

MINISTRE DE LA SANTE ET DE LA PROTECTION SOCIALE

REPUBLIQUE TOGOLAISE

SECRETARIAT GENERAL DE LA SANTE

Direction Générale de l'Action Sanitaire

Direction de la Santé de la Mère et de l'Enfant



Travail-Liberté-Patrie

Division de la Santé Maternelle et Infantile et de la Planification Familiale DSMI
PF

Plan d'Action National Budgétisé de planification Familiale [2023-2026]



TABLE DES MATIERES

SIGLES ET ABBREVIATIONS	4
1. ANALYSE SITUATIONNELLE	6
1.1. CONTEXTE GENERAL	6
<i>1.1.1. Aspects géographiques</i>	<i>6</i>
<i>1.1.2. Contexte démographique</i>	<i>6</i>
1.2. BESOINS NON SATISFAITS	9
1.3. PREVALENCE DE LA CONTRACEPTION MODERNE (TPCM)	11
2. PROBLEMES ET DEFIS-CLES	13
2.1. CREATION DE LA DEMANDE (CD)	13
<i>2.1.1. Connaissance et attitudes en matière de planification familiale</i>	<i>13</i>
<i>2.1.2. Médias et défis de la Planification familiale</i>	<i>14</i>
<i>2.1.3. Technologies de l'Information et de la Communication (TIC) et défis de la planification familiale</i>	<i>14</i>
<i>2.1.4. Acteurs communautaires et planification familiale</i>	<i>15</i>
<i>2.1.5. Comportements en matière de planification familiale</i>	<i>16</i>
<i>2.1.6. Contraception chez les jeunes</i>	<i>17</i>
<i>2.1.7. Paquets d'intervention dans la création de la demande</i>	<i>18</i>
2.2. OFFRE ET ACCES AUX SERVICES (OA)	19
<i>2.2.1. Couverture du pays en établissement de soins</i>	<i>20</i>
<i>2.2.2. Disponibilité des services de PF dans les formations sanitaires</i>	<i>20</i>
<i>2.2.3. Équité et protection sociale en santé</i>	<i>22</i>
<i>2.2.4. Accessibilité financière</i>	<i>22</i>
2.3. SECURISATION DES PRODUITS (SP)	23
2.4. POLITIQUE, ENVIRONNEMENT HABILITANT, FINANCEMENT (PEHF)	24
<i>2.4.1. Politique et environnement habilitant</i>	<i>24</i>
<i>2.4.2. Financement</i>	<i>25</i>
2.5. COORDINATION, SUIVI ET ÉVALUATION	26
2.6. DROITS HUMAINS, GENRE ET VIOLENCES BASEES SUR LE GENRE	27
3. APERÇU DES PRINCIPAUX PROBLEMES PAR DOMAINE	31
3.1. PRINCIPAUX PROBLEMES LIES A LA CREATION DE LA DEMANDE	31
PROBLEMES CLES	31
PRINCIPALES CAUSES	31
3.2. PRINCIPAUX PROBLEMES LIES A L'OFFRE ET ACCES AUX SERVICES	32
PROBLEMES CLES	32
PRINCIPALES CAUSES	32
3.3. PRINCIPAUX PROBLEMES LIES A L'ACHAT ET LA SECURISATION DES PRODUITS CONTRACEPTIFS	33
PROBLEMES CLES	33

PRINCIPALES CAUSES.....	33
3.4. PRINCIPAUX PROBLEMES LIES A LA POLITIQUE, ENVIRONNEMENT HABILITANT ET FINANCEMENT.....	34
PROBLEMES CLES	34
PRINCIPALES CAUSES.....	34
3.5. PRINCIPAUX PROBLEMES LIES A LA SUPERVISION/COORDINATION ET SUIVI ET EVALUATION.....	34
PROBLEMES CLES	34
PRINCIPALES CAUSES.....	34
4. PLAN D’ACTION NATIONAL BUDGÉTISÉ 2023-2026.....	35
4.1. OBJECTIFS OPERATIONNELS DU PANB 2023-2026	35
4.1.1. <i>Objectif de développement</i>	35
4.1.2. <i>Objectif du PANB 2023-2026</i>	35
4.1.3. <i>Objectifs stratégiques</i>	36
4.2. AXES STRATEGIQUES DU PANB 2023-2026	37
4.3. HYPOTHESES ET RISQUES.....	40
4.3.1. <i>Conditions ou hypothèses favorables</i>	40
4.3.2. <i>Risques</i>	41
4.4. DISPOSITIF DE MISE EN ŒUVRE, DE SUIVI ET D’EVALUATION	41
4.4.1. <i>Instrument de mise en œuvre</i>	41
4.4.2. <i>Acteurs de mise en œuvre</i>	41
4.4.3. <i>Cadre organisationnel</i>	42
4.4.4. <i>Suivi et évaluation</i>	43
4.4.5. <i>Gestion des connaissances</i>	43
4.5. BUDGETISATION DE PANB	44

Liste des tableaux

Tableau 1: Répartition des établissements de soins par type et par région en 2022	20
Tableau 2: Financement des différents acteurs de 2017-2021	25
Tableau 3: Projection du taux de contraception moderne par région [scénario moyen].....	35
Tableau 4: Estimation du nombre des utilisatrices de contraception moderne 2023-2026.....	36
Tableau 5: Estimation du nombre d'utilisatrices additionnelles de contraception moderne (2023-2026)	37
Tableau 6: Budget estimatif du PANB 2023-2026 par axe y compris les produits et consommables	37

Liste des figures

Figure 1: Evolution de la population togolaise de 1960 à 2022.....	7
Figure 2: Pyramide de la population togolaise en 2022.....	7
Figure 3: Tendances des besoins non satisfaits (BNS) de 2012 à 2022.....	9
Figure 4: Situation de la contraception par tranche d'âge et zone de résidence chez les femmes en union	10
Figure 5: Prévalence contraceptive 2012-2022.....	Erreur ! Signet non défini.
Figure 6: Evolution de CAP selon les stratégies entre 2013 et 2022 ...	Erreur ! Signet non défini.
Figure 7: Prévalence de la contraception moderne chez les femmes de 2012 à 2022	Erreur ! Signet non défini.
Figure 8: Formations Sanitaires (FS) offrant cinq méthodes de contraception modernes y compris les préservatifs	Erreur ! Signet non défini.
Figure 9: Evolution des proportions des FS n'ayant pas connu de rupture de stock des produits de la PF au moment de l'enquête.....	Erreur ! Signet non défini.

SIGLES ET ABBREVIATIONS

AFD : Agence Française de Développement

ASC : Agent de Santé Communautaire

BM : Banque Mondiale

CAMEG : Centrale d'Achats de Médicaments Essentiels Génériques et de Consommables Médicaux

CARMMA : Campagne d'Accélération de la Réduction de la Mortalité Maternelle en Afrique

CD : Création de la Demande

CERRUHD : Centre de Recherche en Reproduction Humaine et en Démographie

CHR : Centre Hospitalier Régional

CHU : Centre Hospitalier Universitaire

COGES : Comités de Gestion

CVD : Comités Villageois de Développement

DBC : Distribution à Base Communautaire

DIU : Dispositif Intra-Utérin

DRS : Directeurs Régionaux de la Santé

DSMI/PF : Division de la Santé Maternelle et Infantile et de la Planification Familiale

EDS : Enquête Démographique et de Santé

EDST : Enquête Démographique et de Santé au Togo

EO : Equipe Opérationnelle

FCFA : francs CFA

FMI : Fonds Monétaire International

FP2020 : Family Planning 2020

FS : Formation Sanitaire

GIZ : Gesellschaft für Internationale Zusammenarbeit (Agence Allemande de Coopération Internationale)

HP+ : Health Policy Plus

INSEED : Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques et Enquêtes Démographiques

ISF : Indice Synthétique de Fécondité

IST : Infections sexuellement transmissibles

KfW : Kreditanstalt für Wiederaufbau (Banque Allemande pour le Développement)

MAMA : Méthode de l'Allaitement Maternel

MICS : Multiple Indicator Cluster Surveys

MLD : Méthode à Longue Durée

MSPS : Ministère de la Santé et de la Protection Sociale

NN : Nouveau-né

OA : Offre et Accès aux Services

OMD : Objectifs du Millénaire pour le Développement

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

ONG : Organisation Non Gouvernementale

OOAS : Organisation Ouest Africaine de la Santé

OSC : Organisation de la Société Civile

PEHF : Politique, Environnement Habilitant, Financement

PANB : Plan d'Action National Budgétisé

PFPP : Planification Familiale Post-Partum

PF : Planification Familiale
PIB : Produit Intérieur Brut
PND : Plan National de Développement
PNDS : Plan National de Développement Sanitaire
PNS : Politique Nationale de Santé
PNSR : Politique et Normes en Santé de la Reproduction
PNUD : Programme des Nations-Unies pour le Développement
PO : Partenariat de Ouagadougou
PPN : Politique Pharmaceutique Nationale
PTF : Partenaires Techniques et Financiers
RC : Relais communautaires
SAA : Soins Après Avortement
SCAPE : Stratégie de Croissance Accélérée et de Promotion de l'Emploi
SIGL : Système de l'Information et de la Gestion Logistique
SP : Sécurisation des Produits
SPP : Soins Post-Partum
SR : Santé de la Reproduction
SRAJ : Santé de la Reproduction des Adolescents et des Jeunes
TPC : Taux de Prévalence Contraceptive
TPCm : Taux de Prévalence Contraceptive moderne
UNFPA : Fonds des Nations Unies pour la Population
UNICEF : United Nations Children's Fund (Fonds des Nations-Unies pour l'enfance)
USAID : United States Agency for International Development (Agence Américaine pour le Développement International)
USD : United States Dollars
USP : Unité de Soins Périphérique
TAC : Tableaux d'Acquisition des Contraceptifs
TVA : Taxe sur la Valeur Ajoutée
VIH : Virus de l'Immunodéficience Humaine
VIH/sida : Virus de l'Immunodéficience Humaine / syndrome de l'immunodéficience acquise
WABA: West Africa Breakthrough ACTION

1. Analyse situationnelle

1.1. Contexte Général

1.1.1. Aspects géographiques

Le Togo est situé entre 6°4' et 11°7' de latitude Nord et 0° et 1°55' de longitude Est. Pays de l'Afrique occidentale humide et côtière, il fait frontière avec le Burkina Faso au nord, le Bénin à l'Est, le Ghana à l'Ouest et le Golfe de Guinée au sud. Il couvre une superficie de 56 790 km² et s'étend sur une longueur de 600 km avec une largeur variant entre 50 et 150 km.

Le climat, de type tropical, est subdivisé en deux types : le type sahélien caractéristique du nord du pays qui possède des terres moins fertiles et le type soudanien couvrant le sud avec des terres fertiles.

1.1.2. Contexte démographique

La démographie togolaise se caractérise par : (i) une croissance démographique forte, résultat d'une mortalité en baisse et d'une fécondité encore élevée malgré une baisse constatée depuis déjà plusieurs années et (ii) une prépondérance des populations féminine et jeune (moins de 25 ans).

Le nombre moyen d'enfants par femme est passé de 7 en 1988 à 5,4 en 1998, puis à 4,8 en 2014 (EDST III 2013-2014) : Il est de 4,6 en 2017 (MICS6).

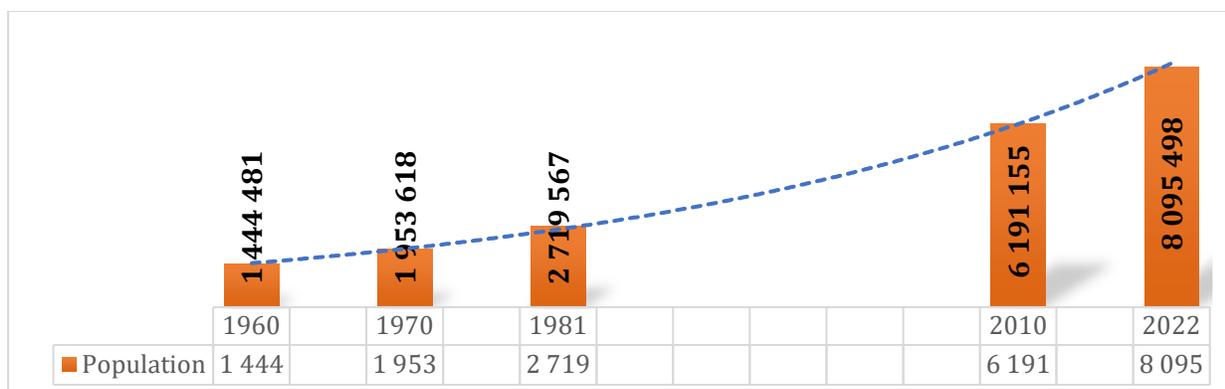


Figure 1: Evolution de la population togolaise de 1960 à 2022.

Source : RGPH5

Sur la base des résultats du cinquième recensement général de la population et de l’habitat (RGPH-5), la population togolaise est de 8 095 498 habitants en 2022 avec 51,3% de sexe féminin et 57,0% vivant en milieu rural. Cette population est caractérisée par sa jeunesse. Selon les projections faites par l’Institut National des Statistiques et des Études Économiques et Démographiques (INSEED) en 2017, les moins de 19 ans représentent 51,1% de la population, les moins de 24 ans 60% (2) et les plus de 65 ans ne représentent que 3,7%

La tendance évolutive de la population implique l’importance des besoins sociaux croissants à satisfaire dans divers domaines, particulièrement en matière de santé et de ses déterminants. Un accent particulier étant mis sur la santé des groupes spécifiques. Il s’agit notamment de la santé des enfants de moins de 5 ans, ainsi que celle des adolescents et des jeunes. C’est aussi le cas de la santé des femmes en âge de procréer et celle des personnes âgées. Faire face à tous ces besoins induits, implique une attention accrue et la mobilisation d’importants moyens.

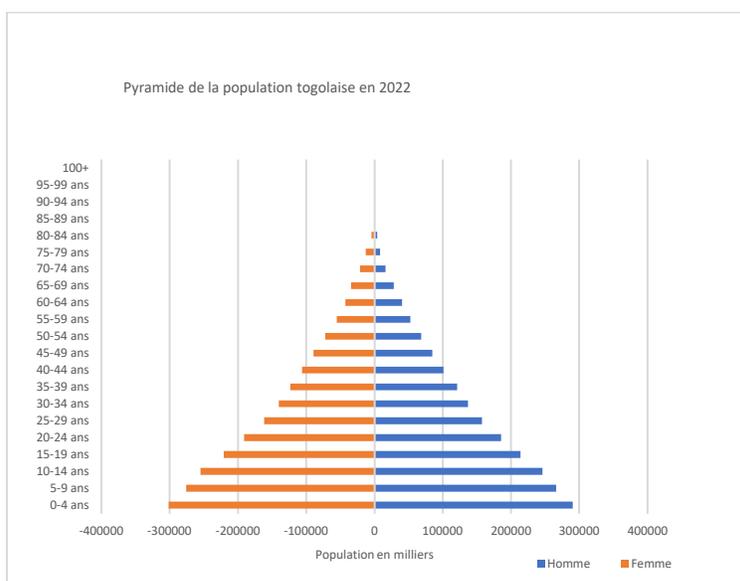


Figure 2: Pyramide de la population togolaise en 2022

Source : Perspectives-démographiques-final-2016-05

L'Indice Synthétique de Fécondité (ISF) varie fortement en fonction du lieu de résidence des femmes. En 2015, celui des femmes vivant en milieu urbain était de 3,7 enfants par femme contre 5,7 en milieu rural. Elle varie également fortement en fonction du niveau d'instruction. En 2014, les femmes n'ayant reçu aucune instruction avaient en moyenne 6,1 enfants, contre respectivement 5 et 3,5 enfants pour les femmes ayant fini leurs études primaires ou secondaires et plus d'éducation. Enfin, l'ISF varie aussi en fonction du quintile de richesse des femmes. Les femmes les plus pauvres ont en moyenne 6,3 enfants alors que les femmes du quintile le plus riche ont en moyenne 3,5 enfants.

Au Togo, la première union des femmes est précoce, 9% des femmes étant mariées avant l'âge de 15 ans. Par ailleurs, l'âge médian de la première union est autour de 20 ans. Cet âge médian n'a pas beaucoup varié entre l'enquête démographique de 1988 et celle de 2014. En effet, en 1988, l'âge médian d'entrée en union était de 18,3 ans. Pour les hommes, l'âge médian de la première union est de 26 ans. S'agissant du premier rapport sexuel, il est de 18,2 ans pour les femmes et de 19,4 ans pour les hommes. (EDST 2014)

L'âge médian d'entrée en union des femmes dépend du lieu de résidence. En effet, d'après EDST 2014, les femmes du milieu rural entrent en union 2,6 ans plus tôt que celles du milieu urbain (19,0 ans contre 21,6 ans). Cet âge varie également selon les régions. Dans la région des Savanes, il est de 18,2 ans contre 22 ans dans la région Lomé-Commune. Le niveau d'instruction des femmes influence aussi leur premier rapport sexuel avec 17,6 ans pour celles n'ayant reçu aucune éducation contre 18,7 ans pour celles ayant un niveau d'éducation secondaire ou plus.

Dans une optique de développement social et économique soutenu, le Togo se doit d'œuvrer pour une parenté responsable dans un contexte où les pratiques culturelles traditionnelles sont encore dominantes en mettant l'accent sur l'adoption de méthodes de PF. L'objectif est d'atteindre le dividende démographique, facteur contribuant à l'accélération de la croissance économique.

Afin de maîtriser la démographie galopante, des investissements dans des projets de PF et SR sont nécessaires pour (i) espacer les naissances, (ii) réduire le taux global de fécondité des femmes, (iii) rééquilibrer la structure de la population en termes de répartition par âge et améliorer la santé maternelle et néonatale.

Les données de l'EDST-III 2013-2014 situent le ratio de mortalité maternelle à 401 décès pour 100 000 naissances vivantes. Ce ratio estimé en 2021 par les agences du Système des Nations Unies reste élevé à 399 décès pour 100 000 naissances vivantes en dépit des efforts accomplis. Ces décès sont dus principalement à des causes obstétricales directes à savoir les hémorragies (47%), l'éclampsie (24%) et les infections (13%).

Des investissements dans des projets de PF et SR entraîneraient une répercussion bénéfique sur la mortalité maternelle, infantile et néonatale, la croissance économique et la réduction de la pauvreté, mais également sur la qualité de vie de la femme et de la population tout entière.

1.2. Besoins non satisfaits

Les besoins non satisfaits en matière de contraception concernent les femmes fécondes qui n'utilisent aucune méthode de contraception, mais souhaitent reporter la naissance prochaine (espacement) ou qui souhaitent ne plus avoir d'enfant du tout (limitation)¹.

Les interventions menées dans le cadre de la mise en œuvre du PANB 2017-2022 ont permis d'améliorer l'indicateur relatif aux besoins non satisfaits en matière de contraception.

Selon les données du rapport de suivi des indicateurs du FP2030, de 2016 à 2021, les besoins non satisfaits ont connu une diminution d'année en année passant de 27,2% en 2016 à 24,5% en 2022 soit une réduction de près de 3 points comme le présente le graphique ci-dessous.

