

# CYCLE DE SUIVI DE L'IHP+ 2016

## RAPPORT PAYS

PAYS	TOGO
NOM DU CONSULTANT	DENKEY Foli Charlemagne
DATE DE SOUMISSION	26 décembre 2016

### 1. Processus du cycle de suivi de l'IHP+ 2016

Le cycle de suivi 2016 IHP+ a démarré avec un briefing avec le Consultant sénior pour un cadrage de la mission suivi d'un autre briefing avec le Secrétaire général (SG) du Ministère de la santé et de la protection sociale.

La Directrice générale des études, de la planification et de l'information sanitaire (DGEPIS), point focal IHP+, étant absente du pays, la coordination du ministère de la santé et de la protection sociale a été assurée par son intérimaire, Dr Kokou WOTOBE, Chef division de la programmation et de la coopération.

Des invitations formelles signées du SG ont été adressées à 59 personnes (identifiées grâce aux fichiers de la DGEPIS issus des différents mécanismes de coordination) et un suivi par courriel et téléphone a été mis en place pour assurer une participation suffisante.

La réunion de démarrage a eu lieu le 31 mai 2016 sous la présidence du Dr Kokou WOTOBE, intérimaire du point focal IHP+ et représentant le SG en présence de quarante (40) personnes représentant le Gouvernement, les partenaires au développement (PD), les acteurs du secteur privé et de la société civile (la liste des participants est en annexe).

Au cours de la réunion, les divers documents transmis par IHP+ ont été partagés et discutés pour que les uns et les autres aient la même et meilleure compréhension ; ils furent envoyés plus tard par courriel aux participants. Le calendrier de déroulement du suivi a également été envoyé et a permis par la suite avec chaque entité, de faire le travail :

- Interviews des PD ;
- Interviews du Gouvernement ;
- Questionnaire en ligne pour la société civile suivie d'une discussion de groupe suite à la réception des données recueillies ;
- Discussion de groupe avec le secteur privé.

La principale difficulté rencontrée au cours de cet exercice est la méconnaissance de IHP+ par l'intérimaire du point focal (qui venait d'être nommé et intégré à la DGEPIS), l'indisponibilité des personnes ressources au niveau du ministère et le manque de fiabilité des données quantitatives.

## **2. Engagement à établir des stratégies solides pour le secteur de la santé qui sont évalués conjointement et qui renforcent la responsabilité mutuelle**

### **2.1 Pratique CDE 1. Les partenaires soutiennent une stratégie nationale de santé unique**

Le plan national de développement sanitaire (PNDS) a été élaboré conjointement par les pouvoirs publics, les partenaires au développement (PD) et les organisations de la société civile et du secteur privé. Ce sont les mêmes qui l'ont évalué par un outil Joint Assessment of National Health Strategy (JANS) afin d'avoir un consensus autour des résultats.

Cette démarche qui s'inscrit dans la participation des PD aux différents cadres nationaux de coordination, permet une meilleure appropriation des différents documents stratégiques nationaux et de mieux aligner leur soutien aux priorités nationales par le biais des financements qui sont entièrement inscrits dans le budget national.

Les possibilités existantes pour accroître l'alignement avec la stratégie nationale sont : la déclaration de Paris, IHP+, Accord de Busan.

### **2.2 Pratique CDE 5. La redevabilité mutuelle est renforcée**

Différents cadres de coordination et de concertation existent pour encourager la redevabilité mutuelle; il s'agit du country coordinating mechanism (CCM), du Comité de Coordination Inter Agence (CCIA) et le Comité Sectoriel Santé/VIH.

Le Togo a signé en 2012 un compact avec les PD qui inclut des objectifs mesurables et les progrès sont évalués conjointement avec une participation substantielle de la part des PD. Des revues nationales, au niveau décentralisé et au niveau des programmes de santé sont régulièrement organisées dans ce contexte.

Les cadres de suivi et des résultats des PD sont alignés avec le cadre national qui intègre un dispositif institutionnel de coordination comprenant les indicateurs et les objectifs cibles identiques à ceux du système national.

Il existe un plan de suivi-évaluation pour le secteur de la santé permettant son utilisation par les PD. Ce plan comporte des mécanismes de renforcement de la redevabilité mutuelle.

L'utilisation des systèmes nationaux de suivi-évaluation pourra être améliorée par la disponibilité de données fiables et régulières de même que des évaluations conjointes.

