

REPUBLIQUE DU TOGO



Travail-liberté-Patrie

Ministère de la Santé

**PLAN STRATEGIQUE DE LUTTE CONTRE LE
CHOLERA 2015-2017**

DRAFT 1

Aout 2014

Sommaire

Sigles et Abréviations

Liste des Tableaux et Figures

I Contexte

1 Données Générale sur le pays

2 Situation Sanitaires

3 Situation Eau et assainissement

II justification

III Gestion de l'épidémie de cholera de 2013

1 Bilan de la Réponse de 2013

-Surveillance

- Réponse à l'épidémie de cholera de 2013

-Forces et faiblesses

-Bonnes Pratiques

-Actions prioritaires

IV Plan Stratégique 2015-2017

1 Cadre/Hypothèse de travail

2 Objectif général

3 Objectif Spécifique

4 Stratégie

-Phase Préparation

-Phase Réponse

-Phase Réduction des risque et résilience

V Mise œuvre du Plan et Moyen

VI suivi-évaluation

ANNEXES : Annexe 1: Matrice du Plan stratégique/ Annexe 2 : Feuille de Route du Plan/ Annexe3 : fichiers des présentations

SIGLES & ABREVIATIONS

ASC	:	Agent de Santé Communautaire
CHD	:	Centre Hospitalier de District
CHR	:	Centre Hospitalier Régional
CHU	:	Centre Hospitalier Universitaire
CRT	:	Croix Rouge Togolaise
DEPI	:	Division de l'épidémiologie
DHAM	:	Direction de l'Hygiène et de l'Assainissement du Milieu
DPS	:	Direction Préfectorale de la Santé
DRS	:	Direction Régionale de la Santé
DSC	:	Division de la santé communautaire
DSSP	:	
EAA	:	Eau et Assainissement en Afrique
ECD	:	Equipe Cadre de District
ECR	:	Equipe Cadre Régionale
ICP	:	Infirmier Chef de Poste
LMD	:	Lutte contre les Maladies Diarrhéiques
PNDS	:	Plan National de Développement de la Santé
RFS	:	Responsable de Formation Sanitaire
RSI	:	Règlement Sanitaire International
SIMR	:	Système de Surveillance Intégrée de Maladies et de Riposte
SNIEC	:	Systeme National d'Information, d'Education et de Communication
SPAHM	:	Service Prefectorale d'Assainissement et Hygiène du Milieu

LISTE DES TABLEAUX ET FIGURES

Figure 1 : Evolution de la population au Togo entre 1960 et 2020

Tableau 1. : Répartition de la pauvreté entre milieu rural et milieu urbain par région

Tableau 2. : Evolution des indicateurs clés de la santé au Togo

Fig.2 Répartition des cas de cholera de 1990 à 2014

Fig.3 courbe épidémiologique du cholera depuis le 29 Aout 2013

Fig.4 Courbe épidémiologique par SE et région

Fig.5 Nombre de cas par District

Fig.6 Evolution des taux du cholera de 2004 à 2013 par région sanitaire

Tab.3 districts à risque

I Contexte

1 Données Générales sur le pays

Géographique

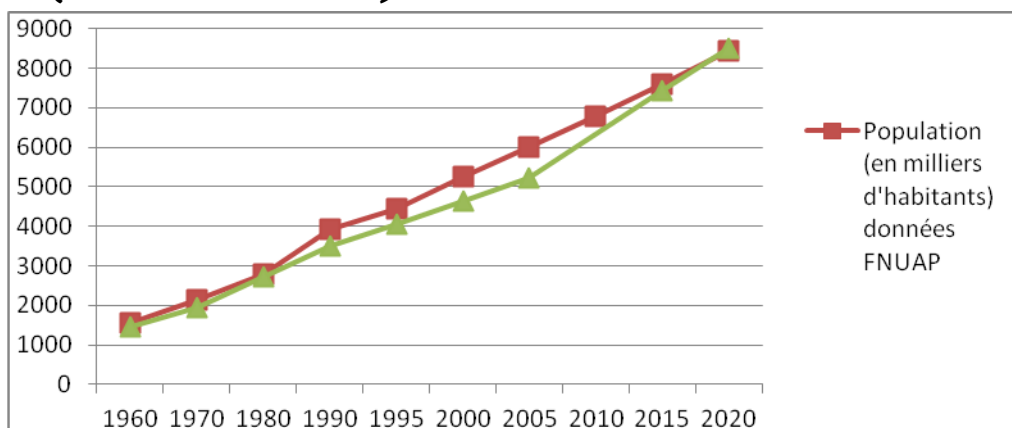
Situé en Afrique de l'Ouest sur la côte du Golfe de Guinée, le Togo a une superficie de 56 600 Km². Il est limité par le Bénin à l'Est, le Ghana à l'Ouest, le Burkina Faso au Nord et l'Océan Atlantique au Sud. Le pays jouit d'un climat tropical subdivisé en deux grandes zones: une zone de type soudanien au sud avec de vastes terres productives et une zone de type sahélien recouvrant la moitié nord caractérisée par une pénurie de terres fertiles. Le climat chaud et humide du Togo est favorable à la prolifération de vecteurs de maladies et en partie responsables du profil épidémiologique national dominé par les maladies infectieuses et parasitaires.

Démographique et Administrative

Sur le plan démographique, le Togo, comme la plupart des pays d'Afrique de l'Ouest, témoigne d'un grand potentiel d'accroissement démographique : selon le recensement général de la population et de l'habitat(2011), l'effectif de la population togolaise a plus que doublé en moins de 30 ans avec une population de 6,2 millions d'habitants en 2010 contre 2,7 millions en 1981 (figure 1). En 2011 la population est estimée à 6,3 millions d'habitants. Le contexte démographique est surtout caractérisé par:

- i) une prépondérance de jeunes (60% des togolais ont moins de 25 ans),
- ii) une croissance démographique élevée (2,6% par an),
- iii) une forte densité de population dans les régions côtières (261 habitants au km² pour la région maritime par exemple),
- iv) une urbanisation rapide et peu contrôlée surtout à Lomé.

**Fig. 1 : Evolution de la population au Togo entre 1960 et 2020
(en milliers d'habitants)**



Source : FNUAP

Cette évolution démographique entraîne une augmentation de la demande et exigera de la qualité dans les secteurs tels que la santé, l'eau, hygiène et assainissement dont l'apport est crucial pour la survie et le développement de la population togolaise.

S'agissant de l'organisation administrative, le Togo compte cinq régions à savoir les régions des Savanes, de la Kara, Centrale, des Plateaux et de la Maritime. Elles sont réparties en 35 Préfectures, en plus de la Commune de Lomé qui est subdivisée en 5 Arrondissements. Le

processus de décentralisation est en cours et le Gouvernement a réaffirmé son engagement de le faire aboutir dans les meilleurs délais. Ce qui signifie qu'il n'y a toujours pas encore d'autonomie administrative et financière ni dans les régions, ni dans la commune de Lomé.