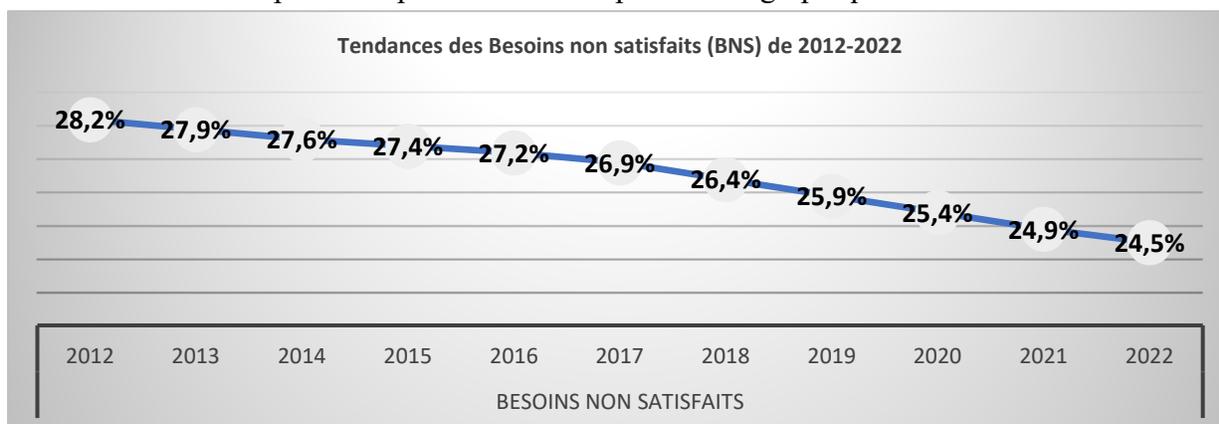


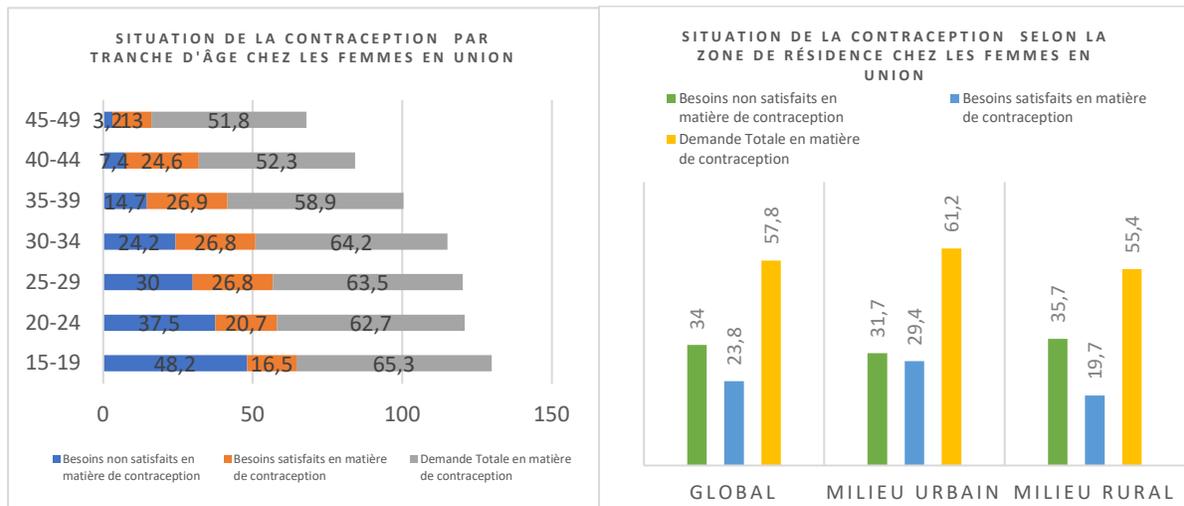
Figure 3: Tendances des besoins non satisfaits (BNS) de 2012 à 2022

Source : Togo, Aperçu des indicateurs de FP2030 : Rapport de mesure 2022

Les besoins non satisfaits restent élevés malgré une légère baisse (32,2% en 2022) ; ils sont beaucoup plus élevés chez les adolescents (48,8%). Cependant ces besoins varient en fonction du lieu de résidence, de l'âge ou encore du quintile de richesse. Les données de l'enquête MICS de 2017 confirment cette tendance. En effet, les besoins non satisfaits sont plus élevés pour les femmes en union résidant en milieu rural (35,7%) qu'en milieu urbain (31,7%) ; ce taux varie également en fonction de l'âge.

¹ MICS 2017

Figure 4: Situation de la contraception par tranche d'âge et zone de résidence chez les femmes en union



Source : MICS 2017

L'analyse de la distribution régionale des besoins satisfaits chez les femmes en union montre une meilleure couverture pour la région sanitaire Grand-Lomé (33% pour l'ancien Lomé Commune et 31,8% pour le Golfe urbain) ; suivi des régions Maritime (25,5%) et Kara (23,8%).

Cependant la région des Plateaux a le taux le plus élevé de besoins non satisfaits avec 37,4%.

Ces tendances sont confirmées et avec des proportions plus élevées chez les femmes non mariées. Les taux élevés des besoins non satisfaits surtout chez les 15-19 ans (48,8%) justifient d'une part le taux élevé de natalité chez les adolescentes (79 pour 1000 femmes en 2017) et d'autre part les grossesses précoces (17,1% des jeunes femmes de 20-24 ans ont eu une naissance vivante avant 18 ans). Plus de 3000 cas de grossesses sont recensés dans les écoles entraînant l'abandon scolaire de plus de 1000 filles par an².

Les causes des BNS sont à rechercher dans la persistance des pesanteurs socioculturelles, le faible accès aux services de PF de qualité, et la qualité de la chaîne d'approvisionnement et de services non adaptés aux jeunes.

Par ailleurs l'analyse de la demande de PF chez les femmes qu'elles soient en union (57,8%) ou non (83%)³ dénote de l'urgence d'identifier des interventions et stratégies adéquates en matière d'offre et de demande de services de PF. Une attention particulière devrait être portée aux interventions ciblant les jeunes de 18-19 ans dont la demande est de 67,2% contre 14,9% de besoins satisfaits et les femmes en milieu rural dont la demande est de 55,4% contre 19,7% de besoins satisfaits.

En considérant les défis en matière de PF qui restent toujours importants, les investissements dans la planification familiale et la santé de la reproduction doivent permettre d'accroître l'accès aux services des groupes vulnérables et/ou marginalisés y compris les personnes handicapées.

² Statistiques scolaires, 2022

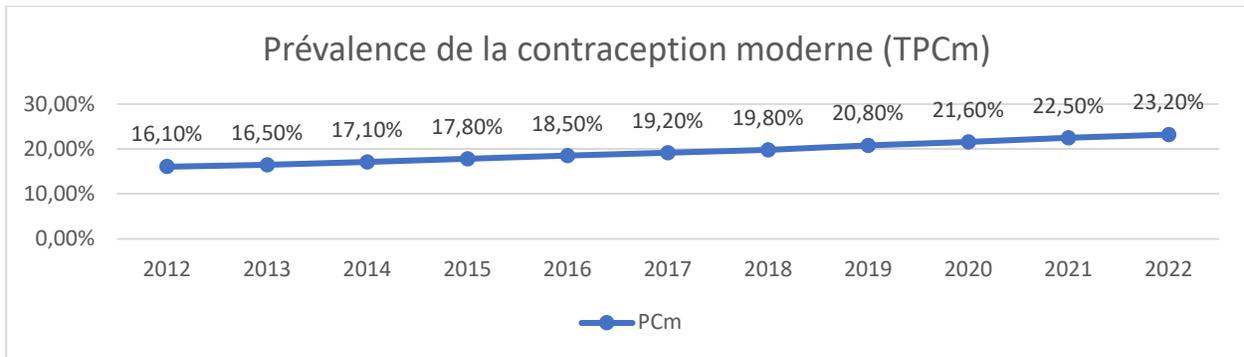
³ MICS6 2017

1.3. Prévalence de la Contraception moderne (TPCm)

Selon le rapport de mesure 2022 publié par le Partenariat FP2030, la prévalence contraceptive est passée de 16,1% en 2012 à 26,3% en 2022 contre un objectif de 35,5% fixé par le PANB 2017-2022.

Même si la courbe n'a pas toujours été rectiligne, depuis 2015, elle ne cesse d'évoluer. Toutefois un besoin d'accélération ou d'intensification des interventions doit être envisagé.

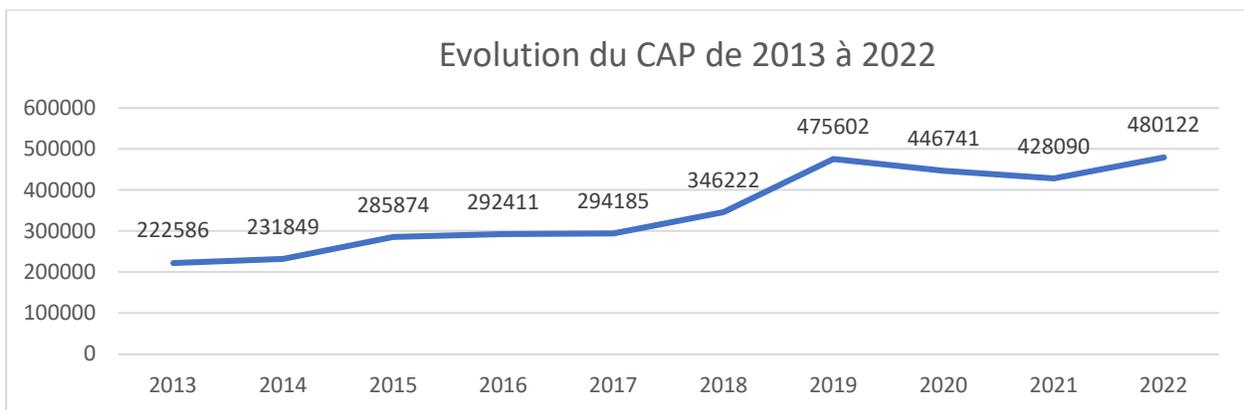
Figure 5: Évolution de la prévalence contraceptive moderne 2012-2022



Source : Togo, Aperçu des indicateurs de FP2030 : Rapport de mesure 2022

Par ailleurs, le rapport du suivi des indicateurs FP2030 donne un éclairage supplémentaire sur la situation. Globalement, les résultats montrent une évolution de l'indicateur Couple années protection (CAP) de 2013 à 2019 et une régression en 2020 liée probablement à la pandémie de COVID-19 avant de repartir à la hausse en 2021. Ces réalisations sont insuffisantes pour espérer atteindre les cibles des engagements pris par le Togo dans le cadre du FP2030.

Figure 6: Évolution du CAP entre 2013 et 2022



Source : Rapport Annuel_DSMIPF 2022

Ces faiblesses traduisent, entre autres, les difficultés qu'éprouve le pays à mettre en place les cadres stratégiques ainsi que les normes, procédures et interventions dont l'impact est reconnu sur la santé

maternelle. L'insuffisance des ressources et le manque de synergie entre les différents programmes et projets de santé figurent parmi les causes de cet état de fait.

2. Problèmes et défis-clés

Récemment, d'énormes progrès ont été réalisés pour accroître l'accès à la contraception au Togo, ce qui a résulté en l'accroissement de la prévalence contraceptive. Néanmoins, des défis et lacunes persistent et devraient être relevés et comblés pour atteindre les objectifs ambitieux de PF et améliorer l'environnement socio-sanitaire et économique du pays.

2.1. Création de la Demande (CD)

Parmi les préoccupations majeures concernant les programmes de planification familiale figurent la demande en matière de PF et l'identification des femmes de 15-49 ans qui ont réellement des besoins importants en services de planification familiale.

En effet, les Besoins Non Satisfaits (BNS) en matière de contraception concernent les femmes fécondes qui sont mariées ou en union et n'utilisent aucune méthode contraceptive, mais souhaitent reporter la prochaine naissance (espacement) ou qui souhaitent ne plus avoir d'enfant (limitation). Ils incluent également les femmes enceintes dont la grossesse ne s'est pas produite au moment voulu, les femmes en aménorrhée dont la dernière grossesse ne s'est pas produite au moment voulu et les femmes qui ne sont ni enceintes ni en aménorrhée, qui n'utilisent aucune méthode contraceptive et qui ont déclaré vouloir attendre deux ans ou plus avant la prochaine naissance. Sont également incluses dans les BNS en matière d'espacement des naissances les femmes qui ne sont pas sûres de vouloir un autre enfant ou qui veulent un autre enfant, mais ne savent pas à quel moment.

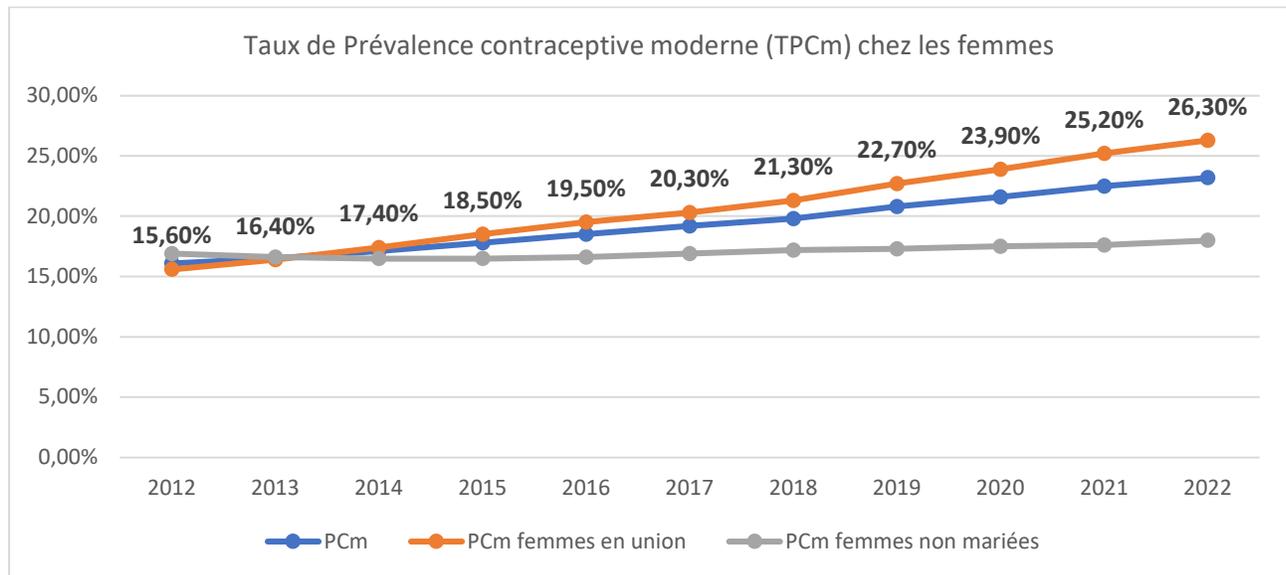
2.1.1. Connaissance et attitudes en matière de planification familiale

L'utilisation de la contraception suppose, avant tout, la connaissance d'au moins une méthode contraceptive et d'une source d'approvisionnement quelles qu'elles soient. D'après les résultats de l'EDST3, les femmes, qu'elles soient en union ou pas et sexuellement actives ainsi que les hommes, ont une bonne connaissance des méthodes contraceptives. Cette connaissance est de 96,3% chez l'ensemble des femmes (97,2 pour les femmes en union et 98,5% pour les non mariées et sexuellement actives) et 98% des hommes (99,4% pour les hommes en couples et 100% pour les non-mariés). Ces taux sont pratiquement les mêmes lorsqu'il s'agit de la connaissance des méthodes contraceptives modernes.

Or, le taux de prévalence contraceptive au sein de ces femmes n'est que de 26,3% pour la contraception moderne et 2,8% pour la contraception traditionnelle. Cela sous-tend qu'une partie importante des femmes n'ont pas une connaissance très profonde des méthodes contraceptives et un accès à la contraception bien qu'elles le désirent.

Les raisons, comme l'a relevé le rapport de l'évaluation pourraient se retrouver dans la persistance des pesanteurs socio-culturelles, les rumeurs ainsi que l'accessibilité qu'elle soit géographique ou financière.

Figure 7: Prévalence de la contraception moderne chez les femmes de 2012 à 2022



Source : Togo, Aperçu des indicateurs de FP2030 : Rapport de mesure 2022

2.1.2. Médias et défis de la Planification familiale

Considérée comme une pratique éprouvée, l'utilisation des médias de masse permet d'influencer les comportements individuels par la diffusion d'informations adéquates et promouvoir ainsi des attitudes et des normes sociales en faveur de comportements idoines à la santé sexuelle et reproductive. Les messages de PF sont par conséquent un moyen essentiel pour informer la population concernant les services de PF au niveau communautaire. Outre les formes de communication interpersonnelle, trois principaux canaux de communication permettent de véhiculer des messages sur la santé en général : la radio, la télévision et les journaux ou les magazines et de plus en plus les réseaux sociaux.

En 2014, la radio est le moyen par lequel les hommes et les femmes ont le plus souvent entendu parler de la PF, avec 17,9% pour les femmes en union et 47,2% pour les hommes en union. Les deux autres principaux canaux de communication sur la PF sont respectivement la télévision et les journaux, pour les femmes et les hommes en union.

2.1.3. Technologies de l'Information et de la Communication (TIC) et défis de la planification familiale

Les ménages sont de plus en plus équipés en technologies de l'information et de la communication. D'après les résultats du MICS6 2017, 84,6% de ménages possèdent un téléphone mobile (96,9% en milieu urbain et 75% en milieu rural). La possession du téléphone portable par les femmes de

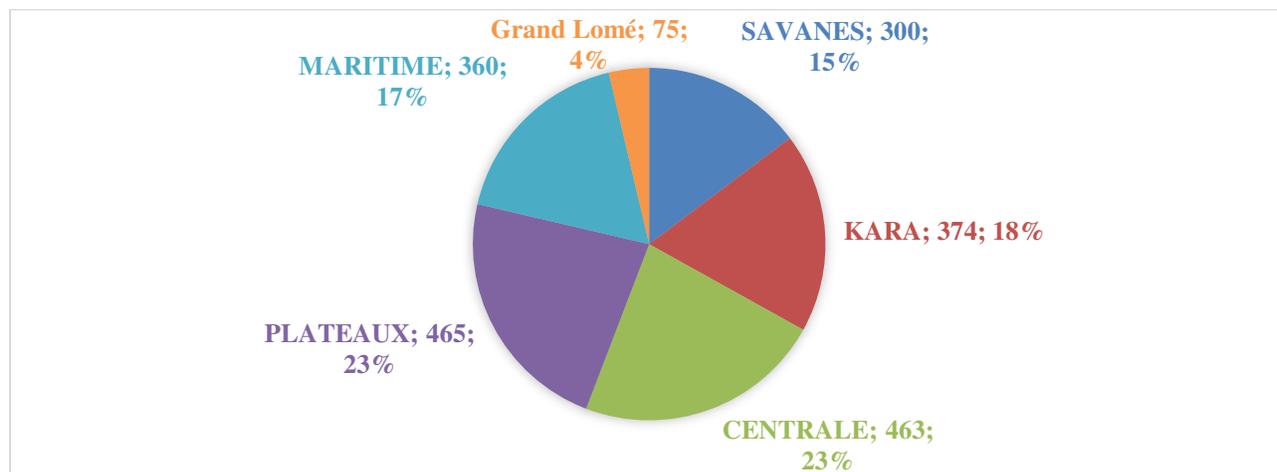
15-49 ans bien que relativement basse (56,6%, dont 77,8% en milieu urbain et 37,6% en milieu rural) constitue une opportunité dans le domaine de la création de la demande en matière de PF. Par ailleurs, l'utilisation de plus en plus croissante des réseaux sociaux constitue un puissant vecteur pour la propagation d'idées reçues et de rumeurs concernant la planification familiale. Ce qui risque de freiner les efforts du pays en matière de création de la demande de PF. Une communication ciblée et régulière et un dispositif de gestion des rumeurs sont à explorer dans le nouveau plan national budgétisé de PF.

2.1.4. Acteurs communautaires et planification familiale

La mise en œuvre des interventions à base communautaire depuis 2011 a pris une place importante dans le pays. L'un des objectifs est de faciliter l'accès des populations au-delà de 5km des FS, à une gamme variée des produits contraceptifs tels que le DMPA-SC, les pilules et préservatifs. À ce titre, les agents de santé communautaires (ASC) jouent un rôle prépondérant dans le rapprochement des services de PF des bénéficiaires dans les zones éloignées des formations sanitaires ou difficiles d'accès.

En 2022, elle s'est faite dans 29 districts des six régions sanitaires : Grand Lomé (Agoé Nyivé, Golfe), Maritime (Ave, Vo, Yoto, Zio, Bas Mono, Lacs), Plateaux (Ogou, Haho, Kloto), Savanes (Cinkassé, Kpendjal, Kpendjal ouest, Tandjoaré, Tone, , Oti, et Oti Sud), la région de la Kara (Assoli, Bassar, Kéran, Kozah, Dankpen, Doufelgou) et la région centrale (Mô, Sotouboua, Tchaoudjo, Blitta).

