

REPUBLIQUE TOGOLAISE



Travail Liberté Patrie



PREPARATION AUX SITUATION D'URGENCE EN MATIERE DE SANTE SEXUELLE ET REPRODUCTIVE AU TOGO

RESULTATS DE L'EVALUATION DE L'ETAT DE PREPARATION DU DMU-SSR 2023

Rapport définitif

Par :
Dr. KPOVE K. Godfried
&
N'GANI Simtokina

Décembre 2023

Sommaire

Introduction	4
I. Justification et contexte	6
II. Objectifs et résultats de l'évaluation.....	8
III. Aperçu sur l'évaluation de l'Etat de préparation du DMU/MRA	9
IV. Aperçu général des résultats	13
4.1- Section I : Préparation globale au niveau national : politiques, coordination, données et ressources	14
4.2- Section II : Etat de préparation à la prestation de services tels que décrits dans le DMU	18
V. Défis	28
VI. Leçons apprises.....	29
VII. Recommandations.....	30
Conclusion	32
ANNEXES.....	33

Acronymes et abréviations

ANPC	: Agence Nationale de Protection Civile
ARV	: Anti Rétro-Viral
CAMEG	: Centrale d'Achat des Médicaments Essentiels Génériques et des Consommables médicaux
COUSP	: Centre d'Opération d'Urgence en Santé Publique
CU	: Contraceptions d'Urgence
DIU	: Dispositif Intra-Utérin
DME	: Diversification Menée par l'Enfant
DMU	: Dispositif Minimum d'Urgence
DSME	: Direction de la Santé de la Mère et de l'Enfant
DSMIE	: Directeur de la Santé Maternelle et infantile
EPI	: Equipements de Protection Individuelle
IARH	: Inter-Agency Emergency Health Kits
IEC	: Information, d'Education et de Communication
IST	: Infection sexuellement transmissible
MRA	: MISP Readiness Assessment
MSHP	: Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique
OMS	: Organisation Mondiale de la Santé
ONE HEALTH	: Une Seule Santé
ONG	: Organisation Non Gouvernementale
PA/CIPD	: Conférence internationale sur la population et le développement
PCI	: Prévention et de Contrôle des Infections
PEP	: Post Exposition Prévention
PTME	: Prévention de la Transmission Mère –Enfant du VIH
RH	: Ressources Humaines
SIS	: Systèmes d'Information Sanitaire
SMS	: Short Message Service
SOGIESC	: Orientation Sexuelle, Identité ou Expression de Genre et Caractères Sexuels
SONU	: Soins Obstétricaux et Néonataux d'Urgence
SONUB	: Soins Obstétricaux et Néonataux de Base
SONUC	: Soins Obstétricaux et Néonataux d'Urgence Complets
SSR	: Service de Santé Sexuelle et Reproductive
SURGE	: Projet de Renforcement de l'Utilisation des Equipes d'Intervention Rapide en cas d'Urgence
UNFPA	: Agence des Nations-Unies pour la Santé Sexuelle et Reproductive
USP	: Unité de Soins Périphérique
VBG	: Violence Basée sur le Genre
VIH	: Virus de l'immunodéficience humaine

Introduction

Les situations d'urgence aggravent la vulnérabilité des femmes, des jeunes filles et des groupes marginalisés réduisant leurs accès aux soins de santé sexuelle et reproductive (SSR). Le plus souvent, les besoins en matière de santé sexuelle et reproductive (SSR) persistent et se multiplient. Lorsqu'une urgence survient, les cas de grossesses, les complications, le risque de transmission des IST et du VIH continuent par se produire de même que les risques d'avortements et d'accouchements non médicalisés, ainsi que les violences sexuelles et sexistes s'augmentent parmi les populations déplacées ou victimes d'une quelconque catastrophe. Les populations particulièrement touchées sont constituées des réfugiés, des déplacés internes et les communautés d'accueil, etc. Dans ces conditions, les mécanismes de protection et de prestation de services tels que ceux de la santé, de l'éducation et de la police sont perturbés. L'on assiste à une dégradation des systèmes communautaires et des mécanismes nationaux de protection. Pour atténuer ces risques, il est essentiel d'avoir accès à des soins de santé de qualité dans les situations d'urgence.

L'évaluation à l'état de préparation DMU (MRA) fournit un aperçu de l'état de préparation et de la capacité à garantir l'accès aux services essentiels de SSR. Le Dispositif Minimum d'Urgence (DMU) comprend les services de SSR les plus importants pour prévenir la morbidité et la mortalité tout en protégeant le droit de vivre dans la dignité dans les situations humanitaires. Il s'agit d'un ensemble d'interventions SSR à mettre en œuvre dans les 48 heures au début d'une crise. Ainsi, Le DMU a pour but de prévenir la mortalité, la morbidité au sein d'une population touchée par une crise, et sauver des vies. Car, « une bonne santé sexuelle et reproductive constitue un état de bien-être total sur le plan physique, mental et social, relativement à tous les aspects du système reproductif. Dans cet état, les personnes sont en mesure de profiter d'une vie sexuelle satisfaisante et sûre et ont la capacité de procréer et de décider si elles désirent le faire ou non, ainsi que quand et comment ».

En référence aux préoccupations liées au débordement de la crise du Sahel au Togo avec ses conséquences, en plus des aléas récurrents notamment : les inondations, les vents violents, les épidémies/épizooties, le changement climatique, le nombre des déplacés internes dans la région des savanes s'élèvent 32 000 avec 23 526 réfugiés. Pour cela, l'évaluation de l'état de préparation du DMU au Togo vient à point nommé démontrer que :

- Les besoins SSR ne sont pas mis en exergue et augmentent souvent en raison des perturbations des système de santé, des déplacements et de l'effondrement des services de protection ;
- Les grossesses et les complications liées, la transmission des IST/VIH, le souhait d'accès aux contraceptifs ne s'arrête pas, accouchements non sécurisés, AP et VBG s'accroissent.

Cette initiative pour le pays relève également de plusieurs conventions régionales et internationales, notamment la CEDAW, la CIPD, le plan d'action de Maputo. Selon le rapport mondial sur les déplacements internes 2022, les conflits et la violence ont provoqué 11,6 millions de déplacements internes en Afrique subsaharienne en 2021, le chiffre le plus élevé jamais enregistré pour la région. Cela est dû, entre autres, à de nouvelles vagues de violence en Afrique de l'Est. Ces risques, ces vulnérabilités et ce manque de capacités d'adaptation ont un impact sur le bien-être et la survie de la population et affectent également l'accès et la disponibilité des soins de santé sexuelle et reproductive. Dans cette logique, L'UNFPA s'engage à garantir la disponibilité des soins de santé sexuelle et reproductive dans les situations d'urgence.

I. Justification et contexte

Peu d'attention accordée aux besoins en Santé Sexuelle & Reproductive en situation de crise

Durant les conflits, les catastrophes naturelles et autres situations d'urgence, les besoins en matière de Santé Sexuelle et Reproductive (SSR) ne sont pas mis en exergue et augmentent souvent en raison des perturbations des systèmes de santé, des déplacements et de l'effondrement des services de protection et des structures sociales.

Les grossesses et ses complications liées, le risque de transmission des infections sexuellement transmissibles (IST) et du virus de l'immunodéficience humaine (VIH) ainsi que le souhait d'avoir accès aux contraceptifs ne s'arrêtent pas lorsqu'une situation d'urgence survient. En outre, les risques d'avortements et d'accouchements non sécurisés, et de Violences Sexuelles Basées sur le Genre (VBSG), s'aggravent en situation de crise et exacerbent la vulnérabilité des femmes, des filles, des personnes vivant avec handicap, des personnes de troisième âge et des groupes marginalisés. Ces besoins liés à la SSR sont facilement négligés, alors qu'ils sont souvent considérables, de même que les besoins hygiéniques des femmes et des jeunes filles qui sont aussi négligés. Pour atténuer ces risques, l'accès à des soins de SSR de qualité dans les situations de crise est essentiel.