### **3. Engagement à améliorer le financement, la prévisibilité et la gestion financière du secteur de la santé**

#### **3.1 Pratique CDE 2a/b: Coopération au développement dans le secteur santé est plus prévisible**

Les dépenses du Gouvernement pour la santé sont projetées pour trois ans pour permettre une visibilité des différentes actions. Toutefois, la prévisibilité de la coopération au développement dans le secteur de la santé est mitigée puisque seuls 22% des PD ont communiqué au ministère de la santé et de la protection sociale, leurs fonds planifiés pour les trois années suivantes tandis que la majorité l'a communiqué pour l'année suivante. Ceci est dû au fait que la majorité des PD dans leur programmation propre, arrive à la fin de leurs plans biennaux ou triennaux. Généralement, les plans de dépenses futures font l'objet de conventions de financement pluriannuel signées en amont.

Dans la mise en œuvre, il est noté un sous décaissement à cause de la faible capacité de planification du ministère de la santé et de la protection sociale et une insuffisance des Ressources Humaines.

#### **3.2 Pratique CDE 2c: L'aide pour le secteur santé est inscrite dans le budget national.**

Les contributions individuelles des PD sont reflétées dans le budget national et il apparait que les maladies non transmissibles (MNT) sont sous financées car il y a probablement, un manque d'intérêt des PD pour cette problématique. Les contraintes pour avoir un budget équilibré sont liées au manque de flexibilité dans l'exécution budgétaire tandis que les cadres nationaux conjoints de concertation constituent des opportunités".

La signature de conventions de financement pluriannuel par le Ministre de l'économie et des finances au nom de l'Etat, fait que l'inscription au budget national de tous ces financements est automatique (92% sur l'année 2015) et le suivi de leur décaissement est ainsi facilité.

### **4. Engagement à établir, utiliser et renforcer les systèmes du pays**

#### **4.1 Pratique CDE 3: Les systèmes GFP (gestion de finances publiques) sont utilisés et renforcés.**

Le système de gestion des finances publiques (GFP, multisectoriel) est utilisé par les PD mais il subsiste beaucoup de faiblesses. Conscient de cela, un programme de réforme, mis en place et piloté par le ministère chargé de l'économie et des finances a pour but de corriger les faiblesses identifiées. Ainsi, les PD sont encouragés à utiliser le système national de GFP car il y a une volonté politique affichée de l'assainir. Toutefois, quelques contraintes subsistent et sont liées à l'obligation pour l'Etat, de s'inscrire dans les directives communautaires.

Le système GFP est ponctuellement renforcé par les PD qui utilisent généralement, les procédures nationales d'exécution des budgets.

#### **4.2 Pratique CDE 4 : Les systèmes d'approvisionnement sont utilisés et renforcés.**

Le pays dispose d'un plan national pour l'approvisionnement et la passation des marchés. Toutefois, la majorité des PD n'utilise pas le système national d'approvisionnement puisque c'est plus des systèmes d'approvisionnement conjoints ou harmonisés (autre que le système national) et des systèmes mondiaux ou régionaux qui sont utilisés. Cette pratique utilise en partie, les systèmes nationaux d'approvisionnement qui pourraient être plus sollicités quand les conditions de pré qualification des fournisseurs seront améliorées.

Pour améliorer l'harmonisation des systèmes d'approvisionnement avec d'autres PD et/ou avec le système national, il serait pertinent de renforcer la CAMEG TOGO sur laquelle est bâti aujourd'hui le système national d'approvisionnement pharmaceutique.

#### **4.3 Pratique CDE 6: L'assistance technique est coordonnée et l'apprentissage est soutenu par la coopération Sud-Sud et la coopération triangulaire.**

La fourniture de l'assistance technique n'est pas du tout structurée et aucun PD ne fournit de l'assistance technique alignée sur un plan national adopté puisqu'il n'en existe aucun pour le secteur de la santé. Au fur et à mesure des besoins et selon la disponibilité de l'expertise et/ou de son financement, les PD appuient l'Etat dans ce domaine précis. Par voie de conséquence, il n'existe aucun mécanisme de surveillance de la performance de l'AT de même qu'aucune opportunité n'existe pour renforcer l'alignement des PD et la coordination de l'assistance technique.

Le ministère de la santé et de la protection sociale bénéficie parfois de la coopération sud-sud (CSS) qui est entièrement appuyée par les PD. Cette coopération peut être utilisée plus efficacement dans le cadre d'accords régionaux ou sous régionaux.