Politique et économique

La situation économique nationale est marquée par une croissance économique de plus en plus forte (+3,1% en moyenne entre 2006 et 2010 contre 1,1% entre 1991 et 2005/rapport du PNUD décembre 2011), résultats des efforts que réalise le gouvernement en matière des réformes économiques et sociales depuis 2008. Ainsi, les réformes entreprises ont permis d'atteindre en novembre 2008 le point de décision de l'Initiative en faveur des Pays Pauvres Très Endettés (PPTE) et en décembre 2010 le point d'achèvement de l'Initiative PPTE et de voir l'annulation de 82% de la dette publique extérieure du Togo.

Au niveau des indicateurs macro-économiques, la croissance du PIB a atteint 3,1% en 2009 et 3,7% en 2010 en dépit d'un environnement économique international difficile. Le taux de croissance économique de 4,0% atteint en 2010¹ (supérieur au taux de croissance démographique de 2,58% la même année) est un signe encourageant de la reprise économique. Cependant, cette croissance, malgré sa hausse significative, s'avère encore insuffisante pour réduire significativement la pauvreté et relever le défi des OMD notamment les droits à la santé, à l'accès à l'eau potable, à l'éducation, et à l'alimentation.

En effet, les tendances observées entre 1980 et 2006 avaient montré une progression de la pauvreté de la population togolaise (incidence de pauvreté passant de 32% à 61,7% pendant la période²) ; une pauvreté essentiellement rurale et plus marquée dans les régions centrale, Kara et Savanes.

Tableau 1. : Répartition de la pauvreté entre milieu rural et milieu urbain par région

Incidence de la pauvreté monétaire par milieux de résidence selon les régions (en %)							
	Lomé	Maritime	Plateaux	Centrale	Kara	Savanes	National
Milieu urbain	24,5	54,3	36,5	60,2	60,9	76,8	36,6
Milieu rural	-	71,1	60,2	84,0	80,0	92,4	74,3
Ensemble	24,5	69,4	56,2	77,7	75,0	90,5	61,7

Source: Enquête QUIBB, 2006

2 Situation sanitaire (cf PND 2012-2015)

L'analyse de la situation sanitaire sera abordée sous deux aspects :

- le profil épidémiologique décrivant l'état de santé de la population togolaise et mettant l'accent sur les principales pathologies et problèmes de santé à l'origine de la forte morbidité et mortalité dans la population ;

¹ Etat des lieux de la situation socio-économique du Togo de 2008 à 2011, présenté au cours du forum national d'orientation du DSRP II, décembre 2011.

² Enquête QUIBB de 2006.

- l'organisation et le fonctionnement du système de santé en rappelant les principales conclusions de l'analyse de la situation du secteur réalisée en 2011 et les principaux goulots d'étranglement qui empêchent le passage à l'échelle de la couverture effective des interventions à haut impact sur les OMD.

Profil épidémiologique

Dans l'ensemble, les indicateurs sanitaires clés (tableau 2.3) indiquent, nonobstant quelques progrès significatifs obtenus ces dernières années, que les efforts consentis à ce jour n'ont pas permis d'atteindre les objectifs poursuivis (OMD). Les indicateurs de santé liés aux problèmes de santé ciblés par les OMD n'ont connu que peu d'évolution ou sont en quasi-stagnation entre 2006 et 2010.

Tableau 2. : Evolution des indicateurs clés de la santé au Togo

Indicateurs épidémiologiques	1988	1998	2006	2010
Espérance de vie à la naissance (années)	55,0	49,0	59,8 (2000)	63,3
Taux brut de mortalité (pour 1.000 habitants)	15,0	13,0	9,6 (2000)	8,1
Mortalité néonatale (pour 1.000 naissances vivantes)	50,4	42	ND	ND
Mortalité infantile (pour 1.000 naissances vivantes)	80,5	79,7	77	78
Mortalité infanto-juvénile (pour 1.000 naissances vivantes)	158	146	123	123
Mortalité maternelle (pour 100.000 naissances vivantes)	640	478	510 (2005)	350 (2008)
Indice synthétique de fécondité	6,6	5,4	5,1 (2000)	4,1
Prévalence de retards de croissance (%)	37,0	30,0	23,7	29,5
Prévalence de l'Insuffisance pondérale	27,0	25,0	26,0	16,6
Prévalence de la malnutrition aigue	ND	ND	14,3	4,8
Prévalence de diarrhée chez les enfants de moins de 5 ans	29,0	31,0	15,0	20,6
Prévalence des IRA chez les enfants de moins de 5 ans	ND	ND	6,0%	5,0%
Prévalence du VIH (% population de 15-49)	1,0 (1987)	5,9	3,3 (2005)	3,2

Prévalence de l'HTA	ND	ND	ND	19 %
Prévalence du diabète	ND	ND	ND	2,6 %
Prévalence du tabagisme	ND	ND	ND	6,8 %

Sources : MICS 3 et 4, <http://donnees.banquemondiale.org/indicateur>; rapport ONUSIDA, 2010. SMART, 2010 ; Enquête Step-Wise 2010

La situation sanitaire du Togo est caractérisée par des niveaux encore élevés des taux de morbidité et de mortalité. Le profil de mortalité est marqué par les maladies infectieuses et les maladies non transmissibles.

Organisation sanitaire

Organisation administrative du système de santé

Le système de santé du Togo est organisé en une pyramide sanitaire à trois niveaux : central, intermédiaire et périphérique :

- le **niveau central** est représenté par le cabinet du ministère, la direction générale de la santé (DGS) et ses cinq directions centrales avec leurs divisions et services, ainsi que les institutions de santé à portée nationale
- le **niveau intermédiaire** comprend 6 directions régionales de la santé (DRS);
- le **niveau périphérique** est représenté par le district sanitaire qui constitue l'entité opérationnelle. L'administration des districts sanitaires est assurée par les 30 directions préfectorales de la santé (DPS) et 5 directions de district sanitaire (DDS).

Chaque niveau a ses attributs. Cependant, il convient de noter que l'audit organisationnel du ministère de la santé effectué en 2009 a révélé une organisation de l'administration sanitaire inadéquate au regard des défis à relever face aux OMD liés à la santé.

Pour y remédier, un nouvel organigramme avec une redéfinition des missions visant à renforcer le leadership et la gouvernance institutionnelle du ministère de la santé est en cours de validation.

Organisation des structures de soins

Le système de prestations de soins est également organisé en trois niveaux de soins : primaire, secondaire et tertiaire.

