des initiatives de cybersanté.

5.2.6 Promotion des bonnes pratiques, de la gestion des connaissances ainsi que de la recherche en santé à l'échelle nationale à travers l'utilisation des TIC

Il s'agira de :

- mettre en place un mécanisme national de gestion des connaissances (intégration de l'ensemble des stratégies au niveau national) pour susciter des innovations en cybersanté et faire évoluer la capacité d'apprentissage et de prestation de services de cybersanté ;
- assurer l'évolution et l'alimentation du portail Web du ministère de la santé ;
- intégrer des dispositions réglementaires relatives à la cybersanté dans les différents codes déontologiques des professions de la santé ;
- initier et promouvoir la recherche et le développement sur cybersanté.

CHAPITRE 6 : BUDGET ET PLAN DE FINANCEMENT

Le coût prévisionnel du PSDC 2013-2015 s'élève à 2 917 157 855 FCFA, soit 5 825 915 USD. Ce montant est reparti entre les six (06) orientations stratégiques et par année.

Tableau 4 : Budget du PSDC par stratégies

STRATEGIES	COUT EN FCFA	COUT EN USD (1\$=500 FCFA)
STRATEGIE 1 : Intégration de la cybersanté dans l'offre de service globale des structures de santé	1 004 684 262	2009368,52
STRATEGIE 2 : Renforcement du système de gestion des ressources humaines en santé par l'utilisation des TIC	35 453 116	70906,232
STRATEGIE 3 : Renforcement de la formation initiale et continue, à travers l'utilisation des TIC	319 883 426	639766,852
STRATEGIE 4 : Utilisation des TIC pour renforcer le système national d'information sanitaire	142 541 195	285082,39
STRATEGIE 5 : Dotation du système national de santé d'équipements en TIC fiables et capables de supporter les applications de cybersanté	1 401 200 000	2802400
STRATEGIE 6 : Promotion des bonnes pratiques, de la gestion des connaissances ainsi que de la recherche en santé à l'échelle nationale à travers l'utilisation des TIC	9 195 856	18391,712
TOTAL	2 912 957 855	5825915,71

Le détail des activités et leurs coûts se présentent dans le plan d'action.

Le financement du Plan Stratégique de Développement de la Cybersanté va requérir la mobilisation des ressources financières conséquentes pour l'atteinte des résultats. A cet égard, l'Etat, les sociétés de téléphonie mobile, les organisations non gouvernementales et les Partenaires Techniques et Financiers du Ministère de la Santé, conformément au Plan National de Développement Sanitaire, mobiliseront les ressources nécessaires à sa mise en œuvre.

Les autres départements ministériels, notamment ceux en charge de l'économie et des finances, des postes et télécommunication, de l'enseignement supérieur et de la recherche accompagneront le Ministère de la Santé tout le long du processus de mise en œuvre.

Tableau 5 : Plan de financement du PSDC

ORIENTATIONS STRATEGIQUES (OS)	2013	2014	2015	Total	%
OS 1 : Intégration de la cybersanté dans l'offre de service globale des structures de santé	411 684 262	332 500 000	260 500 000	1 004 684 262	34,4
OS 2 : Renforcement du système de gestion des ressources humaines en santé par l'utilisation des TIC	29 453 116	3 000 000	3 000 000	3 545 3116	1,2
OS 3 : Renforcement de la formation initiale et continue par l'utilisation des TIC	156 146 374	115 337 052	52 600 000	324 083 426	11,1
OS4 : Utilisation des TIC pour renforcer le système national d'information sanitaire	62 868 526	40 000 000	39 672 669	142 541 195	4,9
OS 5 : Dotation du système national de santé d'équipements en TIC fiables et capables de supporter les applications de cybersanté	806 000 000	482 200 000	113 000 000	1 401 200 000	48
OS 6 : Promotion des bonnes pratiques, de la gestion des connaissances ainsi que de la recherche en santé à l'échelle nationale à travers l'utilisation des TIC	9 195 856	0	0	9 195 856	0,3
TOTAL GENERAL	1 475 348 134	973 037 052	468 772 669	2 917 157 855	100
%	51	33	16	100	

L'analyse du financement selon les orientations de la présente stratégie montre que les dépenses liées à la dotation du système national de santé d'équipements en TIC fiables et capables de supporter les applications de cybersanté à travers l'orientation stratégique n°5 occupe le montant le plus élevé du budget avec une proportion de 48% soit un montant de 1 401 200 00 FCFA.

