



CADRE DES DEPENSES A MOYEN TERME – SECTEUR SANTE (2012-2014)



Validé le 17 février 2012 par le Comité sectoriel santé et VIH/sida

SOMMAIRE

SOMMAIRE	2
LISTE DES TABLEAUX ET FIGURES	3
LISTE DES ACRONYMES ET ABREVIATIONS	4
INTRODUCTION	5
CHAPITRE 1. : ANALYSE DE LA SITUATION	6
1.1. SITUATION SANITAIRE	6
1.1.1. <i>Rappel du profil epidemiologique</i>	6
1.1.2. <i>Rappel du profil du systeme de santé</i>	9
1.2. SITUATION FINANCIERE DU SECTEUR SANTE	11
1.2.1. <i>Tendance des dépenses de santé</i>	11
1.2.2. <i>Dépenses de santé par source de financement</i>	12
CHAPITRE 2. : FINANCEMENT DU SECTEUR	16
2.1 CONTEXTE D'ELABORATION DU CDMT.....	16
2.1.1 <i>Enjeux et priorités stratégique du secteur</i>	16
2.1.2 <i>Processus de planification et de programmation budgétaire</i>	17
2.1.3 <i>Objectifs du Cadre des dépenses à moyen terme</i>	18
2.2 SCENARIOS DE FINANCEMENT.....	18
2.2.1 <i>Scénarios d'évolution des résultats d'effets et d'impact</i>	19
2.2.2 <i>Scénarios d'évolution du financement</i>	22
2.3 PLAN DE FINANCEMENT	29
2.3.1 <i>Financement par source potentielle de financement</i>	29
2.3.2 <i>Indication du déficit financier et du choix de scénario de financement</i>	31
CHAPITRE 3: COORDINATION ET SUIVI-EVALUATION DU CDMT	34
3.1 COORDINATION.....	34
3.2. SUIVI ET EVALUATION DE LA MISE EN ŒUVRE DU CDMT.....	34
3.3. CONDITIONS DE REUSSITE	34
CONCLUSION	36
ANNEXES	37

LISTE DES TABLEAUX ET FIGURES

<i>Figure 2.3 : Causes de décès maternel au Togo</i>	<i>7</i>
<i>Figure 2.2 : Morbidité et létalité associées au paludisme chez les malades hospitalisés.....</i>	<i>8</i>
<i>Tableau 2.1 : Indicateurs de tendances liés aux dépenses de santé ; 2000-2008</i>	<i>11</i>
<i>Tableaux des résultats d'effets par scénario.....</i>	<i>19</i>
<i>Tableau 2.1: Evolution des indicateurs d'impact par scénario.....</i>	<i>21</i>
<i>Figure 2.1 : Evolution de la mortalité infanto-juvénile par scénario</i>	<i>21</i>
<i>Figure 2.2 : Evolution de la mortalité maternelle par scénario</i>	<i>22</i>
<i>Tableau 2.2: Evolution des ressources additionnelles (en millions de FCFA) en fonction des programmes du PNDS et par an pour le scénario maximal</i>	<i>22</i>
<i>Tableau 2.3 : Financements additionnels nécessaires à l'atteinte des résultats du scénario maximal par mode de prestation et par an(en millions de FCFA)</i>	<i>23</i>
<i>Tableau 2.4 : Ressources totales nécessaires à l'atteinte des objectifs des OMD en 2015 (en millions de FCFA) .</i>	<i>24</i>
<i>Tableau 2.5 : Evolution des ressources additionnelles nécessaires (en millions de FCFA) en fonction des programmes et par an pour le scénario moyen</i>	<i>24</i>
<i>Tableau 2.6 : Financements additionnels (en millions de FCFA) nécessaires à l'atteinte des résultats du scénario moyen par mode de prestation et par an.....</i>	<i>25</i>
<i>Tableau 2.7 : Ressources totales nécessaires à l'atteinte des objectifs du PNDS (en millions de FCFA).....</i>	<i>25</i>
<i>Tableau 2.8 : Evolution des ressources additionnelles nécessaires (en millions de FCFA) en fonction des programmes et par an pour le scénario minimal.....</i>	<i>27</i>
<i>Tableau 2.9 : Ressources additionnelles (en millions de FCFA) nécessaires à l'atteinte des résultats du scénario minimal par mode de prestation et par an</i>	<i>27</i>
<i>Tableau 2.10 : Evolution des ressources totales nécessaires (en millions de FCFA) par programme et par an pour le scénario minimal</i>	<i>28</i>
<i>Tableau 2.11 : Ressources totales nécessaires (en millions de FCFA) pour les 3 années 2012-2014 par programme et par scénario.....</i>	<i>28</i>
<i>Figure 2.3 : Coût par habitant et par scénario en dollar US.....</i>	<i>29</i>
<i>Tableau 2.12 : Projections des ressources totales attendues (en millions de FCFA) par an et par source de financement pour le scénario maximal</i>	<i>30</i>
<i>Tableau 2.13 : Projections des ressources totales attendues (en millions de FCFA) par an et par source de financement pour le scénario moyen</i>	<i>30</i>
<i>Tableau 2.14 : Projections des ressources totales attendues (en millions de FCFA) par an et par source de financement pour le scénario minimal.....</i>	<i>31</i>
<i>Tableau 2.15 : Gap de financement du PNDS (en millions de FCFA) par années pour le scénario maximal</i>	<i>32</i>
<i>Tableau 2.16 : Gap de financement du PNDS (en millions de FCFA) par années pour le scénario moyen</i>	<i>32</i>
<i>Tableau 2.17 : Gap de financement du PNDS (en millions de FCFA) par années pour le scénario minimal</i>	<i>32</i>
<i>Tableau 2.18 : Gap de financement du PNDS (en millions de FCFA) pour la période 2012-2014.....</i>	<i>32</i>

LISTE DES ACRONYMES ET ABREVIATIONS

ARV	: Anti rétroviraux
ASC	: Agent de Sante Communautaire
AVP	: Accident de la Voie Publique
CDMT	: Cadre Des Dépenses a Moyen Terme
CHU	: Centre Hospitalier Universitaire
CNS	: Compte Nationaux
COGES	: Comite de Gestion
DSRP	: Document de Stratégie de Réduction de la Pauvreté
ECD	: Equipe Cadre de District
ECR	: Equipe Cadre Régionale
GAR	: Gestion Axée sur les Résultats
IHI	: Intervention a Haut Impact
IHP+	: Partenariat International pour la Sante et initiatives apparentées
MBB	: Marginal Budgeting for Bottlenecks
MICS	: Enquête par Grappe a Indicateur Multiple
MNT	: Maladie Non Transmissible
OMD	: Objectif du Millénaire pour le développement
OMS	: Organisation Mondiale de la Sante
ONG	: Organisation Non Gouvernementale
PAO	: Plan Annuel Opérationnel
PEV	: Programme Elargi de Vaccination
PIB	: Produit Intérieur Brut
PNDS	: Plan National de Développement Sanitaire
PTF	: Partenaire Technique et Financier
RHS	: Ressources Humaine en Sante
SC1	: Scenario Minimal
SC2	: Scenario Moyen
SC3	: Scenario Maximal
SIDA	: Syndrome d'Immuno Déficience Acquis
SONU	: Soins Obstétricaux et Néonataux d'Urgence
SRO	: Soins de Réhydrations Oral
TB	: Tuberculose
TMI	: Taux de Mortalité Infantile
TMIJ	: Taux de Mortalité Infanto Juvénile
UEMOA	: Union Economique et Monétaire Ouest Africaine
USP	: Unité de Soins Périphérique
VIH	: Virus de l'Immunodéficience Humaine

INTRODUCTION

La nouvelle politique sanitaire validée le 29 Septembre 2011 reflète l'ambition du gouvernement à assurer la progression vers les OMD de 2015. Elle est détaillée dans un Plan National de Développement Sanitaire (PNDS) 2012-2015 qui vient d'être élaboré, en utilisant l'approche de la gestion axée sur les résultats (GAR). L'une des exigences de cette approche est l'élaboration d'un cadre des dépenses à moyen terme (CDMT).

Le CDMT est une approche transparente de planification financière et de budgétisation qui permet une allocation efficiente des ressources aux priorités programmatiques dans le cadre d'une discipline budgétaire d'ensemble. C'est un outil d'amélioration de la gestion budgétaire permettant de renforcer le dispositif de gestion axée sur les résultats, de rechercher une plus grande efficacité des dépenses et de disposer d'un instrument d'aide à la décision et à la négociation avec les PTF dans la recherche du financement du PNDS.

Le présent CDMT sectoriel pour la période 2012-2014 fait d'abord l'analyse de la situation, l'identification des contraintes du système de santé qu'il faudrait réduire afin d'optimiser les résultats escomptés. Il présente ensuite trois variantes selon les résultats souhaités et les scénarios de financement requis en vue de faciliter le consensus autour du scénario optimal. Enfin, le document présente les modalités de mise en œuvre et de suivi des différentes interventions prédéfinies.

Ce CDMT servira ainsi d'élément de négociation pour la signature d'un Compact national visant à favoriser une augmentation et une meilleure prévisibilité des ressources du secteur.

CHAPITRE 1. : ANALYSE DE LA SITUATION

1.1. SITUATION SANITAIRE

La situation sanitaire du Togo est caractérisée par des niveaux encore élevés des taux de morbidité et de mortalité. Le profil épidémiologique de mortalité reste marqué par la persistance des maladies infectieuses et l'émergence des maladies non transmissibles (MNT). L'offre de services sanitaires est insuffisante et leur qualité est faible.

1.1.1. Rappel du profil épidémiologique

▪ Espérance de vie à la naissance

L'**espérance de vie à la naissance** au Togo est estimée à 63,3 ans en 2010 tous sexes confondus, selon la Division de la population des Nations Unies. 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.

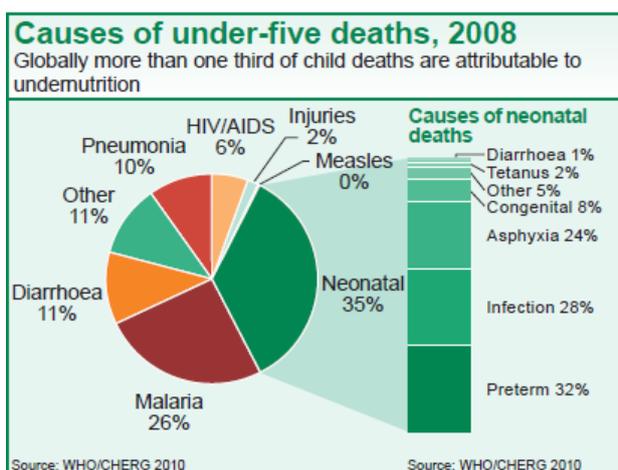
▪ Mortalité Générale

Le **taux de mortalité générale** estimé à 8,1¹ pour mille, s'explique essentiellement par les taux élevés des mortalités infantile (TMI), infanto-juvénile (TMIJ)², maternelle et de la mortalité liée au sida ; ces cibles des OMD constituent plus de 65 % de la mortalité de la population togolaise.

▪ 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 MICS 2010, inchangé par rapport au MICS de 2006 alors qu'il avait connu une réduction annuelle de 2 % entre 1998 et 2006. La réalisation de l'OMD 4 aurait nécessité que le taux annuel de réduction soit d'environ 12 % à compter de 2010. Par ailleurs, 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 pour lesquelles des interventions simples ayant un haut impact peuvent facilement être mises en œuvre. Les causes néonatales sont également très importantes (35% des décès).

Le taux de mortalité chez l'enfant de moins de cinq ans est presque double chez les enfants du quintile (20%) le plus pauvre en comparaison de ceux du quintile le plus riche; et au niveau géographique la mortalité est de 50% supérieure chez les

¹ Division de la population des Nations Unies (voir <http://www.un.org/esa/population/unpop.htm>)

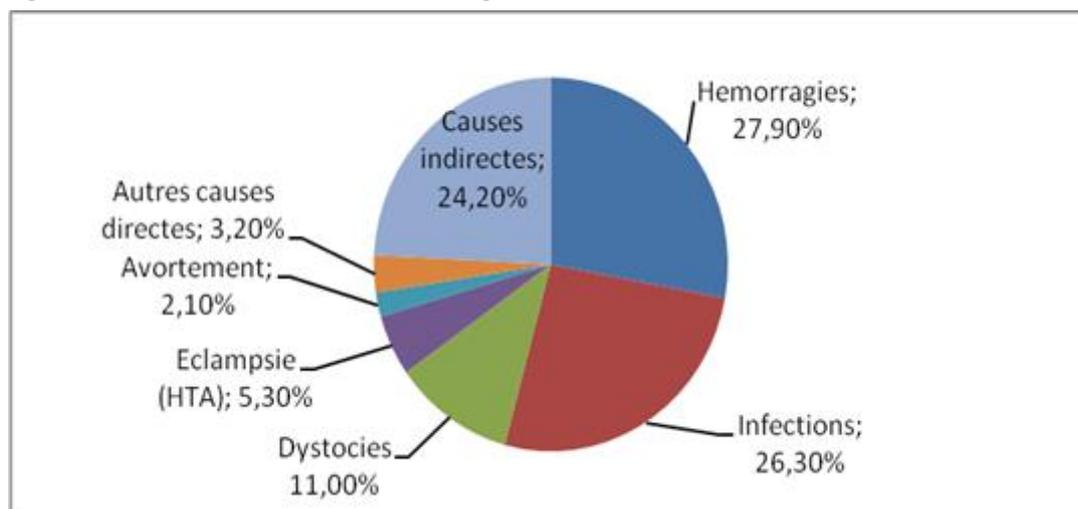
² Enquête MICS4 de 2010

enfants de moins de cinq ans dans la région de la Kara comparée aux enfants de la région Maritime.

▪ 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 2.3 ci-après, 75% des décès maternels sont dus à des causes directes. Les causes indirectes telles que : le paludisme, l'anémie, le VIH/sida, les cardiopathies, le diabète, représentent les 25% restants.

Figure 2.3 : 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 %), l'asphyxie (24 %) (cf. figure 2.1).

La mortalité néonatale toujours élevée qui prévaut au Togo (39 pour 1.000 naissances vivantes en 2008) indique une faible performance du système national de santé notamment en termes de SONU.