Les différentes contraintes sont liées à l'absence d'expertise régionale dans certains domaines clés tandis que les opportunités pour l'utilisation de la CSS dans le cadre de l'assistance technique et du renforcement des capacités sont liées à l'existence d'une expertise avérée.

Le défi pour le ministère de la santé et de la protection sociale et les PD serait de travailler sur un plan national d'assistance technique dans le cadre du PNDS et de l'harmonisation des différentes interventions.

## **5. Engagement à créer un environnement favorable pour les organisations de la société civile et le secteur privé à participer dans la coopération au développement pour le secteur de la santé.**

### **5.1 Pratique 7: Engagement des organisations de la société civile**

Les OSC sont consultées généralement par les PD mais pas suffisamment par le Gouvernement pour la conception, la mise en œuvre et le suivi des politiques du secteur de la santé et les cadres existants sont le lieu de partage de l'information avec elles. La mise en place de cadre formel de partenariat avec les OSC pourra améliorer leur participation dans les processus politiques de santé.

Pour soutenir les OSC, des appuis techniques, financiers et institutionnels leur sont fournis par les PD souvent par le biais du Gouvernement.

Les opportunités pour accroître la participation des OSC tiennent à leur niveau d'intervention (communautaire) et à leur constitution en différents réseaux. Les contraintes existantes pour accroître le soutien apporté par les PD sont liées à leur faiblesse institutionnelle et leurs Ressources Humaines. Aussi, pour accroître la coordination, la transparence et la redevabilité des OSC travaillant dans le domaine de la santé, il faudra renforcer le suivi de la mise en œuvre des activités de même qu'il faut mieux mettre en valeur les résultats obtenus par les OSC pour accroître leur visibilité.

Des cadres nationaux existants permettent d'associer efficacement les OSC ; il s'agit du CCM, du CCIA et du Comité Sectoriel Santé/VIH. Participant à ces différents mécanismes de coordination, les OSC disposent en temps réel des informations nécessaires pour leurs activités et leur développement.

### **5.2 Pratique 8: Engagement du secteur privé**

Jusqu'à un passé très récent, les acteurs du secteur privé n'ont pas été impliqués dans les processus politiques de santé par le Gouvernement. Au regard de la part importante prise ces dernières années, par ce secteur, dans la santé du moins dans les communautés, le Gouvernement a dû associer le secteur privé en permettant la possibilité de réaliser des activités relevant de la santé publique, dans les structures privées ; toutefois, cette inclusion est très limitée.

Les organisations du secteur privé sont couramment consultées dans le cadre des processus d'élaboration de la politique de santé et les contraintes pour travailler avec elles sont liées à leur manque d'organisation et leur diversité. La création récente appuyée par l'USAID et la Banque mondiale de leur plateforme doit pouvoir renforcer leur partenariat avec le Gouvernement puisqu'aujourd'hui, leurs informations ne sont pas suffisamment intégrées dans le Système National d'Information Sanitaire et le cadre de suivi-évaluation.

Le Secteur Privé est aujourd'hui représenté dans des instances nationales de coordination et de concertation et la mise en place d'un cadre formel de

partenariat (en cours d'élaboration) avec le Gouvernement permettra de mieux aligner leur engagement dans les processus politiques de santé. Un certain nombre de PD fournissent aujourd'hui différentes assistances au SP (financier et technique) et ceci facilitera le dialogue avec le Gouvernement.

Par ailleurs, le secteur privé a été toujours considéré par les acteurs publics comme exclusivement à but lucratif ; cette perception fait qu'il ne leur est souvent pas proposé des activités à caractère social (distribution des CTA, produits planning familial).

Pour inciter le secteur privé à participer pleinement aux côtés du Gouvernement à la mise en œuvre de la politique nationale de santé, le secteur privé doit devenir un partenaire privilégié du Gouvernement par la prise en compte de ses composantes (médecins, pharmaciens, assureurs, professions paramédicales, industriels,...) et une collaboration au niveau décentralisé et pas seulement au niveau central. Par ailleurs, une évaluation complète du secteur privé de la santé devra être menée pour permettre sa meilleure connaissance.

