



RÉPUBLIQUE TOGOLAISE

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET
DE L'HYGIÈNE PUBLIQUE

POLITIQUE NATIONALE DE QUALITÉ DES SERVICES DE SANTÉ DU TOGO

Novembre 2019



Mise en œuvre par
giz Deutsche Gesellschaft
für Internationale
Zusammenarbeit (GIZ) GmbH



Organisation
mondiale de la Santé

PREFACE

Face au défi actuel en matière de santé qui est d’offrir des services de santé de qualité accessibles sans difficultés financières aux populations, le gouvernement s’est doté de plusieurs documents au cours de ces dernières années en l’occurrence la Politique Nationale de la Santé (PNS) adoptée en septembre 1998 et révisée en 2009 , le PNDS 2017-2022 en cours d’exécution, etc....

L’évaluation du PNDS 2012-2015 et l’analyse de la situation du secteur réalisée en août 2016 ont mis en évidence des avancées importantes à capitaliser, mais aussi des insuffisances et goulots d’étranglement dans plusieurs domaines. Au titre des insuffisances on peut retenir le fait que plus de 30% des établissements de soins du pays ne réunissent toujours pas les conditions d’une offre de service de qualité, ceci pouvant être lié à l’absence de documents normatifs et l’une des recommandations était de tout mettre en œuvre pour améliorer l’offre des services de santé.

Tenant compte des recommandations de cette évaluation, le PNDS 2017-2022 a été élaboré et est en cours de mis en œuvre. Ce cadre stratégique sectoriel de la santé met un accent particulier sur le renforcement du système de santé par un axe stratégique transversal intitulé « Renforcement du système de santé vers la Couverture Sanitaire Universelle (CSU) y compris la santé communautaire ». L’une des orientations stratégiques est entièrement consacrée à la qualité pour permettre le développement d’un système d’assurance qualité en milieu de soins comprenant la mise en place des cercles de qualité dans toutes les formations sanitaires.

Le présent document de Politique de Qualité des Services de Santé du Togo élaboré avec le soutien technique et financier de l’ensemble de nos partenaires notamment la GIZ et l’OMS vient fédérer tous les efforts du ministère en charge de la santé pour garantir, l’offre des prestations de soins et services de qualité aux populations. La Politique de Qualité des Services de Santé est un document d’orientation nationale qui définit le cadre général du développement de la qualité dans le secteur de la santé et est centré sur la personne et la sécurité du patient. J’espère vivement que sa mise en œuvre permettra de garantir à tous les concitoyens une qualité des soins en termes d’efficacité et d’efficience d’une part et d’accroître la culture de qualité chez les acteurs de santé d’autre part. Le suivi de l’application de ladite politique à travers les documents qui seront issus de sa déclinaison à savoir la stratégie nationale, les différents plans d’action opérationnel et l’approche de qualité sera régulier et minutieux afin d’atteindre nos ambitions.

J’exhorte donc l’ensemble des acteurs du secteur de la santé aussi bien public que privé de s’approprier le présent document de Politique et de s’en inspirer pour l’élaboration de la stratégie nationale car la qualité des services et soins constitue aujourd’hui un levier incontournable à l’amélioration de la santé de nos concitoyens.

Le Ministre de la Santé et de l’Hygiène Publique

Professeur Moustafa MIJIYAWA

SOMMAIRE

PREFACE	3
LISTE DES ABREVIATIONS	7
INTRODUCTION	9
CHAPITRE I: CONTEXTE ET JUSTIFICATION	11
1- CONTEXTE GENERAL	12
1.1- CONTEXTE GEOGRAPHIQUE.....	12
1.2- CONTEXTE DEMOGRAPHIQUE.....	12
1.3- CONTEXTE SOCIO-ECONOMIQUE.....	12
2- SITUATION SANITAIRE	13
2.1- ORGANISATION DU SYSTEME SANITAIRE.....	13
2.2- PROFIL EPIDEMIOLOGIQUE.....	15
2.3- GESTION DES DECHETS MEDICAUX.....	16
2.4- PERFORMANCE DU SYSTEME DE SANTE.....	17
2.5- EQUITE ET PROTECTION SOCIALE EN SANTE.....	22
2.6- COOPERATION AU DEVELOPPEMENT ET PARTENARIATS.....	22
2.7- PARTENARIATS PUBLIC-PRIVE (PPP).....	22
2.8- PARTICIPATION COMMUNAUTAIRE.....	23
3- RAPPEL DE LA VISION ET DES PRINCIPAUX OBJECTIFS DE LA POLITIQUE NATIONALE DE SANTE	23
4- JUSTIFICATION DE L'ELABORATION DE LA POLITIQUE DE QUALITE DES SERVICES DE SANTE	24
5- CONCEPT DE QUALITE DES SERVICES DE SANTE	24
5.1- QUALITE.....	24
5.2- NORME.....	25
5.3- DIMENSIONS DE LA QUALITE.....	26
5.4- PERCEPTION DE LA QUALITE.....	26
5.5- ASSURANCE QUALITE.....	27

6- DONNEES SUR LA PROBLEMATIQUE DE LA QUALITE DES SERVICES DE SANTE EN AFRIQUE ET AU TOGO.....	27
6.1- ENGAGEMENT POLITIQUE EN FAVEUR DE LA QUALITE DES SERVICES DE SANTE EN AFRIQUE	27
6.2- ETAT DES LIEUX DE L'ASSURANCE QUALITE AU TOGO	27
CHAPITRE II- CADRAGE POLITIQUE	29
7- VALEURS, PRINCIPES, VISION, MISSION DE LA POLITIQUE NATIONALE DE LA QUALITE DES SERVICES DE SANTE	30
7.1- VALEURS	30
7.2-PRINCIPES	30
7.3- VISION.....	31
7.4- MISSION.....	31
8- BUT ET OBJECTIFS	31
8.1- BUT	31
8.2- OBJECTIF GENERAL	31
8.3- OBJECTIFS SPECIFIQUES.....	31
9- STRUCTURES DE GESTION DE LA QUALITE	32
CHAPITRE III : CADRE DE MISE EN OEUVRE ET MECANISMES DE SUIVI ET EVALUATION	33
10- MISE EN ŒUVRE DE LA POLITIQUE NATIONALE DE LA QUALITE DES SERVICES DE SANTE	34
10.1- CADRE INSTITUTIONNEL.....	34
10.2- PROCESSUS DE MISE EN ŒUVRE	34
11- ROLES ET RESPONSABILITES DANS L'AMELIORATION DE LA QUALITE DES SERVICES DE SANTE	35
11.1- DIRECTIONS CENTRALES DU MINISTERE	35
11.2- DIRECTEURS DES HOPITAUX	36
11.3- SECTEUR PRIVE	36
11.4- PARTENAIRES TECHNIQUES ET FINANCIERS (PTF).....	36
11.5- ORGANISATIONS PROFESSIONNELLES	36

11.6- ORGANISMES D'ASSURANCE	36
11.7- COMMUNAUTE/BENEFICIAIRES.....	36
12- SUIVI ET EVALUATION.....	37
12.1- AU NIVEAU CENTRAL.....	37
12.2- AU NIVEAU REGIONAL.....	37
12.3- AU NIVEAU DISTRICT	37
12.4- SUIVI.....	38
12.5- EVALUATION.....	38
LISTE DES DOCUMENTS DE REFERENCE.....	39

LISTE DES ABRÉVIATIONS

AQS	Assurance Qualité des Soins
ASC	Agents de Santé Communautaire
ATBEF	Association Togolaise de Bien Etre Familial
BM	Banque Mondiale
CAMEG	Centrale d'Achat des Médicaments Essentiels et Génériques
CAP	Couple-Année Protection
CHU	Centre Hospitalier Universitaire
CHR	Centre Hospitalier Régional
COGES	Comité de Gestion
COPE	Client Orienté et Prestataire Efficace
CPN	Consultation Périnatale
CSU	Couverture Sanitaire Universelle
DESR	Direction des Etablissements de Soins et de Réadaptation
DHAB	Direction de l'Hygiène et de l'Assainissement de Base
DSIUR	Division de la Surveillance Intégrée des Urgences et de la Riposte
DSNISI	Direction du Système National d'Information Sanitaire et l'Informatique
EDST	Enquête Démographique et de Santé Togo
EIPT	Enquête sur les indicateurs du paludisme au Togo
GIZ	Deutsche Gesellschaft für Internationale Zusammenarbeit
GTZ	Agence Allemande de Coopération Technique
HD	Hôpital de District
HTA	Hypertension Artérielle
IDH	Indice de Développement Humain
IHP+	International Health Partnership and Related Initiatives
INSEED	Institut National de la Statistique, des Etudes Economiques et Démographiques
INAM	Institut National d'Assurance Maladie
IPPF	Fédération Internationale de Planification Familiale
MIJ	Mortalité Infanto-Juvénile
MM	Mortalité Maternelle
MNN	Mortalité Néonatale