Le nombre total d'ASC offrant les méthodes contraceptives est de 1956 reparti par région selon le graphique suivant :



Graphique 1 : Répartition des ASC formés par région en 2022

Les ASC au cours de l'année 2022 ont bénéficié d'un renforcement de capacité avec des PTF (l'UNFPA, INSPiRE, Jhpiego, Amplify PF), d'un approvisionnement en intrants PF et d'un suivi

pour apprécier la qualité de l'offre des services effectué par les ONG et Responsables de formations sanitaires (RFS). Toutefois des insuffisances ont été relevées dans le cadre de l'offre des services de PF par ces derniers. La revue de la littérature fait ressortir comme contraintes :

- Insuffisance ou arrêt de financement de la DBC
- Mise à échelle partielle de la DBC
- Rupture de DMPA -SC
- La motivation des ASC qui pose toujours un problème (surtout le retard)

De ces insuffisances découlent des défis dont les principaux sont :

- La coordination des interventions
- L'appropriation de la DBC par la communauté
- L'harmonisation de la motivation des ASC
- L'extension de la stratégie aux nouveaux districts
- Plaidoyer pour la mobilisation des ressources innovantes

2.1.5. Comportements en matière de planification familiale

Malgré l'exposition aux messages de PF, l'utilisation des méthodes contraceptives chez les femmes de 15-49 ans actuellement mariées ou en union qui utilisent (ou dont le conjoint utilise) une méthode de contraception d'après les résultats du MICS6 Togo reste encore problématique. Il ressort de cette enquête que seulement 23,8% de cette cible utilisent n'importe quelle méthode contraceptive dont 21,4% utilisent n'importe quelle méthode moderne et 2,5% n'importe quelle méthode traditionnelle. L'utilisation est plus faible en milieu rural (18%) qu'en milieu urbain (25,9%). La région des Savanes (14,2%) et celle de la Centrale (17%) recueillent les plus bas taux d'utilisation des méthodes contraceptives. Cette utilisation varie également selon le quintile de bien-être économique et le niveau d'instruction.

Le comportement sexuel concernant le port du préservatif est également un aspect à considérer. Selon MICS6, seulement 51% de jeunes hommes de 15-24 ans ont rapporté avoir utilisé un condom lors du dernier rapport sexuel. Ces comportements, surtout chez les jeunes de 15-24 ans sont source de grossesses non désirées ou de paternité précoce.

L'identification des messages clés, canaux de communication et stratégies ciblées et supports adaptés au contexte socio-culturel de chaque localité pourrait aider la levée des barrières et accroître la demande.

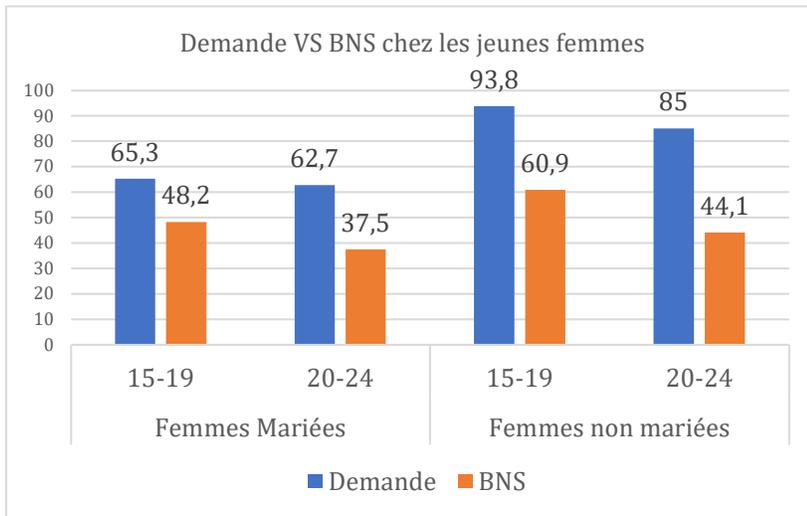
Il ressort de ce qui précède que l'optimisation de la création de la demande requiert :

- La mise en œuvre d'interventions de communication à haut impact par paquets pour agir sur tous déterminants de comportement et de genre

- La communication ciblée au regard des spécificités socio-culturelles
- Le renforcement de l'utilisation du numérique
- La gestion des rumeurs.

2.1.6. Contraception chez les jeunes

L'utilisation des méthodes contraceptives chez les jeunes reste encore très faible. Elle est de 16,5% chez les 15-19 ans et 20,7% chez les 20-24 ans en ce qui concerne les méthodes modernes (MICS



2017). Toujours d'après les résultats du MICS6, la demande de la planification familiale⁴ est faible chez les jeunes femmes en union. Elle est de 65,3% chez les 15 à 19 ans et 62,7 chez les 20-24 ans. Par contre chez les jeunes femmes qui ne sont pas en couple, elle est relativement élevée (93,8% chez les 15 à 19 ans 85% chez les 20-24 ans). Ceci démontre une relative bonne couverture des stratégies

développées par la DSMI PF et les partenaires visant la création de la demande auprès de ce groupe cible. Toutefois, comme présenté dans le graphique ci-contre, cette forte demande contraste avec l'offre.

En effet, les besoins satisfaits en matière de PF auprès des jeunes femmes, qu'elles soient en couple ou non contrastent avec la demande. La question de l'accessibilité financière et géographique pourrait justifier ce fossé qui existe entre la demande et les BNS en matière de PF.

Le rapport de l'enquête CAP en matière de VIH, de santé sexuelle et de la reproduction chez les jeunes de 15-24 ans au Togo, réalisée par le PNLS-HV-IST en 2023 relève une faible demande des services de santé sexuelle et reproductive notamment les méthodes modernes de contraception par les jeunes. Un peu moins de la moitié des enquêté(e)s (46,5%) ont connaissance d'une structure offrant des services de planification familiale dans leur entourage et dont 64,8% ont déclaré avoir accès à ce service. Parmi ceux qui ont accès à ce service, 13,7% n'ont jamais sollicité le service, les deux tiers (69,1%) n'y ont pas recouru au cours du mois précédent l'enquête ; 14,3% d'entre eux ont déclaré avoir sollicité au moins une fois le service au cours des 30 jours précédant l'enquête. L'enquête révèle également que ceux qui ont déclaré n'avoir pas d'accès aux structures offrant des services de planification familiale, ont évoqué entre autres comme raisons : (i) n'en a

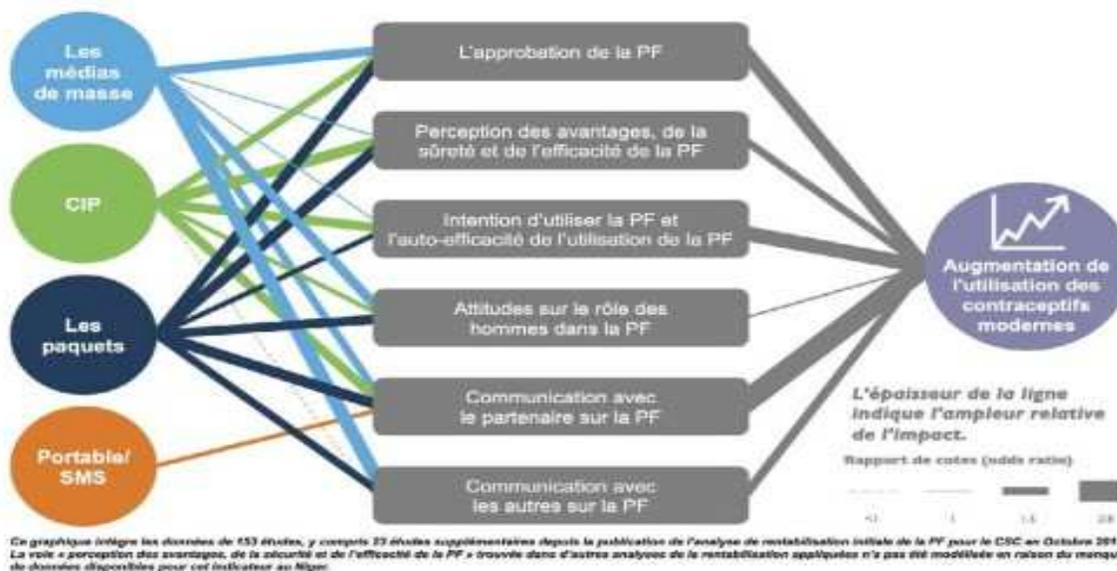
⁴ La demande de la PF comprend les femmes ayant actuellement un besoin non satisfait (pour l'espacement ou la limitation, plus celles ayant actuellement recours à la contraception

pas besoin (40,9%), (ii) contrainte financière (10,2%), distance trop longue (8,0%). la même enquête révèle que parmi les méthodes contraceptives les plus utilisées, le préservatif vient en tête (74,9%), suivi des contraceptifs d'urgence (14,6%), de l'abstinence périodique (13,2%), des implants ((10,5%), des contraceptifs oraux et combinés (9,4%) et des contraceptifs injectables (8,0%). Les agents de santé (40,4%), les pharmacies (26,1%) et les amis/parents (17,1%) sont les trois principaux canaux d'accès des enquêtées aux produits contraceptifs. En ce qui concerne la non-utilisation des méthodes contraceptives par les jeunes, les raisons suivantes sont évoquées : pas besoin (38,8%), peur des conséquences (20,7%), la religion ne le permet pas (6,8%), mon partenaire a refusé (4,8%), j'étais trop embarrassé pour le faire (3,4%), mes proches ont refusé (2,4%).

A cela peuvent s'ajouter la déscolarisation des jeunes filles, l'insuffisance ou l'inadéquation du dialogue parents-enfant autour des questions de la sexualité et un manque de connaissances sur les questions de santé sexuelle et reproductive chez les jeunes.

2.1.7. Paquets d'intervention dans la création de la demande

La documentation montre que la connaissance en matière de PF semble être à un bon niveau comme dans la plupart des pays du Partenariat de Ouagadougou ; toutefois, cette notion de connaissance est assez nuancée, car le décalage entre celle-ci et les attitudes (Besoins Non Satisfaits) et les comportements (TPCm) est tel qu'il serait peu judicieux d'investir dans un schéma basé surtout sur les connaissances, alors que l'on constate que ce « bon niveau » de connaissance perdure depuis plusieurs années. Le Togo utilise des approches connues et considérées comme des pratiques à haut impact, notamment la mobilisation et l'engagement communautaire, l'utilisation des médias de masse. Cependant, les insuffisances constatées dans la mise en œuvre ; des interventions qui sont surtout orientées sur les connaissances expliquent la faible résonance des résultats. Il est par conséquent nécessaire, d'une part, de renforcer les capacités conceptuelles et opérationnelles de l'écosystème de création de la demande et, d'autre part, d'adopter de nouvelles stratégies innovantes, comme le décrit le Graphique ci-dessous, conçu à partir de 153 études.



La stratégie synergique basée sur les pratiques à haut impact, qu'elles soient prometteuses ou éprouvées, permet de potentialiser de façon complémentaire les effets de chaque intervention les unes sur les autres. Cette stratégie de « tirs groupés » signifie donc que les messages des activités médiatiques, de CIP, de plaidoyer, communautaires, etc., vont dans le même sens et sont complémentaires, synergiques, toutes axées sur des comportements et cibles clés. Elle permet de drainer en un bloc la connaissance, les attitudes et les comportements en direction des cibles.

2.2. Offre et Accès aux Services (OA)

Une mise en œuvre efficace et efficiente du PANB 2023-2026 suppose une bonne compréhension de l'organisation du système de santé du Togo. L'offre de services de planification familiale et l'accès à ceux-ci doivent être étroitement liés à l'organisation des structures de soins qui sont mises en place par le Ministère.

Au Togo, les soins de santé sont fournis aux populations dans les structures publiques et privées (qu'elles soient associatives, confessionnelles ou libérales). L'organisation des soins est pyramidale et à trois niveaux à savoir, le premier (périphérique), le deuxième (intermédiaire) et le troisième (central).

Les soins de premier niveau sont structurés autour de trois échelons à savoir : (i) La communauté à travers 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 (HD) qui constitue le premier niveau de référence. Le deuxième niveau de référence et de recours est animé par les hôpitaux de région (Centres Hospitaliers Régionaux - CHR) et certaines spécificités régionales. Les soins de santé tertiaires sont dispensés dans trois Centres Hospitaliers Universitaires (CHU) et dans des hôpitaux spécialisés de référence.

2.2.1. Couverture du pays en établissement de soins

Le nombre de formations sanitaires est passé de 1 297 en 2019 à 1 320 en 2021 selon les résultats de la mise à jour de la carte sanitaire réalisée en 2021 puis à 2152 en 2022.

Tableau 1: Répartition des établissements de soins par type et par région en 2022

Types d'établissement de soins	Grand Lomé	Maritime	Plateaux	Centrale	Karas	Savanes	Total général
CHU	2	0	0	0	1	0	3
CHR	1	1	1	1	1	1	6
HOPITAL SPECIALISE	1	1	1	0	0	1	4
HOPITAL II	9	3	9	3	4	4	32
HOPITAL I	70	13	11	3	5	5	107
USP II	252	40	62	24	36	19	433
USP I	671	219	260	113	130	97	1490
INFIRMERIE	29	4	10	9	9	7	68
AUTRES	4	1	4	0	0	0	9
Total général	1039	282	358	153	186	134	2152

Source : DEPP/Ministère chargé de la santé, Données de la carte sanitaire 2022.

L'effectif total du personnel de santé du secteur public et privé en 2021 s'élève à 18 794 contre 18 372 en 2020 soit une augmentation de 422 agents. Les agents du secteur public sont estimés à 12 800 (68,11%) et ceux du secteur privé à 5 994 (31,89%) de l'effectif cumulé (Public/Privé).

Conformément au code de la santé, un processus d'accréditation est en cours de mise en œuvre depuis le second semestre 2020. La liste des centres privés de soins agréés est publiée périodiquement.

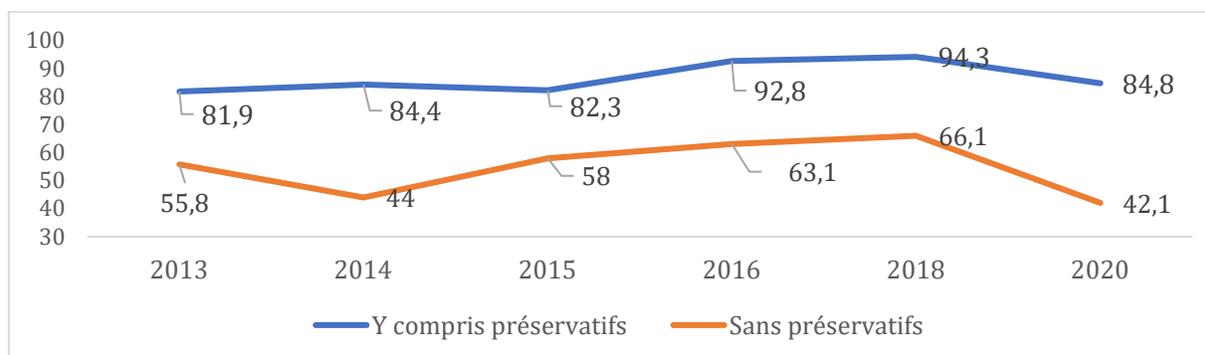
2.2.2. Disponibilité des services de PF dans les formations sanitaires

Les données de l'« Enquête nationale sur la disponibilité des produits et services de santé de la reproduction et la perception des clients sur la prestation des services de planification familiale au Togo » réalisée par l'UNFPA en 2020 montrent que les méthodes comme le préservatifs masculins, la contraception orale, les injectables et les implants sont proposées par au moins 9 formations sanitaires sur 10. La proportion des FS proposant les méthodes de contraception telles que la stérilisation tubaire et la vasectomie est très faible. La quasi-totalité (99%) des FS propose un minimum de 3 différentes méthodes contraceptives modernes y compris le préservatif et cette proportion passe à 97% lorsqu'on exclut les préservatifs. Ces proportions passent respectivement à 96,6% et à 77,2% lorsque le nombre minimum de méthodes à offrir passe à 4. En portant à cinq (05) le nombre minimum de méthodes contraceptives (y compris les préservatifs) à offrir, la proportion des FS reste élevée soit 84,8% alors que si les préservatifs sont exclus des méthodes contraceptives offertes, cette proportion passe à 42,1%.

La tendance du pourcentage des Formations Sanitaires (FS) offrant cinq méthodes de contraception modernes y compris les préservatifs est croissante depuis 2013 à 2018 (82% à 94%), mais en 2020, une baisse est observée (84,8%). Une tendance similaire est observée en ce qui concerne le

pourcentage des FS offrant cinq méthodes de contraception modernes sans préservatifs (58% en 2015, 63% en 2016, 66% en 2018 et 42,1% en 2020).

Figure 8: Formations Sanitaires (FS) offrant cinq méthodes de contraception modernes y compris les préservatifs



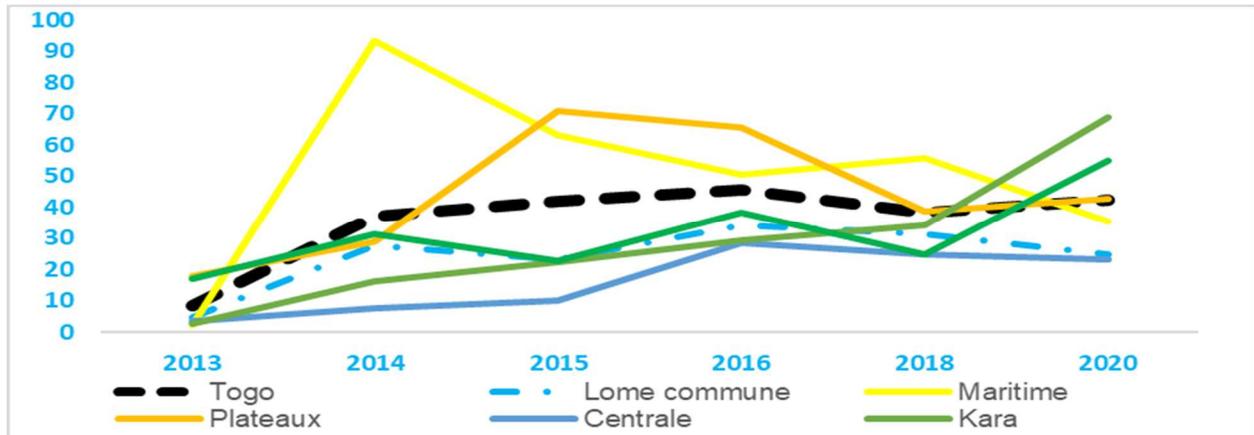
Source : FINAL_Rapport UNFPA Supplies Survey-Togo 2020

Selon les résultats de l'étude, la proportion des formations sanitaires qui n'ont pas connu de rupture de stocks de produits de contraception au cours des trois (03) derniers mois précédents la collecte des données a été estimée à 36,9%. A la date de la collecte des données, environ 4 formations sanitaires sur 10 (42,4%) avaient tous les produits de contraception moderne en stock à l'exception des méthodes de stérilisation et la contraception d'urgence.

Ces résultats impliquent que plus de la moitié des formations sanitaires qui offrent les services de la planification familiale connaissent souvent des ruptures de stock. Les principales raisons qui expliquent la rupture des méthodes modernes de contraception sont liées à la faible demande de la part des clients, aux retards de réapprovisionnement et au manque de compétence des FS à administrer certaines méthodes.

La proportion des FS n'ayant pas connu de rupture de stock durant les trois derniers mois a connu une évolution entre 2015 et 2016 (35,8% à 43,4%). Cette proportion a évolué de 35,8% en 2018 à 36,9% en 2020. Le jour de l'enquête, la proportion des FS n'ayant pas connu de rupture de stock a connu une tendance globalement à la hausse depuis 2013 (8,5% à 42,4% en 2020), même si une baisse a été observée en 2018 (38,2%).

Figure 9: Evolution des proportions des FS n'ayant pas connu de rupture de stock des produits de la PF au moment de l'enquête



Source : FINAL_Rapport UNFPA Supplies Survey-Togo 2020

2.2.3. Équité et protection sociale en santé

La 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 celles en situation de vulnérabilité sociale y compris le handicap. Pour y remédier, différentes mesures ont été prises par l'État 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 Couverture sanitaire universelle (CSU). Le processus d'élaboration d'une Stratégie nationale de financement de la santé vers la CSU (SNFS-CSU) en cours s'inscrit dans ce cadre et devrait prendre en compte la planification familiale.

2.2.4. Accessibilité financière

Il ressort de l'« Enquête nationale sur la disponibilité des produits et services de santé de la reproduction et la perception des clients sur la prestation des services de planification familiale au Togo » en 2020, que 65,5% des clients ont déclaré avoir payé pour recevoir un service de planification familiale. Les dépenses concernent l'achat du carnet (221 FCFA contre 181 FCFA en 2018), du contraceptif à la pharmacie comme chez le prestataire (833 FCFA), la consultation et les examens de laboratoire (2746 FCFA au plan national).

