

Rapport No. AAA69 - TG

République du Togo

Santé, Nutrition et Population Rapport Analytique Santé Pauvreté

Novembre 2011

Le Groupe Banque Mondiale
Région Afrique Développement Humain &
Ministère de la Santé, République du Togo



TABLE DES MATIERES

INTRODUCTION.....	28
Chapitre 1 : CONTEXTE ET METHODOLOGIE.....	29
1. Contexte.....	29
1.1. Situation géographique.....	29
1.2. Situation politique et organisation administrative.....	29
1.3. Situation démographique.....	31
1.4. Situation macroéconomique.....	36
1.5. Situation de la pauvreté.....	38
2. Méthodologie de la revue sectorielle santé.....	42
2.1. Le cadre analytique.....	42
2.2. La démarche de préparation.....	43
Chapitre 2 : INDICATEURS DE SANTE.....	45
1. Espérance de vie et Mortalité générale.....	45
2. OMD 4 : Santé des enfants.....	47
2.1. Mortalité et morbidité chez les enfants.....	47
2.2. Le paludisme infantile.....	52
2.3. La malnutrition infantile : cause et conséquence de la morbidité infantile.....	64
2.4. Les maladies diarrhéiques chez l'enfant et le traitement par les Sels de Réhydratation Orale (SRO).....	66
2.5. Les infections respiratoires : le cas de la pneumonie.....	70
3. OMD 5 : Santé maternelle.....	74
3.1. Evolution des Ratios de mortalité maternelle au Togo.....	74
3.2. Les causes cliniques de la mortalité maternelle.....	76
3.3. Les interventions à haut impact dans la lutte contre la mortalité maternelle : utilisation et qualité des soins obstétricaux.....	77
4. OMD 6 : VIH/SIDA et autres maladies endémiques.....	90
4.1. Prévalence générale du SIDA au Togo.....	90
4.2. Prévalence du SIDA par groupe cible.....	91
4.3. La lutte contre le SIDA : prévention et traitement par les ARV.....	93
Chapitre 3 : COMMUNAUTES ET MENAGES : PRATIQUES ET POLITIQUES.....	96
1. Habitudes alimentaires, pratiques d'hygiène et malnutrition au Togo.....	96
1.1. Les facteurs généraux de la malnutrition.....	97
1.2. Les facteurs de malnutrition au Togo.....	98
Source : MICS-4 2010.....	103
2. Habitudes de recours au système de soins.....	104
2.1. Pratiques et préférence en matière de fécondité.....	104
2.2. Les pratiques de recours au système de soins.....	112
3. Les politiques de santé communautaire.....	112
Chapitre 4 : GOUVERNANCE ET PILOTAGE DU SYSTEME.....	114
1. Gouvernance du système de santé.....	114
1.1. Descriptif de l'organisation du système de santé.....	114
1.2. L'échelon central concentre les responsabilités à travers une multitude de directions peu coordonnées.....	115
2. Pilotage du système.....	121
2.1. Le système d'information sanitaire.....	121
2.2. La formulation de la politique sanitaire.....	124

Chapitre 5 : SERVICES DE SOINS	128
1. Estimer la performance des services de soins	128
1.1. Efficacité du système de soins.....	129
1.2. Efficience du système de soins.....	142
1.3. Equité du système de soins.....	144
2. Expliquer la performance du système de soins.....	146
2.1. L'offre de soins correspond-elle à la demande de soins ?	146
2.2. Les moyens des services de santé sont-ils adéquats ?	147
2.3. Le système institutionnel favorise-t-il la performance ?	151
2.4. Les modes de financement des services de soins contribuent-ils à l'efficience ?.....	154
 Chapitre 6 : RESSOURCES HUMAINES	 158
1. La situation des RHS au Togo	158
1.1. Disponibilité des RHS	158
1.2. Répartition géographique	161
1.3. Performance des personnels de santé	164
2. Expliquer la situation des RHS	164
2.1. Expliquer l'insuffisance d'effectifs	164
2.2. Expliquer la répartition géographique inégale des RHS.....	172
2.3. Expliquer la faible performance des RHS	173
3. Quel est l'environnement des Ressources Humaines en Santé (RHS) ?	174
3.1. Rémunération et financement des RHS.....	174
3.2. Fonction publique et gestion des RHS	175
 Chapitre 7 : MEDICAMENTS, VACCINS, PRODUITS SANGUINS ET EQUIPEMENTS	 177
1. Médicaments modernes	177
1.1. Pilotage stratégique du système pharmaceutique	178
1.2. Sélection des médicaments.....	179
1.3. Acquisition, stockage et distribution des médicaments au Togo.....	181
1.4. Le contrôle qualité des médicaments au Togo est largement insuffisant	185
1.5. Facteurs expliquant l'accessibilité des médicaments au Togo	187
2. Vaccins	197
2.1. Les résultats en matière de vaccination au Togo depuis 2000.....	197
2.2. Caractéristiques du secteur du vaccin au Togo : forces et faiblesses du système.....	198
3. Biologie Clinique, Produits Sanguins et Equipements médicaux	202
3.1. Le secteur de la biologie clinique peine à se développer au Togo	202
3.2. Le secteur des produits sanguins en pleine expansion.....	203
3.3. Equipements médicaux et maintenance.....	204
 Chapitre 8 : FINANCEMENT DE LA SANTE	 207
Le financement de la santé au Togo : les grandes lignes.....	207
1. Un financement par l'Etat encore largement orienté sur l'offre de soins	212
1.1. Financement de l'offre par l'Etat	212
1.2. Le financement public de la demande : des mécanismes mal organisés et peu performants.....	221
2. Le financement par les ménages est essentiellement un financement par dépenses directes.....	224
2.1. Le financement par les dépenses directes des ménages.....	224
2.2. Le reste du financement privé : les mutuelles de santé et les assurances privées sont presque inexistantes au Togo	226
3. Un financement extérieur très volatil.....	227
3.1. Le financement extérieur de la santé est-il suffisant au Togo ?	227
3.2. Le financement extérieur est-il en cohérence avec les priorités de santé?	229
3.3. La gestion des financements extérieurs est-elle performante ?	230

LISTE DES FIGURES

Figure 1 : Carte géographique du Togo (voir annexe 1.1).....	29
Figure 2 : Carte administrative du Togo.....	30
Figure 3 : Représentation graphique de l'évolution de la population au Togo entre 1960 et 2020	31
Figure 4 : Pyramide des âges de la population togolaise (2006).....	33
Figure 5 : Schéma du processus analytique de l'analyse MBB	42
Figure 6 : Augmentation constante de l'espérance de vie du Togo	45
Figure 7 : Répartition du fardeau de la maladie au Togo.....	46
Figure 8 : Mortalité des enfants du Togo plus faible, mais diminution plus rapide dans les autres pays d'Afrique Sub-saharienne	48
Figure 9 : Evolution des taux de mortalité des enfants sur la période 1990-2015, et évolution souhaitée pour atteindre l'OMD 4.	48
Figure 10 : Principales causes de mortalité infantile et néonatales au Togo (2006).....	49
Figure 11 : Morbidité et létalité associées au paludisme chez les malades hospitalisés	52
Figure 12 : Arbre des goulots d'étranglement pour l'utilisation des moustiquaires	53
Figure 13 : Prévalence d'enfants dormant sous MII en milieu rural et dans les régions septentrionales.....	54
Figure 14 : Les enfants des ménages les plus pauvres dorment davantage sous une moustiquaire	55
Figure 15 : Moyens de prévention utilisés au sein des ménages enquêtés pour se prévenir du paludisme.....	59
Figure 16 : Modes de prise en charge des enfants avec fièvre.....	60
Figure 17 : Répartition des enfants recevant des CTA en fonction du quintile de richesse d'appartenance.....	62
Figure 18 : Prévalence de la malnutrition chez les enfants de moins de 5 ans d'après les données MICS 3 et 4 (2006 et 2010).....	65
Figure 19 : Diminution de la prévalence des maladies diarrhéiques	67
Figure 20 : Répartition des cas de diarrhées au Togo.....	67
Figure 21 : Répartition des enfants utilisant une TRO par Région, niveau d'éducation de la mère et niveau de richesse du ménage.....	68
Figure 22 : Répartition des personnes en charge de l'enfant qui reconnaissent les signes de pneumonie selon le niveau de richesse du ménage.....	70
Figure 23 : Répartition des enfants de moins de 5 ans ayant reçu des antibiotiques pour une pneumonie par milieu et région de résidence	71
Figure 24 : Comment le renforcement du système de santé peut réduire la mortalité infantile au Togo ?.....	73
Figure 25 : Evolution du Ratio de Mortalité Maternelle au Togo entre 1990 et 2006, et scénario souhaitable de l'évolution du RMM pour atteindre l'OMD 5.	74
Figure 26 : La place du Togo parmi les pays d'Afrique de l'Ouest en termes de RMM	74
Figure 27 : Causes de décès maternel au Togo et en comparaison avec la moyenne de la Région d'Afrique de l'Ouest.	76
Figure 28 : Comment expliquer la mortalité maternelle dans un pays donné ?.....	78
Figure 29 : Pourcentage de consultations prénatales (au moins une) dans divers pays d'Afrique de l'Ouest	79
Figure 30 : Répartition des CPN par personnel de santé et par quintile de richesse.....	81
Figure 31 : Manque de médecins en zone rurale pour effectuer les CPN.....	81
Figure 32 : Evolution du taux de césarienne (2002 – 2009) et répartition par région du nombre de césariennes réalisées en 2009.....	83
Figure 33 : Répartition des accouchements par le personnel de santé assistant : par quintile de richesse d'appartenance de la mère et par milieu de résidence	85
Figure 34 : Prévalence du VIH dans la population togolaise entre 1990 et 2015	90
Figure 35 : Le Togo : le deuxième pays d'Afrique de l'Ouest avec la plus forte prévalence du VIH/SIDA.....	91
Figure 36 : Comparaison des taux de prévalence du SIDA chez les femmes en CPN dans différents pays d'Afrique.	92
Figure 37 : Récapitulatif du budget du PNL 2007-2010	93
Figure 38 : Evolution du nombre de cas de VIH/SIDA dépisté.....	94
Figure 39 : Nombre de personnes sous traitement ARV, 2002-2009, Togo	95
Figure 40 : Répartition des types d'allaitement au Togo	99
Figure 41 : Principales sources d'eau dans les ménages autres que pour boire	100
Figure 42 : Types de sources d'eau utilisés par les ménages.....	102

Figure 43 : Corrélation positive entre richesse du ménage et utilisation d'installations sanitaires améliorées.....	103
Figure 44 : Elimination des défécations humaines	103
Figure 45 : Pourcentage des réponses positives aux questions liées à la connaissance et à l'utilisation des préservatifs	104
Figure 46 : Le Togo présente le deuxième meilleur taux d'utilisation des méthodes modernes de contraception	105
Figure 47 : Utilisation des méthodes de contraception modernes et traditionnelles	107
Figure 48 : Evolution de l'utilisation de la contraception (traditionnelle et moderne) en % des femmes en union..	107
Figure 49 : Les contraceptifs modernes les plus utilisés : le préservatif, les injections et la pilule	108
Figure 50 : Répartition des femmes utilisant une méthode moderne de contraception selon leur lieu de résidence, leur niveau d'éducation et leur niveau de richesse.....	110
Figure 51 : Besoins non-satisfaits en contraception en Afrique de l'Ouest	111
Figure 52 : Besoin en planning familial selon le niveau d'éducation et de richesse de la mère	111
Figure 53 : Organigramme actuel et Proposition finale d'organigramme du Ministère de la Santé (voir Annexe 4.1. des illustrations).....	117
Figure 54 : Récapitulatif du pouvoir décisionnel le long de la pyramide sanitaire.....	121
Figure 55 : Schéma de collecte et production de l'information	124
Figure 56 : Répartition des structures de santé principales du Togo (voir Annexe 5.1.)	128
Figure 57 : Inégale répartition géographique et par type des Formations Sanitaires au Togo (2009)	128
Figure 58 : Augmentation à des degrés différents des consultations ambulatoires selon les régions	130
Figure 59 : Evolution du nombre de malades en consultation par type de FS publique	130
Figure 60 : Utilisation des services de soins par les personnes malades.....	132
Figure 61 : Répartition du recours aux soins selon le secteur de santé en 2006 et en 2010.....	133
Figure 62 : Répartition des femmes ayant consulté selon le secteur de soins.....	134
Figure 63 : Hausse constante en moyenne des hospitalisations au Togo.....	136
Figure 64 : Evolution des malades hospitalisés par milieu, par secteur et par type de FS.....	138
Figure 65 : Répartition des DMS par type de centres hospitaliers.....	139
Figure 66 : Diminution moyenne de la DMS au Togo	139
Figure 67 : Répartition du nombre d'actes médicaux par personnel de santé selon le type d'hôpital	143
Figure 68 : Efficacité technique et effets d'échelle des hôpitaux publics du Togo.....	144
Figure 69 : Absence d'équité entre les quintiles de richesse dans l'accès aux soins ambulatoires et hospitaliers.....	145
Figure 70 : Accès aux services médicaux au Togo en 2006 selon le milieu de résidence et la région.	147
Figure 71 : Représentation de la répartition des FS au Togo.....	148
Figure 72 : Pourcentage des FS disposant des principaux types de personnel de santé par région	150
Figure 73 : Pourcentage de Formations sanitaires ayant connu des ruptures en médicaments et produits de base par région.....	150
Figure 74 : Répartition des subventions d'exploitation et d'Indigents selon les prestataires de soins (en milliers de FCFA).....	156
Figure 75 : Répartition des personnels par statut (secteur public)	159
Figure 76 : Evolution des effectifs de RHS (secteur public)	160
Figure 77 : Densité de médecins par région (2009).....	162
Figure 78 : Densité d'infirmières par région (2009).....	163
Figure 79 : Densité de sages-femmes par région (2009)	164
Figure 80 : Proportion de médecins émigrés selon les années de soutenance	170
Figure 81 : Situation du marché du travail des médecins au Togo (analyse en stock)	170
Figure 82 : Salaires moyens des RHS en Afrique de l'Ouest	174
Figure 83 : Evolution de la part des dépenses de RHS dans le budget de la Santé.....	175
Figure 84 : Répartition du marché des médicaments au Togo (en valeur, prix privés) - 2007	177
Figure 85 : Schéma récapitulatif des circuits d'approvisionnement et de distribution des médicaments au Togo (voir annexe 7.1. des illustrations)	178
Figure 86 : Organigramme de la DPLET.....	179
Figure 87 : Disponibilité des médicaments traceurs selon le type de FS (en %)	189
Figure 88 : Moins bonne disponibilité des MEG dans les USP.....	189
Figure 89 : Comparaison du prix patients de certains médicaments entre différentes FS	192
Figure 90 : Comparaison des prix de certains médicaments entre secteur privé et secteur public	193
Figure 91 : Prix moyens de l'ordonnance prescrite et de l'ordonnance achetée	194
Figure 92 : Facteurs explicatifs de l'accessibilité de médicaments	195

Figure 93 : Augmentation de la couverture vaccinale au Togo depuis 2000.....	197
Figure 94 : Différence de couverture vaccinale par région et par milieu de résidence	198
Figure 95 : Répartition du financement de la vaccination au Togo par source de financement (2007 -2008/2010)..	200
Figure 96 : Inégale répartition des LABM au Togo	202
Figure 97 : Evolution des dépenses de santé du Togo en comparaison avec les autres pays de l’UEMOA.	207
Figure 98 : Répartition des dépenses totales de santé entre sources de financement privé, public et extérieur (en % des dépenses totales de santé).....	208
Figure 99 : Principaux flux financiers dans le système de la santé du Togo (en milliards de FCFA)	208
Figure 100 : Répartition des dépenses de santé par fonction de santé et par agents de santé	210
Figure 101 : Répartition des financements par fonction de santé et par agent de financement	211
Figure 102 : Répartition des dépenses de santé par prestataire de santé et par agent de financement.....	211
Figure 103 : Hausse absolue mais diminution relative de la part du budget global allouée à la santé.....	212
Figure 104 : Evolution des dépenses publiques de santé par tête entre 20001 et 2010.....	213
Figure 105 : Comparaison Budget de la santé en FCFA courants et constants	213
Figure 106 : Répartitions des dépenses du MS par prestataire de soins	215
Figure 107 : Comparaison des dépenses de l’Etat par fonctions de santé entre le Togo, le Bénin, le Mali et le Kenya	216
Figure 108 : Dépenses salariales de santé en 2008	217
Figure 109 : Répartition des dépenses de fonctionnement au niveau central 2009	218
Figure 110 : Evolution des dépenses de fonctionnement et d’investissement de la santé (budget santé).....	219
Figure 111 : Répartition des subventions par région comparée à la population de chaque région	220
Figure 112 : Répartition de la subvention des Indigents entre niveaux de la pyramide sanitaire au Togo.....	223
Figure 113 : Part des paiements directs des ménages en pourcentage des Dépenses totales de santé dans quelques pays d’Afrique	225
Figure 114 : Le financement privé : première source de financement des dépenses de santé au Togo	226
Figure 115 : Comparaison des financements extérieurs pour les pays de l’UEMOA entre 2003 et 2007	228
Figure 116 : Répartition du financement extérieur entre les 10 bailleurs les plus importants	229
Figure 117 : Service de prévention : 1ère fonction de santé financée par les PTFs.....	230

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1 : Superficie et répartition de la population par région 2010.....	30
Tableau 2 : Evolution de la population totale du Togo entre 1960 et 2020	31
Tableau 3 : Données démographiques pour divers pays d’Afrique de l’Ouest.....	34
Tableau 4 : Répartition de l’indice de pauvreté	38
Tableau 5 : Répartition des groupes de travail.....	44
Tableau 6 : Indicateurs de santé liés aux OMD du Togo et leur évolution entre 2000 et 2006.	47
Tableau 7 : Régression logistique des enfants vivants par femme sur différents facteurs de survie de l’enfant	51
Tableau 8 : Régression logistique des enfants dormant ou non sous moustiquaire sur les facteurs d’offre et de demande de moustiquaires.....	56
Tableau 9 : Régression logistique de la possession de MII par ménage sur les facteurs d’offre et de demande de moustiquaires.....	58
Tableau 10 : Régression du traitement par SRO de la diarrhée de l’enfant de moins de 5 ans sur les facteurs d’offre et de demande de soins	69
Tableau 11 : Evolution de quelques indicateurs de santé maternelle au Togo	77
Tableau 12 : Régression logistique des accouchements assistés par un personnel qualifié sur les facteurs d’offre et de demande.....	86
Tableau 13 : Répartition des CDVA au Togo en 2009.....	94
Tableau 14 : Récapitulatif des faiblesses des différentes fonctions du Ministère de la Santé (aux niveaux périphérique).....	118
Tableau 15 : Présentation des différents sous-systèmes d’information sanitaires	122
Tableau 16 : Pourcentage de femmes enceintes recevant les différents soins d’une CPN en 2006 et 2010	141
Tableau 17 : Nombre de personnels de santé (tous secteurs confondus)	159
Tableau 18 : Effectifs existant et normes de RHS au Togo	161
Tableau 19 : Répartition par région des médecins (tous secteurs confondus) (2009).....	161
Tableau 20 : Répartition par région des infirmières (tous secteurs confondus) (2009)	162
Tableau 21 : Répartition par région des sages-femmes (tous secteurs confondus) (2009)	163
Tableau 22 : Recrutements de fonctionnaires en 2008 et 2009	167
Tableau 23 : Pyramide des âges des RHS au Togo	168
Tableau 24 : Départs en retraite.....	168
Tableau 25 : Comparaison des politiques tarifaires du médicament avec des pays de la région	191
Tableau 26 : Récapitulatif du budget santé du Togo en 2008 :.....	217
Tableau 27 : Taux d’exécution des dépenses de santé publiques entre 2004 et 2008.....	220
Tableau 28 : Récapitulatif de la subvention des césariennes au Togo.....	222
Tableau 29 : Comparaison des mutuelles et de leur état de fonctionnement parmi plusieurs pays d’Afrique Sub-Saharienne	226
Tableau 30 : Récapitulatif de la typologie des mutuelles au Togo en 2003.....	227
Tableau 31 : Activités financées par les PTFs au Togo en 2009 : 90% du financement extérieur sont réalisés par 10 bailleurs internationaux	230
Tableau 32 : Régression logistique des enfants vivants par femme sur différents facteurs de survie de l’enfant	238
Tableau 33 : Régression logistique des accouchements assistés par un personnel qualifié sur les facteurs d’offre et de demande.....	241