MSHP	Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique
ODD	Objectifs du Développement Durable
OMD	Objectifs du Millénaire pour le Développement
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
ONG	Organisation Non Gouvernementale
ONUSIDA	Programme Commun des Nations Unies sur le SIDA
PAM	Programme Alimentaire Mondial
PF	Planification Familiale
PIB	Produit Intérieur Brut
PNDS	Plan National de Développement Sanitaire
PNUD	Programme des Nations Unies pour le Développement
PPP	Partenariat Public-Privé
PTF	Partenaires Techniques et Financiers
QDS	Qualité Des Services
QUIBB	Questionnaire Unifié sur les Indicateurs de Base du Bien-être
RGPH	Recensement général de la population et de l'habitat
RHS	Ressources Humaines en Santé
SEATS	Soutien, Expansion et Appui Technique des services de Santé
SFPS	Santé Familiale et Prévention du Sida
SIDA	Syndrome Immunodéficient Acquis
SMNI	Santé Maternelle Néonatale et Infantile
SNFS	Stratégie Nationale claire et cohérente de Financement de la Santé
SNIS	Système National d'Information Sanitaire
SONU	Soins Obstétricaux et Néonataux d'Urgence
UEMOA	Union économique et monétaire ouest-africaine
UNFPA	Fonds des Nations Unies pour la Population
UNICEF	Fonds des Nations Unies pour l'Enfance
USAID	United States Agency for International Development United
USP	Unité de Soins Périphérique
VIH	Virus de l'Immunodéficience Humaine
WASH	Water, Sanitation and Hygiene (Eau, Assainissement et Hygiène)

INTRODUCTION

La qualité des services de santé est l'un des aspects les plus fondamentaux des exigences en matière de santé, tant pour le personnel que pour les bénéficiaires. Dans les années 60, Avedis Donabedian a défini la qualité comme la « mesure dans laquelle les soins réels se conforment aux critères préétablis de bons soins ».

A ce jour, il n'existe encore aucune définition universellement admise de la « qualité ». Il existe toutefois une conception partagée des notions et des principes fondamentaux. Au sein de la communauté sanitaire internationale, la définition la plus largement employée vient de l'institut de médecine des Etats Unis. On entend par qualité « la capacité des services de santé destinés aux individus et aux populations d'augmenter la probabilité d'atteindre les résultats de santé souhaités en se basant sur les connaissances professionnelles du moment ». Le Togo s'est engagé dans le développement de son système sanitaire pour assurer un bon état de santé à toutes les populations vivant sur le territoire. Cette démarche est guidée par la Politique Nationale de Santé (PNS) élaborée en 2011 dont la vision est d'« assurer à toute la population le niveau de santé le plus élevé possible en mettant tout en œuvre pour développer un système basé sur des initiatives publiques et privées, individuelles et collectives, accessible et équitable, capable de satisfaire le droit à la santé de tous en particulier les plus vulnérables ». Assurer à toute la population le niveau de santé le plus élevé possible fait appel nécessairement à offrir des soins de qualité aux bénéficiaires.

La notion d'amélioration de la qualité des services et soins a donc été prise en compte dans les différentes stratégies sectorielles de la santé : PNDS 2012-2015 et PNDS 2017-2022 en cours de mise en œuvre dont l'axe stratégique 5 est consacré au renforcement du système de santé vers la Couverture Sanitaire Universelle (CSU) y compris le système communautaire. L'orientation stratégique N° 4 pour sa réalisation est entièrement consacrée à la qualité ; il s'agit du développement d'une offre de services et soins de santé facile d'accès et de qualité sur l'ensemble du territoire. L'une de ses interventions prioritaires (4.2) est le développement d'un système d'assurance qualité en milieu de soins.

Afin de cartographier les interventions relatives à la qualité des services de santé et d'orienter l'élaboration des documents normatifs, une étude préalable a été réalisée en octobre 2018. Elle a relevé que les démarches précédentes en matière d'assurance qualité dans le pays étaient limitées à certains districts et restaient souvent sans suite dès que les projets initiateurs prennent fin.

Le présent document de politique constitue un ensemble d'orientations qui encadrent la qualité des soins et services de santé au Togo. Ces orientations sont fondées sur des valeurs et des principes de base visant les décisions et les actions à long terme. Il définit ainsi un cadre propice de référence où l'amélioration de la qualité des services de santé au Togo trouvera une réponse efficace, efficiente et durable.

CHAPITRE I: CONTEXTE ET JUSTIFICATION

1- CONTEXTE GENERAL

1.1- CONTEXTE GEOGRAPHIQUE

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

Le climat est de type tropical variant sensiblement de la région méridionale à la zone septentrionale. Il est subdivisé en deux grandes zones : une zone de type soudanien au sud avec de vastes terres productives et une zone de type sahélien recouvrant la moitié nord caractérisée par une pénurie de terres fertiles. Chaud et humide, ce climat est favorable à la prolifération de vecteurs de maladies et est en partie responsable du profil épidémiologique national dominé par les maladies infectieuses et parasitaires.

1.2- CONTEXTE DEMOGRAPHIQUE

Le Togo affiche une croissance démographique élevée de 2,4% par an avec un indice de fécondité de 4,8 enfants par femme. L'effectif de la population est estimé à 7,440 millions d'habitants en 2018 (INSEED). C'est une population majoritairement jeune (60% sont âgés de moins de 25 ans et 42% ont moins de 15 ans) et rurale (62%), inégalement répartie sur le territoire national (Lomé la capitale et sa périphérie concentrent 24% de la population).

La croissance démographique élevée entraîne une forte pression sur les infrastructures et les services sociaux de base tels que l'éducation, la santé, l'accès à l'énergie et à l'eau potable, la sécurité alimentaire.

Selon le Recensement général de la population et de l'habitat (RGPH 2010) la proportion des personnes âgées de plus de 65 ans était de 5,5% de la population générale. La situation actuelle de cette frange de la population montre que sur le cadre légal et institutionnel, l'Etat fait des efforts 'perceptibles' mais 'insuffisants' en faveur des personnes âgées. « Le Togo est en train de se doter d'une loi portant protection et promotion des droits des personnes âgées, mais à ce jour, cette loi n'est qu'à l'étape d'avant-projet et les politiques élaborées ne sont pas réellement opérationnelles, faute de dotations financières et de partenaires ». Sur le plan médical au Togo, on note une rareté de médecins gériatres.

1.3- CONTEXTE SOCIO-ECONOMIQUE

La croissance économique du Togo est restée à des niveaux élevés au cours des cinq dernières années, au-dessus de la croissance démographique. En 2015, elle s'établissait à 5,5%, et devrait se maintenir à un niveau similaire pour les prochaines années. La dette publique est passée de 48,6% du PIB en 2011 à 73,66% en 2017¹ soit un ratio d'endettement supérieur au plafond de 70% du PIB fixé par l'Union économique et monétaire ouest-africaine (UEMOA).

Sur le plan social, le Togo n'a pas enregistré des avancées significatives. Selon le rapport mondial sur le développement humain 2018, l'Indice de développement humain (IDH) du Togo est évalué à 0,503, le classant au 165^{ème} rang mondial sur 189 pays et 32^{ème} rang en Afrique. Cela met en exergue le déficit important en matière d'investissement, entre autres, dans les domaines sociaux de base (santé, éducation, eau/assainissement, protection sociale) qui sont les éléments clés du développement humain.

1 Bulletin statistique de la dette de l'administration centrale du Togo au 31/12/2017

2 IDH, PNUD classement 2018

2- SITUATION SANITAIRE

2.1 - ORGANISATION DU SYSTEME SANITAIRE

Le Ministère en charge de la Santé est organisé selon une structure pyramidale à trois niveaux:

- Central, constitué par le cabinet du Ministre, le secrétariat général, les directions générales et centrales ; Intermédiaire constitué par les régions sanitaires ;
- Opérationnel basé sur le district sanitaire.

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

2.1.1- Organisation de l'offre de soins et couverture sanitaire

Les soins de santé sont fournis aux populations dans des structures publiques et privées (libérales et confessionnelles). Les soins de premier contact sont structurés autour de trois échelons à savoir :

- (i) l'Agent de Santé Communautaire (ASC) qui assure par délégation les soins au niveau familial et des communautés et qui est appelé à jouer le rôle d'interface entre la communauté et les services de santé ;
- (ii) l'Unité de Soins Périphérique (USP) comme base du système de soins et à partir de laquelle sont menées des activités de proximité en stratégie fixe et vers les populations;
- (iii) l'Hôpital de district qui constitue le premier niveau de référence.

Le deuxième niveau de référence et de recours est animé par les Centres Hospitaliers Régionaux (CHR).

Les soins de santé tertiaires sont dispensés dans les Centres Hospitaliers Universitaires (CHU) et dans les hôpitaux spécialisés de référence.

En ce qui concerne la couverture sanitaire, d'après les résultats provisoires de la carte sanitaire 2015, les soins de santé sont fournis par les sous-secteurs public (59%) et privé (41%). Ce dernier est surtout libéral, dynamique et concentré dans les grands pôles urbains principalement à Lomé où l'on enregistre une plus grande solvabilité de la demande. En dehors de ces deux sous-secteurs conventionnels, il existe la médecine traditionnelle assimilée au sous-secteur privé.