Le débordement de la crise du Sahel : une préoccupation majeure en matière de gestion des contingences

Bien que le Togo ne connaisse pas actuellement une situation de crise généralisée, en matière de gestion des contingences, le pays jusque-là focalisé sur les aléas que sont les inondations, les vents violents, les épidémies/les épizooties localisés, et le changement climatique, se préoccupe à présent du débordement de la crise du Sahel dans la région des Savanes, qui constitue une préoccupation majeure susceptible d'anéantir les efforts de développement économiques et sécuritaires du pays à l'instar des autres pays de la sous-région Ouest-africaine comme le Mali, le Niger et le Burkina Faso. Cette crise qui est née de la révolution libyenne en 2011, est marquée par des attaques terroristes perpétrées par des djihadistes au Nord Mali, qui se sont progressivement étendues dans le Sahel (Burkina Faso et Niger), et à présent menacent les pays côtiers que sont le Bénin, la Côte d'Ivoire et le Togo dans leurs parties septentrionales. Aujourd'hui, les attaques terroristes récurrentes au Nord du Bénin et du Togo notamment dans la région des Savanes, ont occasionné environ 23 526 réfugiés et 32 000 déplacés internes pour le compte du Togo.



Adresser efficacement les besoins SSR en situation de crise grâce au DMU

Le Dispositif minimum d'urgence (DMU ou MISP en anglais) pour la santé sexuelle et reproductive est un ensemble d'actions minimales à mettre en œuvre au tout début d'une crise — dans les 48 heures — dans le but de prévenir la mortalité, la morbidité et l'invalidité au sein des populations touchées par une crise.

Bien que l'importance de fournir des soins de SSR en situation de crise soit reconnue dans des documents de référence internationaux, plusieurs évaluations de la mise en œuvre du DMU ont montré que les services essentiels de SSR ne sont toujours pas mis en œuvre de manière cohérente. Des efforts plus importants sont nécessaires pour garantir la disponibilité des soins de SSR pour tous en cas d'urgence, notamment le renforcement des efforts de préparation.

L'indice pour la gestion des risques (INFORM)¹ au Togo évalué à 3,9 en 2023 est globalement moyen mais le manque de capacité d'adaptation établi à 7,5 est très élevé. Ceci nous oblige à évaluer notre état de préparation au Dispositif minimum d'urgence (DMU/SSR) afin d'identifier des actions à mettre en œuvre pour faire durablement face aux situations d'urgence et créer des mécanismes de résilience. L'évaluation de l'état de préparation au DMU (MRA) permet d'avoir un aperçu de la capacité du pays à garantir l'accès aux services essentiels de SSR, comme indiqué dans le DMU. Elle permet également d'identifier les domaines clés nécessitant des améliorations et pourrait servir de point de départ à un travail structuré et ciblé de préparation en matière de SSR.

¹ L'indice pour la gestion des risques (INFORM) est un outil qui permet de comprendre et de mesurer les risques de catastrophes et de crises humanitaires et l'influence des conditions de leur survenance sur le développement durable. Le modèle de risque INFORM fournit des informations sur les risques structurels concernant les dangers et l'exposition, la vulnérabilité et le manque de capacité d'adaptation.

II. Objectifs et résultats de l'évaluation

L'objectif général de l'évaluation de l'état de préparation du dispositif minimum d'urgence (DMU) est d'apprécier l'état de préparation et de la capacité nationale à garantir l'accès aux services essentiels de SSR tels que décrits dans le DMU. Elle permet d'identifier les domaines clés nécessitant des améliorations pour servir de point de départ à un travail structuré et ciblé de préparation du Togo en matière de SSR.

Les objectifs spécifiques du présent exercice sont suivants :

- procéder à une analyse du questionnaire MRA ;
- prioriser les lacunes devant permettre d'élaborer un plan d'action ;
- élaborer un plan d'action.

Des objectifs formulés, les résultats escomptés se présentent comme suit :

- les réponses au questionnaire MRA sont analysées, compilées et regroupées par priorités ;
- les priorités/lacunes à combler sont identifiés
- le plan d'action est élaboré.

III. Aperçu sur l'évaluation de l'Etat de préparation du DMU/MRA

L'évaluation de l'état de préparation du DMU (MRA) est un processus qui a pour finalité d'accompagner le gouvernement du Togo à évaluer l'état de préparation à la mise en œuvre du DMU en cas d'urgence. De ce fait, elle a offert au pays une opportunité indispensable pour mesurer et comprendre l'état de préparation actuel du pays.

Le processus a comporté la collecte des données à travers le remplissage du questionnaire, l'analyse desdites données qui a débouché sur l'identification des lacunes à combler et la priorisation des besoins pour aboutir à un plan d'action.

Le caractère multisectoriel du processus a été marqué par la participation des acteurs des ministères de la Santé, des finances, de la planification, les ONG internationales, les ordres professionnels de santé, les associations des jeunes à l'analyse des données du questionnaire et à l'atelier d'évaluation (*cf liste des participants en annexe*).

Par rapport à la collecte des données, il faut signaler qu'au total 32 questionnaires ont été distribués aux différents acteurs impliqués dans l'état de préparation du Dispositif Minimum d'Urgence (DMU). Le questionnaire comporte **58 questions** réparties en trois sections. **La section 0** porte les informations d'ordre général. **La section I** a abordé la préparation globale au niveau national et traite des politiques, de la coordination et des ressources. A ce titre, elle a permis de collecter une série de données portant sur l'environnement politique, les mécanismes de coordination, les données de SSR et les ressources financières. **La section II** a été essentiellement consacrée à la disponibilité d'offre des services SSR tels que décrits dans le DMU (*voir en annexe la structure du questionnaire avec les différentes sections et sous-sections*). Le questionnaire qui a été préalablement rempli par les acteurs sélectionnés, a servi d'outils de travail lors de l'atelier organisé à cet effet le 15 décembre 2023.

L'organisation de cet atelier a couronné l'évaluation de l'état de préparation du DMU. Il a été marqué par quatre étapes. Il s'agit notamment de :

- Une introduction sur DMU/SSR ;
- L'examen du questionnaire en travaux de groupes, suivi de l'identification des priorités et de l'élaboration d'un plan d'action, ce dernier entamé au cours de l'atelier a été finalisé par le consultant et équipe restreinte. ;
- La plénière.

L'évaluation a permis aux parties prenantes de suivre les étapes de l'état de préparation à la prestation de services liés au DMU. Elle a également facilité l'identification des composantes de la prestation de services à renforcer pendant la préparation. Comme il existe de nombreux éléments communs pour assurer une prestation de services adéquate, l'aperçu sur l'évaluation s'est concentré sur une orientation générale de la préparation. La revue des questions s'est focalisée sur celles auxquelles les réponses ont été « non » et « insuffisant ». Les questions sur la disponibilité des services pour chaque objectif du DMU et à différents niveaux d'établissements de santé ont contribué de retenir des activités plus ciblées.

Ainsi, certaines activités pour garantir la disponibilité des services liés au DMU en cas de situation d'urgence ont été suggérées. Les activités suggérées pour assurer les services liés au DMU sont entre autres :

- les politiques et la législation ;
- la logistique et les fournitures ;
- les effectifs ;
- les établissements de santé publics et privés ;
- la Prestation de services ;
- l'engagement communautaire ;
- la communication ;
- le matériel IEC.

A partir des activités suggérées, les travaux de groupes ont servi de cadre de discussion et d'analyse des données collectées pour à aboutir une réponse consensuelle qui est adaptée aux réalités du Togo. Cette analyse a permis de ressortir les lacunes et faiblesses liées à la situation actuelle du Togo en matière de préparation au DMU/SSR. Les lacunes et faiblesses issues des présentes actions en situation d'urgence au Togo ont été priorisées en besoins pour servir à l'élaboration du plan d'action.

La plénière a servi aussi de cadre pour la validation des travaux de groupes. De manière spécifique, elle a consisté à avoir les mêmes points de vue et opinions sur la hiérarchisation des besoins et validé ainsi les besoins prioritaires en fonction des manquements au DMU en situation d'éventuelles crises au Togo.

Pour démontrer l'efficacité des travaux du groupes, il est opportun de revenir l'approche méthodologique qui a conduit à l'analyse et la priorisation de besoins.

