



RÉPUBLIQUE TOGOLAISE

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DE L'HYGIÈNE

# PLAN NATIONAL DE DEVELOPPEMENT DE LA SANTE OCULAIRE (PNDSO) Phase1 : 2025-2027

PROGRAMME NATIONAL SANTE OCULAIRE  
FINAL VALIDATION-SEPTEMBRE 2025



## Table des matières

Préface .....	3
Sigles et abréviations .....	4
Liste des tableaux .....	5
Liste des graphiques .....	5
Résumé exécutif .....	6
<b>1 Introduction.....</b>	<b>7</b>
<b>2 CONTEXTE GENERAL .....</b>	<b>7</b>
2.1 Situation géographique .....	7
2.2 Contexte démographique .....	8
2.3 Organisation administrative .....	8
2.4 Contexte économique et social .....	8
2.5 Financement de la santé .....	8
2.6 Organisation administrative du système de santé du Togo .....	9
2.7 Organisation du système de soins du Togo .....	9
2.8 État de santé de la population .....	9
2.8.1 Santé maternelle et infantile .....	9
2.8.2 Santé des jeunes et adolescents .....	10
2.8.3 Santé des personnes âgées et du troisième âge .....	10
2.8.4 Maladies transmissibles .....	11
2.8.5 Maladies tropicales négligées (MTN) .....	11
2.8.6 Maladies non transmissibles et handicaps .....	11
2.9 Déterminants sociaux et environnementaux .....	12
2.10 Reformes structurantes en cours dans le secteur de la santé et santé oculaire .....	12
2.10.1 Contractualisation des établissements de soins .....	12
2.10.2 Institution de l'élaboration des projets d'établissement hospitalier dans le secteur de la santé ..	12
<b>3 ANALYSE DE LA SITUATION DE LA SANTE OCULAIRE AU TOGO .....</b>	<b>13</b>
3.1 État des lieux de la santé oculaire au Togo .....	13
3.1.1 Cadre réglementaire .....	13
3.1.2 Organisation des soins de santé oculaire .....	14
3.1.3 Tendances des soins de santé oculaire .....	14
3.1.4 Équité dans l'accès aux services de santé oculaire .....	15
3.1.5 Normes des soins de santé oculaire .....	16
3.1.6 Personnels de soins de santé oculaire .....	16
3.1.7 Systèmes de gestion de l'assurance qualité des soins de santé oculaire .....	17
3.1.8 Infrastructures de soins de santé oculaire .....	17
3.1.9 Équipements et entretien des soins de santé oculaire .....	17
3.1.10 Gestion de la chaîne d'approvisionnement des produits de santé oculaire .....	18
3.1.11 Système de gestion des données des soins de santé oculaire .....	18
3.1.12 Recherche et développement .....	18
3.1.13 Partenariats publics - privés .....	18
3.1.14 Financement de la santé oculaire .....	19
3.2 Principaux problèmes de la santé oculaire au Togo .....	19
3.3 Perspectives de la santé oculaire au Togo .....	20
3.4 Analyse SWOT de la santé oculaire au Togo .....	20
<b>4 Priorités de la santé oculaire 2025-2027 .....</b>	<b>22</b>
4.1 Fondement du plan .....	22
4.2 Alignement du plan à la stratégie nationale de la santé .....	22
4.3 Défis de la santé oculaire au Togo .....	22
4.4 Objectifs du plan .....	22
4.4.1 Objectif général .....	22
4.4.2 Objectifs spécifiques .....	23
<b>5 Plan National de Développement de la Santé Oculaire (PNDSO) 2025-2027 - Cadre d'Action .....</b>	<b>23</b>
5.1 Priorité 1 : Développement, déploiement et renforcement des ressources humaines en santé oculaire	24
5.2 Priorité 2 : Développement et renforcement des infrastructures, équipements et produits de santé ...	24
5.3 Priorité 3 : Prévention et contrôle des maladies oculaires prioritaires .....	26
5.4 Priorité 4 : Renforcement du cadre institutionnel, de la gouvernance et de la coordination	27
multisectorielle .....	27

5.5	<i>Priorité 5 (Transversale) : Recherche en santé oculaire.....</i>	28
5.6	<i>Hypothèses d'efficacité de la mise en œuvre du plan .....</i>	29
5.7	<i>Théorie du changement.....</i>	29
<b>6</b>	<b>Financement et cadre de mise en œuvre du plan .....</b>	<b>31</b>
6.1	<i>Budget du plan .....</i>	31
6.1.1	<i>Coût par composante .....</i>	31
6.1.2	<i>Coût par composante et par intervention .....</i>	31
6.1.3	<i>Coût par défi .....</i>	32
6.1.4	<i>Coût par nature de dépenses .....</i>	33
6.2	<i>Sources de financement.....</i>	33
6.3	<i>Stratégies de financement .....</i>	34
6.4	<i>Cadre de mise en œuvre du plan.....</i>	34
6.4.1	<i>Principes directeurs .....</i>	34
6.4.2	<i>Cadre institutionnel de mise en œuvre .....</i>	34
6.4.3	<i>Responsabilités des parties prenantes.....</i>	35
6.4.4	<i>.....</i>	35
6.4.5	<i>Planification et mise en œuvre .....</i>	36
6.4.6	<i>Conditions de succès .....</i>	36
6.4.7	<i>Hypothèses critiques.....</i>	36
6.4.8	<i>Mécanisme de suivi, évaluation, apprentissage.....</i>	37
6.5	<i>Cadre de résultats et matrice de suivi du plan .....</i>	37
6.6	<i>Capitalisation des acquis et communication .....</i>	37
6.6.1	<i>Capitalisation des acquis .....</i>	37
6.6.2	<i>Communication stratégique.....</i>	38
<b>7</b>	<b>Annexes.....</b>	<b>40</b>
	<i>Annexe 1 : Matrice du cadre des résultats – PNDSO 2025-2027 par composante.....</i>	41
	<i>Annexe 2 : Cadre de résultats du PNDSO 2025-2027.....</i>	43

## PRÉFACE

La santé oculaire constitue aujourd’hui un enjeu majeur de santé publique et de développement humain. Au Togo, les déficiences visuelles et la cécité évitable pèsent lourdement sur la qualité de vie des populations, sur la productivité nationale et sur l’inclusion sociale. Conscient de cet impact, le Gouvernement a fait de l’accès universel et équitable à des soins oculaires de qualité une priorité stratégique, en parfaite cohérence avec le **Plan National de Développement Sanitaire (PNDS 2023-2027)** et avec les engagements pris dans le cadre des **Objectifs de Développement Durable** et de la **Couverture Sanitaire Universelle (CSU)**.

Le présent **Plan national de développement de la santé oculaire (PNDSO 2025-2027)**, première phase d’un agenda à long terme qui s’étend jusqu’en 2032, traduit cette volonté politique. Construit sur une analyse approfondie de la situation, il s’appuie sur les acquis récents – notamment l’élimination du trachome comme problème de santé publique – tout en apportant des réponses concrètes aux défis persistants : déficit de ressources humaines spécialisées, disparités régionales, infrastructures vétustes, équipements insuffisants et financement encore trop dépendant des ménages.

Cette première phase (2025-2027) vise à améliorer rapidement l’accessibilité et la qualité des soins, renforcer les capacités humaines et techniques, et produire des indicateurs fiables pour orienter la décision publique. La seconde phase (2028-2032) aura pour vocation de **consolider et élargir les acquis**, généraliser les normes de qualité internationales, intégrer les innovations technologiques (télémédecine, systèmes d’information interopérables), renforcer la recherche et diversifier les mécanismes de financement.

Au-delà de la santé, ce plan est un **levier de développement humain et économique**. En réduisant la charge des déficiences visuelles évitables, il contribuera à accroître l’autonomie des populations, à promouvoir l’inclusion sociale et à améliorer la productivité nationale.

Je tiens à saluer l’engagement des équipes techniques du Programme National de Santé Oculaire, des acteurs du secteur public et privé, de la société civile, des communautés ainsi que des partenaires techniques et financiers, dont l’appui est déterminant pour la réussite de ce plan. J’invite toutes les parties prenantes à s’approprier ce document stratégique et à unir leurs efforts pour garantir sa mise en œuvre effective.

C’est ensemble, avec détermination et solidarité, que nous parviendrons à bâtir d’ici 2032 un système de soins oculaires intégré, accessible et durable, garantissant à chaque Togolais le droit fondamental à la santé oculaire.

**Professeur Tchoungui DARRE**

Ministre de la Santé et de l’Hygiène publique

## SIGLES ET ABRÉVIATIONS

AMU	: Assurance Maladie Universelle
ARCE	: Appréciation Rapide de la Cécité Evitable
ASC	: Agent de Santé Communautaire
CAMEG	: Centrale d'Achat des Médicaments Essentiels Génériques
CBM	: Christian Blind Mission
CHR	: Centre Hospitalier Régional
CHU	: Centre Hospitalier Universitaire
CNSS	: Caisse Nationale de Sécurité Sociale
CSU	: Couverture Sanitaire Universelle
DHIS2	: District Health Information Software 2
ECSAT	: Outil d'analyse de la situation des soins de santé oculaire
ENAM	: École Nationale des Auxiliaires Médicaux
FSS	: Faculté des Sciences de la Santé
IDH	: Indice de Développement Humain
IEC	: Information, Éducation, Communication
INAM	: Institut National d'Assurance Maladie
IPEC	: Integrated People – centred Eye Care
MNT	: Maladies Non Transmissibles
MTN	: Maladies Tropicales Négligées
OCDI	: Organisation de la Charité pour un Développement Intégral
ODD	: Objectifs de Développement Durable
OMS	: Organisation Mondiale de la Santé
ONG	: Organisation Non Gouvernementale
PEH	: Projet d'Établissement Hospitalier
PEV	: Programme Elargi de Vaccination
PIB	: Produit Intérieur Brut
PNDS	: Plan National de Développement Sanitaire
PNDSO	: Plan National de Développement de la Santé Oculaire
PNS	: Politique Nationale de Santé
PNSO	: Programme National de Santé Oculaire
RAAB	: Rapid Assessment of Avoidable Blindness
RD	: Rétinopathie Diabétique
RFS	: Responsable de Formation Sanitaire
RH	: Ressource Humaine
SAFE	: Surgery, Antibiotics, Facial cleanliness, Environmental improvements
SEA	: Suivi-Évaluation-Apprentissage

## LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1: Tableau récapitulatif de l'analyse SWOT .....	21
Tableau 2 : Coût par composante .....	31
Tableau 3 : Coût du budget estimatif par composante et par intervention.....	31
Tableau 4 : Coût du budget estimatif par défi .....	32
Tableau 5 : Coût du budget estimatif par nature de dépenses .....	33
Tableau 6 : Responsabilités des parties prenantes .....	35

## LISTE DES GRAPHIQUES

Figure 1 : Schéma de la Théorie du changement du PNDSO .....	30
--------------------------------------------------------------	----

## RÉSUMÉ EXÉCUTIF

La santé oculaire est un enjeu majeur au Togo, où les déficiences visuelles et la cécité évitable pèsent lourdement sur la qualité de vie des populations et le développement socio-économique. L'évaluation du Plan quinquennal de Santé Oculaire 2019-2023, prolongé en 2024, a mis en évidence des avancées notables, notamment l'élimination du trachome comme problème de santé publique et le renforcement de certaines capacités humaines et matérielles. Mais elle a également révélé des défis persistants : déficit de normes harmonisées, insuffisance et concentration des ressources humaines, infrastructures vétustes, équipements limités et faible digitalisation.

Face à ces enjeux, le Plan National de Développement de la Santé Oculaire (PNDSO) propose une feuille de route ambitieuse et réaliste, alignée sur le PNDS 2023-2027 et la résolution WHA73.4 de l'OMS sur les soins oculaires intégrés centrés sur la personne (IPEC). Il s'inscrit dans une vision de long terme (horizon 2032) et sera mis en œuvre en deux phases :

- Phase 1 (2025-2027) : améliorer rapidement l'accessibilité et la qualité des soins, renforcer les ressources humaines, moderniser un nombre ciblé d'infrastructures et produire des indicateurs clés pour l'évaluation du PNDS.
- Phase 2 (2028-2032) : consolider et élargir les acquis, généraliser les normes de qualité internationales, moderniser le plateau technique, intégrer les innovations (télémédecine, systèmes d'information interopérables), renforcer la recherche et diversifier les financements.

Le PNDSO repose sur **cinq** composantes :

1. Renforcement des ressources humaines en santé oculaire.
2. Développement et modernisation des infrastructures et équipements.
3. Prévention et contrôle des maladies oculaires prioritaires.
4. Gouvernance et coordination multisectorielle.
5. Recherche en santé oculaire.

Le coût global de la phase 1 est estimé à **Un milliard six cent sept millions six cent mille (1 607 600 000) francs CFA**, financés par l'État, les partenaires techniques et financiers, le secteur privé et les communautés. La mise en œuvre s'appuiera sur un cadre institutionnel clair et un système de suivi-évaluation basé sur l'apprentissage continu, garantissant des ajustements rapides et une amélioration permanente de la performance.

En somme, ce plan se veut pragmatique dans l'action, ambitieux dans la vision et durable dans ses impacts : il constitue un levier décisif pour réduire la cécité évitable, améliorer la santé oculaire et contribuer aux objectifs de Couverture Sanitaire Universelle et de Développement Durable du Togo.

## 1 INTRODUCTION

La santé oculaire est un enjeu national de premier plan au Togo, où les déficiences visuelles et la cécité évitable continuent d'affecter lourdement la qualité de vie des populations et le développement socio-économique. Garantir à chaque citoyen un accès équitable et durable à des soins oculaires de qualité est désormais une priorité nationale, inscrite dans la dynamique de la Couverture Sanitaire Universelle (CSU) et du Plan National de Développement Sanitaire (PNDS) 2023-2027.

C'est dans ce cadre que s'inscrit le Plan National de Développement de la Santé Oculaire (PNDSO) 2025-2027, véritable feuille de route stratégique destinée à organiser, moderniser et renforcer l'offre de soins visuels sur l'ensemble du territoire togolais. Construit sur une analyse approfondie de la situation, le plan met en lumière des avancées majeures – dont l'élimination du trachome comme problème de santé publique – mais aussi des défis persistants : pénurie et inégale répartition des ressources humaines spécialisées, disparités régionales des infrastructures, et accès encore limité aux soins dans les zones rurales.