2.1.2- Sous-Secteur Privé

2.1.2.1- Sous-Secteur privé libéral

Selon la carte sanitaire 2015, la couverture sanitaire est assurée dans 41% par le sous-secteur privé qui est

à majorité libéral et concentré dans les grands pôles urbains principalement à Lomé et ses environs³. Les établissements de soins privés libéraux comportent des cabinets de soins infirmiers, des cabinets médicaux spécialisés ou non, des cliniques d'accouchement eutocique, des polycliniques, etc. En 2015, la DESR enregistrait 326 formations sanitaires privées agréées dont près de 80% sont implantées dans la ville de Lomé et ses environs. En 2016, ce nombre est passé à environ 504⁴ établissements de soins privés. Il existe cependant de nombreux établissements clandestins (sans agréments).

Concernant le secteur pharmaceutique, en 2018 on dénombrait en tout 264 établissements dont 185 officines, 7 grossistes répartiteurs et 72 dépôts de pharmacie⁵.

En 2015, il a été créé une Plateforme du Secteur Privé de la Santé (PSPS). La PSPS-Togo est une organisation privée de réflexion et d'action pour une meilleure santé au Togo. Elle regroupe des personnes morales (entreprises privées, associations professionnelles, et ONG) et physiques (professionnels de santé, consultants et chercheurs) dont l'objet ou la compétence couvrent principalement ou partiellement les questions de santé. Sa vision est fondée sur une accessibilité à des soins de santé de qualité pour tous. Cette plateforme repose ensuite sur un sous-secteur privé solidaire, organisé et participant aux côtés du sous-secteur public, à l'amélioration des indicateurs de santé du pays.

2.1.2.2- Sous-secteur privé confessionnel

Les confessions religieuses jouent un rôle capital dans l'offre des services de santé au Togo. En 2004 le bureau de l'OMS dans le pays a élaboré un document de profil sanitaire du Togo. Il était décrit 7 hôpitaux confessionnels et plusieurs unités de soins infirmiers. Il n'y a pas à ce jour une étude plus récente et mieux détaillée sur ce sous-secteur. Un constat unanime est que toutes les grandes confessions (Catholique, Musulmane et évangélique) disposent des structures de soins.

2.1.2.3- Sous-secteur privé traditionnel

Selon des estimations de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) datant de 2014⁶, 80% de la population africaine auraient recours à la médecine traditionnelle. Au Togo, ce chiffre serait de 50%. L'héritage culturel et les contraintes financières pourraient expliquer ce phénomène. Pour les autorités, il y a nécessité d'une part, à organiser ce sous-secteur informel et, d'autre part à faire cohabiter et coopérer médecine traditionnelle et conventionnelle. Il existe une division de la médecine et pharmacopée traditionnelle au sein du ministère en charge de la santé. Cependant aucune statistique validée n'existe à ce jour sur cette médecine.

2.1.2.4- Situation de la qualité

Le sous-secteur privé dans ses composantes libérale et confessionnelle œuvre pour l'amélioration de la qualité des services de santé essentiellement dans le cadre des infrastructures et de l'équipement. On y trouve à ce jour les équipements de pointe pour les explorations paracliniques. Mais le personnel qualifié n'est pas souvent stable et les soins n'y sont pas financièrement et géographiquement accessibles à toutes les couches sociales du pays.

3 Enquête de faisabilité de l'implication du secteur privé dans la lutte contre le paludisme au Togo Nov 2017

4 Annuaire des statistiques sanitaires du Togo 2016

5 Annuaire des Statistiques Sanitaires du Togo 2018

6 Vertus et limites de la médecine traditionnelle - République Togolaise <https://www.republicoftogo.com/...les.../Vertus-et-limites-de-la-medecine-traditionnell.20-sept.2014>

2.1.3- Approche contractuelle

Le concept d'approche contractuelle est un instrument stratégique au service du développement du système de santé pour élargir le partage des responsabilités à tous les acteurs. Elle a été réactivée en juin 2017. Elle vise l'amélioration de la santé de la population en améliorant la performance des services médicaux des hôpitaux. Les résultats attendus de la contractualisation sont : i) l'amélioration de la gestion administrative et financière, ii) l'amélioration de la gestion de l'hygiène hospitalière, iii) l'augmentation de la disponibilité du plateau technique, iv) l'élaboration de stratégies de recouvrement des coûts, v) l'augmentation du taux de fréquentation des services des hôpitaux, vi) l'amélioration de la gestion des médicaments et des autres produits de santé, vii) le transfert de compétences en gestion hospitalière aux équipes administratives.

A travers le bilan dressé 7 mois après le démarrage⁷ par le MSHP, l'approche contractuelle a contribué au renforcement de certaines dimensions de la qualité des services à savoir : i) la disponibilité des médicaments, ii) la salubrité des structures, iii) la motivation du personnel, iv) les équipements médicaux avec l'appui des partenaires, etc.

2.2- PROFIL EPIDEMIOLOGIQUE

2.2.1- Morbidité

Au Togo et selon l'annuaire statistique 2018, le paludisme reste en tête des principaux motifs de consultation avec 36% des cas. Il est suivi par les infections respiratoires aiguës et les plaies et traumatisme.

Les autres principaux indicateurs de morbidité se présentent comme suit :

- Incidence du paludisme : 186,0 pour 1000 (PNLP 2018) ;
- Incidence de la tuberculose : 58,0 pour 1000(PNLT 2014) ;
- Prévalence de la malnutrition aigüe globale chez les enfants de moins de 5 ans : 6,5% (EDST-2014) ;
- Prévalence de malnutrition chronique chez les enfants de moins de 5 ans : 27,5% (Enquêtes SMART -2013) ;
- Prévalence du VIH chez les 15-49 ans : 2,2% (Spectrum 2018, V5.756) ;
- Nombre de nouvelles infections à VIH : 5 000 (Spectrum 2018, V5.756) ;
- Prévalence de la tuberculose : 41 pour 100.000 (PNLT 2018) ;
- Prévalence de la consommation actuelle de tabac chez les plus de 15 ans : 8,10% (GYTS-2013) ;
- Prévalence de l'hypertension artérielle chez les adultes de 18 ans et plus : 31,5% (OMS-2015) ;
- Prévalence du diabète : 8,3% (OMS-2015) ;

⁷ Les résultats de l'approche contractuelle des services de santé au Togo, Ministère de la santé et de l'hygiène publique et l'OMS

- Taux d'incidence du cancer du col de l'utérus : 30 pour 100 000 habitants (OMS-2015).

Les infections associées aux soins (IAS) constituent l'un des événements indésirables les plus courants dans la prestation de soins et un problème de santé publique majeur ayant un impact sur la morbidité, la mortalité et la qualité de vie. Au TOGO, on ne dispose pas de données sur les IAS et les infections nosocomiales ; cependant, le phénomène existe bel et bien dans les structures de soins. D'où l'application de la Prévention et de contrôle de l'infection (PCI) à tous les niveaux de prestation de services pour aboutir à la qualité.

Le lavage des mains à tous les niveaux de prestation de soins n'est pas systématique voire non appliqué, surtout au niveau des hôpitaux malgré l'existence des documents d'évaluation de la mise en œuvre de la PCI dans les formations sanitaires. Afin de contribuer à l'amélioration de la situation, le pays s'est doté d'un document de plan stratégique de la PCI 2019-2022 validé en octobre 2019.

2.2.2- Mortalité

La situation des principaux indicateurs de mortalité dans le pays se présente comme suit :

- Mortalité maternelle (MM) : 401 pour 100.000 Naissances Vivantes (EDST 2013-2014) ;
- Mortalité néonatale (MNN) : 27 pour 1000 Naissances Vivantes (EDST 2013-2014) ;
- Mortalité infanto-juvénile (MIJ) : 88 pour 1000 Naissances Vivantes (EDST 2013-2014) ;
- Mortalité spécifique due au VIH : 83,19 pour 100.000 (PNLS-IST 2015) ;
- Taux de létalité liée à la méningite : 6,4% (DSIUR* 2016) ;
- Taux de létalité liée au choléra : 4,5% (DSIUR* 2015) ;
- Taux de mortalité attribuable à des maladies cardiovasculaires, au cancer, au diabète ou à des maladies respiratoires chroniques: 679 pour 100 000 habitants (OMS 2015).

2.3- GESTION DES DECHETS MEDICAUX

Le Togo, à l'instar des autres pays de la sous-région ouest africaine, fait face à la production croissante des déchets médicaux due à l'augmentation du nombre de structures sanitaires, des taux de fréquentation et des interventions des programmes/projets de santé. Une évaluation réalisée en vue de l'élaboration du Plan stratégique de gestion des déchets médicaux 2016-2020 a mis en lumière les lacunes du système actuel de gestion des déchets médicaux à tous les niveaux. Ce système est caractérisé par le faible niveau de prise de conscience du personnel de santé et des manipulateurs y compris les administrateurs des structures sanitaires sur les dangers liés aux déchets médicaux.