LISTE DES ACRONYMES

AFD : Agence Française de Développement
AMG : Assistance Médicale Gratuite
AMI : Assistance Médicale Indigène
AMM : Autorisation de Mise sur le Marché
ANRP : Autorité Nationale de Réglementation Pharmaceutique
APD : Aide Publique au Développement
APE : Agent Permanent de l'Etat
ARV : Antirétroviraux
ASC : Agent de Santé Communautaire
BCG : Bacille Calmet Guerin
BIDC : Banque d'Investissement et de Développement de la CEDEAO
BM : Banque Mondiale
BPP : Bonnes Pratiques Pharmaceutiques
CAMEG : Centrale d'Achat des Médicaments Essentiels Génériques
CCSS : Comité de Coordination du Secteur de la Santé
CDMT : Cadre de Dépenses à Moyen terme
CDVA : Centre de Dépistage du VIH Anonyme
CHP : Centre Hospitalier Préfectoral
CHR : Centre Hospitalier Régional
CHU : Centre Hospitalier Universitaire
CMS : Centre Médico-Social
CNAO : Centre National d'Appareillage et d'Orthopédie
CNLS-IST : Conseil Nationale de Lutte contre le SIDA/IST
CNS : Comptes Nationaux de la Santé
CNTS : Centre National de Transfusion Sanguine
COGES : Comité de Gestion
CPN : Consultation Périnatale
CRTS : Centre Régional de Transfusion Sanguine
CSCRIP : Cadre Stratégique pour la Croissance et la Réduction de la Pauvreté
CTA : Combinaisons thérapeutiques à base d'artémisine
DAC : Direction des Affaires Communes
DCI : Dénomination Commune Internationale
DEA : Data Envelopment Analysis
DEPI : Division de l'Epidémiologie
DES : Direction des Etablissements de Soins
DGS : Direction Générale de la Santé
DISER : Division des Informations, Statistiques, Etudes et Recherches
DMS : Durée Moyenne de Séjour
DPFR : Direction de la Planification, de la Formation et de la Recherche
DPLET : Direction des Pharmacies, des Laboratoires et des Equipements Techniques
DPS : Direction Préfectorale de la Santé
DRS : Direction Régionale de la Santé
DS : District Sanitaire
DSSP : Direction des Soins de Santé Primaires
DTC : Diphtérie-Tétanos-Coqueluche (vaccin)

ECD : Equipe Cadre de District
ECR : Equipe Cadre de Région
EDS : Enquête démographique et de santé
ENAM : Ecole Nationale des Assistants Médicaux
ENSF : Ecole Nationale des Sages- Femmes
EPA : Etablissement Public Autonome
FAO : Food and Agriculture Organization
FMI : Fonds Monétaire International
FNUAP : Fonds des Nations Unies pour l'Activité des Populations
FS : Formation Sanitaire
GAVI : Global Alliance for Vaccines
GIEMSA : coloration goutte épaisse
HD : Hôpital de District
IBC : Interventions à Base Communautaire
IDE : Infirmier Diplômé d'Etat
IDH : Indicateur de Développement Humain
IHP+ : International Health Partnership
INAM : Institut National d'Assurance Maladie
INH : Institut National d'Hygiène
ISBLSM : Institution Sans But Lucratif au Service des Ménages
IST : Infection Sexuellement Transmissible
JNV : Journée Nationale de Vaccination
LABM : Laboratoires d'Analyses de Biologie Médicale
LNCQ : Laboratoire National de Contrôle de Qualité des médicaments
LNME : Liste nationale des médicaments essentiels
LNS : Laboratoire national de la santé
MBB : Marginal Budgeting for Bottlenecks
ME : Médicaments Essentiels
MEF : Ministre de l'Economie et des Finances
MEG : Médicaments Essentiels Génériques
MICS : Multiple Indicator Cluster Survey
MII : Moustiquaire Imprégnée d'Insecticide
MS : Ministère de la Santé
OCDI : Organisation de la Charité pour un Développement Intégral
OMD : Objectifs du Millénaire pour le Développement
OMS : Organisation Mondiale de la Santé
ONG : Organisation Non Gouvernementale
ONUSIDA : Organisation des Nations Unies sur le VIH/SIDA
PCD : Postes de Collecte et de Distribution
PCIME : Prise en Charge Intégrée des Maladies de l'Enfant
PDRH : Plan de Développement des Ressources Humaines
PDSD : Plan de Développement Sanitaire des Districts
PEMFAR : Public Expenditure Management and Financial Accountability Review
PEV : Programme Elargi de Vaccination
PIB : Produit Intérieur Brut
PMA : Paquet Minimum d'Activités

PMI : Protection Maternelle et Infantile
PNDS : Plan National de Développement Sanitaire
PNLP : Programme Nationale le Lutte contre le Paludisme
PNLS : Programme Nationale de Lutte contre le Sida
PNLT : Programme National de Lutte contre la Tuberculose
PNP : Politique Nationale Pharmaceutique
PNS : Politique Nationale de Santé
PNUD : Programme des Nations Unies pour le Développement
PPAC : Plan PluriAnnuel Complet pour la Vaccination
PPTE/IADM : Pays Pauvre Très Endetté / Initiative d'Allègement de la Dette Multilatérale
PRA : Pharmacie Régionale d'Approvisionnement (de la CAMEG-TOGO)
PRDS : Plans Régionaux de Développement Sanitaire
PSI : Population Services International (ONG)
PTF : Partenaires Techniques et Financiers
PVVIH : Personne Vivant avec le VIH
QUIBB : Questionnaire des Indicateurs de Base de Bien-Être
ReMeD : Réseau Médicament et Développement
RH : Ressources Humaines
RHS : Ressources Humaines de Santé
RMM : Ratio de Mortalité Maternelle
SISM : Service des Infrastructures Sanitaires et Maintenance
SFE : Sage-Femme Diplômée d'Etat
SMART : Standardized Monitoring and Assessment of Relief and Transition
SNIS : Système National d'Information Sanitaire
SONUB : Soins Obstétricaux et Néonataux d'Urgence de Base
SONUC : Soins Obstétricaux et Néonataux d'Urgence Complémentaires
SRO : Sels de Réhydratation Orale
SSR : Santé Sexuelle et Reproductive
TAA : Taux d'Accouchement Assisté
TDR : Test de Diagnostique Rapide
TME : Transmission Mère-Enfant
TMI : Taux de Mortalité Infantile
TMIJ : Taux de Mortalité Infanto-Juvenile
UE : Union Européenne
UEMOA : Union Economique et Monétaire Ouest-Africaine
UNGASS : United Nations General Assembly Special Session
UNICEF : Fonds des Nations Unies pour l'Enfance
USP : Unité de Soins Périphérique
VAA : Vaccin Anti-Amaril
VAR : Vaccin Anti Rougeoleux
VAT : Vaccin Anti Tétanique
VIH/SIDA : Virus de immunodéficience humaine/syndrome de l'immunodéficience acquise
WDI : World Development Indicators

REMERCIEMENTS

Ce rapport a été rédigé par Mr Salami Machikourou (Consultant AFTHE) et Mlle Juliette Puret (Consultante, AFTHE), sous la supervision de Mr Christophe Lemièrre (TTL, Spécialiste Senior en Santé, AFTHE).

Le rapport s'appuie sur les données collectées et analysées par plusieurs groupes de travail nationaux, dont la composition est décrite dans le Tableau 5 : Répartition des groupes de travail (ci-après). Ces groupes étaient animés par le Ministère de la Santé du Togo, avec le soutien de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) et d'autres Partenaires Techniques et Financiers.

L'équipe de rédaction du rapport souhaiterait remercier les personnes suivantes, pour leur aide précieuse dans la réalisation de ce rapport : Mr Koku Sika Dogbe (Directeur Général de la Santé), Dr Kossi Attisso (Chef du service national de la médecine traditionnelle), Mr Remy Wadagni Sossah (Point Focal RSS/MS), Dr Minzah Pekele (Chargé du programme de Développement des Systèmes et services de sante a l'OMS) et le Dr Romain Potougnima Tchamdja (Point Focal IHP+).

Plusieurs partenaires ont fourni à l'équipe des données très importantes. Il s'agit notamment de l'UNICEF (Mme Viviane Van Steirtegham, Représentante Résidente), de UNFPA (Mme Cécile Mukarubuga, Représentante Résidente) et de l'Agence Française de Développement (Mr Olivier Cador, Directeur Adjoint).

Au sein de la Banque Mondiale, les collègues suivants ont contribué à améliorer le présent rapport : Mr Herve Assah (Représentant Résident au Togo), Mme Agnès Couffinhal (Economiste Senior en Santé), Mme Maureen Lewis (Conseiller Economique), Mme Montserrat Meiro-Lorenzo (Spécialiste Senior en Santé), Mme Georgiana Pop (Consultant), Mr Jean-Jacques de Saint-Antoine (Spécialiste Principal en Opérations), Mr Yemdaogo Tougma (Economiste), et Mr Moulay Driss Zine Eddine El Idrissi (Economiste Senior en Santé),

La réalisation du rapport a bénéficié du soutien financier de l'*Initiative for Health Partnership* (IHP+).

Enfin, cet exercice n'aurait pas été possible sans la constante bienveillance de Mr le Représentant Résident de l'OMS (Dr Pierre M'Pele) et surtout de Son Excellence le Ministre de la Sante, Mr Komlan Mally.

Que tous soient remerciés pour leur appui.

RESUME ANALYTIQUE

1. Analyse sectorielle santé au Togo : principaux constats

Les indicateurs de santé ont peu progressé depuis 10 ans

La mortalité infantile

Même si la mortalité infantile (123‰ en 2010) a diminué depuis 1990 (probablement avec les progrès considérables du Togo en matière de vaccination), cette diminution s'est ralentie sur les dernières années. Elle a même stagné depuis 2006. Trois facteurs expliquent une large part de la mortalité infantile : le paludisme, la malnutrition et les causes néonatales.

La forte prévalence du **paludisme infantile** au Togo paraît s'expliquer surtout par un difficile accès géographique et financier à un traitement adéquat (à base de combinaison d'Artémisinine). Moins de 15% des enfants avec fièvre reçoivent un tel traitement. Il faut souligner aussi la faible implication des personnels communautaires (Agents de Santé Communautaire) dans le traitement des cas de paludisme, situation qui pourrait être rapidement améliorée avec une politique de renforcement du niveau communautaire.

A l'inverse, sur le plan de la prévention, un effort considérable de distribution de moustiquaires imprégnées et de sensibilisation à leur utilité a été observé (nouvelle distribution de moustiquaires imprégnées prévue en septembre 2011), d'autant plus auprès des populations les plus à risque, à savoir les plus pauvres vivant en milieu rural. Mais le taux de possession et le taux d'utilisation (57% des enfants en 2010) des moustiquaires imprégnées demeure encore insuffisant pour observer une diminution réelle de la prévalence du paludisme. L'analyse statistique des résultats des MICS (3 et 4) a montré que les ménages togolais sont bien informés sur l'importance des moustiquaires et n'ont pas de réticences à les utiliser. Cette analyse suggère aussi que la disponibilité des moustiquaires au sein des ménages est le seul véritable goulot d'étranglement. Cela prouve la pertinence de la politique de prévention suivi par le Gouvernement et justifie une allocation plus importante de moyens pour cette politique.

En matière de **malnutrition infantile**, le Togo n'a pas présenté de réels progrès depuis 10 ans. Un enfant togolais sur trois souffre toujours d'un retard de croissance en 2010. On note même une augmentation de la malnutrition chronique entre 2006 et 2010. Ces constats sont d'autant plus alarmants que des progrès réels ont été observés en termes de pratique d'allaitement exclusif jusqu'aux six mois de l'enfant (63% des enfants en 2010). A la différence du paludisme, il reste à élaborer et surtout à mettre en œuvre une politique forte sur la nutrition, politique qui devra être multisectorielle et communautaire.

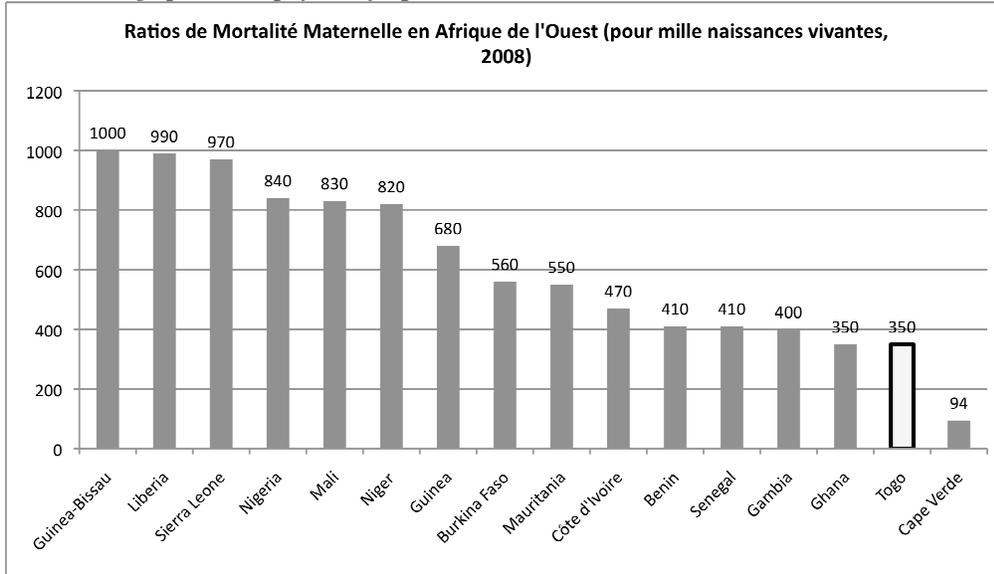
Enfin, le traitement adéquat des cas de diarrhée et de pneumonie est limité par sa faible accessibilité financière. L'accès financier aux soins primaires est à améliorer par des mécanismes de subventionnement de la demande, entre autres. De plus, des distorsions importantes entre les régions sont observables au niveau de l'offre de soins, comme le montre l'accès aux Sels de Réhydratation Orale (SRO), qui est faible même dans la région de Lomé, pourtant la mieux dotée en infrastructures sanitaires.

Au sein de la mortalité infantile, la **mortalité néonatale** est celle qui a le moins baissé sur la période récente. Il est probable que cette situation soit liée à la même stagnation enregistrée sur la mortalité maternelle. Ce point est exploré dans la section suivante.

La mortalité maternelle

Même si le Togo enregistre un des plus faibles taux de mortalité maternelle de la sous-région (350 décès maternels pour 100,000 naissances vivantes), les progrès en la matière se sont ralentis ces dernières années. En particulier, le Togo n'atteindra pas en 2015 les objectifs définis par les OMD (un taux de mortalité maternel de 160 pour 100,000 naissances vivantes).

Place du Togo parmi les pays d'Afrique de l'Ouest en termes de mortalité maternelle



Source : Global Health Observatory – WHO (2008)

Les principales interventions à haut impact pour réduire la mortalité maternelle sont (i) les accouchements assistés par un personnel de santé qualifié, (ii) le recours aux CPN et (iii) le recours de césarienne. Seul ce dernier indicateur connaît une progression positive sur la période 2002-2009, passant de 2% à 5% des accouchements. A l'inverse, les deux premiers enregistrent une stagnation sur la période 2006-2010, expliquant ainsi le ralentissement de la réduction de la mortalité maternelle au Togo.

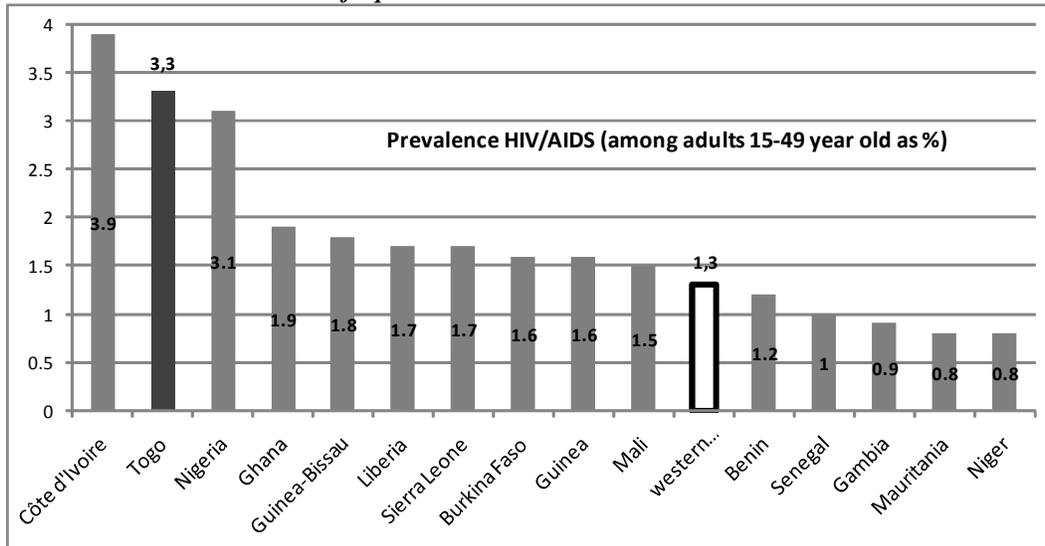
Ainsi, le **taux d'accouchement assisté** (TAA) n'est que de 60% en 2010, en légère baisse par rapport à 2006 (62% en 2006). Ce taux relativement bas s'explique essentiellement par les faiblesses de l'offre de soins (en particulier, l'insuffisance des effectifs de personnel qualifié dans les zones rurales) et par les coûts élevés de ces soins. De plus, les services de soins maternels sont non seulement insuffisamment utilisés par la population, mais ils sont aussi de faible qualité, comme en témoignent les taux de létalité et l'insuffisante disponibilité des médicaments et équipements dans les maternités.

Enfin, il faut ajouter que les **forts taux de fécondité** contribuent aussi à la mortalité maternelle. Avec 4 enfants par femme, la forte fécondité au Togo augmente le nombre de grossesses chez les adolescentes (i.e. grossesses à risque) et accroît la part des **avortements** (souvent réalisés dans de mauvaises conditions).

La lutte contre le SIDA

La prévalence du SIDA demeure élevée au Togo (3,3% contre 1,3% en moyenne en Afrique de l’Ouest). Les femmes enceintes présentent une prévalence importante : la PTME doit donc être renforcée et faire partie intégrante de la politique nationale de santé. Par ailleurs, la sensibilisation des professionnelles du sexe est à renforcer aussi, compte tenu de la prépondérance du SIDA au sein de ce groupe cible.

Prévalence du VIH-SIDA en Afrique de l’Ouest



Le Gouvernement semble néanmoins apporter une grande priorité à l’atteinte de l’ODD 6, au vu du financement relativement important accordé à la prévention et à la mise sous traitement ARV des PVVIH. Mais encore trop peu de malades bénéficient de la gratuité des ARV.