Rappel de l'approche méthodologique de l'évaluation de l'état de préparation du DMU (MRA)

L'approche méthodologique a été participative et inclusive. Elle est subdivisée en deux étapes. Cette approche a été déployée à travers la collecte des données suivie de l'identification des besoins et de la validation des résultats en plénière :

Première étape : Travaux de Groupes

Cette étape est essentiellement marquée par :

- les données collectées à travers le questionnaire MRA ont été analysées par les participants ;
- les besoins et les lacunes sont identifiés ;
- les lacunes ont été classées par ordre de priorité à l'aide d'une **méthode de priorisation**.

Deuxième étape : Plénière

Les lacunes prioritaires identifiées devant servir à l'élaboration du plan d'action ont été validées en plénière.

Il faut rappeler que la méthode de priorisation MoSCoW a été utilisée pour parvenir à une compréhension commune en vue d'avoir un consensus des besoins priorités. Cette priorisation est basée sur le procédé d'analyse suivante :

- Mo : Must Have. Les aspects les plus essentiels dont vous ne pouvez pas vous passer ;
- S : Should Have. Les aspects que vous considérez importants mais pas essentiels ;
- C : Could Have. Les aspects qu'il est bon de maîtriser ;
- W : Won't Have. Les aspects ayant peu ou pas de valeurs et auxquels vous pouvez renoncer

De cette méthode de priorisation des besoins, une fois les réponses du questionnaire MRA analysées, elles ont été traduites en activités de préparation réalisables. Pour ce faire :

- les réponses fournies dans chaque section et sous-section du questionnaire MRA ont été analysées de manière réfléchie ;
- les capacités et les atouts actuels (la plupart des questions auxquelles on a répondu par « oui » ou « idéal »), ainsi que les besoins et les lacunes (questions auxquelles on a répondu par « non » ou « je ne sais pas ») ont été identifiées;
- les domaines sur lesquels concentrer les ressources et les efforts de préparation ont été identifiés.

Après l'analyse des données collectées, les lacunes ont été identifiées et traitées par niveau d'importance en fonction des sous-sections.

Les lacunes identifiées ont été classées par priorités P1, P2, P3 ou P4 selon les indications ci-dessous :

- Priorité 1 (P1) — **Essentiel (E)** : Ces questions sont essentielles à traiter pour assurer la préparation au DMU.
- Priorité 2 (P2) — **Important (I)** : les questions qui sont importantes, mais pas essentielles, pouvant être traitées plus tard

- Priorité 3 (P3) — **Connexe (Co)** : les questions qu'il serait bon de traiter, mais qui ne sont pas absolument nécessaires dans le contexte togolais.
- Priorité 4 (P4) — **Facultatif (A)** : les questions qui apportent peu ou pas de valeur ajoutée et qui ne nécessitent pas d'action à ce stade.

A la fin de la priorisation des besoins/lacunes les résultats de l'évaluation et des justifications ont été discutés en plénière et validés.

L'élaboration d'un plan d'action qui a été dernière étape du processus d'évaluation, constitue une partie fondamentale de la MRA. Son élaboration a tenu compte des directives sur les activités de préparation en matière de SSR revue et des besoins priorités approuvés par la plénière.

Ainsi, le plan d'action est conçu et précise clairement les responsables de chaque action, les délais, ressources nécessaires. Il découle des lacunes prioritaires identifiées dans les quatre priorités, et décide des actions à mener.

IV. Aperçu général des résultats

L'évaluation de l'état de préparation au DMU en tant qu'initiative nationale a été effective grâce au soutien financier de l'UNFPA. Quand bien même le Togo est présentement exposé à divers types d'urgences, telles que les catastrophes naturelles, le prolongement de crise du sahel et d'autres risques et conflits, la conduite d'une telle initiative axée sur la préparation est tout à fait nouvelle dans le pays.

Les résultats globaux de l'évaluation ont démontré que le Togo dispose, de manière générale, des politiques relatives à la gestion des situations d'urgence. Toutefois, la préparation à l'état d'un dispositif minimum d'urgence en SSR est assez rare voire inexistante.

De l'analyse des résultats, il ressort que le pays ne dispose pas d'un environnement législatif favorable qui soutient spécifiquement la SSR dans les situations d'urgence. Ce fait s'est manifesté par le manque de politiques ou plans SSR et l'absence d'une législation et/ou des politiques nationales comportant des dispositions limitant l'accès aux soins de SSR pour certains groupes tels que : les migrants, les sans-papiers, les réfugiés, les jeunes, les célibataires, les personnes ayant une orientation sexuelle, une identité et une expression de genre et des caractéristiques sexuelles différentes, les personnes vivant avec le VIH, les professionnels du sexe, etc. De même, l'inexistence des mécanismes de coordination nationale s'est fait remarquer sur le terrain en matière de préparation, de réponse et de recouvrement des situations d'urgence dans le pays. Exception faite de quelques rares actions réactives pour couvrir les situations d'urgence et les ressources spécifiques pour la préparation à la SSR avec des ressources nationales.

Les outils de collecte de données spécifiques à la SSR dans les situations d'urgence ne sont pas toujours complets. Les besoins prioritaires P1 s'articulent autour de l'absence d'une stratégie nationale du DMU en SSR avec un mécanisme de gestion efficace. Par ailleurs, les politiques et plans nationaux /infranationaux n'ont pas suffisamment pris en compte le DMU en SSR. Dans ces conditions, la révision de loi SSR avec des textes d'application sont une occasion de mettre à l'échelle le DMU en SSR en cas d'urgence.

Par rapport à la fourniture de services liés au DMU, l'évaluation souligne la nécessité d'améliorer la disponibilité de prestataires formés, d'installations sanitaires et d'espaces sûrs, ainsi que de fournitures générales. Les lacunes prioritaires P2 identifiées se réfèrent à la disponibilité et à l'accessibilité des services SSR en situation d'urgence. A ce niveau, les manquements contactés sont liés à l'insuffisance de médicaments et de matériels IEC pour une meilleure accessibilité l'information aux soins de santé en SSR. Ces besoins sont confirmés par le manque de structures d'accompagnement et de prise en charge. C'est le cas spécifiquement des services de prévention des violences sexuelles, les besoins des survivants, ainsi que la fourniture de soins d'avortement sûrs. L'évaluation a mis l'accent sur plusieurs lacunes qui

subsistent déjà en période de stabilité et qui doivent être solutionnées pour pouvoir apporter des réponses humanitaires adéquates. Par ailleurs, la plupart des acteurs humanitaires n'ont aucune connaissance du DMU

Les besoins prioritaires P3 relevés portent sur la mobilisation des ressources nécessaires pour soutenir l'offre de services SSR tels que précisés dans les objectifs du DMU. La rareté des fonds ne permet pas de mettre en place un mécanisme de d'approvisionnement en fournitures et équipements SSR (kits DMU). Elle rend difficile la gratuité des services de santé SSR.

Tout compte fait, l'évaluation a permis de mettre ensemble les acteurs et des partenaires de divers horizons, ce qui a contribué à créer une dynamique autour de l'importance de la santé sexuelle et reproductive et de la nécessité d'élaborer un plan d'action significatif pour renforcer la préparation en matière de santé sexuelle et reproductive et, en fin de compte, garantir de meilleures réponses en matière de santé sexuelle et reproductive pour garantir de meilleures réponses en situation de crise et gestion des catastrophes de nature diverse au Togo.

Cet aperçu général des résultats permet ainsi de donner des précisions sur quelques données collectées en fonction des différentes sections du questionnaire.