La mise en œuvre du plan stratégique de gestion des déchets médicaux 2016-2020 contribue à l'amélioration de la situation. Déjà à ce jour la Direction de l'hygiène et de l'assainissement de base (DHAB) relève la mise en place des principaux ouvrages ci-après :

- Acquisition des incinérateurs conventionnels pour l'élimination des déchets de soins pour les CHU, CHR et certains CHP (Aneho, Kpalimé, Mango, Bassar) et le CMS de Baguida ;
- Formation de 800 agents de santé sur la gestion des déchets de soins (environ 35% des FS publiques et privés);
- Dotation en matériels de collecte des déchets.

Par contre les principaux défis à relever sont essentiellement :

- La mise en place du code couleur ;
- La pratique du tri des déchets aux postes de soins ;
- La couverture des formations sanitaires de référence en incinérateurs conventionnels appropriés.

2.4- PERFORMANCE DU SYSTEME DE SANTE

Le nombre des cas de consultation dans les structures de santé est en progression constante. Entre 2011 et 2018, il est passé de 2 206 324 à 3 817 053. La fréquentation reste faible (46%) au cours de la même année. La durée moyenne de l'hospitalisation est de 5,9 jours.

Les autres indicateurs de performance en matière de service sont récapitulés dans le tableau I ci-après.

Tableau I : Valeurs actuelles des principaux indicateurs de santé au Togo en fin 2018

N°	Indicateurs	Valeurs en 2018 (%)
1	Couverture CPN4	44,6
2	Taux d'accouchements assistés (%)	95,3
3	Taux de césarienne (%)	9,9
4	Couple-Année Protection (CAP)	334 274 (nombre)
5	Couverture vaccinale en pentavalent 3	88
6	Couverture vaccinale anti rougeoleuse	87
7	Couverture vaccinale en vaccin anti amarile	86
8	Couverture vaccinale en VAT2+	78

En considérant les principaux piliers du système de santé, la situation actuelle en rapport avec la qualité des services de santé est résumée dans le tableau II ci-dessous.

Tableau II : Performance du système de santé en termes de qualité des services en fonction des principaux piliers du RSS

Piliers du système de santé	Points Forts	Points à améliorer
Gouvernance et leadership :	<ul style="list-style-type: none"> - Une planification des visites de supervision pour appuyer les prestataires - Une mise à disposition des documents de normes et procédures de prestations des services en fonction des principaux programmes - Existence de documents de protocoles, ordinogrammes et normes - Pilotage du Health Wise en 2016 et 2017 - Existence d'un plan stratégique Health Wise - Adoption de la politique nationale de Biologie Médicale 	<ul style="list-style-type: none"> - Absence de politique de qualité des services et de plan stratégique - Insuffisance du dispositif institutionnel d'appui à la qualité des services de santé - Insuffisance d'application et de suivi de la mise en œuvre des protocoles ordinogrammes et normes spécifiques aux pratiques professionnelles, SDI - Insuffisance dans la coordination des initiatives d'amélioration de la qualité - Existence de comités non fonctionnels en lien avec la qualité - Formations sanitaires ne respectant pas les lignes directrices de l'OMS en matière de PCI - Absence d'organes de régulation (ordres professionnels) des pratiques infirmières et sages-femmes - Absence de passage à l'échelle au niveau national de la pratique du Health Wise
Médicaments, vaccins et technologies	<ul style="list-style-type: none"> - Existence d'un document de politique nationale pharmaceutique - Existence de la liste nationale des médicaments essentiels - Existence d'une structure paraétatique (CAMEG) et de ses démembrements 	<ul style="list-style-type: none"> - Insuffisance dans la régulation et le contrôle du secteur pharmaceutique - Rupture fréquente de médicaments essentiels et intrants traceurs - Insuffisance dans l'application des directives en matière de gestion des produits pharmaceutiques

Ressources humaines en santé	<ul style="list-style-type: none"> - Existence du guide de mobilité, du plan de formation et du plan de développement des RHS - La déconcentration des institutions de formation des professionnels de santé sur l'ensemble du pays - Existence de concours de recrutement basé sur les besoins des régions sanitaires 	<ul style="list-style-type: none"> - Insuffisance de personnel de santé qualifié - Inégale répartition des ressources humaines sur toute l'étendue du territoire - Faible valorisation de la relation d'aide entre soignant et soigné - Insuffisance d'information et de communication entre les prestataires de services d'une part et d'autre part entre les prestataires et les patients/ les accompagnants pendant l'hospitalisation, - Insuffisance de prestataires de soins formés sur la qualité des soins, les normes et standards d'assurance qualité - Insuffisance d'adhésion des prestataires à l'application des normes et standards de qualité des soins, - Insuffisance d'intégration des modules portant sur la qualité des services de santé dans les établissements de formations initiales, - Insuffisance de qualicien dans le système de santé. - Inexistence de mesure de maintien (affectation de poste budgétaire)
Financement de la santé	<ul style="list-style-type: none"> - Augmentation du volume de financement de l'Etat pour la santé - Existence de mécanismes de protection sociale contre les risques financiers liés aux dépenses de la santé (INAM, FNFI-Santé, School Assur Mutuelles de santé, Assurances privées, mécanismes de gratuité des soins, etc.) - Production régulière du compte de la santé - Existence du Compact entre l'Etat et les PTF 	<ul style="list-style-type: none"> - Faible accessibilité financière des services de santé - Part élevée des dépenses directes des ménages dans le financement de la santé - La part du budget de l'Etat allouée à la santé n'atteint pas 15% (Déclaration d'Abuja) - Insuffisance de protection sociale des personnes contre le risque maladie - Insuffisance des budgets alloués à la promotion de la qualité des services de santé - Absence de mécanismes de redevabilité ; - Absence de données sur le coût de la non qualité

<p>Infrastructures, équipement et maintenance</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Couverture du territoire national en établissements de santé - Existence d'un document de politique nationale de maintenance - Existence des normes en matière d'infrastructures et d'équipements - Existence d'incinérateurs conventionnels pour l'élimination des déchets 	<ul style="list-style-type: none"> - Insuffisance d'équipements et d'infrastructures adéquates dont particulièrement les structures SONU - Insuffisance du plateau technique de certains établissements de santé par rapport à leur niveau dans la pyramide sanitaire - Infrastructures et équipements ne respectant pas les normes essentielles en matière de santé environnementale, y compris le WASH
<p>Système d'information sanitaire</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Existence d'un entrepôt national de données sanitaires (DHIS2) - Existence de documents de référence en matière de renforcement du SNIS (stratégie nationale, schéma directeur informatique, manuel de procédure SNIS, dictionnaire des métadonnées) - Existence d'une démarche qualité des données (module OMS qualité des données dans le DHIS2, mission régulière de triangulation de la qualité des données dans toutes les régions) - Existence de l'annuaire statistique annuelle 	<ul style="list-style-type: none"> - Non intégration des données des initiatives d'amélioration de la qualité des services dans le système d'information sanitaire - Persistance de la non concordance dans les données selon le type de support - Insuffisance de l'utilisation des informations sanitaires pour la prise de décision - Insuffisance de recherche sur la qualité des services de santé - Irrégularité des évaluations - Production des annuaires statistiques non à jour

Prestations des soins et services de santé	<ul style="list-style-type: none"> - Une couverture satisfaisante des services de prévention comme les vaccinations - Progression du taux d'accessibilité géographique de 66,8% en 2011 à 70,9% en 2015. 	<ul style="list-style-type: none"> - Insuffisance d'évaluation des pratiques professionnelles - Manque d'appropriation des initiatives d'amélioration de la qualité - Insuffisance de la supervision en termes de fréquence et qualité - Faible accessibilité aux soins (géographique, financière et protection contre le risque maladie) ; - Insuffisance de la référence contre référence - Insuffisance de certification et d'accréditation des établissements sanitaires publics et privés - Accès limité des populations en soins de santé essentiels de qualité - Insuffisance dans la décentralisation des services spécialisés.
---	--	---

❖ Au niveau des partenaires communautaires de soins

Points forts

- Implication des acteurs communautaires dans les organes de gestion des structures ;
- Existence des groupes de pression ;
- Existence de cadre juridique en matière de droits et devoirs des patients.

Points à améliorer

- Méconnaissance par les clients de leurs droits et devoirs ;
- Insuffisance de l'implication de la communauté à la prise de décision dans les établissements de santé ;
- Insuffisance d'enquêtes de satisfaction des usagers dans les établissements de santé ;
- Insuffisance d'implication des patients dans la gestion de la qualité des soins et des services de santé ;
- Insuffisance de plateforme de collaboration entre associations de patients et établissements de santé.