▪ Etat nutritionnel des mères et de leurs enfants

La **malnutrition** reste préoccupante surtout chez les enfants de 0 à 5 ans. La malnutrition chronique est élevée et touche en moyenne près de 30% des enfants du Togo avec une variabilité importante d'une région à l'autre (43% dans les savanes et 16% dans la commune de Lomé) et également une variabilité suivant les quintiles de richesse (40% chez les enfants du quintile le plus pauvre contre 13 % chez les enfants du quintile le mieux nanti). La malnutrition aigüe varie avec les conditions de sécurité alimentaire et s'élevait à 4,8 % en moyenne sur l'ensemble du territoire en 2010³. Les **carences en micro nutriments** (Fer, Iode, Vitamine A) sont également fréquentes. La prévalence de l'anémie est estimée à plus de 40% chez les femmes enceintes et de 76 à 91% chez les enfants de 6 à 36 mois.

³ Enquête MICS4 de 2010

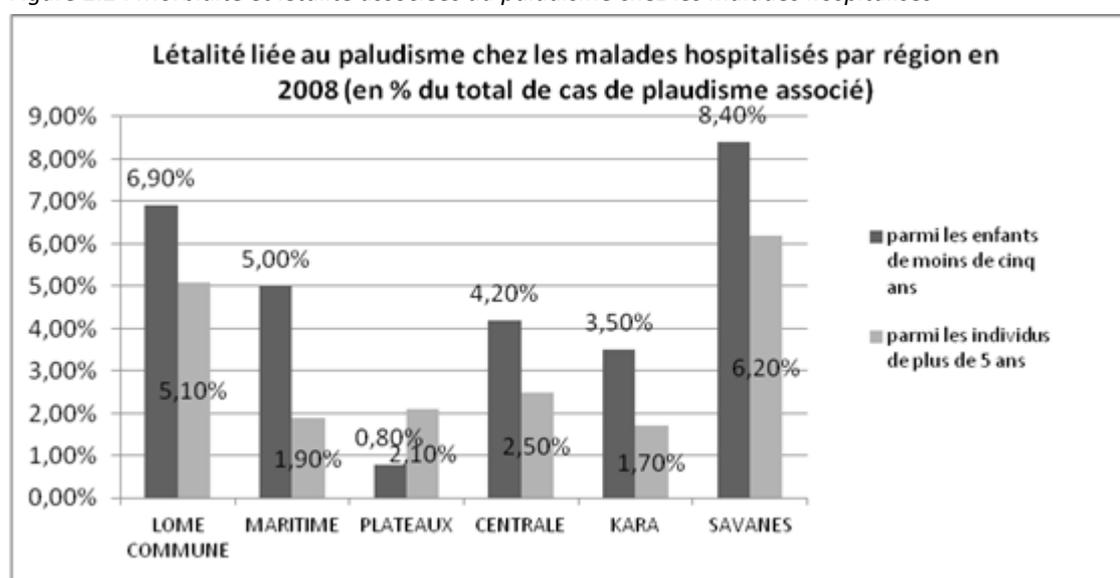
▪ **Paludisme, VIH/sida, Tuberculose et autres maladies endémiques**

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. Selon le rapport PNLP 2009, le paludisme représentait :

- 48% des consultations externes contre 42% en 2008;
- 28% des hospitalisations ;
- 19% des décès enregistrés dans les établissements de soins (23% en 1998) ;
- 25% 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 des Plateaux (69%), de Kara (69%), Centrale (67%) et des Savanes (65%). Par contre, la létalité associée aux cas de paludisme est plus forte dans les régions des Savanes (8,40%) et de Lomé (6,90%).

Figure 2.2 : Morbidité et létalité associées au paludisme chez les malades hospitalisés



Source : Indicateurs Essentielles 2009 – Ministère de la Santé et FNUAP

En ce qui concerne le **VIH**, la prévalence au sein de la population générale est l'une des plus élevées de l'Afrique de l'Ouest (3,2% en 2010⁴). Bien qu'étant de type généralisée (3,5% chez les femmes enceintes en consultations prénatales en 2010⁵), 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%)⁶. 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 dépistés est passé de 1 452 à 2 097 entre 2001 et 2010. Environ 30% des

⁴Rapport ONUSIDA 2010

⁵Rapport d'activités du PNLS 2010

⁶Rapport sur la surveillance sentinelle du VIH chez les femmes enceintes, PNLS 2010

malades souffrant de la forme pulmonaire de tuberculose présentent une co-infection TB/VIH7.

Par ailleurs, des **épidémies** annuelles récurrentes de **méningite** et de **choléra** font encore de nombreuses victimes, avec des taux de létalité encore élevés. Le taux d'incidence des méningites au-delà de l'âge de 5 ans est estimé à 10 pour 10 000 par an⁸ avec une prédominance du sérotype 1, responsable d'environ 50% des cas, avec une létalité élevée d'environ 50%. Ces dernières décennies le Togo a connu de grandes épidémies de choléra notamment en 1998, avec 3669 cas et une létalité de 7%, en 2001 (2740 cas) et une létalité de 5%. Le choléra évolue de façon endémo-épidémique à Lomé et dans d'autres localités urbaines de la région maritime.

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

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

▪ **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, 3 101 cas d'accidents de la voie publique (AVP) ont été enregistrés dont 470 décès.

1.1.2. Rappel du profil du système de santé

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

▪ **Principales forces :**

Ce sont entre autres :

- (i) l'amélioration des politiques publiques à travers l'élaboration des documents de politiques sectorielles et plans stratégiques de mise en œuvre ;
- (ii) l'existence d'un cadre législatif propice à créer un environnement favorable à la mise en œuvre de la politique nationale de santé. Le Code de la santé publique promulgué

⁷ Rapport d'activités 2010, PNLT

⁸ Centers for Disease Control and Prevention. Progress toward Elimination of Lymphatic Filariasis — Togo, 2000–2009. MMWR 2011;60:989-991.

⁸ Rapport d'activités 2010, PNLT

le 15 mai 2009 sert de cadre réglementaire de référence en matière de prestations de soins au Togo;

- (iii) une situation très encourageante tant en matière d'offre de soins qu'en matière d'utilisation des services pour les soins préventifs du nourrisson, du jeune enfant (comme la vaccination avec une couverture au-delà de 80%) et de la grossesse (comme la consultation prénatale).

▪ Principales faiblesses

- (i) *En matière de gouvernance et du pilotage du système de santé*, les constats de faiblesse sont : la faible application du principe de déconcentration limitant le pouvoir de décision des structures déconcentrées, la faible capacité de planification des actions de santé et de mobilisation des ressources financières et humaines nécessaires ;
- (ii) *En matière d'offre et d'utilisation des services*, les disparités dans l'accès et l'utilisation des services de Santé sont nivelées par une moyenne nationale qui est elle-même peu satisfaisante. L'accès géographique et financier limités et surtout la qualité insuffisante des soins expliquent le faible niveau d'utilisation des services publics. En 2009, le taux de fréquentation des consultations curatives est de 30% et seulement 55,2 % des femmes ont fait les quatre visites prénatales⁹ recommandées.
- (iii) *En matière des Ressources Humaines en Santé (RHS)*, la situation au Togo se caractérise par une pénurie importante de personnel de santé qualifié malgré les recrutements successifs à partir de 2008, mais surtout une répartition géographique extrêmement inéquitable (c'est particulièrement le cas des médecins, dont 75% sont concentrés dans la capitale), une faible productivité en l'absence de système d'évaluation des performances et de conditions salariales/professionnelles attractives.
- (iv) *Sur le plan de l'approvisionnement et la dispensation des médicaments et vaccins*, les constats majeurs relevés ont trait à la faiblesse de régulation et de contrôle du secteur pharmaceutique, le non-respect de la politique nationale des prix des médicaments et la trop grande dépendance du financement des programmes prioritaires de santé à l'égard de l'aide extérieure (par exemple, près de 70%¹⁰ du financement du PEV et plus de 80% du financement des ARV proviennent actuellement de l'aide extérieure). La disponibilité des médicaments génériques, de qualité mais peu chers, est insuffisante et la liste des médicaments essentiels censés être disponibles par niveau de soins est à revoir afin de pouvoir être appliquée de manière effective.
- (v) *En matière de financement de la santé*, quatre constats majeurs sont notés. Le budget du ministère de la santé (MS) demeure insuffisant (autour de 6% du budget global de l'Etat). Le MS n'alloue pas de manière équitable les ressources publiques (par exemple, allocation budgétaire non basée sur les besoins réels des formations sanitaires), les ménages supportent encore largement le financement de la santé (51% des dépenses de santé) les mécanismes de partage de risques étant peu développés ; enfin, l'intervention financière des PTF est encore imprévisible et faible (18% des dépenses de santé).

⁹ MICS4, 2010

¹⁰ Rapport Annuel de Situation du Togo à GAVI-Alliance de 2009

- (vi) *S'agissant de l'information sanitaire* : Le SIS actuel ne dispose pas suffisamment d'informations de qualité sur les problèmes de santé, sur le contexte dans lequel le système de santé fonctionne et sur l'efficacité de ce dernier.

1.2. SITUATION FINANCIERE DU SECTEUR SANTE

Le Togo consacre environ 7%¹¹ de son PIB à la santé et 5 à 6% de ses dépenses publiques à la santé¹². Il faut signaler que l'accroissement du budget sectoriel a été plus lent que celui du budget global, d'où une réduction progressive du ratio budget santé / budget national ; ce qui laisse apparaître que la volonté affirmée du Gouvernement d'accroître les ressources en faveur de ce secteur reste toujours à concrétiser et devrait être pris en compte dans les projections futures permettant ainsi de pouvoir dégager des ressources additionnelles nécessaires à l'atteinte des résultats sectoriels.

1.2.1. Tendances des dépenses de santé

Le tableau ci-dessous présente quelques indicateurs de tendances des dépenses de santé au Togo ;

Tableau 2.1 : Indicateurs de tendances liés aux dépenses de santé ; 2000-2008

Années	CNS 2002	Estimation OMS 2004	Estimation OMS 2006	CNS 2008
Total des dépenses (en millions de FCFA)	121.083	nd	nd	73 318
Total des dépenses en % du PIB	11,8	5,5	6	6,9
Dépenses publiques de santé (% de dépenses de santé)	17,8	20,7	21,2	24,9
Dépenses de santé financée par les ressources externes (% des dépenses totales de santé)	3,1	8,9	12,3	20,7
Paiement direct en % des dépenses privées	93,4	84,9		91,1
Paiement direct des ménages en % des dépenses de santé	83,3			50,5

Source : CNS 2008

L'analyse des tendances révèle :

- une baisse importante des dépenses totales de santé entre 2002 et 2008 (de l'ordre de 39%) ;
- une allocation de ressources du secteur non constante (le total des dépenses de santé en pourcentage du PIB, après avoir connu un pic en 2002 évolue en dents de scie) ;
- une réduction assez significative de la part des dépenses de santé effectuées par les ménages entre 2002 et 2008 mais elle reste à un niveau toujours élevé ; cette réduction peut s'expliquer par l'augmentation des ressources externes apportés par les partenaires dans la période et par la capacité de plus en plus réduite des ménages à faire face aux soins de santé (en valeur absolue, les dépenses de santé effectuées par les ménages sont passées de 100,8 milliards FCFA en 2002 à 37,08 milliards seulement en 2008).

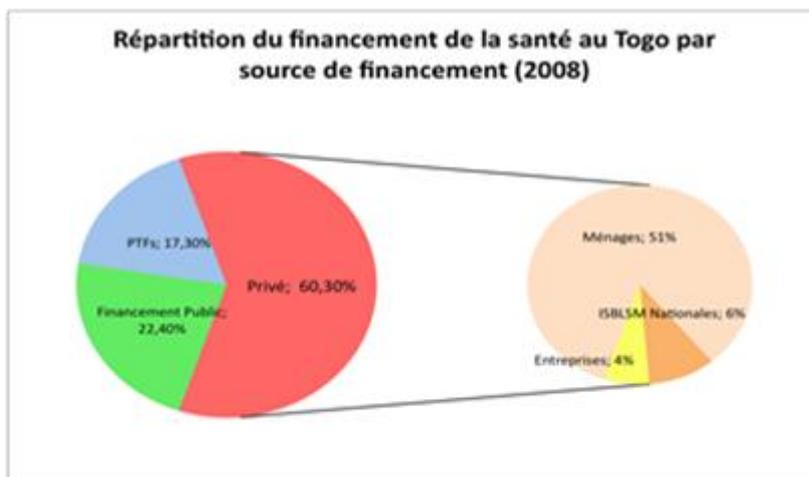
¹¹ CNS, 2008

¹² Les dépenses publiques de la santé comprennent les allocations budgétaires de l'Etat au ministère de la santé et les dépenses de santé des autres ministères notamment les ministères de l'Action Sociale et de la Solidarité Nationale, ceux de l'Environnement, de l'eau, de l'assainissement et de l'hydraulique villageoise, les services de santé des forces armées. En l'absence de données fiables sur les dépenses publiques de ces secteurs, l'analyse va être focalisée sur les allocations budgétaires de l'Etat au ministère de la santé.

1.2.2. Dépenses de santé par source de financement

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.

Le graphique ci-contre donne la répartition par source de financement.



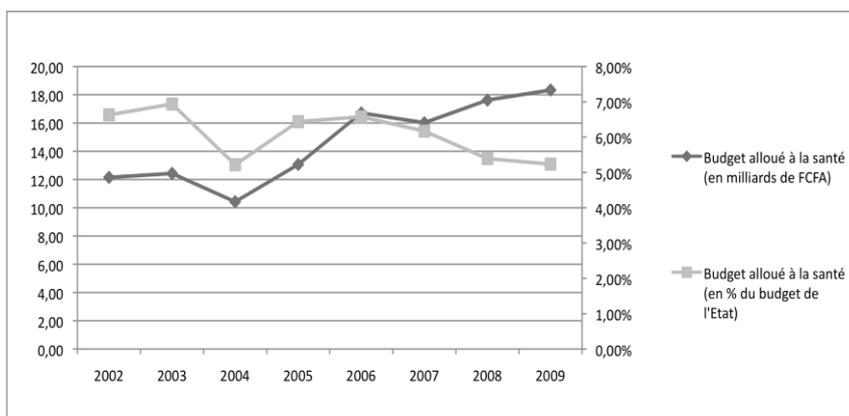
▪ Les dépenses des ménages

Comme on peut le noter, les ménages togolais sont de loin le premier financeur du système de santé : En 2008, les dépenses directes des ménages représentent 50,1 % des dépenses totales de Santé. Les ménages participent au financement de la santé à travers le paiement des actes et l'achat des médicaments.