Une analyse par région montre que le prix des (examens de laboratoire est plus élevé dans la région sanitaire de la Kara (7 373 FCFA) et plus faible dans la région sanitaire des Plateaux (500 FCFA). Selon le milieu de résidence, les examens de laboratoire coûtent plus chers en zone urbaine (3876 FCFA) qu'en zone rurale (787 FCFA).

Des disparités existent entre les régions à ce niveau. Dans le grand Lomé 1173 FCFA est le coût moyen du contraceptif acheté auprès du prestataire. Ce montant est le plus élevé au niveau des

régions. Une analyse selon le type de FS montre que dans les FS privées le prix des contraceptifs achetés auprès des prestataires est plus élevé que dans les FS publiques.

L'accessibilité financière reste une contrainte majeure dans l'accès des bénéficiaires aux services de PF.

Les défis du nouveau PANB en ce qui concerne l'OA peuvent se résumer en :

- l'amélioration de l'accès géographique
- la réduction des barrières financières (subvention de la PF), notamment pour les jeunes et les femmes en milieu rural et péri-urbain
- le développement de la e-santé en matière de PF

2.3. Sécurisation des Produits (SP)

La sécurisation des produits vise à assurer la disponibilité pérenne et une utilisation rationnelle des produits contraceptifs et autres consommables de la planification familiale de qualité selon les besoins du client, en temps voulu et en tout lieu. Elle permet ainsi de minimiser les ruptures de stock et de garantir une disponibilité constante des produits de qualité dans les différents points de stockage.

Sur le plan organisationnel, la Centrale d'Achats de Médicaments Essentiels Génériques et de Consommables Médicaux du Togo (CAMEG), un grossiste public à but non lucratif dont la gestion est autonome est chargée de l'approvisionnement des FS en produits. Quatre grossistes privés approvisionnent également le marché.

Le circuit de distribution public est composé de six pharmacies régionales d'approvisionnement qui sont des branches de la CAMEG.

Les contraceptifs et certains produits de santé de la reproduction (Ocytocine, Misoprostol et Sulfate de Magnésium) ne suivent pas toujours le même circuit de distribution. Ils sont distribués par la DSMIPF sous la coordination de la DSME aux Régions, des régions aux districts et des districts aux formations sanitaires.

Le système de sécurisation des produits du Togo souffre de problèmes structurels et organisationnels avec des ruptures de stocks fréquentes au niveau opérationnel.

Selon les résultats de l'« *Enquête nationale sur la disponibilité des produits et services de santé de la reproduction et la perception des clients sur la prestation des services de planification familiale au Togo* », 42,4% des formations sanitaires n'ont pas connu de rupture de stocks de produits contraceptifs le jour de l'enquête. La même enquête révèle que le pourcentage des FS n'ayant pas connu de rupture des stocks de produits de contraception au cours des trois (03) derniers mois est de 36,9%. Le niveau de cet indicateur a légèrement augmenté dans la mesure où en 2018 il était de 35,8%.

La disponibilité des moyens contraceptifs modernes est meilleure dans les FS publiques secondaires (54,1%) que dans les FS publiques primaires (35,9%) et FS publiques tertiaires (33,3%). Dans les secteurs privés à but lucratif et privé à but non lucratif respectivement 14,3% et 30,8% FS n'avait pas connu de rupture au cours des trois derniers mois. Rappelons que les FS privées ont l'habitude de prescrire les moyens contraceptifs modernes à leurs clients qui les

achètent au niveau des officines car celles-ci ne reçoivent pas généralement des dotations de la part de la DSMIPF.

Les régions de la Kara et des Savanes ont enregistré moins de ruptures de stock. Dans ces régions, il a été respectivement enregistré 60% et 50% des formations sanitaires n'ayant pas connu de rupture de stock d'un quelconque moyen contraceptif au cours des trois derniers mois. La rupture est plus notée au niveau des régions Centrale et de Grand Lomé où respectivement seulement 20% et 25% des FS n'ont pas connu de rupture au cours des trois derniers mois.

Les principales raisons qui expliquent la rupture des méthodes modernes de contraception sont entre autres (i) la faible demande de la part des clients, (ii) les retards de réapprovisionnement et (iii) le manque de compétence des FS à administrer certaines méthodes. La faible demande est évoquée pour expliquer la rupture des préservatifs féminins (67,8%), le DIU (43,8%) et la contraception d'urgence (67%). Le retard de réapprovisionnement (retard de demande de réapprovisionnement de la part de la FS ou retard de livraison de la part de la source de réapprovisionnement principale (institution/entrepôt)) est à l'origine de la rupture des préservatifs masculins (58,8%), des contraceptifs oraux (55,2%), des injectables (60%) et des implants (51,7%). L'insuffisance du plateau technique (manque d'équipement ou absence de personnel formé) justifie l'absence d'offre des méthodes de stérilisation féminine (94,7%) et masculine (83,8%) dans certaines FS.

Le défi relatif à la sécurisation des intrants reste le renforcement du système d'approvisionnement et les capacités des acteurs à tous les niveaux pour garantir la bonne gestion des données et des stocks de produits contraceptifs.

2.4. Politique, Environnement Habilitant, Financement (PEHF)

Le succès des programmes de planification familiale repose également sur des instruments politiques, juridiques pour créer un environnement favorable et aussi un financement adéquat.

2.4.1. Politique et environnement habilitant

Principaux instruments en faveur de la Planification familiale

Sur le plan législatif, deux documents renseignent sur la fourniture de méthodes modernes de contraception à savoir le Code de Santé Publique (CSP) promulgué en 2009 et la Loi n° 2007-005 du 10 janvier 2007 sur la santé de la reproduction. Au Titre II (Mesures sanitaires spécifiques) au chapitre 1 sur la protection sanitaire de la famille et de l'enfance et à la section 3 sur la Planification Familiale, **le Code de Santé Publique** assure la disponibilité et la fourniture de service en PF dans son article 104 dans les formations sanitaires publiques et privées : « **Article 104** : *Toutes les techniques et méthodes de planification familiale, à l'exception de l'interruption volontaire de grossesse sont autorisées dans les formations sanitaires publiques et privées qui remplissent les conditions* ». **Dans la Loi n° 2007-005 du 10 janvier 2007 sur la santé de la reproduction**, la disponibilité et la fourniture des méthodes contraceptives sont exprimées dans les articles suivants : a) La responsabilité de l'État dans la promotion et la protection du droit à la santé de la reproduction de tout être humain sur le territoire national ont été affirmées dans l'article 19 ;

b) Dans l'organisation et le fonctionnement des structures de service de santé, l'article 22 confirme le rôle déterminant du Ministère chargé de la santé qui doit assurer la mise en œuvre de la politique nationale de la SR et aussi la coordination de l'action des différentes structures publiques et privées intervenant sur la thématique ;

c) le leadership du gouvernement dans la distribution et la mise en vente des produits contraceptifs sauf les préservatifs dans les formations sanitaires publiques et privées (article 36).

Sur le plan institutionnel, la politique de la planification familiale donne des orientations pour que les couples et les individus en âge de procréer puissent disposer et accéder aux moyens contraceptifs dans le but de contribuer à la réduction de la mortalité maternelle et infantile, au bien-être complet des individus et des familles et à l'adéquation entre la croissance démographique du pays. Pour que cette fourniture soit optimale dans les formations sanitaires publiques, privées et au niveau communautaire, les orientations sont focalisées sur :

- les méthodes modernes de contraception autorisées au Togo dans des conditions précisées dans les normes ;
- les stratégies fixes, avancées et mobiles pour un accès universel garanti suivant les normes.

- **Les normes en matière de PF**

Les normes en matière de planification familiale renseignent sur la disponibilité et la fourniture des méthodes modernes de contraception en fonction des niveaux de la pyramide sanitaire (primaire, secondaire et tertiaire) et aussi en fonction du type de prestataire de service. La disponibilité des méthodes modernes de contraception exigée est renseignée : i) dans la rubrique de « Critères de qualité » ; ii) l'équipement (supports de communication, les consommables et outils nécessaires à la mise en œuvre de l'activité) pour la fourniture de service est notifiée dans la rubrique matérielle ; iii) assorties par des indicateurs de performance.

- **Les Protocoles**

Le but visé par le Protocole de services en PF est de mettre à la disposition des prestataires de soins des informations utilisables à différents niveaux de la pyramide sanitaire. Facile à utiliser par chaque agent de santé de chaque niveau de la pyramide sanitaire, le protocole permet de : a) prendre des décisions thérapeutiques appropriées à partir des algorithmes ; b) standardiser les actions à entreprendre à tous les niveaux afin d'assurer la qualité des services aux clients. Bien qu'il existe en document unique, le protocole de service en PF est disponible aussi dans les modules de formations en PF, rendant l'assurance de sa disponibilité effective.

2.4.2. Financement

L'évaluation finale du PANB 2017-2022 a permis d'avoir une idée sur les engagements consentis aussi bien par l'État, les Partenaires techniques et financiers (PTF) que les Organisations de la société civile. Selon les résultats de ce rapport, sur un total de **7 764 593 743,0 FCFA**, les PTF ont été les principaux financeurs des activités du plan pendant les cinq années de mise en œuvre. Sur l'ensemble des cinq années, ils ont financé à hauteur de **6 387 807 764,0 FCFA soit 82,3%**, les activités réalisées du plan. Le financement de l'État quant à lui l'a été à hauteur de **721 177 090,0 FCFA soit 9,3%** suivi des OSC à hauteur 8,4% pour un montant de **7 764 593 743,0 FCFA**. Les détails annuels sont présentés dans le tableau ci-dessous.

Tableau 2: Financement des différents acteurs de 2017-2021

Années	PTF/Bailleurs	État	OSC	Total	Pourcentage par acteur		
					PTF/Bailleurs	État	OSC
2017	891 944 493	150 000 000	-	1 041 946 510	85,60%	14,40%	0,00%
2018	1 190 703 776	150 000 000	167 080 390	1 507 786 184	78,97%	9,95%	11,08%
2019	2 249 728 667	221 177 090	461 618 404	2 932 526 180	76,72%	7,54%	15,74%
2020	1 342 517 906	100 000 000	24 000 000	1 466 519 926	91,54%	6,82%	1,64%
2021	712 912 922	100 000 000	2 900 000	815 814 943	87,39%	12,26%	0,36%
Total	6 387 807 764	721 177 090	655 598 794	7 764 593 743	82,27%	9,29%	8,44%

Source : Rapport Évaluation finale du PANB 2017-2022

Toutefois, la lecture du tableau, au-delà de la forte dépendance du financement de la planification familiale auprès des partenaires, on note une baisse de la contribution de l'ensemble des contributeurs après un pic en 2019. Ainsi, pour les PTFs, les ressources mobilisées sont passées de 2 249 728 667,0 FCFA en 2019, à 1 342 517 906,0 FCFA en 2020 puis à 712 912 922,0 FCFA en 2021. Cette baisse pourrait se justifier par la pandémie de la COVID 19.

L'UNFPA reste le plus grand des contributeurs financiers avec plus de 61%, suivi de l'USAID (16,27%) et de Giz ProSante (9,01%). D'après les résultats de l'évaluation. La grande partie des ressources mobilisées (6 507 914 502 soit 84%) a été consacrée aux volets sécurisation des produits et offre des services avec respectivement 3 556 464 324 FCFA (46%) et 2 951 450 178 FCFA (38%)⁵.

Le principal défi pour le Togo demeure l'accroissement de la mobilisation des fonds pour la Planification Familiale, notamment les ressources domestiques afin de réduire le poids du coût des produits contraceptifs sur les ménages, la forte dépendance vis-à-vis des partenaires et ainsi de faciliter et promouvoir l'accès aux services de PF.

2.5. Coordination, Suivi et Évaluation

Une coordination effective et un système de suivi et d'évaluation fonctionnel constituent des éléments fondamentaux pour la mise en œuvre des interventions en matière de l'offre des services de PF. Ils permettent de tirer les leçons de l'expérience et de s'en servir pour améliorer les activités en cours et celles à venir. Le suivi régulier des activités peut contribuer à l'évaluation des programmes, à l'amélioration de la qualité des services et à une meilleure utilisation des ressources financières, matérielles et humaines.

Dans le cadre de la mise en œuvre du PANB PF 2017-2022 ; plusieurs actions ont été menées pour renforcer la coordination, le suivi et l'évaluation.

Ainsi, pour renforcer la coordination de la mise en œuvre des activités liées à la planification familiale, les actions suivantes ont été conduites : (i) Organisation des réunions trimestrielles de coordination au niveau de chaque région, (ii) organisation des réunions mensuelles de coordination

⁵ Rapport Final_Evaluation Finale PANB PF 2022

au niveau de chaque district, (iii) organisation des réunions du groupe Technique de sécurisation des PC et PAGE des bonnes pratiques.

Dans le domaine du suivi et de l'évaluation, des missions de supervision des évaluations ainsi que des études ont été conduites afin de (i) améliorer la qualité des données collectées au niveau opérationnel, (ii) renseigner sur les progrès réalisés en matière d'offre de services de PF pour la prise de décision.

Toutefois, la revue de la documentation disponible notamment les rapports d'étape et les rapports des différentes évaluations conduites dans le cadre du PANB 2017-2022 a permis de relever des faiblesses. Il s'agit entre autres de :

- Faible synergie de la coordination dans la mobilisation des ressources
- Faible mobilisation du secteur privé et des municipalités pour la levée des ressources fonds domestiques en faveur de la PF
- Absence de réunion de coordination
- Irrégularité des suivis post formation et des supervisions des prestataires ;
- Insuffisance de dissémination des documents cadres et faible appropriation par tous les acteurs ;
- Absence de revues semestrielles ou annuelles des activités inscrites au Plan d'Action Opérationnel de la division par tous les acteurs ;
- Faible qualité des données produites
- Très peu d'études et recherches réalisées

Au regard des insuffisances documentées dans les différents rapports, les principaux défis relatifs à la coordination, au suivi et à l'évaluation à retenir sont :

- Renforcement de la coordination des différents acteurs y compris le secteur privé et les collectivités territoriales en vue d'une plus grande synergie et une mobilisation accrue des ressources
- Mise en place de mécanismes innovants d'assurance qualité des données et la recherche
- Disponibilité de ressources humaines compétentes pour le suivi et l'évaluation, en gestion et leadership et en qualité des services.

2.6. Droits humains, genre et violences basées sur le genre

Depuis quelques années, le Togo accorde une place de choix à la prise en compte du genre et à la promotion de la femme dans les grandes priorités de l'action gouvernementale. Cet intérêt sans cesse grandissant s'inscrit, non seulement dans le contexte mondial où, de nos jours, la prise en compte du genre apparaît comme une stratégie fondamentale et efficace dans tout processus de développement qui se veut durable et harmonieux, où les hommes et les femmes contribuent équitablement au développement. Cette option s'est traduite par la prise de mesures de politiques et stratégiques au niveau national par l'adoption en janvier 2011 de la Politique Nationale pour l'Équité et l'Égalité de Genre (PNEEG), l'institutionnalisation du forum de la femme togolaise,

l'encrage du genre dans les institutions étatiques à travers l'institutionnalisation du genre dans les ministères sectoriels dont celui de la santé.

Au regard de l'importance accordée par les plus hautes autorités aux questions de prise en compte de genre dans les stratégies de développement, le ministre de la Santé, de l'Hygiène Publique et de l'Accès Universel aux Soins, dans ses documents stratégiques (PNS, PNDS) a pris des mesures concernant les questions d'inclusion et d'équité genre en vue de promouvoir la santé de toutes les couches sociales.

C'est dans cette optique qu'intervient le renouvellement de la cellule focale genre par arrêté n°225/2020/MSHP/CAB/SG du 20 août 2020 du ministre de la Santé, de l'hygiène publique et de l'accès universel aux soins, ensuite la mise en place d'un cadre d'échange et de concertation sur le genre par note de service n°210/2020/MSHPAUS/SG du 24 novembre 2020, enfin la nomination des points focaux genre dans les régions et districts sanitaires.

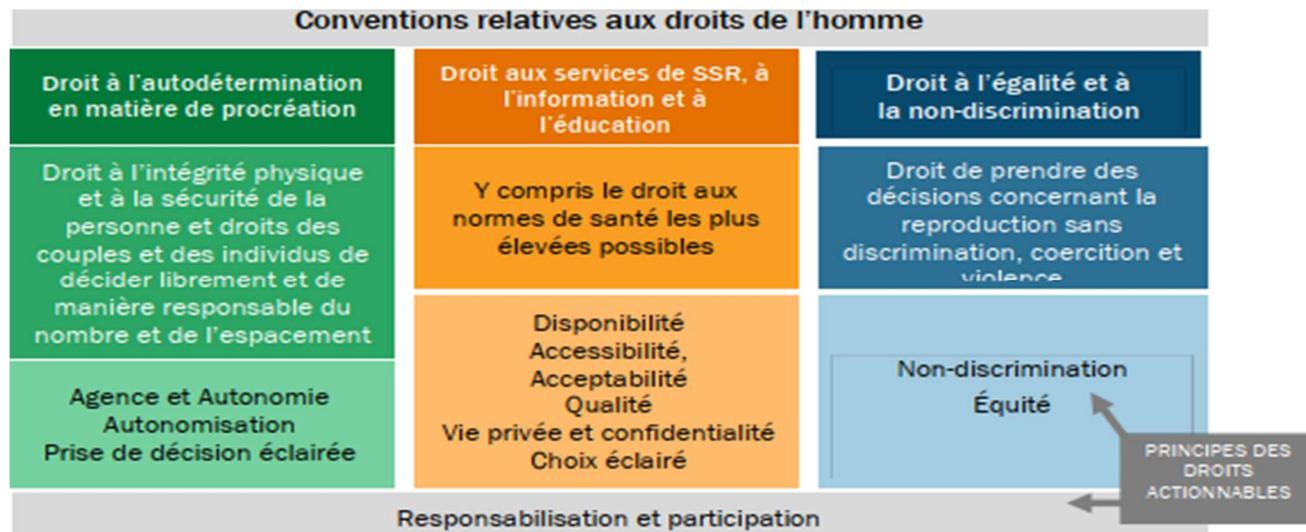
Partant du principe selon lequel « les femmes et les hommes ont le droit de déterminer librement et en toute responsabilité le nombre d'enfants qu'ils souhaitent avoir et d'espacer les naissances comme bon leur semble », le programme Family Planning 2020, par l'intermédiaire de son kit d'outils¹⁵, a suscité un regain d'attention à l'échelle mondiale pour le thème de la planification familiale, créant ainsi un sentiment d'urgence concernant la compréhension et la définition des principes et des normes en matière de droits humains, notamment leur intégration aux programmes de planification familiale.

Obligation est donc faite aux différents acteurs de clarifier les principes clés des droits lors de l'élaboration et la mise en œuvre des PANB. À cet effet, les mesures à prendre en matière de politique pour veiller à ce que les programmes de planification familiale librement consentie donnent lieu à une utilisation des contraceptifs fondée sur un choix libre, éclairé et effectué en toute connaissance de cause, doivent être décrites. Cette démarche est également compatible avec les droits et les principes d'autonomisation du programme Family Planning 2020 (FP2020), un partenariat mondial né du Sommet de Londres de 2012 sur la planification familiale (PRB, 2015). Les concepts des droits humains sont essentiels au renforcement de l'autonomie et au soutien de la liberté des femmes, de sorte que ces dernières puissent accéder aux services dont elles ont besoin, décider elles-mêmes si elles souhaitent avoir un enfant et définir l'espacement de leurs grossesses. Le fait d'informer et d'aider les clients à prendre leur avenir en main permet à ces derniers de mieux « connaître, comprendre, faire valoir leurs droits, et [...de] devenir des partenaires essentiels de la concrétisation des droits dans les futures initiatives de planification familiale et de développement sanitaire ».

Appliqués aux politiques et aux services, ces éléments du droit à la santé sont indispensables. Ils constituent des composantes essentielles des programmes de planification familiale qui respectent les droits humains. Ils fournissent en outre des lignes directrices à l'attention des prestataires de services chargés de veiller à ce que les soins dispensés soient disponibles, accessibles, acceptables et de la meilleure qualité possible

Principes des droits humains appliqués à la PF

La matrice ci-dessous présente les principes clés des droits humains applicables à la PF



Adapté : FP2020. 2018. Rights-Sizing Family Planning: A Toolkit for Designing Programs to Respect, Protect and Fulfill the Rights of Girls and Women. https://fp2030.org/sites/default/files/Rights-sizing_Family_Planning_Toolkit_EN.pdf

Au regard de ces principes, et à l'image des autres pays du Partenariat de Ouagadougou, le Togo, dans le cadre de ses politiques/programmes de PF notamment le PANB est tenu de respecter les obligations formulées par le Haut-Commissariat des Nations Unies pour les droits de l'homme. Ces obligations sont présentées dans l'encadré ci-dessous.