2.5- EQUITE ET PROTECTION SOCIALE EN SANTE

Selon le rapport sur le profil de pauvreté, le Togo disposait en 2015 d'infrastructures qui lui permettent d'assurer une accessibilité géographique à 66,8% des populations. Mais des inégalités géographiques et sociales de santé persistent. A titre d'exemple, selon EDSTIII seulement 41,3% des accouchements sont assistés par un personnel qualifié en zone rurale, contre 91,7% en zone urbaine. La proportion de naissances assistées par du personnel de santé qualifié augmente nettement avec le quintile du bien-être économique de la mère qui est de 26,8% pour les femmes des ménages les plus pauvres et de 95,3% pour les femmes des ménages les plus riches. En outre, la part des plus riches ayant accès à un médecin était de 27,1%, alors qu'elle n'était que de 14,5% pour les plus pauvres en milieu urbain avec des écarts plus importants en milieu rural.

Enfin l'analyse des écarts entre les groupes économiques du Togo montre que la mortalité des enfants de moins de 5 ans des 20 % les plus riches est presque trois fois moindre que celle des 20 % les plus pauvres. Cette photographie des inégalités sociales de santé montre que le système de santé du Togo peine à apporter une réponse équitable aux besoins de santé des populations notamment en situation de vulnérabilité sociale.

Pour y remédier, différentes mesures ont été prises par l'Etat ces dernières années en vue d'améliorer l'accès aux services et soins essentiels de santé des populations, en particulier les populations démunies et vulnérables. Des efforts supplémentaires s'avèrent cependant nécessaires pour réduire les barrières financières aux soins et progresser vers la CSU. Le processus d'élaboration d'une Stratégie nationale de financement de la santé vers la CSU (SNFS-CSU) qui est en cours de finalisation s'inscrit dans ce cadre. La mise en place d'une orientation claire en termes de qualité des services de santé aidera à réduire les inégalités.

2.6- COOPERATION AU DEVELOPPEMENT ET PARTENARIATS

Depuis 2010, la participation du Togo à la démarche dénommée International Health Partnership (IHP+), mettant en œuvre les principes de la Déclaration de Paris dans le cadre de la campagne mondiale en faveur de la réalisation des Objectifs du millénaire pour le développement (OMD) liés à la santé, a conduit à la signature en mai 2012 d'un Compact national entre le Gouvernement et plusieurs Partenaires techniques et financiers (PTF) multi et bilatéraux intervenant dans le secteur (Banque mondiale, PNUD, OMS, UNICEF, UNFPA, ONUSIDA, PAM, Coopération française, allemande et américaine, ONG et associations internationales). Un nouveau compact est élaboré en lien avec le PNDS 2017 – 2022 et est signé le 10 Décembre 2019.

L'apport de ces PTF a ainsi été important dans le financement du PNDS 2012-2015. Le problème reste surtout la faiblesse de coordination du Ministère de la santé pour l'amélioration de l'alignement et de l'harmonisation des interventions des PTF et une meilleure prévisibilité de l'aide. Selon la cartographie réalisée en 2016, environ 365 organisations non gouvernementales et associations participent de manière formelle au développement des activités de la santé. Cependant, elles restent surtout concentrées dans les régions Maritime et des Plateaux.

2.7- PARTENARIATS PUBLIC-PRIVE (PPP)

Le PPP est un modèle de financement qui permet entre autres de fournir des services publics à travers des capitaux privés. Il contribue à alléger les budgets publics et à mettre à disposition des services publics plus efficaces. Il existe plusieurs domaines d'intervention privilégiés tels que les écoles, les hôpitaux, etc...

Une entreprise privée, la plupart du temps une société de projet à la structure complexe, souvent internationale, assume pour l'État le financement, la construction, l'entretien et éventuellement la valorisation d'un service. L'État paie pour ce service rendu, c'est-à-dire qu'il s'agit d'une sorte de système de leasing ou de location. Le PPP est une forme de financement de nécessité absolue pour l'État et l'économie dans le contexte actuel des pays marqué par la rareté des ressources. Il fournit de nouvelles sources d'argent pour financer des tâches qui incombent à l'Etat, et lui permettent d'en accroître l'efficacité. L'exemple type du PPP en santé au Togo concerne la contractualisation des structures de santé.

2.8- PARTICIPATION COMMUNAUTAIRE

Concernant la participation communautaire, plusieurs initiatives ont été développées pour permettre une réelle implication des communautés dans la prise en charge de leurs problèmes de santé notamment la mise en place des COGES. Le pourcentage de COGES fonctionnels selon les critères de performance est passé de 23% en 2012 à 58% en 2015.

L'évaluation de la satisfaction des usagers (boîtes de suggestion, entretien à la sortie de la formation sanitaire) ne se fait pas de façon régulière. Des enquêtes de satisfaction des clients montrent que 8,4% des personnes reçues en consultation en 2015 ne sont pas satisfaites contre 14,2% en 2011.

En matière de qualité, il est nécessaire que les prestataires de soins et les usagers organisent des séances de revue de la performance de la structure et de réorientation des plans au besoin. Mais cette pratique n'est pas répandue dans tout le secteur et certains prestataires ne perçoivent pas encore l'importance.

3- RAPPEL DE LA VISION ET DES PRINCIPAUX OBJECTIFS DE LA POLITIQUE NATIONALE DE SANTE

La vision de la politique de santé est d' « assurer à toute la population le niveau de santé le plus élevé possible en mettant tout en œuvre pour développer un système basé sur des initiatives publiques et privées, individuelles et collectives, accessibles et équitables, capables de satisfaire le droit à la santé de tous en particulier les plus vulnérables ». La politique de santé reste basée sur les soins de santé primaires et prend en compte les engagements internationaux du Togo vis-à-vis des organisations sous régionales, régionales et mondiales en matière de santé.

Les principaux objectifs sont déclinés comme suit :

- réduire la mortalité maternelle et néonatale et renforcer la planification familiale ;
- réduire la mortalité chez les enfants de moins de 5 ans ;
- combattre le VIH/sida, le paludisme, la tuberculose et les autres maladies à savoir
 - 1) maladies non transmissibles : diabète, HTA, drépanocytose, maladies mentales, cancer, obésité, maladies bucco dentaires, maladies respiratoires chroniques,
 - 2) maladies à potentiel épidémique : **rougeole, choléra, méningite, fièvres virales hémorragiques...**;
 - 3) maladies tropicales négligées : **lèpre, ulcère de buruli, onchocercose....** ;
- promouvoir la santé dans un environnement favorable ;
- améliorer l'organisation, la gestion et les prestations des services de santé.

4- JUSTIFICATION DE L'ELABORATION DE LA POLITIQUE DE QUALITE DES SERVICES DE SANTE

S'inscrivant dans les ODD, un des engagements relatifs à la santé au Togo est d'assurer la CSU pour sa population. La CSU consiste à : « veiller à ce que l'ensemble de la population ait accès aux services préventifs, curatifs, palliatifs, de réadaptation et de promotion de la santé dont elle a besoin et à ce que ces services soient de qualité suffisante pour être efficaces, sans que leur coût n'entraîne des difficultés financières pour les usagers »

. Un de ces axes est alors d'offrir des soins essentiels de qualité. La dimension qualité est donc capitale pour atteindre cet objectif.

Malgré les efforts déployés par le secteur, l'une des grandes insuffisances relevées lors de l'évaluation du PNDS 2012-2015 a été la faible qualité des soins alors que leur accessibilité géographique était acceptable. Fort de ce constat, le Gouvernement togolais s'est engagé à améliorer la qualité des services de santé disponibles et l'a matérialisé à travers l'axe 5 du PNDS 2017 – 2022 dans son orientation stratégique 4 en ces termes « Développement d'une offre de services et soins de santé facile d'accès et de qualité sur l'ensemble du territoire » et son intervention prioritaire 4.2 « Développement d'un système d'assurance qualité en milieu de soins ». Afin d'aller dans l'opérationnalisation de ce qui précède, le Togo avec le soutien des partenaires s'est résolument engagé à définir une politique claire d'assurance qualité des services.

Cet engagement est matérialisé par le présent document élaboré sur la base du guide d'orientation de l'OMS en matière de qualité des services.

5- CONCEPT DE QUALITE DES SERVICES DE SANTE

5.1 - QUALITE

5.1.1- Définition

En 2006, l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) définissait les concepts de base de la qualité en spécifiant que « les soins doivent être efficaces, efficaces, accessibles, acceptables, centrés sur le patient, équitables et sûrs. En substance, cette définition a introduit la dimension d'« accessibles », qui élargit la visée de « en temps utile »

« Par qualité des soins, il faut entendre le degré auquel des services de santé s'adressant à des individus et à des populations accroissent les chances d'obtenir les résultats de santé souhaités et sont conformes aux connaissances professionnelles actuelles »

Au Togo, la qualité des services de santé consiste à garantir à chaque personne la combinaison d'actes préventifs, diagnostiques et thérapeutiques qui lui assure le meilleur résultat, au meilleur coût et à moindre risque iatrogène pour sa grande satisfaction.