- Le niveau primaire est constitué des structures de soins de santé primaires autour du district sanitaire et comprend deux échelons : les structures de soins de base (USP, cabinet privé de soins et PMI) et les structures de soins de première référence (HD) publiques ou privées avec ou sans Antenne chirurgicale ;
- Le niveau secondaire est représenté par les Centre Hospitalier Régional (CHR) et hôpitaux spécialisés de référence
- Le niveau tertiaire est constitué par les Centres Hospitaliers Universitaires (CHU) et les institutions spécialisées de santé de portée nationale.

Le Togo compte 3 CHU (2 à Lomé et 1 dans la région de Kara), 6 CHR (1 par région sanitaire), 35 hôpitaux de districts publics et 9 hôpitaux et 16 cliniques privés agréés. On recense également 730 USP dont 251 CMS et Cabinets privés. Au total, selon le document

des *Principaux Indicateurs de santé de 2009*, le Togo comptait 789 formations sanitaires conformes aux normes tous secteurs et toutes catégories confondus

3 Situation Eau et Assainissement

Selon l'enquête MICS(enquête par grappe à indicateurs multiples) réalisée en 2006 au Togo, il reste des progrès à faire dans l'accès de la population à une source d'eau potable améliorée et à une installation sanitaire améliorée.

l'enquête nous apprend :

Que 61 % de la population utilise une source d'approvisionnement améliorée en eau de boisson. La proportion de la population qui utilise une source d'approvisionnement améliorée est deux fois plus élevée dans les zones urbaines (90 %) que dans les zones rurales (43 %). Les sources d'approvisionnement en eau de boisson varient considérablement selon les régions. Les proportions de la population utilisant une source d'approvisionnement en eau améliorée sont les plus élevées à Lomé (94 %), dans les régions de la Kara (64 %) et Centrale (60 %) alors que les proportions les plus faibles sont observées dans les régions Maritime (57 %), des Savanes (48 %) et des Plateaux (42 %). Dans l'ensemble, la proportion des personnes utilisant l'eau de robinet dans la concession (4 %) ou dans le logement (2 %) est faible. Les données montrent en outre que c'est particulièrement à Lomé (18 %) que les ménages utilisent l'eau de robinet dans la concession ou logement.

La grande majorité des ménages (90 %) n'utilise aucune méthode pour traiter l'eau de boisson ; en revanche 5 % des ménages, traitent l'eau de boisson en y ajoutant de l'eau de javel ou du chlore tandis que moins de 1 % des ménages utilise un filtre à eau et la même proportion fait bouillir l'eau avant de la boire. Parmi les méthodes utilisées par les ménages pour traiter l'eau de boisson, certaines sont peu fiables ou inadéquates ; il s'agit essentiellement de l'emploi de linge pour filtrer l'eau (3%) et le fait de laisser reposer l'eau (1%).

Moins du tiers de la population (32 %) dispose d'installations sanitaires améliorées. L'utilisation d'installations sanitaires améliorées varie considérablement entre les zones urbaines et les zones rurales. Le pourcentage de la population disposant d'installations sanitaires améliorées est presque sept fois plus élevé en milieu urbain (67 %) qu'en milieu rural (10 %). Il est à noter que Lomé la capitale avec 79 % enregistre le pourcentage le plus élevé de personnes disposant d'un système adéquat d'évacuation des excréments ; Lomé est suivie par les régions Maritime (34 %) et Centrale (24 %). Les proportions les plus faibles de la population utilisant des installations sanitaires améliorées sont enregistrées dans les régions des Savanes (6 %) et de la Kara (9 %).

II Justification

Le Togo, à l'instar de ces pays voisins comme le Benin et le Ghana, est souvent soumis à des phénomènes épidémiques cholera depuis plus de 20 ans. De 1990 à 2013, le Togo a enregistré 15029 cas avec 614 décès. Le plus grand pic enregistré en 1998 a fait 3669 cas et 239 décès.

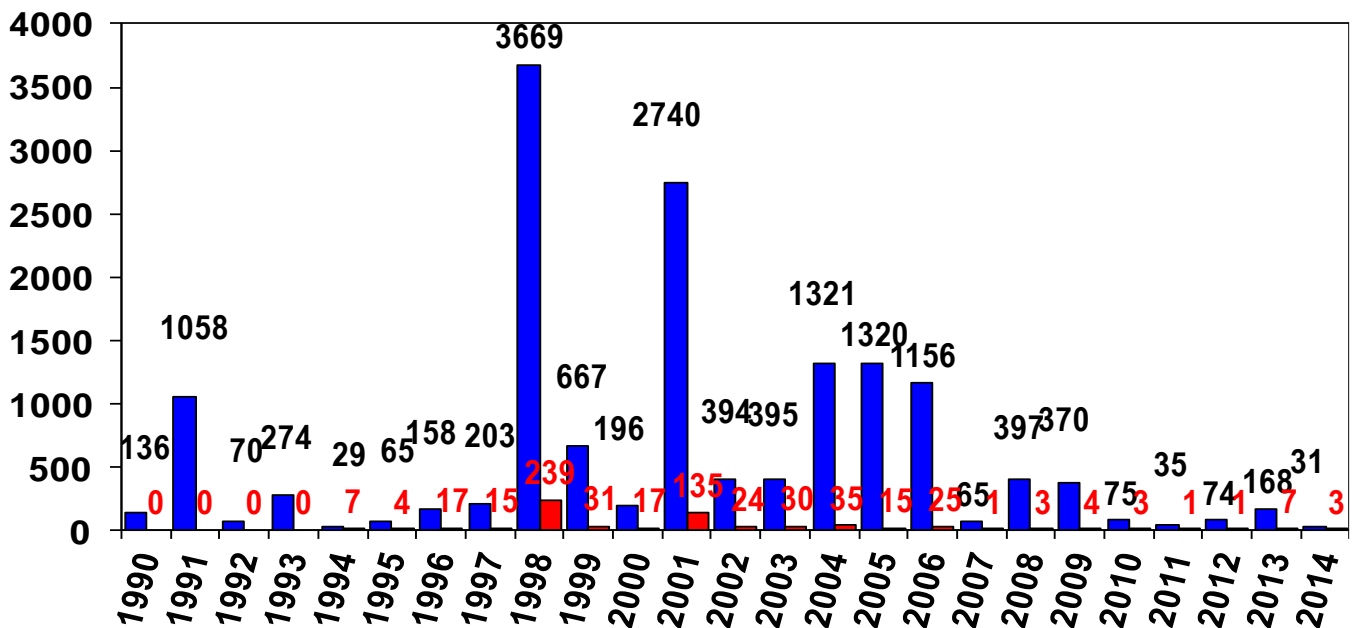


Fig.2 Répartition des cas de cholera de 1990 à 2014

Cette persistance du cholera dans le pays démontre une faible capacité de moyen et de stratégie globale nécessitant l'implication de tous les acteurs clés. Cependant, il faut noter que le Togo à lui seul ne peut pas éliminer la maladie tant que ces pays voisins seront en épidémie d'où l'importance de la collaboration transfrontalière dans la gestion des épidémies. Les mouvements de population sont très fréquents entre les districts frontaliers.