Obligations des pays : Les droits humains impliquent des droits et des obligations.

Les pays (et leurs administrations) assument des obligations et des devoirs en vertu du droit international, afin de respecter, de protéger et d'instaurer les droits humains.

- L'obligation de respecter les droits humains signifie que les pays évitent de perturber ou d'entraver l'exercice des droits humains.
- L'obligation de protéger les droits humains signifie que les pays doivent protéger les individus et les groupes contre les violations des droits humains.
- L'obligation d'instaurer les droits humains signifie que les pays doivent prendre des mesures positives pour faciliter l'exercice des droits fondamentaux humains. Au niveau individuel, si nous avons tous le droit de jouir des droits humains, nous devons également respecter les droits des autres

En ce qui concerne les Violences Basées sur le Genre (VGB), malgré l'amélioration du cadre juridique et les efforts déployés pour lutter contre les violences basées sur le genre, de nombreux défis demeurent, en raison des stéréotypes et des pratiques néfastes qui renforcent la discrimination et la stigmatisation à l'égard des femmes et des filles.

Selon une étude menée par le Ministère en charge de la Promotion de la Femme en 2010, avec le soutien de l'UNFPA a révélé un niveau élevé de différentes formes de violence dans le pays entre autres 41% de violence physique, 33% pour la violence sexuelle et 20% de violence institutionnalisée. L'utilisation des structures de santé pour la prise en charge des VBG est faible et seulement 12% des femmes et 7% des filles ont été prises en charge pour les cas de VBG dans les structures de santé et avec un traitement inapproprié car la plupart du personnel n'est pas formé pour prendre en charge ces cas.

L'UNFPA en partenariat avec le Ministère en charge de la Promotion de la Femme œuvre pour l'amélioration des mécanismes juridiques pour lutter contre les violences basées sur le genre et ont relevé les défis en matière de PEC des survivantes des VBG.

A ce titre un service holistique a été créé dans le CMS Adidogomé appelé " One Stop Center ", qui offre des services multisectoriels aux survivantes de VBG en un seul endroit pour être en pilote.

Pour ce faire un renforcement de capacité a été fait en novembre 2021) pour 27 prestataires du centre de santé pilote d'Adidogomé et les structures restreint de soins du projet TAKEDA pour la prise en charge médicale et psychologique des survivantes de VBG et de cas de violences sexuelles Il y a donc lieu dans le nouveau PANB de maintenir et renforcer les interventions visant l'élimination des VBG ayant des incidences négatives sur la demande des services de PB par les bénéficiaires.

3. Aperçu des principaux problèmes par domaine

3.1. Principaux problèmes liés à la création de la demande

Problèmes clés	Principales causes
<p>Faibles connaissances des bénéficiaires (jeunes, femmes et hommes) sur l'importance de l'utilisation des méthodes modernes de contraception</p>	<p>Messages peu adaptés et peu harmonisés par cible</p> <p>Insuffisance de matériels et supports de communication adaptés et harmonisés par cible</p> <p>Insuffisance de personnel qualifié en communication SR/PF</p> <p>Peur de la stigmatisation</p> <p>Utilisation des canaux non adaptés pour la transmission des messages non adaptés aux cibles</p> <p>Moments de diffusion des messages non adaptés aux cibles</p>
<p>Faible accès des adolescents, des jeunes et des groupes marginalisés (personnes handicapées, déplacées, ...) à l'information de qualité sur les services de PF</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Insuffisance dans la segmentation de la cible (adolescents et jeunes) afin que leurs spécificités soient prises en compte, y compris les personnes handicapées - Réticence de certains leaders et parents face à l'accès des jeunes et adolescents aux messages de promotion de la SR/PF - Insuffisance de mise en œuvre d'approches et de stratégies communautaires au profit des adolescents et des jeunes - Insuffisance dans la communication avec les prestataires lors des prestations de services de SR/PF pour les adolescents et jeunes - Insuffisance du personnel qualifié pour la promotion des services de la SR/ PF en faveur des adolescents et des jeunes - Faible utilisation des canaux de communication adaptés aux adolescents notamment les outils numériques comme les réseaux sociaux

	<ul style="list-style-type: none"> - Insuffisance de campagnes spécifiques ciblant les adolescents et les jeunes
Insuffisance dans la promotion des interventions à haut impact pour la création de la demande et changement social de comportement	<ul style="list-style-type: none"> - Insuffisance des espaces de loisirs pour la promotion de la communication de la SR/PF au profit des adolescents et des jeunes - Faible vulgarisation de la mise à échelle des interventions à haut impact en faveur des adolescents et jeunes - Insuffisance de campagnes spécifiques ciblant les adolescents et les jeunes

3.2. Principaux problèmes liés à l'offre et accès aux services

Problèmes clés	Principales causes
Faible accessibilité géographique des populations aux services de PF de qualité plus particulièrement les femmes en zones périurbaines et rurales	<ul style="list-style-type: none"> - Toutes les formations sanitaires n'offrent pas de services PF (42% n'offrent pas la PF) - Faible offre de services PF dans les FS privées - Non disponibilité de toute la gamme dans l'ensemble des formations sanitaires qui offrent la PF - Les prestataires ne sont pas formés sur l'offre des services de PF - Les formations sanitaires ne disposent pas de personnel qualifié pour l'offre de services PF - Insuffisance de matériel pour l'offre de services PF - Insuffisance de la mise en œuvre de la DBC - Insuffisance de la mise en œuvre des stratégies avancées et mobiles
Faible accessibilité aux services de PF de qualité pour les personnes en situation de vulnérabilité (Adolescents et Jeunes, femmes en âge de procréer du milieu rural et personnes handicapées, PVVIH) y compris les personnes en situation de crise humanitaires.	<ul style="list-style-type: none"> - Absence de mécanisme de prise en charge des personnes en situation de crise et de personne handicapée - Insuffisance de ressources humaines qualifiées - Non prise en compte des situations de crises dans les plans - Dispositifs de prestation de soins non adaptés aux personnes handicapées - Insuffisance de matériel pour l'offre de services PF - Manque de produits contraceptif" - Persistances des rumeurs sur la contraception - Mauvaise perception sur l'utilisation des méthodes contraceptives - Services non adaptés aux jeunes

<p>Insuffisance d'offre de services conviviaux aux besoins spécifiques des adolescents et jeunes à la contraception</p>	<ul style="list-style-type: none"> - "Structures sanitaires non adaptées pour l'offre des services AJ - Mauvais accueil des adolescents et jeunes dans les services PF - Heures/jours de services non adaptés aux jeunes" - Insuffisance de prestataires formés en offre de services conviviaux aux AJ - Insuffisance des structures adaptées pour de l'offre de services aux jeunes et adolescents (centres de jeunes, infirmeries scolaires) - Non gratuité des services aux adolescents et jeunes - Préjugés des prestataires et parents à l'endroit des jeunes vis à vis de la SSR - Méconnaissances des droits des jeunes et adolescents aux services qui leur sont destinés - Ignorance des services qui sont offerts aux jeunes - Démission des parents vis-à-vis de l'éducation à la vie familiale - Barrières médicales des prestataires à l'offre des services PF aux jeunes - Insuffisance dans l'organisation des campagnes de promotion de la SR/PF par cible
<p>Faible accessibilité financière des services de PF aux bénéficiaires surtout en zone rural</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Non gratuité des services PF - Faible pouvoir d'achat des bénéficiaires - Non prise en compte de la PF dans la couverture sanitaire universelle

3.3. Principaux problèmes liés à l'achat et la sécurisation des produits contraceptifs

Problèmes clés	Principales causes
<p>Faible disponibilité des produits SR, consommables et Équipements médicotecniques aux</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Faible intégration des produits SR dans la chaîne d'approvisionnement nationale - Insuffisance de professionnels dans la gestion de la chaîne d'approvisionnement des produits de santé à tous les niveaux (absence de formation, positionnement des responsables de la chaîne d'approvisionnement sur plusieurs programmes)

points de prestation des services	<ul style="list-style-type: none"> - Faible coordination du système national d'approvisionnement pharmaceutique/CAPS - SIGL non fonctionnel à tous les niveaux (non-fiabilité des données de consommation des produits SR, non disponibilité des informations en temps réel) - Faiblesse de la chaîne logistique (distribution, stockage) - Faible financement de l'Etat
-----------------------------------	--

3.4. Principaux problèmes liés à la politique, environnement habilitant et financement

Problèmes clés	Principales causes
Méconnaissance et obsolescence de la loi SR 2007	<ul style="list-style-type: none"> - Non prise en compte de toutes thématiques dans la loi SR (les activités des ASC, les nouvelles techniques de procréation médicale assistée, les questions sur les minorités sexuelles, la sexualité, question sur les conditions des interruptions volontaires de grossesses) - Inexistence des textes d'application - Insuffisance de la vulgarisation de la loi SR

3.5. Principaux problèmes liés à la supervision/coordination et suivi et évaluation

Problèmes clés	Principales causes
Insuffisance dans la coordination inter et intra sectorielle en matière de PF	<ul style="list-style-type: none"> - Faible leadership de l'État - Insuffisance dans la réalisation de la cartographie des interventions en PF
Insuffisance dans le développement de la recherche et la gestion des connaissances	<ul style="list-style-type: none"> - Insuffisance dans la mise en œuvre du mécanisme de suivi, supervision et évaluation des données SR/PF - Insuffisance dans la mise en œuvre de l'assurance qualité des données - Insuffisance et vétusté des matériels informatiques
Insuffisance dans le développement de la recherche et la gestion des connaissances	<ul style="list-style-type: none"> - Unité de suivi et évaluation et recherche peu fonctionnelle - Faible publication des succès et bonnes pratiques sur la PF

4. PLAN D'ACTION NATIONAL BUDGÉTISÉ 2023-2026

4.1. Objectifs opérationnels du PANB 2023-2026

4.1.1. Objectif de développement

Le Plan d'Action National Budgétisé 2023-2026 élaboré de façon participative vise à promouvoir durablement la santé des populations et le développement social à travers (i) le renforcement du niveau du capital humain et (ii) l'amorce de la transition démographique. Dans cette optique, il entend contribuer à l'amélioration de la santé de la population en générale et en particulier les adolescents et jeunes par l'accroissement du taux de la prévalence contraceptive moderne chez les femmes.

4.1.2. Objectif du PANB 2023-2026

Comme objectif, le PANB 2023-2026 vise à rehausser le taux de prévalence contraceptive moderne de 23,2% en 2022 à 29,5% en 2026 chez toutes les femmes, en veillant à ce que tous les couples, individus et adolescents aient accès à une gamme complète de services de planification familiale abordables et de qualité.

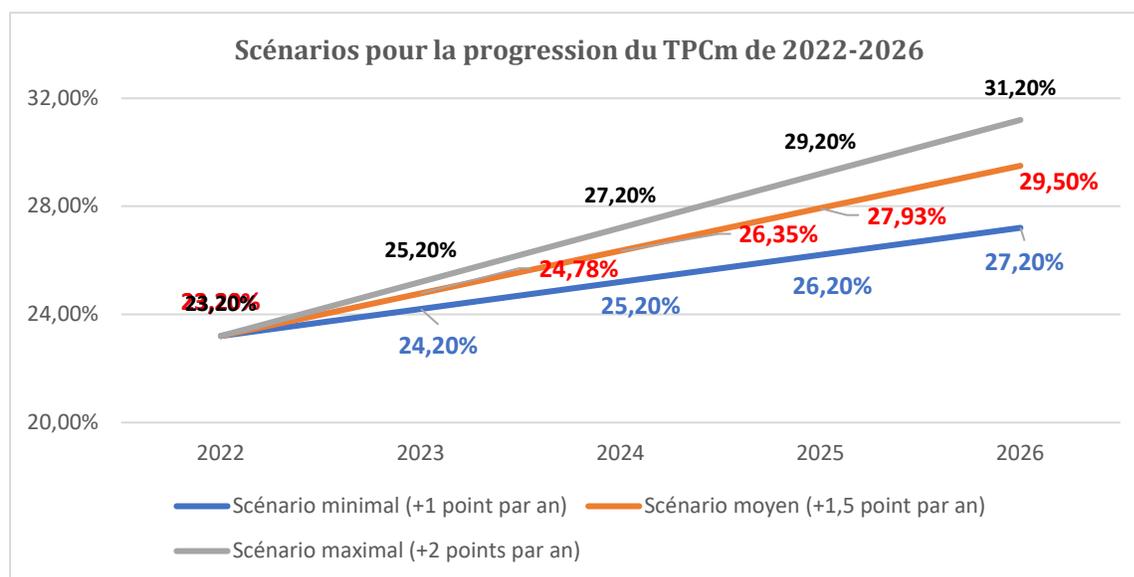


Figure 10: Scénario de progression du TPCm entre 2022 et 2026

En utilisant le scénario moyen, la projection régionale de prévalence contraceptive moderne se présente comme suit :

Tableau 3: Projection du taux de contraception moderne par région [scénario moyen]

Régions	2022	2023	2024	2025	2026	2027
Grand Lomé	24,30%	25,88%	27,45%	29,03%	30,60%	32,18%
Maritime	20,80%	22,38%	23,95%	25,53%	27,10%	28,68%
Plateaux	23,40%	24,98%	26,55%	28,13%	29,70%	31,28%
Centrale	27,20%	28,78%	30,35%	31,93%	33,50%	35,08%
Kara	27,60%	29,18%	30,75%	32,33%	33,90%	35,48%
Savanes	16,60%	18,18%	19,75%	21,33%	22,90%	24,48%
National	23,20%	24,78%	26,35%	27,93%	29,50%	31,08%

4.1.3. Objectifs stratégiques

Cinq objectifs stratégiques sont formulés pour ce plan :

Objectif 1 : Accroître la demande d'informations et de services de PF auprès des femmes, des adolescents et des jeunes, en améliorant l'environnement favorable à la PF grâce à un engagement fort de la part de l'ensemble des acteurs clés.

Objectif 2 : Garantir la couverture en offre de services de PF et d'accès aux services de qualité en renforçant la capacité des prestataires publics, privés et communautaires et en ciblant les jeunes des zones rurales et enclavées avec l'élargissement de la gamme des méthodes, l'amélioration des services et prestations adaptés aux besoins des jeunes notamment dans les infirmeries scolaires et universitaires sans oublier la prise en charge de la PF intégrée dans les autres services de SR (PF post-partum, SAA, VIH, Vaccination, Fistules, Paludisme, etc.) et une meilleure implication du secteur privé.

Objectif 3 : Assurer la sécurisation des produits contraceptifs en tout temps à tous les niveaux de la pyramide sanitaire et leur disponibilité par le renforcement des capacités en quantification, en planification des approvisionnements, en gestion de la chaîne d'approvisionnement et de la logistique de PF.

Tableau 4: Estimation du nombre des utilisatrices de contraception moderne 2023-2026

Niveaux	2023	2024	2025	2026	2027	2028
National	505 271	563 802	624 704	687 975	753 616	821 628
Lomé	80 187	87 002	94 063	101 369	108 920	116 716
Maritime	142 802	160 342	178 604	197 589	217 296	237 726
Plateaux	123 340	138 322	153 920	170 133	186 962	204 406
Centrale	54 818	60 064	65 510	71 154	76 997	83 039
Kara	66 626	74 758	83 224	92 024	101 159	110 628
Savanes	37 499	43 314	49 383	55 706	62 282	69 112

Source : Track20

Tableau 5: Estimation du nombre d'utilisatrices additionnelles de contraception moderne (2023-2026)

Niveaux	2023	2024	2025	2026	2027	2028
National	56 161	58 531	60 901	63 271	65 641	68 011
Lomé	6 570	6 815	7 061	7 306	7 551	7 796
Maritime	16 817	17 540	18 262	18 985	19 707	20 430
Plateaux	14 367	14 983	15 598	16 213	16 829	17 444
Centrale	5 048	5 247	5 446	5 644	5 843	6 042
Kara	7 797	8 132	8 466	8 800	9 135	9 469
Savanes	5 561	5 815	6 069	6 323	6 576	6 830

Source : Track20

Objectif 4 : Garantir un environnement favorable pour la PF à travers le renforcement des activités de plaidoyer auprès des décideurs et des leaders administratifs, traditionnels, religieux et des élus, la distribution et la mise en œuvre des documents politiques, normes et protocoles de PF, le renforcement et la pérennisation du financement de la PF.

Objectif 5 : Renforcer le cadre de coordination des acteurs de la PF à tous les niveaux et améliorer le suivi et l'évaluation en renforçant le système de collecte et de traitement des données, les audits, les supervisions, la recherche-action.

4.2.Axes stratégiques du PANB 2023-2026

Le PANB 2023-2026 est structuré autour de cinq axes stratégiques. Chaque axe est détaillé en actions prioritaires, activités, indicateurs de résultat assortis d'un échéancier précis en annexe du présent document. La majorité des résultats stratégiques indiqués dans le tableau 7 présente les priorités stratégiques.

- Axe 1 : Création de la demande
- Axe 2 : Offre de services
- Axe 3 : Sécurisation des produits contraceptifs y compris l'achat de contraceptifs et de consommables
- Axe 4 : Politique, environnement habilitant et financement
- Axe 5 : Coordination, suivi et évaluation

Le coût total du PANB 2023-2026 s'élève à Quatorze milliards cent quarante-vingt-cinq millions cinq cent trente mille quatorze (14 185 130 014) francs CFA 22 879 242 US dollar. Les intrants et consommables représentent 55% de l'ensemble du budget. Le tableau ci-dessous présente les détails du budget.

Tableau 6: Budget estimatif du PANB 2023-2026 par axe y compris les produits et consommables

Axes	Libellés	2023	2024	2025	2026	Total	Poids 1	Poids 2
Axe 1	Création de la demande	24 150 000	486 050 108	311 702 108	311 702 108	1 133 604 323	18%	8%

Axe 2	Offre et accès aux services	69 525 000	808 328 334	718 538 333	748 778 333	2 345 170 000	38%	17%
Axe 3	Sécurisation des produits	-	349 197 200	368 247 200	264 997 200	982 441 600	16%	7%
Axe 4	Politique et environnement habitant	-	44 000 000	58 700 000	18 800 000	121 500 000	2%	1%
Axe 5	Coordination, suivi et évaluation	-	529 077 733	574 977 733	540 627 733	1 644 683 200	26%	12%
Total Axes		93 677 023	2 216 655 399	2 032 167 399	1 884 925 639	6 227 425 460	100 %	44%
	Produits et consommables	1 703 568 329	1 925 967 473	2 068 100 260	2 260 068 492	7 957 704 554		56%
Total général		1 797 245 352	4 142 622 871	4 100 267 659	4 144 994 131	14 185 130 014		100 %

Le détail des axes stratégiques et des actions prioritaires est contenu dans les tableaux ci-dessous.