L'orientation stratégique n°6 : promotion des bonnes pratiques, de la gestion des connaissances ainsi que de la recherche en santé à l'échelle nationale à travers l'utilisation des TIC a le montant le plus faible du PSDC.

PLAN D'ACTION DU PSDC 2013-2015

➤ **EFFET 1** : L'utilisation des services de santé spécialisés par les populations des zones éloignées ou difficiles d'accès est améliorée

- Produit 1.1 : 80% des districts et régions ont accès aux services de santé spécialisés ;
- Produit 1.2 : La rétention de au moins 60% des professionnels de santé dans leurs régions d'affectation est effective
- Produit 1.3 : L'intégration des services essentiels orientés vers la mère, les nouveaux nés et les moins de cinq ans au sein de la communauté est renforcée à l'aide des TIC dans au moins 50% des districts sanitaires.

Stratégies	Actions prioritaires	Activités	Indicateurs	Sources de vérification	Responsable de l'activité	Echancier												Coût		
						2013				2014				2015				Montant (FCFA)	Montant (USD)	
						T1	T2	T3	T4	T1	T2	T3	T4	T1	T2	T3	T4			
Intégration de la cybersanté dans l'offre de service globale des structures de santé	Assurer le leadership, le partenariat et la coordination de la cybersanté au niveau national	Créer une cellule d'appui au développement de la cybersanté	Cellule créée	Arrêté portant création de la cellule d'appui	SG/DG	X												0	0	
		Equiper la cellule d'appui en matériels informatiques et mobiliers	Equipement disponible	Bordereaux de livraison	Coordonnateur de la cellule	X													8 000 000	16000
		Assurer le fonctionnement de la cellule d'appui	Cellule fonctionnelle	Rapports d'activités	Coordonnateur de la cellule	X				X				X					3 000 000	6000
		Faire une étude pour déterminer les indicateurs de base du PSDC	Etude réalisée	Rapport d'étude	Coordonnateur de la cellule	X													25 000 000	50000
		Equiper les 6 directions régionales en matériel de vidéoconférence	Nombre de directions équipées	Bordereaux de commande, de livraison, PV d'installation	Coordonnateur de la cellule	X					X									48 000 000

développer la télémédecine dans les différentes formations sanitaires	Faire une étude de faisabilité et d'opérationnalisation de la télémédecine au Togo	Rapport de mission	TDR et Rapport de l'étude	Coordonnateur de la cellule	X													5 000 000	10000	
	Installer des équipements de télémédecine constitués d'un écran placement, d'une webcam, d'un boîtier à interface réseau, d'un microphone et de logiciels dans tous les hôpitaux de district , CHR, CHU et Hôpitaux spécialisés)	Nombre d'équipement de télémédecine installés	Bordereaux de livraison, PV d'installation	Coordonnateur de la cellule	X				X										500 000 000	1000000
	Acquérir les logiciels spécifiques de télémédecine	Nombre de logiciels de télémédecine acquis	Bordereau de livraison, Facture	Coordonnateur de la cellule	X				X										50 000 000	100000
	Faire par an 1 voyage d'échange d'expérience dans les pays ayant une expérience en matière de télémédecine	Nombre de voyages d'études organisés	Rapport de mission	Coordonnateur de la cellule	X				X										15 000 000	30000
	Participer à au moins 3 colloques ou conférences internationales sur la télémédecine	Nombre de colloques	Rapport de mission	Coordonnateur de la cellule	X				X										18 000 000	36000

	Impliquer activement les parties prenantes dans la sélection et la collaboration des projets de cybersanté	Créer un comité de pilotage des projets de la cybersanté	Existence d'un comité de suivi	Arrêté portant création du comité de suivi	SG	X												0	0
		Assurer le fonctionnement du comité de pilotage	Le comité est fonctionnel	Rapport d'activité	Coordonnateur de la cellule	X				X								7 500 000	15000
		Organiser 2 évaluations du PSDC (1 évaluation mi-parcours et 1 évaluation finale)	Nombre de missions d'évaluation organisées	Rapports de mission	Coordonnateur de la cellule					X								30 000 000	60000
		Organiser 6 missions de suivi semestrielles des projets de télémédecine	Nombre de missions de suivi organisées	Rapports de mission	Coordonnateur de la cellule	X				X								15 000 000	180000
		Organiser les revues annuelles	Nombre de revues organisées	PV des revues	Coordonnateur de la cellule	X				X								6 000 000	1200
	Intégrer des dispositions réglementaires relatives à la cybersanté dans les différents codes déontologiques des professions de la santé	Elaborer les textes sur la cybersanté	documents élaborés	Rapport de mission	Coordonnateur de la cellule	X												2 586 334	5172,67
Organiser un atelier de validation du texte		Cadre juridique validé	Rapport de l'atelier	Coordonnateur de la cellule	X													4 597 928	9195,86
Editer et diffuser les textes juridiques		Nombre de textes juridiques éditées et diffusées	Facture de l'édition, Fiche de ventilation des copies éditées, Rapport ateliers de diffusions	Coordonnateur de la cellule	X													2 500 000	5000