Le PNDSO 2025-2027 se veut résolument tourner vers l'action. Il vise à **prévenir, dépister, traiter** les principales maladies oculaires, et **réhabiliter** les personnes vivant avec un handicap visuel, tout en renforçant les capacités humaines, techniques et institutionnelles. Inspiré de la résolution WHA73.4 de l'OMS sur les soins oculaires intégrés centrés sur la personne (IPEC) et fidèle aux engagements nationaux de développement, il prône une approche multisectorielle et participative, mobilisant acteurs publics, secteur privé, société civile, communautés et partenaires techniques et financiers.

Au-delà de la santé, ce plan constitue un levier majeur de développement humain. En réduisant la charge des déficiences visuelles évitables, il contribuera à améliorer l'autonomie, l'inclusion sociale et la productivité des populations. Sa réussite reposera sur quatre piliers : un engagement politique ferme, une planification rigoureuse, un financement durable et un suivi-évaluation continu inspiré du concept du **système de santé apprenant**.

En définitive, le PNDSO 2025-2027 représente un outil stratégique et mobilisateur : pragmatique dans ses priorités, ambitieux dans sa vision, et transformateur dans ses impacts pour garantir à chaque Togolais son droit fondamental à la santé oculaire.

## 2 CONTEXTE GENERAL

### 2.1 Situation géographique

Le Togo est un pays d'Afrique de l'Ouest dont le littoral sud borde le golfe de Guinée, avec une superficie d'environ 56 790 km<sup>2</sup>. Il s'étend sur environ 600 km du sud au nord et présente une diversité géographique significative, comprenant des plaines côtières, des plateaux et des zones montagneuses, notamment dans la région des Plateaux et au Nord-est. Cette diversité topographique influence l'organisation des infrastructures de santé et la répartition spatiale des établissements, y compris des laboratoires, en raison des défis logistiques liés à l'accès aux zones rurales et montagneuses<sup>1</sup>.

---

<sup>1</sup> PNDS 2023-2027

## 2.2 Contexte démographique

En 2022, la population du Togo est estimée à 8.095.498 habitants, composée de 4.150.988 femmes (51,3%) et de 3.944.510 hommes (48,7%), soit un sex ratio de 95 hommes pour 100 femmes, avec un taux d'accroissement intercensitaire de 2,30%. La population est caractérisée par une très grande jeunesse, avec une médiane d'âge proche de 19 ans et une proportion d'environ 42% de jeunes de moins de 15 ans, tandis que près de 60% ont moins de 25 ans<sup>2</sup>. Le taux d'urbanisation atteint environ 44%, la majorité de la population urbaine étant concentrée autour de Lomé, la capitale, ce qui pose des défis majeurs pour assurer un accès équitable aux services de santé entre zones urbaines et rurales.

## 2.3 Organisation administrative

Depuis 2019, le Togo est divisé en six régions administratives : Maritime, Plateaux, Centrale, Kara, Savanes et le Grand Lomé. Ce dernier, reconnu comme District Autonome du Grand Lomé (DAGL), regroupe les préfectures du Golfe et d'Agoè-Nyivé, réparties en treize communes urbaines<sup>3</sup>. Le pays compte 39 préfectures subdivisées en 117 communes. La planification et la mise en œuvre des politiques publiques, notamment dans le secteur sanitaire se font conformément à cette organisation territoriale. Le système de santé est décentralisé, avec des responsabilités réparties entre autorités nationales, régionales et locales, permettant une adaptation des interventions aux réalités régionales et locales.

## 2.4 Contexte économique et social

Le Togo est une économie en développement où une large part de la population dépend d'une agriculture essentiellement informelle. L'activité économique a montré une forte résilience : la croissance du PIB réel s'est établie en moyenne à 6,1 % entre 2021 et 2023, avant de ralentir à 5,3 % en 2024, avec une reprise attendue à 5,8 % d'ici 2026<sup>4</sup>. Toutefois, les avancées sociales restent limitées, comme en témoigne l'Indice de Développement Humain (IDH) évalué à 0,571 en 2023, qui place le pays parmi les États à développement humain moyen.

Ce faible IDH limite les ressources publiques disponibles pour les investissements dans les infrastructures sanitaires et les ressources humaines<sup>5</sup>. Les dépenses publiques en santé et éducation restent inférieures aux standards fixés au niveau africain et international, avec respectivement environ 6,8% et 14,2% du budget national (contre des cibles à 15% et 20%). Environ 55% des ménages vivent au-dessous du seuil de pauvreté monétaire, avec près de 28% de la population gagnant moins d'un dollar par jour, ce qui accentue les défis d'accès et de couverture sanitaire. Par ailleurs, les indicateurs sociaux soulignent d'importants défis en matière d'éducation, d'accès à l'eau potable et à l'assainissement, tous des déterminants clés de la santé publique. Ces facteurs socio-économiques pèsent fortement sur l'état de santé global de la population togolaise et soulignent la nécessité d'interventions multisectorielles coordonnées<sup>6</sup>.

## 2.5 Financement de la santé

Le financement de la santé au Togo demeure un grand défi auquel le gouvernement s'efforce d'y apporter des solutions à travers la mise en œuvre de la Politique nationale de santé, horizon 2030 qui a pour fondement la Couverture Sanitaire Universelle (CSU). La CSU vise à garantir un accès équitable à des soins de qualité sans exposer les populations à des frais financiers

---

<sup>2</sup> INSEED, RGPH-5 (2022)

<sup>3</sup> Loi N°2019-006 sur la décentralisation

<sup>4</sup> Banque Mondiale : Rapport Togo Economic Update 2024

<sup>5</sup> PNUD, Human development report 2025

<sup>6</sup> PNDS 2023-2025

excessifs. Cependant, malgré l'existence de mécanismes comme l'Assurance Maladie Universelle (AMU) en déploiement avec la Caisse Nationale de Sécurité Sociale (CNSS) et l'Institut National d'Assurance Maladie (INAM), la part des dépenses directes payées par les patients reste élevée (66% en 2023)<sup>7</sup>, ce qui constitue un frein pour l'accès aux soins, surtout en zones rurales.

Pour réduire ces obstacles financiers, le gouvernement togolais subventionne grâce aux financements de partenaires techniques et financiers, partiellement ou totalement les services de diagnostic, traitements et suivis dans plusieurs programmes prioritaires ; c'est le cas notamment de la lutte contre le paludisme, les infections sexuellement transmissibles (IST), le VIH/Sida, l'hépatite, et la tuberculose par le financement du fonds mondial. De plus, des programmes ciblés de santé maternelle et infantile, tels que WEZOU et « School AMU », bénéficient de subventions intégrales de la part de l'état et des partenaires en développement, assurant la gratuité des soins pour ces populations vulnérables. Ces dispositifs renforcent la couverture territoriale des services de santé et participent activement à la réalisation progressive des objectifs de la CSU, tout en soutenant la qualité des prestations, notamment en santé oculaire.

## **2.6 Organisation administrative du système de santé du Togo**

Le système de santé est organisé en trois niveaux : central, régional et périphérique. Le ministère de la Santé assure la coordination et la régulation nationales, tandis que les régions et districts gèrent la mise en œuvre des soins et services. Cette organisation vise à assurer la couverture sanitaire universelle, bien que la coordination et les ressources restent à renforcer.

## **2.7 Organisation du système de soins du Togo**

Le système de soins est structuré en niveaux de soins primaires (Agents de santé communautaires, unités de soins périphériques, centres de santé communaux, hôpital de district), secondaires (hôpitaux régionaux et spécificités régionales) et tertiaires (hôpitaux universitaires et hôpitaux spécialisés de référence)<sup>8</sup>. Cette structuration est portée par un réseau sanitaire dense avec plus de 2 150 établissements sanitaires recensés, dominés par le secteur privé (42%), suivi du secteur public (34,5%), et des structures confessionnelles et associatives.

Les services d'ophtalmologie sont principalement concentrés aux niveaux secondaire et tertiaire, mais présentent d'importantes disparités en équipements et en compétences. Cette situation limite l'accès équitable et la qualité des soins. Le secteur privé dispose généralement de meilleures infrastructures que les structures publiques y compris les services d'ophtalmologie des CHU.

## **2.8 État de santé de la population**

### **2.8.1 Santé maternelle et infantile**

Malgré les avancées enregistrées, la morbidité et la mortalité maternelles ainsi qu'infantiles restent préoccupantes. Les complications visuelles liées à la grossesse, à la naissance ou à la petite enfance, telles que l'ophtalmie néonatale, la cataracte congénitale, les troubles de la réfraction non corrigés, le glaucome congénital, peuvent entraîner des déficiences visuelles sévères, affectant durablement le développement et l'intégration sociale des enfants.

Les données récentes soulignent l'ampleur de ces enjeux. En 2023, le taux de mortalité maternelle était de 399 décès pour 100 000 naissances vivantes, et le taux de mortalité néonatale

---

<sup>7</sup> MSHP, Rapport de performance 2023

<sup>8</sup> PNDS 2023-2027

était de 24 décès pour 1 000 naissances vivantes<sup>9</sup>. La couverture des consultations prénatales a atteint 99,5 % en 2023, grâce au programme "Wézou" qui garantit des soins gratuits. Cependant, des disparités persistent, notamment en milieu rural<sup>10</sup>.

Pour prévenir les déficiences visuelles liées à la santé maternelle et infantile, le Togo met en œuvre plusieurs interventions. Le Programme élargi de vaccination (PEV) inclut la vaccination contre la rubéole, une cause majeure de cataracte congénitale. Des stratégies innovantes, telles que l'utilisation de flacons multidoses de vaccin rougeole-rubéole, ont été adoptées pour améliorer la couverture vaccinale. La supplémentation en vitamine A, essentielle pour prévenir la cécité infantile par avitaminose A, bénéficie à environ 90 % des enfants de 6 à 59 mois.<sup>11</sup>

Malgré ces progrès, des défis demeurent. La couverture des examens oculaires précoces reste insuffisante, en particulier dans les maternités et les centres de santé périphériques. Il est essentiel de renforcer la formation des agents de santé, d'améliorer l'accès aux soins spécialisés et de sensibiliser les communautés à l'importance de la santé visuelle dès le plus jeune âge. En intégrant la santé oculaire dans les parcours de soins maternels et infantiles, le Togo aspire à réduire les déficiences visuelles évitables et à améliorer le bien-être des enfants, contribuant ainsi à la réalisation des Objectifs de Développement Durable.

### **2.8.2 Santé des jeunes et adolescents**

Les jeunes âgés de 10 à 24 ans représentent une part importante de la population togolaise et font face à des défis majeurs en matière de santé sexuelle et reproductive. Le taux de grossesses précoces reste élevé, avec environ 17% des adolescentes ayant un enfant avant 18 ans, ce qui contribue significativement à la mortalité maternelle dans cette tranche d'âge<sup>12</sup>. La prévalence du VIH chez les jeunes femmes demeure préoccupante, notamment en raison d'un accès insuffisant à l'éducation sexuelle et aux services adaptés. De plus, une proportion importante de jeunes femmes subit des violences physiques et sexuelles, affectant leur santé physique et mentale. Par ailleurs, l'addiction aux écrans, qui gagne du terrain chez les jeunes, provoque une fatigue oculaire notable, des troubles du sommeil ainsi que d'autres problèmes visuels, compromettant ainsi leur bien-être général et leur concentration à l'école. Face à ces enjeux, les stratégies nationales, appuyées par des partenaires internationaux, visent à renforcer la prévention, l'éducation et l'accès aux soins pour cette population.

### **2.8.3 Santé des personnes âgées et du troisième âge**

Bien que représentant une part modérée de la population, les personnes âgées voient leurs besoins de santé croître avec l'augmentation progressive de l'espérance de vie. Elles sont particulièrement touchées par les maladies non transmissibles telles que l'hypertension artérielle, le diabète et les affections cardiovasculaires. Le système de santé demeure peu adapté à la prise en charge spécifique de cette tranche d'âge, avec des ressources limitées pour les soins gériatriques et le soutien social. Les conditions socio-économiques difficiles, l'isolement et l'accès restreint aux services renforcent la vulnérabilité de ces populations. Le renforcement des services de santé adaptés aux besoins des personnes âgées est une priorité émergente dans les politiques nationales.

---

<sup>9</sup> PNDS 2023-2027

<sup>10</sup> WHO, AFRO, 2024 Antenatal visits improve maternal health outcomes in Togo

<sup>11</sup> World Bank, 2022 Vitamin A supplementation coverage rate (% of children ages 6-59 months) - Sub-Saharan Africa

<sup>12</sup> Unesco, 2018

#### **2.8.4 Maladies transmissibles**

Les maladies transmissibles restent un défi majeur au Togo, affectant surtout les enfants et les femmes enceintes. Le paludisme est la première cause de morbidité infantile, provoquant parfois une rétinopathie palustre dans les formes sévères. La prévalence nationale du VIH au Togo est estimée à environ 1,6–1,7% en 2023-2025<sup>13</sup>, avec des complications oculaires fréquentes comme la rétinite à Cytomégalovirus (CMV) et les uvéites. La tuberculose, la toxoplasmose et la rougeole continuent de provoquer des séquelles visuelles, tandis que d'autres infections bactériennes et virales aggravent indirectement la santé oculaire.

Pour limiter ces impacts, le Togo déploie des interventions ciblées : distribution de moustiquaires imprégnées, traitement précoce du paludisme, suivi ophtalmologique des patients vivant avec le VIH, campagnes de vaccination contre la rougeole et la fièvre jaune, et prise en charge intégrée de la tuberculose. Le renforcement des compétences du personnel de santé et l'intégration de la santé oculaire dans ces programmes permettent de prévenir les atteintes visuelles graves et de réduire la cécité évitable, contribuant ainsi à l'amélioration de la qualité de vie des populations à risque.

#### **2.8.5 Maladies tropicales négligées (MTN)**

Les maladies tropicales négligées (MTN) touchent principalement les populations rurales et périurbaines du Togo et sont responsables de diverses atteintes oculaires. Parmi ces pathologies, on compte notamment l'onchocercose, la schistosomiase, la filariose lymphatique, la trypanosomiase humaine africaine, le ver de Guinée, la lèpre, la gale, le pian, ainsi que d'autres moins fréquentes. Le Togo a réussi à éliminer le trachome comme problème de santé publique en 2022, grâce à la mise en œuvre de la stratégie SAFE qui inclut la chirurgie, les antibiotiques, la propreté du visage et l'amélioration de l'environnement, notamment l'accès à l'eau potable et à l'assainissement. Cette réussite s'inscrit dans un ensemble d'interventions intégrées visant à réduire la cécité évitable liée aux MTN. Malgré ces progrès, des efforts restent nécessaires pour contrôler les autres MTN encore présentes et prévenir les complications oculaires dans certaines zones à risque.