Les pratiques des communautés et des ménages ne contribuent pas à l’amélioration de la santé

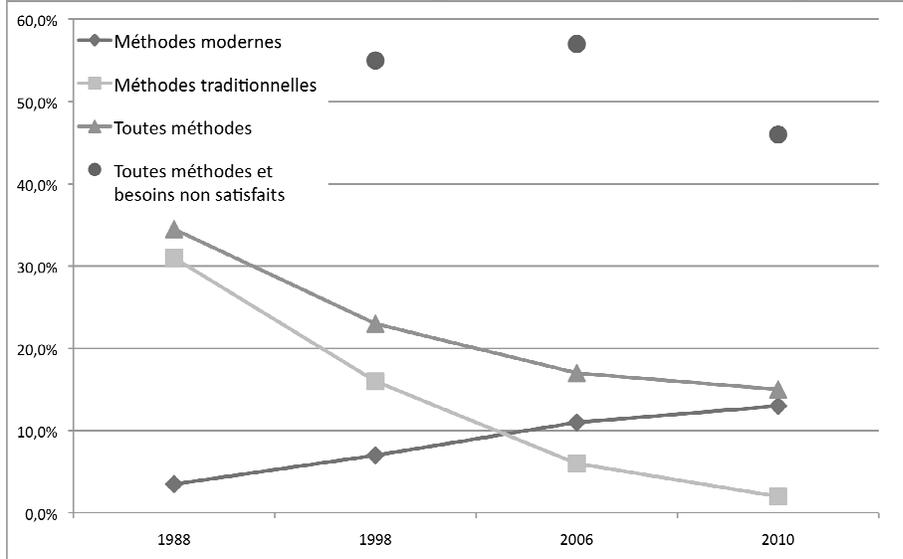
Concernant les pratiques et habitudes des populations alimentaires et d’hygiène, de nombreux efforts sont à mettre en œuvre.

Même si l’allaitement exclusif est pratiqué de plus en plus par les femmes togolaises (63% des enfants en bénéficient en 2010), la prévalence de la malnutrition demeure importante, rendant compte de progrès toujours importants à réaliser dans ce domaine. La consommation de micronutriments est encore très faible. Des campagnes de distribution de vitamine A et de zinc permettraient de lutter contre la malnutrition et la diarrhée. Mais un des constats les plus alarmants est la stagnation voire la dégradation des pratiques d’accès à l’eau moderne et aux installations sanitaires modernes, ce qui expose la population à un risque élevé d’épisodes diarrhéiques et de malnutrition.

Sur le plan de la fécondité, le Togo fait encore face à des taux élevés d’enfants par femme (4 enfants). La contraception reste peu utilisée. Le taux d’utilisation des moyens modernes de contraception a peu progressé (de 7% en 1998 à 13% en 2010). Celui des moyens traditionnels a

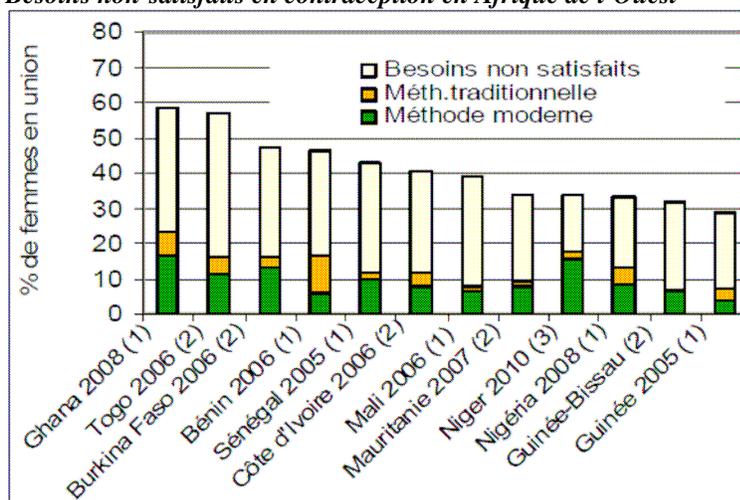
diminué encore plus vite, menant à **une situation alarmante où la prévalence de la contraception (toutes méthodes confondues) est moins forte aujourd'hui qu'il y a 20 ans.**

Evolution de l'utilisation de la contraception (traditionnelle et moderne) parmi les femmes en union



Même si la transition démographique est engagée au Togo, les forts taux de fécondité du passé ont entraîné un poids important des jeunes dans la population, ce qui génère des surcoûts considérables pour les services sociaux et ne favorise pas la croissance économique. Le Togo dispose pourtant d'un atout unique. **La demande de contraception (notamment sa part non satisfaite) y est l'une des plus fortes de la sous-région. C'est une opportunité que le Gouvernement ne devrait pas rater.**

Besoins non-satisfaits en contraception en Afrique de l'Ouest



Sources : (1) enquêtes DHS <http://www.measuredhs.com/countries/>
 (2) enquêtes MICS http://www.unicef.org/wcaro/documents_publications_2413.html
 (3) enquête sur la prévalence contraceptive. République du Niger, Ministère de la Santé Publique/IDEACONSULT International. Tunis, Tunisie 20 août 2010

Les pratiques de recours aux soins ne sont pas satisfaisantes. Les données QUIBB 2006 indiquent que 62% des ménages vivent à moins de 30 minutes d'un centre de santé et ont donc un accès plus ou moins convenable au service de santé. 66% des individus enquêtés ont eu recours au système de soins. Pour les personnes malades qui n'ont pas eu recours aux soins, la raison majeure de non consultation a été le prix prohibitif des soins.

Pour pallier ce faible recours aux soins au Togo, les interventions à base communautaires peuvent être une solution efficace. Cependant, leur succès a beau avoir été prouvé dans des programmes tels que la lutte contre l'onchocercose, les campagnes de vaccination ou encore la lutte contre le SIDA, le Togo souffre entre autres d'un manque d'Agents de Santé Communautaire (ASC) pour mener à bien ces interventions. Dans le cadre d'une politique de santé visant les indigents et les groupes vulnérables (tels que les femmes enceintes et enfants de moins de cinq ans), l'appui aux interventions à base communautaire est une nécessité.

La gouvernance institutionnelle et le pilotage du système de santé restent marqués par une excessive centralisation

Malgré l'engagement du Togo dans la déconcentration de son système de soins, le fonctionnement quotidien du système démontre encore **une forte centralisation de la gestion du système de soins**. Les niveaux centraux (MS) et régionaux (DRS) concentrent encore l'essentiel des ressources, même si la déconcentration au profit des Districts Sanitaires (DPS et ECD) progresse chaque année. Cette situation est aggravée par l'absence de mise en œuvre d'une véritable planification ascendante. Un autre problème auquel est confronté le MS est celui de l'insuffisante coordination entre les activités des directions nationales et avec les échelons déconcentrés. Ce manque de coordination est prépondérant tant au niveau national (entre les différents niveaux de la pyramide sanitaire) qu'au niveau international (interférence des programmes verticaux rendant difficile la planification des activités).

Le système d'information sanitaire présente de nombreux dysfonctionnements, étant composé de divers sous-systèmes éparpillés dans différentes directions. Il souffre d'un manque de personnel qualifié dans la collecte et le traitement adéquat des données, et l'absence de contrôle des données mène à une information de faible qualité.

De plus, même si la stratégie nationale de santé cible des interventions prioritaires (comme le renforcement du cadre institutionnel et la santé maternelle et infantile), certaines autres priorités telles que la Gestion des Ressources Humaines ou encore l'accès effectif aux soins ne sont pas mentionnés. D'une manière générale, les objectifs sont surtout peu liés à leur impact prévisible sur l'état de santé. Ces problèmes limitent fortement la capacité du MS dans son plaidoyer avec le Ministère des Finances et avec les Partenaires Techniques et Financiers (PTFs).

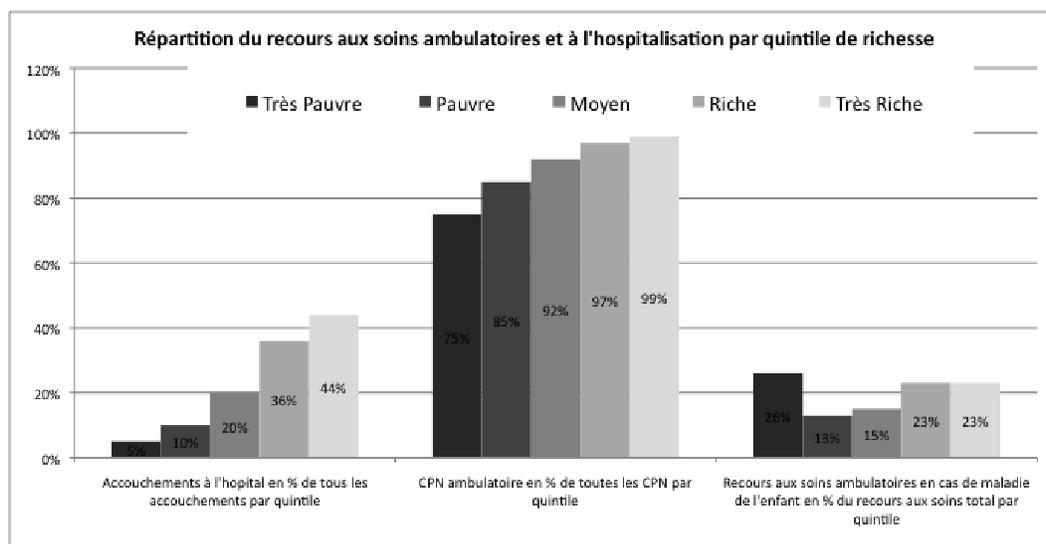
Dans le secteur public, les services de soins sont peu utilisés et faiblement performants

Le niveau d'utilisation des services publics de soins reste faible. Le taux d'utilisation des services ambulatoires ne progresse que lentement et irrégulièrement et n'atteint aujourd'hui (2009) que 30%. En 2010, pour 60% des enfants malades, leur mère est allée chercher des soins

à l'extérieur, mais avec une partie croissante auprès de structures traditionnelles / familiales (MICS 2010). Il semblerait que les togolais aient de moins en moins confiance dans le système public de santé (du moins au niveau primaire) pour se tourner de plus en plus vers les boutiques et soignants traditionnels. Les taux sont meilleurs en ce qui concerne le recours aux soins par les femmes enceintes (87% pour la première CPN).

Concernant les taux d'hospitalisation, leur progression est assez importante sur la période 2005-2009 (hausse de 57% pour toutes les régions).

Ces évolutions demeurent néanmoins inquiétantes et peuvent s'expliquer notamment par les faibles progrès en matière de qualité des soins, même si les données sont rares sur ce point, et par un accueil dégradé des patients. Le système de soins reste aussi très inéquitable, en particulier pour les prestations hospitalières (séjours d'hospitalisation, accouchements compris).



La faible performance des services publics de soins s'explique par plusieurs facteurs. En premier lieu, un manque d'accessibilité des soins est observable, comme on l'a vu précédemment. La cohérence de la pyramide sanitaire est limitée, comme l'illustrent les défaillances du système de référence. Les établissements souffrent aussi de la mauvaise répartition du personnel de santé. La disponibilité relativement réduite des médicaments (au niveau des établissements) ne rend pas non plus ces établissements très attractifs. Enfin et surtout, malgré un engagement du Ministère sur la contractualisation, la définition du pilotage des services de soins n'est pas suffisamment claire. Peu d'établissements ont aujourd'hui une visibilité sur les objectifs qui leur sont assignés. De même, les modalités de financement des services de soins ne permettent pas de lier financement reçu et activité réelle. Du reste, le niveau d'autonomie de gestion des établissements (notamment sur les plans financiers et des ressources humaines) est encore modeste. A titre d'exemple, avant de recruter un personnel sur leur propre budget, les hôpitaux « autonomes » doivent obtenir une approbation du niveau central.

Une réorganisation du secteur public paraît donc souhaitable à la fois (i) pour mieux piloter les établissements sur le plan des résultats et (ii) pour leur donner une plus grande autonomie sur le plan de la gestion.

Les Ressources Humaines en santé sont très inégalement réparties sur le territoire

La disponibilité des RHS reste encore insuffisante, même si les effectifs sont déjà supérieurs aux normes minimales de l'OMS. La situation la plus inquiétante concerne les médecins et surtout les spécialistes. On note que le Togo souffre d'une migration assez élevée de ses médecins (40% des nouveaux diplômés en médecine chaque année), même si l'impact de ce phénomène sur la disponibilité des RHS est probablement négligeable. Au final, pour accroître le nombre de personnels de santé, le véritable goulot d'étranglement est moins la capacité de recrutement du Ministère de la Santé que la capacité de production des personnels (i.e. écoles de formation).

La distribution géographique des RHS est extrêmement inéquitable au Togo. C'est particulièrement le cas des médecins, dont 75% sont concentrés dans la capitale. De toute évidence, les prochains recrutements de médecins devront être accompagnés de sérieuses garanties que ces nouvelles recrues s'installent effectivement en dehors de Lomé (i.e. recrutement sur poste). On note aussi l'absence de politique pour inciter les personnels à s'installer en zone rurale. De plus, le Togo est un des rares pays africains où l'ensemble des écoles de santé sont regroupées dans la capitale, situation qui favorise encore plus cette iniquité de distribution.

La performance des RHS est probablement faible, même si très peu de données sont disponibles. Les niveaux de salaires sont dans la moyenne sous-régionale. Mais la qualité de la formation s'est probablement dégradée (étant donnée la diminution du nombre d'enseignants expérimentés). L'absence de gestion à la performance des fonctionnaires contribue aussi à réduire la motivation des personnels.

Si de réels progrès ont été enregistrés en matière de vaccination, les médicaments et produits sanguins sont encore insuffisamment accessibles

En ce qui concerne les **médicaments**, leur accessibilité reste encore insuffisante, autant pour des raisons de faible accessibilité géographique (des structures de dispensation) que pour des raisons liées aux sur-prescriptions et aux prix unitaire des médicaments.

Beaucoup des structures (publiques et privées) dispensant des médicaments sont encore très concentrées dans le Sud du pays. De plus, dans les structures publiques, le taux de disponibilité des médicaments essentiels se situe autour de 80%, ce qui est encore insatisfaisant (mais en ligne avec les résultats atteints par les pays voisins). Les ruptures semblent le résultat à la fois (i) des faiblesses de gestion des stocks par les hôpitaux de districts et régionaux et (ii) des difficultés de la CAMEG.

Un autre obstacle important à l'accès de tous aux médicaments est le niveau des prix des médicaments. Le financement du médicament au Togo pèse en effet fortement sur les ménages (94% des dépenses en médicaments sont directement supportées par les ménages). Les taux de marges semblent insuffisamment respectés par les formations sanitaires, ce qui peut expliquer le prix élevé de certains médicaments. De même, le nombre moyen de médicaments prescrits par ordonnance paraît excessif. Ces deux problèmes accroissent mécaniquement le prix des ordonnances. Cette situation est probablement liée à l'insuffisance des subventions publiques

pour les FS, qui doivent se financer essentiellement sur la vente des médicaments, les poussant ainsi à des sur-prescriptions et au non-respect des marges. Cette situation alimente inévitablement un marché illicite très important, dont nous ne pouvons mesurer l'ampleur exacte. Il est donc probable que le prix du médicament au niveau des formations sanitaires ne pourra pas baisser sans une révision radicale du mode de financement de ces formations. Un effort est nécessaire aussi pour la sensibilisation aux bonnes pratiques de prescription.

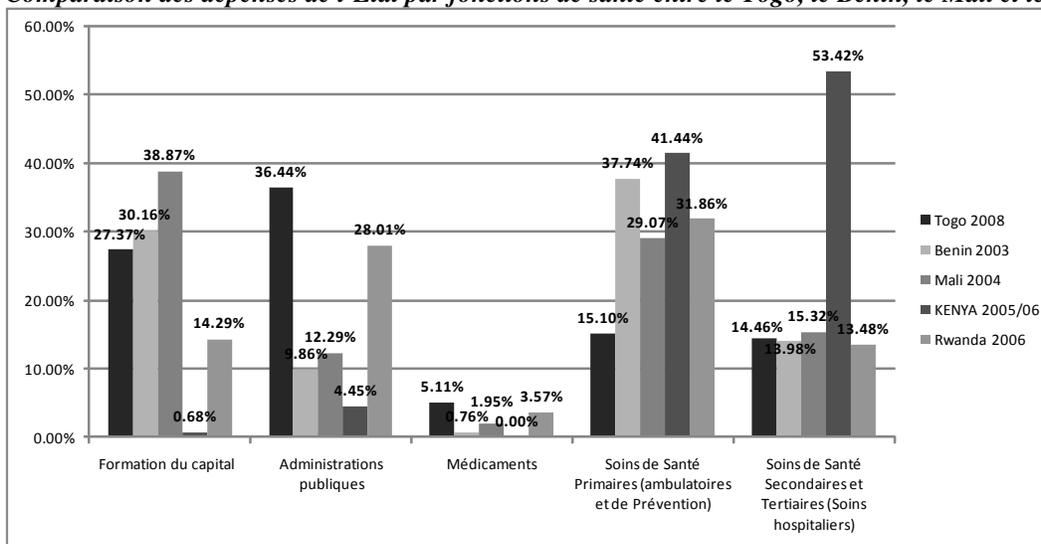
Concernant la stratégie de **vaccination**, le Togo présente une amélioration de la couverture vaccinale mais pas encore suffisante (légèrement supérieure à 80% de la population). Le principal défi de ce sous-secteur réside dans la très fragile pérennité de son financement, encore largement dépendant des PTFs et surtout de GAVI. Il est pourtant clair que les efforts du Togo en matière vaccinale ont eu un impact majeur sur la santé des enfants et explique probablement l'essentiel de la baisse de la mortalité infantile sur les dernières années.

Le financement public de la santé est faible, peu efficient et encore très inéquitable

Le financement par le Ministère de la Santé représente aujourd'hui 6 % du budget de l'Etat, ce qui est en baisse par rapport aux montants de 2006 (6,5%), mais reste significatif au vu des autres pays de la sous-région. Plus inquiétant, ce financement, lorsqu'il est rapporté au nombre d'habitants et lorsqu'il est exprimé en FCFA constant, est en baisse absolue. Au total, l'espace budgétaire (« *fiscal space* ») au profit de la santé est resté faible, voire a diminué.

De plus, les dépenses actuelles ne ciblent pas les interventions les plus efficaces et les plus favorables aux pauvres : le MS finance avant tout les dépenses administratives et hospitalières, dépenses qui par nature bénéficient très peu aux plus pauvres. De même, l'essentiel des dépenses concerne l'offre de soins et très marginalement la demande. Qui plus est, les rares dispositifs de gratuité (ou d'exemption de frais) sont insuffisamment financés, peu clairs sur le champ des prestations financées et mal contrôlés.

Comparaison des dépenses de l'Etat par fonctions de santé entre le Togo, le Bénin, le Mali et le Kenya



La gestion des flux financiers semble performante, compte tenu des taux d'exécution des dépenses de santé selon les différents niveaux de la pyramide sanitaire. Mais ce bon résultat semble largement expliqué par la faiblesse des investissements (dont les taux d'exécution sont toujours traditionnellement moins élevés).

Le financement du système de soins par les ménages (50,5% des dépenses de santé) reste donc essentiel, comme dans d'autres pays de la sous-région. Les mécanismes de partage de risques étant quasi inexistant, ceci contribue à l'appauvrissement des ménages togolais. Une particularité du Togo est la quasi-absence de mutuelles.

Enfin, le financement extérieur (PTFs) est assez faible (moins de 18% des dépenses de santé) comparativement aux autres pays de la sous-région (20% pour le Niger et le Bénin, près de 30% pour le Mali et le Burkina, et plus de 40% pour la Guinée Bissau). De plus, il demeure relativement volatile, ce qui ne permet pas d'assurer une pérennité des financements de la santé au Togo.

2. RECOMMANDATIONS : Une meilleure organisation du système de santé pour de meilleurs résultats sanitaires

Un pilotage du système de santé plus cohérent et plus proche des réalités du terrain

Un des principaux constats issus de l'analyse de la gouvernance du système de santé au Togo est la faiblesse de mise en œuvre du principe de déconcentration au profit des structures de santé périphériques. Les formations sanitaires de type CMS, USP et PMI n'ont par exemple aucun rôle dans le recrutement de leur personnel de santé. Les ECD/ECR et les COGES n'ont en pratique que très peu de marge de manœuvre dans la mise en œuvre des politiques sanitaires. Un effort de **déconcentration des prises de décision** (notamment en matière de gestion des ressources humaines et de gestion financière) devrait donc être engagé.

Avec une **meilleure représentativité des COGES** (définition de statuts officiels, formation des membres sur leur rôle, sensibilisation des populations sur le rôle des COGES), la déconcentration serait plus facile à mettre en œuvre.