	utiliser les TIC pour l'intégration des services essentiels orientés vers la mère, les nouveaux nés et les moins de cinq ans au sein de la communauté pour améliorer considérablement les indicateurs de santé	Créer un interface web pour centraliser les données des ASC transmises à partir des téléphones portables	interface web créé	PV de réception	Coordonnateur de la cellule	X													2 000 000	6000	
		Doter les ASC (à déterminer) de téléphones mobiles pour la transmission des informations sur l'enregistrement des naissances, décès et des causes de décès dans les zones à forte mortalité maternelle et infantile	Nombre d'ASC dotés de téléphones mobiles	Fiches de décharge	Coordonnateur de la cellule	X													250 000 000	120000	
		Créer des flottes de téléphonie mobile par niveau du système de santé	Nombre de flottes de téléphonie mobile fonctionnelles	Contrat avec les opérateurs de téléphonie mobile	Coordonnateur de la cellule					X										10 500 000	21000
	Renforcer le plaidoyer pour le financement de la cybersanté	Sensibiliser les décideurs et les parties prenantes sur l'importance de la cybersanté dans le développement du système de santé	Décideurs et parties prenantes sensibilisés	Rapport de sensibilisation	Coordonnateur de la cellule	X														500 000	1000
		Faire le plaidoyer auprès du ministère des finances pour la création d'une ligne budgétaire en faveur de la cybersanté	Rencontre avec les responsables du ministère des finances	Rapport de la rencontre	Coordonnateur de la cellule	X														0	0
		Organiser une table ronde des bailleurs pour le financement des projets de la cybersanté	Table ronde organisée	Rapport de la table ronde	Coordonnateur de la cellule	X														1 500 000	3000

Renforcement du système de gestion des ressources humaines en santé par l'utilisation des TIC	Opérationnaliser le système de gestion informatisée des ressources humaines du secteur de la santé.	Organiser une réunion de présentation de l'application de gestion des ressources humaines aux responsables des structures	Rapport de la réunion	Rapport de la réunion et liste des participants	DRH	X												1 500 000	3000		
	Faire l'extension du système de gestion informatisée dans les régions et établissements sanitaires.	Acquérir 9 serveurs iHris et accessoires pour les directions régionales et CHU	Nombre de serveurs et accessoires réceptionnés	PV de la réception	DRH	X													14 832 000	29664	
		Former les responsables des ressources humaines des directions régionales, des CHU et opératrices de saisie RH de ces structures sur le l'application iHris.	Nombre d'agents formés	Rapport de formation	DRH	X													8 621 115,50	17242,2	
		Installer les serveurs iHris et accessoires dans les CHU et directions régionales	Nombre serveurs et accessoires installés	PV d'installation	DRH	X														1 500 000	3000
		Faire le suivi et la maintenance du logiciel iHris dans les CHU et directions régionales	Rapport de mission de suivi et de maintenance	Rapport de mission, TDR Ordre de mission	DRH	X				X				X						9 000 000	18000
Renforcement de la formation initiale et continue par l'utilisation des TIC	Mettre en place les infrastructures de communication favorisant l'apprentissage à distance.	Doter les structures de formation des professionnels de santé en connexion internet	Nombre de structures de formation connectées	Bon de travail, PV de réception	DRH													21 000 000	42000		

	Renforcer la coopération entre les structures de formations nationales et étrangères par le codéveloppement des modules de formation en ligne	Etablir le partenariat entre les structures de formation nationales avec l'étranger	Nombre de partenariats établis	Conventions de partenariat	Coordonnateur de la cellule	X					X								300 000	600
		Organiser 3 voyages d'études dans les structures de formation partenaires	Nombre de voyages d'études effectués	Rapport de mission	Coordonnateur de la cellule	X					X								4 500 000	9000
TOTAL 1																		1 364 220 804	2 720 042	

Effet 2 : L'accessibilité des parties prenantes aux informations fiables pour la prise de décision est améliorée

Produit 2.1 : L'insuffisance d'infrastructures de communication et la lenteur dans la collecte et la transmission des données est palliée

Produit 2.2 : Les mécanismes de collaboration des services à l'échelle nationale sont renforcés en s'appuyant sur les TIC.