En 2013, un plan de réponse à l'épidémie a été élaboré dont l'objectif principal était de circonscrire l'épidémie de cholera. Ce document a été fait de façon rapide compte de l'urgence. Une des principales forces était que les acteurs disposaient d'un document cadre sur la gestion. Mais malheureusement le processus d'élaboration n'a pas permis d'abordé convenablement les différentes phases. Le plan s'attache davantage à la réponse/riposte de l'épidémie qu'aux aspects de préparation et de réduction des risques/ résilience.

Face à ce constat et fort du soutien des partenaires techniques et financiers, le ministère de la santé à travers sa division épidémiologique(DEPI) a entamé des consultations qui ont abouti a cet ateliers bilan et actualisation du plan de lutte cholera au Togo.

Le plan détaillé ci-dessous est le fruit d'une participation collective de l'ensemble des acteurs à la fois nationaux, décentralisés et des partenaires techniques et financiers.

III Gestion de l'épidémie de cholera de 2013

1 Bilan de la réponse de 2013

Surveillance épidémiologique

Les maladies diarrhéiques dont la prévalence s'est accrue de 15% en 2006 à 20,6% en 2010, représentent presque 14% des causes de mortalité infantile. Les causes de la diarrhée sont multiples : infection, malnutrition, faible accès à l'eau propre, mauvaises pratiques d'hygiène et d'élimination des déchets (RSI- Plan de Mise en Œuvre au Togo).

Un des premiers objectifs dans le plan de mise en œuvre du RSI au Togo est le renforcement des surveillances (Humaines et animales). Avec le système de Surveillance intégrée des maladies et de riposte (SIMR) qui constitue une des priorités du ministère de la santé, ceci a permis de faire un grand progrès dans la détection précoce et contrôle de maladies à potentiel épidémique.

Aussi grâce à la zone de surveillance renforcée avec l'appui de l'agence de médecine préventive à travers le projet AFRICHOL dans les 5 districts sanitaires de Lomé, du Golfe, du Lacs et de Bas-Mono (districts et aires sanitaires identifiées sur la base des données antérieures). Une détection des premiers cas de cholera de 2013 dans le district D4 de Lomé a été possible grâce à cette surveillance continue. Elle a permis de déclencher la riposte dans les meilleurs délais.

A l'absence de test de diagnostic rapide (TDR), des prélèvements effectués ont pu être envoyés au laboratoire de référence pour confirmation. Mais cette confirmation a pris quelques jours ce qui n'a pas facilité le déclenchement des mesures à prendre à tous les niveaux d'implication.

Grâce à la mise en place d'une liste linéaire des cas, un suivi de l'évolution épidémiologique a pu être maintenu dans les districts concernés.

Réponse à l'épidémie de cholera de 2013

L'épidémie de cholera s'est déclenchée le 29 août 2013 dans le district sanitaire D4 de Lomé et a connu 3 épisodes. Au total, 168 personnes ont été touchées avec 7 décès. L'épidémie s'est étalée de la 35^{ème} semaine à la 52^{ème} semaine. Les épisodes épidémiques se distinguent par leur lieu d'apparition, leur cas et leur durée. En effet,

le premier épisode qui s'est étalé du 29 août au 26 septembre 2014 a touché le district D4 de la capitale Lomé faisant 14 cas.

le deuxième épisode a démarré du 24 septembre au 01 octobre 2014 touchant cette fois-ci, la région maritime essentiellement le district du lacs avec des enjeux transfrontaliers selon les premières investigations. Elle a fait 23 cas.

le troisième et dernier épisode a commencé du 03 octobre jusqu'au 24 décembre 2013, avec 131 cas touchant les districts D1, D2, D3, D4 de Lomé, la région centrale (district de Tchaoudjo, Tchamba et Blitta suite au voyage d'une commerçante de Lomé vers Sokodé (principale ville de la région) selon les investigations menées).