De plus, la **planification ascendante** des politiques sanitaires reste encore très théorique. Basé en principe sur les plans des différentes instances périphériques, le processus actuel de planification sanitaire n'aboutit pas véritablement à une prise en considération réelle des besoins des structures de santé périphériques.

Le système de déconcentration ne peut finalement fonctionner que si **un mécanisme de coordination entre les différents échelons de la pyramide sanitaire, mais également au niveau central**, est mis en place et est effectif. La cellule de coordination du niveau central doit être renforcée, et une certaine rigueur au niveau de la périodicité des réunions doit être observée.

Mais toute politique sanitaire ne peut être définie correctement sans **un système d'information sanitaire cohérent et exhaustif**. Le SNIS aujourd'hui au Togo ne permet pas au gouvernement de se baser sur les réalités sanitaires du terrain. Une définition des fonctions de chaque sous-système doit être effectuée afin de coordonner ces sous-systèmes. Un effort d'informatisation des structures de santé, du moins des FS des niveaux intermédiaire et central, serait nécessaire pour collecter l'information plus efficacement. La formation du personnel de santé dans la collecte et le traitement des données sanitaires est également nécessaire pour que le processus de veille sanitaire soit effectif.

La définition des politiques de santé : maintenir le ciblage des OMD et intégrer des priorités de santé non traitées

Les différents PNDS et autres plans stratégiques définis au Togo ciblent effectivement des interventions prioritaires (comme le renforcement du cadre institutionnel et la santé maternelle et infantile).

Concernant la santé infantile :

Pour la prévention du paludisme chez les enfants, le programme de distributions de moustiquaires doit être maintenu. L'analyse des données MICS a montré qu'il n'y avait pas de réticences culturelles à utiliser les moustiquaires lorsque celles-ci sont disponibles. Pour le traitement des cas de paludisme, les ASC semblent adéquatement formés mais manquent souvent de moyens (médicaments et kits de diagnostic). Un meilleur approvisionnement des formations sanitaires et des ASC est une priorité afin d'élever la proportion d'enfants atteints de paludisme soignés avec un traitement adéquat (médicament ACT). La lutte contre la malnutrition doit également demeurer une priorité d'intervention sanitaire au Togo. La malnutrition chronique est en hausse ces dernières années et les régions septentrionales continuent de présenter une forte prévalence de la malnutrition globale. Un renforcement des distributions de vitamine A et de zinc paraît indispensable, ainsi que la promotion de la consommation d'un sel en teneur adéquate en iode. Par ailleurs, les efforts réalisés en termes de promotion de la pratique d'allaitement exclusif ont montré de bons résultats en termes de pourcentage d'enfants concernés, mais doivent être maintenus pour que des résultats en termes de réduction de la malnutrition soient observables à long terme. Enfin, les politiques de vaccination, bien qu'elles aient montré des résultats largement positifs, doivent être maintenues. Un accent devrait être porté sur la stratégie mobile de vaccination. En effet, les personnels de santé et ASC en charge de mener les vaccinations mobiles manquent de moyens (techniques et financiers) pour atteindre les enfants des ménages les plus isolés. Doter les personnels responsables en motos et carburant permettrait par exemple d'améliorer cette stratégie mobile, nécessaire pour atteindre une couverture vaccinale supérieure à 90%.

Concernant la santé maternelle :

Encore trop peu de femmes accouchent au sein de structures de santé et surtout en étant assistées par un personnel de santé qualifié. L'accès des femmes aux SONUB/SONUC est à améliorer, en réhabilitant les structures de soins et en mettant à leur disposition des équipements et kits d'accouchements par exemple, ainsi qu'un personnel de santé qualifié. Ceci sous entend deux types d'interventions détaillés dans les paragraphes suivants : (i) une intervention en termes d'investissement additionnel en équipement vers les FS ; et (ii) un renforcement de la formation et de la distribution géographique des personnels de santé.

Concernant la maîtrise de la fécondité :

Comme indiqué précédemment, le Togo bénéficie d'un atout unique en Afrique de l'Ouest : une très forte demande en contraception. Cette opportunité devrait être saisie pour développer et mettre en place une **politique facilitant l'accès aux moyens contraceptifs**. Cela suppose d'améliorer la chaîne d'approvisionnement en contraceptifs (voir ci-dessous), mais aussi de sensibiliser les hommes afin d'**accroître l'autonomie de décision des femmes**.

Améliorer l'accès effectif des populations aux services de santé

Un des constats majeurs de ce rapport est la trop faible accessibilité des soins de santé au Togo : 62% des ménages seulement ont accès à un centre de santé (c'est-à-dire sont situés à moins de 30 minutes d'un centre de santé). La densité de formations sanitaires reste donc très insuffisante. De plus, les formations existantes sont mal réparties sur le territoire, avec une concentration dans les zones urbaines au détriment des populations rurales.

Ainsi une des recommandations majeures serait d'une part **un important effort d'investissement en termes de construction et de réhabilitation des formations sanitaires**. La construction de nouvelles structures de santé dans les zones les plus éloignées (telles que les régions des Savanes et Centrale) permettrait dans un premier temps d'accroître l'accès géographique aux soins de santé. Dans un second temps, une réhabilitation des Formations Sanitaires existantes - mais qui ne sont plus aux normes – pourrait être lancée. Dans tous les cas, la préparation d'un plan d'investissement (basé sur une carte sanitaire actualisée) est indispensable, pour s'assurer que les investissements hautement prioritaires soient mis en œuvre.

Pour autant, construire ou réhabiliter des formations sanitaires ne peut suffire pour améliorer l'utilisation du système de soins. Ces formations doivent aussi être fonctionnelles (cf. sections suivantes sur les médicaments et sur le personnel) et produire de la qualité et de la performance. Sur ce dernier point, **une redéfinition et mise en application effective de l'approche contractuelle entre Etat et FS** est nécessaire. Elle ne devrait pas cibler uniquement le secteur privé, mais concerner tous les types de formations sanitaires, y compris celle du secteur public. Elle pourrait être accompagnée d'un financement innovant tel que le **Financement Basé sur les Résultats (FBR)**. Un tel financement permettrait de motiver les personnels de santé à atteindre des résultats de qualité, ce qui induirait une demande de soins plus importante. Il permettrait aussi d'améliorer le financement des formations sanitaires, beaucoup d'entre elles étant aujourd'hui devenues trop dépendantes du recouvrement des coûts.

Enfin, le système hospitalier pourrait être plus efficient et plus performant. **Une réforme du système hospitalier** pourrait être envisagée afin de rectifier certaines limites que rencontrent actuellement les établissements hospitaliers dans leur fonctionnement : pénurie de personnel qualifié et d'équipement, statuts peu clairs, manque d'harmonisation de la tarification des actes, faiblesse du système de référence entre niveaux de la pyramide sanitaire...

Accroître les effectifs de personnels de santé, en améliorant leur performance et leur répartition géographique.

Comme mentionné dans la section précédente, les faiblesses liées aux ressources humaines de santé limitent considérablement la population dans son accès à des soins de qualité.

Trois dysfonctionnements majeurs sont à adresser :

La pénurie de personnel de santé : Beaucoup de formations sanitaires ne disposent de personnel de santé en quantité suffisante, même dans la région de Lomé. La création de postes additionnels est déjà en cours mais doit rester une priorité du gouvernement pour atteindre un nombre suffisant de personnels de santé. La mise en place d'approches différenciées de formation à court terme proposée par l'analyse sectorielle IHP+ est à appuyer : former les médecins généralistes à la chirurgie d'urgence permettrait en effet de pallier rapidement la pénurie de chirurgiens, notamment dans les structures périphériques de santé.

L'inéquitable répartition géographique des ressources humaines. Les régions septentrionales et rurales en général souffrent d'une pénurie accrue de personnel de santé (et notamment de sages-femmes). Une réallocation géographique des personnels de santé pourrait se faire au travers d'un mécanisme de recrutement sur poste. Cela supposerait aussi une certaine déconcentration de la gestion des RHS et la mise en place d'un paquet d'incitations (prime,

logement et surtout bourse de spécialisation). Par ailleurs, la création ou le renforcement des écoles de sages-femmes et assistants médicaux en zone rurale permettra de former sur place des personnels moins réticents à vivre et travailler en zone rurale. Le Togo est en effet un des rares pays africains à n'avoir quasi aucune école paramédicale en dehors de la capitale.

L'insuffisante performance des personnels. Force est de constater que la qualité des soins fournis par les personnels demeure insuffisante et que cela contribue à expliquer (en partie du moins) la très faible fréquentation des structures de santé. Cette insuffisante qualité est liée non seulement à des déficiences dans la formation initiale et continue, mais aussi à une faible motivation des personnels. L'approche contractuelle pourrait être un cadre de développement d'un système d'incitation financière tel que le Financement Basé sur les Résultats : un tel dispositif induit en effet une incitation du personnel de santé à la performance.

Faire du secteur privé un partenaire à part entière

L'activité spécifique du secteur privé n'a pas été analysée dans ce rapport, faute de données précises sur ce secteur. Ceci rend compte de l'absence de prise en considération de ce secteur alors qu'il contribue largement au système de santé du Togo.

Comme indiqué à plusieurs reprises, l'approche contractuelle, redéfinie en 2003, doit être renforcée radicalement, afin de mettre en lien secteurs public et privé.

Faciliter l'accès aux médicaments à moindre coût et de bonne qualité

Les constats de dysfonctionnement du secteur pharmaceutique sont nombreux. Le plus important est la faible accessibilité géographique et financière des médicaments (démontrée dans le cas du traitement de la diarrhée, du paludisme et de la pneumonie entre autres). Ce problème ne peut être réglé seulement par des politiques pharmaceutiques. Il est en effet essentiel de **réintroduire un financement significatif au profit des formations sanitaires, éventuellement sous forme de Financement Basé sur les Résultats (FBR)**. Ce financement permettrait de reconstituer le fonds de roulement des FS. Il réduirait aussi l'incitation à sur prescrire et à ne pas respecter les taux de marge (deux pratiques fréquentes dans les FS et qui s'expliquent par leur besoin de maximiser leurs recettes). De plus, le FBR pourrait inclure des indicateurs de bonne qualité des soins prescrits.

Pour autant, cette politique devrait s'accompagner d'un **effort de sensibilisation sur les bonnes pratiques de prescription**. Un **renforcement de la CAMEG** paraît aussi indispensable, étant donné sa fragilité financière, qui réduit fortement sa capacité de négociation avec les fournisseurs.

Autre problème, celui du **contrôle de la qualité des médicaments**, quasi inexistant sur le territoire. La définition d'une instance responsable à part entière du contrôle de la qualité des médicaments en circulation sur le territoire est donc indispensable.

Financer la santé de façon plus équitable et plus efficace

Trois constats majeurs peuvent être faits sur le système de financement de la santé ont été :

- le gouvernement n'alloue pas de manière équitable ses dépenses publiques (concentration au niveau central avec des dépenses administratives démesurées, et allocations non basées sur les coûts réels et l'activité des formations sanitaires) ;
- les ménages supportent encore largement le poids du financement de la santé ; et
- l'intervention financière des PTFs, trop volatile, ne contribue pas à la pérennité du financement de la santé au Togo.

De manière générale, **le financement total public demeure insuffisant** : il devrait constituer une part plus importante du budget global (contrairement aux 6% actuels).

Ce financement pourrait aussi être plus efficace. Les (maigres) subventions versées aux formations sanitaires ne sont pas liées à leur activité réelle et restent encore trop arbitraires.

L'allocation des subventions doit se faire également vers les formations sanitaires offrant les

soins ambulatoires (FS périphériques par exemple), et non uniquement vers les centres hospitaliers (CHD/CHR et CHU) comme c'est le cas actuellement.

Par ailleurs, la part des dépenses administratives publiques (40% des dépenses publiques) est manifestement excessive. Au minimum, **une étude doit être réalisée pour explorer le contenu de ces dépenses administratives.**

Pour pallier la trop forte part du financement de la santé supportée par les ménages, des **systèmes de mutualisation du risque maladie** devraient être appuyés. Le Togo ne présente actuellement pas de bons résultats en termes de création et de gestion des mutuelles de santé. En attendant une couverture universelle d'assurance maladie, l'appui aux micro-assurances de santé serait envisageable. L'Etat doit par ailleurs respecter ses engagements concernant les mécanismes de **gratuité** de certains soins (césariennes, ARV) qui ne sont pas totalement fonctionnels actuellement. Le **fonds des indigents** doit être mieux financé, contrôlé et surtout bénéficier d'un dispositif rénové de ciblage des plus pauvres.

Réaliser plusieurs études, afin de mieux définir les politiques de santé les plus appropriées

Comme on l'a vu, il existe encore peu d'informations pour permettre un pilotage stratégique du système de santé togolais. Certes une enquête ménage MICS4 a été réalisée en 2010, mais il y a besoin impératif de lancer une grande **enquête sur les formations sanitaires**. Cette enquête devrait absolument inclure le secteur privé, qui s'est beaucoup développé récemment et dont beaucoup d'acteurs considèrent même qu'il est aujourd'hui le premier fournisseur de prestations de soins (du moins ambulatoires) dans le pays. Cette enquête devrait se concentrer particulièrement sur les soins obstétricaux (SONUB et SONUC), sur le modèle des enquêtes réalisées récemment au Burkina et au Bénin. Cette enquête devrait aussi être l'occasion d'analyser la répartition actuelle des pouvoirs entre les niveaux centraux et périphériques, afin de relancer la déconcentration du système de soins. Enfin, il serait souhaitable que cette enquête soit accompagnée d'une étude des personnels de santé, afin de mesurer leur performance (compétences, absentéisme, motivations).

Cette enquête « formations sanitaires » pourrait être complétée par trois petites enquêtes sur (i) les **pratiques nutritionnelles des ménages**, (ii) le **recours aux soins obstétricaux** et (iii) le **marché du planning familial**.

D'autres enquêtes de moindre ampleur seraient utiles. Sur le secteur pharmaceutique, une **enquête sur les prescriptions et les achats des médicaments prescrits** (sur le modèle de l'enquête de 2005) permettrait d'estimer l'ampleur du marché illicite et d'identifier les pratiques de prescriptions à modifier. Concernant les Ressources Humaines, une analyse des préférences des personnels (notamment pour travailler en zone rurale) serait intéressante pour définir les politiques les plus réalistes de redistribution du personnel. Une étude des capacités des écoles de formations serait elle aussi très judicieuses.

Enfin, sur le plan financier, il serait opportun d'inclure le secteur santé dans le prochain exercice de **Revue des Dépenses Publiques**. Comme on l'a vu, la proportion des dépenses administratives dans le secteur santé paraît très élevée. Cela exige une analyse fine, pour mieux comprendre le contenu de ces dépenses.

INTRODUCTION

Cette revue est d’abord un point de situation, une revue analytique du système de santé du Togo. Dans le cadre de la restructuration du système de soins au Togo, l’analyse a priori des forces et faiblesses du système actuel est apparue nécessaire. Cette analyse du secteur de la santé se base entre autres sur les données de la dernière enquête « Démographique et Santé » (EDS 2010-11). Ces données ont permis de mesurer l’état de santé général de la population, à travers l’analyse des indicateurs liés aux Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD) relatifs à la santé (Chapitre 2). Les données partagées par le Ministère de la Santé et celui des Finances, mais également par les différents Partenaires Techniques et Financiers (PTFs), ont permis d’analyser des problématiques plus larges telles que les pratiques communautaires (Chapitre 3), la gouvernance (Chapitre 4), les services de soins (Chapitre 5), les ressources humaines en santé (Chapitre 6), la politique pharmaceutique (Chapitre 7) ou encore le financement de la santé au Togo (Chapitre 9). L’analyse suit ainsi une logique « MBB – Marginal Budgeting for Bottlenecks », dite d’analyse des goulots d’étranglements pour les différents aspects du système de santé du pays.

Mais cet exercice ne se voulait pas simplement analytique. Il visait aussi à enrichir le dialogue politique entre, d’une part, les acteurs du secteur de la santé et, d’autre part, la Banque Mondiale et les autres partenaires au développement. Dans sa stratégie de développement, le Togo a donné une place importante à la santé de sa population. Depuis sa première Politique Nationale de Santé (1998), le Togo a élaboré deux Plans Nationaux de Développement Sanitaire (PNDS 2002-2006 et PNDS 2009-2013). En Mai 2010, le Togo signe le pacte mondial du partenariat international pour la santé et initiatives apparentées (IHP+), et s’engage ainsi dans un processus de réforme de son système de santé, et de développement d’interventions à haut impact pour améliorer la santé de sa population, tout en respectant les recommandations liées à l’efficacité de l’aide (Déclaration de Paris en 2005 et Plan d’action d’Accra de 2007). C’est dans le cadre de ces grandes réformes que l’analyse sectorielle santé, initiée par le Ministère de la Santé et conduite en partenariat avec les Partenaires Techniques et Financiers, a été réalisée et a permis de proposer des axes d’interventions au gouvernement. Ce document se veut comme une annexe de l’analyse globale réalisée par les PTFs et le MSP dans le cadre d’IHP+. La note politique liée à ce document recense ainsi les grandes recommandations issues de cette analyse. Le 10 Mai 2011, cette analyse conjointe a été validée par le Ministère de la Santé au Togo et les PTFs et a servi, entre autres, de base pour l’élaboration de la Politique Nationale Santé 2011, du PNDS 2012-2015, et du Compact National lié à IHP+ (en cours de validation).

Chapitre 1 : CONTEXTE ET METHODOLOGIE

1. Contexte

1.1. Situation géographique

Ouvert sur la baie du Bénin dans le golfe de Guinée, le Togo occupe une étroite bande de terre en Afrique de l'ouest, entre le Ghana et le Bénin. Sa plus grande largeur n'est que de 160 km, pour 579 km de longueur. Sa superficie est de 56 785 km². Les villes principales sont Lomé, sa capitale (750.000 habitants), Sokodé (50.000 habitants), Kara (30.000 habitants), Kpalimé (30.000) et Atakpame (26.000 habitants).

Figure 1 : Carte géographique du Togo (voir annexe 1.1)

Le relief togolais consiste principalement en deux plaines couvertes de savane séparées par la chaîne du Togo, orientée du nord-est au sud-ouest. Le Togo est divisé du Nord au Sud en cinq régions géographiques (des Savanes, de la Kara, Centrale, des Plateaux et Maritime), 30 préfectures et 2 sous-préfectures.

Le territoire se partage en deux grandes zones climatiques : une zone soudanienne au Sud du pays avec de vastes terres productives et une zone sahélienne recouvrant la moitié nord du pays caractérisée par une pénurie de terres fertiles. Dans l'ensemble, le Togo bénéficie d'un climat assez favorable à l'agriculture avec deux saisons de pluies au sud (mars à juillet ; septembre à octobre) et une saison de pluies au nord (mai à octobre). La zone côtière est relativement sèche (précipitations annuelles 811 mm), suivie d'une zone humide présentant plus de 1500 mm de précipitations annuelles et d'une zone septentrionale plus sèche avec des précipitations annuelles ne dépassant pas 1200 mm.

Le climat chaud et humide du Togo est favorable à la prolifération de plusieurs vecteurs, notamment des mouches, des anophèles et autres moustiques et des rats. Ainsi s'expliquent l'endémicité et l'éclosion périodique (parfois saisonnière) de certaines maladies infectieuses et parasitaires. La combinaison de ce climat avec les déficiences des services chargés de l'hygiène publique est responsable du profil épidémiologique national qui est dominé par les affections dites tropicales, dont le paludisme, les maladies diarrhéiques et la méningite cérébro-spinale.

1.2. Situation politique et organisation administrative

Indépendant depuis le 27 Avril 1960, le Togo a subi de fortes tensions depuis les années 1990. Successivement, les présidents du Togo sont : Sylvanus Olympio le premier président du Togo, de 1960 à 1963 ; Nicolas Grunitzky lui succède pendant 4 ans avant jusqu'au 13 janvier 1967 ; Gnassingbé Eyadema, devient président le 14 avril 1967 jusqu'à sa mort en 2005 ; et Faure Gnassingbé Eyadema de 2005 à aujourd'hui.