4.1- Section I : Préparation globale au niveau national : politiques, coordination, données et ressources

Sous-section I : politiques et plans nationaux et infranationaux de gestion des catastrophes

N°Q	Question	Oui	Non	Ne sais pas
1	Votre pays dispose-t-il d'un plan et/ou d'une politique national(e) de préparation et/ ou d'intervention en situation d'urgence ?	X		
2	Votre pays dispose-t-il d'un plan national de préparation en matière de <u>santé</u> et/ou d'intervention en situation d'urgence ?	X		
3	Ces plans sont-ils déployés au niveau infranational ?	X		
4	La SSR et/ou le DMU sont-ils intégrés dans une politique et/ou un plan national ou infranational d'intervention d'urgence en matière de santé ?	X		
5	Existe-t-il des politiques ou des plans de SSR prévoyant des dispositions pour la gestion des catastrophes et/ou les interventions d'urgence ?		X	
6	A votre connaissance, existe-t-il une législation et/ou des politiques nationales comportant des dispositions limitant l'accès aux soins de SSR pour certains groupes (par exemple, les migrants, les sans-papiers, les réfugiés, les jeunes, les célibataires, les personnes ayant une orientation sexuelle, une identité et une expression de genre et des caractéristiques sexuelles différentes [SOGIESC], les personnes vivant avec le VIH, les professionnels du sexe, etc.) ?		X	

7	A votre connaissance, la SSR est-elle incluse dans les plans de reprise lorsque la réponse passe des services aigus à des services plus complets ?	X		
---	--	---	--	--

Figure : Questions Sous-section I de la section I

L'analyse des données collectées a montré qu'au Togo, il existe plusieurs de politique et plans nationaux de gestion de catastrophes (Q1 à Q4 et Q7). Par contre, les résultats « **ont attesté d'une absence de politiques ou plans de SSR** », mais l'analyse a démontré l'existence d'un draft de document qui n'est pas encore validé (Q5). *Il en est de même de la législation et/ou des politiques nationales comportant des dispositions limitant l'accès aux soins de SSR pour certains groupes qui fait défaut aux politiques et plans nationaux.* Cependant, en se référant à la vision de la politique nationale de santé à l'horizon 2030 aucun groupe n'est exclu a confirmé les données analysées (Q6).

En conclusion, la plupart des politiques et plans nationaux, les textes législatifs ne prennent pas en compte le DMU en SSR.

Sous-section II ; Mécanisme de coordination pour la gestion des catastrophes en matière de SSR

N°Q	Question	Ou i	Non	Ne sais pas
8	Existe-t-il un mécanisme de coordination responsable de la gestion des catastrophes pendant la crise ?	X		
9	Dans ce mécanisme de gestion des catastrophes, existe-t-il une entité responsable de la santé, y compris la SSR et la VBG, pendant la réponse ?	X		
10	Existe-t-il un mécanisme de coordination (par exemple, un groupe de travail sur la SSR) pour discuter de la SSR dans les situations d'urgence au niveau national lorsqu'il s'agit de:			
	Préparation		X	
	Réponse		X	
	Recouvrement		X	
11	Existe-t-il une structure/un mécanisme de coordination (par exemple, un groupe de travail sur la SSR/un comité sur les catastrophes) pour discuter de la SSR dans les situations d'urgence au niveau infranational lorsqu'il s'agit de :			
	Préparation		X	
	Réponse		X	
	Recouvrement		X	

12	S'il n'existe pas de mécanismes de coordination, des points focaux SSR sont-ils nommés au niveau national et/ou infranational pour aider à la préparation et à la réponse aux situations d'urgence ?	X		
13	Les organisations de la société civile et les organisations communautaires qui travaillent/représentent les groupes marginalisés et mal desservis (par exemple, les femmes et les hommes handicapés, les personnes vivant avec le VIH, les personnes de diverses orientations sexuelles [SOGIESC], les groupes de jeunes, les chefs religieux, les professionnels du sexe, les minorités ethniques, etc.) sont-elles incluses dans les mécanismes de coordination ?	X		

Figure : Questions sous-section II de la section I

Conformément à l'analyse de données de la sous-section II qui regroupe les questions 8 à 13, les résultats confirment l'existence des mécanismes de coordination et de gestion des catastrophes. La particularité a signalé au niveau des mécanismes existants est démontrée par « **le manque d'une coordination nationale d'orientation vers la SSR et les VBG** » (Q8 à Q9). Les données précisent également que les points focaux sont nommés au niveau national et les organisations de la société civile et les organisations communautaires travaillent avec les groupes marginalisés et mal desservis (Q12 à Q13). En revanche, il n'existe pas de structure/un mécanisme de coordination pour discuter de la SSR dans les situations d'urgence au niveau infranational lorsqu'il s'agit de : (i) préparation, (ii) réponses et (iii) recouvrement (Q10-Q11)

Il est à noter un Comité régional de lutte contre les épidémies (ONE HEALTH) mais il ne discute pas vraiment des questions en lien avec la SSR et que les points focaux nommés doivent être formés.

La mission d'évaluation de la préparation de l'état du DMU conclut à l'existence des comités des gestion de crises/catastrophes mais, précise le manque d'un mécanisme de coordination nationale de mise en œuvre DMU en SSR.

Sous-section III : Données sur la SSR au niveau national et infranational

N°Q	Question	Oui	Non	Ne sais pas
14	Les évaluations des risques actuelles prennent-elles en compte les impacts sur les différentes populations (par exemple, les femmes, les personnes handicapées, les personnes vivant avec le VIH, les personnes de diverses orientations sexuelles [SOGIESC], les jeunes, les professionnels du sexe, les minorités ethniques, etc.)		X	
15	Les indicateurs liés au DMU (voir la Checklist du DMU) sont-ils intégrés dans les systèmes d'information sanitaire (SIS) actuels ?		X	
16	Les formulaires d'évaluation rapide des besoins pour les interventions d'urgence (évaluations rapides et évaluations du secteur de la santé) comprennent-ils des données ventilées par sexe, âge et handicap (SADD) et des questions clés sur la SSR ?	X		

17	Les outils de collecte de données (par exemple, les formulaires sanitaires) pour l'intervention d'urgence comprennent-ils des indicateurs liés au DMU (voir la Checklist du DMU) ?	X		
----	--	---	--	--

Figure : Questions sous-section III de la section I

Au regard de l'analyse des données sur la SSR au niveau national et infranational, les résultats indiquent que « **les outils d'évaluation ne prennent pas en compte les spécificités dans les risques actuels et les indicateurs liés au DMU n'ont pas été intégrés dans les systèmes d'information sanitaire (SIS) actuels** » (Q14 et Q15). Par contre, les formulaires conçus pour les évaluations rapides des besoins post catastrophe tiennent compte de sexe, l'âge, du handicap et de la SSR et de même que, les outils d'évaluation élaborés qui prennent en compte les indicateurs DMU (Q16-Q17).

En conclusion, les outils d'évaluation n'ont pas intégré dans les systèmes d'information sanitaire actuels en tenant compte des spécificités de chaque groupe cible.

Sous-section IV : Ressources pour la préparation et la mise en œuvre du DMU.

N°Q	Question	Oui	Non	Ne sais pas
18	Existe-t-il des mécanismes de mobilisation rapide de fonds pour soutenir une intervention en matière de SSR ? (par exemple, fonds de prévoyance, fonds communs nationaux, etc.)		X	
19	Existe-t-il un mécanisme en place pour l'approvisionnement rapide — au niveau national ou international — en fournitures et équipements de SSR et/ou en trousseaux IARH (par exemple, prépositionnement, stocks tampons, accords permanents, fournisseurs pré-identifiés, etc.)		X	
20	Existe-t-il des entrepôts ou des installations de stockage où les fournitures médicales de SSR sont prépositionnées ou pourraient être stockées ?	X		
21	Existe-t-il des fonds pour soutenir la préparation aux situations d'urgence en matière de santé et/ou de SSR au niveau national ou infranational ?		X	

Figure : Questions sous-section IV de la section I

Dans cette rubrique, de mobilisation des ressources pour la préparation et la mise en œuvre du DMU, « **les insuffisances ont été constatés au niveau des mécanismes de la mobilisation de fonds et d'approvisionnement rapides** » (Q18 et Q19). Quant aux mécanismes de mobilisation rapide de fonds pour soutenir une intervention en matière de SSR, l'approvisionnement rapide — au niveau national ou international — en fournitures et équipements de SSR et/ou en trousseaux IARH et des fonds pour soutenir la préparation aux situations d'urgence en matière de santé et/ou de SSR au niveau national ou infranational, ils sont quasi absents pour favoriser la mise en œuvre du DME en SSR au Togo (Q21). Toutefois, les données collectées ont confirmé seulement l'existence des entrepôts ou des installations de stockage où les

fournitures médicales de SSR sont prépositionnées et stockées est confirmée par les résultats. A ce titre, la DSME possède des magasins à la CAMEG et les dépôts régionaux de la CAMEG pour une gestion efficace de certains produits SSR (Q20).