#### **2.8.6 Maladies non transmissibles et handicaps**

Les maladies non transmissibles (MNT) – cardiovasculaires, diabète, cancers, maladies respiratoires chroniques – représentent un défi croissant au Togo, affectant la mortalité, la morbidité et la qualité de vie. La prévalence de l'hypertension artérielle chez les adultes (18-69 ans) est de 27,4 % (STEPS 2021) et celle du diabète de 4,9 %, en forte progression depuis 2010. Ces maladies contribuent directement aux complications oculaires, telles que la rétinopathie hypertensive, la rétinopathie diabétique, le glaucome et l'aggravation de la cataracte, alimentant la cécité évitable. Le handicap visuel reste élevé, avec une prévalence de la cécité de 3,6 à 4,9 % et 40,8 % de déficiences visuelles dans plusieurs régions (RAAB/ ARCE 2024).

Pour y remédier, le Togo met en œuvre des programmes de dépistage et de suivi des MNT, des campagnes de sensibilisation sur l'alimentation, l'activité physique et la réduction du tabagisme, ainsi que des services ophtalmologiques intégrés pour la détection précoce et la prise en charge des complications visuelles, incluant chirurgie et suivi des patients à risque. Ces interventions visent à prévenir la cécité évitable et améliorer la qualité de vie des populations.

---

<sup>13</sup> CNLS, 2023

## 2.9 Déterminants sociaux et environnementaux

Au Togo, l'accès limité à l'eau potable et à l'assainissement reste un défi majeur, en particulier en milieu rural où seulement 68,58 % de la population dispose d'une source d'eau améliorée à moins de 30 minutes à pied<sup>14</sup>. La pauvreté persistante et les inégalités sociales exacerbent les conditions de vie et d'accès aux soins, contribuant à la prévalence de pathologies évitables, y compris les troubles visuels.

Par ailleurs, le climat tropical du pays, caractérisé par une saison des pluies prolongée, favorise la prolifération des vecteurs de maladies infectieuses telles que le paludisme, la schistosomiase et le trachome. Les inondations fréquentes et les conditions environnementales propices à la reproduction des moustiques augmentent le risque de transmission de ces maladies, impactant directement la santé oculaire.

Pour remédier à ces défis, le Togo a lancé des initiatives visant à améliorer l'accès à l'eau potable et à l'assainissement, notamment dans la région du Grand Lomé, avec l'objectif d'atteindre une couverture de 86 % de la population. Des programmes de sensibilisation à l'hygiène et à l'assainissement sont également mis en œuvre pour réduire les risques sanitaires.<sup>15</sup>

En réponse aux risques climatiques, le pays renforce les stratégies de contrôle des vecteurs, notamment à travers la distribution d'ivermectine pour lutter contre l'onchocercose et la mise en place de mesures de prévention contre la dengue, telles que la gestion des sites de reproduction des moustiques. Ces actions visent à réduire l'impact des déterminants sociaux et environnementaux sur la santé oculaire et à améliorer le bien-être des populations.

## 2.10 Reformes structurantes en cours dans le secteur de la santé et santé oculaire

### 2.10.1 Contractualisation des établissements de soins

Depuis 2018, un modèle innovant de contractualisation a été instauré pour accompagner la gestion financière des établissements de soins au Togo. Ce dispositif vise à promouvoir une gestion efficace et responsable des ressources, permettant aux hôpitaux partenaires d'assainir leurs finances. Grâce à cette approche économique, plusieurs structures ont pu entreprendre des travaux de rénovation ainsi que des acquisitions d'équipements y compris d'ophtalmologie pour améliorer la qualité et la performance de leurs unités de soins et services.

Ce renforcement contribue directement à l'amélioration de l'offre de soins et à la satisfaction des patients. Le Programme de contractualisation est actuellement piloté et accompagné par l'Organisation Internationale pour la Gestion Hospitalière (OIGH), qui apporte un support technique et stratégique pour la mise en œuvre effective de ces réformes dans les établissements impliqués.

### 2.10.2 Institution de l'élaboration des projets d'établissement hospitalier dans le secteur de la santé

Depuis novembre 2024, le ministère de la Santé du Togo a initié une réforme majeure visant à moderniser la planification hospitalière à travers l'adoption de l'approche du Projet d'Établissement Hospitalier (PEH)<sup>16</sup>. Cette démarche stratégique pluriannuelle s'applique à l'ensemble des établissements hospitaliers et non hospitaliers du système de santé togolais.

---

14 WHO/UNICEF Joint Monitoring Programme (JMP) for Water Supply, Sanitation and Hygiene (2020)

15 Word Bank (2023), Togo: A New Operation to Boost Access to Water in Greater Lomé

16 Guide d'élaboration de Projet d'établissement hospitalier (PEH), MSHP (2024)

L'introduction du PEH offre une opportunité structurante aux établissements de santé ainsi qu'aux laboratoires de référence pour aligner leurs activités sur des objectifs clairs et ambitieux, favorisant ainsi l'amélioration continue de la qualité des services délivrés aux populations bénéficiaires.

Le renforcement des ressources humaines, l'amélioration des infrastructures, l'approvisionnement en équipements et intrants divers y sont pleinement intégrés, étant pris en compte dans les six projets fondamentaux du PEH, à savoir :

- Le projet médical, qui définit les orientations et priorités cliniques,
- Le projet de soins, centré sur la qualité et la sécurité des prises en charge,
- Le projet managérial, dédié à l'organisation et à la gouvernance des établissements,
- Le projet d'investissement et de maintenance, visant à moderniser les équipements et les infrastructures,
- Le projet du système d'information, qui soutient la digitalisation et la gestion des données,
- Le projet social, focalisé sur les relations humaines, la communication et l'éthique.

### **3 ANALYSE DE LA SITUATION DE LA SANTE OCULAIRE AU TOGO**

#### **3.1 État des lieux de la santé oculaire au Togo**

##### **3.1.1 Cadre réglementaire**

Le cadre réglementaire de la santé oculaire au Togo s'inscrit pleinement dans les orientations globales du système national de santé. La Politique Nationale de Santé (PNS) et le Plan National de Développement Sanitaire (PNDS 2023-2027) reconnaissent la santé oculaire comme une composante fondamentale des soins de santé primaires. Cette reconnaissance officielle a conduit, en 2023, le Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique à transformer, par arrêté ministériel, l'ancien programme national de lutte contre la cécité, qui jusque-là se focalisait essentiellement sur la lutte contre la cécité, en un Programme National de Santé Oculaire (PNSO) doté d'un champ d'action élargi. Depuis lors, le PNSO est chargé de la coordination, de la planification et du suivi des actions menées dans le domaine de la santé oculaire à l'échelle nationale.

La stratégie nationale de santé oculaire repose sur les principes de l'initiative mondiale « 2030 en vue », de l'IAPB. Toutefois, le pays ne dispose pas encore d'un cadre législatif spécifique dédié à la santé visuelle (ex. loi sur la prévention de la cécité ou réglementation des professions optiques et ophtalmiques). Les normes et protocoles de prise en charge sont partiellement formalisés, mais nécessitent une actualisation pour intégrer les nouvelles orientations de l'OMS (Soins oculaires intégrés centrés sur la personne ou Integrated Person-centred Eye Care - IPEC).

Il existe également des textes encadrant l'exercice de certaines professions de la vue (médecins ophtalmologistes), mais les métiers intermédiaires (opticiens, infirmiers spécialisés en ophtalmologie) ne disposent pas encore d'un statut clairement réglementé, ce qui limite le déploiement optimal des ressources humaines en santé oculaire. La profession d'optométriste est aussi à encadrer.

La santé oculaire est intégrée dans la stratégie nationale de lutte contre les maladies tropicales négligées (MTN) pour le volet trachome, avec des directives nationales conformes à l'approche CHANCE(chirurgie,antibiotique, nettoyage du visage et changement de l'environnement) en anglais : SAFE (Surgery, Antibiotics, Facial cleanliness, Environmental improvement).

Enfin, les dispositifs réglementaires en matière d'assurance maladie (AMU) incluent partiellement les soins ophtalmologiques, mais la prise en charge des équipements optiques (lunettes correctrices) reste limitée.

### **3.1.2 Organisation des soins de santé oculaire**

L'offre de soins oculaires est structurée autour d'un réseau de formations sanitaires comprenant des hôpitaux de district, des centres hospitaliers régionaux et les Centres Hospitalier Universitaires. Ces derniers jouent le rôle de centres de référence nationale en ophtalmologie. Au total, on dénombre une cinquantaine d'unités de soins disposant d'un plateau minimal ophtalmologique (service, salles de consultation, parfois bloc opératoire équipé). Des missions chirurgicales périodiques, souvent soutenues par les ONG, renforcent l'offre de soins oculaires lors des campagnes de chirurgie de cataracte.

Les services de santé oculaire communautaires sont encore limités, bien que certaines initiatives de dépistage mobile soient mises en œuvre dans les zones rurales via les équipes mobiles ou les agents de santé communautaires (ASC) formés aux premiers signes oculaires. Le secteur privé, composé de cabinets ophtalmologiques et de cliniques, assure une part importante des consultations spécialisées et de chirurgie, surtout à Lomé.

Enfin, les ONG nationales et internationales comme CBM, Lumière Divine, HDI, Sightsavers, FHI 360, Croix rouge Suisse et Togolaise, planète Vision, Sight.org, appuient la disponibilité du matériel, la formation du personnel et la chirurgie à coût réduit. Toutefois, l'absence d'un mécanisme de coordination unique entre public-privé-ONG entraîne parfois un chevauchement des interventions et une planification insuffisamment harmonisée.

### **3.1.3 Tendances des soins de santé oculaire**

#### *3.1.3.1 Dépistage et prise en charge de la cataracte*

La cataracte demeure la principale cause de cécité au Togo. Les activités de dépistage sont menées par le PNSO en collaboration avec des ONG à travers des campagnes foraines mobiles et des campagnes de chirurgie de masse. Entre 2019 et 2023, environ 8 000 à 9 000 interventions par an de chirurgie de la cataracte ont été réalisées, avec un taux d'implantation de cristallin artificiel qui dépasse 80 %. Le service de santé des armées a lancé en 2022 l'initiative « Zéro Cataracte », une vaste campagne nationale visant à opérer gratuitement environ 10 000 personnes par an souffrant de cataracte, renforçant ainsi la lutte contre la cécité au Togo sur l'ensemble du territoire. Toutefois, le taux de couverture chirurgicale reste encore en deçà des besoins nationaux, estimé à environ 2000 interventions par million d'habitants par an. Les ménages assument souvent la charge financière, limitant l'accès des populations pauvres et rurales. L'intégration de la chirurgie dans le système de couverture sanitaire (AMU) est progressive mais encore partielle.

#### *3.1.3.2 Prise en charge des vices de réfraction*

Les troubles réfractifs constituent la première cause de déficience visuelle. Les services de prescription et de délivrance de lunettes sont disponibles principalement dans les centres urbains et le secteur privé. Le programme de dépistage scolaire initié par le PNSO avec les partenaires a permis de dépister un nombre croissant d'élèves atteints d'astigmatisme, d'hypermétropie, et de myopie et de fournir des lunettes gratuites à plusieurs milliers d'enfants.. Le marché des opticiens privés n'est pas suffisamment régulé, et caractérisé par des coûts élevés pour le public.

### *3.1.3.3 Lutte contre le trachome*

Le Togo a officiellement éliminé le trachome comme problème de santé publique en mai 2022, grâce à la stratégie CHANCE (SAFE en anglais) intégrée au programme national de lutte contre les maladies tropicales négligées (PNLMTN). Les interventions se poursuivent toutefois avec le PNSO et le PNLMTN, pour maintenir les acquis, notamment au niveau communautaire (hygiène faciale, environnementale) en collaboration avec les comités villageois de développement et les écoles. Le volet chirurgie des trichiasis est en décroissance, mais un suivi est nécessaire pour éviter une remontée de cas.

### *3.1.3.4 Prise en charge du glaucome*

Le glaucome représente la première cause de cécité irréversible au Togo, mais il est encore sous-diagnostiqué. Les équipements de tonométrie existent dans certains hôpitaux régionaux et universitaires. Le diagnostic se fait tardivement, souvent à un stade avancé, en raison du manque de dépistage précoce et systématique et du coût élevé des traitements médicamenteux. Les options chirurgicales ou laser restent limitées.

### *3.1.3.5 Prévention de la rétinopathie diabétique*

La rétinopathie diabétique progresse avec l'augmentation du diabète au sein de la population (prévalence estimée autour de 4,6 % en 2021). Le dépistage ophtalmologique n'est pas systématiquement réalisé chez les patients diabétiques. Cela est dû au non-respect des protocoles de prise en charge des patients diabétiques et aux difficultés d'accès financier et géographique des soins de santé oculaire par ces derniers. Les campagnes ponctuelles menées avec les ONG permettent de dépister des cas, mais sans stratégie nationale durable de dépistage actif. Le traitement au laser est uniquement disponible dans quelques centres à Lomé.

### *3.1.3.6 Amélioration de la santé visuelle et éducation sanitaire*

Des actions d'information, d'éducation et de communication (IEC) sont menées, souvent sous forme de sensibilisation communautaire ou en milieu scolaire. Les programmes éducatifs ciblent l'hygiène oculaire, la protection contre les rayons UV, l'automédication et l'importance des consultations régulières. Toutefois, ces activités ne sont pas systématiques, et le grand public reste insuffisamment sensibilisé.

### *3.1.3.7 Prise en charge des malvoyants et non-voyants*

La prise en charge de la basse vision est encore très limitée. Quelques structures spécialisées (comme le centre Saint Augustin à Sokodé ou les écoles de non-voyants) offrent des services d'aide à la réadaptation visuelle fonctionnelle, mais ces offres restent insuffisantes. Il n'existe pas encore de programme national de réadaptation pour les personnes malvoyantes ou aveugles, ni de couverture pour les aides techniques (loupes, cannes blanches).