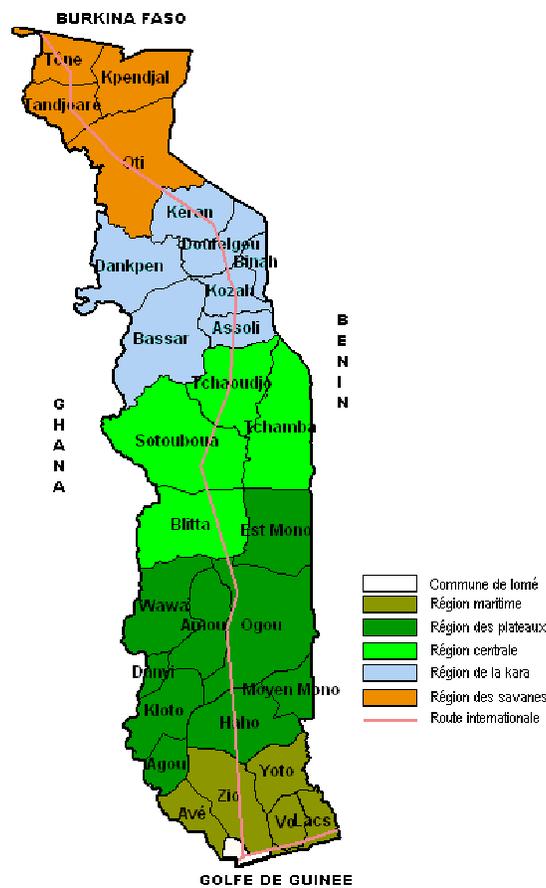
Sur le plan administratif, le Togo est divisé en cinq régions économiques réparties en 30 Préfectures et 4 Sous Préfectures. La Commune de Lomé est divisée en 5 Arrondissements.

Tableau 1 : Superficie et répartition de la population par région 2010

Région	Superficie En Km ²	Population en 2010	Densité de population (hab / km ²)
Lomé	90	750 757	8341,7
Commune			
Maritime	6 100	1 648 158	270,2
Plateaux	16 975	1 278 566	75,3
Centrale	13 317	577 629	43,4
Kara	11 738	721 504	61,5
Savanes	8 470	776 710	91,7
Ensemble	56 600	5 753 324	101,6

Source : 4^{ème} recensement général de la population et de l'habitat – nov 2010
 Direction Générale de la Statistique et de la Comptabilité Nationale

Figure 2 : Carte administrative du Togo



La Constitution stipule que la République togolaise est organisée en collectivités territoriales, communes, préfectures et régions, sur la base du principe de décentralisation et de la libre administration par des conseils élus.

1.3. Situation démographique

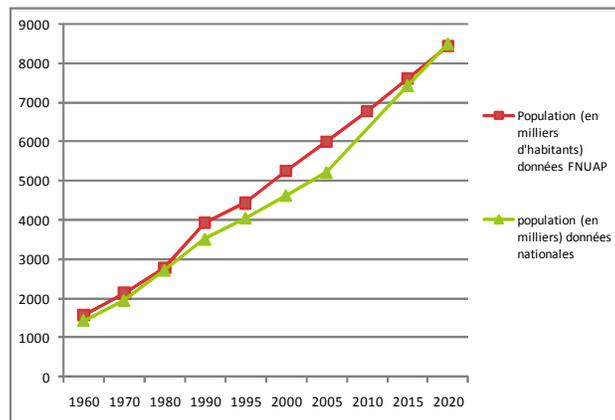
La population du Togo était estimée à 5,753,324 habitants en 2010, avec un rythme de croissance naturelle de 2,4% par an. La croissance de la population estimée entre 1960 et 2020 est reportée dans le tableau suivant (issu de la note sectorielle santé) :

Tableau 2 : Evolution de la population totale du Togo entre 1960 et 2020

Données démographiques	Unité	1960	1970	1981	1990	1995	2000	2002	2004	2006	2010	2015	2020
Population totale	1000	1443	1950	2719	3512	4052	4629	4854	5090	5337	5753	7432	8500
Densité démographique	Hab. / km ²	25,5	34,5	48	62	71,6	81,8	85,8	89,9	94,3		131,3	150,2

Source : Direction Générale de la Statistique et de la Comptabilité Nationale, Recensements généraux de la population 1960, 1970, 1981 ; Estimations de 1982 à 2020

Figure 3 : Représentation graphique de l'évolution de la population au Togo entre 1960 et 2020



Source : FNUAP et recensement national – en millier d'habitants

Les projections de populations suggèrent que la population du Togo va augmenter de 25 % sur la période 2010 – 2020. Les données FNUAP effectuant des projections jusqu'à 2050, on observerait une hausse de 95% d'ici 2050. Pourtant, le taux d'accroissement démographique s'est réduit. Il est passé de 3% dans les années 70-80 à environ 2.4% aujourd'hui.

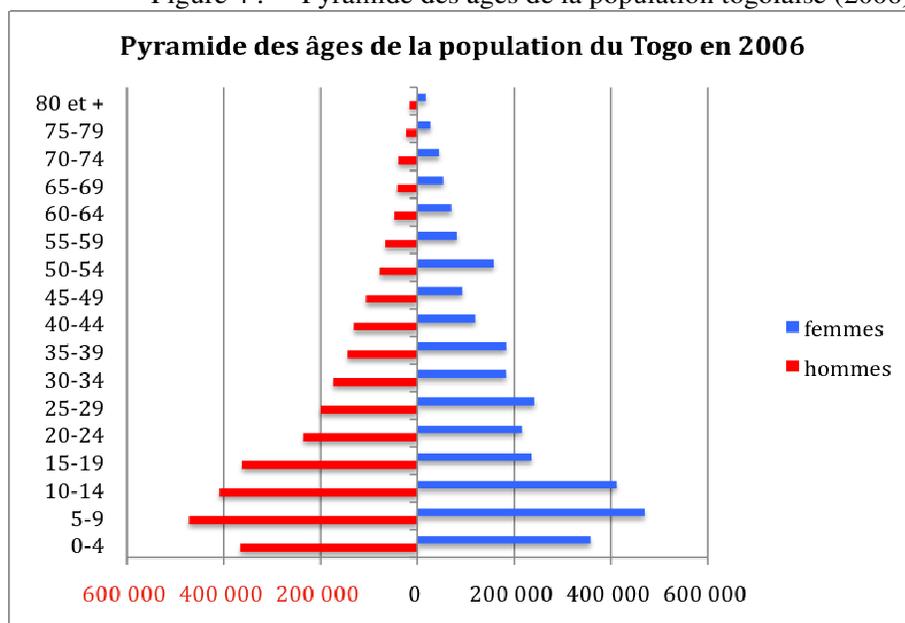
La densité de la population est élevée, avec un peu plus de 100 habitants au kilomètre carré (101,6). Cette population est inégalement répartie sur l'ensemble du territoire. On observe une forte densité de population dans les régions côtières (Lomé Commune et Maritime – respectivement 8341 et 217 habitants au km²) s'opposant à une densité humaine moins importante des régions des Plateaux, Centrale, de la Kara et des Savanes (respectivement de 75, 43, 61 et 91 hab/km²). La répartition de la population présente un visage fortement rural dans la mesure où seulement 37% de la population vit dans des centres urbains dont 68% à Lomé et dans la région Maritime. En dehors de Lomé, les grands centres urbains sont : Tsévié, Kpalimé,

Atakpamé, Sokodé, Kara et Dapaong. Les autres centres urbains sont tous de taille inférieure à 50 000 habitants. Pour autant, l'urbanisation progresse vite. Depuis 1960, la population urbaine a été multipliée par 19, contre seulement 3 pour la population rurale. En 2020, le Togo sera majoritairement urbain.

L'espérance de vie se situe à 63 ans en 2008. Le taux de natalité est de 35 naissances pour 1000 habitants. Le taux de mortalité infantile (moins d'un an) est estimé à 77 décès pour 1000 naissances vivantes et celui de mortalité infanto-juvénile à 123 pour 1000 naissances vivantes (MICS3, 2006).

La population togolaise est composée de 51,3% de femmes et 48,7% d'hommes. Elle est très jeune et 43,3% des habitants ont moins de 15 ans. Seulement 5 % de la population a 65 ans et plus.

Figure 4 : Pyramide des âges de la population togolaise (2006)



source : données enquête ménage MICS-3 2006

La population togolaise a les caractéristiques des pays en voie de développement : la base est très large reflétant une forte natalité (35 naissances vivantes pour 1000 habitants). La proportion des plus de 65 ans est très faible.

Il est possible de comparer la démographie générale du Togo par rapport aux pays avoisinants d'Afrique de l'Ouest grâce au tableau suivant :

Tableau 3 : Données démographiques pour divers pays d'Afrique de l'Ouest

	Population totale en milliers (2008)	Taux de croissance naturelle	Taux de migration nette pour 1,000	Taux de fécondité	% de la population âgée de moins de 15 ans	% de la population âgée de 65 ans et plus	Espérance de vie à la naissance	% de la population en milieu urbain	Densité
AFRIQUE	967,049	2.3630	-0.56	4.886	41.36	3.38	53.93	38.04	32
AFRIQUE SUB-SAHARIENNE	809,115	2.47	-0.39	5.373	43.38	3.07	50.47	35.16	33
AFRIQUE DE L'OUEST	290,826	2.64	-0.78	5.708	44.41	3.23	51.01	41.72	47
Bénin	9,309	2.96	1.00	5.730	44.20	2.70	55.50	40.78	83
Burkina Faso	15,213	2.99	-0.90	6.235	46.10	3.10	50.70	16.30	56
Cape Vert	503	2.49	-2.10	3.500	37.84	6.01	70.95	58.67	125
Côte d'Ivoire	20,677	2.37	-1.50	4.900	40.30	2.40	51.60	48.20	64
Gambie	1,559	2.69	0.50	5.130	42.00	3.30	58.00	53.90	138
Ghana	23,947	2.15	-0.40	4.300	40.15	3.50	58.50	47.76	100
Guinée	10,302	2.85	-6.30	5.710	45.90	3.05	53.70	29.60	42
Guinée-Bissau	1,746	3.08	0.20	7.085	47.50	3.00	44.90	30.00	48
Libéria	3,942	3.13	3.15	6.770	46.90	2.20	45.70	58.10	35
Mali	12,716	3.34	-2.70	6.570	47.70	3.60	56.40	30.50	10
Mauritanie	3,204	2.66	1.40	4.830	40.30	3.60	60.40	40.00	3
Niger	14,731	3.14	-0.45	7.100	49.00	3.40	56.90	16.70	12
Nigéria	148,071	2.52	-0.35	5.850	44.90	3.20	46.90	46.70	160
Sénégal	12,688	2.95	-1.60	5.280	43.80	4.20	62.35	40.80	64
Sierra Léone	5,450	2.52	-3.80	6.100	41.70	4.40	48.40	36.80	76
TOGO (estimations)	6,761	2.77	-0.15	5.085	43.30	3.10	58.00	40.00	119

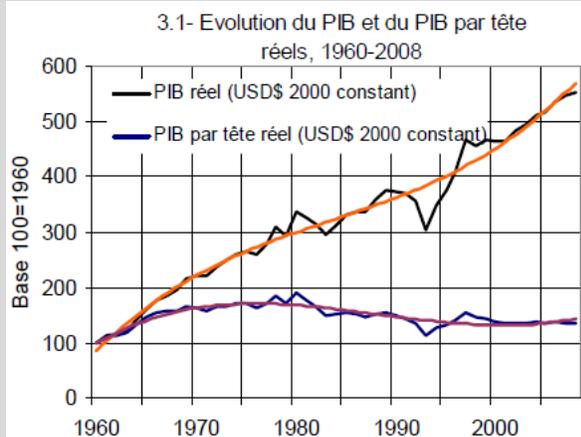
Source : World Development Source 2008

Par rapport à son espérance de vie, le Togo se trouve au 5^{ème} rang des pays d'Afrique de l'Ouest (derrière le Cap Vert, le Sénégal, la Mauritanie, le Ghana et la Gambie). Il se situe dans la moyenne des pays d'Afrique de l'Ouest par rapport au pourcentage de la population âgée de moins de 15 ans, autour de 44%, et comme ses pays voisins, présente donc une population très jeune.

Avec un taux de croissance naturelle légèrement au-dessus de la moyenne africaine, et compte tenu de sa superficie, le Togo présente une forte densité de population, largement supérieure à la moyenne des pays d'Afrique de l'Ouest. Etant données les insuffisances actuelles des infrastructures éducatives et sanitaires, le Togo risque de faire face à un grave problème de manque d'infrastructures de ce type face à l'augmentation de la population et sa jeunesse. La problématique de la forte densité peut également exposer le pays à des problèmes d'accélération de contamination en cas d'épidémies ou autres catastrophes sanitaires.

Encadré 1 : Le Togo peut-il bénéficier du dividende démographique ?

« Depuis les années 1980, le Togo a connu une croissance économique moyenne de l'ordre de 2% à 2,5% par an, un taux inférieur à son taux d'accroissement démographique, ce qui a conduit à **une stagnation du PIB par tête.** (...)



Les données disponibles fin 2010 suggèrent cependant que **la baisse de la fécondité serait déjà relativement bien engagée au Togo** et que le taux de croissance de la population aurait diminué de plus de 3% par an à environ 2,5% par an ces dernières années, taux qui reste cependant important.

Il reste que compte tenu de la forte croissance démographique passée et de l'extrême jeunesse de la population – 60% des Togolais ont moins de 25 ans - la population du pays devrait continuer à croître fortement. Elle devrait ainsi augmenter d'au moins 50% d'ici 2030 et elle devrait au moins doubler d'ici 2050. (...)

La conséquence de ces évolutions est qu'une forte demande sociale va continuer de s'exprimer en matière de santé, de scolarisation, de création d'emplois et que la prise en compte de ces besoins implique des actions tant dans les secteurs économiques que sociaux.

Dans le Document Complet de Stratégie de Réduction de la Pauvreté (DSRP-C) 2009-2011 que vient d'adopter le Togo, il est rappelé que « la vision du Chef de l'Etat consiste à moyen et à long termes, à porter le Togo, qui sort d'une longue période de fragilité politique et économique, au stade d'une **nation émergente** » (...)

Il faut rappeler à ce sujet qu'une augmentation majeure des investissements sociaux et désinvestissements productifs, moteur d'une croissance forte est facilitée par une réduction rapide du nombre de personnes à charge par actif, ou "taux de dépendance". C'est ce qu'ont fait de nombreux pays émergents grâce à la réduction rapide de leur fécondité, ce qui leur a permis d'entrer dans ce qu'on appelle « la fenêtre d'opportunité démographique », puis, grâce à **une structure par âge plus favorable aux actifs**, de bénéficier, sous certaines conditions, réunies notamment en Asie, d'un « dividende démographique » favorable à l'accélération de leur croissance économique. Le Togo pourrait effectivement bénéficier, comme d'autres pays l'ont fait avant lui, du dividende démographique pour conforter et accélérer sa croissance économique. En effet, **il semble bien avancé dans sa transition démographique et sa population a déjà des niveaux d'éducation primaire appréciables**. Mais pour pouvoir bénéficier du dividende démographique, il importe que le Togo continue à chercher à accélérer sa transition démographique (accélérer la baisse de la fécondité et continuer parallèlement à faire baisser la mortalité) au travers de programmes de santé et de planification familiale. L'accélération de la baisse de la fécondité permettrait au Togo de bénéficier des lourds investissements qu'il a consentis dans le passé dans l'amélioration de son capital humain.

Mais, l'accélération de la baisse de la fécondité requiert l'engagement des autorités et de leurs partenaires en faveur de la planification familiale et nécessite aussi des moyens financiers importants. Il faut cependant garder à l'esprit que les coûts d'un programme de planification familiale sont à 10 ans d'échéance plus que compensés par « les moins à dépenser » en éducation, amélioration de la santé maternelle et vaccinations induits par le ralentissement de l'augmentation du nombre de naissances. Un investissement en planification familiale apparaît donc comme un investissement avec des retours très importants à la fois à court terme et à long terme qui facilite en même temps l'amélioration du capital humain que constituent les enfants.

Source : Jean-Pierre Guengant et alii « Comment bénéficier du dividende démographique ? Togo », 2010

1.4. Situation macroéconomique

Le Togo détient un fort potentiel de croissance économique grâce à sa richesse en ressources minières, un climat favorable à l'agriculture, un réseau routier relativement dense, un secteur commercial traditionnellement dynamique et un système bancaire fonctionnant bien. Toutefois, le Togo appartient au groupe des Pays les Moins Avancés (PMA), avec un revenu par habitant estimé à 440 dollars US en 2009.

Alors qu'il avait enregistré dans les années 1960 et 1970 un processus de développement accéléré avec une croissance moyenne annuelle de 7%, le Togo a vu son élan freiné dans les années 1980 suite au retournement des prix mondiaux de phosphate. Malgré ce contexte difficile le pays a pu maintenir entre 1980 et 1989 une croissance moyenne de plus de 4% par an en profitant du relais de croissance autour du Port de Lomé et des services financiers.

Cette période avait vu le pays enregistrer des avancées significatives sur le plan social. A titre d'illustration, l'Indicateur du Développement Humain (IDH) a évolué à la hausse en passant de 0,424 en 1975 à 0,498 en 1990. Cette hausse était due en partie à l'amélioration progressive des conditions de vie des ménages (éducation, santé, augmentation du revenu par tête...) constatée dans les années 1970 et 1980. A partir de 1990, les troubles sociopolitiques ont entraîné la détérioration de la situation économique qui a été exacerbée par la réduction de l'aide publique au développement (APD) qui est passé de 212 millions de US \$ en 1990 à 81 millions US \$ en 2005. Les principaux piliers de l'économie (phosphate, coton, Port...) ont fortement décliné. Les conséquences sur la situation sociale ont été très lourdes. En effet, le rapport mondial sur le développement humain de 2009 évalue à 0,499 le niveau de l'IDH du Togo, le classant ainsi au 159^{ème} rang sur 177 alors qu'il occupait le 142^{ème} rang en 1995. C'est ainsi que le pays a vu son IDH décliner par rapport aux années 1970 et 1980. Il se situe maintenant dans la moyenne continentale. Ce recul résulte, entre autres, du fort désinvestissement dans tous les secteurs notamment l'éducation, la santé, l'agriculture et les infrastructures économiques et sociales.

La situation des finances publiques a évolué en dents de scie. Après une baisse causée par la récession économique au début des années 80, les recettes du Togo se sont redressées entre 1983 et 1989. Sur la période 92- 93, les dépenses publiques ont baissé du fait des troubles sociopolitiques. Avec la reprise de l'activité économique, les dépenses publiques se sont accrues passant de 124 milliards en 1994 à 197 milliards en 1998. Les dépenses publiques en proportion du PIB se sont néanmoins contractées en 2001 ; elles étaient estimées à 16,3% du PIB.

La dette intérieure est passée de 214 milliards Fcfa en 1996 à 287 milliards en 2000. La dette extérieure a été multipliée par 1,3 pendant la même période, passant de 735,4 milliards à 959,4 milliards. Le montant de la dette publique, 103% du PIB à la fin de 2001 contre 90% en 1997, constitue une contrainte majeure à la réalisation des objectifs de santé pour tous et limite les efforts du Gouvernement dans la mise en œuvre de sa politique de restructuration des dépenses publiques en faveur des services sociaux essentiels.

Le contexte macro-économique a entraîné des conséquences négatives sur le développement des services sociaux. La précarité budgétaire, due à la faiblesse des recettes fiscales et au poids excessif de l'endettement public sur le budget, s'est associée à la réduction du soutien international et à l'absence de programmes avec les institutions de Brettons-Wood depuis 1998 pour contribuer à la baisse de la couverture en services sociaux de qualité.