5.1.2- Déterminants

L'offre des services de qualité se subdivise en **structures, processus et résultats**

- Les **mesures structurelles** définissent le degré de préparation d'un établissement de santé à fournir des soins en termes d'intrants et de personnel nécessaires. Elles prennent en compte «la capacité présumée du prestataire à fournir des soins de santé de qualité ».
- Les **processus** se concentrent sur les soins dispensés conformément aux normes. Cela inclut les délais et la précision du diagnostic, le traitement approprié, le respect du client et l'information donnée aux clients.
- Les **résultats** font référence à l'état de santé et à la satisfaction des clients servis. La qualité des services de santé se définit selon cet auteur comme «Fournir des soins de qualité consiste à appliquer la science médicale de manière à maximiser les résultats qu'on en tire sans pour cela augmenter les risques »

Les bases conceptuelles de la qualité sont de trois ordres à savoir : la conception de la qualité, le contrôle et l'amélioration continue.

- La **conception** consiste à définir à l'avance le minimum de moyens à mettre en place pour chaque soin (environnement/cadre, matériel, ressources humaines, médicaments), la manière de l'offrir en respectant une procédure préétablie des soins.
- Le **contrôle** fait référence à la recherche des écarts ou de la conformité entre ce qui est offert aux populations en référence à ce qui a été conçu (normes et procédures).
- **L'amélioration continue** est l'effort perpétuel des différents acteurs de la santé à réduire au strict minimum les écarts entre l'offre et les références.

5.2- NORME

5.2.1- Définition

Une norme désigne un état habituellement répandu, moyen, considéré le plus souvent comme une règle à suivre. Ce terme générique désigne un ensemble de caractéristiques prédéfinies décrivant un objet, un être, qui peut être virtuel ou non .

Pour être applicable par tous les acteurs, la norme doit être déterminée et disséminée par une autorité du domaine visé (Ministère en charge de la santé par exemple pour les normes y afférents au secteur sanitaire).

5.2.2- Déterminants

Un déterminant de la norme est un facteur qui influence l'application de la norme.

Les normes sont adoptées en fonction de l'évolution de la science, de la disponibilité des ressources (matérielles, humaines, etc...) et de la capacité des populations à accéder aux services données. Au Togo, il existe par exemple des normes en termes de paquet minimum de services à offrir selon les niveaux de prestations, d'infrastructures sanitaires, d'équipements, de ressources humaines en santé et de structures de formation en santé.

5.3- DIMENSIONS DE LA QUALITE

5.3.1- Définition

La dimension est la mesure de chacune des grandeurs nécessaires à l'évaluation d'un objet ou d'une structure. En matière de qualité, les dimensions sont nécessaires pour apprécier les améliorations à entreprendre ainsi que les résultats observés.

5.3.2- Principales dimensions de la qualité

Les principales dimensions de la qualité retenues par l'OMS sont les suivantes :

- Efficacité ;
- Sureté ;
- Centré sur la personne ;
- Fournie en temps utile ;
- Equité ;
- Intégré ;
- Efficience.

Toutefois, ces dimensions pourront être appréciées selon les niveaux de prestations et les structures évaluées.

5.4- PERCEPTION DE LA QUALITE

La **perception** est l'activité par laquelle un sujet fait l'expérience d'objets ou de propriétés présents dans son environnement. Cette activité repose habituellement sur des informations délivrées par ses sens. Chez l'espèce humaine, la perception est aussi liée aux mécanismes de cognition. Le mot « perception » désigne :

- soit le processus de recueil et de traitement de l'information sensorielle ou sensible ;
- soit la prise de conscience qui en résulte.

Chaque client juge la qualité des soins et services de santé selon ses propres critères, que ce soit le patient, la communauté, le prestataire ou le gestionnaire. Ces différentes perceptions doivent être prises en compte dans la conception et le fonctionnement des services de santé. Alors, on doit tenir compte de ces différentes perceptions sur la qualité des différents acteurs du système de santé. Selon les perceptions, les types de qualité possibles sont :

- qualité voulue ;
- qualité attendue ;
- qualité délivrée ;
- qualité ressentie.

Toutefois, le Ministère en charge de la Santé reconnaît que c'est en agissant sur tous ces déterminants qu'on

peut parler d'un système qui fournit des soins de qualité.

5.5- ASSURANCE QUALITE OU CULTURE DE LA QUALITE

L'assurance qualité est : « l'ensemble de toutes les activités systématiques et planifiées mises en œuvre au sein de système de la qualité et présenté au besoin afin de susciter la confiance requise dans le fait qu'une entité satisfait aux exigences de la qualité. »

Elle vise à garantir un niveau constant de qualité grâce à une organisation spécifique. Par exemple la mise en place d'un système qualité permet à une structure de s'assurer qu'elle détecte, mesure, corrige les dysfonctionnements potentiels et met en place les actions préventives appropriées de façon continue.

6- DONNEES SUR LA PROBLEMATIQUE DE LA QUALITE DES SERVICES DE SANTE EN AFRIQUE ET AU TOGO

6.1- ENGAGEMENT INTERNATIONNAUX EN FAVEUR DE LA QUALITE DES SERVICES DE SANTE EN AFRIQUE

Le nombre croissant d'appels au changement et à la réforme des systèmes de santé aux niveaux national, régional et mondial ont fait naître la préoccupation de l'OMS pour la qualité des services de santé. Lors de la réunion du Conseil exécutif de l'OMS en janvier 1992, le Directeur général a souligné que l'accès aux services de santé n'avait aucun sens si la qualité de ces services n'était pas garantie.

La prise de conscience de la qualité comme partie prenante au développement de la santé est essentiellement due à l'écart de plus en plus visible qui se creuse entre les ressources disponibles pour le secteur de la santé et les besoins des individus comme des communautés en matière de services de santé. La plupart des pays et zones de la région s'appliquent, d'une façon ou d'une autre, à améliorer le niveau de qualité des soins qui sont dispensés dans leur service de santé. Dans la seconde évaluation de la santé pour tous, en 1991, 19 pays faisaient explicitement référence à un aspect de leurs activités de santé pour tous, lié à la qualité des soins.

Depuis plusieurs années, le ministère a toujours initié des interventions dans le secteur afin de contribuer à l'amélioration de la qualité. Le tout récent engagement manifeste du pays en faveur de la qualité des services a été exprimé dans le PNDS 2017-2022 en cours de mise en œuvre dans son axe 4 et son orientation 4.2.

6.2- ETAT DES LIEUX DE LA QUALITE DES SERVICES DE SANTE AU TOGO

Le Togo a démarré le processus d'assurance qualité des services de santé vers la fin des années 90. Ce processus était essentiellement axé sur la planification familiale (PF). En 1994 le Togo avait bénéficié des projets de Soutien, Expansion et Appui Technique des services de Santé (SEATS) suivi du projet de Santé Familiale et Prévention du Sida (SFPS) financés par l'USAID d'une part et les appuis de l'UNFPA et la GTZ d'autre part. Ces différentes assistances ont permis de jeter les bases de la qualité des services avec un document de formation et des outils de supervision pour le suivi.

Le projet SFPS a permis de mettre en place un système de motivation appelé «Cercle d'Or ». Cette distinction est attribuée aux centres de santé qui ont mis en œuvre des changements ayant abouti à des résultats encourageants.

Selon le rapport de l'étude préalable à l'élaboration de ces documents d'orientation réalisée en novembre 2018 :

- l'AQS est en cours dans la région centrale (les districts de Sotouboua et de Mò) ;
- L'Association Togolaise pour le Bien Etre Familial (ATBEF) exécute la démarche qualité des services (QDS) initiée par l'IPPF dans ces cliniques ;
- Le projet Agir PF qui a été clôturé en mai 2018 a également mis en œuvre la démarche COPE dans 15 formations sanitaires à travers le pays ;
- Dans les hôpitaux (régionaux et de districts), le ministère à travers la division des laboratoires met également en œuvre un Management de la qualité dans les services de laboratoire ;
- Dans le cadre du financement du Fonds Mondial de Lutte contre le sida, le paludisme et la tuberculose, la cellule de coordination de l'Université de Liverpool en collaboration avec l'Université de Lomé met en place une approche qualité dans 62 formations sanitaires de 3 régions (Lomé Commune, Plateaux et Savanes) ;
- Dans le cadre de la préparation aux urgences de santé publique, en particulier Ebola, des personnels de santé (environ 800 personnes) ont été formés en prévention et contrôle de l'infection (PCI) et des comités PCI mis en place dans certaines structures ;
- L'approche HealthWISE (Amélioration des conditions de travail dans les services de santé) a été pilotée entre 2016 et 2017 par le service de la médecine du travail dans huit (08) sites pilotes et un plan stratégique élaboré.
- Le WASH FIT (outil d'amélioration du WASH dans les formations sanitaires) est mis en œuvre dans 122 structures par la Division de l'assainissement de base, avec des résultats satisfaisants.

De juin 2018 à ce jour, 30 formations sanitaires (USP) de la région de la Kara bénéficient de l'appui du projet de Renforcement du Système de Santé, Santé Reproductive et Droits Sexuels (ProSanté) financé par la GIZ qui met en place un processus d'amélioration de la qualité des services de santé.