Axe stratégique	Problèmes clés identifiés	Actions prioritaires
Création de la demande	CD.1. Insuffisance de connaissances des bénéficiaires (jeunes, femmes et hommes) sur l'importance de l'utilisation des méthodes modernes de contraception	<p>CD.1.1. Renforcement de la communication en SR/PF en faveur des cibles (femmes et hommes y compris les groupes marginalisés à savoir les adultes en situation carcérale, les personnes handicapées, déplacées)</p> <p>CD.1.2. Renforcement des compétences des acteurs pour la communication efficace en SR/PF en faveur des différentes cibles</p>
	CD.2. Faible accès des adolescents, des jeunes et des groupes marginalisés (personnes handicapées, déplacées, ...) à l'information de qualité sur les services de PF	<p>CD.2.1. Renforcement des campagnes de promotion des services de SR/PF en faveur des adolescents et jeunes et des groupes marginalisés</p> <p>CD.2.2. Renforcement des compétences des acteurs pour la communication efficace en SR/PF en faveur des adolescents et jeunes et des groupes marginalisés</p>
	CD.3. Insuffisance dans la promotion des interventions à haut impact pour la création de la demande et changement social de comportement	CD.3.1. Renforcement de la promotion des interventions à haut impact pour la création de la demande et le changement social de comportement

Axe stratégique	Problèmes clés identifiés	Actions prioritaires
Offre et accès aux services	OA.1. Faible accessibilité géographique des populations aux services de PF de qualité plus particulièrement les femmes en zones périurbaines et rurales	OA.1.1. Renforcement des capacités des formations sanitaires publiques et privées en PF (pour FS offrant des services PF, pour FS n'offrant pas les services PF, pour les situations d'urgence humanitaires, pour la prise en charge des groupes vulnérables)
		OA.1.2. Renforcement des initiatives de distribution de produits contraceptifs au niveau communautaire (clinique mobile, stratégie mobile, distribution au niveau des ateliers, etc.)
	OA.2. Faible accessibilité aux services de PF de qualité pour les personnes en situation de vulnérabilité (Adolescents et Jeunes, femmes en âge de procréer en milieu rural et personnes handicapées, personnes en milieu carcéral) y compris les personnes en situation de crise humanitaires	OA.2.1. Renforcement de la disponibilité du personnel de qualité
		OA.2.2. Renforcement des formations sanitaires en matériels et équipements
		OA.2.3. Renforcement de l'offre de services SR/PF intégrant l'approche genre et droits humains
	OA.3. Insuffisance d'offre de services conviviaux aux besoins spécifiques des adolescents et jeunes à la contraception	OA.3.1. Actualisation et mise en œuvre des standards de services adaptés aux adolescents et jeunes dans les formations sanitaires
		OA.3.2. Mise en œuvre du référentiel des services de santé adaptés aux adolescents et jeunes dans les établissements scolaires et centres de jeunes
OA.4. Faible accessibilité financière des services de PF aux bénéficiaires surtout en zone rurale	OA.4.1. Renforcement des mesures de subvention des frais des services PF	

Axe stratégique	Problèmes clés identifiés	Actions prioritaires
Sécurisation des produits contraceptifs	SP.1. Faible disponibilité des produits SR, consommables et Equipements médicotecniques aux	SP.1.1. Renforcement des capacités des acteurs de la chaîne d'approvisionnement sur la gestion des produits SR/PF
		SP.1.2. Renforcement de la distribution jusqu'au dernier kilomètre
		SP.1.3. Renforcement du système intégré sur la gestion logistique

points de prestation des services

SP.1.4. Renforcement de la pharmacovigilance pour les produits SR/PF

Axe stratégique	Problèmes clés identifiés	Actions prioritaires
Politiques et environnement habitant	P.1. Méconnaissance et obsolescence de la loi SR 2007	P.1.1. Révision de la loi SR de 2007 et élaboration des textes d'application de la loi SR révisée P.1.2. Dissémination de la loi SR
	P.2. Faible financement des interventions de la SR/PF	P.2.1. Renforcement de l'accroissement du financement en faveur de la PF

Axe stratégique	Défis	Actions prioritaires
Coordination suivi et évaluation	CO.1. Insuffisance dans la coordination inter et intra sectorielle en matière de PF	CO.1.1. Renforcement de leadership et de la coordination en PF
	CO.2. Faible qualité des données de la PF	CO.2.1. Renforcement du mécanisme de suivi supervision et évaluation des interventions en PF
		CO.2.2. Renforcement des capacités en assurance qualité des données à tous les niveaux
CO.3. Insuffisance dans le développement de la recherche et la gestion des connaissances	CO.3.1. Renforcement de l'unité de recherche	
	CO.3.2. Renforcement de la publication des succès et bonnes pratiques sur la PF	

4.3.Hypothèses et risques

4.3.1. Conditions ou hypothèses favorables

Comme facteurs pouvant aider à la mise en œuvre du PANB 2023-2026, il a été identifié :

- La priorité accordée à la PF dans l'agenda national ;
- La mobilisation des PTF traditionnels et de fondations financées par les philanthropes ;
- La mobilisation des ressources domestiques pour la PF ;
- L'alignement de tous les intervenants sous le leadership du ministère de la Santé ;
- Groupe de réflexion stratégique sur la PF (par le SG/PAGE).

4.3.2. Risques

Les éléments ci-dessous sont considérés comme des risques pouvant agir sur la mise en œuvre optimale du PANB 2023-2026.

- Les crises sanitaire, sécuritaire et sociopolitique ;
- La réticence ou le refus de certaines communautés pour accepter des interventions de PF ;
- Le non-respect des engagements du Gouvernement, des PTF et des organisations de la société civile ;
- La disparition du Secrétariat technique chargé de l'accélération de la transition démographique qui en assure la coordination au niveau stratégique.

4.4. Dispositif de mise en œuvre, de suivi et d'évaluation

Le dispositif de suivi évaluation du PANB reposera sur les structures institutionnelles existants et prendra en compte toutes les parties prenantes.

4.4.1. Instruments de mise en œuvre

Les interventions retenues dans le PANB 2023-2026 seront mises en œuvre par le biais des plans d'actions des :

- structures centrales de tous les ministères concernés ;
- directions régionales des ministères concernés ;
- districts sanitaires ;
- structures du secteur privé ;
- société civile (ONG et associations).

4.4.2. Acteurs de mise en œuvre

Les acteurs de mise en œuvre du PANB 2023-2026 sont :

- les ministères en charge de la Santé, de l'Éducation, de la Jeunesse, de la Femme, des Finances et du Développement, de la Recherche, de l'Administration territoriale, de l'Économie numérique, de l'Industrie, du Commerce, de la Justice, de la Communication, de la Défense, de la Sécurité, de la Culture, des Sports etc.;
- les collectivités territoriales ;
- le secteur privé ;
- la société civile ;
- les ONG internationales et nationales
- les partenaires techniques et financiers.

Une liste des partenaires du gouvernement dans la mise en œuvre du programme de SR/PF est résumée en annexe.

4.4.3. Cadre organisationnel

▪ Comité de pilotage

Le Comité de Pilotage (COFIL) du PANB 2023-2026, placé sous la présidence du Secrétaire général du Ministère chargé de la santé, se chargera, en tant qu'instance nationale de haut niveau, de la coordination de la mise en œuvre du plan. En plus de la coordination, il organisera les revues annuelles du plan, validera les rapports de progrès, assurera les arbitrages nécessaires par rapport aux propositions et recommandations des groupes thématiques et fournira les orientations stratégiques nécessaires pour la durabilité des progrès enregistrés. Le COFIL, formalisé par arrêté du ministre de la Santé, est composé de l'ensemble des parties prenantes intervenant dans le domaine de la PF. Il se réunira chaque six mois. Il sera réactualisé pour tenir compte de l'évolution des structures.

▪ Groupes thématiques

Dans le cadre de la mise en œuvre du PANB 2023-2026, quatre groupes thématiques ont été créés. Il s'agit des groupes thématiques « Adolescents et jeunes », « Création de la demande », « Mobilisation de ressources » et « Offre et accès-sécurisation des produits contraceptifs ».

Ces groupes mis en place par arrêtés du ministre de la Santé, se réuniront trimestriellement et transmettront leurs rapports trimestriels au COFIL. Ils sont chargés de proposer des stratégies nécessaires à l'amélioration de la mise en œuvre du PANB 2023-2026.

▪ Équipe d'exécution

Placée sous la tutelle de la Direction de la Santé de la Mère et de l'Enfant (DSME), l'équipe d'exécution sera chargée de la gestion quotidienne de la mise en œuvre du plan et de son suivi. Elle assurera l'organisation des suivis du niveau central vers les régions, la production des rapports techniques et financiers et préparera les dossiers techniques des rencontres du COFIL.

Aux niveaux déconcentré et périphérique, les directions régionales et les districts sanitaires seront chargés de l'opérationnalisation du plan. De ce fait, ils suivront sa mise en œuvre à travers les instances déjà existantes :

- Conseil de direction au niveau régional ;
- Comité technique régional de santé ;
- Rencontre ICP/ECD ;

- Conseil de santé au niveau district.

Ces instances transmettront les rapports de progrès de mise en œuvre du PANB 2023-2026 au niveau supérieur suivant le schéma classique du Système national d'information sanitaire (SNIS).

4.4.4. Suivi et évaluation

Pour assurer la mise en œuvre du PANB 2023-2026, de façon efficace, il sera élaboré un plan spécifique de suivi et d'évaluation. Ce plan permettra de :

- élaborer un cadre de rendement ;
- identifier les personnes responsables de la collecte, du traitement et de l'analyse des données ;
- déterminer les sources et les moyens de collecte des données ;
- établir la liste des indicateurs de suivi et d'évaluation ;
- développer les mécanismes de collecte et d'analyse des données (calendrier, responsable, coûts, outils de collecte, etc.) ;
- identifier et budgétiser les activités de suivi et d'évaluation ;
- mettre en place un système de rapportage ;
- élaborer le tableau de bord pour le suivi des indicateurs..

En plus d'une évaluation à mi-parcours qui sera réalisée en 2025 et des revues annuelles, une évaluation finale aura lieu au cours de l'année 2026.

4.4.5. Gestion des connaissances

Le processus de mise en œuvre du PANB 2023-2026 repose sur un système formel de gestion des connaissances pour une visibilité globale et sûre des interventions, des succès, des bonnes pratiques et des leçons apprises. Ceci nécessite un mécanisme de suivi et de remontée des données efficace, une documentation permanente des activités et du processus, leur stockage, leur partage, leur diffusion et leur utilisation pour une amélioration continue des résultats.

Cette démarche est d'autant plus pertinente qu'il ressort de ces ateliers et de la revue du PANB 2017-2022 qu'il existe un faible accès des parties prenantes à l'information relative à ce plan, une faible documentation et diffusion des bonnes pratiques en vue de leur duplication au niveau des zones et des structures sanitaires, une irrégularité des cadres de concertation qui ne favorise pas une prise de décision harmonisée et collaborative et une insuffisance de la recherche pour produire des évidences, éclairer les stratégies et répondre à des objectifs nationaux de PF.

De même, la plateforme de la Communauté de pratique (CdP ou CoP) sur la PFPP intégrée à la SMNI et nutrition sera utilisée pour renforcer aux niveaux national et régional la gestion des connaissances et la capitalisation.

En effet, la CdP qui se donne pour objectif, au sein des 09 pays du Partenariat de Ouagadougou (PO) d'échanger des connaissances et des expériences sur les pratiques et la recherche sur la PF/SRMNI afin d'éclairer et d'accélérer la mise en œuvre des politiques. Elle est facilitée par un Comité directeur présidée par l'OMS, l'OOAS, les collectivités territoriales et des ONG sont membres de la CdP dont le rôle est de contribuer au renforcement de la coordination des interventions des acteurs, de la documentation des bonnes pratiques et du plaidoyer pour la mobilisation des ressources, le passage à l'échelle des bonnes pratiques, renforcement de l'environnement institutionnel, social et législatif.

La gestion des connaissances, intégrée de façon formelle et organisée dans le PANB 2023-2026, favorisera une meilleure utilisation des ressources, une priorisation des interventions et une bonne capitalisation des résultats pour la PF. Cette stratégie reposera en partie sur le système, les outils et les cadres de coordination déjà existants et qui seront renforcés.

4.5.BUDGETISATION DE PANB

La budgétisation du PANB s'est faite sur la base des référentiels de coûts applicables au Togo. En ce qui concerne les activités, les hypothèses de budgétisation ont été définies ensemble. La maquette du budget permet d'ajuster les quantités ainsi que les coûts unitaires si ces derniers venaient à connaître des fluctuations.

En ce qui concerne les intrants et les consommables, les coûts ont été calculés en utilisant le TPC et la répartition des méthodes en se référant aux différentes informations et prévisions des Tableaux d'Acquisition des Contraceptifs (TAC). Les taux ont été extrapolés pour chaque année intermédiaire en s'appuyant sur les objectifs de TPC pour FP2030.

Annexe 1 : Matrice détaillée des activités

Axe 1 : Création de la demande

CD.1. Insuffisance de connaissances des bénéficiaires (jeunes, femmes et hommes) sur l'importance de l'utilisation des méthodes modernes de contraception

Actions prioritaires.	Activités	Chronogramme			
		2023	2024	2025	2026
CD.1.1. Renforcement de la communication en SR/PF en faveur des cibles (femmes et hommes y compris les groupes marginalisés à savoir les adultes en situation carcérale, les personnes handicapées, déplacées)	CD.1.1.1. Réaliser avec l'appui d'un consultant l'état des lieux des outils de communication et sur les changements induits sur les questions de la SR/PF en 2024		X		
	CD.1.1.2. Organiser en 2024 un atelier de conception/actualisation des messages clés et des supports de communication en SR/PF adaptés aux jeunes, aux femmes et aux hommes, avec l'appui d'un consultant		X		
	CD.1.1.3. Concevoir et produire des supports de communication (6870 affiches PF famille heureuse, 6870 affiches PF famille non planifiée +6870, Affiche Confiance Totale et autres affiches + 1250 boîtes à images)		X		X
	CD.1.1.4. Contractualiser annuellement avec 20 radios et 04 télévisions pour la diffusion de 1440 fois les spots sur la SR/PF en français et en langues locales (Ewé et Kabyè)		X	X	X
	CD.1.1.5. Organiser chaque année 240 émissions radios et 16 émissions télévisées sur la SR/PF sur la durée du plan		x	x	X
	CD.1.1.6. Organiser un atelier d'élaboration du support de formation des prêtres vodous, des chefs traditionnels et des élus locaux sur les notions de la SR/PF		X	X	
	CD.1.1.7. Produire 20 spots, 20 vidéos témoignages prêt à diffuser (PAD) sur la promotion des services de SR/PF à l'endroit des différentes cibles d'ici fin décembre 2024		X		

Actions prioritaires.	Activités	Chronogramme			
		2023	2024	2025	2026
	CD.1.1.8. Diffuser 1 fois par trimestre sur 4 chaînes télévisions les vidéos témoignages sur la SR/PF en français et en langues locales (Ewé et Kabyè) de 2024 à 2026		X	X	X
	CD.1.1.9. Organiser trimestriellement dans les 39 Districts sanitaires des dialogues communautaires pour obtenir l'adhésion de la communauté sur les questions de SR/PF		X	X	X
	CD.1.1.10. Organiser 150 discussions intergénérationnelles avec l'outil Empathways communautaire y compris dans les milieux carcéraux et les centres spécialisés pour les personnes marginalisées (handicapées, déplacées) pour renforcer la communication et l'empathie sur les questions de SR/PF sur la durée du Plan		X	X	X
	CD.1.1.11. Organiser annuellement la campagne nationale de la contraception	X	X	X	X
CD.1.2. Renforcement des compétences des acteurs pour la communication efficace en SR/PF en faveur des différentes cibles	CD.1.2.1. Former en 3 jours, 300 leaders religieux (les prêtres vodous, les imams, chrétiens, les chefs traditionnels et les élus locaux) sur les notions de SR/PF et les bonnes techniques de communication en matière de SR/PF		X	X	
	CD.1.2.2. Organiser un suivi-post formation des prestataires et des leaders religieux pour apprécier la mise en œuvre effective des acquis de la formation (Une équipe de 18 personnes en 5 jours)		X	X	

CD.2. Faible accès des adolescents, des jeunes et des groupes marginalisés (personnes handicapées, déplacées, ...) à l'information de qualité sur les services de PF

Actions prioritaires.	Activités	Chronogramme			
		2023	2024	2025	2026
CD.2.1. Renforcement des campagnes de promotion des services de SR/PF en faveur des adolescents et jeunes et des groupes marginalisés	CD.2.1.1. Réaliser en 2024 une étude approfondie pour comprendre les besoins spécifiques des adolescents, des jeunes et des groupes marginalisés en matière de SR/PF en identifiant les lacunes dans la sensibilisation et l'accès.		X		
	CD.2.1.2. Organiser annuellement dans chaque district 3 sessions éducatives interactives dans les écoles, centres d'apprentissage, d'écoute, de jeunes, communautaires, centres spécialisés pour les jeunes en situation de handicap, adolescents en situation de rue, jeunes en situation carcérale, dans les couvents) sur les thèmes spécifiques aux jeunes et aux adolescents (grossesses non désirées, avortements provoqués, IST, utilisation abusive des substances psychotoxiques, violences basées sur le Genre...)		X	X	X
	CD.2.1.3. Organiser un atelier de 5 jours pour harmoniser les contenus (messages, modules...) des applications mobiles dédiées à la promotion de la SR AJ (info ado jeunes, e-convivial, Jeunesse Plus ...) (30 participants)		X	X	
	CD.2.1.4. Reproduire 300 kits IEC adaptés aux adolescents et jeunes au profit des formations sanitaires		X	X	X
	CD.2.1.5. Organiser mensuellement des lives (Facebook, tiktok, Xspaces) sur les thématiques SR/PF spécifiques aux jeunes et campagnes digitales de déconstruction des stéréotypes socioculturelles et de promotion de la SRAJ par une équipe de 10 jeunes		X	X	X
CD.2.2. Renforcement des compétences des acteurs pour la communication efficace en SR/PF en faveur des adolescents	CD.2.2.1. Organiser en 2024 un atelier de renforcement de capacités de 10 influenceurs des réseaux sociaux sur les questions de la SR/PF		X		
	CD.2.2.2. Organiser en 2024 ; 60 ateliers immersifs où 1800 prestataires, leaders et parents apprennent des techniques de communication non conventionnelles (théâtre d'improvisation, narration visuelle) pour mieux s'adapter aux besoins des adolescents, des jeunes et des groupes marginalisés		X	X	

et jeunes et des groupes marginalisés	CD.2.2.3. Organiser 06 sessions de formation des jeunes en production de contenues multi médias dans les régions sanitaires (à raison de 02 jeunes par district sanitaire)		X		
---------------------------------------	---	--	---	--	--

CD.3. Insuffisance dans la promotion des interventions à haut impact pour la création de la demande et changement social de comportement

Actions prioritaires.	Activités	Chronogramme			
		2023	2024	2025	2026
CD.3.1. Renforcement de la promotion des interventions à haut impact pour la création de la demande et le changement social de comportement	CD.3.1.1. Organiser 10 sessions de renforcement de capacités de 300 acteurs SR/PF sur les bonnes approches de changement social et de comportement, et de gestion de connaissances		X	X	
	CD.3.1.2. Mettre en place un centre d'appel national d'écoute qui offre à partir d'un numéro vert unique une assistance téléphonique sur les questions liées à la SR/PF d'ici décembre 2026		X	X	
	CD.3.1.3. Porter à l'échelle l'expérience des stratégies d'implication des hommes (papas champions, école des maris, clubs des mères...) dans les 117 communes sur les questions liées à la SR/PF de 2024 à 2026		X	X	X
	CD.3.1.4. Organiser un forum national d'échanges et de partage des bonnes pratiques en matière de SRAJ des jeunes		X		X
	CD.3.1.5. Mettre en place un système d'orientation des clients à code couleur (SOCCC) pour faciliter l'accès physique et confidentiel aux services PF (panneaux d'orientation, Flèches sur les murs, autocollants de services sur les portes et les macarons ou badges de services ...)		X	X	

Axe 2 : Offre et accès aux services de PF

OA.1. Faible accessibilité géographique des populations aux services de PF de qualité plus particulièrement les femmes en zones périurbaines et rurales

Actions prioritaires.	Activités	Chronogramme			
		2023	2024	2025	2026
OA.1.1. Renforcement des capacités des formations sanitaires publiques et privées en PF (pour FS offrant des services PF, pour FS n'offrant pas les services PF, pour les situations d'urgence humanitaires, pour la prise en charge des groupes vulnérables)	OA.1.1.1. Former en 10 jours 225 prestataires des formations sanitaires publiques et privées en technologies contraceptives et PFPP (75 prestataires par année)		x	x	
	OA.1.1.2. Former en 5 jours 450 prestataires en counseling REDI (150 prestataires par année)		x	x	
	OA.1.1.3. Former chaque année pendant 5 jours (3 sessions x 20) un pool de formateurs/mentors nationaux en compétence pédagogique pour la formation clinique pour la PF		x	x	
	OA.1.1.4. Former en année 2 et en année 4 pendant 5 jours (3 sessions x 20) le pool de formateurs en technique de supervision formative		x		x
	OA.1.1.5. Former 30 prestataires (une équipe de 5 par région) en mini LAP (vasectomie et ligature des trompes) en 5jours		X	X	
	OA.1.1.6. Organiser 468 sorties de supervision intégrées et facilitantes (PFPP, Counseling REDI, prise en charge des adolescents, etc.) dans les districts (156 sorties par an)		x	x	x
	OA.1.1.7. Former en 5 jours 1800 ASC sur la PF communautaire (600 par an soit 100 par région)				
	OA.1.1.8. Assurer le suivi post formation des ASC formés		x	x	x
OA.1.2. Renforcement des initiatives de distribution de produits contraceptifs au niveau communautaire (clinique mobile, stratégie mobile, distribution au	OA.1.2.1. Organiser les stratégies mobiles et JPO de toutes les méthodes modernes contraceptives (implants, DIU, injectables, pilule et préservatifs)		x	x	x

Actions prioritaires.	Activités	Chronogramme			
		2023	2024	2025	2026
niveau des ateliers, VIH/SRMNIA, Nutrition etc.)					