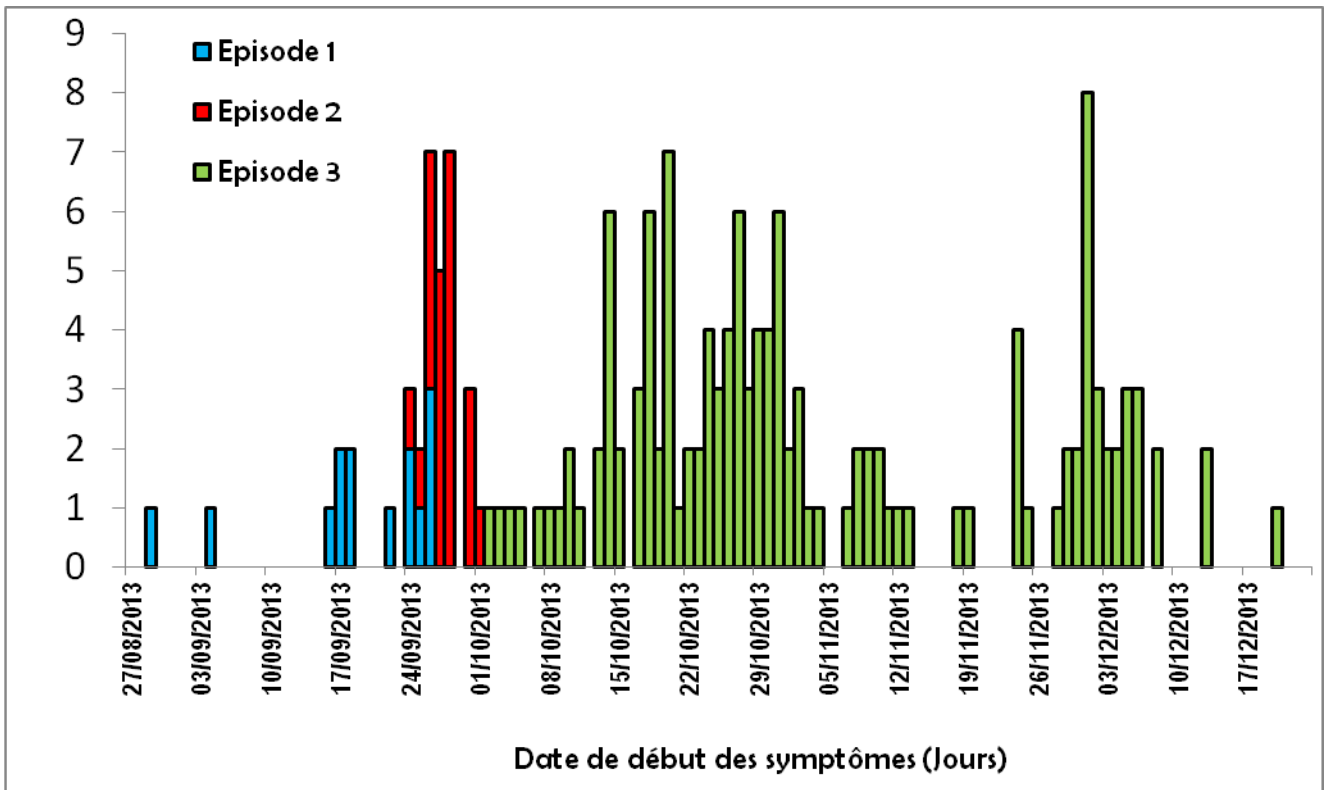


Fig.3 Courbe épidémique du cholera depuis le 29 Août

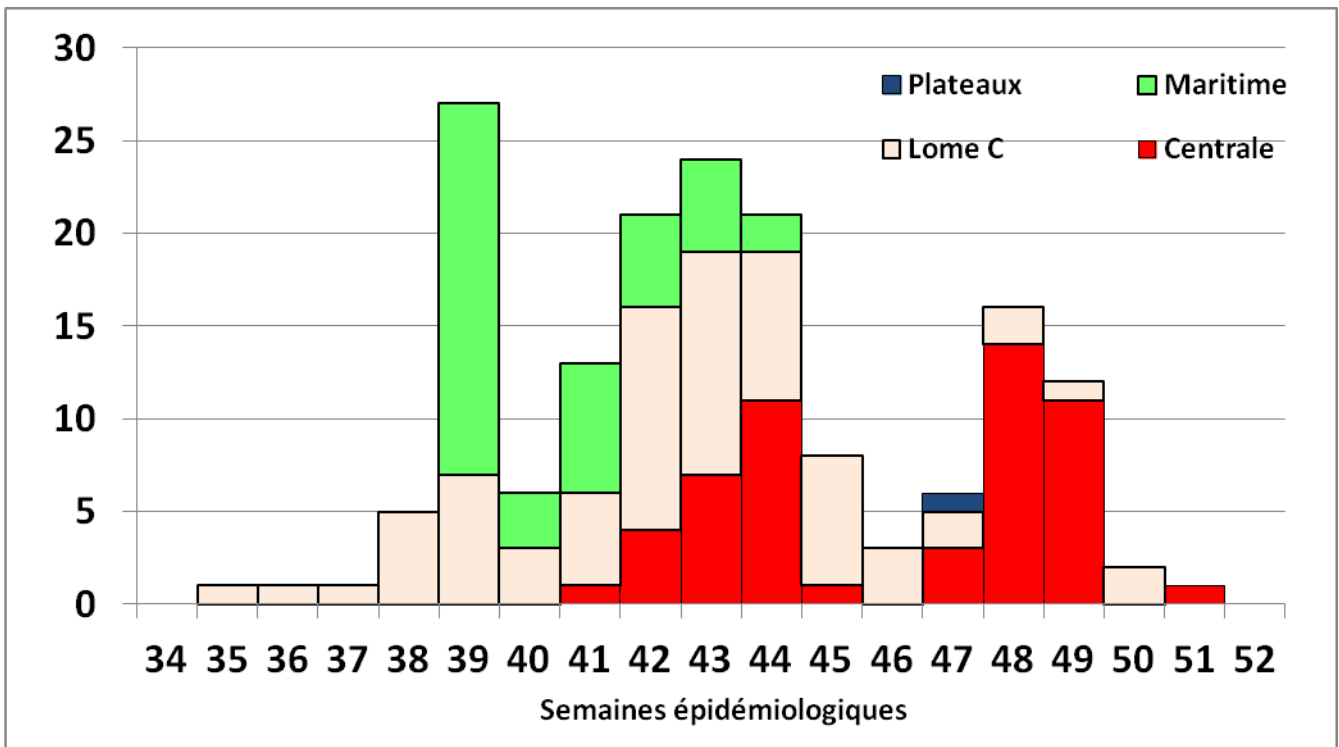


Fig.4 Courbe épidémique du cholera par SE et régions

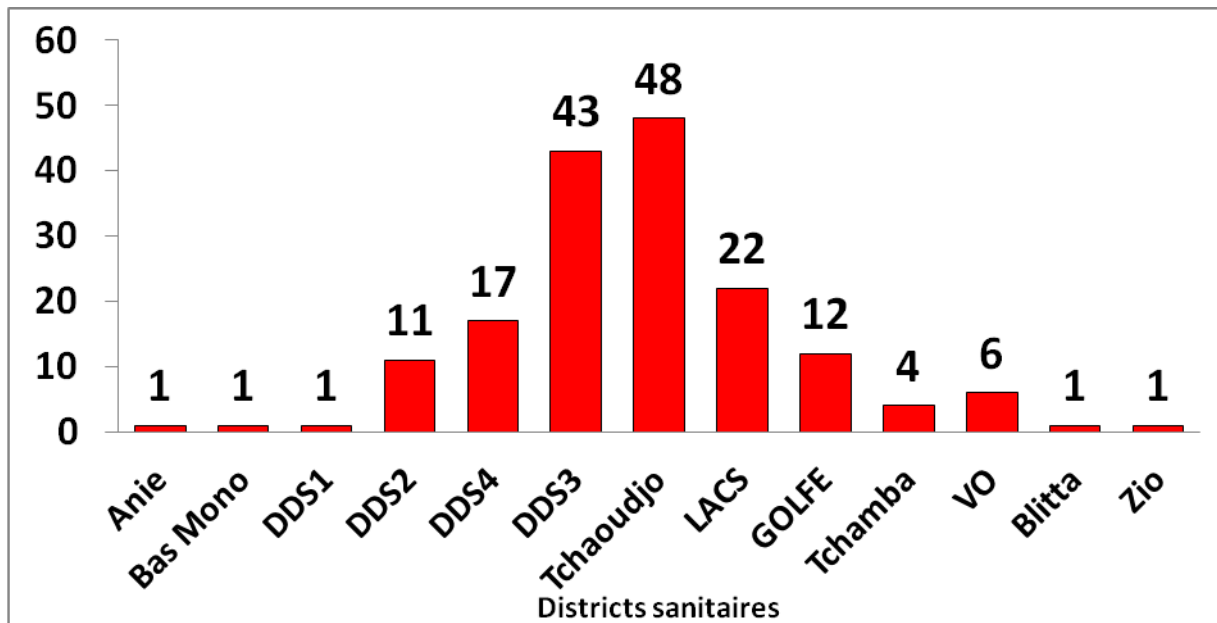


Fig.5 Nombre de cas par District

Prise en charge médicale

Grace à l'existence d'un protocole national de prise en charge et connu, les départements préfectoraux de la santé ont pu déclencher une prise en charge avec l'appui d'urgence en médicament et matériels sanitaire du niveau central et des partenaires techniques et financiers.