Bien que toutes ces démarches d'assurance qualité soient en cours au Togo, la qualité des services reste une grande préoccupation dans le secteur.

CHAPITRE II-

CADRAGE POLITIQUE

7- VALEURS, PRINCIPES, VISION, MISSION DE LA POLITIQUE NATIONALE DE LA QUALITE DES SERVICES DE SANTE

7.1- VALEURS

La politique nationale de qualité des services de santé du Togo repose essentiellement sur les valeurs suivantes:

- **Transparence et honnêteté** : dispenser des prestations de façon honnête et intègre ;
- **Genre et équité** : assurer la même qualité de soins et services pour tous les clients quels que soient leur sexe, leur rang social et leurs opinions politico-religieuses ;
- **Respect des règles de l'éthique** : respecter la personne humaine et la déontologie professionnelle ;
- **Respect des conditions de prestation de service** : respecter les normes et procédures pour toutes prestations sans exception et respecter des conditions minimales en termes d'infrastructures, de ressources humaines et d'équipement ;
- **Collaboration** : favoriser l'établissement de partenariat solide entre les acteurs et travailler ensemble pour opérer des changements positifs et durables dans le système de santé ;
- **Redevabilité** : définir des buts et objectifs clairs, assumer la responsabilité de les atteindre, rendre compte et être sanctionné en cas de non-respect des engagements pris.

7.2-PRINCIPES

Les principes ci-dessous guideront la mise en œuvre de la politique d'amélioration de la qualité des services de santé :

- **Implication de la communauté**: donner une place importante à la communauté dans le processus d'amélioration de la qualité à travers des représentants désignés/veille sociale ;
- **Couverture des prestations** : prendre en compte l'ensemble des prestations du paquet minimum d'activités de la structure dans le processus de qualité ;
- **Harmonisation du processus** : faire en sorte que le processus d'amélioration de la qualité soit harmonisé et appliqué dans toutes les structures de santé ;
- **Documentation** : mettre par écrit tous les changements mis en œuvre qui ont permis d'obtenir des résultats tangibles et capables d'être reproduits dans d'autres structures à un coût acceptable ;
- **Partage des expériences** : mettre en place un créneau réunissant les prestataires des structures au niveau district, régional voire national pour partager les expériences les plus enrichissantes ;
- **Performance** : Contribuer à l'atteinte des meilleurs résultats possibles par la recherche constante des solutions les plus adéquates, ainsi que l'entraide et le support mutuel ;

- **Reconnaissance** : mettre en place une distinction individuelle, collective voire institutionnelle en considérant les qualités, les compétences et les contributions qui génèrent des résultats voire des innovations permettant d'améliorer les services de santé ;
- **Approche centrée sur le client** : mettre le client au cœur des préoccupations des prestataires et responsables. Toutes les actions doivent être pensées en conséquence.

7.3- VISION

La vision de la politique de qualité des services de santé est de faire du Togo un pays où tout individu quel que soit son statut social, économique, ses opinions politiques ou ses convictions religieuses ait accès à des services de santé de qualité, à moindre risque aboutissant à sa satisfaction totale et offerts à tous les niveaux de la pyramide sanitaire tant dans les structures publiques que privées.

7.4- MISSION

La mission de la politique nationale de qualité des services de santé consiste à faire un cadrage stratégique pour garantir de façon continue les services de qualité aux clients du secteur public et privé dans le souci de satisfaire leurs besoins et attentes, de développer une culture de qualité à tous les niveaux de la pyramide sanitaire par l'établissement des normes et leur communication aux prestataires. Il s'agira de former les acteurs, de mettre en place un mécanisme de supervision, de suivi et d'évaluation et d'utiliser un système efficient de gestion de l'information et de la documentation.

8- BUT ET OBJECTIFS

8.1- BUT

Le but de cette politique est de contribuer à créer les conditions pour que tout individu vivant au Togo, sans aucune distinction, ait accès à des services de santé capables de le satisfaire sur les plans physique, mental et social dans un environnement dans lequel le prestataire s'épanouit et utilise tout son potentiel.

8.2- OBJECTIF GENERAL

Fixer les repères de la qualité des services de santé au Togo pour permettre une offre de soins techniquement valable, répondant aux besoins de la population dans les formations sanitaires publiques et privées à tous les niveaux de la pyramide sanitaire.

8.3- OBJECTIFS SPECIFIQUES

Les objectifs spécifiques de la politique nationale d'assurance qualité des services de santé sont les suivants :

- Créer un environnement institutionnel favorable à la mise en œuvre de la qualité des services ;
- Mettre en place un mécanisme harmonisé de mise en œuvre des changements visant l'amélioration continue de la qualité des services ;
- Mettre en place des mécanismes de soutien à la qualité des services ;
- Renforcer les infrastructures, les équipements et les ressources humaines dans les structures de

prestation des services de santé ;

- Assurer le suivi et l'évaluation du processus d'amélioration de la qualité à tous les niveaux de la pyramide sanitaire.

9- STRUCTURES DE GESTION DE LA QUALITE

La généralisation du concept « qualité des services de santé » à tout le système sanitaire nécessite la mise en place des structures à tous les niveaux (national, régional et périphérique). La présente politique nationale prévoit les structures suivantes:

- Un Conseil national de la qualité des services, chargé de la conception normative, stratégique et organisationnelle ;
- Un Conseil régional de la qualité chargé d'assurer l'appui de la mise en œuvre au niveau régional et l'accompagnement des districts et des équipes des hôpitaux. ;
- Un Conseil de district de la qualité chargé d'appliquer sur le plan opérationnel, les mesures d'amélioration de la qualité ;
- Des cercles de la qualité au niveau des hôpitaux et autres points de prestation de services de santé.

Un arrêté ministériel précise la composition, les attributions et le fonctionnement de chacune de ces structures.

**CHAPITRE III -
CADRE DE MISE EN OEUVRE ET
MECANISMES DE SUIVI ET
EVALUATION**

10- MISE EN ŒUVRE DE LA POLITIQUE NATIONALE DE LA QUALITE DES SERVICES DE SANTE

Le cadre institutionnel de mise en œuvre de la présente politique nationale de la qualité des services de santé repose sur l'organigramme du ministère de la santé depuis le secrétariat général jusqu'aux directions de district sanitaire.

10.1- CADRE INSTITUTIONNEL

10.1.1- Conseil National de qualité des services de santé

La promotion de la qualité des services de santé est placée sous la responsabilité technique du secrétariat général de la santé qui dirige le Conseil National de qualité des services de Santé. Les différentes réunions régulières dudit conseil constitueront le cadre formel de suivi du fonctionnement du processus d'amélioration de qualité et de règlement des différents goulots d'étranglement constatés au niveau intermédiaire et périphérique.

10.1.2- Direction des établissements de soins et de réadaptation (DESR)

La DESR en sa qualité de secrétaire du conseil national de qualité présente au cours des réunions dudit conseil la situation de la mise en œuvre de la présente politique.

10.1.3- Conseil Régional de qualité des services de santé

Les directions régionales de la santé sont les institutions responsables de la mise en œuvre de la politique de qualité à travers les conseils régionaux de qualité des services de santé. Les questions de qualité au niveau des hôpitaux régionaux et des districts seront discutées au cours des réunions. La section régionale des établissements de soins assure le secrétariat du conseil.

10.1.4- Conseil de qualité des services de santé du district

Les directions des districts sanitaires seront les institutions responsables de la mise en œuvre de la politique de qualité à travers les conseils de qualité des districts sanitaires. Le conseil discute des questions de qualité au niveau de l'hôpital de district et des autres formations sanitaires au cours des réunions.

10.1.5- Conseil de qualité des services de santé des hôpitaux et des structures spécifiques

Le directeur de l'hôpital (CHU, CHR, HD, Communal) et des structures spécifiques sont les premiers responsables de la mise en œuvre de la politique de qualité à travers le conseil de qualité des services de santé de l'hôpital. Les réunions seront consacrées aux questions de qualité dans les différents services de l'hôpital.

10.1.6- Cercle de qualité des USP et des services des hôpitaux

Le responsable de chaque service de l'hôpital ou de l'USP sera le premier responsable de la mise en œuvre de la politique de qualité à travers le cercle de qualité. Le cercle aura pour principale tâche les questions relatives à l'amélioration continue de la qualité au niveau du service de l'hôpital ou de l'USP.

10.2- PROCESSUS DE MISE EN ŒUVRE

La présente politique nationale d'amélioration de la qualité des services de santé sera mise en œuvre à tra-

vers les plans stratégiques quinquennaux et des plans opérationnels. L'élaboration de ces documents reste sous la responsabilité du secrétariat du conseil national de qualité.

10.3- FINANCEMENT DE LA POLITIQUE NATIONALE DE QUALITE

Le financement de la mise en œuvre de la présente politique proviendra des fonds publics des PTF et des privés. Les fonds publics proviendront du budget de l'Etat. Les lignes budgétaires existantes devront être adaptées au financement des besoins des activités d'amélioration de la qualité des services de santé à tous les niveaux de la pyramide sanitaire.