Stratégies	Actions prioritaires	Activités	Indicateurs	Sources de vérification	Responsable de l'activité	Echéancier												Coût		
						2013				2014				2015				Montant (FCFA)	Montant (USD)	
						T 1	T 2	T 3	T 4	T 1	T 2	T 3	T 4	T 1	T 2	T 3	T 4			
Utilisation des TIC pour renforcer du système national d'informations sanitaires	Doter les régions, districts et établissements de santé en matériels informatiques suffisants	Acquérir 100 micro-ordinateurs	Nombre de micro ordinateurs acquis	Bordereaux de livraison, PV de réception	Coordonnateur de la cellule	X				X				X				60 000 000	130000	
		Acquérir 100 onduleurs pour la sécurité des matériels informatiques	Nombre d'onduleurs acquis	Bordereaux de livraison, PV de réception	Coordonnateur de la cellule	X				X				X				12 000 000	24000	
		Acquérir 80 Imprimantes	Nombre d'imprimantes acquis	Bordereaux de livraison, PV de réception	Coordonnateur de la cellule	X				X				X				24 000 000	60000	
		Installer l'application DHIS dans les régions, districts sanitaires et hôpitaux de référence	L'application DHIS est installée et fonctionnelle dans les régions et districts	Rapport de mission	Chef DISER/Directeur DSNISI	X													7 000 000	14000
		Former les utilisateurs de l'application DHIS des régions et districts sanitaires	Nombre de personnes formées en DHIS	Rapport de formation	DISER/Directeur DSNISI	X													14 368 526	28737,1

		Faire le suivi et la	Nombre de	Rapport de	DISER/Directeur	X					X									20 000 000	40000
		maintenance trimestriels du DHIS	suivi et de maintenance	mission	DSNISI															0	0
	Mettre à jour les informations du secteur sur un site web	Former/recycler les acteurs à l'utilisation de l'internet, de la messagerie du gouvernement et de la plate forme collaborative du ministère	Nombre de personnes formées/ recyclées	rapport de formation	Coordonnateur de la cellule	X					X									5 172 669	10345,3
		Mettre à jour le site web du ministère	site mis à jour	Date de dernière mise à jour	Directeur SNISI	X					X									0	0
Dotation du système national de santé d'équipements en TIC fiables, et capable de supporter les applications de cybersanté	Interconnecter les régions sanitaires au niveau central	Interconnecter tous les hôpitaux de district, DRS, CHU, CHR, spécificités, l'Hôpital spécialisé, le niveau central et payer la connexion internet	interconnexion réalisée, Frais d'abonnement	Contrat de prestation de service, Facture d'installation, Facture d'abonnement	Coordonnateur de la cellule	X					X									593 000 000	1186000
		Acquérir des serveurs de Technologie RAID3 et accessoires pour tous les hôpitaux de district, DRS, CHU, CHR, spécificités, l'Hôpital spécialisé et le niveau central	Nombre de serveurs acquis et opérationnels	Bordereaux de livraison,	Coordonnateur de la cellule	X						X									335 000 000

		Acquérir les routeurs de série 3800 et série 2800 pour tous les hôpitaux de district, DRS, CHU, CHR, spécificités, l'Hôpital spécialisé et le niveau central	Nombre de routeurs acquis et fonctionnels	Bordereaux de livraison, PV d'installation, facture	Coordonnateur de la cellule	X														217 500 000	226210
		Recruter 15 informaticiens pour les DRS, CHR et CHU	Nombre d'informaticiens recrutés	Bulletin de paie	Coordonnateur de la cellule	X														0	0
	Mise en place de mécanismes de sécurisation des données	Installer des baies vitrées dans tous les hôpitaux de district, DRS, CHU, CHR, spécificités, l'Hôpital spécialisé et le niveau central pour abriter les serveurs, routeurs, pix et modem installés.	Nombre de baies vitrées installées	Contrat de prestation de service, PV d'installation Facture	Coordonnateur de la cellule	X														81 200 000	162400
		Acquérir des disques durs externes pour assurer la pérennité des données pour tous les hôpitaux de district, DRS, CHU, CHR, spécificités, l'Hôpital spécialisé et le niveau central	Nombre de disques durs	Bordereaux de livraison, PV d'installation, facture	Coordonnateur de la cellule	X														5 800 000	11600
		Acquérir des pix tous les hôpitaux de district, DRS,	Nombre de pix	Bordereaux de livraison, PV	Coordonnateur de la cellule	X														95 000 000	104400

CHAPITRE 7 : MISE EN É UVRE ET SUIVI EVALUATION

7.1 MISE EN É UVRE

La mise en %uvre du PSDC sera assurée par la cellule de coordination de la cybersanté et la cellule d'appui au développement de la cybersanté qui sont créées au niveau central et logées au secrétariat général.