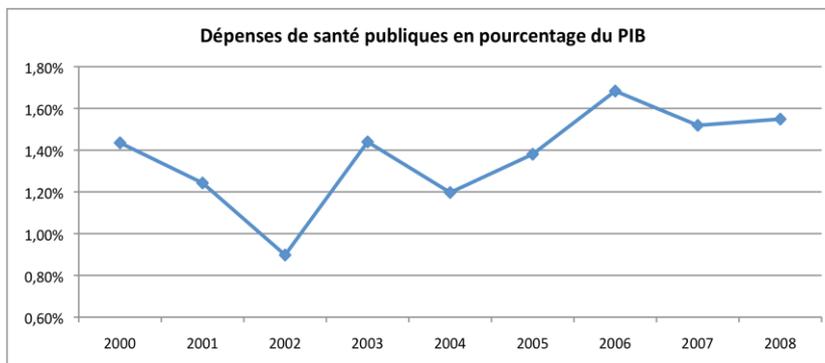
Le Togo se positionne au premier rang parmi les pays de l'UEMOA en terme de part la plus importante de la santé financée par les ménages (OMS, Global Health Observatory, 2008). L'incidence de cette contribution excessive des ménages sur le taux d'utilisation est manifeste. Selon MICS3 de 2006, 73,8% de la population ne fréquentent pas régulièrement les formations sanitaires modernes pour des raisons d'accessibilité financière aux soins. Il faut par ailleurs noter l'impact de ces dépenses sur le revenu de ces ménages, en particulier les plus pauvres d'entre eux qui supportent relativement plus de dépenses de santé que les ménages les plus riches.

▪ Le financement de l'Etat

Malgré une augmentation du budget du Ministère de la Santé de 3 % par an en moyenne depuis 1998, sa part dans le budget général de l'État a fortement baissé, passant de 10 % en 1999 à 5,2 % en 2009. On est donc loin des 15% recommandés lors de la conférence d'Abuja (engagement d'Abuja, 2001).

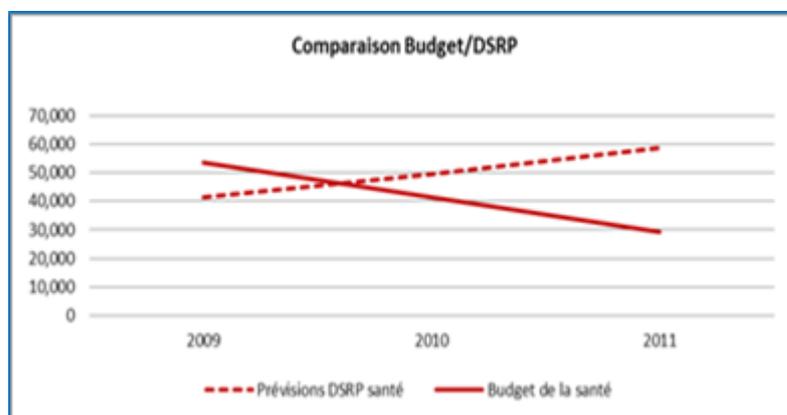


En plus, on note une forte variation des dépenses de santé de l'Etat comme le montre le graphique ci-dessous qui rend compte des dépenses publiques de santé du Togo en pourcentage de son PIB sur la période 2000-2008..



Source : Global Health Observatory

Par ailleurs, la comparaison dynamique du budget de la santé et des prévisions de cadrage



budgétaire du Document complet de Stratégie de Réduction de la Pauvreté (DRSP-C) montre que les objectifs fixés par le gouvernement en matière de dépenses publiques pour la Santé n'ont pas été atteints¹³.

L'analyse de la répartition des dépenses de l'Etat par type de prestataire et par type d'intervention met en évidence que les dépenses publiques de santé sont majoritairement allouées à l'administration publique. Les données issues des CNS 2008 montrent que les parts les plus importantes des dépenses de santé publiques sont allouées à l'administration publique (40%) et à la fourniture et la gestion de programmes de santé publique (22%). Par ailleurs, les Hôpitaux nationaux reçoivent 17,22% des dépenses publiques totales contre 4,21% pour les hôpitaux de districts. Même si l'on considère que la part allouée à l'administration publique de santé serait amplifiée par la comptabilisation des salaires et primes, elle demeure tout de même très importante. On observe surtout, une très faible part des dépenses publiques allouées aux structures du premier échelon de la pyramide sanitaire.

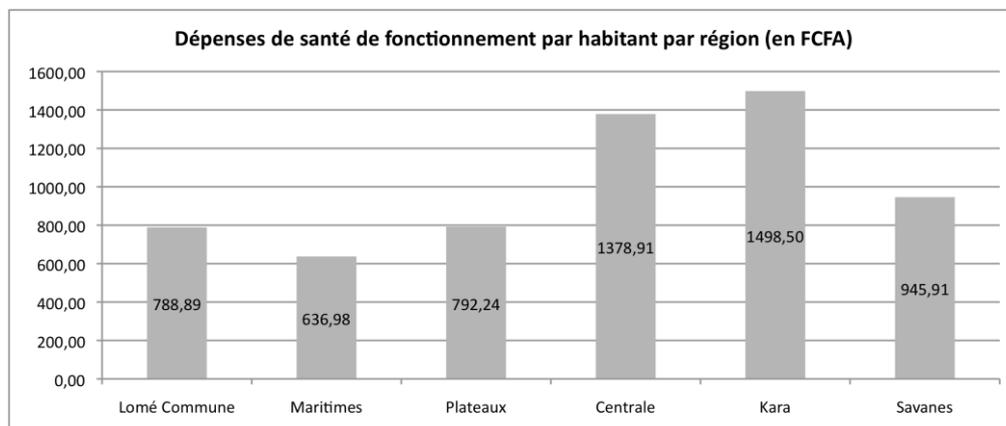
La répartition du budget du ministère de la santé entre dépenses de fonctionnement et d'investissement apparaît de manière générale très déséquilibrée. Sur la période 2001 à 2010, en moyenne 87% des dépenses sont des dépenses de fonctionnement (environ 12 milliards de FCFA) contre seulement 13% de dépenses d'investissement (moins de 2 milliards de FCFA), soit un ratio investissement/fonctionnement de 0,16.

Les dépenses de fonctionnement sont constituées des dépenses de personnel (en moyenne 33% des dépenses courantes sur la période), de matériel (en moyenne 19%) et des

¹³ Cadre stratégique d'investissement pour la revitalisation du système de soins de santé primaires au Togo, Octobre 2011 ;

subventions et transferts directs aux hôpitaux autonomes (24% en moyenne) dont une partie importante sert à payer le personnel.

L'analyse des dépenses de fonctionnement par région et par habitant rend compte d'une répartition inéquitable des ressources de l'Etat entre les six régions sanitaires du pays (voir graphique ci-dessous). Il apparaît que les dépenses les plus importantes ne ciblent pas suffisamment les régions les plus pauvres (comme la région des Savanes).



Source : Dépenses de santé - données du MS (DAC)

Par ailleurs, les subventions d'exploitations versées aux différents Centre Hospitaliers Régionaux rendent compte d'une répartition indépendante de la population des régions, quasi égalitaire entre les CHR (16% en moyenne).

S'agissant de la gestion des flux de financement, les taux d'exécution des dépenses de fonctionnement selon les différents niveaux de la pyramide sanitaire sont globalement supérieurs à 90% entre 2004 et 2008 mais avec des variations annuelles très marquées. On observe par contre, un faible taux d'exécution des budgets d'investissement : seulement 33,5% en moyenne d'exécution des dépenses d'investissement sur la période (cf. tableau 2.2).

Tableau 2.2: Taux d'exécution des dépenses de santé publiques entre 2004 et 2008

<i>Moyennes d'exécution des dépenses de santé par fonction sur la période 2004- 2008</i>	
Dépenses de personnel	91,38%
Dépenses de matériel	72,67%
Dépenses de transferts	94,86%
Dépenses d'Investissement	33,57%

Source : PEMFAR 2010, cité dans « CRS, Banque Mondiale, avril 2011 »

Selon le document PEMFAR, les faibles résultats en termes d'exécution des dépenses d'investissement peuvent être expliqués par la faiblesse des taux d'exécution des dépenses d'investissement au niveau des structures autonomes essentiellement. En effet, il semblerait que les structures de santé pourtant autonomes rencontrent des difficultés pour engager des dépenses d'investissement. La gestion du programme d'investissement est encore trop centralisée, les DRS ne sont pas suffisamment impliquées, ce qui a pour conséquence la très grande lenteur d'exécution.

Par ailleurs, le rapport PEMFAR justifie la faible exécution des dépenses d'investissement par des ajustements opérés sur cette catégorie de dépenses du fait de financements extérieurs plus faibles que prévus.

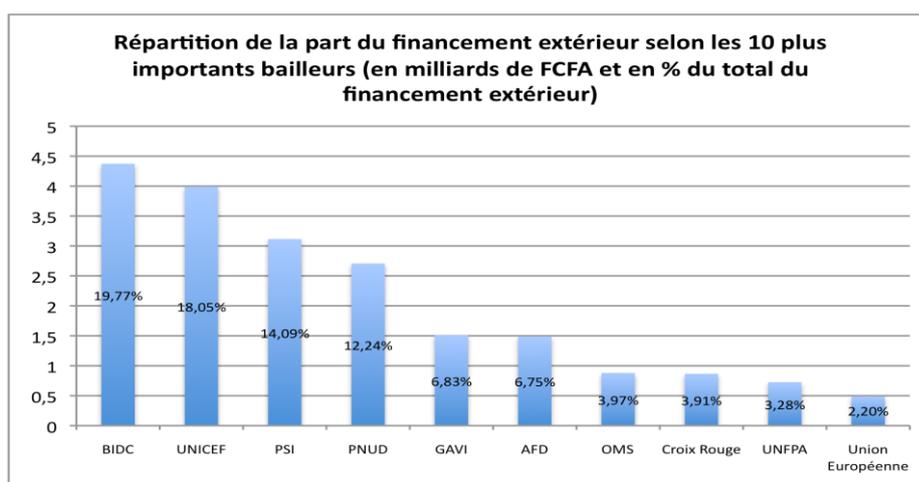
▪ Sources externes de financement

Les ressources externes sont constituées des financements obtenus auprès des partenaires au développement. Ces ressources couvrent essentiellement les activités des projets et programmes inscrits pour le compte du Département.

Selon les données de l'OMS (Global Health Observatory, 2008), entre 2003 et 2008, la part des dépenses de santé financée par l'extérieur était en moyenne de 13% des dépenses totales de santé au Togo et montrait une très forte volatilité.

En 2008, on observe une hausse des dépenses issues des PTF: elles représentent 17,8% des dépenses totales de santé (d'après les CNS 2008).

En 2009, d'après le rapport de la DAC, près de 32 milliards de FCFA proviennent des PTF dont 90% sont assurés par un groupe de 10 bailleurs internationaux (cf. graphique ci-contre).



Source : rapport d'activité de la DAC – février 2010

Cet accroissement significatif du financement extérieur doit être mis au crédit du renouement de la coopération avec les bailleurs amorcé depuis 2007 suite à la décrispation politique et à l'adoption du DSRP intérimaire et de DSRP-C qui ont permis une mobilisation plus accrue de ressources extérieures.

Pour l'année 2009, on observe un taux d'exécution du total des financements extérieurs prévus de 95%. On en conclut une bonne performance de la gestion des financements extérieurs au Togo.

CHAPITRE 2. : FINANCEMENT DU SECTEUR

2.1 CONTEXTE D'ELABORATION DU CDMT

2.1.1 *Enjeux et priorités stratégique du secteur*

Au regard des problèmes identifiés ; les principales recommandations de cette analyse comme celles d'autres analyses du secteur (analyse des goulots d'étranglements du système) se résument principalement à :

- (i) développer les ressources humaines en santé;
- (ii) rapprocher l'offre de soins des communautés ;
- (iii) améliorer significativement la qualité des soins essentiels ;
- (iv) renforcer l'utilisation des services;
- (v) améliorer l'efficacité du financement de la santé ;
- (vi) et renforcer la participation communautaire.

Ces recommandations ont été déclinées dans le PNDS 2012-2015 en cinq programmes dont quatre programmes « d'action » visant respectivement : (i) la réduction de la mortalité maternelle et néonatale, (ii) la réduction de la mortalité infantile et infanto-juvénile, (iii) le contrôle des principales maladies transmissibles, y compris les maladies tropicales négligées et (iv) la lutte contre les maladies non transmissibles. Le cinquième programme transversal, vise le renforcement du système de santé dans le but d'un soutien des quatre programmes précédents et d'un accès universel aux services essentiels de santé.

Pour faire face aux défis majeurs du système de santé, les priorités stratégiques retenues dans le PNDS comprennent entre autres :

- le renforcement des soins au niveau familial et communautaire à travers : (i) un transfert de compétence vers les Agents de Santé Communautaires (ASC) pour la mise en œuvre d'un paquet de soins intégrés (comprenant la promotion des pratiques familiales essentielles, la promotion de l'utilisation des services préventifs, la prise en charge des pathologies les plus courantes et les plus létales pour l'enfant) ; (ii) une présence plus fréquente et plus effective du personnel de santé au sein des communautés dans le cadre d'activités avancées et mobiles visant à la fois la fourniture de services essentiels de santé maternelle et infantile et la supervision des ASC ;
- le renforcement et l'augmentation des structures offrant les soins obstétricaux et néonataux d'urgence et de prise en charge de certaines maladies chroniques (MNT) par une mise à niveau des hôpitaux de district, régionaux et les CHU (investissement limité en infrastructures, réhabilitation, équipement; moyens de transport en cas d'urgences) ;
- le recrutement du personnel soignant manquant dans les structures de premier échelon et les hôpitaux;
- la mise en place d'un système de motivation pour le personnel travaillant dans les zones rurales éloignées afin de le fidéliser au poste ;
- la mise en place d'un système de financement basé sur la performance par une allocation ciblée des ressources et une motivation conditionnée par des résultats;
- le renforcement des supervisions et de la formation continue des personnels de santé et des ASC afin de garantir une amélioration significative de la qualité des soins ;
- une disponibilité plus large du médicament générique de qualité à coût abordable et une gestion renforcée de la logistique des médicaments et fournitures essentielles ;
- la mise en place d'un système de référence fonctionnel pour faciliter la circulation du patient à l'intérieur des différents échelons de la pyramide sanitaire et permettant ainsi une réponse graduée à des pathologies de complexité variable ;

- la mise en œuvre des actions visant à réduire les coûts d'accès aux soins de santé pour les plus vulnérables et les pauvres par la gratuité de certains services, le partage des coûts, et l'appui à la pérennisation des mutuelles de santé dans les zones défavorisées ;
- la mise en place d'un système d'information sanitaire de qualité et la systématisation du monitoring ;
- le renforcement de la participation communautaire par la mise en place d'actions favorisant : (i) les dynamiques communautaires existantes afin de leur donner un rôle central dans le processus de gouvernance du système de santé décentralisé ; (ii) la participation des communautés dans le suivi de la mise en œuvre des soins de santé primaires ; (iii) les initiatives communautaires de santé.