La gratuite des soins était de rigueur dans l'ensemble des districts touchés afin de favoriser une circonscription de la maladie et l'accessibilité des soins aux couches sociales les plus vulnérables.

Les centres de prise en charge ont été essentiellement les CTC(Centre de Traitement Cholera) existant à Lomé, Centre Hospitalier régional(CHR), les Centre Hospitalier Préfectoral(CHP) et les Unités de Soins Périphériques(USP). Cependant, il a été constaté que certaines formations sanitaires ont disposé de très peu de moyen pour assurer l'isolement des patients et de leurs prise en charge correcte.

Les Autorités sanitaires ont aussi mis l'accent sur la collaboration renforcée avec les formations sanitaires privées dans le souci d'améliorer la prise en charge et de mieux lutter contre la maladie.

Contrôle de l'épidémie

les activités de contrôle de l'épidémie se sont déclinées sur 3 grands axes.

1 La mobilisation sociale et harmonisation des messages de sensibilisation de l'ensemble des partenaires dans les medias, dans la communauté des zones touchées et les affiches publicitaires. Cette stratégie a permis de synchroniser des émissions radios locales dans certaines régions comme la région centrale.

La sensibilisation orientée(lié à un événement exemple tabaski), ou dans les lieux de culte et dans la communauté a été très important.

2 chloration de l'eau de boisson et désinfection des lieux et endroits suspects. En plus de la distribution de comprimé de chlore, cette mesure dans les communautés touchées a été rendu possible dans plusieurs quartiers et domiciles touchés par l'épidémie grâce aux unités de production de chlore dénommé UPEJ, qui ont pu augmenter leur production dans certaines localités.

3 action intégrée de grande envergure: deux actions de ce type a été organisée impliquant tous les acteurs clés dans la riposte et mobilisant des équipes d'intervention constituées à cet effet. La première action a eu lieu à partir du 28/10/2013 à Katanga(village des pêcheurs à Lomé). La deuxième activité a eu lieu à Sokodé dans le district de Tchaoudjo à partir du 03/12/2013. Ces activités coup de poing ont permis la diminution des cas persistants dans ces deux localités.

Les acteurs impliqués :

Des l'apparition de l'épidémie, le comité de gestion de l'épidémie du ministère de la santé a été réactivé et se réunissait de façon journalière pour le suivi des action terrain. Ce comité regroupe le ministère de la santé, de l'eau, de la communication et de l'éducation plus les partenaires techniques et financiers qui sont : OMS, UNICEF, CRT, PLAN Togo, OCDI et EAA

Au niveau préfectoral, les différents comités de gestion réunissant les acteurs terrain ont aussi été réactivés et présidés par les préfets. Ces comités se réunissaient aussi de façon journalière.

Echange transfrontalier entre le district D4 et le district de ketu au Ghana sur les gestion des cas dans les deux districts frontaliers.

Points Forts

Promptitudes des autorités gouvernementales et accompagnement des partenaires techniques et financiers

Initiatives transfrontalières entre le Togo et le Ghana à l'échelon du district sanitaire

Collaboration intersectorielle

Implication des autorités locales, leaders d'opinion et de la communauté

Surveillance inter-épidémique renforcée par le projet AFRICHOL

Existence d'un Plan Réponse à l'épidémie de cholera

Existence d'un protocole national de prise en charge médicale connu et partagé

Harmonisation et intensification des messages de sensibilisation

Points Faibles

Faible mobilisation des ressources en amont

Insuffisance de fond alloué à la riposte

Faible capacité de préparation dans la gestion de l'épidémie(coordination, prise en charge médicale et contrôle de l'épidémie)

Un taux de létalité assez élevé de 4,2%

Faible capacité d'accueil, d'équipement et d'hygiène dans certains centre de traitement cholera(CTC)

Absence d'utilisation de Test de Diagnostic Rapide(TDR)/ confirmation biologique tardive

Absence de matrice de cartographie des acteurs, des réponses et des financements non formel

Alerte non systématique au niveau des districts voisins et frontaliers

Manque de formation du personnel de santé pour l'application du protocole de prise en charge

Non disponibilité en permanence des médicaments, soluté, matériels sanitaires et matériels d'isolement

Faible capacité de production de certaines Unités de production de chlore(UPEJ)

Insuffisance d'intrant pour le traitement de l'eau de boisson et la désinfection.

Bonne Pratiques

Collaboration active entre les districts(exemple de la région centrale pour appui en chlore d'un district vers un autre)

Initiatives transfrontalières entre le district D4 et le district de Ketu au Ghana

Une bonne collaboration intersectorielle dans la gestion de l'épidémie

Zone de surveillance renforcée grâce au projet AFRICHOL

Action intégrée de grande envergure(exemple : Katanga et Sokodé)

Synchronisation des émissions cholera dans les medias

Actions prioritaires

Initier l'utilisation de TdR, prépositionner au niveau des régions et districts à risque

Planifier l'acheminement des échantillons dans les plans de riposte

Etendre le projet Africhol aux autres zones à risque

Systématiser l'investigation des cas (contextes de transmission)

Alerte aux districts voisins et aux Aires de Santé

Cartographie des cas et des districts

Archivage électronique et papier des registres, listes linéaires et rapports d'investigation

Lancer une étude épidémiologique pour déterminer les Aires de Santé et communautés à risque

Mettre en place et équiper les UTC dans les zones urbaines régulièrement touchées (Lomé, Sokodé)

Fermer les CTC à risque à Lomé (Bay) et ouvrir un CTC près des communautés affectées (exemple: Katanga)

Pré positionnement des intrants(médicaments, kits d'isolation des cas)

Former/mettre à niveau le personnel

Allocation d'une ligne budgétaire pour la riposte

Renforcer les capacités de tous les acteurs sur la réponse à l'épidémie de cholera (surveillance, investigations, désinfections, évaluation "real time")

Pré positionner les matériels de réponse à l'épidémie dans les districts à risque dans toutes les régions

Faire une étude WASH-épidémiologie ciblée dans les communautés (exemple :Katanga, Didaouré)

Faire une étude socio-comportementale pour le changement de comportement dans les communautés cibles (Katanga, Didaouré)

Elaborer les programmes à long terme en focalisant sur le changement de comportement et la gestion durable