## **3.1.4 Équité dans l'accès aux services de santé oculaire**

L'accès aux services de santé oculaire demeure marqué par d'importantes disparités géographiques, socio-économiques et de genre. Les infrastructures modernes, les ophtalmologistes et les équipements sont principalement concentrés dans la capitale et les chefs-lieux régionaux. Les populations rurales parcourent parfois plus de 50 à 100 km pour accéder à un simple examen oculaire, ce qui constitue une barrière majeure.

Les femmes, les personnes âgées et les populations vulnérables sont proportionnellement plus touchées par la cécité et les troubles de la vision, mais elles rencontrent de nombreuses barrières pour accéder aux soins, notamment à cause de difficultés financières, d'un manque d'autonomie

ou d'une faible sensibilisation. Le coût des consultations, des interventions chirurgicales et des lunettes demeure un obstacle majeur.

Alors que les enfants sont fréquemment affectés par des problèmes oculaires, notamment les troubles de la réfraction, une croyance répandue tend à penser que seuls les enfants issus de familles aisées portent des lunettes correctrices. Il est essentiel de mener des campagnes de sensibilisation pour lever ces préjugés et permettre aux enfants défavorisés d'accéder aux corrections visuelles dont ils ont besoin, car l'absence de prise en charge de ces troubles compromet souvent leur scolarité et leur développement.

Parallèlement, il convient de renforcer le dépistage précoce de la cataracte congénitale et des troubles de la réfraction en associant les professionnels du suivi maternel et infantile à des programmes de formation et d'éducation portant sur le dépistage systématique en maternité ainsi que sur le suivi régulier des enfants, avec une attention particulière portée à la santé oculaire. Par ailleurs, il convient de faciliter l'accès aux verres correcteurs pour les populations vulnérables.

Les campagnes gratuites améliorent ponctuellement l'accès, mais restent insuffisantes pour réduire durablement les inégalités. L'inclusion des soins ophtalmologiques dans l'AMU ou les mutuelles communautaires est encore limitée. Par ailleurs, l'offre pour les personnes vivant avec un handicap visuel sévère (aide technique, scolarisation spécialisée ou adaptée) est très insuffisante.

### **3.1.5 Normes des soins de santé oculaire**

Les normes et protocoles de soins en ophtalmologie au Togo existent de façon partielle mais ne sont pas à jour ni appliqués de manière uniforme. Les lignes directrices de l'initiative 2030 en vue ont servi de base à l'élaboration des premiers protocoles, mais beaucoup de formations sanitaires fonctionnent sans documents standardisés actualisés. Les ophtalmologistes suivent leurs propres pratiques ou s'appuient sur des référentiels internationaux.

Des efforts ont été faits pour harmoniser les techniques chirurgicales de la cataracte (phacoémulsification ou SICS), mais les guides de stérilisation, d'hygiène opératoire, de prise en charge des urgences ophtalmiques ou de suivi post-opératoire ne sont pas disponibles dans tous les centres. La mise en place d'un manuel national de soins ophtalmologiques intégré au paquet minimum d'activités des centres de santé reste à formaliser.

Les normes d'accessibilité minimale (1 ophtalmologiste pour 250 000 habitants, 1 salle d'opération équipée pour 500 000 habitants.) ne sont pas encore atteintes dans plusieurs régions). La Résolution WHA73.4 IPEC de l'OMS (2020) relative à l'intégration des soins oculaires dans la CSU est à traduire dans les textes nationaux, afin d'améliorer l'harmonisation et la qualité des soins.

### **3.1.6 Personnels de soins de santé oculaire**

Le pays dispose d'un nombre insuffisant de ressources humaines spécialisées en santé oculaire. On compte environ 35 à 40 ophtalmologistes actifs au niveau national, dont plus de la moitié sont concentrés à Lomé. Certaines régions n'en comptent que 1 ou 2 pour couvrir toute la population régionale. Il existe des techniciens supérieurs en ophtalmologie (TSO), des masters en ophtalmologie et des infirmiers spécialisés, mais leur déploiement dans les districts est irrégulier. A ce jour il n'existe que deux optométristes dans le secteur public qui s'occupent de la caravane optique mobile du PNSO.

Les opticiens-lunetiers, orthoptiste, assistants ophtalmiques sont très peu nombreux, souvent formés à l'étranger ou dans le cadre de projets ponctuels. La formation des ophtalmologistes est assurée essentiellement à la Faculté des Sciences de la Santé (FSS). Celle des intermédiaires TSO et Master a repris depuis quelques années l'École Nationale des Auxiliaires Médicaux (ENAM) et à l'École des Assistants Médicaux (EAM). Des partenaires comme CBM, Sightsavers contribuent à la formation des ressources humaines à travers des ateliers et l'octroi de bourses ponctuels. Il est créé une école d'optique et d'optométrie qui va débiter la formation en 2025. Des partenaires comme CBM, Sightsavers contribuent à la formation des ressources humaines à travers des ateliers et l'octroi de bourses ponctuelles.

La surcharge de travail, notamment en milieu rural, réduit le temps consacré au dépistage communautaire ou à l'éducation sanitaire. La motivation du personnel est affaiblie par des conditions de travail difficiles et des perspectives de carrière limitées.

### **3.1.7 Systèmes de gestion de l'assurance qualité des soins de santé oculaire**

Les mécanismes de gestion de la qualité dans les services ophtalmologiques sont encore embryonnaires au Togo. Il n'existe pas de système national dédié spécifiquement à l'assurance qualité en ophtalmologie, bien que certains éléments soient intégrés dans les standards plus larges de qualité hospitalière. Les audits de performance, les enquêtes de satisfaction des patients et les indicateurs de suivi (ex. acuité visuelle postopératoire, taux d'infection, complications de cataracte) ne sont pas systématiquement collectés.

Dans certains centres soutenus par des ONG, des démarches qualité ont été introduites, avec un suivi post-chirurgical de la cataracte et des protocoles de stérilisation documentés. Toutefois, ces pratiques ne sont pas standardisées dans l'ensemble du pays. Il n'existe pas de système de certification spécifique pour les services ophtalmologiques ni de comité national de contrôle qualité dans ce domaine. Les activités de supervision font partie des missions du PNSO, mais les visites sont occasionnelles, faute de ressources logistiques.

### **3.1.8 Infrastructures de soins de santé oculaire**

Les infrastructures dédiées aux soins oculaires sont présentes dans la plupart des CHR et CHU, mais leur distribution reste inégale. Les salles de consultation ophtalmologique existent dans les hôpitaux régionaux et quelques hôpitaux de district, mais les blocs opératoires équipés pour la chirurgie de la cataracte ne sont fonctionnels que dans 6 à 7 centres. Certains districts n'ont pas de salle dédiée ni de matériel minimum pour les examens de base.

Plusieurs infrastructures publiques nécessitent des rénovations, en particulier pour l'eau courante, l'électricité de secours, l'espace d'attente et la stérilisation. L'expansion des unités mobiles de dépistage est un effort notable, mais elles demeurent insuffisantes pour couvrir la totalité des besoins ruraux.

### **3.1.9 Équipements et entretien des soins de santé oculaire**

Le plateau technique ophtalmologique est variable selon les établissements, avec un meilleur équipement dans les formations soutenues par des projets partenaires. Les équipements de base (lampe à fente, réfractomètre automatique, ophtalmoscope, tonomètre) sont disponibles au niveau régional, mais souvent absents ou en panne au niveau des districts. L'entretien préventif des équipements pose problème : les appareils en panne ne sont pas systématiquement réparés, faute de contrats de maintenance ou de techniciens biomédicaux formés en ophtalmologie.

Les salles opératoires équipées pour la phacoémulsification ou la Small Incision Cataract Surgery (SICS) sont peu nombreuses, et la disponibilité des microscopes opératoires fonctionnels reste limitée. Les équipements de laser, d'angiographie et de rétinographie sont essentiellement concentrés dans des centres privés de Lomé. Le manque d'instruments portatifs adaptés aux zones rurales entrave les activités mobiles et le dépistage communautaire.

### **3.1.10 Gestion de la chaîne d'approvisionnement des produits de santé oculaire**

La chaîne d'approvisionnement en médicaments et consommables ophtalmologiques est gérée principalement par la Centrale d'Achat des Médicaments Essentiels (CAMEG-Togo) pour le secteur public. Toutefois, plusieurs produits spécifiques (collyres anti-glaucomeux, viscoélastiques, lentilles intraoculaires, instruments chirurgicaux) ne figurent pas toujours sur la liste nationale des produits essentiels. Cela entraîne des ruptures fréquentes ou l'obligation pour les patients de s'approvisionner dans le secteur privé à des coûts élevés. Les dons ponctuels de consommables par les ONG permettent d'alléger certaines périodes critiques, notamment lors des campagnes de chirurgie de la cataracte, mais cette dépendance aux partenaires fragilise la durabilité du système. Il n'existe pas de système standardisé de prévision des besoins en produits ophtalmologiques, ni de mécanisme spécifique de contrôle qualité des consommables.

### **3.1.11 Système de gestion des données des soins de santé oculaire**

Les données en santé oculaire sont collectées via les outils du Système National d'Information Sanitaire (SNIS), mais les rubriques spécifiques sont limitées. Les indicateurs de santé oculaire (nombre de consultations ophtalmo, cas de cataracte opérés, taux de trachome, glaucome, etc.) ne sont pas systématiquement désagrégés ni documentés dans tous les districts. Certains centres renseignent des tableaux Excel locaux, mais sans transmission régulière au niveau central. Le PNSO compile des données lors des campagnes ou à travers les rapports trimestriels, mais l'analyse est insuffisante pour orienter la prise de décision stratégique. L'intégration de modules spécifiques de santé oculaire dans DHIS2 est en cours de réflexion, mais non encore opérationnelle à l'échelle nationale.

### **3.1.12 Recherche et développement**

La recherche en santé oculaire demeure limitée et principalement portée par quelques ophtalmologistes universitaires ou des projets conjoints avec des institutions étrangères. Les publications sur la cataracte, le glaucome, la rétinopathie diabétique, les vices de réfraction, l'onchocercose et le trachome existent mais restent sporadiques. Il n'y a pas de programme national de recherche opérationnelle en ophtalmologie. Les innovations technologiques, telles que le dépistage par télé-ophtalmologie ou l'utilisation d'appareils portables connectés, ne sont pas encore développées. Un potentiel existe à travers l'Université de Lomé et les partenariats avec les sociétés savantes francophones pour instaurer un cadre de recherche et de production de données probantes adaptées au contexte togolais.

### **3.1.13 Partenariats publics - privés**

La collaboration entre le secteur public et le secteur privé (cliniques privées, cabinets, ONG, missions internationales) constitue un pilier majeur du système de santé oculaire au Togo. De nombreuses interventions de chirurgie de la cataracte et d'équipes mobiles ont été possibles grâce aux ONG et institutions internationales (CBM, BID, Sightsavers, Light for the world, AIMES Afrique, Al Bassar, PNUD) et à certaines cliniques confessionnelles (COJP2, CHAO GLEI, BETHESDA). Toutefois, ce partenariat n'est pas formalisé par des conventions nationales harmonisées ni encadré par une politique claire de partenariat. Il existe un risque de

fragmentation des interventions et d'inégalités, surtout lorsque le privé fixe des tarifs hors de portée des plus pauvres. L'instauration d'un cadre de régulation avec standardisation des coûts et des rôles de chaque acteur serait nécessaire.

### **3.1.14 Financement de la santé oculaire**

Le financement des services ophtalmologiques repose majoritairement sur les paiements directs des ménages, avec un recours limité aux mécanismes de protection sociale. Le budget national alloué directement à la santé oculaire est marginal et souvent intégré de façon transversale aux programmes de santé mère-enfant ou des Maladies Tropicales Négligées (MTN). Les ONG assurent une partie importante des coûts liés aux campagnes de chirurgie, aux équipements, et à la formation du personnel. L'Assurance Maladie Universelle (AMU) couvre certaines prestations de base en ophtalmologie, mais la chirurgie de la cataracte et l'achat de lunettes ne sont pas encore totalement pris en charge. Les mutuelles de santé communautaires couvrent très peu ces services. Cette forte dépendance aux paiements directs expose les populations vulnérables à un risque élevé de renoncement aux soins ou d'appauvrissement. Le financement durable de la santé oculaire reste un défi majeur à relever à travers la mobilisation de fonds publics, l'intégration dans la CSU, et le plaidoyer auprès des partenaires techniques et financiers.

## **3.2 Principaux problèmes de la santé oculaire au Togo**

La santé oculaire au Togo demeure confrontée à de nombreux défis malgré les progrès réalisés ces dernières années. Les principales causes de déficience visuelle et de cécité restent la cataracte non opérée, les vices de réfraction non corrigés, le glaucome, et la rétinopathie diabétique. Bien que le trachome ait été officiellement éliminé comme problème de santé publique en 2022, le suivi post-élimination reste indispensable.

Les services de santé oculaire sont inégalement répartis, avec une forte concentration d'infrastructures et de personnel à Lomé et dans les capitales régionales, laissant de vastes zones rurales faiblement couvertes. Le nombre d'ophtalmologistes est insuffisant, estimé à moins de 1 pour 250 000 habitants, en dessous des normes de l'OMS. Les spécialités intermédiaires (opticiens, techniciens en basse vision, spécialiste glaucome, spécialiste rétine, spécialiste paupière etc...) sont rares et insuffisamment réglementées, limitant l'accès à des soins de qualité à grande échelle.

L'accessibilité financière constitue un frein majeur : la plupart des soins et équipements (chirurgie de la cataracte, lunettes correctrices, collyres anti-glaucomeux) sont financés directement par les ménages, exposant les populations pauvres au risque de renoncement aux soins. Les systèmes d'assurance santé ne couvrent que partiellement les interventions ophtalmologiques, et les mutuelles communautaires n'intègrent pas encore ces services.

Par ailleurs, l'équipement technique des formations sanitaires est insuffisant ou vétuste. L'entretien et la maintenance sont rarement assurés, entraînant des pannes prolongées qui limitent la continuité des soins. L'approvisionnement en médicaments et consommables spécialisés est irrégulier, en raison de la faible disponibilité de ces produits dans la centrale d'achat et de la dépendance vis-à-vis des dons des ONG.

Enfin, le système national d'information sanitaire collecte peu de données spécifiques en ophtalmologie, rendant difficile le suivi des indicateurs de performance. L'absence de recherche nationale structurée sur la santé visuelle limite également la production de données probantes pour orienter les politiques publiques.