2.1.2 Processus de planification et de programmation budgétaire

Le processus de planification et de programmation budgétaire comporte cinq étapes clés dont les deux en cours de réalisation sont :

- l'élaboration du PNDS qui fait suite à un long processus inclusif et consensuel d'analyse du secteur suivi de la formulation d'une nouvelle politique nationale. Il définit les stratégies du secteur pour la période 2012-2015 en conformité avec les orientations de la nouvelle PNS, et en cohérence avec les priorités nationales en matière de santé du DSRP II en cours d'élaboration.
- l'estimation des ressources totales nécessaires pour les trois scénarii retenus dans le cadre du présent CDMT 2012-2014 qui constitue le complément indissociable du PNDS ; ce document servirait aussi de budget programme du secteur en mettant en relation les financements mobilisés et les objectifs de résultat et d'impact attendus. Pour son élaboration, une équipe technique nationale avec l'appui des consultants (le consultant national en appui au processus IHP+, 1 expert international, spécialiste en MBB) a procédé successivement à :
 - (i) une collecte des exécutions opérées sur financements national et extérieur à travers un canevas (voir canevas en annexe) en l'absence de données récentes et fiables sur l'exécution des dépenses publiques (CNS actualisés et fiables ou revue récente de dépenses publiques de santé). Cette collecte a permis de disposer des dépenses de santé exécutées sur la période 2008-2010, tant sur le financement national que sur les ressources extérieures; ces informations collectées ont été réparties par programme du PNDS et par catégorie de dépense ;
 - (ii) l'estimation des coûts actuels de l'action sectorielle sur la base des ressources dépensées tant sur budget national que sur financement extérieur ou communautaire ;
 - (iii) l'analyse des cadrages financiers produits par l'outil MBB – qui a servi au PNDS afin de garantir le lien entre résultats escomptés et ressources additionnelles nécessaires ; trois scénarii sont proposés afin de faciliter le choix le plus optimal tenant compte des ambitions du secteur et des contraintes macro-économiques du Pays ; ceci facilitera aussi la mise en œuvre effective d'une gestion axée sur les résultats qui constituerait l'une des principales orientations de la réforme en cours de la gestion des finances publiques. il s'agissait d'analyser les projections de financement pour la période 2012-2014 tenant compte des données macro-économiques disponibles pour la période et des intentions de financements collectées au niveau des PTF.

Les prochaines étapes du processus sont :

- la finalisation et la signature d'un Compact – sur la base du CDMT – permettant une meilleure prévisibilité des financements dans le cadre des termes de la déclaration de Paris
- la traduction des cadrages financiers du CDMT en budget annuel provenant des ressources nationales et des financements extérieurs et communautaires ; pour cela, le CDMT adopté servira de budget programme du secteur fixant ainsi les ressources à mobiliser pour les deux années restantes ; par la suite, l'élaboration de la loi des finances pour sa partie sectorielle santé se fera sur la base de la tranche annuelle du CDMT.
- l'élaboration de plans opérationnels par niveau préparant la mise en œuvre du PNDS sur la base de contrats de performance comme proposé dans les mesures d'accompagnement.

2.1.3 Objectifs du Cadre des dépenses à moyen terme

Le Cadre des Dépenses à Moyen Terme (CDMT) fournit des informations sur les besoins de financement du PNDS pour la période 2012-2014.

Définissant les ressources financières nécessaires par année et par programme, le CDMT constitue un instrument important de négociation budgétaire permettant de choisir le scénario optimal tenant compte des objectifs sectoriels pour la période et des contraintes macro-économiques du pays ; il fournit un cadre de dialogue politique entre le ministère de la santé et ses partenaires autour des objectifs à atteindre et facilite la planification d'une gestion axée sur les résultats.

Ainsi, le CDMT 2012-2014 fournit une base pour la signature d'un pacte national permettant une meilleure prévisibilité de l'aide, une appropriation et une harmonisation en conformité avec la Déclaration de Paris.

2.2 SCENARIOS DE FINANCEMENT

La présentation en plusieurs scénarios permet un échange et des négociations sur la base des résultats pouvant être attendus en fonction de ressources potentiellement mobilisables. Cela permet au Gouvernement et à ses partenaires de négocier les meilleurs choix du secteur santé tenant compte : (i) des résultats potentiels, (ii) du niveau d'engagement en faveur du secteur se manifestant par le niveau de ressources qui sera mobilisé et les réformes qui seront prises pour améliorer l'efficacité de la gestion du secteur ; (iii) de la faisabilité des ambitions retenues tenant compte de la réalité du système à travers l'analyse de ses goulots d'étranglement.

Ainsi, dans un but d'améliorer le dialogue entre le Ministère de la santé et ses partenaires gouvernementaux (en particulier le Ministère de la Planification et du Développement et le Ministère des Finances) et internationaux (les PTF représentés dans le pays), trois scénarii de financement ont été développés, avec pour chaque scénario les résultats potentiels et les financements additionnels requis.

Pour disposer de ces scénarios, trois critères ont été pris en compte :

- les interventions à haut impact (IHI) qui seront mises à l'échelle pour l'atteinte des objectifs de santé ; dans ce cadre, les IHI déjà en application seront systématiquement retenues, et les autres feront l'objet de choix différenciant ainsi les scénarii ; par exemple, le traitement de la diarrhée par le SRO associé au zinc n'est pas actuellement retenu comme intervention de santé au Togo malgré son efficacité ; elle sera retenue dans le scénario moyen et maximal et non dans le minimal ;
- le niveau de couverture ciblé pour la période pour chacune des interventions retenues ;

- le nombre d'intrants applicables et prochainement mis à contribution pour réaliser les progrès substantiels vers l'atteinte des OMD ; à titre d'exemple, les primes de performance ou la subvention de l'utilisation des services par les plus pauvres pourront être mises à profit dans les scénarii moyen et maximal et non dans le scénario minimum.

Les paragraphes suivants présentent une analyse comparative de ces trois scénarii dont le deuxième (scénario moyen) est conforme aux objectifs et orientations retenus dans le PNDS tenant compte surtout de l'espace budgétaire (cadre financier restrictif du Togo) et des capacités de mise en œuvre ; alors que le premier (scénario minimum) est conforme à une planification basée sur la tendance actuelle sans accélération véritable vers l'atteinte des OMD.

2.2.1 Scénarios d'évolution des résultats d'effets et d'impact

2.2.1.1 Scénario d'évolution des résultats d'effet

La mise en œuvre du CDMT conformément aux différentes simulations permettra d'atteindre, d'ici fin 2014 les résultats de couverture des interventions essentielles par scénario comme ci-après :

Tableaux des résultats d'effets par scénario

▪ Résultats d'effets liés à la lutte contre la mortalité maternelle et néonatale

Indicateurs	Données de Base	Scénario Minimal	Scénario Moyen	Scénario Maximal
Nouveau-né allaités au sein dans l'heure qui suit la naissance	61,1%	61,6%	64,9%	71,6%
% des femmes en âge de reproduction utilisant actuellement une méthode de contraception	27,9%	40,3%	52,0%	58,0%
% des femmes enceintes ayant accomplies 4 visites CPN incluant le test des urines	29,0%	41,8%	52,3%	56,0%
% des femmes enceintes anémiques recevant le supplément de fer	0,0%	17,3%	18,2%	20,9%
% des accouchements faits par personnel qualifié	60,1%	64,1%	66,4%	80,7%
% des femmes enceintes avec risque de prématurité traitées aux stéroïdes anténatales par un agent de Santé formé	5,0%	26,0%	29,6%	36,5%

▪ Résultats d'effets liés à la lutte contre la mortalité infantile et infanto-juvénile

Indicateurs	Données de Base	Scénario Minimal	Scénario Moyen	Scénario Maximal
% des enfants de < 5 ans ayant dormi sous MID la nuit dernière	55,8%	70,8%	75,4%	84,0%
Enfants de 0 à 5 mois allaités exclusivement au sein	62,5%	71,1%	71,9%	79,6%
% enfants 6 - 9 mois recevant l'alimentation complémentaire et continuant le lait maternel	43,2%	66,2%	67,1%	74,8%
% enfants avec diarrhée traitée avec SRO PLUS Zinc	1,6%	12,5%	13,2%	15,1%
% des enfants respirant difficilement sans soins cliniques mais plutôt traités aux antibiotiques à domicile	10,3%	13,9%	30,3%	37,8%
% des enfants de 12-23 mois ayant reçu la vaccination contre la Rougeole	63,8%	69,2%	69,2%	79,7%
% des enfants de 12-23 mois ayant reçu la vaccination BCG	90,7%	90,7%	93,9%	96,2%
% des enfants de 12-23 mois ayant reçu la vaccination OPV	65,2%	69,9%	72,5%	78,3%
% des enfants de 12-23 mois ayant reçu la vaccination Pentavalent	71,4%	71,4%	85,4%	90,6%

% des enfants avec une malnutrition aigüe recevant les aliments thérapeutiques	17,6%	22,5%	23,4%	30,7%
% des cas de diarrhée traités au Zinc par un agent de Santé forme	3,2%	18,5%	22,9%	34,7%
% des enfants avec Paludisme recevant traités par ACT par un agent de Santé forme	75,0%	75,0%	75,0%	93,0%

▪ **Résultats d'effets liés à la lutte contre le paludisme, le VIH/Sida, la tuberculose et les autres maladies transmissibles y compris les maladies tropicales négligées**

Indicateurs	Données de Base	Scénario Minimal	Scénario Moyen	Scénario Maximal
% de femmes enceintes dormant sous MILDA	45,80%	51,20%	71,45%	75,20%
% des ménages des zones ciblées ayant bénéficié de pulvérisation intra domiciliaire d'insecticide	0,00%	25,50%	60%	65,25%
% de femmes enceintes ayant reçu 2 doses de TPI pendant la grossesse	64,70%	69,43%	76,18%	79,93%
% de femmes enceintes séropositives recevant un régime complet prophylactique d'ARV pour réduire la TME du VIH	52,20%	60,30%	80,55%	82,80%
% de cas de paludisme grave et correctement pris en charge	4,40%	36,90%	68,60%	70,10%
% des femmes enceintes séropositives recevant de la chimio prophylaxie au Cotrimoxazole	4,80%	22,35%	31,95%	43,20%
% des femmes enceintes éligibles recevant des ARV	17,00%	37,03%	64,50%	69,65%
% de cas de TB détectés et traités sous DOTS	39,00%	52,28%	62,25%	77,30%
% de malades de TB TPM+ dépistés traités et guéris chaque année	81,00%	81%	84%	90,15%

▪ **Résultats d'effets liés à la lutte contre les maladies non Transmissibles**

Indicateurs	Données de Base	Scénario Minimal	Scénario Moyen	Scénario Maximal
% de personnes de 15 à 64 ans consommant quotidiennement les 5 portions de fruits et légumes	5,1%	4,1%	6,1%	7,1%
% d'adultes pratiquant une activité physique modérée à intense	87,0%	86,0%	88,0%	89,0%
% de porteurs d'HTA suivis médicalement	9,3%	7,3%	15,0%	18,0%
% de diabétiques détectés et suivis médicalement	57,2%	55,2%	63,2%	65,2%
% de structures de santé primaires offrant le paquet essentiel d'interventions pour la prise en charge intégrées des MNT	0,0%	0,0%	20,0%	30,0%
% de personnes vivant avec un handicap prise en charge en réadaptation physique	ND	<1%	2,0%	5,0%
% de femmes âgées de 30 à 49 ans ayant fait au moins une fois le dépistage du cancer du col		<1%	5,0%	10,0%
% de femmes âgées de 40 à 60 ans ayant fait au moins une fois le dépistage du cancer du sein par mammographies		<1%	5,0%	10,0%

2.2.1.2 Scénarios d'évolution des résultats d'impact

Pour ce qui est des résultats attendus, le tableau ci-dessous montre l'évolution des résultats d'impact par scénario ;

Tableau 2.1: Evolution des indicateurs d'impact par scénario

Indicateurs	Unité	Baseline	Scénario minimal	Scénario moyen	Scénario maximal
Mortalité infanto-juvénile	p1000	123,00	94,5	84,0	69,75
Mortalité infantile	p1000	78,00	61,97	54,20	45,14
Mortalité néonatale	p1000	39,00	33,57	28,54	23,99
Mortalité maternelle	p100.000	350,00	301	268	224

Tenant compte des données actuelles du pays et de l'analyse des goulots d'étranglement du système de santé, la mise en œuvre du CDMT conformément au scénario maximal permettrait au pays d'atteindre l'OMD 4 et d'approcher l'OMD 5 en 2015.

Les résultats conformément au second scénario (moyen), en cohérence avec les orientations du PNDS permettront de réaliser des progrès substantiels vers l'atteinte des OMD de 2015 ; cependant, les OMD notamment 4 & 5 ne seront atteints qu'en 2018.

Pour ce qui est du scénario minimal, la mise en œuvre du CDMT permettraient d'atteindre les OMD 4 et 5 au mieux en 2025.

Les deux graphes ci-dessous donnent une simulation de l'évolution des mortalités maternelle et infanto-juvénile en fonction du scénario maximal (SC3), moyen (SC2) et minimal (SC1).