OA.2. Faible accessibilité aux services de PF de qualité pour les personnes en situation de vulnérabilité (Adolescents et Jeunes, femmes en âge de procréer du milieu rural et personnes handicapées, personnes en milieu carcéral) y compris les personnes en situation de crise humanitaires

Actions prioritaires.	Activités	Chronogramme			
		2023	2024	2025	2026
OA.2.1. Renforcement de la disponibilité du personnel de qualité	OA.2.1.1. Vulgariser le document de "Politique de délégation des tâches en santé de reproduction et planification familiale du Togo, 2018" (rédiger une "one page" du document)	x	x	x	x
OA.2.2. Renforcement des formations sanitaires en matériels et équipements	OA.2.2.1. Équiper 764 formations sanitaires en kit d'insertion/retrait DIU intervalle, DIUPP, et retrait implants (255 FS par année	x	x	x	x
	OA.2.2.2. Organiser des stratégies avancées en journée PF dans 13 établissements carcéraux		x	x	x

OA.3. Insuffisance d'offre de services conviviaux aux besoins spécifiques des adolescents et jeunes à la contraception

Actions prioritaires.	Activités	Chronogramme			
		2023	2024	2025	2026
OA.3.1. Actualisation et mise en œuvre des standards de services adaptés aux adolescents et jeunes dans les formations sanitaires	OA.3.1.1. Organiser un atelier d'actualisation des standards de services de santé adaptés aux besoins des adolescents et jeunes (5 jours, 25 participants)		x		
	OA.3.1.2. Reproduire en 2000 exemplaires le document des standards de services de santé adaptés aux besoins des adolescents et jeunes révisés		X	X	

Actions prioritaires.	Activités	Chronogramme			
		2023	2024	2025	2026
	OA.3.1.3. Aménager et équiper des espaces jeunes dans 15 formations sanitaires (5/an) (aménagement de l'espace, équipement en matériel de communication et jeux)		x	x	x
	OA.3.1.4. Former en 5 jours 600 prestataires (à raison de 2 prestataires par FS) pour l'offre de services de santé adaptés aux adolescents et jeunes et assurer le suivi post formation	x	x	x	x
OA.3.2. Mise en œuvre du référentiel des services de santé adaptés aux adolescents et jeunes dans les établissements scolaires et centres de jeunes	OA.3.2.1. Aménager et équiper 15 nouvelles infirmeries scolaires pour l'intégration des services SR		x	x	x
	OA.3.2.2. Appuyer les activités d'offre de services à travers les plateformes numériques (eCentre convivial, infoAdojeunes, ...)	x	x	x	

OA.4. Faible accessibilité financière des services de PF aux bénéficiaires surtout en zone rurale

Actions prioritaires.	Activités	Chronogramme			
		2023	2024	2025	2026
OA.4.1. Renforcement des mesures de subvention des frais des services PF	OA.4.1.1. Plaidoyer pour l'intégration de la PF dans la CSU	x	x	x	x
	OA.4.1.2. Poursuivre le plaidoyer pour assurer la gratuité des services PF aux adolescents et jeunes dans toutes les structures sanitaires	x	x	x	x

Axe 3 : Sécurisation des produits

SP.1. Faible disponibilité des produits SR, consommables et Équipements medicotechniques aux points de prestation des services

Actions prioritaires.	Activités	Chronogramme			
		2023	2024	2025	2026
SP.1.1. Renforcement des capacités des acteurs de la chaîne d'approvisionnement sur la gestion des produits SR/PF	SP.1.1.1. Organiser une formation (session de 3 jours) à l'endroit des responsables SR/PF et MEG des régions et districts sur la gestion des intrants		X	X	X
	SP.1.1.2. Organiser trimestriellement la supervision du personnel en charge de la gestion des produits SR/PF y compris les ASC dans les 6 régions sanitaires sur la base des différents modules de la gestion des intrants (5 visites par trimestre par région sanitaire)		X		
SP.1.2. Renforcement de la distribution jusqu'au dernier kilomètre	SP.1.2.1. Réaliser en 2025 l'enquête nationale sur la disponibilité des produits SR/PF et la satisfaction des clients			X	
SP.1.3. Renforcement du système intégré sur la gestion logistique	SP.1.3.1. Mettre en place des aides mémoires révisés sur la gestion des produits SR/PF au niveau formation sanitaire (session de 3 jours pour la révision et session de 1 jour pour la validation)		X		
	SP.1.3.2. Assurer une formation continue en gestion de la chaîne d'approvisionnement pour les cadres intermédiaires et supérieurs impliqués dans la planification familiale		X	X	X
	SP.1.3.3. Mettre en place et animer une plateforme digitalisée pour assurer la visibilité des données tout au long de la chaîne d'approvisionnement	X			
	SP.1.3.4. Conduire un audit semestriel de la qualité des données logistiques dans les 6 régions sanitaires	X	X	X	X
	SP.1.3.5. Former 100 responsables SR/PF et MEG des régions et districts sur l'utilisation du eLMIS des produits SR/PF (session de 5 jours)		X		
	SP.1.3.6. Acquérir 50 ordinateurs portatifs pour assurer le rapportage des informations logistiques		X		
	SP.1.3.7. Assurer durablement le fonctionnement en mode Premium de la plateforme globale analytique et de visibilité de planification familiale (GFPVAN)	X	X	X	X
	SP.1.3.8. Organiser une réunion annuelle de quantification des produits SR/PF (session de 5 jours)	X	X	X	X

Actions prioritaires.	Activités	Chronogramme			
		2023	2024	2025	2026
	SP.1.3.9. Organiser une réunion annuelle de coordination des approvisionnements intégrée impliquant le gouvernement et tous les partenaires (session de 1 jour)	X	X	X	X
	SP.1.3.10. Organiser une réunion trimestrielle pour la revue de la planification des approvisionnements (session de 3 jours)	X			
SP.1.4. Renforcement de la pharmacovigilance pour les produits SR/PF	SP.1.4.1. Organiser un atelier d'élaboration des supports pour la notification des effets indésirables des produits SR/PF (pharmacovigilance) (30 personnes en 1 session de 3 jours pour élaboration et session de 1 jour pour la validation)		X		
	SP.1.4.2. Réaliser une étude sur les effets secondaires/indésirables et les échecs des produits contraceptifs		X		
	SP.1.4.3. Appuyer la prise en charge des complications et des effets secondaires liés à l'utilisation des méthodes contraceptives des bénéficiaires		X	X	

Axe 4 : Politique et environnement habilitant

P.1. Faible financement des interventions de la SR/PF

Actions prioritaires.	Activités	Chronogramme			
		2023	2024	2025	2026
P.1.1. Renforcement de l'accroissement du financement en faveur de la PF	P.1.1.1. Organiser un atelier de 5 jours pour élaborer un dossier d'investissement regroupant 30 participants	X			
	P.1.1.2. Mettre en œuvre la stratégie de mobilisation des ressources domestiques en faveur de la PF (gouvernement, commune, secteur privé lucratif)		X	X	
	P.1.1.3. Organiser annuellement une table ronde de mobilisation des ressources à l'endroit des PTF		X		

	P.1.1.4. Organiser une réunion pour développer un partenariat public privé en faveur du renforcement de la chaîne d'approvisionnement des produits SR/PF (30 participants en session de 2 jours)	X			
	P.1.1.5. Renforcer en 5 jours les capacités de 90 jeunes en plaidoyer AFP-SMART pour des ressources en faveur de la PF/DSSR		X		

Axe 5 : Coordination, suivi et évaluation

CO.1. Insuffisance dans la coordination inter et intra sectorielle en matière de PF

Actions prioritaires.	Activités	Chronogramme			
		2023	2024	2025	2026
CO.1.1. Renforcement de leadership et de la coordination en PF	CO.1.1.1. Mettre en place 67 nouveaux cadres multisectoriels de concertation de façon décentralisée avec la participation des jeunes		X		
	CO.1.1.2. Organiser 04 réunions par an par cadre de concertation regroupant 15 participants dans chaque commune		X	X	X
	CO.1.1.3. Organiser 04 réunions par an de la sous-commission "santé tout au long du cycle de la vie » (20 participants)	x	x	x	x
	CO.1.1.4. Organiser réunions virtuelles trimestrielles de coordinations entre la direction de la santé de la mère et enfants, les DRS, les DPS, les PFSR et les surveillantes de maternité	x	x	x	x
	CO.1.1.5. Organiser semestriellement une réunion de concertation avec les associations professionnelles, la plateforme du secteur privé en santé et les OSC pour discuter des questions de SR/PF		x	x	x

CO.2. Faible qualité des données de la PF

Actions prioritaires.	Activités	Chronogramme			
		2023	2024	2025	2026
CO.2.1. Renforcement du mécanisme de suivi supervision et évaluation des interventions en PF*	CO.2.1.1. Organiser une revue annuelle de 05 jours regroupant 50 personnes de la mise en œuvre des interventions SR/PF	x	x	x	x
	CO.2.1.2. Organiser une revue/évaluation à mi-parcours du plan			x	

	CO.2.1.3. Organiser une revue/évaluation finale du plan					x
	CO.2.1.4. Élaborer en 2026 un nouveau PANB et son plan de suivi et évaluation					x
	CO.2.1.5. Organiser semestriellement des supervisions facilitantes des acteurs de mise en œuvre du niveau central vers les régions et districts	X	X	X		X
	CO.2.1.6. Acquérir 5 motos pour les PF SR district et région pour la supervision		X	X		
	CO.2.1.7. Acquérir deux véhicules 4x4 de supervision pour la DSMI/PF			X		
CO.2.2. Renforcement des capacités en assurance qualité des données à tous les niveaux	CO.2.2.1. Faire la reprographie et la diffusion des outils (RMA, registres, bordereaux de livraison et de réception)		x	x		x
	CO.2.2.2. Organiser 6 ateliers de 5 jours renforcement des capacités en analyses des données à l'endroit de PF et les chargés de suivi des données des OSC des districts et des régions		X	X		
	CO.2.2.3. Organiser semestriellement une réunion de monitoring et de validation des données SR/PF dans chaque région avec la participation des suivi-évaluateurs des OSC	x	x	x		x
	CO.2.2.4. Conduire un audit semestriel de la qualité des données dans les 6 régions sanitaires (RDQA)		X			
	CO.2.2.5. Assurer une dotation de forfaits de connexion internet de 15000 FCFA/ mois pour les 45 PF/SR des districts et régions		X	X		

CO.3. Insuffisance dans le développement de la recherche et la gestion des connaissances

Actions prioritaires.	Activités	Chronogramme			
		2023	2024	2025	2026
CO.3.1. Renforcement de l'unité de recherche	CO.3.1.1. Renforcer les capacités de 07 personnes pour la recherche opérationnelle		X		
	CO.3.1.2. Acquérir du matériel informatique, bureautique et audio visuels (5 ordinateurs, 5 disques durs externes d'un terra, 5 clés modem ,de 3 vidéo projecteurs, appareil photo)		X	X	
	CO.3.1.3. Organiser en 5 jours la formation de 30 personnels du suivi et évaluation et de la communication en gestion de connaissance (en SR/PF) avec la participation des OSC et Jeunes		X		

	CO.3.1.4. Organiser une réunion trimestrielle de travail avec le comité technique de recherche du ministère de la Santé	X	X	X	X
CO.3.2. Renforcement de la publication des succès et bonnes pratiques sur la PF	CO.3.2.1. Participer aux congrès nationaux et/ou internationaux pour partage d'expériences	X	X	X	X
	CO.3.2.2. Organiser 04 réunions d'élaboration des bulletins d'informations sur la SR/PF	X	X	X	X
	CO.3.2.3. Organiser 04 webinaires pour le partage des succès et bonnes pratiques	X	X	X	X

ANNEXE 2 : Liste des partenaires techniques et financiers

Partenaires Techniques et Financiers au Togo	
Nom de l'organisation	Localité
1. UNFPA	Forever non loin du garage central sur le boulevard Eyadema
2. USAID	Boulevard Eyadema à côté de l'immeuble OTR
2.2 USAID/AmplifyPF	Sis au 71-73 rue de la pâture, à côté de l'agence BTCl, Super Taco
2.3 USAID/GHSC-FTO	Atikoumé, derrière la station Shell
2.4 USAID/WABA Togo	Sis au 71-73 rue de la pâture, à côté de l'agence BTCl, Super Taco
2. OMS	Quartier administratif
3. UNICEF	Tokoin Novissi
4. GIZ (Prosante)	51 Rue des gémeaux ; Tokoin Forever; 1ère rue à droite après la cour des comptes Situé derrière les Affaires Sociales Kara
5. Jhpiego	342 Rue, Boulevard Jean-Paul 2, maison N°3708 en face du Stade de Kégué
6 AFD/MUSKOKA	Quartier administratif
7. Handicap International	Rue Akéï, Maison 501- Novissi, Lomé – Togo, B.P. : 8621 Lomé
8. Unité de Coordination du Partenariat de Ouagadougou	ATBEF Plateaux
9. Plan International Togo	Forever face du garage central sur le boulevard Eyadema Lomé Sokodé, quartier Administratif (Sotouboua Mo, Blitta, Tchaoudjo, Tchamba)
10. Santé Intégrée	Lomé, Bassar, Kozah, Kouka, Kantè
11. Propel Health	SR/PF (Plaidoyer, Politique et Environnement favorable)
12. CERRHUD	

ANNEXE 3 : Synthèse des budgets par axe

Axe 1 : Création de la demande

LB			2023	2024	2025	2026	Total
		Axe 1 : Création de la demande					
		CD.1.1. Renforcement de la communication en SR/PF en faveur des cibles (femmes et hommes y compris les groupes marginalisés à savoir les adultes en situation carcérale, les personnes handicapées, déplacées)	21 450 000	214 928 000	128 740 000	128 740 000	493 858 000
1	CD.1.1.1	Réaliser avec l'appui d'un consultant l'état des lieux des outils de communication sur les changements induits sur les questions de la SR/PF en 2024		6 250 000			6 250 000
2	CD.1.1.2	Organiser en 2024 un atelier de conception/actualisation des messages clés et des supports de communication en SR/PF adaptés aux jeunes, aux femmes et aux hommes, avec l'appui d'un consultant		21 950 000			21 950 000
3	CD.1.1.3	Organiser en 2024 un atelier de production des supports de communication (6870 affiches PF famille heureuse, 6870 affiches PF famille non planifiée +6870, Affiche Confiance Totale et autres affiches + 1250 boîtes à images)		26 488 000			26 488 000
4	CD.1.1.4	Contractualiser annuellement avec 20 radios et 04 télévisions pour la diffusion des messages clés en SR/PF sur la durée du plan		12 400 000	12 400 000	12 400 000	37 200 000
5	CD.1.1.5	Organiser chaque année 240 émissions radios et 16 émissions télévisées sur la SR/PF sur la durée du plan		23 200 000	23 200 000	23 200 000	69 600 000
6	CD.1.1.6	Organiser un atelier d'élaboration du support de formation des prêtres vodous, des chefs traditionnels et des élus locaux sur les notions de la SR/PF		21 700 000			21 700 000
7	CD.1.1.7	Produire 20 spots, 20 vidéos témoignages prêt à diffuser (PAD) en français et en langues locales (Ewé, Kabyè, ...) sur la promotion des services de SR/PF à l'endroit des différentes cibles d'ici fin décembre 2024		9 800 000			9 800 000
9	CD.1.1.8	Diffuser 1 fois par trimestre sur 4 chaînes télévisions les vidéos témoignages sur la SR/PF en français et en langues locales (Ewé et Kabyè) de 2024 à 2026		5 000 000	5 000 000	5 000 000	15 000 000

			2023	2024	2025	2026	Total
LB	Axe 1 : Création de la demande						
10	CD.1.1.9	Organiser trimestriellement dans les 39 Districts sanitaires des dialogues communautaires pour obtenir l'adhésion de la communauté sur les questions de SR/PF		23 400 000	23 400 000	23 400 000	70 200 000
11	CD.1.1.10	Organiser 150 discussions intergénérationnelles avec l'outil Empathways communautaire y compris dans les milieux carcéraux et les centres spécialisés pour les personnes marginalisées (handicapées, déplacées) pour renforcer la communication et l'empathie sur les questions de SR/PF sur la durée du Plan		43 290 000	43 290 000	43 290 000	129 870 000
12	CD.1.1.11	Organiser annuellement la campagne nationale de la contraception	21 450 000	21 450 000	21 450 000	21 450 000	85 800 000
		CD.1.2. Renforcement des compétences des acteurs pour la communication efficace en SR/PF en faveur des différentes cibles	-	34 338 774	34 338 774	34 338 774	103 016 323
	CD.1.2.1	Former en 3 jours, 300 leaders religieux (les prêtres vodous, les imams, chrétiens, les chefs traditionnels et les élus locaux) sur les notions de SR/PF et les bonnes techniques de communication en matière de SR/PF		30 288 774	30 288 774	30 288 774	90 866 323
	CD.1.2.2	Organiser un suivi-post formation des prestataires et des leaders religieux pour apprécier la mise en œuvre effective des acquis de la formation (Une équipe de 18 personnes en 5 jours)		4 050 000	4 050 000	4 050 000	12 150 000
		CD.2.1. Renforcement des campagnes de promotion des services de SR/PF en faveur des adolescents et jeunes et des groupes marginalisés	-	80 360 000	45 900 000	45 900 000	172 160 000
	CD.2.1.1	Réaliser en 2024 une étude approfondie pour comprendre les besoins spécifiques des adolescents, des jeunes et des groupes marginalisés en matière de SR/PF en identifiant les lacunes dans la sensibilisation et l'accès.		18 550 000			18 550 000
	CD.2.1.2	Organiser annuellement dans chaque district 3 sessions éducatives interactives dans les écoles, centres d'apprentissage, d'écoute, de jeunes, communautaires, centres spécialisés pour les jeunes en situation de handicap, adolescents en situation de rue, jeunes en situation carcérale, dans les couvents) sur les thèmes spécifiques aux jeunes et aux adolescents (grossesses non désirées, avortements		35 100 000	35 100 000	35 100 000	105 300 000

		2023	2024	2025	2026	Total
LB	Axe 1 : Création de la demande provoqués, IST, utilisation abusive des substances psychotoxiques, violences basées sur le Genre...)					
CD.2.1.3	Organiser un atelier de 5 jours pour harmoniser les contenus (messages, modules...) des applications mobiles dédiées à la promotion de la SR AJ (info ado jeunes, e-convivial, Jeunesse Plus ...) (30 participants)		15 910 000			15 910 000
CD.2.1.4	Reproduire 300 kit IEC adaptés aux adolescents et jeunes au profit des formations sanitaires		9 000 000	9 000 000	9 000 000	27 000 000
CD.2.1.5	Organiser mensuellement des lives (Facebook, tiktok, Xspaces) sur les thématiques SR/PF spécifiques aux jeunes et campagnes digitales de déconstruction des stéréotypes socioculturelles et de promotion de la SRAJ par une équipe de 10 jeunes		1 800 000	1 800 000	1 800 000	5 400 000
	CD.2.2. Renforcement des compétences des acteurs pour la communication efficace en SR/PF en faveur des adolescents et jeunes et des groupes marginalisé	-	118 800 000	-	-	118 800 000
CD.2.2.1	Organiser en 2024 un atelier de renforcement de capacités de 10 influenceurs des réseaux sociaux sur les questions de la SR/PF		5 040 000			5 040 000
CD.2.2.2	Organiser en 2024; 60 ateliers immersifs où 1800 prestataires, leaders et parents apprennent des techniques de communication non conventionnelles (théâtre d'improvisation, narration visuelle) pour mieux s'adapter aux besoins des adolescents, des jeunes et des groupes marginalisés		81 000 000			81 000 000
CD.2.2.3	Organiser 06 sessions de formation des jeunes en production de contenus multi médias dans les régions sanitaires (à raison de 02 jeunes par district sanitaire)		32 760 000			32 760 000
	CD.3.1. Renforcement de la promotion des interventions à haut impact pour la création de la demande et le changement social de comportement	2 700 000	37 623 333	102 723 333	102 723 333	245 770 000
CD.3.1.1	Organiser de 2024 à 2025, 10 sessions de renforcement de capacités de 300 acteurs SR/PF sur les bonnes approches de changement social et de comportement, et de gestion de connaissances			65 100 000	65 100 000	130 200 000
CD.3.1.4	Porter à l'échelle l'expérience des stratégies d'implication des hommes (papas champions, école des maris, clubs des		12 640 000	12 640 000	12 640 000	37 920 000