Il est à conclure que l'absence de ces mécanismes mobilisation de fonds et d'approvisionnement rapides. L'état de préparation actuel doit procéder à la mise en place de ces divers mécanismes pour assurer l'efficacité et la pertinence de DMU au Togo.

4.2- Section II : Etat de préparation à la prestation de services tels que décrits dans le DMU

La section II se concentre la disponibilité fournir les services liés au DMU. La plupart des questions portent sur les services de SSR existants pour comprendre comment ils peuvent être exploités dans les situations d'urgence au Togo. Cette section comprend 6 sous-sections et commence à partir de la question Q22 à Q58.

Sous-Section I : Services DMU – Généralités

Cette sous-section qui couvre les questions Q22 à Q30 a permis d'examiner la disponibilité des services de soutien qui accompagnent l'offre de services SSR dans le cadre de la mise en œuvre du DMU. Elle fait le point sur les produits SSR dans la liste nationale des médicaments indispensables, la disponibilité de systèmes pour soutenir la prestation de services à distance, la disponibilité d'équipements de protection individuelle (EPI) et de matériel de prévention et de contrôle des infections, l'inclusion du DMU dans les programmes officiels liés à la santé, l'existence de mécanismes de transfert des tâches, la disponibilité de canaux de communication globaux, la fourniture de services gratuits et l'accès aux services pour les groupes marginalisés et mal desservis.

N°Q	Question	Oui	Non	Ne sais pas
22	Tous les produits de SSR nécessaires à la mise en œuvre du DMU (voir le manuel des troussees IARH) font-ils partie de la liste nationale des médicaments essentiels ?	X		
23	Existe-t-il des systèmes en place pour soutenir la prestation de services à distance (par exemple, la santé numérique, la télémédecine, la consultation en ligne, etc.) ?		X	
24	En cas d'épidémies/pandémies, existe-t-il des possibilités et des plans pour augmenter les équipements de protection individuelle (EPI) et le matériel de prévention et de contrôle des infections (PCI) dans les établissements de SSR ?	X		

25	Le programme de formation aux soins de santé ou d'autres formations pertinentes, y compris sur des plateformes en ligne, destinés au personnel de santé intègrent-ils la gestion des urgences sanitaires et/ou le DMU ?	X		
26	Existe-t-il un mécanisme permettant au personnel de santé d'être affecté ou d'assurer de nouvelles fonctions en cas d'urgence afin de mieux soutenir les zones frappées ? (par exemple, transfert d'effectifs ou délégation de tâches)		X	
27	Les équipes d'intervention sanitaire comportent-elles des prestataires spécialisés en SSR ?		X	
28	Existe-t-il divers canaux de communication (par exemple, la radio, les SMS, WhatsApp, etc.) pouvant être exploités pour informer la communauté de la disponibilité des services liés au DMU en cas d'urgence ?	X		
29	Existe-t-il des obstacles à l'accès aux services de SSR pour les groupes marginalisés et mal desservis (par exemple, les femmes handicapées, les adolescents, les professionnels du sexe, les personnes de diverses orientations sexuelles [SOGIESC], les PVVIH, les réfugiés, les migrants, les sans-papiers, les minorités ethniques, etc.) ?	X		
30	Existe-t-il des dispositions pour un accès gratuit aux services de santé (envisager le DMU) pour les populations frappées par la crise ?		X	

Figure : Questions Sous-section I de la section II

De l'analyse des résultats, il ressort que la Télédermatologie et la Télé-échographie n'ont pas été mis en place pour soutenir le système de prestations de services à distance. Mais une expérience pilote est cours dans le pays. Des plans de contingence multirisque (MSHP) et national de gestion des catastrophes (ANPC) ont été mis en place en cas d'épidémies et de pandémies. Ces plans disposent d'une stratégie d'approvisionnement des intrants et le matériel de prévention et de contrôle des infections pour toutes les formations sanitaires (Q23 et Q24).

Par rapport aux programmes de formation, les écoles de formation de base en santé ont contribué à renforcer les capacités du personnel de santé et d'autres acteurs en prévention et de contrôle des infections (PCI). La mise en place de SURGE avec le renforcement de compétence des acteurs sur la gestion des urgences sanitaires et les formations en ligne de l'OMS sur le DMU ont constitué des opportunités pour les prestataires d'améliorer leurs compétences. Par ailleurs, l'absence d'un mécanisme permettant au personnel d'être affecté est palier à l'existence d'un document de politique de délégation des tâches en SSR. En cas d'urgence, les canaux de communication se résument aux radios communautaires, aux SMS et les réseaux sociaux. Ils ont été souvent contribués pour sensibiliser les populations des zones difficiles d'accès. Mais les spécialistes SSR ne sont pas mobilisés de façon systématique dans l'équipe des prestataires (Q25 à Q28).

Au-delà des actions menées au niveau des services DMU de manière générale une multitude de lacunes existent pour permettre au DMU d'atteindre ses objectifs.

✚ Sous-Section II : Objectif 2 du DMU – Prévenir les violences sexuelles et répondre aux besoins des survivantes

N° Q	Questions	Oui	Non	Ne sais pas
33	Existe-t-il un système de référence clair et actualisé qui relie les différents prestataires de services liés à la VBG (par exemple, la santé, la gestion des cas de VBG, les services juridiques, les services de protection, etc.) et qui devraient être mis à profit en cas de situation d'urgence ?		X	
35	Compte tenu de l'état actuel des services dans votre région, pensez-vous que les éléments suivants du DMU sont adéquats	Oui	Non	Ne sais pas
	Collaboration/partenariats avec les groupes de protection ou les sous-groupes/acteurs du domaine de la violence basée sur le genre dans l'optique de mettre en place des mesures préventives aux niveaux de la communauté, de la localité et du district	X		
	Soins cliniques et orientation vers d'autres services de soutien disponibles pour les survivants de la violence sexuelle (par exemple, services juridiques, de protection, psychosociaux, d'hébergement, etc.)	X		
	Espaces confidentiels et sûrs au sein des établissements de santé pour recevoir et fournir aux survivants de violences sexuelles des soins cliniques et une orientation appropriée		X	
	Sur les services destinés aux victimes de violences sexuelles, préparé pour chaque groupe linguistique des zones les plus à risque, en cas de situation d'urgence		X	
36	Sur la base des services ci-dessus, comment évaluez-vous la capacité des structures médicales et non médicales actuelles (par exemple, les foyers d'accueil, les associations de femmes, etc.) à fournir des services pour prévenir et répondre à la violence sexuelle et basée sur le genre dans votre région par rapport aux éléments suivants :	Idéal	Minimum nécessaire	Insuffisant
	Personnel qualifié (soins cliniques en cas de viol, cas de VBG, etc.)			X
	Établissements (par exemple, cliniques, espaces sécurisés, lignes d'assistance téléphonique, etc.)			X
	Fournitures/équipements (par exemple, pour les soins cliniques)			X

Figure : Questions Sous-section II de la section II

Au Togo, les lacunes spécifiques liées à la mise de l'objectif 2 du DMU ont porté sur l'absence (i) d'un système de référence clair et actualisé qui relie les différents prestataires de services liés à la VBG, (ii) des espaces confidentiels et sûrs au sein des établissements de santé, (iii) l'insuffisance de matériel d'information, d'éducation et de communication (IEC) et le (iv) manque de services destinés aux victimes de violences sexuelles.

L'analyse a confirmé l'insuffisance des infrastructures, la vétusté de certaines infrastructures, et l'inadéquation des espaces existants. Les données collectées ont aussi affirmé que toutes les structures

ne disposent pas de personnels qualifiés en cas de viol et de VBG et la fournitures et équipements pour les soins cliniques ont été toujours insuffisants.