Figure 2.1 : Evolution de la mortalité infanto-juvénile par scénario

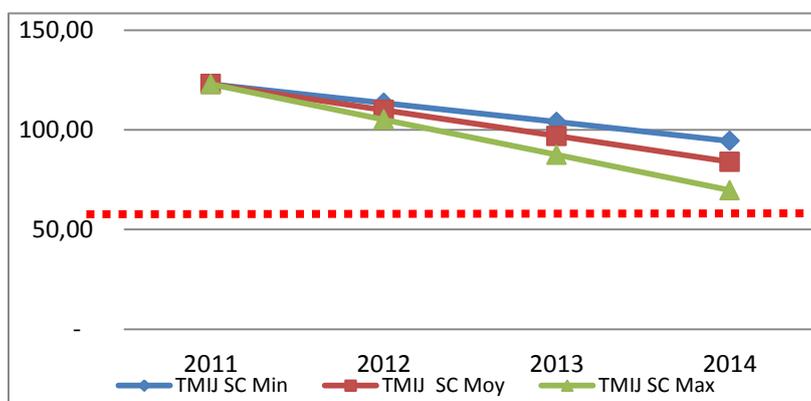
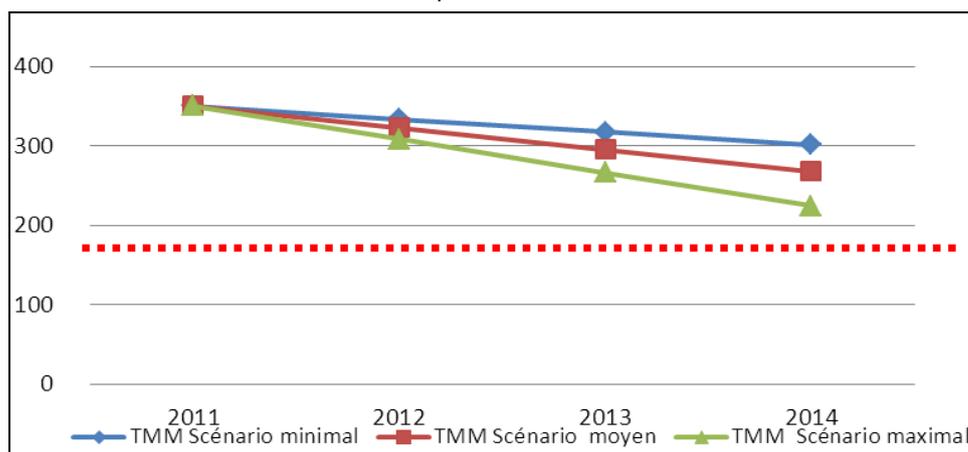


Figure 2.2 : Evolution de la mortalité maternelle par scénario



Les résultats de l'application MBB et de l'analyse de la situation permettent d'affirmer que seul l'OMD 4 est en mesure d'être atteint et seulement pour le scénario maximal. Pour, les autres OMD, des efforts supplémentaires doivent être fournis afin de les améliorer d'ici 2015 ou même au-delà.

2.2.2 Scénarios d'évolution du financement

Les ressources financières additionnelles et totales requises pour l'atteinte de ces résultats d'effet et d'impact pour chacun des scénarios se présentent comme ci-après :

2.2.2.1 Scénario maximal

▪ Coûts additionnels par programme

Pour atteindre ces résultats, il sera nécessaire de mobiliser les ressources additionnelles ci-dessous.

Tableau 2.2: Evolution des ressources additionnelles (en millions de FCFA) en fonction des programmes du PNDS et par an pour le scénario maximal

Programmes du Plan National de Santé	2012	2013	2014	Total	%
P1 : Lutte contre la mortalité maternelle et néonatale	934,83	1 563,39	2 191,95	4 690,16	3,6%
P2 : Lutte contre la mortalité infanto-juvénile	3 175,16	6 180,28	9 185,40	18 540,84	14,1%
P3 : lutte contre le paludisme, le VIH/SIDA, la tuberculose et les autres maladies transmissibles (maladies tropicales négligées et à potentiel épidémique)	4 583,54	5 378,79	6 174,04	16 136,36	12,3%
P4 : Contrôle des maladies non transmissibles	1 039,19	1 558,79	1 558,79	4 156,78	3,2%
P5 : Renforcement du système de santé et du système communautaire	21 564,43	29 257,98	37 082,71	87 905,12	66,9%
Total	31 297,14	43 939,22	56 192,89	131 429,26	

Ces coûts additionnels serviront, pour plus de la moitié, au renforcement du système de santé en termes de construction, de réhabilitation, d'équipement des formations sanitaires à tous les niveaux de la pyramide sanitaire, au renforcement des capacités, d'organisation des services et de supervision.

Pour le programme1 – lutte contre la mortalité maternelle et néonatale – les couts additionnels seront orientés vers la mise à l'échelle nationale des interventions à haut impact en particulier les interventions relatives au renforcement de la prévalence contraceptive,

l'amélioration de la santé de la reproduction des adolescents et des jeunes, au suivi de la grossesse et à la prise en charge des accouchements normaux et pathologiques qui connaissent aujourd'hui une couverture assez limitée ; l'amélioration de la qualité, l'acquisition d'intrants essentiels et de leur supervision.

Concernant les autres programmes, l'augmentation de la couverture sera aussi progressive, plus prononcée pour le programme 2 (lutte contre la mortalité infanto-juvénile) qui nécessitera des fonds importants en liaison avec l'importance de la population cible et le nombre d'interventions concernées.

- **Coûts additionnels par mode de prestation**

Tableau 2.3 : Financements additionnels nécessaires à l'atteinte des résultats du scénario maximal par mode de prestation et par an (en millions de FCFA)

Modes de prestation des services	2012	2013	2014	Total
Services à base communautaire et familiale	12 774,60	18 395,14	23 794,74	54 964,48
Service orientés vers les populations	4 053,18	6 619,90	9 167,70	19 840,78
Soins cliniques Individuels	13 553,18	17 311,35	20 941,47	51 806,00
District, regional and national governance and management	916,19	1 612,84	2 288,97	4 817,99
Total	31 297,14	43 939,22	56 192,89	131 429,26

Le passage à l'échelle de la plupart des interventions à haut impact nécessitera la généralisation des activités de promotion de la santé et de prise en charge des maladies de la mère et de l'enfant au niveau communautaire, d'où une augmentation progressive durant les 3 premières années des financements nécessaires au niveau familial et communautaire.

Pour le mode orienté vers les populations, avec des couvertures préventives assez élevées, le financement additionnel serait de l'ordre de 19 milliards pour les 3 premières années permettant une rationalisation des soins en stratégies fixes et avancées, et l'acquisition croissante des intrants promotionnels nécessaires à la couverture des besoins nationaux.

Enfin, pour le mode de soins cliniques, les trois premières années serviront aux gros investissements indispensables pour la relance effective du système de santé à côté des coûts de fonctionnement croissants qui expliquent en partie la progressivité de l'augmentation.

- **Financement total par programme pour le scénario maximal**

La dépense moyenne annuelle actuelle (sur la période 2008-2010) a été rajoutée aux coûts additionnels requis pour couvrir les besoins financiers pour ce scénario maximum. Ces coûts de base obtenus sont estimés en moyenne à 55 milliards par an.

Le tableau 2.4 suivant présente les ressources totales nécessaires à l'atteinte des objectifs des OMD en 2015.

Tableau 2.4 : Ressources totales nécessaires à l'atteinte des objectifs des OMD en 2015 (en millions de FCFA)

Programmes du Plan National de Santé	Coûts de Base	2012	2013	2014	Total	%
P1 : Lutte contre la mortalité maternelle et néonatale	3 727,96	4 662,78	5 291,34	5 919,90	15 874,03	5,3%
P2 : Lutte contre la mortalité infanto-juvénile	4 172,05	7 347,21	10 352,33	13 357,45	31 056,99	10,4%
P3 : lutte contre le paludisme, le VIH/SIDA, la tuberculose et les autres maladies transmissibles	4 552,88	9 136,42	9 931,66	10 726,91	29 794,99	10,0%
P4 : Contrôle des maladies non transmissibles	609,39	1 648,59	2 168,19	2 168,19	5 984,96	2,0%
P5 : Renforcement du système de santé et du système communautaire	42 907,97	64 472,39	72 165,94	79 990,68	216 629,02	72,4%
Total	55 970,24	87 267,39	99 909,47	112 163,13	299 339,99	
Coût par habitant (FCFA)		14 797,51	16 564,14	18 184,96		

Le financement de ce scénario et la mise en œuvre des stratégies impliquent une dépense publique par habitant de l'ordre 18 000 FCFA soit \$36 en 2014, ce qui représente plus du double de la dépense publique actuelle estimée 8 315 FCFA.

Cet effort financier est supérieur au montant recommandé par l'OMS (35\$ par tête d'habitant).

2.2.2.2 Scénario moyen

▪ Coûts additionnels par programme

Pour atteindre ces résultats, il sera nécessaire de mobiliser les ressources additionnelles ci-après.

Tableau 2.5 : Evolution des ressources additionnelles nécessaires (en millions de FCFA) en fonction des programmes et par an pour le scénario moyen

Programmes du Plan National de Santé	2012	2013	2014	Total	%
P1 : Lutte contre la mortalité maternelle et néonatale	537,76	910,41	1 283,07	2 731,24	3,5%
P2 : Lutte contre la mortalité infanto-juvénile	2 719,12	5 243,57	7 768,03	15 730,72	20,2%
P3 : lutte contre le paludisme, le VIH/SIDA, la tuberculose et les autres maladies transmissibles	2 638,96	2 930,23	3 221,50	8 790,68	11,3%
P4 : Contrôle des maladies non transmissibles	692,80	1 039,19	1 039,19	2 771,18	3,6%
P5 : Renforcement du système de santé et du système communautaire	10 932,22	15 948,45	21 066,00	47 946,67	61,5%
Total	17 520,84	26 071,86	34 377,79	77 970,49	

Pour le scénario moyen, les coûts additionnels seront orientés vers les services de santé de proximité et le renforcement de la santé communautaire. Ces coûts ont été calculés en incluant des investissements associés à la revitalisation du système existant et comprenant entre autres : (i) le renforcement des soins au niveau familial et communautaire ; (ii) un investissement limité en infrastructures (constructions, équipements, réhabilitation de structures de santé surtout de premier échelon) ; (iii) une disponibilité plus large du médicament générique de qualité à coût abordable avec une gestion renforcée de la logistique des médicaments et fournitures essentielles ; (iv) le développement des ressources humaines (recrutement du personnel soignant manquant surtout dans les USP et les hôpitaux de district ; incitants pour le personnel travaillant en zone rurale éloignée, formation du personnel de santé et des agents de santé communautaires à la mise en œuvre du paquet de soins intégrés) ; (v) l'amélioration de la qualité des interventions à haut impact sur la santé maternelle et infanto-juvénile; (vi) la mise en place d'un système de

rémunération basé sur la performance ; (vii) la mise en œuvre des actions visant à réduire les coûts d'accès aux soins de santé pour les plus vulnérables et les pauvres ; (viii) le renforcement du partenariat communautaire.

▪ **Coûts additionnels par mode de prestation**

Tableau 2.6 : Financements additionnels (en millions de FCFA) nécessaires à l'atteinte des résultats du scénario moyen par mode de prestation et par an

Modes de prestation des services	2012	2013	2014	Total
Services à base communautaire et familiale	10 281,34	14 747,70	19 019,89	44 048,93
Service orientés vers les populations	3 069,43	5 006,01	6 922,18	14 997,62
Soins cliniques Individuels	3 583,26	5 285,65	6 972,40	15 841,31
District, regional and national governance and management	586,81	1 032,50	1 463,32	3 082,63
Total	17 520,84	26 071,86	34 377,79	77 970,49

Comme pour le scénario maximal, le scénario moyen concrétise le renforcement de l'approche communautaire à travers l'offre équitable d'un paquet de services qui permettra aux populations les plus démunies et les plus éloignées des structures sanitaires, d'avoir accès aux soins préventifs et curatifs essentiels, d'où l'importance du financement additionnel au niveau « familial et communautaire ».

▪ **Financement total par programme pour le scénario moyen**

Le tableau 2.7 suivant présente les ressources totales nécessaires à l'atteinte des objectifs du PNDS.

Tableau 2.7 : Ressources totales nécessaires à l'atteinte des objectifs du PNDS (en millions de FCFA)

Programmes du Plan National de Santé	Coûts de Base	2012	2013	2014	Total	%
P1 : Lutte contre la mortalité maternelle et néonatale	3 727,96	4 265,71	4 638,37	5 011,03	13 915,11	5,7%
P2 : Lutte contre la mortalité infanto-juvénile	4 172,05	6 891,16	9 415,62	11 940,08	28 246,87	11,5%
P3 : lutte contre le paludisme, le VIH/SIDA, la tuberculose et les autres maladies transmissibles	4 552,88	7 191,83	7 483,10	7 774,37	22 449,30	9,1%
P4 : Contrôle des maladies non transmissibles	609,39	1 302,19	1 648,59	1 648,59	4 599,37	1,9%
P5 : Renforcement du système de santé et du système communautaire	42 907,97	53 840,19	58 856,42	63 973,97	176 670,57	71,9%
Total	55 970,24	73 491,09	82 042,10	90 348,03	245 881,22	100,0%
Coût par habitant (FCFA)		12 461,53	13 601,88	14 648,08		

Comme pour le scénario maximum, le programme 5 (renforcement du système de santé et du système communautaire) occupera la plus grande part du financement suivi du programme 2 (Lutte contre la mortalité infanto-juvénile).

Le renforcement du système de santé représente 71,9 % du financement global sur les trois premières années et servira en priorité à renforcer les principaux domaines d'appui notamment : (i) investissement limité en infrastructures, réhabilitation, équipement pour une mise à niveau des formations sanitaires ; moyens de transport, etc., (ii) au développement des ressources humaines pour la santé; (iii) à l'acquisition et distribution de médicaments, vaccins et fournitures essentielles en relation avec les populations cibles y compris la gratuité de certains intrants essentiels.

Pour le programme de lutte contre la mortalité infanto juvénile, Il s'agit des coûts spécifiques relatifs à la mise à l'échelle équitable de paquets d'interventions de santé infantile à haut impact. L'accent sera mis sur la promotion au niveau familial et communautaire des pratiques familiales essentielles et la PCIME communautaire pour rapprocher l'offre de soins et faciliter l'accès financier à la prise en charge des maladies les plus létales; le financement servira aussi au renforcement des soins préventifs (comme le PEV, la supplémentation périodique en micronutriments, la fortification et conseils nutritionnels, le déparasitage systématique périodique des enfants de 0 à 5 ans) et au renforcement de la prestation de soins curatifs pour la survie de l'enfant (comme la PCIME clinique).

Le financement proposé pour le programme de lutte contre la mortalité maternelle et néonatale servira en priorité à la mise à échelle des interventions axées sur le suivi de la grossesse, l'amélioration de la prise en charge des accouchements normaux et accouchements dystociques qui connaissent aujourd'hui une couverture limitée, la prévention et la prise en charge des causes de mortalité néonatales (asphyxie, prématurité, etc.).