L'engagement de l'Etat à mettre en œuvre l'Initiative Vingt-Vingt, qui consiste à consacrer 20 pour cent du budget national et plus de 20 pour cent de l'Aide Publique au Développement aux services sociaux de base, n'a pu être honoré à cause des difficultés de trésorerie. Les ressources publiques mobilisées en faveur des services sociaux se sont révélées insuffisantes. La part des dépenses sociales globales dans les dépenses totales ne dépasse guère 20 pour cent : sa moyenne a été de 19,1% au début des années 2000. De même, la part du PIB consacrée aux dépenses sociales de base serait environ de 1,85% ces trois dernières années, ce qui est très loin de la norme adoptée de 5%. Le niveau des indicateurs sociaux est déjà révélateur de la faiblesse des dépenses sociales notamment en ce qui concerne la santé et l'éducation. D'une façon générale, ces indicateurs n'ont affiché que très peu d'amélioration. Certains se sont même dégradés au cours des dernières années.

L'aide extérieure, suspendue depuis la fin de 1992, a partiellement repris, mais à un niveau encore bien inférieur à celui de 1989. L'aide extérieure globale est passée de 162 millions dollars USA en 1989 à 65 millions en 2000, soit une chute d'environ 60%. L'aide publique par habitant est passée de 57 dollars USA en 1990 à 14 dollars USA en 2000. Le 1er janvier 2002, la Banque mondiale a suspendu ses décaissements en faveur du Togo et depuis le 1^{er} mai de la même année, le pays se trouve dans la situation de cessation de paiements à la suite de l'accumulation des arriérés. Les secteurs sociaux, notamment le secteur de la santé n'échappent pas à cette diminution de l'aide extérieure.

Depuis 2006, le Gouvernement a lancé d'importantes réformes politiques et économiques qui ont permis de restaurer la confiance des investisseurs et de renouer la coopération avec les principaux partenaires, en particulier le FMI et la Banque Mondiale. La mise en œuvre réussie des réformes dans le cadre de la Facilité pour la Réduction de la Pauvreté et la Croissance du FMI a permis d'atteindre le point de décision de l'initiative PPTE/IADM en novembre 2008. Ces réformes, qui se poursuivent, devraient conduire à l'atteinte du point d'achèvement de l'initiative PPTE/IADM d'ici la fin de l'année 2010. Malgré ces efforts, la situation sociale demeure encore difficile car il faut gérer les conséquences économiques et sociales d'une longue crise sociopolitique. En occasionnant une forte réduction du PIB par tête et des investissements à caractère économique et social, cette crise a massifié la pauvreté, qui touche actuellement 2 Togolais sur 3 au niveau national, et 3 Togolais sur 4 au niveau rural. Les statistiques disponibles permettent de montrer une détérioration des principaux indicateurs. Entre 1991 et 2005, la croissance économique a crû en moyenne de 1,1% par an, soit un niveau très largement inférieur à l'accroissement naturel de la population estimé à 2,4% par an. Cela signifie que le revenu par habitant a connu une chute importante sur la période.

1.5. Situation de la pauvreté

1.5.1. Etat des lieux de la pauvreté au Togo

Les indicateurs disponibles sur la pauvreté (enquête QUIBB 2006) témoignent de l'ampleur du phénomène de pauvreté, qui touche 61,7% de la population togolaise, soit 3 242 257 individus, répartis parmi 535 486 ménages. Ce niveau n'était que de 32% à la fin des années 1980 d'après l'enquête budget consommation de 1987-1989. Cette incidence de la pauvreté est plus forte chez les ménages dirigés par les hommes (64 %) que chez ceux dirigés par les femmes (50%). Cette différence pourrait être expliquée, entre autres, par la taille relativement plus réduite des ménages dirigés par les femmes (3,7 individus) que celle des ménages dirigés par les hommes (4,9 individus). Cette pauvreté touche particulièrement 3 groupes socioéconomiques dans la mesure où 87% des pauvres vivent dans des ménages dont le chef est : (I) un travailleur agricole (60%), (II) un travailleur indépendant dans les autres secteurs (16%), (III) un chômeur ou inactif (10%). Elle est essentiellement rurale dans la mesure où 79% des individus pauvres vivent en milieu rural où l'incidence est de 74%. En termes géographique, les zones les plus affectées et dont l'incidence de pauvreté est supérieure à la moyenne nationale concernent les régions des Savanes, Centrale, de Kara et Maritime. Ces régions enregistrent respectivement une incidence de la pauvreté de 90%, 77%, 75% et 69% (voir tableau 4). L'inégalité de la distribution du niveau de vie mesurée par l'indice de Gini est de 33,5%. Les pauvres et les non pauvres se distinguent par des niveaux d'inégalité modérés, avec respectivement un indice de Gini de 18,3% et 21,8%, mais à l'inverse, 71 % de l'inégalité est expliquée par des différences de niveau de vie suivant le statut de pauvreté. Il faut aussi noter une association relativement importante entre l'inégalité de la distribution du niveau de vie et les variables telles que la région ou le milieu de résidence, le sexe, le statut matrimonial, le groupe socio-économique, le niveau d'instruction du chef de ménage.

Tableau 4 : Répartition de l'indice de pauvreté

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

Source : QUIBB, 2006

Différentes facteurs de la répartition inégale de la pauvreté

Selon les données de l'enquête QUIBB 2006, (Questionnaire des Indicateurs de Base de Bien-être 2006), la pauvreté est beaucoup plus marquée au centre et dans les parties septentrionales du Togo où elle touche 84% de la population, soit 73% des ménages dans la région centrale, 81% de la population, soit 71% des ménages dans la région de la Kara et 94% des individus soit **87% des ménages dans la région des Savanes, qui demeure la région la plus pauvre du Togo.** En revanche, au sud du pays, l'incidence de la pauvreté est relativement plus faible avec 62% d'individus pauvres regroupés dans 51% des ménages dans la région des Plateaux et 78% d'individus pauvres regroupés dans 65% des ménages dans la région maritime.

La capitale Lomé est la seule région où moins de la moitié de la population est pauvre avec plus précisément une incidence de la pauvreté de 36% au niveau des individus et 23% au niveau des ménages. Toutefois en prenant en compte le poids démographique des régions, nettement plus

important dans le sud du pays, on dénombre plus de pauvres au sud du pays qu'au nord.

Le milieu rural est nettement plus exposé à la pauvreté où elle touche 81% de la population soit 69% des ménages alors qu'en milieu urbain, les personnes vivant en dessous du seuil de pauvreté représentent 47% de la population (soient 33% des ménages). La pression démographique, beaucoup plus élevée en milieu rural, qui représente précisément 66% de la population nationale, accentue davantage cette disparité de la pauvreté entre le milieu rural et le milieu urbain. Ceci porte à 77%, la proportion de personnes pauvres, qui se concentrent en milieu rural contre 23% en milieu urbain.

L'incidence de la pauvreté est plus élevée chez les ménages dirigés par les hommes où l'incidence est de 60% que ceux dirigés par les femmes où l'incidence s'établit à 42.

Le niveau d'éducation du chef de ménage agit sur le statut de pauvreté du ménage ou des personnes vivant dans le ménage. Moins le chef du ménage est éduqué, plus grande est la probabilité pour que le ménage soit pauvre. Ainsi, 72% des ménages dont le chef n'a aucune instruction sont pauvres alors que, seulement 15% des ménages dont le chef a fait des études supérieures sont pauvres.

Les ménages parmi lesquels la proportion des pauvres est la plus forte, sont tout d'abord les ménages dont le chef est polygame avec une incidence de 73%, suivis des ménages monogames avec une incidence de 59% et des ménages dirigés par un veuf ou une veuve avec une incidence de 51%.

Les individus sont de plus en plus exposés à la pauvreté, au fur et à mesure que l'âge du chef de ménage dans lequel ils vivent augmente. Parmi les individus vivant dans les ménages dirigés par une personne âgée de 15 à 29 ans, 53% d'entre eux sont pauvres alors qu'ils en sont respectivement 63%, 76% et 79% qui sont pauvres dans les ménages dirigés par une personne âgée de 30 à 44 ans, de 45 et 59 ans et de 60 ans et plus.

De prime abord, plus une personne vit dans un ménage de grande taille, plus elle est exposée à la pauvreté. Ainsi, 29% des personnes vivant dans les ménages de 1 à 3 personnes sont pauvres alors qu'elles en sont 61% dans les ménages de 4 à 5 personnes, 83% dans les ménages de 6 à 8 personnes et plus de 95% dans les ménages à 9 personnes et plus.

1.5.2. Vulnérabilité de la population face à la pauvreté

En plus de ce taux assez élevé de l'incidence de la pauvreté, 81% de la population togolaise est vulnérable à la pauvreté. Cette vulnérabilité est beaucoup plus forte chez les ménages dirigés par les hommes, où elle est de 81%, que chez ceux dirigés par les femmes, où elle est estimée à 60%. Plusieurs facteurs concourent à l'augmentation de cette vulnérabilité à la pauvreté, parmi lesquels la prévalence du VIH et les catastrophes naturelles. Ces indicateurs qui portent sur la situation de 2006 pourraient ne pas refléter la situation exacte de la pauvreté en 2008 eu égard aux chocs exogènes que le pays a subi en 2007 et 2008, notamment les conséquences des crises financière et économique. En effet, le revenu par tête d'habitant, qui avait recommencé à progresser en 2006, a stagné suite à une croissance en terme réel du PIB en 2008 et 2009, qui a été beaucoup plus faible que prévue. Par ailleurs, les crises énergétiques et alimentaires ont entraîné une hausse générale des prix (8,4% en 2008) avec une progression beaucoup plus marquée pour les produits alimentaires (+20%) et les transports (+15%). Enfin, les pertes de récoltes et la détérioration des infrastructures routières consécutives aux inondations de 2007 et 2008 ont rendu la situation beaucoup plus difficile. La combinaison de ces différents éléments a eu pour conséquence la détérioration des conditions de vie de certains ménages due

probablement à une progression insuffisante de leurs revenus pour compenser la hausse des prix. C'est ainsi que les résultats préliminaires de l'enquête sur les dépenses des ménages dans la ville de Lomé (EDML 2008-2009) montrent une progression du seuil de pauvreté de près de 22% entre 2006 et 2008, niveau qui serait largement supérieur à l'accroissement des revenus des ménages durant la même période.

Encadré 2 : Quels progrès vers l'éradication de la pauvreté ?

Selon les simulations faites dans le cadre de l'analyse des résultats de l'enquête QUIBB, il faudrait que le Togo réalise un taux de croissance économique réelle annuelle d'au moins 6% par an de 2006 à 2015 et réduise les inégalités de répartition avant de pouvoir diminuer de moitié en 2015 la proportion de la population dont le revenu est inférieur à un dollar par jour en 2006. Ce qui donne déjà une idée de l'ampleur des efforts, surtout si on prend comme référence l'année 1990 où la prévalence à la pauvreté n'était que de 32%. Les développements précédents montrent qu'il sera difficile d'atteindre cette cible d'ici 2015.

1.5.3. Pauvreté et santé

Au Togo, comme dans d'autres pays, la pauvreté contribue beaucoup plus que l'insuffisance des services de santé à la détermination du niveau de l'état sanitaire des populations. La pauvreté place plus de 70 pour cent des Togolais dans un environnement où l'exposition aux maladies associées aux mauvaises conditions d'hygiène est très élevée. Par ailleurs, la faiblesse des niveaux d'instruction et l'analphabétisme des femmes en âge de procréer poussent à la précocité de l'entrée en union et la grande multiparité, favorisent la survivance de certaines autres pratiques traditionnelles qui sont défavorables à la santé et continuent de peser lourdement sur les opportunités d'émancipation des femmes. La pauvreté figure parmi les principaux déterminants de la croissance rapide de la pandémie de l'infection à VIH car, entre autres, elle force de nombreuses personnes, notamment les jeunes femmes, les portefaix, les filles domestiques à s'adonner à la prostitution. La pauvreté se traduit aussi par l'incapacité des ménages en général, des femmes en particulier, à prendre en charge leur propre santé et la santé de leurs enfants.

Compte tenu des caractéristiques générales du Togo, certaines conclusions peuvent d'ores et déjà être avancées :

D'une part, la jeunesse de la population du Togo implique deux particularités sur le plan sanitaire. Une forte proportion des enfants de moins de 5 ans et des jeunes suppose de fortes mortalité et morbidité associées. Et les taux élevés de fécondité observés chez les femmes togolaises supposent un ratio de mortalité maternelle associé assez important aussi (i.e. combiné à la forte proportion de jeunes filles et donc aux taux élevés de fécondité des jeunes femmes, le ratio de mortalité maternelle doit être d'autant plus élevé).

D'autre part, les indicateurs économiques, de développement humain et de pauvreté étant faibles, on suppose une vulnérabilité financière accrue aux maladies à la prise en charge coûteuse telles que le VIH/SIDA, la Tuberculose et autres maladies infectieuses. Ainsi, la concentration sur les OMD 4, 5 et 6 ciblant respectivement la santé infantile, maternelle et la lutte contre le VIH/SIDA et autres maladies infectieuses apparaît comme un cadre de réflexion pertinent pour

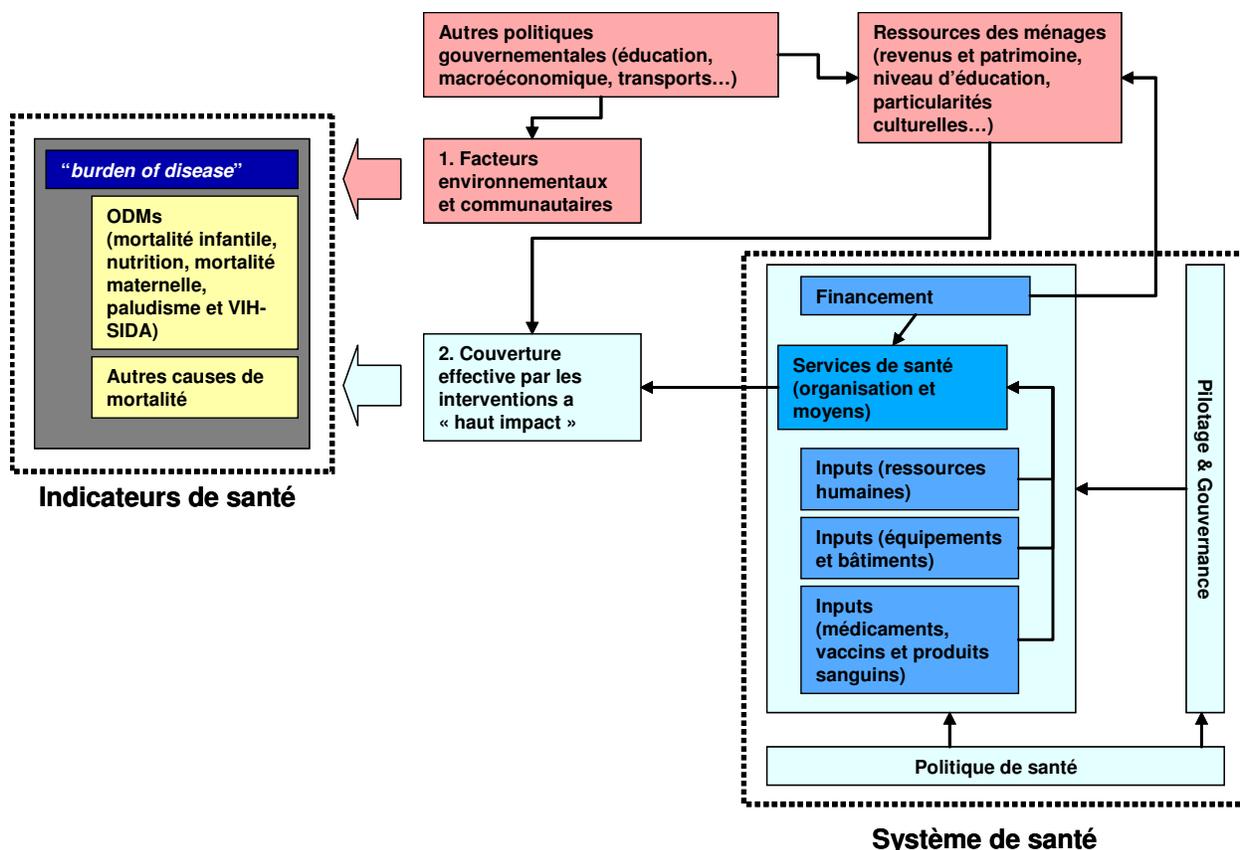
analyser le secteur de la santé du Togo. Nous nous baserons donc sur ces trois OMD afin de déterminer les goulots d'étranglements majeurs à l'atteinte de ces objectifs.

2. Méthodologie de la revue sectorielle santé

2.1. Le cadre analytique

L'ensemble des analyses et réflexions faites pendant la revue suit une logique qui est illustrée par le graphique ci-dessous.

Figure 5 : Schéma du processus analytique de l'analyse MBB



Comme le montre ce graphique, la logique suivie a été d'analyser les indicateurs de santé, puis de remonter (en allant vers la droite sur le graphique) aux différentes contraintes pouvant expliquer les insuffisances concernant les indicateurs de santé.

L'analyse du « *burden of disease* » a d'abord permis de vérifier que les OMD reflétaient bien les problèmes majeurs de la santé au Togo.

Sur cette base, nous avons ensuite sélectionné les 3 problèmes de santé les plus fréquents, au regard des OMD, à savoir : la mortalité et morbidité infantile (liées au paludisme, à la malnutrition et aux maladies diarrhéiques et respiratoires), la mortalité maternelle et le VIH-SIDA. Pour chacun, nous nous sommes efforcés d'analyser les goulots d'étranglement, à la fois (i) en ce qui concerne les facteurs environnementaux et communautaires et (ii) en ce qui concerne la couverture des interventions dites « à haut impact » (par exemple l'accouchement par du personnel qualifié, pour la mortalité maternelle).

Pour les interventions sanitaires à haut impact, une fois les goulots identifiés, nous avons cherché à relier ceux-ci aux différentes composantes du système de santé (par exemple, le faible impact de l'accouchement assisté s'avère lié à l'insuffisante qualité des personnels).

Pour chacune de ces composantes, nous nous sommes efforcés de comprendre ces problèmes spécifiques (i.e. comment expliquer la faible qualité produite par les personnels de santé ? est-ce un problème de formation ou de management des personnels ?).

Suivant cette logique, le chapitre 2 (« Indicateurs de santé ») décrit d'abord la situation sanitaire, et évalue le niveau de couverture en intervention à haut impact, en s'efforçant d'identifier les goulots d'étranglement liés au système de santé. Les chapitres 3 à 8 portent sur l'analyse des différentes composantes du système de santé, au regard des goulots identifiés précédemment.

2.2. La démarche de préparation

Etant donné les objectifs assignés à cette revue (cf. introduction), la démarche s'est voulue fortement participative. Cela n'a pas ralenti les travaux, qui ont commencé en Septembre 2010 et se sont achevés en Mai 2011. Ce rapport a été réalisé en étroite collaboration avec les partenaires, en accord avec l'Initiative IHP+. Dans le cadre de cette initiative, une analyse sectorielle de la santé au Togo a également été réalisée et le présent document se veut une annexe de leur rapport. Ainsi, des groupes de travail avaient été créés par le représentant IHP+ (cf. graphique ci-dessous), sous la houlette d'un comité de pilotage. Ces groupes rassemblaient à la fois (i) des représentants du secteur public et du secteur privé (privé commercial et privé associatif) et (ii) des représentants des PTFs.

Tableau 5 : Répartition des groupes de travail

<i>COPIL</i>	<p><i>Président :</i> <i>Le Comité de Pilotage présidé par le Ministre de la Santé et de l'Hygiène Publique ou son Représentant</i></p> <p><i>Membres :</i> <i>Le Ministre du Plan et du Développement ou son Représentant</i> <i>Le Ministre de l'Economie et des Finances ou son Représentant</i> <i>Le Directeur Général de la Santé (DGS)</i> <i>Un (1) représentant de la société civile</i> <i>Un (1) représentant du secteur privé</i></p>
Groupe 1 - Démographie, pauvreté, indicateurs de santé, niveaux de couverture des interventions à haut impact et système d'information sanitaire	<ul style="list-style-type: none"> - DGS - DPFR / DISER - DSSP - OMS - Ministère des Finances
Groupe 2 - Ressources Humaines	<ul style="list-style-type: none"> - DH/DAC - Doyen Faculté de médecine - Ministère Education - AFD
Groupe 3 - Système de soins (public/privé) et gouvernance	<ul style="list-style-type: none"> - DES - DGS - Coopération Française - représentant secteur privé
Groupe 4 – Chaines logistiques	<ul style="list-style-type: none"> - DEPLET - CAMEG - PEV - CNTS - UNICEF
Groupe 5 – Financement	<ul style="list-style-type: none"> - DAC - UE

Le document IHP+, et par extension ce rapport, a été validé par les différents groupes de travail lors de réunion aux niveaux périphérique, régional et central, et par la société civile et les représentants du secteur privé. Bien que différents sur le plan des méthodes d'analyse et de présentation, les deux documents, validés séparément par le Ministère de la Santé et les partenaires IHP+ en Mai 2011, s'accordent sur les mêmes recommandations.