### 3.3 Perspectives de la santé oculaire au Togo

Fort de la validation de l'élimination du trachome, de l'appui croissant des partenaires et de l'intégration progressive des soins oculaires dans la Couverture Sanitaire Universelle, le Togo entend inscrire son action dans la dynamique internationale impulsée par la Résolution WHA73.4 et le Rapport EB146.R8 de l'OMS sur les **soins oculaires intégrés centrés sur la personne (IPEC)**.

Le prochain Plan national de Développement de la santé oculaire 2025-2027 prendra en compte cette résolution, afin de consolider l'intégration des soins oculaires dans la CSU, renforcer les ressources humaines et promouvoir des mécanismes de financement innovants pour un accès équitable et durable aux soins.

Le développement de la télémédecine et des outils de dépistage mobile pourrait élargir la couverture, notamment en milieu rural. Par ailleurs, la dynamique de partenariat public-privé, bien que nécessitant une meilleure régulation, ouvre des perspectives pour accroître l'offre de services.

L'introduction d'autres indicateurs traceurs de santé oculaire dans le DHIS2 et la mise en place de systèmes de suivi-évaluation performants permettront une meilleure planification. Enfin, le potentiel académique et la coopération internationale offrent des perspectives pour développer la recherche et la formation nationale en ophtalmologie et métiers associés.

### 3.4 Analyse SWOT de la santé oculaire au Togo

Le Togo dispose d'un Programme National de Santé Oculaire structuré, soutenu par un engagement politique fort et des partenaires actifs, avec des services disponibles dans toutes les régions et au sein des CHU. Le trachome a été éliminé comme problème de santé publique.

Cependant, les ressources humaines spécialisées sont inégalement réparties, la couverture chirurgicale de la cataracte reste insuffisante, et l'accès aux services de réfraction et de basse vision est limité. Les équipements sont souvent vétustes et le financement dépend trop des paiements directs des ménages.

Le secteur bénéficie d'opportunités majeures : intégration dans la Couverture Sanitaire Universelle, développement du privé, innovations technologiques (télémédecine, imagerie portable) et partenariats universitaires.

Les menaces incluent la hausse des maladies chroniques oculaires, les inégalités urbaines-rurales, la stagnation post-trachome et la dépendance aux financements externes face aux contraintes budgétaires.

Tableau 1: Tableau récapitulatif de l'analyse SWOT

FORCES	FAIBLESSES
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Existence d'un Programme National de Santé Oculaire structuré</li> <li>• Engagement politique avec l'intégration de la santé oculaire dans le PNDS.</li> <li>• Élimination du trachome comme problème de santé publique.</li> <li>• Engagement du Service de santé des Armées dans la lutte contre la cécité avec la Campagne « Zéro cataracte ».</li> <li>• Présence d'ONGs nationales et internationales (Planet vision, Lumière divine, Sight.org, Association Islam et Jeunes etc.</li> <li>• Appuis technique et financier des partenaires actifs (CBM, , Banque islamique de développement, Sightsavers, CRS, IAPB etc.).</li> <li>• Existence de services ophtalmologiques dans chaque région, dans les CHU et dans certains Districts.</li> <li>• Célébration de la journée mondiale de la vue</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Répartition inéquitable et insuffisante des ressources humaines spécialisées.</li> <li>• Absence de certains profils en RH (Opticiens, optométristes) dans le secteur public</li> <li>• Faible couverture chirurgicale de la cataracte par rapport aux besoins (taux de chirurgie de la cataracte est à 999 par millions d'habitants en 2024).</li> <li>• Accès limité aux services de réfraction et de basse vision.</li> <li>• Paiement directs des ménages toujours élevé malgré la CSU.</li> <li>• Systèmes de collecte de données insuffisants et peu désagrégés.</li> <li>• Équipements souvent vétustes et mal entretenus.</li> <li>• Inadéquation de certaines formations en santé oculaire</li> <li>• Augmentation de la prévalence des maladies chroniques (diabète, glaucome).</li> <li>• Risque de stagnation des acquis après l'élimination du trachome.</li> </ul>
OPPORTUNITES	MENACES
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Alignement sur la résolution IPEC de l'OMS.</li> <li>• Intégration progressive dans la Couverture Sanitaire Universelle (CSU).</li> <li>• Développement du secteur privé et intérêt croissant pour la santé visuelle.</li> <li>• Avancées technologiques (télémédecine, imagerie numérique portable).</li> <li>• Dynamique de recherche universitaire et opportunités de partenariats académiques.</li> <li>• Projet de renforcement des structures ophtalmologiques régionales, CHU SO et CMS Baguida (financement BID)</li> <li>• Opérationnalisation de la filière optique-optométrie pour la rentrée 2025-2026</li> <li>• Projet Social Structure Fund (Fonds de promotion des structures sociales) « CBM et BMZ »</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Insuffisance du financement public dans un contexte de contraintes budgétaires.</li> <li>• Dépendance vis-à-vis des ONG, avec risque de baisse de financement externe.</li> <li>• Risque sécuritaire dans la sous-région</li> </ul>

## 4 PRIORITÉS DE LA SANTÉ OCULAIRE 2025-2027

### 4.1 Fondement du plan

Le Plan National de Développement de la Santé Oculaire (PNDSO) 2025-2027 repose sur l'évaluation du Plan quinquennal de santé oculaire 2019-2023 prolongé en 2024, qui a permis d'identifier les acquis, les lacunes et les besoins prioritaires. Il s'appuie sur les engagements nationaux (PNDS 2023-2027, Stratégie CSU) et les cadres et directives internationaux (IPEC, ODD 3.8). Le fondement du plan est de garantir à chaque Togolais un accès équitable à des soins de santé oculaire de qualité, intégrés au système de santé et financièrement accessibles.

### 4.2 Alignement du plan à la stratégie nationale de la santé

Le PNDSO 2025-2027 s'aligne sur le PNDS 2023-2027, dont il contribue directement à l'atteinte des effets attendus 3.5 « *les capacités de prise en charge des autres maladies et conditions de santé (santé oculaire et handicap physique) sont renforcées* » de l'axe stratégique 3 « *lutte contre les maladies et maîtrise des déterminants sociaux et environnementaux* ». Il contribue également aux engagements du Togo envers les ODD, notamment l'ODD 3 (« Permettre à tous de vivre en bonne santé ») et l'ODD 1 (« Pas de pauvreté »), à travers la réduction de l'impact socio-économique de la cécité.

### 4.3 Défis de la santé oculaire au Togo

Les principaux défis identifiés pour la période 2025-2027 incluent :

- Réduire le fardeau de la cataracte non opérée et améliorer l'accès à la chirurgie de qualité ;
- Étendre l'offre de services de réfraction et de correction optique ;
- Assurer le suivi post-élimination du trachome ;
- Améliorer le dépistage et la prise en charge du glaucome et de la rétinopathie diabétique ;
- Développer des services de basse vision et de réadaptation fonctionnelle ;
- Améliorer la répartition équitable du personnel de santé oculaire
- Renforcer les compétences du personnel de santé oculaire ;
- Garantir un financement durable et réduire la dépendance aux paiements directs ;
- Moderniser les équipements et renforcer la maintenance ;
- Améliorer la collecte, l'analyse et l'utilisation des données pour la décision.

### 4.4 Objectifs du plan

#### 4.4.1 Objectif général

Contribuer à la réduction de la charge de la cécité et des déficiences visuelles et à l'accompagnement des personnes atteintes d'handicaps visuels au Togo d'ici 2027, à travers un accès universel, équitable et durable à des soins oculaires de qualité intégrés dans le système national de santé.

#### 4.4.2 Objectifs spécifiques

1. Augmenter la couverture et la qualité de la chirurgie de la cataracte à travers une meilleure accessibilité géographique et financière.
2. Renforcer le dépistage et la correction des vices de réfraction, notamment en milieu d'apprentissage.
3. Consolider les acquis de l'élimination du trachome et prévenir sa réémergence.
4. Développer des programmes de dépistage et de prise en charge intégrée du glaucome et de la rétinopathie diabétique.
5. Mettre en place les unités de basse vision et de réadaptation fonctionnelle chez les personnes en état d'handicaps visuels.
6. Renforcer les capacités des ressources humaines en quantité et en qualité
7. Améliorer la répartition des RH en santé oculaire en fonction des niveaux de soins.
8. Assurer un approvisionnement régulier et durable en produits de santé.
9. Améliorer le financement durable de la santé oculaire en intégrant davantage les services dans les mécanismes de protection sociale et de CSU.
10. Développer le système de suivi-évaluation-apprentissage et promouvoir la recherche opérationnelle en santé oculaire.

## 5 PLAN NATIONAL DE DÉVELOPPEMENT DE LA SANTÉ OCULAIRE (PNDSO) 2025-2027 - CADRE D'ACTION

Le Plan National de Développement de la Santé Oculaire (PNDSO) 2025-2027 définit les actions stratégiques nécessaires pour renforcer la santé oculaire au Togo. Il s'articule autour de **5 priorités**, chacune visant à générer des impacts significatifs et durables sur la population. Ces priorités se déclinent en **5 effets** à atteindre d'ici 2032, lesquels sont soutenus par un total de **21 résultats transformateurs** couvrant le renforcement des ressources humaines, le développement des infrastructures et équipements, la prévention et la prise en charge des maladies oculaires, l'amélioration du cadre institutionnel et de gouvernance, ainsi que le développement de la recherche appliquée.

Ce cadre d'action fournit ainsi une feuille de route structurée pour garantir un accès équitable à des soins oculaires de qualité, renforcer les capacités nationales et orienter les politiques et interventions sur la base de données probantes.

## 5.1 Priorité 1 : Développement, déploiement et renforcement des ressources humaines en santé oculaire

<p><b>Effet 1 :</b> Du 1<sup>er</sup> janvier 2025 au 31 décembre 2032, le Togo dispose d'un nombre suffisant de ressources humaines qualifiées en santé oculaire, réparties équitablement et dotées de compétences actualisées pour répondre aux besoins nationaux.</p>	
<p><b>Résultat attendu 1.1 :</b> Les capacités techniques et professionnelles des ressources humaines en santé oculaire sont formées et renforcées.</p>	<p><i>Actions prioritaires</i></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Organiser chaque année des sessions de formation et de perfectionnement pour les Techniciens Supérieurs en Ophtalmologie (TSO), opticiens-optométristes, techniciens lunettiers, agents communautaires et enseignants.</li> <li>2. Mettre en place un programme national certifiant pour le développement des compétences chirurgicales en cataracte, instrumentation chirurgicale et prise en charge pré/post-opératoire.</li> <li>3. Créer un mécanisme régulier d'évaluation et de suivi des formations afin d'assurer la montée en compétences continue des personnels.</li> </ol>
<p><b>Résultat attendu 1.2 :</b> Les structures de formation nationales en santé oculaire sont renforcées.</p>	<p><i>Activités prioritaires :</i></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>4. Renforcer le DES d'ophtalmologie de Lomé (WetLab, bourses).</li> <li>5. Développer un partenariat avec des universités internationales pour formations spécialisées.</li> </ol>
<p><b>Résultat attendu 1.3 :</b> La disponibilité et l'équité de la répartition du personnel sont améliorées.</p>	<p><i>Activités prioritaires :</i></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Mettre en place un mécanisme d'incitation à l'installation des professionnels à l'intérieur du pays.</li> <li>2. Instaurer un système de suivi national des carrières et formations continues.</li> </ol>
<p><b>Résultat attendu 1.4 :</b> L'attractivité et la fidélisation des professionnels en santé oculaire sont renforcées.</p>	<p><i>Activités prioritaires :</i></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Développer un cadre de carrière attractif et progressif, incluant des perspectives de spécialisation.</li> <li>2. Mettre en place d'un dispositif de formation continue certifiante, facilitant l'accès à la spécialisation et au perfectionnement technique.</li> </ol>

## 5.2 Priorité 2 : Développement et renforcement des infrastructures, équipements et produits de santé

<p><b>Effet 2 :</b> Du 1<sup>er</sup> janvier 2025 au 31 décembre 2032, toutes les régions disposent d'infrastructures modernes et d'équipements fonctionnels en santé oculaire, garantissant un accès équitable, continu et de qualité aux soins.</p>
--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

<p><b>Résultat attendu 2.1 :</b> L'offre en infrastructures spécialisées de santé oculaire est augmentée.</p>	<p><i>Activités prioritaires :</i></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Planifier et réaliser la construction de nouvelles unités de soins oculaires (USO) et unités optiques (UO) dans les zones identifiées comme prioritaires.</li> </ol>
<p><b>Résultat attendu 2.2 :</b> Les infrastructures existantes sont réhabilitées et les équipements mis à niveau.</p>	<p><i>Activités prioritaires :</i></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Mener annuellement des opérations de réhabilitation, rénovation et équipement des infrastructures existantes, avec un suivi qualité des travaux.</li> </ol>
<p><b>Résultat attendu 2.3 :</b> Les équipements sont disponibles et maintenus en état de fonctionnement.</p>	<p><i>Activités prioritaires :</i></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Renforcer les compétences des biomédicaux en maintenance d'équipements ophtalmologiques et d'optiques</li> <li>2. Renforcer les services régionaux de maintenance.</li> <li>3. Doter le PNSO et les services d'ophtalmologie d'un système informatisé de suivi des équipements (Passerelle DHIS2).</li> </ol>
<p><b>Résultat attendu 2.4 :</b> La disponibilité en consommables est assurée.</p>	<p><i>Activités prioritaires :</i></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Mettre en place d'un mécanisme d'approvisionnement centralisé en consommables essentiels (lentilles intraoculaires, kits chirurgicaux, verres et montures et appareillages de basse vision).</li> <li>2. Mettre en place d'un système de suivi logistique intégré.</li> <li>3. Renforcer les partenariats avec le secteur privé pour l'importation et la distribution.</li> </ol>