Intégrer les zones et communautés à risque cholera dans les planifications nationales du Ministère de l' Eau et Ministère de la santé (PNDS)

Orienter les programmes réguliers (ministères santé, eau, éducation et PTF) vers les communautés à risque de choléra sur la base des évidences scientifiques

Renforcer la coordination des interventions de lutte contre le choléra à tous les niveaux en dehors des épidémies

Elaborer un plan de préparation et une feuille de route pour la mobilisation des ressources à l'épidémie de cholera

Renfoncer et répliquer la collaboration transfrontalière à tous les niveaux (national et district)

Mettre en place une Matrice de cartographie des acteurs, des réponses et des financements et le partager

Rencontre trimestrielle entre les acteurs de lutte contre le cholera Wash et Santé en dehors des épidémies (Préparation, réduction des risques)

Redynamiser le cluster santé

Dégager au niveau des Districts Sanitaires des lignes budgétaires spécifiques pour la réponse aux urgences

IV Plan Stratégique 2015-2017

1 Cadre/Hypothèse de travail

Le cholera est une maladie endémo-épidémique au Togo. L'apparition date de plus de 20 ans et les données du ministère de la santé fait état de plusieurs phénomènes épidémiques depuis 1990. La régularité, l'évolution de la maladie et les enjeux multiples, nous poussent à développer une stratégie inclusive intégrant tous les aspects de la gestion de l'épidémie que ça soit avant pendant ou après l'épidémie.

Ce travail s'inscrit dans une démarche multisectorielle et est le fruit de 3 jours d'atelier bilan et planification de plan de lutte contre le cholera au Togo sur une période allant de 3 ans(2015-2017). Toutefois, certains aspects sont déjà pris en compte au sortie de l'atelier au motif de la saison épidémique et du fait aussi que le Benin et le Ghana deux pays voisins se trouvent en épidémie de cholera depuis plusieurs semaines.

La surveillance épidémiologique, nous renseigne que les districts de la région Lomé-commune(D1, D2, D3, D4 et D5), de la région maritime(Golfe, Zio, Lacs, Vo, Yoto, Bas-Mono et Avé) et de la région plateaux(Agou, Ogou, Anié Haho) sont les plus touchés.

La région centrale et la région de la Kara ont souvent enregistré très peu de cas exception fait de l'épidémie de cholera de 2013 qui a vu 2 districts(Tchaoudjo, Tchamba) de la région centrale enregistré près de 50 cas et l'épidémie a duré plus de 2 mois.

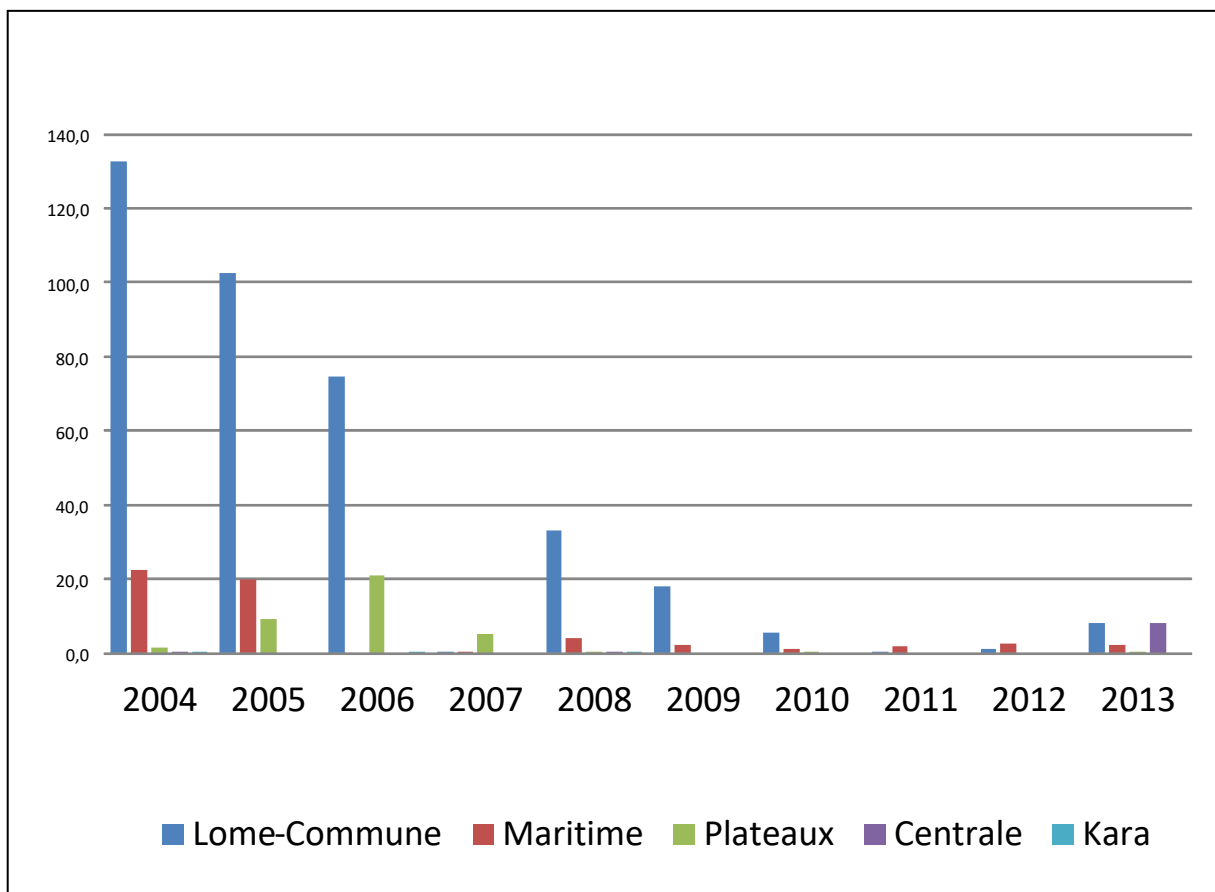


Fig.6 Evolution des taux du cholera de 2004 à 2013 par région sanitaire

Entre 1990 à 2001, la courbe évolué avec 1058 cas en 1991, suivi de moins de 200 cas de 1992 à 1997 et en 1998 on a enregistré plus de 3600 cas, de 1999 à 2000, elle a chuté de nouveau pour atteindre plus de 2700 cas en 2001. De 2004 à 2006, le nombre de cas enregistré à toujours dépassé 1000 cas avec 1156 cas au minimum et 1321 cas au maximum. De 2008 à 2013, le maximum de cas enregistré en une année n'a pas dépassé 400 cas.

Fort de ces données des scenarii épidémiologiques ont été établis allant de l'hypothèse la plus basse à l'hypothèse la plus haute.