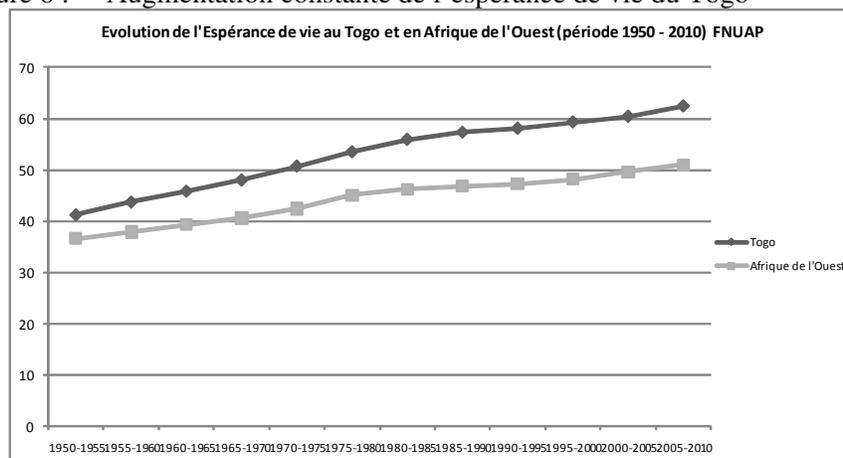
Chapitre 2 : INDICATEURS DE SANTE

Après une rapide analyse de la mortalité générale au Togo, ce chapitre se concentre sur les problèmes liés aux Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD) en relation avec la santé : OMD 4, 5 et 6 ciblant la santé infantile, maternelle, et la lutte contre les maladies infectieuses et endémiques (VIH/SIDA, Tuberculose et Paludisme) respectivement. Pour chacun de ces OMD, on explorera l'évolution récente de leurs indicateurs et surtout les causes de ces évolutions.

1. Espérance de vie et Mortalité générale

Au Togo, l'espérance de vie (à la naissance) est sensiblement supérieure à la moyenne de l'Afrique de l'Ouest. Selon les Fonds des Nations Unies pour la Population (FNUAP), l'espérance de vie à la naissance au Togo est estimée à 63 ans entre 2005 et 2010, les deux sexes confondus. Ce niveau est sensiblement plus élevé que dans les autres pays de la région, comme le montre le graphique ci-dessous. Selon les estimations du FNUAP, l'espérance de vie du Togo demeurera supérieure à la moyenne de l'Afrique de l'Ouest et continuera d'augmenter pour atteindre 72 ans en 2050 contre 65 ans pour la région Afrique de l'Ouest.

Figure 6 : Augmentation constante de l'espérance de vie du Togo

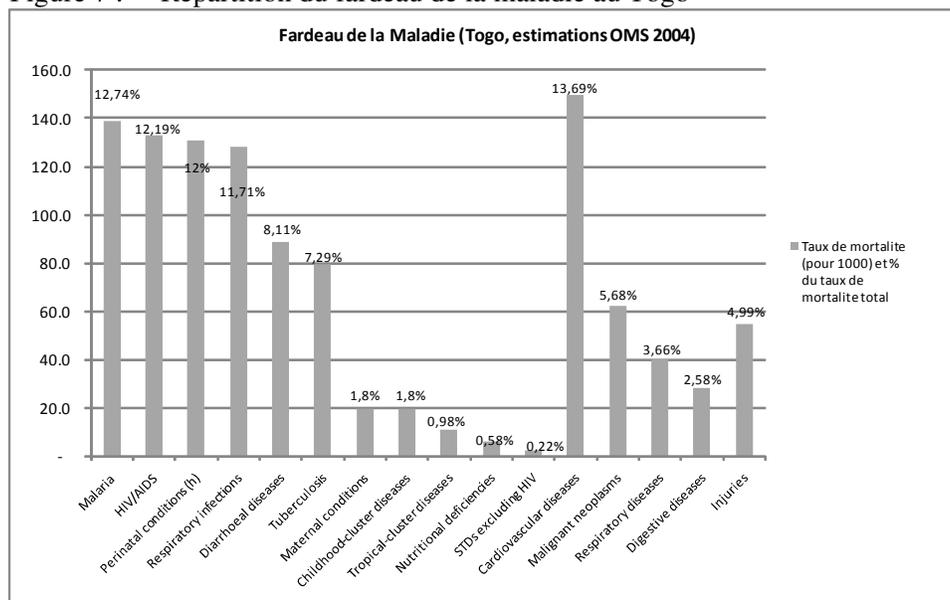


source : estimations FNUAP

Les causes majeures de mortalité sont liées aux problèmes ciblés par les OMD.

La répartition des causes de mortalité est classiquement celle d'un pays en cours de transition épidémiologique, avec une forte prévalence des maladies infectieuses. Beaucoup de ces pathologies sont liées aux OMD. Selon la dernière estimation du « *burden of disease* » (fardeau de la maladie), réalisée par l'OMS en 2004, le profil de mortalité du Togo reste marqué par les pathologies infectieuses, même si les pathologies cancéreuses et cardio-vasculaires jouent un rôle croissant, preuve que la transition épidémiologique est en cours (cf encadré ci-dessous). Le graphique ci-dessous fait ressortir la mortalité liée aux problèmes ciblés par les OMD. Ceux-ci expliquent plus de 65% de la mortalité de la population togolaise. L'engagement du pays sur les OMD est donc particulièrement pertinent.

Figure 7 : Répartition du fardeau de la maladie au Togo



source : burden of disease Togo – WHO, Geneva

Encadré 3 : Quelle stratégie de lutte contre les maladies non transmissibles au Togo?

De manière générale, **les maladies non transmissibles représentent plus de 30% du fardeau de la maladie au Togo**. Les maladies cardio-vasculaires à elles seules représentent 14% du fardeau de la maladie globale au Togo. Le Togo, à l'instar de nombreux pays en développement, entre dans une transition démographique qui se caractérise par la montée des maladies non transmissibles alors que les politiques de santé classiques continuent de cibler l'atteinte des OMD et donc essentiellement les maladies transmissibles.

Le Togo a déjà montré sa volonté de lutter contre la prévalence croissante des maladies chroniques. Concrètement, les actions du gouvernement togolais dans la lutte contre les maladies non transmissibles peuvent être résumées comme suit : (i) en décembre 2010, **la collecte des données de la première enquête STEPS** sur les facteurs de risque des maladies non transmissibles a été lancée (dont les résultats ne sont pas encore disponibles) ; (ii) sur le plan législatif, le Togo a fait adopter par l'Assemblée nationale en décembre 2010, **une loi anti-tabac** dans le cadre de la Convention Cadre de la Lutte Anti-tabac ; il **adhère aussi à la Déclaration de Brazzaville** sur la prévention et le contrôle des maladies non transmissibles dans la région africaine de l'OMS, **et à celle de Moscou** sur l'adoption des modes de vie sains pour la prévention des maladies non transmissibles ; (iii) le Togo se prépare à lancer la **Décennie d'Action pour la Sécurité Routière 2011-2020** ; et (iv) un accent particulier a aussi été mis sur l'approche préventive dans le cadre de la lutte contre ces maladies à travers **un vaste programme de sensibilisation de la population**.

Source : Analyse sectorielle Santé IHP+ et « Facteurs de risque » article du 16-05-11, République Togolaise

Les indicateurs de santé liés aux problèmes de santé ciblés par les OMD ont connu ces dernières années une évolution positive mais encore insuffisante. On observe une faible diminution entre 2000 et 2010 des taux de mortalités infantile (de 80 à 77‰) et infanto-juvénile (de 143 à 123‰) ; mais ces derniers demeurent encore élevés compte tenu des OMD (cibles respectives de 25 et 50‰). Une diminution du ratio de mortalité maternelle (RMM) entre 2000 et 2008 est également notable : en 2000, le RMM était de 570 pour 100,000 naissances vivantes (selon les données de la division de la population des Nations Unies). En 2008, ce ratio est de

350 pour 100,000 naissances vivantes (PNUD) mais demeure largement supérieur à l'objectif de réduction de 75% par rapport à 2000.

Enfin, la prévalence du SIDA est en diminution (-84%) et atteint 3,2% de la population en 2006, mais reste à des taux supérieurs à la moyenne des autres pays de la région (moyenne de 1,3% pour la région d'Afrique de l'Ouest, d'après les données de la division de la population des NU).

Tableau 6 : Indicateurs de santé liés aux OMD du Togo et leur évolution entre 2000 et 2006.

<i>Objectifs santé du Millénaire pour le Développement</i>	<i>Indicateurs</i>	<i>2000</i>	<i>2010</i>
Santé des enfants	Mortalité infantile (pour 1000 naissances vivantes)	80	78
	Mortalité infanto-juvénile (pour 1000 naissances vivantes)	143	123
Santé maternelle	Ratio de Mortalité Maternelle (pour 100 000 naissances vivantes)	570	350
Lutte contre le VIH/SIDA	Taux de prévalence (en % de la population adulte)	5,9	3,2

Source : 3^{ème} Rapport de suivi des OMD - Système des Nations Unies – avril 2010 et MICS-4 2010

Pour cette raison, le reste de ce chapitre se concentre sur les problématiques des trois OMD santé :

- la mortalité infantile (section 2) ;
- la mortalité maternelle (section 3) ; et
- la mortalité liée au VIH-SIDA (section 4).

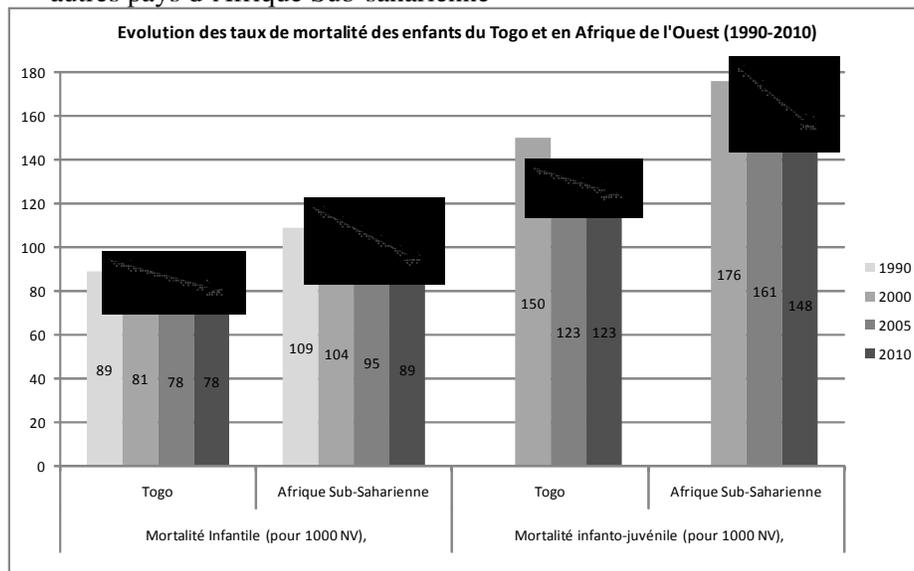
2. OMD 4 : Santé des enfants

2.1. Mortalité et morbidité chez les enfants

2.1.1. Tendances générales de la mortalité des enfants

Le Togo présente des taux de mortalité inférieurs à ceux de l'Afrique Sub-Saharienne en moyenne. Mais la diminution de la mortalité est de moins en moins rapide sur la période 1990-2010 par rapport aux autres pays. Le graphique ci-dessous illustre les meilleurs résultats du Togo en termes de mortalité (plus faible) des enfants par rapport aux autres pays de la sous-région. Cependant, on observe aussi que la réduction de la mortalité infantile est de plus en plus faible au Togo. Ceci s'explique entre autres par le fait que les objectifs de réduction de mortalité en général sont de plus en plus difficiles à atteindre au fur et à mesure que la mortalité diminue.

Figure 8 : Mortalité des enfants du Togo plus faible, mais diminution plus rapide dans les autres pays d'Afrique Sub-saharienne

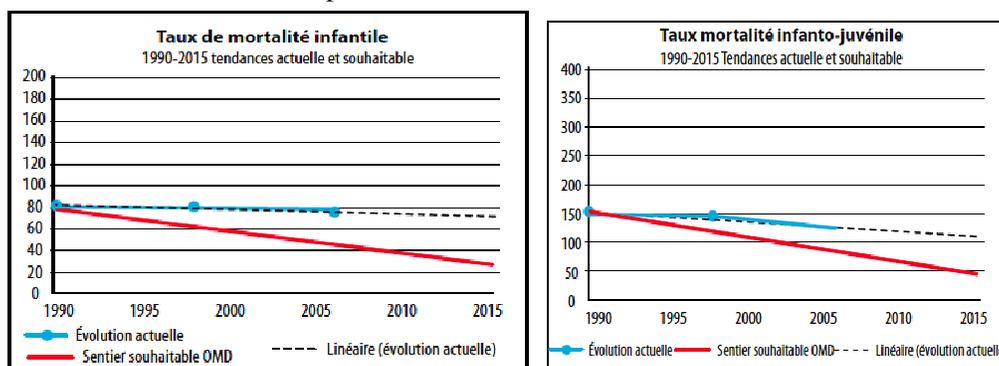


source : FNUAP et MICS

Ainsi, on observe une stagnation des taux de mortalité infantile et infanto-juvénile ces dernières années. En effet, les données de l'enquête MICS-4 (2010) indiquent que le TMI s'élève à 77‰ en 2010, et le TMIJ à 123‰. Ces taux présentent une stagnation par rapport aux taux de mortalité observables en 2006, respectivement de 77‰ et de 123‰.

Au vu des performances enregistrées jusqu'à présent, la réalisation de l'OMD 4 aurait nécessité que le taux de mortalité infanto-juvénile soit d'environ 60‰ en 2010 au lieu de 123‰.

Figure 9 : Evolution des taux de mortalité des enfants sur la période 1990-2015, et évolution souhaitée pour atteindre l'OMD 4.



source : 3^{ème} rapport mondial de suivi des OMD Togo – avril 2010.

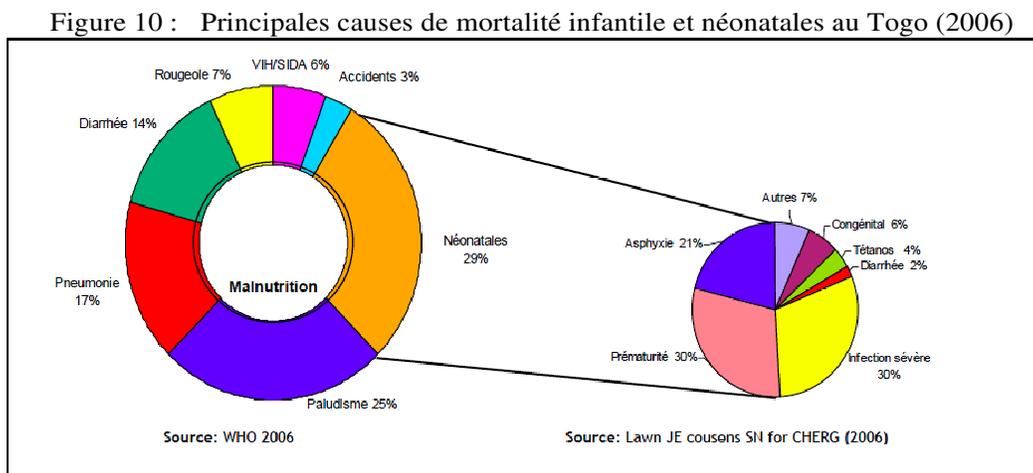
La mortalité par tranches d'âge montre que le taux de mortalité des enfants de moins de 5 ans (TMIJ) a davantage diminué que celui des moins de 1 an (TMI) (diminutions respectives de 18% et 12% entre 1990 et 2010). En effet, des meilleurs résultats dans la réduction de la mortalité infanto-juvénile par rapport à la mortalité infantile sont observables. Cette différence

s'explique par l'importance de la mortalité néonatale (1-59 mois) et sa quasi stagnation ces dernières années¹. Cet indicateur est d'ailleurs fortement lié à la mortalité maternelle et sera donc traité dans la section correspondante (section 3). A l'inverse, la mortalité infanto-juvénile peut être plus facilement diminuée par une hausse des couvertures en vaccination (entre autres interventions à haut impact). Le Togo ayant réalisé certains efforts dans ce domaine (chapitre 7 : Médicaments et vaccins), ceci explique entre autres la diminution plus importante de la mortalité infanto-juvénile.

2.1.2. Causes et facteurs de mortalité chez les enfants

Les causes de la mortalité infanto-juvénile sont essentiellement dues à des maladies infectieuses. Selon le Plan National de Développement Sanitaire 2009 et les données OMS de 2008, la mortalité infanto juvénile est due principalement au paludisme (25% des causes) qui reste le problème majeur de santé publique au Togo. Les autres causes de cette mortalité sont liées à la pneumonie (17%), la diarrhée (14%), la rougeole (7%) et le SIDA (6%).

Globalement plus de la moitié de ces décès sont attribuables à la malnutrition (53%). Il faut aussi noter qu'au Togo environ un tiers des décès des enfants de moins de 5 ans survient avant l'âge de 28 jours. Ces décès néonataux sont dominés par les infections sévères (30%), la prématurité (30%), l'asphyxie (21%).



Les facteurs les plus significatifs de la survie des enfants sont liés à la mère : âge, pratique de l'allaitement, éducation et richesse. La régression logistique (résultats dans le tableau ci-dessous) du nombre d'enfants vivants sur les différents caractéristiques du système de santé et des ménages permet de mettre en exergue l'impact important des facteurs liés à la mère (noter que les constats sont les mêmes en 2006 et en 2010 (MICS 4)²). L'effet marginal correspondant à l'âge de la mère est le plus important, suivi de ceux de type comportemental (comme la pratique de l'allaitement, qui est deuxième impact marginal le plus important). Les variables d'appartenance aux quintiles les plus riches par rapport au quintile le plus pauvre sont également significatives, et leur impact est comparable à celui de l'éducation de la mère. La

¹ Les estimations du FNUAP montrent une diminution de 27% du TMI entre les années 1995-2000 et les années 2010-2015 ; contre une diminution sur la même période de 33% pour le TMIJ.

² La même régression avait été réalisée avec les données 2006 et donnait les mêmes résultats (voir annexe 2.1.)

sensibilisation/éducation à la santé auprès des femmes enceintes (lors des CPN par exemple)
paraît donc une intervention prioritaire dans la lutte contre la mortalité des enfants.