7.2 SUIVI ET EVALUATION

La mise en %uvre du plan de développement de la cybersanté nécessitera un suivi périodique et une évaluation à mi-parcours et à la fin de son exécution. Cela permettra de mieux apprécier les résultats et de proposer les réorientations stratégiques pour la atteinte des objectifs et la pérennité des actions posées. Ceci se fera à l'aide d'indicateurs pertinents relatifs au suivi, au pilotage continu et aux évaluations périodiques.

Pour ce faire, il sera nécessaire de élaborer un plan de suivi/évaluation.

CONCLUSION

La cybersanté ambitionne impulser une nouvelle dynamique au sein du ministère de la santé à travers l'utilisation des technologies de l'information et de la communication. Elle entend également contribuer à l'amélioration de la qualité des soins offerts aux populations et en définitive, au renforcement du système de santé dans son ensemble.

Les différentes interventions stratégiques du plan au cours de la période 2013-2015 de développement de la cybersanté influenceront directement sur la qualité des soins offerts aux patients. Un accent sera mis sur les avantages rapides que créera l'utilisation des technologies de l'information et de la communication dans le domaine de la santé. Le développement des applications des TIC en zones reculées et difficiles d'accès participera à la fidélisation du personnel dans lesdites zones. La cybersanté contribuera à atteindre à cet égard l'excellence en matière de santé.

Si la collaboration, la mise en œuvre, le pilotage et le suivi/évaluation du présent plan est du ressort du ministère de la santé, il n'empêche que ce dernier ait besoin de l'appui de toutes les parties prenantes pour développer tout le potentiel et assurer le succès dudit plan.

DEFINITION DES TERMINOLOGIES

Authentification : moyen permettant de vérifier que seules les personnes autorisées peuvent avoir accès aux ressources.

Confidentialité : consiste à assurer que seules les personnes autorisées ont accès au contenu des documents. La confidentialité revient à ne permettre l'accès aux données qu'aux personnes habilitées. Ceci implique de hiérarchiser les droits des utilisateurs sur les données, de mettre en place des procédures pour définir et faire évoluer ces valeurs et ces droits, ainsi que celles qui permettent de vérifier, à chaque instant, l'ajustement du droit d'un utilisateur à la valeur des données qu'il consulte et manipule.

Télesanté ou cybersanté (OMS) comme « les activités, services et systèmes liés à la santé, pratiqués à distance au moyen des TIC, pour les besoins planétaires de promotion de la santé, des soins et du contrôle des épidémies, de l'épidémiologie, de la gestion et de la recherche appliquées à la santé »

Télémédecine (OMS) est une composante de la médecine. Elle s'inscrit dans l'univers des professionnels de santé, et « permet d'apporter des services de santé, là où la distance et l'isolement sont un facteur critique, par des professionnels (médecins notamment) utilisant les TIC à des fins de aide au diagnostic, de traitement et de prévention, de recherche et de formation continue ». Elle comprend les domaines la Télé-éducation, la Télémédecine ; et la Télématique

La téléconsultation est un acte médical qui se réalise en présence du patient qui dialogue avec le médecin requérant et/ou le ou les médecins téléconsultants requis.

La télé expertise se décrit comme un échange entre deux ou plusieurs médecins qui arrêtent ensemble un diagnostic et/ou une thérapeutique sur la base des données cliniques, radiologiques ou biologiques qui figurent dans le dossier médical d'un patient

La télésurveillance est un acte médical qui découle de la transmission et de l'interprétation par un médecin d'un indicateur clinique, radiologique ou biologique, recueilli par le patient lui-même ou par un professionnel de santé

La télé assistance peut être un acte médical lorsqu'un médecin assiste à distance un autre médecin en train de réaliser un acte médical ou chirurgical. Le médecin peut également assister un autre professionnel de santé qui réalise un acte de soins ou d'urgence, voire dans le cadre de l'urgence, assister à distance un secouriste ou toute personne portant assistance à personne en danger en attendant l'arrivée d'un médecin.