Les ressources privées et des partenaires seront recherchées auprès des communautés, des des partenaires techniques et financiers des ONGs et associations.

11- ROLES ET RESPONSABILITES DANS L'AMELIORATION DE LA QUALITE DES SERVICES DE SANTE

11.1- DIRECTIONS CENTRALES DU MINISTERE

Etant donné que la qualité des services de santé nécessite la mise en place des directives nationales en la matière, les différentes directions centrales du ministère et les partenaires techniques et financiers auront un rôle capital à jouer pour assurer les orientations nécessaires et le suivi de la mise en œuvre. Sur le plan transversal il s'agira des directions suivantes :

- Direction de la pharmacie, du médicament et des laboratoires ;
- Direction des ressources humaines ;
- Direction des infrastructures sanitaires, des équipements et de la maintenance ;
- Direction des établissements de soins et de réadaptation ;
- Direction du système national d'information sanitaire et l'informatique ;
- Direction des affaires financières.
- Direction de la santé de la mère et de l'enfant ;
- Direction de lutte contre la maladie et des programmes de santé publique ;
- Direction de l'hygiène et de l'assainissement,
- Direction des études de la planification et de la programmation.

Chaque direction, en fonction de ses rôles et responsabilités régaliens, devra développer les principales normes, être proche des acteurs pour leurs application ou la mise à disposition des intrants nécessaires pour la réussite de chaque intervention.

1 1.2- DIRECTEURS DES HOPITAUX ET DES SERVICES SPECIFIQUES

Les directeurs des hôpitaux (Communaux, HD, CHR, CHU) et des services spécifiques sont les premiers responsables du processus d'amélioration de la qualité des services de santé dans leurs structures respectives. La réussite de la mise en œuvre de la présente politique nécessite leur implication totale. En concertation avec les directeurs régionaux, de districts et les chefs des différentes unités de l'hôpital, le directeur veille au bon fonctionnement du conseil de qualité de l'hôpital et des différents cercles de la qualité.

1 1.3- SECTEUR PRIVE

L'organisation interlocutrice de la mise en œuvre de la présente politique est la Plateforme du Secteur Privé de la Santé (PSPS). Le ministère en charge de la santé en concertation avec cette Plateforme et les PTF, met en place une structure au sein de laquelle les parties prenantes sont représentées. Cette structure est chargée de coordonner la mise en œuvre de la qualité des services de santé dans le secteur privé.

1 1.4- PARTENAIRES TECHNIQUES ET FINANCIERS (PTF)

L'ensemble des PTF (multilatéraux, bilatéraux...) sera en concertation permanente avec le Gouvernement et le secteur privé pour faciliter la réalisation des objectifs de la présente politique. Ils notifient au Conseil National de la qualité des services de santé leurs observations et font des suggestions capables de booster le processus.

1 1.5- ORGANISATIONS PROFESSIONNELLES

Les organisations professionnelles comme les ordres nationaux et les associations de professionnels de santé participent au suivi de la mise en œuvre de la politique. Ils prêtent assistance à la formation des agents dans le cadre principalement des formations continues et contribuent également dans la mise à jour des normes et procédures de prestation des services de santé.

1 1.6- ORGANISMES D'ASSURANCE

Les organismes d'assurance contribuent au financement et à la surveillance des programmes d'incitation à la qualité des services, intègrent les mesures d'amélioration de la qualité dans les mécanismes de paiement, etc.

1 1.7- COMMUNAUTE/BENEFICIAIRES

Les communautés contribuent à la mise en œuvre de la qualité des services de plusieurs manières :

- Fournir aux acteurs des feedback sur l'organisation, l'offre des services et la satisfaction des usagers ;
- Répondre aux questions lors des recherches sur la qualité ;
- Participer aux activités et aux regroupements (COGES, Cercle de la qualité, Conseil de qualité, etc.) nécessaires pour l'application de la qualité des services ;
- Participer à l'offre de soins conformément à la politique de délégation de tâches.

12- SUIVI ET EVALUATION

Le suivi et l'évaluation de la mise en œuvre de la présente politique sont axés sur les résultats en s'appuyant sur les organes prévus dans le document afin de garantir une bonne harmonisation et une coordination efficace. Calqué sur le système national d'information sanitaire (SNIS), le cadre de suivi évaluation comporte trois niveaux de mise en œuvre (central, régional, district).

12.1- AU NIVEAU CENTRAL

12.1.1- Organe de coordination

L'organe de coordination est la DESR. Elle travaillera en étroite collaboration avec la direction du système national d'information sanitaire et de l'informatique (DSNISI) et les unités de suivi et évaluation des structures centrales.

12.1.2- Organes d'exécution

Les organes d'exécution sont les directions centrales du ministère, les fédérations nationales d'ONG/Associations intervenant dans la santé et la PSPS.

12.2- AU NIVEAU REGIONAL

12.2.1- Organes décentralisés de coordination

La section régionale de la DESR assure la coordination sous le leadership du DRS. Les unités de Suivi et Evaluation des directions régionales de la santé assurent la centralisation des données au niveau décentralisé.

12.2.2- Organes d'exécution

Les organes d'exécution au niveau régional sont :

- Différentes structures régionales de soins à savoir les hôpitaux régionaux, les structures de soins privées à envergure régionale, les services spécifiques ;
- La PSPS, les ONG et Associations au niveau régional.

12.3- AU NIVEAU DISTRICT

12.3.1- Organes décentralisés de coordination

Les équipes cadres de districts seront des organes de coordination. Les unités de Suivi et Evaluation des districts sanitaires joueront le rôle de collecte des données en rapport avec la qualité.

12.3.2- Organes d'exécution

Les directions des hôpitaux de district, les COGES des USP, les ONG et Associations disposant des structures de soins dans le district sont chargés de jouer ce rôle.

Au niveau communautaire, les organes d'exécution sont les structures (ONG/Associations) chargées d'encadrer l'offre des services de santé par les acteurs communautaires.

12.4- Suivi

Le système de santé dispose déjà d'un bon système de collecte des données de routine qui a été renforcé par la plateforme DHIS2. Les indicateurs de suivi de la qualité seront retenus et validés par le conseil national de qualité. Ils seront introduits dans cette plateforme DHIS2 pour être renseignés selon les différents niveaux. Pour les indicateurs qui ne seront pas renseignés en routine, le suivi pourra également se faire par des enquêtes. Les cercles de qualité seront tenus de mettre en place ou d'élaborer des chroniques de la qualité pour les suivis de terrain.

Les indicateurs pertinents déjà collectés et rapportés par le secteur de la santé seront évalués. Des orientations seront données sous la responsabilité de la DESR pour l'élaboration de l'ensemble des indicateurs essentiels

12.5- Evaluation

La présente politique de la qualité des services sera évaluée à travers les différents plans stratégiques quinquennaux qui seront élaborés pour faciliter sa mise en œuvre.

LISTE DES DOCUMENTS DE REFERENCE

1. Améliorer la qualité des soins dans tout le système de santé- Bulletin OMS –Décembre 2018 ;
2. Analyse du niveau d’application des normes de qualité de soins obstétricaux et néonataux d’urgence au Togo, Dr Amivi Afefa BABA ; décembre 2012 ;
3. Annuaire statistique 2016
4. Annuaire statistique 2017
5. Enquête sur les indicateurs du paludisme au Togo (EIPT)- 2017 ;
6. Guide d’élaboration d’une politique et d’une stratégie nationales relatives à la qualité ; (Élaboré conjointement par l’Organisation mondiale de la Santé et des pays menant des initiatives nationales d’amélioration de la qualité), ISBN 978-92-4-256556-0 © Organisation mondiale de la Santé 2019
7. L’assurance de la qualité dans les services de santé –OMS – Juillet 1992 ;
8. La qualité des services de santé : un impératif mondial en vue de la couverture santé universelle ; ISBN 978-92-4-251390-5 OMS- Organisation mondiale de la Santé, Organisation de Coopération et de Développement Économiques et la Banque internationale pour la reconstruction et le développement / La Banque mondiale, 2019
9. Politique nationale de la santé du Togo (2011) ;
10. Plan national de développement sanitaire du Togo 2017-2022- version définitive- février 2017 ;
11. Plan stratégique de gestion des déchets médicaux du Togo 2016-2020 ;
12. Politique nationale des interventions à base communautaire- Septembre 2009 ;
13. Politique nationale de l’assurance qualité des soins et services de santé au Bénin ;
14. Politique nationale d’amélioration de la qualité des soins et des services de santé en Côte d’Ivoire- Juin 2016 ;
15. Politique nationale de la santé communautaire du Bénin ;
16. « *Qualité des soins et relation d’aide au TOGO. L’exemple de la prise en charge de l’ulcère de Buruli à l’hôpital de Tsévié.* » ; Août/Octobre 2009 ; Caroline Martinez- Handicap International