Quant au programme de lutte contre le paludisme, le VIH/Sida, la tuberculose et les autres maladies transmissibles (maladies tropicales négligées et à potentiel épidémique), l'accent sera donnée à la mise en œuvre des actions de prévention et de prise en charge ainsi que l'achat des intrants essentiels.

Enfin, pour le programme de prévention et maîtrise des maladies non transmissibles, le budget cible l'opérationnalisation progressive du plan de lutte intégrée en cours d'élaboration. Il s'agit des coûts spécifiques aux interventions axées prioritairement sur la prévention primaire et l'accès au traitement en particulier du diabète, de l'hypertension artérielle, de l'insuffisance rénale, du cancer et de la drépanocytose.

Les dépenses publiques de santé par habitant et par an passeront de 12 451 FCFA en 2012 à 14 648 FCFA en 2014 contre 8 315 FCFA actuellement.

2.2.2.3 Scénario minimal

Tenant compte des données actuelles du pays et de l'analyse des goulots d'étranglement du système de santé, la mise en œuvre du CDMT conformément au scénario minimal nécessitera les ressources ci-dessous.

▪ **Coûts additionnels par programme**

Le tableau ci-dessous présente les financements additionnels nécessaires à l'atteinte des résultats du scénario minimal

Tableau 2.8 : Evolution des ressources additionnelles nécessaires (en millions de FCFA) en fonction des programmes et par an pour le scénario minimal

Programmes du Plan National de Santé	2012	2013	2014	Total	%
P1 : Lutte contre la mortalité maternelle et néonatale	332,28	578,65	825,02	1 735,95	5,5%
P2 : Lutte contre la mortalité infanto-juvénile	524,26	861,12	1 197,99	2 583,37	8,2%
P3 : lutte contre le paludisme, le VIH/SIDA, la tuberculose et les autres maladies transmissibles	2 074,52	2 254,57	2 434,62	6 763,71	21,5%
P4 : Contrôle des maladies non transmissibles	346,40	519,60	519,60	1 385,59	4,4%
P5 : Renforcement du système de santé et du système communautaire	4 906,03	6 305,92	7 705,81	18 917,77	60,3%
Total	8 183,49	10 519,86	12 683,03	31 386,39	
Coût par habitant (FCFA)		10 878,24	11 023,50	11 130,72	

La tendance actuelle étant maintenue, la structure de répartition des coûts additionnels par programme du PNDS rappelle celle de la dépense moyenne sur la période 2008-2010.

▪ **Coûts additionnels par mode de prestation**

Tableau 2.9 : Ressources additionnelles (en millions de FCFA) nécessaires à l'atteinte des résultats du scénario minimal par mode de prestation et par an

Modes de prestation des services	2012	2013	2014	Total
Services à base communautaire et familiale	5 518,31	6 084,46	6 551,55	18 154,31
Service orientés vers les populations	1 784,20	2 912,63	3 992,42	8 689,25
Soins cliniques Individuels	390,31	655,14	909,01	1 954,46
District, regional and national governance and management	490,67	867,64	1 230,06	2 588,37
Total	8 183,49	10 519,86	12 683,03	31 386,39

Le scénario concrétise la tendance actuelle, sans développement spécifique d'approche communautaire, d'où les niveaux relativement bas de financement additionnel au niveau « familial et communautaire ».

Par ailleurs, pour les autres modes de prestation de service, les besoins financiers restent assez limités et correspondent à une extension très lente de la couverture sanitaire et de l'accessibilité géographique.

▪ **Financement total par programme pour le scénario minimal**

Sur la période du CDMT, les ressources totales nécessaires par programme et par an pour le scénario minimal se présentent comme ci-après:

Tableau 2.10 : Evolution des ressources totales nécessaires (en millions de FCFA) par programme et par an pour le scénario minimal

Programmes du Plan National de Santé	Coûts de Base	2012	2013	2014	Total	%
P1 : Lutte contre la mortalité maternelle et néonatale	3 727,96	4 060,24	4 306,61	4 552,97	12 919,82	6,5%
P2 : Lutte contre la mortalité infanto-juvénile	4 172,05	4 696,31	5 033,17	5 370,04	15 099,51	7,6%
P3 : lutte contre le paludisme, le VIH/SIDA, la tuberculose et les autres maladies transmissibles	4 552,88	6 627,40	6 807,44	6 987,49	20 422,33	10,2%
P4 : Contrôle des maladies non transmissibles	609,39	955,79	1 128,99	1 128,99	3 213,78	1,6%
P5 : Renforcement du système de santé et du système communautaire	42 907,97	47 814,00	49 213,89	50 613,78	147 641,67	74,1%
Total	55 970,24	64 153,74	66 490,11	68 653,28	199 297,12	
Coût par habitant (FCFA)		10 878,24	11 023,50	11 130,72		

2.2.2.4 Synthèse des scénarios du financement

Le tableau ci-dessous présente le coût total du PNDS sur la période du CDMT selon les trois scénarii : le scénario maximal fait ressortir les besoins de financement nécessaires à l'atteinte des OMD d'ici 2015, le scénario moyen dans la perspective de ressources additionnelles pour la réalisation des progrès substantiels vers l'atteinte des objectifs de santé en 2015, ainsi que le scénario minimum qui fait ressortir les besoins en ressources financières nécessaires à la préservation des résultats obtenus donc le maintien des acquis en matière de santé.

Tableau 2.11 : Ressources totales nécessaires (en millions de FCFA) pour les 3 années 2012-2014 par programme et par scénario

Programmes du Plan National de Santé	Scénario Maximal	Scénario Moyen	Scénario Minimal
P1 : Lutte contre la mortalité maternelle et néonatale	15 874,03	13 915,11	12 919,82
P2 : Lutte contre la mortalité infanto-juvénile	31 056,99	28 246,87	15 099,51
P3 : lutte contre le paludisme, le VIH/SIDA, la tuberculose et les autres maladies transmissibles	29 794,99	22 449,30	20 422,33
P4 : Contrôle des maladies non transmissibles	5 984,96	4 599,37	3 213,78
P5 : Renforcement du système de santé et du système communautaire	216 629,02	176 670,57	147 641,67
Total	299 339,99	245 881,22	199 297,12

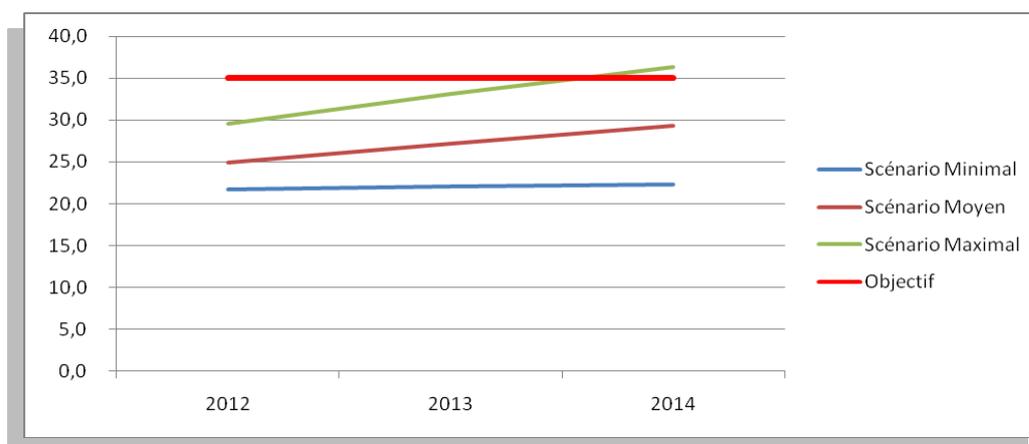
Le scénario moyen est en cohérence avec les cibles du PNDS et prend en compte certaines réformes essentielles liées (i) au développement des ressources humaines (ex : primes de performance), (ii) à la gestion des médicaments et consommables et (iii) à la gestion des ressources financières sur la base de contrats de performance par niveau. Au sein de ce

scénario, il est prévu l'introduction de nouvelles interventions (ex : utilisation du zinc dans la prise en charge de la diarrhée chez les enfants de moins de 5 ans ou l'introduction de nouveaux vaccins contre le pneumocoque et le rotavirus), alors que le scénario minimal ne prévoit ni réforme, ni nouvelles interventions. Le scénario maximal prend en compte les efforts supplémentaires à réaliser pour atteindre les OMD d'ici 2015.

Globalement durant la période et quel que soit le scénario choisi, le programme renforcement du système de santé occupera la plus grande part de ce financement suivi du programme 2 (lutte contre la mortalité infanto-juvénile).

Le ratio de ressources nécessaires par habitant se situe, pour les scénarii minimum et moyen, en deçà des 35 dollars US recommandés par la Commission macroéconomie et Santé de l'OMS sur le financement de la santé. Ce niveau est atteint dans le scénario maximal qui nécessite d'importants efforts pour l'atteinte des OMD.

Figure 2.3 : Coût par habitant et par scénario en dollar US



2.3 PLAN DE FINANCEMENT

Pour disposer des ressources totales nécessaires, il s'est agi d'estimer les coûts actuels – effectivement exécutés – de l'action sectorielle qui ont été additionnés aux montants estimés dans les paragraphes relatifs aux scénarii de financement. La méthode d'estimation et les sources utilisées pour disposer de ce coût actuel ont été développées dans la partie introductive.

2.3.1 Financement par source potentielle de financement

Le financement mobilisable au cours des trois prochaines années dans le cadre de la programmation du Ministère de la santé concernera trois sources essentielles (le budget de l'Etat, les apports des PTF, et le recouvrement des coûts dans les formations sanitaires). Il se présente par scénario comme ci-après :

▪ **Scénario Maximal**

Le tableau 2.12 suivant présente l'évolution des ressources totales nécessaires par source potentielle pour le scénario maximal.

Tableau 2.12 : Projections des ressources totales attendues (en millions de FCFA) par an et par source de financement pour le scénario maximal

Sources de financement	Coût de Base	2012	2013	2014	Total	%
Budget de l'Etat	27 121,35	41 542,08	47 567,49	53 413,52	142 523,09	47,61%
Partenaires	19 001,67	35 398,45	41 812,63	48 024,55	125 235,63	41,84%
Recettes des formations sanitaires	9 847,22	10 326,86	10 529,35	10 725,06	31 581,27	10,55%
Total	55 970,24	87 267,39	99 909,47	112 163,13	299 339,99	

Pour le scénario maximal, le financement requis pour le CDMT est estimé à 299,3 milliards de FCFA. L'Etat en premier lieu contribue à hauteur de 47,6%, ensuite les partenaires à 41,8% et enfin les recettes dans les formations sanitaires à 10,5%. La réalisation de ce scénario nécessite un effort important de mobilisation de ressources additionnelles de l'ensemble des acteurs (Etat, PTF et ménages) et une croissance économique plus soutenue.

▪ **Scénario moyen**

Le tableau 2.13 suivant présente l'évolution des ressources totales nécessaires par source potentielle pour le scénario moyen

Tableau 2.13 : Projections des ressources totales attendues (en millions de FCFA) par an et par source de financement pour le scénario moyen

Sources de financement	Coût de Base	2012	2013	2014	Total	%
Budget de l'Etat	27 121,35	35 190,12	39 223,48	43 144,00	117 557,61	47,8%
Partenaires	19 001,67	27 972,42	32 267,57	36 438,30	96 678,28	39,3%
Recettes des formations sanitaires	9 847,22	10 328,54	10 551,05	10 765,73	31 645,32	12,9%
Total	55 970,24	73 491,09	82 042,10	90 348,03	245 881,22	

La réalisation du scénario moyen nécessite un financement à hauteur de 245,8 milliards FCFA réparti entre l'Etat togolais, soit 47,8%, suivi des partenaires avec 39,3% et enfin le recouvrement des coûts dans les formations sanitaires, soit 13,0%.

Avec ce scénario, le budget de l'Etat représentera un peu moins du double en 2014. Il permettra d'atteindre environ 9,5% du budget de l'Etat alloué à la santé en 2015. Dans ce cas, le gap vis-à-vis de l'objectif de 15% (engagement d'Abuja, 2001) ne sera plus que 5,5% en 2015.

Les recettes des formations sanitaires représentent actuellement 18% du financement des dépenses de santé dans le secteur public. Il y a lieu de noter que le PNDS prévoit une baisse significative de la participation des ménages aux coûts des soins. Pour maintenir, le rythme de croissance du recouvrement des coûts, cette baisse sera compensée par l'accroissement des ressources provenant des systèmes de mutualisation du risque maladie comme l'assurance-maladie universelle et les mutuelles de santé, de l'augmentation de l'utilisation des services (objectif du PNDS), et de l'amélioration de la gestion des fonds dans les formations sanitaires.

Compte tenu de l'importance des défis à relever et sur la base des résultats attendus de la réalisation d'un tel scénario (hypothèse optimiste), il sera fondamental que l'ensemble des acteurs de la santé, Gouvernement, Partenaire techniques et financiers et société civile puissent s'entendre sur la mobilisation de ressources additionnelles afin de créer l'espace budgétaire nécessaire à sa mise en œuvre.

▪ **Scénario minimal**

Le tableau 2.14 suivant présente l'évolution des ressources totales nécessaires par source potentielle pour le scénario minimal.

Tableau 2.14 : Projections des ressources totales attendues (en millions de FCFA) par an et par source de financement pour le scénario minimal

Sources de financement	Coût de Base	2012	2013	2014	Total	%
Budget de l'Etat	27 121,35	30 846,64	32 174,04	33 417,96	96 438,64	48,39%
Partenaires	19 001,67	23 158,90	24 107,18	24 971,66	72 237,74	36,25%
Recettes des formations sanitaires	9 847,22	10 148,19	10 208,89	10 263,65	30 620,73	15,36%
Total	55 970,24	64 153,74	66 490,11	68 653,28	199 297,12	

Le scénario minimal est basé sur le fait que l'Etat maintient ses allocations au secteur à 6,0% de son budget sur toute la période du plan et les PTF maintiennent également leur appui au niveau actuel. Dans ce scénario du financement catastrophique, les dépenses totales de santé atteindraient 199,2 milliards FCFA répartis entre l'Etat togolais avec une contribution de 48,3%, suivi des partenaires, 36,2% et le recouvrement de coûts avec une contribution de 15,3%.