### 5.3 Priorité 3 : Prévention et contrôle des maladies oculaires prioritaires

<p><b>Effet 3</b> : Du 1<sup>er</sup> janvier 2025 au 31 décembre 2032, la prévalence et l'incidence des principales maladies oculaires évitables sont réduites grâce à des interventions préventives, diagnostiques et curatives accessibles et de qualité, accompagnement des personnes atteintes d'handicaps visuels</p>	
<p><b>Résultat attendu 3.1</b> : La population adopte des comportements favorables à la santé oculaire.</p>	<p><i>Activités prioritaires :</i></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Organiser annuellement des campagnes de sensibilisation multimodales (médias, communautaires, scolaires) ciblant les principales maladies oculaires prioritaires.</li> <li>2. Former les agents de santé et relais communautaires aux techniques de sensibilisation et dépistage précoce.</li> <li>3. Intégrer la santé oculaire dans les programmes scolaires de promotion de la santé.</li> </ol>
<p><b>Résultat attendu 3.2</b> : Les maladies oculaires de l'enfant sont mieux prises en charge.</p>	<p><i>Activités prioritaires :</i></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Organiser le dépistage précoce des troubles visuels chez les enfants</li> <li>2. Faire le Plaidoyer pour l'intégration d'exams oculaire des enfants dans le PEV</li> <li>3. Renforcer les services de chirurgie d'ophtalmologie régionaux en prise en charge des pathologies ophtalmologiques pédiatriques</li> <li>4. Renforcer la prise en charge intégrée des cancers oculaires pédiatriques (ex. rétinoblastome)</li> <li>5. Sensibiliser les parents, enseignants et communautés sur l'importance du dépistage précoce et de la prise en charge des troubles visuels de l'enfant.</li> </ol>
<p><b>Résultat attendu 3.3</b> : La cataracte est efficacement prise en charge.</p>	<p><i>Activités prioritaires :</i></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Harmoniser les coûts des interventions de la chirurgie de la cataracte.</li> <li>2. Plaider pour un approvisionnement en consommables de chirurgie oculaire à coût réduit.</li> <li>3. Subventionner le coût de la chirurgie (kits et intrants).</li> <li>4. Augmenter le nombre d'interventions de cataracte en poste fixe</li> <li>5. Organiser des campagnes foraines dans les zones difficiles d'accès.</li> </ol>
<p><b>Résultat attendu 3.4</b> : Les vices de réfraction sont pris en charge.</p>	<p><i>Activités prioritaires :</i></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Renforcer chaque année la détection des vices de réfraction chez les enfants en milieu scolaire.</li> <li>2. Fournir gratuitement des lunettes aux enfants amétropes détectés.</li> <li>3. Fournir des lunettes à bas coût à la population via les unités optiques publiques.</li> <li>4. Dépister et prendre en charge les vices de réfraction chez les personnes atteintes d'albinisme</li> </ol>
<p><b>Résultat attendu 3.5</b> : Le glaucome est</p>	<p><i>Activités prioritaires :</i></p>

diagnostiqué et pris en charge précocement.	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Sensibiliser le personnel médical et paramédical au glaucome.</li> <li>2. Mettre en place un système de télémédecine pour échanges d'expertise.</li> <li>3. Déployer un programme national de dépistage du glaucome pour les populations à risque.</li> </ol>
<b>Résultat attendu 3.6 :</b> La rétinopathie diabétique est intégrée dans la prise en charge des maladies chroniques.	<i>Activités prioritaires :</i> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Sensibiliser le personnel médical et paramédical au dépistage systématique de la rétinopathie chez le patient diabétique.</li> <li>2. Déployer un programme national de dépistage de la RD pour les populations à risque.</li> </ol>
<b>Résultat attendu 3.7 :</b> L'accompagnement des personnes handicapées visuelles est renforcé.	<i>Activités prioritaires :</i> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Renforcer les capacités des centres spécialisés dans la réadaptation visuelle.</li> <li>2. Former les agents de santé de proximité à l'identification précoce des déficiences visuelles sévères, à l'orientation vers les services adaptés, et à l'évaluation des besoins spécifiques des personnes malvoyantes/non-voyantes.</li> <li>3. Organiser des campagnes de sensibilisation sur les difficultés rencontrées par les malvoyants/non-voyants et promouvoir leur inclusion sociale (éducation, emploi, loisirs).</li> <li>4. Renforcer la coopération entre le PNSO , les centres de réhabilitation visuelle et le Ministère de l'éducation dans la prise en charge des élèves malvoyants ou non voyants.</li> </ol>

#### 5.4 Priorité 4 : Renforcement du cadre institutionnel, de la gouvernance et de la coordination multisectorielle

<b>Effet 4 :</b> Du 1 <sup>er</sup> janvier 2025 au 31 décembre 2032, la santé oculaire au Togo dispose d'un cadre institutionnel solide, d'une gouvernance efficace et d'une coordination multisectorielle performante.	
<b>Résultat attendu 4.1 :</b> Le cadre politique et réglementaire de la santé oculaire est renforcé.	<i>Activités prioritaires :</i> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Élaborer et diffuser des protocoles harmonisés de diagnostic et de prise en charge.</li> <li>2. Intégrer la santé oculaire dans les stratégies nationales de santé publique.</li> <li>3. Contribuer à la révision des curricula de formation des différents corps de métiers en santé oculaire</li> </ol>
<b>Résultat attendu 4.2 :</b> La coordination et la gouvernance sont améliorées.	<i>Activités prioritaires :</i> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Renforcer les comités régionaux de coordination.</li> <li>2. Renforcer les capacités des gestionnaires du PNSO en planification et gestion.</li> <li>3. Créer un mécanisme de concertation multisectorielle avec éducation, protection sociale, ONG et secteur privé.</li> <li>4. Créer un comité multi-acteurs de suivi-apprentissage.</li> </ol>
<b>Résultat attendu 4.3 :</b> Les ressources et logistiques sont	<i>Activités prioritaires :</i> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Doter le PNSO d'un parc logistique opérationnel (véhicules, motos, cliniques mobiles) pour appuyer la mise en œuvre des activités.</li> </ol>

mobilisées et optimisées.	2. Assurer la maintenance et l'assurance des véhicules et équipements.
<b>Résultat attendu 4.4 :</b> Le suivi-évaluation, l'apprentissage et la gestion de l'information sont renforcés.	<i>Activités prioritaires :</i> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Tenir à jour l'état des lieux des besoins des infrastructures de soins oculaires</li> <li>2. Doter les acteurs clés d'outils informatiques modernes.</li> <li>3. Intégrer les indicateurs traceurs de santé oculaire dans le DHIS2 et former les utilisateurs.</li> <li>4. Réaliser une analyse de la situation des soins de santé oculaire (en utilisant ECSAT)</li> <li>5. Élaborer et mettre en œuvre un plan annuel de suivi-évaluation-apprentissage.</li> <li>6. Organiser une évaluation finale du PNDSO Phase 1.</li> <li>7. Introduire un tableau de bord national interactif pour le suivi en temps réel des indicateurs clés de performance du plan dans le DHIS2.</li> </ol>

### 5.5 Priorité 5 (Transversale) : Recherche en santé oculaire

<b>Effet 5 :</b> Du 1er janvier 2025 au 31 décembre 2032, les résultats de la recherche orientent efficacement les politiques et interventions en santé oculaire.	
<b>Résultat attendu 5.1 :</b> Un programme national de recherche appliquée en santé oculaire est opérationnel.	<i>Activités prioritaires :</i> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Élaborer et valider l'agenda national de recherche en santé oculaire</li> <li>2. Définir les priorités de recherche alignées sur les besoins nationaux (cataracte, glaucome, rétinopathie diabétique, réfraction, handicap visuel, accès aux soins).</li> <li>3. Mettre en place des partenariats structurés avec les institutions académiques et de recherche</li> <li>4. Constituer un comité scientifique national en santé oculaire</li> <li>5. Mobiliser et allouer des ressources financières spécifiques</li> <li>6. Assurer la diffusion et la valorisation des résultats de recherche</li> <li>7. Renforcer les capacités des chercheurs nationaux (formations méthodologiques, gestion de projets, rédaction scientifique, analyses statistiques).</li> </ol>

## 5.6 Hypothèses d'efficacité de la mise en œuvre du plan

L'efficacité de la mise en œuvre du Plan National de Développement de la Santé Oculaire 2025-2027 repose sur un ensemble d'hypothèses clés. En premier lieu, il est supposé que l'engagement politique du gouvernement togolais en faveur de la couverture sanitaire universelle (CSU) se maintiendra, permettant d'intégrer progressivement les soins oculaires dans les paquets essentiels de services de santé. Ensuite, la disponibilité et la mobilisation de ressources financières adéquates, tant nationales qu'internationales, constituent une condition indispensable à l'exécution des activités prévues.

Par ailleurs, il est présumé que la coordination multisectorielle entre les différents acteurs - Ministère de la Santé, partenaires techniques et financiers, ONG, secteur privé et collectivités locales - sera renforcée et effective. Le succès repose également sur l'hypothèse que le contexte socio-économique et sécuritaire restera relativement stable, permettant la poursuite sans interruption majeure des interventions prévues dans toutes les régions. Enfin, la mise en œuvre suppose une adhésion forte des communautés, avec une participation active des associations de personnes vivant avec une déficience visuelle et une appropriation accrue des interventions par les districts sanitaires.

## 5.7 Théorie du changement

Le PNDSO 2025-2032 avec sa Phase 1 (2025-2027) repose sur une vision claire : réduire significativement la charge des déficiences visuelles évitables au Togo à travers la mise en place d'un système de santé oculaire intégré, accessible, équitable et de qualité.

L'hypothèse centrale est que les améliorations ciblées dans les ressources humaines, les infrastructures, les programmes de prévention et de soins, la gouvernance et la recherche conduiront ensemble à un impact durable sur la santé visuelle des populations.

Pour atteindre cet impact, le plan s'appuie sur plusieurs effets à long terme à réaliser : disposer d'un personnel compétent en nombre suffisant, d'infrastructures modernes et fonctionnelles réparties équitablement, d'une population sensibilisée et prenant en charge bénéfiques, d'un cadre institutionnel solide et d'une recherche génératrice de données probantes.

Ces effets ne peuvent émerger que si des résultats intermédiaires sont atteints, tels que le renforcement des capacités humaines par la formation et le suivi, la construction et équipement continus des structures, la mise en œuvre de campagnes de prévention soutenues, la formalisation de mécanismes de coordination et la mobilisation de ressources adaptées, ainsi que le développement d'un programme national de recherche appliquée.

Au cœur de la dynamique, l'implication des acteurs institutionnels, des professionnels de santé, des partenaires techniques et financiers, et des communautés est cruciale. Leur engagement favorise l'adoption des bonnes pratiques, la durabilité des interventions et l'adaptation continue aux réalités locales.

Le changement attendu s'enracine donc dans un système renforcé, capable d'assurer la prévention, le dépistage, le traitement et l'accompagnement des personnes atteintes de troubles visuels dans une logique d'équité territoriale et sociale.

Enfin, la surveillance, l'évaluation et l'apprentissage continu alimenteront l'ajustement stratégique, garantissant l'efficacité du PNDSO et l'atteinte progressive des objectifs.

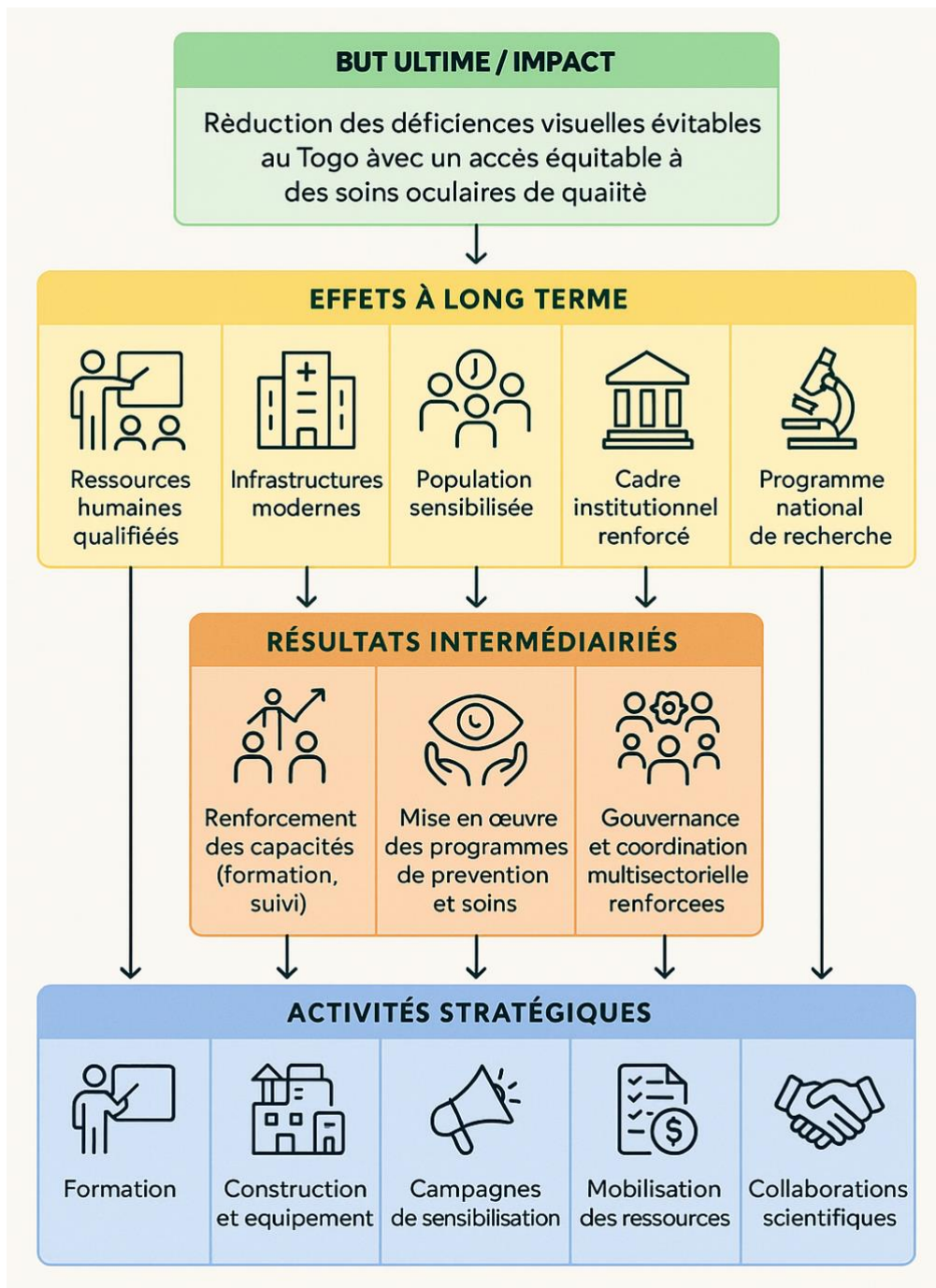


Figure 1 : Schéma de la Théorie du changement du PNDSO

## 6 FINANCEMENT ET CADRE DE MISE EN ŒUVRE DU PLAN

### 6.1 Budget du plan

Le budget estimatif total du Plan National de Développement de la Santé Oculaire (PNDSO) 2025-2027 s'élève à **Un milliard six cent sept millions six cent mille (1 607 600 000) francs CFA**. Ce montant couvre l'ensemble des interventions stratégiques définies dans le cadre du plan, avec un accent particulier sur les domaines essentiels de la santé oculaire, la formation des acteurs du secteur, le renforcement des infrastructures, la prévention des maladies oculaires prioritaires, ainsi que la communication stratégique pour garantir une large sensibilisation et mobilisation.