En conclusion, le caractère vétuste des infrastructures et l'inadéquation des espaces confidentiels existant ont été les principales insuffisances évoquées.

✚ Sous-section III : Objectif DMU 3 - Prévenir la transmission et réduire la morbidité et la mortalité dues au VIH et à d'autres IST

N° Q	Questions	Oui	Non	Ne sais pas
39	Existe-t-il un système d'orientation clair et actualisé les services VIH/ARV susceptibles d'être utilisés en cas de situations d'urgence ?		X	
41	Compte tenu de l'état actuel des services dans votre région, pensez-vous que les éléments suivants du DMU sont adéquats et facilement disponibles en cas de situation d'urgence ?	Oui	Non	Ne sais pas
	Transfusion sanguine sûre et rationnelle en place		X	
	Précautions standard ¹¹ systématiquement appliquées		X	
	Disponibilité de préservatifs masculins lubrifiés gratuits et, le cas échéant, de préservatifs féminins		X	
	ARV pour les utilisateurs continus		X	
	ARV pour les femmes inscrites à des programmes de PTME		X	
	PEP pour les survivants de violences sexuelles, le cas échéant, et pour l'exposition professionnelle		X	
	Fourniture d'une prophylaxie au cotrimoxazole pour les infections opportunistes chez les patients séropositifs ou déjà diagnostiqués comme tels		X	
	Disponibilité dans les établissements de santé d'un traitement syndromique des IST		X	
	Existence de matériel d'IEC et de services de conseil sur les IST/VIH (qui mettent l'accent sur le choix éclairé, l'efficacité et le respect de la vie privée et de la confidentialité des clients) en cas de situation d'urgence		X	
42	Sur la base des services précédemment énumérés, comment évaluez-vous la capacité des systèmes de santé actuels à assurer la prise en charge du VIH et des IST tels que décrite dans le DMU pour la SSR dans votre localité par rapport aux éléments suivants :	Idéal	Minimum nécessaire	Insuffisant
	Personnel médical qualifié			X
	Établissements (par exemple, cliniques, lignes d'assistance téléphonique, etc.)			X

	Fournitures/équipements			X
--	-------------------------	--	--	---

Figure : Questions Sous-section III de la section II

D'après les résultats, les domaines qui présentent des faiblesses relatives à la mise œuvre de l'objectif 3 du DMU, sont constatés par l'inexistence d'un système d'orientation clair et actualisé pour les services VIH/ ARV susceptibles d'être utilisés en cas de situations d'urgence. La majorité des éléments DMU cités au Q41 sont inadéquats et ne sont pas facilement disponibles en cas de situation d'urgence. Il s'agit notamment de :

- ✓ Transfusion sanguine sûre et rationnelle en place ;
- ✓ Précautions standard¹¹ systématiquement appliquées ;
- ✓ Disponibilité de préservatifs masculins lubrifiés gratuits et, le cas échéant, de préservatifs féminins ;
- ✓ ARV pour les utilisateurs continus ARV pour les utilisateurs continus ;
- ✓ ARV pour les femmes inscrites à des programmes de PTME ;
- ✓ PEP pour les survivants de violences sexuelles, le cas échéant, et pour l'exposition professionnelle ;
- ✓ Fourniture d'une prophylaxie au cotrimoxazole pour les infections opportunistes chez les patients séropositifs ou déjà diagnostiqués comme tels ;
- ✓ Disponibilité dans les établissements de santé d'un traitement syndromique des IST ;
- ✓ Existence de matériel d'IEC et de services de conseil sur les IST/VIH (qui mettent l'accent sur le choix éclairé, l'efficacité et le respect de la vie privée et de la confidentialité des clients) en cas de situation d'urgence.

En se référant à ces services précités, la couverture est insuffisante pour le personnel médical qualifié, les établissements de santé et la fourniture et équipements (Q42).

La mission conclut que le manque de matériel IEC et de services de conseil IST/VIH en cas d'urgence a été identifié. L'insuffisance du personnel médical, des établissements de santé et la fourniture et équipement a été également constatée.

-  **Sous-section IV : Objectif 4 du DMU - Prévenir la morbidité et la mortalité maternelles et néonatales excessives**

N° Q	Questions	Oui	Non	Ne sais pas
44	Existe-t-il un système de référence clair et actualisé en matière de soins obstétricaux et néonataux d'urgence (SONU) qui pourrait être mis à profit en cas de situations d'urgence ?		x	
46	Compte tenu de l'état actuel des services dans votre région, pensez-vous que les éléments suivants du DMU sont adéquats et facilement disponibles en cas de situation d'urgence ?	Oui	Non	Ne sais pas
	Au niveau de l'hôpital de référence : Personnel médical qualifié et fournitures pour la prestation de soins obstétricaux et néonataux d'urgence complets (SONUC)	X		
	Niveau d'établissement de santé : Des accoucheuses qualifiées et des fournitures pour les accouchements vaginaux et la fourniture de soins obstétricaux et néonataux de base (SONUB)	X		
	Au niveau de la communauté : Information de la communauté sur la disponibilité de services d'accouchement médicalisé et de services SONUC ainsi que sur l'importance de se faire soigner dans les établissements de santé.	X		
	Système d'orientation 24 heures sur 24 et 7 jours sur 7 en cas de complications obstétricales	X		
	Disponibilité de soins post-avortement dans les centres de santé et les hôpitaux	X		
	Disponibilité de fournitures et de produits pour un accouchement médicalisé (par exemple, des trousse d'accouchement sans risques) et des soins immédiats aux nouveau-nés, lorsque l'accès à un établissement de santé n'est pas possible ou fiable	X	x	
	Existence de matériel IEC relatif aux services de santé maternelle et néonatale prioritaires destinés aux femmes et aux filles enceintes pour chaque groupe linguistique des zones les plus à risque	X		
47	Sur la base des services précédemment énumérés, comment évaluez-vous la capacité des systèmes de santé actuels à fournir des soins de santé maternelle et néonatale tels que décrits dans le DMU pour la SSR dans votre localité par rapport aux éléments suivants :	Idéal	Minimum nécessaire	Insuffisant
	Personnel médical qualifié (par exemple, personnel qualifié pour les accouchements, SONUB, SONUC)			X
	Établissements (par exemple, cliniques, hôpitaux, etc.)			X
	Fournitures/équipements			X

Figure : Questions Sous-section IV de la section II

Concernant l'objectif 4 du DMU, les acteurs chargés d'assumer la prestation de services IST en cas d'urgence au Togo ont été nommément cités. Cependant, l'analyse des données a démontré l'insuffisance d'un système de référence clair et actualisé en matière de soins obstétricaux et néonataux d'urgence (SONU). Etant donné que, des initiatives comme, les plateformes digitales pour mieux coordonner la référence et la contre référence existent avec quelques carences dans la contre référence (Q43 – Q44).

Au sujet de l'offre de services pour prévenir la morbidité et la mortalité maternelles et néonatales excessives dans les situations d'urgence, un certain nombre d'établissements de santé ont été mentionnés. Il s'agit des USP de type 1, l'Hôpital de district de type 1, l'Hôpital de district de type 2 et l'Hôpital de région. A chaque niveau, d'établissements des lacunes ont été indiquées pour être des obstacles pour le bon

fonctionnement du système. Elles ont été résumées en ces points : (i) il existe des USP de type 1 qui n'ont pas de personnel qualifié ; (ii) quelques USP de type 2 qui sont des SONU B ; (iii) certains hôpitaux de district Type 2 disposent des antennes chirurgicales non fonctionnelles ; quelques hôpitaux de district type 2 disposent des ambulances mais qui ne sont pas fonctionnelles à plein temps (Q45).

Selon les résultats de l'analyse, excepté la disponibilité de fournitures et de produits pour un accouchement médicalisé, qui constitue la principale faiblesse identifiée à Q46 ; les autres éléments du DMU ont été considérés comme adéquats et disponibles. Toutefois, ils nécessitent des améliorations pour rendre performant le DMU en SSR au Togo en cas d'urgence.