2.3.2 Indication du déficit financier¹⁴ et du choix de scénario de financement

2.3.2.1 Gap de financement par scénario

Les projections effectuées sur la période du CDMT permettent d'estimer le financement probablement disponible sur la période.

Les financements disponibles sont constitués :

- (i) de la dotation du ministère de la santé inscrite au budget général pour 2012 et des prévisions de budget faites sur la base d'une progression annuelle de 8,4%
- (ii) du financement extérieur estimé à 12,7milliards en 2012 et des prévisions de financement des PTF sur la base d'une progression annuelle de 24,6% ;
- (iii) des prévisions de recettes des formations sanitaires de 2010 auxquelles s'ajoute progression moyenne annuelle de 13%.

Le gap de financement est obtenu en faisant la différence entre le budget total du CDMT par scénario et le financement actuel estimé. Ce gap est présenté par scénario et par année dans les tableaux ci-après :

¹⁴ Cette section sera affinée avec l'élaboration attendue du cadrage macroéconomique dans le cadre du DSRP II en cours et les annonces de financements du PNDS pour 2012 faites par les Partenaires Techniques et Financiers.

- **Scénario maximal**

Tableau 2.15 : Gap de financement du PNDS (en millions de FCFA) par années pour le scénario maximal

	2012	2013	2014
Budget Total CDMT	87 267,39	99 909,47	112 163,13
Financements disponibles	53 138,17	60 309,97	68 673,16
GAP de financement	34 129,22	39 599,50	43 489,97

Pour atteindre les OMD, un financement additionnel devra être mobilisé pour 2012 (34,1 milliards), 2013 (39,5 milliards) et pour 2014 (43,4 milliards).

- **Scénario moyen**

Tableau 2.16 : Gap de financement du PNDS (en millions de FCFA) par années pour le scénario moyen

	2012	2013	2014
Budget Total CDMT	73 491,09	82 042,10	90 348,03
Financements disponibles	53 138,17	60 309,97	68 673,16
GAP de financement	18 547,78	23 003,68	29 771,30

Pour atteindre les résultats du PNDS, un financement additionnel devra être mobilisé pour 2012 (environ 18,5 milliards), 2013 (23 milliards) et pour 2014 (29,7 milliards).

- **Scénario Minimal**

Tableau 2.17 : Gap de financement du PNDS (en millions de FCFA) par années pour le scénario minimal

	2012	2013	2014
Budget Total CDMT	64 153,74	66 490,11	68 653,28
Financements disponibles	53 138,17	60 309,97	68 673,16
GAP de financement	11 015,57	6 180,14	-19,88

Pour le scénario catastrophique, il faudrait tout de même pour atteindre les résultats à minima, un financement additionnel d'environ 11 milliards pour 2012 et 6 milliards pour 2013.

2.3.2.2 Indication sur le choix du scénario du financement du PNDS

Le tableau ci-dessous présente les gaps de financement du PNDS couvrant la période de 2012 à 2014 selon les trois scénarii : le scénario maximal visant l'atteinte des OMD d'ici 2015, le scénario moyen dans la perspective de la réalisation des progrès substantiels vers l'atteinte des objectifs de santé en 2015, ainsi que le scénario minimal qui correspond à un maintien des acquis en matière de santé.

Tableau 2.18 : Gap de financement du PNDS (en millions de FCFA) pour la période 2012-2014

	Maximal	Moyen	Minimal
Budget Total CDMT	299 339,99	245 881,22	199 297,13
Financements disponibles	182 121,30	182 121,30	182 121,30
GAP de financement	117 218,69	63 759,92	17 175,83

Comme on peut le noter, les deux premiers scénarios (maximal et moyen) s'inscrivent dans la logique de l'accélération de l'atteinte des OMD.

Aussi, selon le tableau 2.18, pour atteindre les OMD d'ici 2015 (scénario maximal), le gap de financement sur la période du CDMT qu'il est nécessaire de combler est estimé à 117,2 milliards FCFA contre 63,7 milliards FCFA pour le scénario moyen. Ce scénario correspond au financement des objectifs/cibles intermédiaires retenus dans le PNDS tenant compte des contraintes de financement en raison de la situation macroéconomique fragile du Togo et

des possibilités de ressources additionnelles potentiellement mobilisables dans le contexte économique international particulièrement défavorable.

Il ressort de tout ce qui précède que le scénario moyen reste l'option de financement souhaité du PNDS 2012-2015. Toutefois, cette option de financement devra être validée conjointement avec les partenaires techniques et financiers dans le respect des principes (redevabilité et alignement) de la déclaration de Paris.

CHAPITRE 3: COORDINATION ET SUIVI-EVALUATION DU CDMT

3.1 COORDINATION

La coordination de la mise en œuvre du CDMT est assurée par le secrétariat général du Ministère de la santé (ou la Direction générale de la santé en attendant la mise en place d'un nouvel organigramme prévu dans le cadre de la réforme en cours) avec l'appui des directions concernées, plus particulièrement la Direction en charge de la Planification et de la Programmation et celle en charge du Budget. A cet effet, les capacités gestionnaire et budgétaire seront renforcées afin d'assurer une planification et un suivi-évaluation efficient à tous les niveaux.

Pour que le processus de planification et de budgétisation permette d'atteindre l'impact espéré, il est important que le PNDS et le CDMT soient la référence pour toutes les initiatives d'intervention dans le système de santé.

Ces documents doivent servir à élaborer des outils pour le suivi des réalisations physiques et le suivi financier et comptable. Il peut s'agir d'une fiche de suivi des réalisations physiques et du rapport comptable semestriel permettant le calcul des indicateurs de résultats. Ils sont destinés aux responsables des différents échelons ainsi qu'aux principaux cadres de concertations existants dans le secteur tels que les revues annuelles, les réunions du Comité sectoriel santé et VIH/sida, ECR/ECD, COGES, les réunions des comités régionaux et préfectoraux du secteur de la santé, etc.

3.2. SUIVI ET EVALUATION DE LA MISE EN ŒUVRE DU CDMT

Le suivi & évaluation du CDMT se fera à travers le cadre de suivi & évaluation du PNDS 2012-2015 qui fera l'objet d'un document séparé. Des indicateurs financiers seront utilisés au fil de temps pour apprécier les niveaux d'exécution financière (une liste d'indicateurs financier est proposée à l'annexe) et les tendances de financement pour la période du CDMT en lien avec les résultats atteints et ce, conformément au calendrier qui sera défini.

Le plan de suivi & évaluation fera l'objet d'une gestion conjointe avec les partenaires techniques et financiers. Pour une meilleure efficacité dans l'allocation des ressources et la dépense, les cibles qui seront fixées annuellement pour l'ensemble des plans d'action annuels détermineront les budgets et la réédition des comptes sera systématisée.

3.3. CONDITIONS DE REUSSITE

Cette programmation technique et budgétaire reste fortement tributaire de l'environnement national et international, qui peut constituer de véritables risques à la mobilisation et à l'utilisation efficace des ressources en faveur du secteur.

Au niveau national, le véritable risque réside dans la faiblesse de la gouvernance du secteur avec risque de non-respect des engagements en termes d'allocation, de mobilisation ou de décaissement ; dans un tel cas, il est clair que les objectifs ne seront pas atteints.

Par ailleurs, l'environnement économique international morose, voire de récession, en est un autre risque, le financement de la santé dans un environnement international en crise étant forcément complexe.

Pour une efficacité optimale de ce processus de planification et de programmation budgétaire, un certain nombre de conditions de réussite devront être réunies, comprenant entre autres :

- la nécessité de disposer de données fiables tant sur l'exécution financière que sur les intentions de financement pour la période du CDMT afin de garantir la fiabilité des projections financières nécessaires ;

- la nécessité de garantir une cohérence totale avec le processus de planification et de programmation budgétaire au niveau national avec le DSRP II en cours d'élaboration et son cadrage global pour son financement, dans leurs parties sectorielles ;
- le renforcement du dispositif participatif de planification, de suivi et d'évaluation à tous les niveaux de la pyramide sanitaire; dans ce cadre, les capacités des ECD et ECR seront renforcées pour un pilotage de ce dispositif à tous ces niveaux ; parallèlement, les mécanismes les plus adaptés seront adoptés pour garantir la participation de représentants des bénéficiaires de la santé, du secteur privé et des PTF à toutes ces étapes du processus ;
- l'engagement dans le cadre du Compact pour une prévisibilité garantie et une harmonisation renforcée ;
- la mise à disposition effective et à temps des fonds pour donner un caractère réel au CDMT, garantissant un démarrage rapide des activités et mise en œuvre dans les faits des principes d'harmonisation et de responsabilité mutuelle ;
- la formation des acteurs du secteur sur l'utilisation de l'outil MBB ;
- la mise en œuvre de mesures nécessaires permettant l'amélioration de la capacité d'absorption du Ministère de la santé en rapport avec les résultats attendus (élaboration anticipée des PAO, allocation efficace des ressources au niveau intermédiaire et opérationnel sur base de contrat de performance, respect du cadrage retenu préalablement lors des discussions budgétaires, harmoniser et simplification des procédures de gestion financière des PTF, etc.).

CONCLUSION

Le Cadre de Dépenses à Moyen Terme 2012-2014 élaboré pour assurer une meilleure planification du financement du PNDS apparaît comme un modèle de simulation de coûts, utilisant le Marginal Budgeting For Bottlenecks (MBB).

Les trois scénarios proposés avec, à chaque fois, les impacts attendus et les financements additionnels nécessaires doivent permettre un échange et des négociations sur la base des résultats pouvant être attendus en fonction de ressources potentiellement mobilisables. Sous cet angle, le CDMT doit être utilisé comme un outil du débat politique à l'intérieur (entre le secteur santé et les secteurs en charge du développement et des finances) et à l'extérieur du gouvernement (entre le Gouvernement et les PTF) permettant de négocier les meilleurs choix du secteur santé.

Le choix du scénario retenu comme base de la signature du compact devra tenir compte de l'importance des défis à relever au regard de la réalité du système à travers l'analyse de ses goulots d'étranglement, des résultats potentiels des différents scénarios et de l'espace budgétaire qu'il faudra créer pour mobiliser les ressources nécessaires à sa mise en œuvre.

La finalité reste l'amélioration des résultats de santé à travers une mobilisation du Ministère des Finances, des pays donateurs et des autres partenaires au développement autour d'une seule stratégie nationale de santé. La situation épidémiologique et sociale du pays et les retards accusés dans l'atteinte des OMD rendent ainsi nécessaire le développement d'une stratégie d'investissement public pour répondre aux défis du droit à la santé.

Annexes

Coûts additionnels par scénario					
Maximal					
Programmes du Plan National de Développement Sanitaire	2012	2013	2014	Total	%
P1 : Lutte contre la mortalité maternelle et néonatale	934 826 044	1 563 386 230	2 191 946 417	4 690 158 691	3,6%
P2 : Lutte contre la mortalité infanto-juvénile	3 175 157 790	6 180 279 925	9 185 402 061	18 540 839 776	14,1%
P3 : lutte contre le paludisme, le VIH/SIDA, la tuberculose et les autres maladies transmissibles (maladies tropicales négligées et à potentiel épidémique)	4 583 539 512	5 378 788 158	6 174 036 804	16 136 364 475	12,3%
P4 : Contrôle des maladies non transmissibles	1 039 193 963	1 558 790 944	1 558 790 944	4 156 775 851	3,2%
P5 : Renforcement du système de santé et du système communautaire	21 564 427 372	29 257 976 904	37 082 714 120	87 905 118 397	66,9%
Total	31297144681	43939222162	56192890346	131 429 257 190	100%
Moyen					
Programmes du Plan National de Santé	2012	2013	2014	Total	%
P1 : Lutte contre la mortalité maternelle et néonatale	537 755 695	910 412 763	1 283 069 830	2 731 238 288	4%
P2 : Lutte contre la mortalité infanto-juvénile	2 719 115 436	5 243 573 574	7 768 031 711	15 730 720 721	20%
P3 : lutte contre le paludisme, le VIH/SIDA, la tuberculose et les autres maladies transmissibles (maladies tropicales négligées et à potentiel épidémique)	2 638 955 392	2 930 225 653	3 221 495 914	8 790 676 958	11%
P4 : Contrôle des maladies non transmissibles	692 795 976	1 039 193 964	1 039 193 964	2 771 183 904	4%
P5 : Renforcement du système de santé et du système communautaire	10 932 219 456	15 948 451 003	21 065 999 800	47 946 670 258	61%
Total	17 520 843 966	26 071 858 969	34 377 793 234	77 970 490 129	100%
Minimal					
Programmes du Plan National de Santé	2012	2013	2014	Total	%
P1 : Lutte contre la mortalité maternelle et néonatale	332 282 769	578 649 528	825 016 286	1 735 948 584	6%
P2 : Lutte contre la mortalité infanto-juvénile	524 256 381	861 122 353	1 197 988 326	2 583 367 059	8%
P3 : lutte contre le paludisme, le VIH/SIDA, la tuberculose et les autres maladies transmissibles (maladies tropicales négligées et à potentiel épidémique)	2 074 519 707	2 254 568 839	2 434 617 971	6 763 706 517	22%
P4 : Contrôle des maladies non transmissibles	346 397 988	519 596 982	519 596 982	1 385 591 952	4%
P5 : Renforcement du système de santé et du système communautaire	4 906 034 958	6 305 924 870	7 705 814 782	18 917 774 611	60%
Total	8 183 493 815	10 519 864 585	12 683 036 362	31 386 388 723	100%