#### 6.1.1 Coût par composante

Les dépenses sont ventilées selon les composantes :

- Composante 1 : Renforcement des ressources humaines en santé oculaire.
- Composante 2 : Développement et modernisation des infrastructures et équipements.
- Composante 3 : Prévention et contrôle des maladies oculaires prioritaires.
- Composante 4 : coordination multisectorielle et Gouvernance.
- Composante 5 : Recherche en santé oculaire.

Le budget du plan de communication est également pris en compte dans l'estimation du budget global du PNDSO 2025-2027.

Tableau 2 : Coût par composante

Composante	Coût Total sur 3 ans (FCFA)
<b>Composante 1</b> : Renforcement des Ressources Humaines	45 600 000
<b>Composante 2</b> : Infrastructures et équipements	255 000 000
<b>Composante 3</b> : Prévention et contrôle des maladies oculaires	990 000 000
<b>Composante 4</b> : Coordination multisectorielle et Gouvernance	74 000 000
<b>Composante 5</b> : Recherche en Santé Oculaire	60 000 000
<i>Plan de Communication</i>	<i>183 000 000</i>
<b>Total budget estimatif PNDSO 2025-2027</b>	<b>1 607 600 000</b>

#### 6.1.2 Coût par composante et par intervention

Le budget estimatif est décliné par coût d'intention afin de faciliter le suivi de la mobilisation des ressources, de la mise en œuvre du plan, et de l'évaluation d'impact de chacune de ces interventions.

Tableau 3 : Coût du budget estimatif par composante et par intervention

Composante	Intervention	Coût Total sur 3 ans (FCFA)
<b>Composante 1</b> : Renforcement des Ressources Humaines	Formation des RFS, ASC, TSO, opticiens, et enseignants	45 600 000
<b>Composante 2</b> : Infrastructures et équipements	Construction d'USO	180 000 000
<b>Composante 2</b> : Infrastructures et équipements	Mise à niveau des équipements ophtalmologiques	75 000 000

<b>Composante 3</b> : Prévention et contrôle des maladies oculaires	Campagnes de sensibilisation	90 000 000
<b>Composante 3</b> : Prévention et contrôle des maladies oculaires	Kits chirurgicaux pour la cataracte	750 000 000
<b>Composante 3</b> : Prévention et contrôle des maladies oculaires	Fourniture de lunettes pour enfants	150 000 000
<b>Composante 4</b> : Coordination multisectorielle et Gouvernance	Réunions de coordination multisectorielle	24 000 000
<b>Composante 4</b> : Coordination multisectorielle et Gouvernance	Outils informatiques DHIS2 pour la gestion et suivi	50 000 000
<b>Composante 5</b> : Recherche en Santé Oculaire	Projets de recherche appliquée	30 000 000
<b>Composante 5</b> : Recherche en Santé Oculaire	Formation des chercheurs	30 000 000
<b>Plan de Communication</b>	Communication multicanal et campagne de sensibilisation	183 000 000
<b>Total budget estimatif PNDSO 2025-2027</b>		<b>1 607 600 000</b>

### 6.1.3 Coût par défi

Le budget est également décliné selon les défis majeurs identifiés, identifiés à savoir : la réduction des inégalités d'accès, la modernisation des infrastructures et équipements, la disponibilité de médicaments et produits de santé oculaire, le renforcement du système d'information sanitaire et la communication stratégique.

Tableau 4 : Coût du budget estimatif par défi

Défi	Intervention	Coût Total sur 3 ans (FCFA)
<b>Défi 1</b> : Réduction des inégalités d'accès	Construction d'USO, déploiement du personnel, formation du personnel,	225 600 000
<b>Défi 2</b> : Modernisation des infrastructures et équipements	Mise à niveau des équipements	225 000 000
<b>Défi 3</b> : Disponibilité de médicaments et produits de santé oculaires	Kits chirurgicaux pour la cataracte, lunettes pour enfants	900 000 000
<b>Défi 4</b> : Renforcement du système d'information sanitaire	Outils DHIS2, conception des tableaux de bord dynamique,	50 000 000
<b>Défi 5</b> : Coordination multisectorielle	Réunions de coordination multisectorielle,	24 000 000
<b>Défi 6</b> : Communication stratégique	Communication multicanal, création de supports, événements	183 000 000
<b>Total</b>		<b>1 607 600 000</b>

#### 6.1.4 Coût par nature de dépenses

Le budget estimatif est décliné par nature de dépenses (investissement en équipements, fonctionnement, ressources humaines, communication, supervision, suivi-évaluation) afin de permettre une traçabilité et une transparence optimale.

Tableau 5 : Coût du budget estimatif par nature de dépenses

Nature de Dépense	Nombre d'interventions sur 3 ans	Coût Total (FCFA)
<b>Investissement en infrastructures et équipements</b>	6 unités UO/USO + 5 systèmes interconnecté	281 000 000
<b>Fonctionnement et Supervision</b>	12 réunions + 15 000 lunettes + 6 supervisions intégrées	900 000 000
<b>Ressources Humaines</b>	30 sessions Formation continue + 3 sessions Formation initiale + 18 sessions renforcements capacités recherche	105 600 000
<b>Communication</b>	3 campagnes + 3 célébrations + 9 forums + 1 plateforme /Site web + Reunions Coordination multisectorielles+ Plan communication	247 000 000
<b>Suivi-évaluation-apprentissage (SEA)</b>	1 revue semestrielle (2 revues*3 ans) et 1 évaluation finale (premier semestre 2027) du PNDSO 2025-2027	74 000 000
<b>Total</b>	-	<b>1 607 600 000</b>

#### 6.2 Sources de financement

Les sources de financement identifiées incluent :

- Le budget de l'État, notamment à travers les lignes du Ministère de la Santé et les allocations pour la CSU.
- Les partenaires techniques et financiers internationaux (OMS, CBM, GIZ/KfW, HDI, Sightsavers, FHI 360 Croix rouge Suisse et Togolaise, planète Vision, OCDI, Believe and See, BID etc.).
- Les ONG nationales et internationales, contribuant par des financements directs ou en nature (équipements, consommables, appui technique).
- Le secteur privé, à travers les cliniques, fondations d'entreprise et assurances santé.
- Les contributions communautaires, incluant les mutuelles de santé, les mécènes, les associations de patients et les collectivités locales.

### **6.3 Stratégies de financement**

Les stratégies de financement reposent sur la diversification et la sécurisation des ressources. Le plan vise à :

- Renforcer la part de financement public dédiée à la santé oculaire dans le budget national.
- Intégrer les soins oculaires dans les paquets de services couverts par l'AMU et les mutuelles de santé communautaires (IPEC).
- Développer des partenariats innovants public-privé, notamment pour l'acquisition d'équipements et la mise en place de services mobiles.
- Mobiliser les partenaires techniques et financiers à travers un cadre de concertation régulier, garantissant la coordination des appuis.
- Mettre en place des mécanismes de financement basés sur la performance et l'impact mesuré.

### **6.4 Cadre de mise en œuvre du plan**

#### **6.4.1 Principes directeurs**

La mise en œuvre repose sur les principes de l'équité, de l'intégration des soins oculaires dans le système de santé, de la participation communautaire, de la durabilité financière et institutionnelle, et du partenariat multisectoriel.

#### **6.4.2 Cadre institutionnel de mise en œuvre**

Le PNSO, placé sous la tutelle du Ministère de la Santé, assure la coordination et le suivi. Les Directions Régionales de la Santé et les districts sanitaires sont responsables de l'exécution opérationnelle. Les structures hospitalières, les ONG partenaires, les écoles de formation, les sociétés savantes, les collectivités locales, et le secteur privé, les communautés participent à la mise en œuvre selon leurs domaines de compétence.

### 6.4.3 Responsabilités des parties prenantes

Tableau 6 : Responsabilités des parties prenantes

N°	Profil	Responsabilités
1	Ministère de la Santé	Orientation stratégique, allocation budgétaire, supervision nationale et coordination avec les autres programmes de santé
2	Programme National de Santé Oculaire (PNSO)	Planification, suivi technique, mobilisation des ressources, supervision et coordination des activités
3	Directions Régionales de la Santé et districts sanitaires	Exécution des activités au niveau opérationnel, collecte des données, supervision de proximité et remontée des rapports
4	Établissements hospitaliers publics, privés et confessionnels	Prestation des services spécialisés, chirurgie et soins de référence
5	ONG et partenaires techniques et financiers	Appui technique, financier et logistique, mise à disposition d'expertise et soutien aux campagnes de masse
6	Secteur privé	Offre complémentaire de soins, innovations technologiques, formation continue et participation à la fourniture d'équipements et consommables
7	Université, facultés et écoles de formation, sociétés savantes	Formation initiale et continue du personnel de santé oculaire (ophtalmologistes, techniciens, opticiens, orthoptistes), développement de curricula de formation, développement de la recherche appliquée et production de données probantes pour éclairer les politiques publiques.
8	Sociétés savantes	Promotion de l'excellence scientifique et technique, élaboration et diffusion des recommandations cliniques et pratiques basées sur des preuves, contribution à la formation continue et au renforcement des capacités des professionnels de santé oculaire, appui à la recherche appliquée et à l'évaluation des interventions, participation à l'élaboration des standards et protocoles, facilitation des échanges entre experts et coordination scientifique des actions.
9	Collectivités locales	Mobilisation et sensibilisation communautaire, facilitation de l'accès aux services de santé oculaire sur leur territoire, appui à la mise en œuvre locale des activités du PNDSO, coordination avec les acteurs locaux (centres de santé, associations, ONG), mise à disposition des infrastructures communales pour les campagnes et activités de proximité, contribution à la surveillance locale et la remontée des données.
10	Communautés et associations de personnes vivant avec un handicap visuel	Mobilisation sociale, sensibilisation, plaidoyer, participation active à la mise en œuvre et au suivi

### 6.4.4

#### 6.4.5 Planification et mise en œuvre

La mise en œuvre du plan sera structurée en deux phases, en cohérence avec le cycle du Plan National de Développement Sanitaire (PNDS) 2023-2027 :

- **Phase 1 (2025-2027)** : cette première phase vise à aligner la mise en œuvre du Plan Santé Oculaire avec les priorités et les exigences du PNDS 2023-2027. Elle permettra d'exécuter les interventions prévues, de produire des résultats mesurables et de réaliser une évaluation intermédiaire avant 2027. Cette évaluation servira à enrichir l'évaluation globale du PNDS et à identifier les ajustements nécessaires dans le domaine de la santé oculaire.
- **Phase 2 (2028-2032)** : sur la base des leçons tirées de la phase 1, une révision du Plan National de Développement de la Santé Oculaire 2025-2027 sera conduite pour l'aligner sur le nouveau PNDS. Cette seconde phase constituera une extension et une consolidation des acquis, avec une planification stratégique à moyen terme, permettant de poursuivre les efforts de réduction de la cécité évitable et d'amélioration de l'équité d'accès aux services oculaires.

Ainsi, la planification adopte une logique progressive et adaptative, garantissant la cohérence entre la stratégie nationale de santé et les interventions spécifiques en santé oculaire, tout en offrant une flexibilité nécessaire pour intégrer les innovations, les réformes et les priorités émergentes.

#### 6.4.6 Conditions de succès

Le succès du Plan National de Développement de la Santé Oculaire 2025-2027 dépend de plusieurs conditions interconnectées. Tout d'abord, un engagement politique fort et constant est nécessaire, notamment à travers l'intégration effective de la santé oculaire dans les priorités nationales de santé et dans la Couverture Sanitaire Universelle (CSU). Ensuite, la disponibilité et la motivation du personnel qualifié constituent un facteur déterminant, de même que l'existence d'un cadre réglementaire clair facilitant la régulation des professions et la qualité des services.

La mobilisation et la sécurisation de ressources financières suffisantes sont également une condition clé, en particulier pour garantir la pérennité des interventions au-delà de l'appui ponctuel des partenaires. Enfin, le succès dépend de l'adhésion des communautés, de la participation active des associations de personnes vivant avec un handicap visuel et de la mise en place de partenariats solides entre le public, le privé et la société civile.

#### 6.4.7 Hypothèses critiques

La mise en œuvre du plan repose sur un certain nombre d'hypothèses critiques. Il est présumé que le contexte politique, économique et social restera suffisamment stable pour permettre le déploiement harmonieux des activités sur l'ensemble du territoire. L'appui des partenaires techniques et financiers devrait se maintenir, et les priorités mondiales de lutte contre la cécité évitable devraient continuer à bénéficier d'un intérêt international soutenu.

Il est également supposé que les réformes en cours dans le système de santé (notamment l'intégration des soins dans la CSU et l'AMU) progresseront de manière favorable, permettant d'élargir l'accès aux soins oculaires. Enfin, il est attendu que les avancées technologiques (télémédecine, équipements portatifs, innovations chirurgicales) puissent être progressivement intégrées au système national, sous réserve d'une bonne gouvernance et d'une adaptation au contexte local.

#### **6.4.8 Mécanisme de suivi, évaluation, apprentissage**

Le mécanisme de suivi-évaluation-apprentissage du Plan National de Développement de la Santé Oculaire adoptera une approche innovante inspirée du concept de système de santé apprenant (Document Additif 1). Plutôt que de se limiter à des évaluations ponctuelles à mi-parcours ou en fin de plan, le dispositif sera conçu comme un processus continu d'apprentissage, permettant d'adapter en permanence les stratégies et interventions en fonction des résultats observés.