A ce titre, les constats de terrain ont précisé que, certains hôpitaux de référence disposent des antennes chirurgicales non fonctionnelles essentiellement dû à l'insuffisance des ressources humaines et surtout dans les SONUB (Cf rapports monitoring SONUB). Il a lieu de mieux de mieux communiquer sur les stratégies SONU dans la mesure Les relais communautaires (ville) ne sont pas suffisamment renforcés et utilisés pour communiquer sur les questions de SSR SSRAJ. Il est à remarquer dans ces éléments qui ont cités comme étant adéquats et disponibles, le maximum de formations sanitaires a de la peine à assurer cette fonctionnalité 24h sur 24 et 7j sur 7 pour des raisons d'insuffisance des ressources humaines ; les frais de transports à la charge du client/patient et le mauvais état des routes. Par ailleurs, les analyses ont confirmé que certains USP et hôpitaux de district de Type 2 offrent certaines composantes de SAA. Et que matériel IEC relatif aux services de santé maternelle et néonatale prioritaires destinés aux femmes et aux filles enceintes existent mais ne répond aux besoins linguistiques de chaque groupe linguistique conformément aux zones à risque.

En référence aux services précédemment énumérés, la capacité des systèmes de santé actuels à fournir des soins de santé maternelle et néonatale tels que décrits dans le DMU pour la SSR dans le pays a été déclarée insuffisant. Cette lacune s'explique par le fait que le DMU en SSR ne peut pas s'appuyer sur les USP existant dans certaines localités en situation d'urgence. Il est aussi attesté plusieurs FS ont besoin d'être réhabilités et le besoin de construction de nouveaux établissements de santé dans certaines localités est d'une nécessité absolue (Q47).

Les domaines identifiés comme les plus faibles ont été ceux des soins obstétricaux, du référencement, soins de santé maternelle et néonatale. D'autres lacunes ont fait état de personnel non qualifié, de construction et de réhabilitation des établissements de santé et matériel IEC inapproprié

 Sous-section V : Objectif 5 du DMU – Prévenir les grossesses non désirées

N° Q	Questions	Oui	Non	Ne sais pas
49	Existe-t-il un système d'orientation clair et actualisé pour l'accès aux méthodes contraceptives à court et à long terme qui pourrait être mis à profit en cas de situation d'urgence ?	X		
51	Compte tenu de l'état actuel des services dans votre région, pensez-vous que les éléments suivants du DMU sont adéquats et facilement disponibles en cas de situation d'urgence ?	Oui	Non	Ne sais pas
	Une gamme de méthodes contraceptives réversibles à longue durée d'action et à courte durée d'action (y compris les préservatifs masculins et féminins, et la contraception d'urgence) disponible dans les établissements de soins de santé primaires pour répondre à la demande	X		
	Existence de matériel d'IEC sur le choix des contraceptifs (qui met l'accent sur le choix éclairé, l'efficacité, et soutient la vie privée et la confidentialité des clients, l'accès aux services)	X		
52	Sur la base des services précédemment énumérés, comment évaluez-vous la capacité du système de santé actuel à fournir des services de contraception dans votre région par rapport aux éléments suivants :	Idéal	Minimum nécessaire	Insuffisant
	Personnel médical qualifié			X
	Établissements (par exemple, cliniques, pharmacies, lignes d'assistance téléphonique, etc.)			X
	Fournitures/équipements			X

Figure : Questions Sous-section V de la section II

Les informations collectées ont révélé que les institutions à l'image du ministère en charge de la santé, le service de santé des armées, les organisations de la société civile, les organisations communautaires ont constitué le lot acteurs chargés d'assurer la fourniture et le retrait des méthodes et des services contraceptifs réversibles à longue durée d'action et à courte durée d'action. L'évaluation a reconnu que le plan de repositionnement de la planification familiale a tenu compte du système d'orientation clair et actuel de l'accès aux méthodes contraceptives et que le passage à échelle des stratégies communautaires de PF est une obligation (Q48 et Q49).

D'après l'analyse, l'un des domaines où les formations sanitaires ont été capables d'offrir des services DMU en SSR est celui des méthodes contraceptives. Ainsi, les USP de type 1 et 2 ont été toujours disponibles à offrir des services PF pour prévenir les grossesses non désirées durant les situations d'urgence.

Au niveau des USP de type 1, les Agents de santé communautaire ont été capables d'offrir : (i) des préservatifs masculins et féminins (si déjà en usage), (ii) les pilules contraceptives orales, (iii) des injectables, (iv) des contraceptions d'urgence (CU). Cependant, des méthodes comme le DIU ne peuvent pas être administrées dans une USP de type 1. Dans les USP de type 2, des carences ont été constatées

en formation des prestataires sur le DIU et la pose d'implants et la dotation en équipement a constitué un besoin crucial (Q50).

Il ressort de l'analyse des données que les USP de type 1 n'ont pas souvent les méthodes de longue durée. De même que certaines USP de type 2 n'en dispose pas. Par rapport aux prestataires, les données collectées ont confirmé qu'il existe une base de Ressources Humaines (RH) disponible à être déployer en cas d'urgence (Cf Base de données du COUSP et Equipe SURGE).

En conclusion, les besoins prioritaires liés à la formation de personnel qualifié et à la dotation en équipements ont constitué un goulot d'étranglement pour les FS.

✚ Sous-section VI : Autre Activité prioritaire : Soins d'Avortement Médicalisé dans la pleine mesure de la Loi

N° Q	Questions	Oui	Non	Ne sais pas
55	Existe-t-il un système d'orientation clair qui pourrait être mis à profit en cas de situation d'urgence ?	X		
53	Dans votre contexte, existe-t-il des situations dans lesquelles des soins d'avortement médicalisés pourraient être fournis ?	Oui	Non	Ne sais pas
		X		
58	Sur la base des services précédemment énumérés, comment évaluez-vous les services et structures médicaux actuels qui fournissent des services d'avortement médicalisés dans votre région par rapport aux éléments suivants :	Idéal	Minimum nécessaire	Insuffisant
	Personnel médical qualifié (par exemple, formé aux procédures médicales, à la clarification des valeurs de l'avortement et à la transformation des attitudes)			X
	Établissements (par exemple, cliniques, lignes d'assistance téléphonique, etc.)			X
	Fournitures/équipements			X

Figure : Questions Sous-section VI de la section II

Au regard des soins d'avortement médicalisé dans la pleine mesure de la loi, la loi sur la Santé de la Reproduction 2007 (Loi SR 2007) a clairement indiqué les dispositions à prendre pour permettre aux ayant droit d'avoir accès aux soins d'avortement médicalisé. Toutefois, ces soins ont été déclaré insuffisant. Il a été relevé à travers cette loi qu'en cas de viols, d'insectes, de malformation majeure du fœtus et lorsque la santé et la vie de la mère est menacée (avortement thérapeutique), les avortements médicalisés ont été souvent autorisés. Mais à ce jour, il a été démontré que cette loi doit être révisée et assortie des textes d'application (Q53).

Il est à noter qu'à ce niveau certaines faiblesses ont également précisées comme le manque d'un système pour les avortements thérapeutiques de même que le matériel IEC qui n'a pas été dans la pleine mesure

de décrire les services disponibles et les moyens de les obtenir, susceptibles d'être mis à profit en cas de situations d'urgence. Dans ces conditions, seuls les hôpitaux de région ont été capables des prester les avortements médicamenteux, les aspirations, la dilatation et les évacuations. Sur la base de ces services précités, le personnel médical qualifié, les établissements de santé et les fournitures et équipements ont été insuffisants (Q54-Q58).

A la lumière de ce qui précède, la capacité à fournir des services de soins d'avortement sécurisés a également été identifiée comme des lacunes. Le personnel qualifié, l'équipement, les installations et les fournitures des établissements de santé ont été jugés insuffisants.

V. Défis

Dans l'ensemble, l'évaluation de l'état de préparation du DMU (MRA) a été considéré comme un processus participatif, inclusif et tous les acteurs impliqués ont contribué de manière significative à sa réussite. A la lumière des acquis qui ont soutenu l'élaboration du plan d'action prioritaire, quelques défis identifiés ont le mérite d'être partagés.