- **Scenario 1: Hypothèse Basse**

- 150 et 300 cas (depuis 2008)
- Zones touchées: Lome (D1 à D4), maritime (lac, bas mono, zio et vo)

- **Scenario 2: Hypothèse Moyenne**

- 1 500 cas (entre 2004 et 2006)
- Zones touchées: Lomé (D1 à D5), maritime (lacs, bas mono, zio et vo, yoto), centrale (tchamba, tchaoudjo)et plateaux (Haho, Anié)

- **Scenario 3: Hypothèse Haute**

- 3 000 cas (1998 et 2001)
- Zones touchées: 6 régions

Dans la phase préparation, 19 districts à risque seront considérés :

REGIONS	DISTRICTS SANITAIRES A RISQUE
Lomé-Commune	D1, D2, D3, D4, D5
Région Maritime	Golfe, Zio, Lacs, Vo, Yoto, Bas-Mono et Avé
Région des Plateaux	Agou, Ogou, Anié Haho
Région Centrale	Tchaoudjo, Tchamba
Région de la Kara	
Région des Savanes	Tone, Cinkassé

Tab.3 districts à risque

Démarrage: saison sèche Janvier / saison des pluies Juillet - En fonction de la situation dans les pays voisins

Dans la phase réponse, l'hypothèse de scénario 2 sera considérée avec 14 districts à risque comme indiqué ci-dessus.

Dans la phase de réduction des risques/résilience, trois régions prioritaires à savoir Lomé, Maritime et centrale(Tchaoudjo) seront considérées. Une planification de 3 ans devra permettre la définition et la réalisation de projets durables en faveur des communautés, des pratiques collectives et individuelles à risque et les catégories socioprofessionnelles.

2 Objectif général

Contribuer à l'amélioration de l'état de santé de la population togolaise par la réduction de la morbidité et de la mortalité attribuables au choléra et aux autres maladies liées à l'eau, hygiène et assainissement.

3 Objectif spécifique

- Renforcer la planification et la préparation face aux épidémies de cholera au Togo
- Améliorer les actions de riposte pour limiter la morbidité et la mortalité lié au cholera
- Favoriser la planification et la réalisation des projets durables ciblant les communautés et zones à risque
- Développer une collaboration transfrontalière dans la gestion des épidémies de cholera
- Mieux Intégrer la stratégie "Bouclier-Coup de poing" dans les interventions

4 Stratégie

Le présent plan stratégique se décline en trois phases(cf Matrice du Plan) d'élaboration afin de garantir une intégration de l'ensemble des actions nécessaires pour faire face efficacement à une épidémie de cholera. Les différentes phases sont les suivantes: Phase Préparation, Phase Réponse/Riposte et la phase Réduction des risques-Résilience. Dans chaque phase, il existe quatre secteurs stratégiques nécessaires qui sont : Coordination et collaboration transfrontalière, Surveillance épidémiologique, la prise en charge médicale et la réponse eau, hygiène et assainissement.

Phase Préparation :

l'objectif principal est de s'assurer d'un minimum de préparation dans les quatre secteurs avant l'arrivée des saison épidémiques et de définir les niveaux de responsabilité. Il s'agit aussi de s'assurer de l'existence des comités fonctionnels à différents niveaux, de l'existence d'un cadre de collaboration transfrontalière, du niveau de formation des acteurs de la prise en charge médicale et du contrôle de l'épidémie et enfin du prépositionnement de matériels minimum indispensables à la riposte dès l'apparition de l'épidémie.

Phase Réponse/Riposte :

Il s'agit de mieux organiser l'enregistrement des patients, de s'assurer des barrières sanitaires, de la prise en charge correcte dans les centres de traitement Cholera(CTC) et d'une bonne investigation des cas(contexte de transmission). Il s'agit également de s'assurer de la bonne mise en œuvre de la stratégie "Bouclier-Coup de poing" afin de limiter la propagation de l'épidémie dans la communauté, des échanges transfrontaliers et interventions conjointes.

Phase Réduction des Risques-Résilience :

Deux secteurs stratégiques seront prioritaires à savoir la surveillance épidémiologique et la réponse eau, hygiène et assainissement. Enfin de contribuer à l'amélioration des connaissances, de la réponse et des enjeux liés au cholera, des études associées eau, hygiène et assainissement avec l'épidémiologie et des études socio comportementales sont nécessaires. La planification, la réalisation et l'intégration de projets durables(exemple: ATPC et marketing des latrines) dans les Plan Sectoriels de développement tel que la Santé, l'Eau et l'Assainissement sont aussi nécessaires.

V Mise œuvre du Plan et Moyen

Le plan stratégique définit les niveaux d'implication des acteurs clés(Cf Matrice du Plan) pour la mise œuvre des actions. Il précise le niveau d'implication, les responsables de mise œuvre et de suivi des indicateurs et ainsi que les périodes d'exécution.

La division épidémiologique(DEPI) et la Lutte contre les Maladies Diarrhéiques(LMD) auront la responsabilité de faire valider le plan stratégique auprès des autorités compétentes avec l'appui des acteurs impliqués et de s'assurer de la diffusion et du partage du Plan au niveau régional et préfectoral et à l'ensemble des acteurs parties prenantes.

Un travail estimatif des couts de chaque phase du plan a été fait(cf Matrice du plan). Il tiens compte de certains cout déjà pris en compte dans les prérogatives de certains service de l'Etat. Le budget ci-dessous fait mention des fonds à rechercher en terme d'appui financier auprès du gouvernement et des partenaires techniques et financiers.

Cout Estimatif / taux de change : 1 USD pour 500 F CFA

Phase Preparation : **75 375 000 F CFA/ 150 750 USD**

Phase Réponse/Riposte : **162 280 000 F CFA/ 324 560 USD**

Phase Réduction des risque-Résilience : **2 520 000 000 F CFA/ 5 040 000 USD**

VI Suivi-évaluation

Dans un souci d'opérationnalisation, le suivi du plan sera assuré par un groupe technique restreint qui sera constitué au sein du comité de gestion des épidémies(cf matrice du Plan) et composant les acteurs terrain et ne devra pas dépasser 5 à 6 membres. A cet effet une rencontre du comité de gestion des épidémies devra se tenir dans les plus brefs délais(Aout-Septembre) pour constituer ce groupe technique.

Ce groupe technique aura la responsabilité du suivi de la feuille de route (établi lors de l'atelier avec l'ensemble des participants) et aussi de l'ensemble des activités planifiées dans le plan et devra planifier des rencontres et des visites de travail avant, pendant et après l'épidémie.

Au niveau décentralisé, ce groupe restreint sera appuyé par les différents comités de gestion existants et/ou à dynamiser.

Deux évaluations(mi-parcours en 2016 et finale en fin 2017)) du plan stratégique seront faites.