La Téléinformation assure la formation initiale et/ou continue des professionnels de santé quelle que soit leur localisation

La Télématique : correspond aux activités, services et systèmes pour la recherche médicale, la gestion des services de santé et la formation.

La Cybercriminalité : fait référence à toute infraction pénale commise sur le réseau Internet.

Disponibilité : le maintien à un bon niveau de fonctionnement du système d'information. Elle implique de rechercher la fiabilité et la continuité du service. Elle concerne non seulement les données elles-mêmes mais également les supports qui les stockent et les dispositifs qui en permettent l'accès et le traitement. Les précautions prises lors de la sélection des fournisseurs et la redondance de certains équipements critiques permettent d'atteindre des niveaux satisfaisants pour ce dernier point

Informatique médicale : application des techniques issues de l'informatique au domaine médical

Intégrité : garantie que les données sont bien celles que l'on croit être. L'intégrité qui implique de rechercher l'exactitude, l'exhaustivité et l'inaltérabilité. Ces caractéristiques concernent aussi bien les individus qui saisissent et manipulent l'information, que les logiciels qui supportent ces opérations. Des efforts de sensibilisation et de formation d'une part, et des procédures rigoureuses de contrôle lors de l'acquisition (logiciels) ou de l'écriture (logiciels spécifiques) des programmes d'autre part, permettent d'atteindre des niveaux satisfaisants pour ce deuxième critère

Non répudiation : garantit qu'une transaction ne peut être niée par son initiateur

Service Universel : se comprend comme l'obligation de transférer des communications téléphoniques et/ou de données en provenance et à destination d'un point de abonnement, desservir le territoire en publiphones et en cabines téléphoniques et fournir un service téléphonique de qualité

REFERENCES

- Ministère de la Santé, Analyse sectorielle de la santé, 2011
- Ministère de la Santé, Politique nationale de la santé, 2011
- Ministère de la Santé, Plan national de développement sanitaire du Togo 2012-2015, 2012
- Ministère de postes et télécommunication, Document de Politique Sectorielle, Stratégie de Promotion des Technologies de l'Information et de la Communication (TIC) 2011-2015, 2010
- Plan stratégique de développement de la cybersanté dans l'espace CEDEAO 2011-2013
- Télémédecine et e-santé, R. Beuscart, P. Zweigenbaum, A. Venot et P. Degoulet
- Résolution : AFR/RC60/R3 : Solutions en matière de cybersanté dans la région africaine : contexte actuel et perspectives (Soixantième session du Comité régional de l'OMS pour l'Afrique) - 30 août - 3 septembre 2010
- Cybersanté-Rapport du Secrétariat, document de travail WAA58/21, Avril 2005
www.nsmhlin.on.ca/uploadedFiles/.../eHealthStrategy_French%201.p
- <http://www.pesinet.org/wp/fr/2009/10/who-awe/?gclid=CNOFx7bQgqUCFQX92AodIB92PA>
- APETI .S.R. KEVI.S.K, DOSSEH D.E., Télémédecine au Togo : Faisabilité, Applications et Perspectives, Thèse de Doctorat en médecine, Févr 2012, 103 pages
- LAVAUULT J-B, TRAINEAU P., CULNAERT E. : « Télésanté et Télémédecine : Etat de l'art, projet, tests de déploiement en Aquitaine » : Rapport de fin de phase 1 : Contribution à un état de l'art de la télésanté APETI .S.R., KEVI.S.K, DOSSEH D.E. et Coll : Première expérience de télémédecine au Togo en faveur des personnes âgées des zones rurales : Cas de Mission Tové et Mission Tové, In Cahier de l'année géontologique, Vol 25, 2011, Tome I et II, Edition Springer.
- Adambounou K, Farin F, Boucher A, Adjenou KV, Gbeassor M, Nɔlakena K, Vincent N, Arbeille Ph. Système de télé expertise échographique temps réel et de télédiagnostic échographique temps différé. Etude pilote au Togo. Médecine et Santé Tropicales 2012 ; 22 : 54-60. doi : 10.1684/mst.2012.0002.
- Adambounou K, Farin F, Adjenou KV, Ngoan-Domoua AM, Agoda-Koussema KL, Gbeassor M, Nɔlakena K, Arbeille Ph. Evaluation technique d'un système de télé échographie « bas prix » pour les pays en développement : Expérience du Togo. J Afr Imag Méd 2012; (3), 9: 457-467.