Coût total par programmes et par scénario						
Scenario Maximum						
Programmes du Plan National de Santé	Coûts de Base	2012	2013	2014	Total	%
P1 : Lutte contre la mortalité maternelle et néonatale	3 727 958 518	4 662 784 561	5 291 344 748	5 919 904 934	19 601 992 761	5,5%
P2 : Lutte contre la mortalité infanto-juvénile	4 172 048 784	7 347 206 574	10 352 328 709	13 357 450 845	35 229 034 911	9,9%
P3 : lutte contre le paludisme, le VIH/SIDA, la tuberculose et les autres maladies transmissibles (maladies tropicales négligées et à potentiel épidémique)	4 552 875 950	9 136 415 462	9 931 664 108	10 726 912 754	34 347 868 274	9,7%
P4 : Contrôle des maladies non transmissibles	609 394 695	1 648 588 658	2 168 185 639	2 168 185 639	6 594 354 632	1,9%
P5 : Renforcement du système de santé et du système communautaire	42 907 965 649	64 472 393 021	72 165 942 553	79 990 679 769	259 536 980 992	73,0%
Total	55 970 243 595	87 267 388 277	99 909 465 758	112 163 133 942	355 310 231 571	100%
Scenario Moyen						
Programmes du Plan National de Santé	Coûts de Base	2012	2013	2014	Total	%
P1 : Lutte contre la mortalité maternelle et néonatale	3 727 958 518	4 265 714 213	4 638 371 280	5 011 028 348	17 643 072 358	5,8%
P2 : Lutte contre la mortalité infanto-juvénile	4 172 048 784	6 891 164 219	9 415 622 357	11 940 080 495	32 418 915 856	10,7%
P3 : lutte contre le paludisme, le VIH/SIDA, la tuberculose et les autres maladies transmissibles (maladies tropicales négligées et à potentiel épidémique)	4 552 875 950	7 191 831 341	7 483 101 603	7 774 371 864	27 002 180 758	8,9%
P4 : Contrôle des maladies non transmissibles	609 394 695	1 302 190 671	1 648 588 659	1 648 588 659	5 208 762 685	1,7%
P5 : Renforcement du système de santé et du système communautaire	42 907 965 649	53 840 185 105	58 856 416 652	63 973 965 449	219 578 532 854	72,7%
Total	55 970 243 595	73 491 085 549	82 042 100 551	90 348 034 815	301 851 464 510	100%
Scenario Minimum						
Programmes du Plan National de Santé	Coûts de Base	2012	2013	2014	Total	%
P1 : Lutte contre la mortalité maternelle et néonatale	3 727 958 518	4 060 241 287	4 306 608 045	4 552 974 804	16 647 782 654	6,5%
P2 : Lutte contre la mortalité infanto-juvénile	4 172 048 784	4 696 305 164	5 033 171 137	5 370 037 109	19 271 562 194	7,5%
P3 : lutte contre le paludisme, le VIH/SIDA, la tuberculose et les autres maladies transmissibles (maladies tropicales négligées et à potentiel épidémique)	4 552 875 950	6 627 395 656	6 807 444 789	6 987 493 921	24 975 210 316	9,8%
P4 : Contrôle des maladies non transmissibles	609 394 695	955 792 683	1 128 991 677	1 128 991 677	3 823 170 733	1,5%
P5 : Renforcement du système de santé et du système communautaire	42 907 965 649	47 814 000 607	49 213 890 519	50 613 780 431	190 549 637 206	74,6%
Total	55 970 243 595	64 153 735 398	6 490 106 168	68 653 277 943	255 267 363 104	100%

Coût total par sous programmes et par scénario

Scenario Maximum						
Résultats des sous domaines du plan stratégique	Coûts de Base	2 012	2 013	2 014	Total	%
P1.1 Amélioration de la santé de la reproduction des adolescents et des jeunes	1 569 767 286	2 275 411 493	2 744 606 965	3 213 802 437	9 803 588 181	2,8%
P1.2. Repositionnement de la planification familiale	1 165 601 394	1 249 725 340	1 303 202 155	1 356 678 971	5 075 207 860	1,4%
P1.3. Renforcement de la prestation des services de santé maternelle et néonatale (suivi de grossesses, naissances et post partum)	992 589 838	1 137 647 728	1 243 535 627	1 349 423 526	4 723 196 719	1,3%
P2.1. Promotion au niveau familial et communautaire des pratiques familiales essentielles et PCIMNE communautaire	1 627 742 095	6 458 720 730	7 957 235 048	9 455 749 366	25 499 447 239	7,2%
P2.2. Promotion des interventions de nutrition, y inclus la supplémentation en micronutriments, la fortification et conseils nutritionnels, le déparasitage systématique périodique de 0 à 5 ans	468 795 620	1 087 119 863	1 614 499 319	2 141 878 774	5 312 293 575	1,5%
P2.3. Renforcement du PEV	1 092 496 257	1 180 393 270	1 267 425 795	1 354 458 320	4 894 773 642	1,4%
P2.4. Renforcement de la PTME	134 091 080	275 767 847	413 773 192	551 778 536	1 375 410 656	0,4%
P2.5. Renforcement de la prestation des services curatifs en lien avec la santé infantile et infanto juvénile (PCIME, prise en charge et le suivi de l'enfant atteint de sida, traitement de la malnutrition aiguë	848 923 732	1 703 602 251	2 551 506 441	3 399 410 630	8 503 443 054	2,4%
P3.1 Lutte contre le paludisme	708 594 630	3 057 704 728	3 271 796 957	3 485 889 187	10 523 985 502	3,0%
P3.2. Lutte contre le VIH/SIDA	3 406 293 202	4 445 451 094	4 906 771 995	5 368 092 895	18 126 609 186	5,1%
P3.3. Lutte contre la tuberculose	299 838 661	320 555 136	333 344 537	346 133 938	1 299 872 272	0,4%
P3.4. Lutte contre les autres maladies transmissibles y compris les maladies à potentiel épidémique	23 487 048	806 523 747	877 887 824	949 251 900	2 657 150 520	0,7%
P3.5. Lutte contre les maladies tropicales négligées	108 570 508	500 088 857	535 770 896	571 452 934	1 715 883 195	0,5%
P4.1. Prévention des facteurs de risque pour la santé associés aux MNT	96 929 824	595 742 926	845 149 477	845 149 477	2 382 971 704	0,7%
P4.2. Renforcement des capacités de prise en charge (prévention secondaire et tertiaire) des MNT	512 464 872	1 052 845 733	1 323 036 163	1 323 036 163	4 211 382 931	1,2%
P5.1. Gouvernance et pilotage du système de santé	8 947 401 607	11 227 810 140	13 508 218 672	15 788 627 205	49 472 057 624	13,9%
P5.2. Développement des ressources humaines pour la santé	6 281 965 225	13 067 667 330	15 441 080 443	17 814 493 557	52 605 206 555	14,8%
P5.3. Accessibilité géographique et qualité des soins	5 037 913 709	10 479 855 944	12 207 644 572	14 019 500 578	41 744 914 803	11,7%
P5.4. Disponibilité des médicaments, vaccins, produits sanguins et technologies médicales	11 921 576 082	12 818 245 148	13 092 239 468	13 371 320 405	51 203 381 103	14,4%
P5.5. Financement du secteur	10 074 710 390	12 795 681 508	13 659 575 822	14 565 503 825	51 095 471 544	14,4%
P5.6. Système d'information sanitaire	650 490 536	730 827 463	811 164 390	891 501 318	3 083 983 707	0,9%
Grand Total	55 970 243 595	87 267 390 289	99 909 467 772	112 163 135 957	355 310 231 574	100%
Scenario Moyen						
Résultats des sous domaines du plan stratégique	Coûts de Base	2 012	2 013	2 014	Total	%

P1.1 Amélioration de la santé de la reproduction des adolescents et des jeunes	1 569 767 286	1 928 461 995	2 180 708 853	2 432 955 710	8 111 893 844	2,7%
P1.2. Repositionnement de la planification familiale	1 165 601 394	1 231 823 392	1 274 365 159	1 316 906 926	4 988 696 871	1,7%
P1.3. Renforcement de la prestation des services de santé maternelle et néonatale (suivi de grossesses, naissances et post partum)	992 589 838	1 105 428 825	1 183 297 269	1 261 165 712	4 542 481 644	1,5%
P2.1. Promotion au niveau familial et communautaire des pratiques familiales essentielles et PCIMNE communautaire	1 627 742 095	5 866 688 882	7 176 092 620	8 485 496 359	23 156 019 955	7,7%
P2.2. Promotion des interventions de nutrition, y inclus la supplémentation en micronutriments, la fortification et conseils nutritionnels, le déparasitage systématique périodique de 0 à 5 ans	468 795 620	967 959 746	1 355 755 567	1 743 551 389	4 536 062 322	1,5%
P2.3. Renforcement du PEV	1 092 496 257	1 172 666 705	1 237 772 267	1 302 877 830	4 805 813 059	1,6%
P2.4. Renforcement de la PTME	134 091 080	225 625 647	317 160 214	408 694 781	1 085 571 723	0,4%
P2.5. Renforcement de la prestation des services curatifs en lien avec la santé infantile et infanto juvénile (PCIME, prise en charge et le suivi de l'enfant atteint de sida, traitement de la malnutrition aiguë	848 923 732	1 607 668 829	2 355 809 986	3 103 951 143	7 916 353 690	2,6%
P3.1 Lutte contre le paludisme	708 594 630	2 302 258 277	2 334 628 867	2 366 999 457	7 712 481 232	2,6%
P3.2. Lutte contre le VIH/SIDA	3 406 293 202	3 642 341 490	3 877 521 200	4 112 700 911	15 038 856 803	5,0%
P3.3. Lutte contre la tuberculose	299 838 661	312 250 294	319 784 960	327 319 626	1 259 193 542	0,4%
P3.4. Lutte contre les autres maladies transmissibles y compris les maladies à potentiel épidémique	23 487 048	554 708 264	565 498 461	576 288 657	1 719 982 430	0,6%
P3.5. Lutte contre les maladies tropicales négligées	108 570 508	374 181 116	379 576 214	384 971 312	1 247 299 150	0,4%
P4.1. Prévention des facteurs de risque pour la santé associés aux MNT	96 929 824	429 471 892	595 742 926	595 742 926	1 717 887 568	0,6%
P4.2. Renforcement des capacités de prise en charge (prévention secondaire et tertiaire) des MNT	512 464 872	872 718 779	1 052 845 733	1 052 845 733	3 490 875 116	1,2%
P5.1. Gouvernance et pilotage du système de santé	8 947 401 607	10 483 720 335	12 020 039 063	13 556 357 792	45 007 518 797	14,9%
P5.2. Développement des ressources humaines pour la santé	6 281 965 225	8 245 264 135	10 099 477 834	11 953 691 534	36 580 398 728	12,1%
P5.3. Accessibilité géographique et qualité des soins	5 037 913 709	7 560 751 063	8 412 280 358	9 325 341 202	30 336 286 331	10,1%
P5.4. Disponibilité des médicaments, vaccins, produits sanguins et technologies médicales	11 921 576 082	12 564 998 536	12 780 403 262	13 004 827 914	50 271 805 795	16,7%
P5.5. Financement du secteur	10 074 710 390	11 336 129 067	11 761 893 714	12 218 424 137	45 391 157 308	15,0%
P5.6. Système d'information sanitaire	650 490 536	705 968 279	761 446 022	816 923 764	2 934 828 601	1,0%
Grand Total	55 970 243 595	73 491 085 549	82 042 100 550	90 348 034 814	301 851 464 509	100%
Scenario Minimal						
Résultats des sous domaines du plan stratégique	Coûts de Base	2 012	2 013	2 014	Total	%
P1.1 Amélioration de la santé de la reproduction des adolescents et des jeunes	1 569 767 286	1 807 107 226	1 978 213 636	2 149 320 046	7 504 408 193	2,9%
P1.2. Repositionnement de la planification familiale	1 165 601 394	1 195 851 166	1 217 925 658	1 240 000 149	4 819 378 367	1,9%

P1.3. Renforcement de la prestation des services de santé maternelle et néonatale (suivi de grossesses, naissances et post partum)	992 589 838	1 057 282 895	1 110 468 752	1 163 654 609	4 323 996 093	1,7%
P2.1. Promotion au niveau familial et communautaire des pratiques familiales essentielles et PCIMNE communautaire	1 627 742 095	4 410 271 166	4 479 590 955	4 548 910 743	15 066 514 959	5,9%
P2.2. Promotion des interventions de nutrition, y inclus la supplémentation en micronutriments, la fortification et conseils nutritionnels, le déparasitage systématique périodique de 0 à 5 ans	468 795 620	830 606 976	1 069 944 166	1 309 281 356	3 678 628 117	1,4%
P2.3. Renforcement du PEV	1 092 496 257	1 095 324 275	1 097 415 789	1 099 507 302	4 384 743 623	1,7%
P2.4. Renforcement de la PTME	134 091 080	214 395 864	294 700 648	375 005 432	1 018 193 025	0,4%
P2.5. Renforcement de la prestation des services curatifs en lien avec la santé infantile et infanto juvénile (PCIME, prise en charge et le suivi de l'enfant atteint de sida, traitement de la malnutrition aiguë	848 923 732	871 953 271	887 085 757	902 218 242	3 510 181 002	1,4%
P3.1 Lutte contre le paludisme	708 594 630	1 999 190 219	2 029 051 925	2 058 913 630	6 795 750 405	2,7%
P3.2. Lutte contre le VIH/SIDA	3 406 293 202	3 536 208 657	3 666 124 112	3 796 039 567	14 404 665 538	5,6%
P3.3. Lutte contre la tuberculose	299 838 661	308 549 529	313 890 649	319 231 768	1 241 510 607	0,5%
P3.4. Lutte contre les autres maladies transmissibles y compris les maladies à potentiel épidémique	23 487 048	453 685 578	463 639 480	473 593 382	1 414 405 488	0,6%
P3.5. Lutte contre les maladies tropicales négligées	108 570 508	323 669 773	328 646 724	333 623 674	1 094 510 679	0,4%
P4.1. Prévention des facteurs de risque pour la santé associés aux MNT	96 929 824	263 200 858	346 336 375	346 336 375	1 052 803 431	0,4%
P4.2. Renforcement des capacités de prise en charge (prévention secondaire et tertiaire) des MNT	512 464 872	692 591 825	782 655 302	782 655 302	2 770 367 301	1,1%
P5.1. Gouvernance et pilotage du système de santé	8 947 401 607	9 834 882 699	10 722 363 791	11 609 844 882	41 114 492 978	16,1%
P5.2. Développement des ressources humaines pour la santé	6 281 965 225	6 584 959 407	6 824 992 645	7 065 025 883	26 756 943 160	10,5%
P5.3. Accessibilité géographique et qualité des soins	5 037 913 709	5 462 183 514	5 557 058 360	5 651 933 206	21 709 088 790	8,5%
P5.4. Disponibilité des médicaments, vaccins, produits sanguins et technologies médicales	11 921 576 082	12 225 715 309	12 237 689 474	12 249 663 638	48 634 644 503	19,1%
P5.5. Financement du secteur	10 074 710 390	10 286 845 293	10 334 282 716	10 381 720 139	41 077 558 538	16,1%
P5.6. Système d'information sanitaire	650 490 536	699 259 896	748 029 257	796 798 617	2 894 578 306	1,1%
Grand Total	55 970 243 595	64 153 735 398	66 490 106 167	68 653 277 943	255 267 363 103	100%