Concrètement, les données seront collectées de manière régulière via le Système National d'Information Sanitaire (DHIS2), enrichi d'indicateurs spécifiques à la santé oculaire (ex. couverture chirurgicale de la cataracte, dépistage de la rétinopathie diabétique, équité d'accès selon le sexe et le milieu de résidence). Ces données alimenteront des tableaux de bord dynamiques disponibles au niveau central, régional et district, facilitant une prise de décision rapide et fondée sur l'évidence.

Le système de suivi privilégiera l'analyse en temps réel des performances et la mise en place de revues trimestrielles de performance impliquant l'ensemble des parties prenantes (PNSO, directions régionales, partenaires, associations de patients). Ces revues permettront d'identifier les goulots d'étranglement, de documenter les bonnes pratiques et d'introduire immédiatement les ajustements nécessaires.

Un **comité multi-acteurs de suivi-apprentissage** sera institué pour assurer la gouvernance de ce processus, garantissant transparence, redevabilité et participation active de la société civile et du secteur académique. L'approche privilégiera donc l'amélioration continue, en remplaçant la logique d'évaluations rigides et espacées par une dynamique d'apprentissage permanent. À terme, cette approche renforcera la résilience et l'adaptabilité du système de santé oculaire face aux défis émergents.

#### **6.5 Cadre de résultats et matrice de suivi du plan**

Le cadre de résultat du présent plan et la matrice de suivi de son exécution sont présentés respectivement à l'annexe 1 et l'annexe 2.

#### **6.6 Capitalisation des acquis et communication**

##### **6.6.1 Capitalisation des acquis**

La capitalisation des acquis représente un levier majeur pour la réussite et la durabilité du Plan National de Développement de la Santé Oculaire. Elle permet de tirer les enseignements des expériences passées et actuelles, d'optimiser les ressources, et d'améliorer continuellement les interventions.

##### *6.6.1.1 Objectifs de la capitalisation :*

- Identifier, documenter et diffuser les bonnes pratiques, innovations, réussites, et leçons apprises issues des projets, programmes et activités menées dans le domaine de la santé oculaire au Togo depuis plusieurs années.
- Faciliter le partage d'expériences entre établissements, régions et partenaires.
- Assurer la restitution des résultats aux décideurs et à tous les acteurs impliqués pour garantir un engagement continu.
- Utiliser les acquis pour orienter les révisions stratégiques et techniques du plan, encourager l'innovation et accélérer la montée en compétence des acteurs.

#### 6.6.1.2 *Actions prioritaires :*

- Mettre en place un dispositif structuré de capitalisation intégrée, incluant des outils (bases de données, rapports, fiches pratiques) et un calendrier de collecte régulière des retours d'expérience.
- Organiser des ateliers, séminaires et conférences techniques annuels regroupant les laboratoires, les partenaires techniques et financiers, et les experts nationaux et internationaux.
- Établir un système de documentation accessible, comprenant par exemple une plateforme digitale collaborative pour faciliter l'échange entre les acteurs et la mise à disposition d'outils et guides référentiels actualisés.
- Valoriser les initiatives réussies via des systèmes de reconnaissance, prix ou certifications, afin de motiver les équipes et encourager une culture positive d'amélioration continue.
- Intégrer la capitalisation dans le cadre général de la supervision et du suivi-évaluation, en associant des indicateurs qualitatifs et quantitatifs pertinents.
- Produire régulièrement des synthèses et notes stratégiques à diffuser aux autorités sanitaires, partenaires et acteurs de terrain, facilitant ainsi la prise de décision éclairée.

### 6.6.2 **Communication stratégique**

Un volet communication efficace est fondamental pour assurer la visibilité, la sensibilisation, et l'appropriation collective du plan par l'ensemble des parties prenantes, qu'elles soient internes ou externes au système de santé.

#### 6.6.2.1 *Objectifs de la communication :*

- Sensibiliser et mobiliser l'ensemble des acteurs (décideurs, professionnels de santé, partenaires, populations) autour des enjeux, objectifs et résultats du plan.
- Promouvoir la compréhension commune sur les rôles et responsabilités des différents intervenants dans la mise en œuvre du plan.
- Valoriser les progrès et succès au fil des années pour renforcer la confiance et encourager l'engagement continu.
- Faciliter la diffusion des messages clés relatifs à la qualité, la sécurité, l'approche One Health, la gestion des données, et les innovations.

#### 6.6.2.2 *Actions prioritaires :*

- Élaborer et déployer un plan de communication multicanal (médias traditionnels et numériques, supports imprimés, événements) ciblant les différents profils d'audience.
- Concevoir des supports pédagogiques adaptés (charte graphique, brochures, infographies, vidéos) mettant en valeur la santé oculaire et ses enjeux dans le système de santé.
- Célébrer régulièrement les journées mondiales de la santé oculaire,
- Organiser régulièrement des journées nationales de la santé oculaires, forums techniques et ateliers régionaux pour renforcer les échanges et partenariats.
- Développer une stratégie de communication interne pour renforcer l'adhésion des professionnels de santé oculaire et améliorer le climat organisationnel.

- Collaborer avec les médias et influenceurs locaux pour accroître la portée des messages, en particulier dans les zones rurales et auprès des groupes vulnérables.
- Mettre en place une plateforme digitale d'information et d'échange pour diffuser les actualités, documents techniques, résultats et bonnes pratiques.
- Assurer un suivi et une évaluation de la communication afin de mesurer son impact et ajuster les messages et canaux selon les besoins.

## 7 ANNEXES

### Plan opérationnel

Le chronogramme présenté dans cette annexe couvre l'ensemble de la période stratégique du PNDSO, soit jusqu'en 2032. Toutefois, le détail opérationnel est présenté uniquement pour la Phase 1 (2025-2027), conformément aux directives d'alignement au PNDS 2023-2027. La Phase 2 fera l'objet d'une révision et d'une actualisation en 2028 sur la base des résultats et leçons tirés de la première phase.

## Annexe 1 : Matrice du cadre des résultats – PNDSO 2025-2027 par composante

N°	Produit / Résultat immédiat attendu	Indicateur	Unité	Source	2024	2025	2026	2027	Responsable(s)	Moyens / Ressources	Observations
<b>Composante 1 – Ressources humaines</b>											
1.1	Les capacités des ressources humaines en santé oculaire sont renforcées	% de districts disposant d'agents formés en soins oculaires	%	Rapports DRH/MSHP, PNSO	35	45	55	65	DRH/MSHP, PNSO	Budget formation, partenariats académiques	Dépend financement
1.2	Recrutement et déploiement effectif des spécialistes en ophtalmologie	Nombre d'ophtalmologistes par million d'habitants	Ratio	Annuaire statistique MSHP	2,5	3	3,5	4	DRH/MSHP, PNSO	Fonds de l'État, appui partenaires	Cible OMS = 4/million
<b>Composante 2 – Infrastructures et équipements</b>											
2.1	Les infrastructures de soins oculaires sont développées et modernisées	% de districts / Communes disposant d'unités fonctionnelles de soins oculaires	%	Rapports PNSO, DGS	40	50	65	80	DISEM/MSHP, PNSO	Budget investissement, dons ONG	Dépend financements publics
2.2	Les équipements ophtalmologiques sont mis à niveau et entretenus	Nombre d'hôpitaux régionaux équipés en matériel moderne	Nombre	Inventaire équipements PNSO	1	3	4	5	DISEM/PNSO	Équipements, contrats de maintenance	Suivi annuel obligatoire
<b>Composante 3 – Prévention et prise en charge des maladies</b>											
3.1	La chirurgie de la cataracte est renforcée	Taux de chirurgie de la cataracte (CSR)	Cas/million hab.	DHIS2, registres chirurgicaux	1200	1500	1800	2000	PNSO, Hôpitaux	Fonds État, appui ONG, kits chirurgicaux	Atteinte dépend personnel formé
3.2	Les maladies oculaires de l'enfant sont mieux prises en charge	% d'écoles couvertes par dépistage visuel	%	Rapports scolaires, PNSO	15	30	50	70	PNSO, Éducation	Budget État, appui UNICEF/ONG	Dépend synergie intersectorielle
3.3	La rétinopathie diabétique est intégrée dans la prise en charge	Nombre de diabétiques dépistés	Nombre	Rapports diabétologie & PNSO	5 000	10 000	15 000	20 000	PNSO, Programme MNT	Tests de dépistage, matériel fond d'œil	Intégration MNT-santé oculaire
<b>Composante 4 – Gouvernance et coordination multisectorielle</b>											
4.1	Le cadre institutionnel de la santé oculaire est renforcé	Existence d'un comité national multisectoriel fonctionnel	Oui/Non	Rapports PNSO, MSHP	Non	Oui	Oui	Oui	MSHP, PNSO	Décrets, réunions, budget fonctionnement	Assurer participation intersectorielle

4.2	Les mécanismes de gouvernance et de coordination sont opérationnels	Nombre de réunions de coordination multisectorielle tenues/an	Nombre	Rapports PNSO, MSHP	0	2	3	4	PNSO, partenaires	Budget fonctionnement, logistique	Inclure société civile & ONG
4.3	Le suivi-évaluation-apprentissage (SEA) du PNDSO est institutionnalisé	% de rapports annuels produits et diffusés	%	Rapports PNSO	0	70	85	100	PNSO, Cellule SEA MSHP	Système DHIS2, ressources humaines	Nécessite appui technique
<b>Composante – 5 Recherche en santé oculaire</b>											
5.1	Un programme national de recherche appliquée en santé oculaire est opérationnel	Existence d'un agenda national de recherche validé	Oui/Non	Rapports PNSO	Non	Élaboration	Validation	Mise en œuvre	PNSO, Universités	Appui académique, financements	Dépend validation gouvernement
5.2	Les résultats de recherche sont diffusés et utilisés pour orienter les politiques	Nombre d'études publiées et utilisées pour la décision	Nombre	Rapports PNSO, institutions académiques	0	2	4	6	PNSO, Universités, Partenaires	Financement recherche, conférences	Favoriser transfert de connaissances

## Annexe 2 : Cadre de résultats du PNDSO 2025-2027

Effet attendu / Changement	Produit / Résultat immédiat attendu	Indicateur	Unité	Source	2024	2025	2026	2027	Responsable (s)	Moyens / Ressources	Observations
<b>Priorité 1 : Ressources humaines</b>											
Effet 1 : Les capacités nationales en ressources humaines de santé oculaire sont renforcées et mieux réparties	Les capacités des ressources humaines en santé oculaire sont renforcées	% de districts disposant d'agents formés en soins oculaires	%	Rapports DRH/MSHP, PNSO	35	45	55	65	DRH/MSHP, PNSO	Budget formation, partenariats académiques	Dépend financement
	Recrutement et déploiement effectif des spécialistes en ophtalmologie	Nombre d'ophtalmologistes par million d'habitants	Ratio	Annuaire statistique MSHP	2,5	3	3,5	4	DRH/MSHP, PNSO	Fonds de l'État, appui partenaires	Cible OMS = 4/million
<b>Priorité 2 : Infrastructures &amp; équipements</b>											
Effet 2 : Les services de soins oculaires sont accessibles, modernisés et fonctionnels	<b>Les infrastructures de soins oculaires sont développées et modernisées</b>	% de districts disposant d'unités fonctionnelles de soins oculaires	%	Rapports PNSO, DGS	40	50	65	80	DGS/MSHP, PNSO	Budget investissement, dons ONG	Dépend financements publics
	Les équipements ophtalmologiques sont mis à niveau et entretenus	Nombre d'hôpitaux régionaux équipés en matériel moderne	Nombre	Inventaire équipements PNSO	1	3	4	5	DGS, PNSO	Équipements, contrats de maintenance	Suivi annuel obligatoire
<b>Priorité 3 : Prévention et prise en charge</b>											
Effet 3 : Les principales maladies oculaires sont	La chirurgie de la cataracte est renforcée	Taux de chirurgie de la cataracte (CSR)	Cas/million hab.	DHIS2, registres chirurgicaux	1200	1500	1800	2000	PNSO, Hôpitaux	Fonds État, appui ONG, kits	Atteinte dépend personnel formé

efficacement prises en charge										chirurgicaux	
	Les maladies oculaires de l'enfant sont mieux prises en charge	% d'écoles couvertes par dépistage visuel	%	Rapports scolaires, PNSO	15	30	50	70	PNSO, Éducation	Budget État, appui UNICEF/ONG	Dépend synergie intersectorielle
	La rétinopathie diabétique est intégrée dans la prise en charge	Nombre de diabétiques dépistés	Nombre	Rapports diabétologie & PNSO	5 000	10 000	15 000	20 000	PNSO, Programme MNT	Tests de dépistage, matériel fond d'œil	Intégration MNT-santé oculaire
<b>Priorité 4 : Gouvernance et coordination multisectorielle</b>											
Effet 4 : Le système de gouvernance et de coordination de la santé oculaire est performant, inclusif et durable.	Le cadre institutionnel de la santé oculaire est renforcé	Existence d'un comité national multisectoriel fonctionnel	Oui/Non	Rapports PNSO, MSHP	Non	Oui	Oui	Oui	MSHP, PNSO	Décrets, réunions, budget fonctionnement	Assurer participation intersectorielle
	Les mécanismes de gouvernance et de coordination sont opérationnels	Nombre de réunions de coordination multisectorielle tenues/an	Nombre	Rapports PNSO, MSHP	0	2	3	4	PNSO, partenaires	Budget fonctionnement, logistique	Inclure société civile & ONG
	Le suivi-évaluation du PNDSO est institutionnalisé	% de rapports annuels produits et diffusés	%	Rapports PNSO	0	70	85	100	PNSO, Cellule Suivi-Éval MSHP	Système DHIS2, ressources humaines	Nécessite appui technique
<b>Priorité 5 (Transversale) : Recherche en santé oculaire</b>											
Effet 5 : La recherche oriente les politiques et interventions en santé oculaire.	Un programme national de recherche appliquée en santé oculaire est opérationnel	Existence d'un agenda national de recherche validé	Oui/Non	Rapports PNSO	Non	Élaboration	Validation	Mise en œuvre	PNSO, Universités	Appui académique, financements	Dépend validation gouvernement
	Les résultats de recherche sont diffusés et utilisés pour orienter les politiques	Nombre d'études publiées et utilisées pour la décision	Nombre	Rapports PNSO, institutions académiques	0	2	4	6	PNSO, Universités, Partenaires	Financement recherche, conférences	Favoriser transfert de connaissances