## **6. Discussion des résultats**

Dans le processus du suivi 2016 de IHP+, à l'issue de la collecte des données, leur analyse a permis de rédiger un rapport pays provisoire qui a été transmis au Gouvernement pour être partagé avec toutes les parties prenantes. La discussion de ces résultats a eu lieu le 16 décembre 2016 à Lomé au cours d'une réunion qui avait pour objectifs :

- Analyser les performances en fonction des huit pratiques d'EDC ;
- Identifier les éléments qui entravent les progrès ;
- Se mettre d'accord sur les actions permettant d'améliorer la responsabilité et l'EDC en matière de santé.

Pour ce faire, les participants ont eu à leur disposition :

- Le draft du rapport pays provisoire incluant un rapport sur la société civile et un rapport sur le secteur privé ;
- Un support visuel/infographique présentant les performances du pays ;
- Une présentation PowerPoint (PPT) résumant le rapport et ajoutant des détails au support visuel.

Deux allocutions ont été prononcées au début de la réunion qui a duré toute la journée :

- La première prononcée par la Représentante résidente de l'OMS au Togo, Chef de file des partenaires au développement du secteur de la santé : Elle a dit apprécié les efforts du Togo dans le processus IHP+ auquel il a adhéré en mai 2010, l'adoption et la mise en œuvre du COMPACT en 2012, l'élaboration et la mise en œuvre du PNDS 2012-2015 qui vient d'être évalué. Elle a par la suite, souligné que le nouveau PNDS en cours d'élaboration, constitue une opportunité pour relancer le partenariat IHP+ afin de rassembler les partenaires au développement autour de l'agenda du pays en matière de santé ;

- La seconde prononcée par le Secrétaire général du ministère de la santé et de la protection sociale : Il a rappelé le processus IHP+ auquel le Togo, a pleinement adhéré et qui lui a permis d'opérer d'importantes réformes dans le secteur de la santé. C'est dans ce cadre qu'a été élaborée la politique nationale de santé horizon 2022, opérationnalisée par le plan national de développement sanitaire (2012-2015) qui vient d'être évalué. Il a par ailleurs rappelé les cinq principes de la Déclaration de Paris sur lesquels repose la coopération efficace au développement et les huit pratiques sur lesquelles se fondent les quatre engagements.

Après la présentation des résultats par le biais du support power point, quatre groupes thématiques ont été constitués pour travailler sur chacun des quatre engagements.

Une plénière a permis de consolider les différentes réflexions menées au sein des groupes et ont permis d'élaborer la trame du plan d'actions qui a été finalisé ensuite par un groupe restreint de la Direction générale des études, de la planification et de l'information sanitaire.

## 7. Annexe 1: Liste des partenaires au développement qui étaient invités et ceux qui ont participé

N°	Liste des partenaires au développement actifs dans le secteur santé	Partenaires au développement invités à participer au 5 <sup>ème</sup> cycle de suivi	Partenaires au développement qui ont participé
1	ONUSIDA	x	x
2	Banque mondiale	x	x
3	UNFPA	x	x
4	UNICEF	x	x
5	OMS	x	x
6	Ambassade de France	x	x
7	Agence Française de Développement	x	

## 8. Annexe 2: Liste des organisations de la société civile

N°	Liste des OSC actives dans le secteur santé	OSC qui ont participé au questionnaire online	OSC qui ont participé à la discussion de groupe
1	Fédération Togolaise des Praticiens de la Médecine Traditionnelle	X	X
2	Sight Savers	X	X
3	Plan International Togo	X	X
4	Bornefonden	X	X
5	Union des ONG du Togo	X	X
6	Plateforme VIH/Santé	X	X
7	Croix Rouge Suisse	X	X
8	Handicap International	X	X
9	Organisation de la Charité pour un développement Intégral (OCDI) nationale	X	X
10	Association togolaise pour le bien-être familial	X	X
11	Croix Rouge Togolaise	X	X
12	Faculté des sciences de la santé	X	X
13	CERA (cabinet de recherche)	X	X



### 9. Annexe 3: Liste des agents du secteur privé

N°	<b>Liste des agents du secteur privé actifs dans le secteur de la santé</b> (selon la définition dans l'outil SP)	Agents du secteur privé qui ont participé à la discussion de groupe
1	Association Nationale des Infirmiers et Infirmières du Togo (ANIIT)	x
2	Ordre national des pharmaciens (ONPT)	x
3	Ordre national des chirurgiens-dentistes (ONCDT)	x
4	Plateforme du secteur privé de la santé au Togo (PSPS-Togo)	x
5	Association des sages-femmes du Togo (ASSAFETO)	x
6	Ordre national des médecins du Togo	x