- ***Validation consensuelle des réponses aux questions***

Les orientations données aux participants ont permis une validation consensuelle des résultats. Les réponses « OUI » ont attesté de la légitimité et de la pertinence des politiques et plans en matière de DMU en SSR. Tandis que les « NON » ont révélé des lacunes importantes qui constituaient des obstacles à la mise en œuvre du DMU/SSR (disponibilité et accessibilité des services SSR en situation d'urgence).

- ***Absence des SSR sur les sites en cas d'urgence***

De nombreux plans et politiques n'ont pas intégrés le DMU en SSR en cas d'urgence. Ce constat a été unanimement approuvé par les participants. Au point où l'identification et la satisfaction des besoins immédiats en SSR sur le terrain demeurent une préoccupation essentielle au Togo.

- ***Mobiliser les ressources financières pour la mise œuvre du plan du DME en SSR***

L'absence d'une direction de coordination nationale fait partie des lacunes principales qui a été relevée. Dans ces conditions, le plan d'action qui a été élaboré doit servir de guide de plaidoyer pour mettre en place des stratégies ciblées de mobilisation des ressources. La mise en place d'une coordination nationale s'avère indispensable pour veiller à l'efficacité de la mise en œuvre du plan DMU en SSR.

VI. Leçons apprises

A la lumière des résultats d'évaluation de l'état de préparation du DMU en SSR, quelques leçons méritent d'être retenus.

1- *L'environnement politique national en matière de préparation aux situations d'urgence est amélioré*

Les résultats de l'évaluation présentent une analyse des politiques existantes visant à soutenir la préparation aux situations d'urgence. Dans l'ensemble, l'exercice a permis de mieux comprendre les tenants et les aboutissants de la mise en œuvre du DMU en SSR afin d'identifier les lacunes qui doivent être comblées.

2- *Les connaissances et des capacités des acteurs impliqués ont été renforcés*

En référence aux discussions constructives sur la pertinence du dispositif DMU et les réponses consensuelles au questionnaire ont permis de renforcer les capacités et les connaissances autour du DMU en SSR. Pour les acteurs de la santé, elle a été une occasion de mieux comprendre les services de SSR requis en situation d'urgence et de reconnaître que la fourniture de services de SSR en cas d'urgence sauve des vies. Commentaire il, faut faire référence au discussion chaude sur la pertinence d'un dispositif DMU à part et les réponses données.

3- *Le caractère multisectoriel pour une gestion participative et inclusive des situations d'urgence*

- L'évaluation MRA a rassemblé les différents acteurs et a contribué à mieux comprendre ce que fait chaque entité et comment elles peuvent mieux collaborer et créer des synergies entre leurs différents mandats. Cette évaluation a permis une ouverture du ministère en charge de la santé sur les autres

- Importante participation au sein des groupes de composition multisectorielle a été une chance pour des résultats consensuelle, ce ne que pourrait pas donner une réponse individuelle aux questions. Donc l'approche d'atelier a été payant

VII. Recommandations

Au vu de ces différents résultats, l'étude recommande :

A l'endroit du Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique

➤ **Œuvrer à l'intégration du DMU dans les politiques et plans nationaux :**

Il est donc recommandé au bureau de pays de l'UNFPA et à ses partenaires de mener un plaidoyer de haut niveau et des actions ciblées pour œuvrer en faveur d'un environnement législatif qui soutiendrait la fourniture du DMU lors de toute urgence en utilisant une approche tous risques.

➤ **Réviser les principales politiques d'urgence et de préparation :**

Ce processus doit prendre en compte l'élaboration d'une feuille de route pour les actions de plaidoyer avec les partenaires afin de créer un partenariat et une collaboration solides avec les entités gouvernementales concernées.

La révision doit conduire à l'intégration des services SSR dans les principales politiques d'urgence et de préparation.

➤ **Plaider pour l'inclusion de la gestion des catastrophes et/ou de la réponse d'urgence dans les politiques de développement de SSR**

La politique SSR ne prend pas en considération des éléments de préparation aux situations d'urgence, de réponse ou de gestion des risques de catastrophe.

Pour créer cette synergie, il est recommandé de relier les activités de développement et les réponses humanitaires. Dans cette optique, les politiques et plans d'action SSR devraient refléter cette réalité et le DMU devrait être intégré dans toute politique ou plan pertinent.

➤ **Institutionnaliser les connaissances et les formations sur le DMU**

L'inclusion du DMU dans les programmes nationaux de sage-femmes, d'infirmières et de médecins doit permettre au pays de disposer d'un pool de professionnels médicaux formés, prêts à répondre rapidement aux besoins en matière de SSR en cas d'urgence. Il est recommandé d'établir des relations étroites avec les ministères concernés et de les sensibiliser à l'importance d'avoir de tels modules sur le DMU.

➤ **Développer du matériel IEC adéquat, spécifique au contexte et inclusif sur les services disponibles liés au DMU**

Les résultats de l'évaluation MRA ont clairement identifié un manque de matériel d'information, d'éducation et de communication (IEC), en particulier sur les services destinés aux survivantes de violences sexuelles en cas d'urgence, sur les priorités maternelles et familiales, des services néonataux

pour les femmes enceintes et les filles et autres catégories de personnes vulnérables. Il est nécessaire d'adapter chaque matériel IEC au contexte créé par les situations d'urgence.

➤ **Mobiliser des ressources pour la mise en œuvre de plans d'action national de préparation au DMU**

Il est obligatoire d'identifier des ressources financières pour la mise en œuvre d'action. A défaut de ressources appropriées, il du devoir des acteurs concernés d'élaborer une stratégie de mobilisation des ressources et assurer le suivi du plan d'action.

 **A l'endroit de l'UNFPA**

Le bureau régional de l'UNFPA doit être en mesure de soutenir le travail national en partageant des documents d'orientation, faciliter les apprentissages et faciliter les réunions de plaidoyer de haut niveau. Les conférences de haut niveau contribuent à accroître les connaissances et l'adhésion des principaux décideurs. Il permet de créer une dynamique autour du thème de la préparation aux urgences en matière de SSR, facilite la mise en réseau entre pairs et connecte les acteurs SSR et non SSR. A cet effet, l'UNFPA doit accompagner la mise en œuvre du Plan d'Action élaboré.

Conclusion

Le processus de l'évaluation de l'état de préparation du Dispositif minimum d'urgence (DMU) au Togo a permis d'apprécier l'état de préparation et de la capacité nationale à garantir l'accès aux services essentiels de SSR tels que décrits dans le DMU. Il a conduit à identifier les domaines clés nécessitant des améliorations pour servir de point de départ à un travail structuré et ciblé de préparation du Togo en matière de SSR.

L'approche méthodologique a été participative et inclusive. Elle est subdivisée en deux étapes. Cette approche a été déployée à travers la collecte des données suivie de l'identification des besoins et de la validation des résultats en plénière. Les lacunes ont été classées par ordre de priorité à l'aide d'une méthode de priorisation.

De l'analyse des résultats, il ressort que trois lacunes prioritaires ont été validées en fonction des sous-sections à l'issue de la plénière.

Les besoins prioritaires P1 s'articulent autour de l'absence d'une stratégie nationale du DMU en SSR avec un mécanisme de gestion efficace débouchant sur un programme de renforcement de capacités de personnels et acteurs de la santé qui sont compétents à offrir des services SSR conformément aux objectifs du DMU. Les lacunes prioritaires P2 identifiées se réfèrent à la disponibilité et à l'accessibilité des services SSR en situation d'urgence. Les besoins prioritaires P3 relevés portent sur la mobilisation des ressources nécessaires pour soutenir l'offre de services SSR tels que précisés dans les objectifs du DMU.

Au regard des résultats de l'évaluation MRA, la nécessité d'élaborer un plan d'action significatif pour renforcer la préparation du dispositif minimum en matière de santé sexuelle et reproductive constitue une étape préalable pour garantir de meilleures réponses en situation de crise et gestion des catastrophes de nature diverse.

A partir d'une analyse détaillée des différentes sections, les leçons ont été tirées et des recommandations formulées pour assurer l'efficacité du plan d'action élaboré.

ANNEXES

-  **Questionnaire MRA validé par la plénière**
-  **Plan d'action priorisé validé**