		2023	2024	2025	2026	Total
LB	Axe 1 : Création de la demande					
	mères...) dans 100 communes sur les questions liées à la SR/PF de 2024 à 2026					
	CD.3.1.5 Porter à l'échelle l'expérience de la stratégie de communication ISBC (Identification Systématique des Besoins du Client) dans les formations sanitaires		5 716 667	5 716 667	5 716 667	17 150 000
	CD.3.1.6 Organiser un forum national d'échanges et de partage des bonnes pratiques en matière de SRAJ chaque année	2 700 000	2 700 000	2 700 000	2 700 000	10 800 000
	CD.3.1.7 Mettre en place un système d'orientation des clients à code couleur (SOCCC) pour faciliter l'accès physique et confidentiel aux services PF (panneaux d'orientation, Flèches sur les murs, autocollants de services sur les portes et les macarons ou badges de services ...)		16 566 667	16 566 667	16 566 667	49 700 000
Total Création de la demande		24 150 000	486 050 108	311 702 108	311 702 108	1 133 604 323

Axe 2 : Offre et accès aux services

		2023	2024	2025	2026	Total
LB	Axe 2 : Offre et accès					
	OA.1.1. Renforcement des capacités des formations sanitaires publiques et privées en PF (pour FS offrant des services PF, pour FS n'offrant pas les services PF, pour les situations d'urgence humanitaires, pour la prise en charge des groupes vulnérables)	-	534 660 000	467 460 000	497 700 000	1 499 820 000
1	OA.1.1.1 Former en 10 jours 225 prestataires des formations sanitaires publiques et privées en technologies contraceptives et PFPP (75 prestataires par année)		72 450 000	72 450 000	72 450 000	217 350 000
2	OA.1.1.2 Former en 5 jours 450 prestataires en counseling REDI (150 prestataires par année)		75 600 000	75 600 000	75 600 000	226 800 000
3	OA.1.1.3 Former chaque année pendant 5 jours (3 sessions x 20) un pool de formateurs/mentors nationaux en compétence pédagogique pour la formation clinique pour la PF		63 000 000	63 000 000	63 000 000	189 000 000
4	OA.1.1.4 Former en année 2 et en année 4 pendant 5 jours (3 sessions x 20) le pool de formateurs en technique de supervision formative		30240000		30240000	60 480 000

			2023	2024	2025	20265	Total
LB		Axe 2 : Offre et accès					
5	OA.1.1.5	Former 30 prestataires (une équipe de 5 par région) en mini LAP (vasectomie et ligature des trompes) en 5jours		36 960 000			36 960 000
6	OA.1.1.6	Organiser 468 sorties de supervision intégrées et facilitantes (PFPP, Counseling REDI, prise en charge des adolescents, etc.) dans les districts (156 sorties par an)		55 560 000	55 560 000	55 560 000	166 680 000
7	OA.1.1.7	Former en 5 jours 1800 ASC sur la PF communautaire (600 par an soit 100 par région)		135 000 000	135 000 000	135 000 000	405 000 000
8	OA.1.1.8	Assurer le suivi post formation des ASC formés		65 850 000	65 850 000	65 850 000	197 550 000
		OA.1.2. Promotion des autres initiatives de distribution de produits contraceptifs au niveau communautaire (clinique mobile, stratégie mobile, JPO, distribution au niveau des ateliers, etc.)	69 525 000	69 525 000	69 525 000	69 525 000	278 100 000
	OA.1.2.1	Organiser les stratégies mobiles et JPO de toutes les méthodes modernes contraceptives (implants, DIU, injectables, pilule et préservatifs)	69 525 000	69 525 000	69 525 000	69 525 000	278 100 000
		OA.2.1. Renforcement de la disponibilité du personnel de qualité	-	5 250 000	-	-	5 250 000
	OA.2.1.1	Vulgariser le document de "Politique de délégation des tâches en santé de reproduction et planification familiale du Togo, 2018" (rédiger une "one page" du document)		5 250 000			5 250 000
		OA.2.2. Renforcement des formations sanitaires en matériels et équipements	3 330 000	220 665 000	220 665 000	220 665 000	665 325 000
	OA.2.2.1	Equiper 764 formations sanitaires en kit d'insertion/retrait DIU intervalle, DIUPP, et retrait implants (255 FS par année)		205 860 000	205 860 000	205 860 000	617 580 000
	OA.2.2.3	Equiper 764 formations sanitaires en poubelles PCI (3 couleurs) (255 FS par année)		11 475 000	11 475 000	11 475 000	34 425 000
	OA.2.2.4	Organiser des stratégies avancées (semestriellement) en journée PF dans 13 établissements carcéraux	3 330 000	3 330 000	3 330 000	3 330 000	13 320 000
		OA.3.1. Actualisation et mise en oeuvre des standards de services adaptés aux adolescents et jeunes dans les formations sanitaires	-	141 750 000	119 160 000	119 160 000	380 070 000

			2023	2024	2025	20265	Total
LB		Axe 2 : Offre et accès					
	OA.3.1.1	Organiser un atelier d'actualisation des standards de services de santé adaptés aux besoins des adolescents et jeunes (5 jours, 25 personnes)		16 590 000			16 590 000
	OA.3.1.2	Reproduire en 2000 exemplaires le document des standards de services de santé adaptés aux besoins des adolescents et jeunes révisés		6 000 000			6 000 000
	OA.3.1.3	Aménager et équiper des espaces jeunes dans 15 formations sanitaires (5/an) (aménagement de l'espace, équipement en matériel de communication et jeux)		15 000 000	15 000 000	15 000 000	45 000 000
	OA.3.1.4	Former en 5 jours 600 prestataires (à raison de 2 prestataires par FS soit 200 par an) pour l'offre de services de santé adaptés aux adolescents et jeunes et assurer le suivi post formation		104 160 000	104 160 000	104 160 000	312 480 000
		OA.3.2. Mise en œuvre du référentiel des services de santé adaptés aux adolescents et jeunes dans les établissements scolaires et centres de jeunes	-	49 660 000	49 660 000	49 660 000	148 980 000
	OA.3.2.1	Aménager et équiper 15 nouvelles infirmeries scolaires pour l'intégration des services SR		40 000 000	40 000 000	40 000 000	120 000 000
	OA.3.2.2	Appuyer le fonctionnement des plateformes numériques existantes (ecentreconvivial, infoAdojeunes, ...)		9 660 000	9 660 000	9 660 000	28 980 000
		OA.4.1. Renforcement des mesures de subvention des frais des services PF	-	12 733 334	12 733 333	12 733 333	38 200 000
	OA.4.1.1	Plaidoyer pour l'intégration de la PF dans la CSU		6 666 667	6 666 667	6 666 667	20 000 000
	OA.4.1.2	Poursuivre le plaidoyer pour assurer la gratuité des services PF aux adolescents et jeunes dans toutes les structures sanitaires		6 066 667	6 066 667	6 066 667	18 200 000
	Total Offre et accès		69 525 000	808 328 334	718 538 333	748 778 333	2 345 170 000

Axe 3 : Sécurisation des produits

			2023	2024	2025	2026	Total
LB	Code activité	Axe 3 : Sécurisation des produits					
		SP.1.1. Renforcement des capacités des acteurs de la chaîne d'approvisionnement sur la gestion des produits SR/PF	-	56 657 200	56 657 200	56 657 200	169 971 600
1	SP.1.1.1	Organiser une formation (session de 3 jours) a l'endroit des responsables SR/PF et MEG des régions et districts sur la gestion des intrants		32 200 000	32 200 000	32 200 000	96 600 000
2	SP.1.1.2	Organiser trimestriellement la supervision du personnel en charge de la gestion des produits SR/PF y compris les ASC dans les 6 régions sanitaires sur la base des différents modules de la gestion des intrants (5 visites par trimestre par région sanitaire)		24 457 200	24 457 200	24 457 200	73 371 600
		SP.1.2. Renforcement de la distribution jusqu'au dernier kilomètre	-	-	30 000 000	-	30 000 000
5	SP.1.2.1	Réaliser en 2025 l'enquête nationale sur la disponibilité des produits SR/PF et la satisfaction des clients			30 000 000		30 000 000
		SP.1.3. Renforcement du système intégré sur la gestion logistique	-	292 540 000	281 590 000	208 340 000	782 470 000
7	SP.1.3.1	Mettre en place des Jobs Aids révisés sur la gestion des produits SR/PF au niveau formation sanitaire (session de 3 jours pour la révision et session de 1 jour pour la validation)		9 200 000	9 200 000		18 400 000
	SP.1.3.2	Assurer une formation continue en gestion de la chaîne d'approvisionnement pour les cadres intermédiaires et supérieurs impliqués dans la planification familiale		8 400 000	8 400 000	8 400 000	25 200 000
	SP.1.3.3	Mettre en place une plateforme digitalisé pour assurer la visibilité des données tout au long de la chaîne d'approvisionnement			21 900 000		21 900 000
	SP.1.3.4	Conduire un audit semestriel de la qualité des données logistiques dans les 6 régions sanitaires		76 740 000	76 740 000	76 740 000	230 220 000
	SP.1.3.5	Former les 100 responsables SR/PF et MEG du niveau central, des régions et districts sur l'utilisation du eLMIS des produits SR/PF (session de 5 jours)		44 100 000	44 100 000	44 100 000	132 300 000

			2023	2024	2025	2026	Total
LB	Code activité	Axe 3 : Sécurisation des produits					
	SP.1.3.6	Acquerir 50 ordinateurs portatifs pour assurer le rapportage des informations logistiques		75 000 000			75 000 000
	SP.1.3.7	Assurer durablement le fonctionnement en mode Premium de la plateforme globale analytique et de visibilité de planification familiale (GFPVAN) (15000000FCFA par an)		15 000 000	15 000 000	15 000 000	45 000 000
8	SP.1.3.8	Organiser une réunion annuelle de quantification des produits SR/PF (session de 5 jours pour 30 personnes)		14 700 000	14 700 000	14 700 000	44 100 000
9	SP.1.3.9	Organiser une réunion annuelle de coordination des approvisionnements intégrée impliquant le gouvernement et tous les partenaires (session de 1 jour)		4 200 000	4 200 000	4 200 000	12 600 000
10	SP.1.3.10	Organiser une réunion trimestrielle pour la revue de la planification des approvisionnements (30 personnes session de 3jours)		39 200 000	39 200 000	39 200 000	117 600 000
	SP.1.4.1	Organiser un atelier d'élaboration des supports pour la notification des effets indésirables des produits SR/PF (pharmacovigilance) (30 personnes en 1 session de 3 jour pour élaboration et session de 1 jour pour la validation)			28 350 000		28 350 000
	SP.1.4.2	Réaliser une étude sur les effets secondaires/indésirables et les échecs des produits contraceptifs			13 800 000		13 800 000
	SP.1.4.3	Appuyer la prise en charge des complications et des effets secondaires liés à l'utilisation des méthodes contraceptives des bénéficiaires		6 000 000	6 000 000	6 000 000	18 000 000
Total Sécurisation des produits			-	349 197 200	368 247 200	264 997 200	982 441 600

Axe 4 : Politique et Environnement habitant

			2023	2024	2025	20265	Total
LB	Axe 4 : Politique et Environnement habitant						
		P.2.1. Renforcement de l'accroissement du financement en faveur de la PF	-	44 000 000	58 700 000	18 800 000	121 500 000
8	P.2.1.1	Organiser un atelier de 5 jours pour élaborer un dossier d'investissement regroupant 30 participants		25 200 000			25 200 000
9	P.2.1.2	Mettre en œuvre la stratégie de mobilisation des ressources domestiques en faveur de la PF (gouvernement, commune, secteur privé lucratif)		16 800 000	16 800 000	16 800 000	50 400 000
10	P.2.1.3	Organiser annuellement une table ronde de mobilisation des ressources à l'endroit des PTF		1 000 000	1 000 000	1 000 000	3 000 000
11	P.2.1.4	Organiser une réunion pour développer un partenariat public privé en faveur du renforcement de la chaîne d'approvisionnement des produits SR/PF (30 participants en session de 2 jour)		1 000 000	1 000 000	1 000 000	3 000 000
12	P.2.1.5	Renforcer en 5 jours les capacités de 90 jeunes en plaidoyer AFP-SMART pour des ressources en faveur de la PF/DSSR			39 900 000		39 900 000

Axe 5 : Coordination, Suivi et évaluation

			2023	2024	2025	20265	Total
LB	Axe 5: Coordination, Suivi et evaluation						
		CO.1.1. Renforcement de leadership et de la coordination en PF	-	52 820 000	82 970 000	52 820 000	188 610 000
1	CO.1.1.1	Mettre en place 67 nouveaux cadres multisectoriels de concertation de façon décentralisée avec la participation des jeunes			30 150 000		30 150 000
2	CO.1.1.2	Organiser 04 réunions par an par cadre de concertation regroupant 15 participants dans chaque commune		35 100 000	35 100 000	35 100 000	105 300 000
3	CO.1.1.3	Organiser 04 réunions par an de la sous-commission "santé tout au long du cycle de la vie"(20 participants)		5 600 000	5 600 000	5 600 000	16 800 000

			2023	2024	2025	2026	Total
LB	Axe 5: Coordination, Suivi et evaluation						
4	CO.1.1.4	Organiser réunions virtuelles trimestrielles de coordinations entre la direction de la santé de la mère et enfants, les DRS, les DPS, les PFSR et les surveillants de maternité		2 880 000	2 880 000	2 880 000	8 640 000
5	CO.1.1.5	Organiser semestriellement une réunion de concertation avec les associations professionnelles, la plateforme du secteur privé en santé et les OSC pour discuter des questions de SR/PF		9 240 000	9 240 000	9 240 000	27 720 000
		CO.2.1. Renforcement du mécanisme de suivi supervision et évaluation des interventions en PF	-	256 441 067	282 741 067	293 241 067	256 523 200
11	CO.2.1.1	Organiser une revue annuelle de 05 jours regroupant 50 personnes de la mise en œuvre des interventions SR/PF		23 100 000	23 100 000	23 100 000	69 300 000
	CO.2.1.2	Organiser une évaluation à mi parcours du plan			13 800 000		13 800 000
	CO.2.1.3	Organiser une évaluation finale du plan				13 800 000	13 800 000
	CO.2.1.4	Elaborer en 2026 un nouveau PANB et son plan de suivi et évaluation				48 000 000	48 000 000
	CO.2.1.5	Organiser semestriellement des supervisions facilitantes des acteurs de mise en œuvre du niveau central vers les régions et districts		16 374 400	16 374 400	16 374 400	49 123 200
	CO.2.1.6	Acquérir 5 motos pour les PF SR district et région pour la supervision			12 500 000		12 500 000
	CO.2.1.7	Acquérir deux véhicules 4x4 de supervision pour la DSMI/PF		25 000 000	25 000 000		50 000 000
		CO.2.2. Renforcement des capacités en assurance qualité des données à tous les niveaux	-	182 966 667	182 966 667	182 966 667	548 900 000
	CO.2.2.1	Faire la reprographie et la diffusion des outils (RMA, registre, Bordereaux de livraison et de réception)		9 000 000	9 000 000	9 000 000	27 000 000
	CO.2.2.2	Organiser six ateliers de 5 jours renforcement des capacités en analyses des données à l'endroit de PF et les chargés de suivi des données des OSC des districts et de régions maternité des hôpitaux de référence et hôpitaux privés du Togo (30 par région par an)		14 700 000	14 700 000	14 700 000	44 100 000
	CO.2.2.3	Organiser semestriellement une réunion de monitoring et de validation des données SR/PF dans chaque région avec la participation des suivi-évaluateurs des OSC		44 800 000	44 800 000	44 800 000	134 400 000

		2023	2024	2025	20265	Total
LB	Axe 5: Coordination, Suivi et evaluation					
CO.2.2.4	Conduire un audit semestriel de la qualité des données dans les 6 régions sanitaires (RDQA)		105 466 667	105 466 667	105 466 667	316 400 000
CO.2.2.5	Assurer une dotation de forfaits de connexion internet par mois pour les 50 PF/SR du niveau central, des districts et régions		9 000 000	9 000 000	9 000 000	27 000 000
	CO.3.1. Renforcement de l'unité de recherche	-	26 050 000	15 500 000	800 000	42 350 000
CO.3.1.1	Renforcer les capacités de 07 personnes pour la recherche opérationnelle, suivi et évaluation			14 700 000		14 700 000
CO.3.1.2	Acquérir du matériel informatique ,burautique et audio visuels(5 ordinateurs, 5 disques durs externes d'un terra , 5 clés modem ,de 3 vidéo projecteurs, appareil photo)		10 550 000			10 550 000
CO.3.1.3	Organiser en 5 jours la formation de 30 personnels du suivi et évaluation et de la communication en gestion de connaissance (en SR/PF) avec la participation des OSC et Jeunes		14 700 000			14 700 000
CO.3.1.4	Organiser une réunion trimestrielle de travail avec le comité technique de recherche du ministère de la Santé		800 000	800 000	800 000	2 400 000
	CO.3.2. Renforcement de la publication des succès et bonnes pratiques sur la PF	-	10 800 000	10 800 000	10 800 000	32 400 000
CO.3.2.1	Participer aux congrès nationaux et/ou internationaux pour partage d'expériences		8 700 000	8 700 000	8 700 000	26 100 000
CO.3.2.2	Organiser 04 réunions d'élaboration des bulletins d'informations sur la SR/PF		600 000	600 000	600 000	1 800 000
CO.3.2.3	Organiser 01 webinaire par an pour le partage les bonnes pratiques annuelles		1 500 000	1 500 000	1 500 000	4 500 000
	Total Coordination, Suivi et évaluation	-	529 077 733	574 977 733	540 627 733	1 068 783 200

ANNEXE 4 : Costing des produits

Liste des produits	Montant 2023		Montant 2024		Montant 2025		Montant 2026	
	Dollar	FCFA	Dollar	FCFA	Dollar	FCFA	Dollar	FCFA
Implanon	255 910	158 663 890	328 593	203 727 660	361 452	224 100 426	397 598	246 510 469
Jadelle	429 089	266 034 870	550 945	341 585 590	606 039	375 744 149	611 548	379 160 005
DIU	5 359	3 322 391	6 029	3 737 670	7 063	4 379 219	6 542	4 056 282
Depo-Provera	113 673	70 477 145	113 802	70 557 185	123 344	76 472 998	117 783	73 025 243
Sayana press	382 500	237 150 000	463 250	287 215 000	509 575	315 936 500	560 533	347 530 150
Microgynon/Zinnia	154 814	95 984 745	110 274	68 369 954	214 466	132 969 114	198 482	123 058 727
Exulton/Ovrette	31 883	19 767 674	40 937	25 380 853	45 480	28 197 464	41 305	25 608 823
Condom masculin	482 587	299 203 976	536 517	332 640 637	576 923	357 692 287	602 372	373 470 643
Condom féminin	150 000	93 000 000	160 000	99 200 000	170 000	105 400 000	180 000	111 600 000
Postinor	779	483 215	779	483 281	1 182	732 942	959	594 575
Collier du cycle	1 415	877 411	1 431	887 012	2 765	1 714 587	1 997	1 237 953
Oxytocine	247 991	153 754 265	250 549	155 340 589	253 861	157 393 923	257 905	159 901 024
Misoprostol	30 861	19 134 052	31 043	19 246 563	43 256	26 818 681	36 692	22 748 871
Sulfate de MG 1g	19 022	11 793 875	19 144	11 869 168	20 072	12 444 543	198 147	122 851 271
Sulfate de MG 5g	47 554	29 483 293	47 857	29 671 504	50 177	31 109 883	49 534	30 711 337
Lubrifiants	7 809	4 841 657	7 809	4 841 657	7 966	4 938 974	7 887	4 890 074

TOTAL Achat	2 361 246	1 463 972 460	2 668 959	1 654 754 324	2 993 622	1 856 045 691	3 269 283	2 026 955 447
Transport, fret, entreposage et distribution (15%)	354 187	219 595 869	400 344	248 213 149	299 362	185 604 569	326 928	202 695 545
Consommables pour stratégies	32 258	20 000 000	37 097	23 000 000	42 661	26 450 000	49 060	30 417 500
TOTAL	2 747 691	1 703 568 329	3 106 399	1 925 967 473	3 335 646	2 068 100 260	3 645 272	2 260 068 492