Tableau 7 : Régression logistique des enfants vivants par femme sur différents facteurs de survie de l'enfant

Logistic regression		Number of obs =	1253	
		Wald chi2(17) =	127.58	
		Prob > chi2 =	0.0000	
Log pseudolikelihood = -830.79914		Pseudo R2 =	0.1313	
Enfant vivant	Odds Ratio	Std. Err.	P> z 	effet marginal
Facteur biologique				
Age de la mère***	.6263381	.0360246	0.000	3.37499
Facteurs comportementaux				
Allaitement***	3.468009	1.425343	0.002	.957988
Espacement des naissances	1.040553	.4635075	0.929	.959349
Facteurs du système de santé				
Injection anti-tétanos reçue	.9909448	.272366	0.974	.844694
A reçu au moins une CPN	.664385	.2204949	0.218	.915316
Accouchement à domicile*	.7245938	.1305466	0.074	.265027
Facteurs socio-économiques				
<i>Education de la mère (référence : pas d'éducation)</i>				
Education primaire	1.052703	.1815252	0.766	.390534
Education secondaire**	1.768616	.523555	0.054	.237496
<i>quintile de richesse d'appartenance (référence: quintile le plus pauvre)</i>				
Pauvre	1.143817	.2354463	0.514	.194255
Moyen	1.15438	.2733623	0.544	.192852
Riche ***	3.023196	1.002645	0.001	.1941
Très Riche**	2.228896	.8734645	0.041	.2349
Facteurs environnementaux				
Milieu de résidence urbain	.9730333	.2746574	0.923	.409216
Excision	.683048	.1657586	0.116	.07178

Source : MICS4 2010 et analyse BM

NB : *** significatif à 1%, ** significatif à 5% et * significatif à 10%

NB 2 : un odds ratio inférieur à 1 rend compte d'un effet négatif de la variable explicative sur la variable expliquée

La section suivante analyse plus précisément les causes majeures de la mortalité des enfants et les interventions à haut impact qui permettent de la réduire:

- le paludisme : utilisation des moustiquaires et prise en charge précoce par un personnel qualifié des cas de paludisme;
- les maladies respiratoires et la diarrhée ; et
- la malnutrition, cause et conséquence des maladies mentionnées ci-dessus.

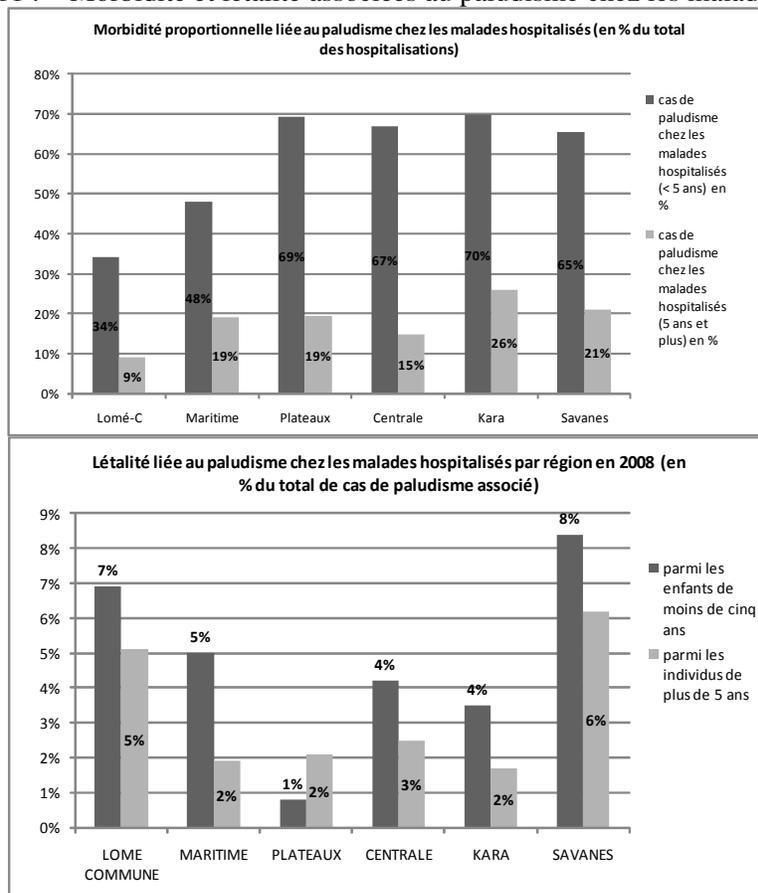
2.2. Le paludisme infantile

2.2.1. Le paludisme : prévalence élevée chez les enfants

Le paludisme est au Togo la première cause de morbidité et de mortalité chez les enfants. Il est endémique et stable, avec une transmission qui dure presque toute l'année sur l'ensemble du territoire national.

En 2009, le paludisme était la cause de 48% des consultations externes et 28% des hospitalisations. D'après les données du MS (Indicateurs Essentiels 2008), **les enfants de moins de 5 ans hospitalisés pour cause de paludisme représentaient 61% des enfants hospitalisés**, contre 17% seulement des hospitalisations pour cause de paludisme chez les patients de plus de 5 ans. Selon la répartition géographique, on observe un taux d'hospitalisation pour cas de paludisme plus élevé dans les régions des Plateaux (69%), de Kara (70%), Centrale (67%) et des Savanes (65%). Par contre, la létalité associée aux cas de paludisme, rapportée à la population, est plus forte dans les régions des Savanes mais aussi de Lomé, alors que cette dernière concentre un grand nombre de FS (Formations Sanitaires). Ce constat suggère une mauvaise qualité des soins dans la prise en charge des cas de paludisme.

Figure 11 : Morbidité et létalité associées au paludisme chez les malades hospitalisés



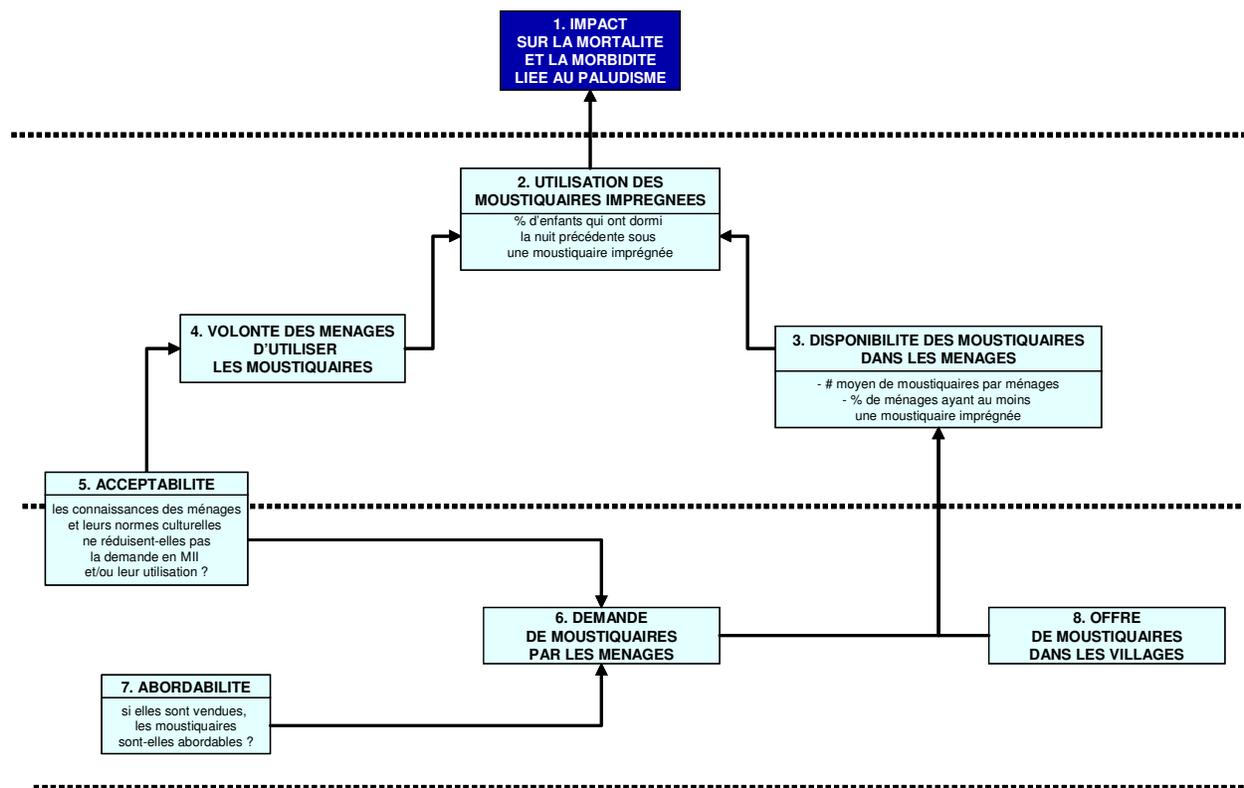
source : Indicateurs Essentiels 2008 – Ministère de la Santé et FNUAP

2.2.2. Les interventions à haut impact de la lutte contre le paludisme : la protection par les moustiquaires

Selon les expériences d'autres pays, deux interventions du système de santé sont susceptibles d'avoir un impact majeur sur la mortalité liée au paludisme infantile. La première est préventive et concerne l'utilisation des moustiquaires imprégnées d'insecticides (MII). La seconde est curative et porte sur le traitement des cas paludiques sévères.

La réduction des cas de paludisme dépend de (i) l'utilisation des moustiquaires, elle-même influencée par (ii) la possession effective de moustiquaires et (iii) leur acceptabilité par les ménages. La protection par les moustiquaires pour prévenir les cas de paludisme est une intervention reconnue comme efficace pour réduire les taux de mortalité infantile. Le schéma suivant permet d'illustrer les différents goulets d'étranglements dans le processus de décision de l'utilisation de la moustiquaire.

Figure 12 : Arbre des goulets d'étranglement pour l'utilisation des moustiquaires



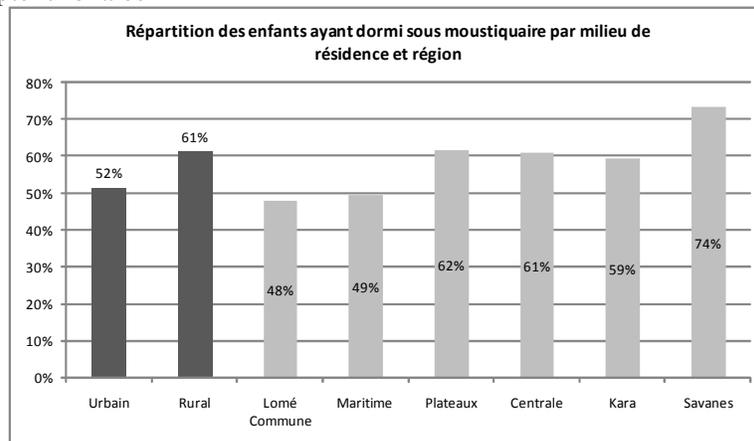
La section qui suit est basée sur les données des MICS 2006 et 2010. Elle reprend le schéma du graphique ci-dessus et montre dans un premier temps l'impact des facteurs d'offre et de demande sur **l'utilisation effective de MII** au sein des ménages ; et dans un second temps, l'impact des facteurs d'offre et de demande pour expliquer la **possession** de MII au sein des ménages. Elle analyse enfin l'acceptabilité des moustiquaires au sein des ménages.

a. Utilisation des moustiquaires : 57% des enfants dorment sous moustiquaire (MII) en 2010.

Le pourcentage d'enfants dormant sous moustiquaire a constamment augmenté au Togo et atteint désormais 57% (en 2010). Selon différentes évaluations réalisées depuis 2000 sur l'utilisation des MII, on observe une augmentation constante du pourcentage d'enfants de moins de 5 ans dormant sous moustiquaire (MII) puisque ce taux n'était que de 4% en 2000, 17% en 2004 et 40% en 2006. En 2010, presque six enfants sur dix dorment sous moustiquaire (57%).

De façon quelque peu surprenante, les enfants dorment davantage sous une moustiquaire (MII) en milieu rural. Parmi les enfants des ménages enquêtés qui résident en milieu rural, 61% dorment sous une moustiquaire, alors que tout juste un enfant sur deux dort sous une moustiquaire (52%) parmi les enfants issus du milieu urbain. Sur le plan régional, la proportion des enfants qui dorment sous une moustiquaire traitée est plus élevée dans les régions des Savanes (73 % des enfants de cette région dorment sous moustiquaire), des Plateaux (61 %), de Kara et Centrale (60%). Dans les régions Maritime et de Lomé Commune, moins d'un enfant sur deux dort sous moustiquaire (respectivement 49% et 47%). Un certain effort de sensibilisation à la nécessité de se prévenir contre le paludisme, via la distribution de moustiquaires gratuites par exemple, a probablement été effectué dans les zones rurales, expliquant la part plus importante d'enfants dormant sous moustiquaire en milieu rural.

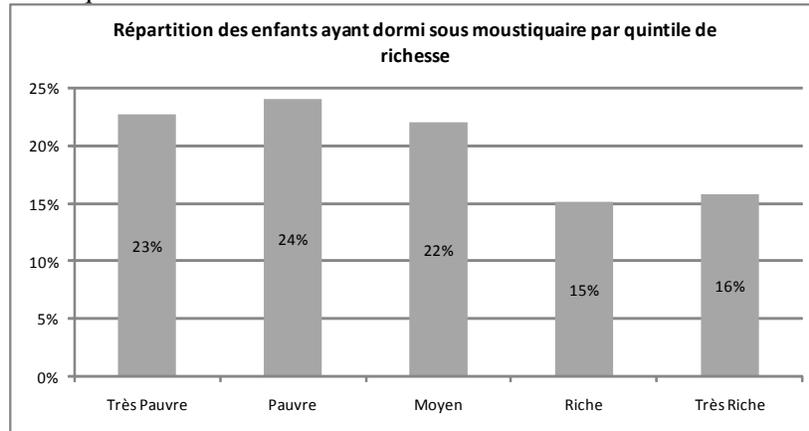
Figure 13 : Prévalence d'enfants dormant sous MII en milieu rural et dans les régions septentrionales



Source: MICS-4 2010

Les enfants des ménages les plus pauvres sont plus nombreux à dormir sous une moustiquaire (MII) que les enfants des ménages les plus riches. La proportion d'enfants dormant sous moustiquaire au sein des ménages les plus pauvres est plus importante. Cela sous-entend une sensibilisation et la distribution des moustiquaires davantage vers les tranches les plus vulnérables financièrement. Il est vrai aussi que les ménages les plus riches vivent souvent en zone urbaine, où la protection contre les moustiques est moins nécessaire, et où le prix des moustiquaires peut être plus élevé (2500 FCFA au lieu de 2000 FCFA en zone rurale en 2006).

Figure 14 : Les enfants des ménages les plus pauvres dorment davantage sous une moustiquaire



source : MICS-4 2010

Les facteurs d'offre influencent fortement l'utilisation des moustiquaires pour les enfants de moins de 5 ans. Une régression logistique grâce aux données MICS 2010 (tableau suivant) a été réalisée sur un échantillon réduit aux ménages qui possède au moins une moustiquaire. Sans surprise, elle montre que le facteur ayant l'impact majeur sur le fait de dormir ou pas sous une moustiquaire pour les enfants de moins de 5 ans est le **nombre de moustiquaires** dont dispose le ménage : **plus le ménage possède de moustiquaires, plus les enfants du ménage ont de chance de dormir sous une moustiquaire.** D'après le calcul des effets marginaux (pour la variable « Nombre de moustiquaires par ménage»), **la probabilité qu'un enfant du ménage dorme sous une moustiquaire est multipliée par 2 lorsque le ménage possède une moustiquaire supplémentaire.**

Le deuxième impact le plus important est celui associé au **milieu de résidence**, à savoir un facteur d'offre³. Notre régression confirme notre hypothèse que les enfants dorment davantage sous une moustiquaire en région rurale puisque les odds-ratios liés aux régions plus urbaines (Lomé, Maritime et Plateaux) sont inférieurs à 1 (impact négatif par rapport à la région des Savanes). Par ailleurs, les **facteurs de demande** rendant compte de la richesse des ménages et de l'éducation du chef de ménage sont moins significatifs.

Au total, l'utilisation des moustiquaires pour les enfants semblent largement expliquer par la disponibilité des moustiquaires. Plus les ménages en ont, plus ils les utilisent pour leurs enfants. Cela démontre la pertinence des campagnes de distribution massive des moustiquaires.

³ Nous avons utilisé la région de résidence des ménages comme proxy de l'offre de soins et plus particulièrement de l'offre de moustiquaire dans ce cas

Tableau 8 : Régression logistique des enfants dormant ou non sous moustiquaire sur les facteurs d'offre et de demande de moustiquaires

			Number of obs	=	6349
			Wald chi2(16)	=	80.94
Logistic regression			Prob > chi2	=	0.0000
Log pseudolikelihood = -4343.2963			Pseudo R2	=	0.0121
Le(les) enfants du ménage dort(dorment) sous une MII					
	Odds Ratio	Robust Std. Err.	P>z		Effet marginal
Nombre de MII par ménage ***	1.061277	.023344	0.007		2.27867
Facteur d'offre					
Région de résidence (référence: région Savanes)					
Lomé*	.8006249	.101728	0.080		.115535
Maritime***	.6796853	.0636774	0.000		.279869
Plateaux**	.8363681	.0755611	0.048		.229565
Centrale	.8991195	.0831927	0.250		.089419
Kara***	.7872349	.0715681	0.009		.133197
milieu urbain (par rapport à milieu rural)	.8672156	.0919361	0.179		.369188
Facteurs de Demande					
Quintile de richesse d'appartenance (référence: quintile le plus riche)					
Très Pauvre*	1.29156	.189151	0.081		.181207
Pauvre**	1.40918	.2008015	0.016		.204576
Moyen	1.201682	.1638201	0.178		.20421
Riche	1.031323	.1145581	0.781		.192685
Education du chef de ménage (référence: éducation secondaire et plus)					
Primaire	.8794449	.0694638	0.104		.274997
Aucune éducation	.9069676	.0716923	0.217		.295925

Source : MICS-4 2010 et analyse BM

NB : *** significatif à 1%, ** significatif à 5% et * significatif à 10%

NB 2 : un odds ratio inférieur à 1 rend compte d'un effet négatif de la variable explicative sur la variable expliquée

b. Possession de moustiquaires : la proportion de ménages possédant au moins une moustiquaire est en nette amélioration, mais demeure insuffisante.

En 2006, 40% des ménages enquêtés possédaient au moins une moustiquaire imprégnée d'insecticide (MII), avec une proportion plus importante en milieu rural : en 2006, 95% des ménages en milieu rural avaient obtenu une moustiquaire gratuitement contre 89% en milieu urbain⁴. **En 2010, 56% des ménages ont au moins une moustiquaire (dont plus de 90% ont une MII⁵).** Bien que la proportion de ménages possédant une moustiquaire ait augmenté, elle ne représente que tout juste la moitié des ménages togolais en 2010. Elle demeure ainsi insuffisante pour que tous les enfants des ménages togolais dorment effectivement sous une moustiquaire.

Les facteurs principaux expliquant la possession de moustiquaire (MII) au sein d'un ménage s'avèrent être des facteurs liés à l'offre de soins, approximés par la région et le milieu de résidence. Par exemple, le fait de vivre dans la région de Lomé ferait diminuer la possession de presque une MII en moyenne par ménage (- 0,88) par rapport à la résidence en région des Savanes. Entre autres parce qu'en milieu urbain, la possession de moustiquaires est probablement moins nécessaire, et aussi parce que des campagnes de distribution de moustiquaires dans les zones rurales recluses ont été réalisées pour atteindre les plus vulnérables. **Les variables rendant compte de la richesse du ménage sont également significatives,** avec un impact négatif de l'appartenance au quintile le plus pauvre par rapport au quintile le plus riche sur le nombre de moustiquaires par ménage; les ménages les plus riches disposent de 0,81 moustiquaire en plus en moyenne que les ménages les plus pauvres.

L'éducation du chef de ménage s'avère jouer un rôle significatif sur le nombre de MII possédées, avec un impact positif d'un niveau secondaire et plus par rapport à un niveau primaire seulement et d'autant plus par rapport à aucun éducation. Cependant, l'impact du niveau d'éducation est inférieur aux autres facteurs mentionnés.

⁴ Données non disponibles pour 2010

⁵ On en conclut que la possession/utilisation de moustiquaires est très fortement corrélée à la possession et de l'utilisation des MII.

Tableau 9 : Régression logistique de la possession de MII par ménage sur les facteurs d'offre et de demande de moustiquaires

		Number of obs	=	7274	
		F(12, 7261)	=	36.39	
		Prob > F	=	0.0000	
		R-squared	=	0.642	
		Root MSE	=	1.4263	
Linear regression					
Nombre de moustiquaire(s) par ménage		Coef.	Robust Std. Err.	t	P>t
Facteurs d'offre					
Résidence en milieu urbain***		-.3691358	.0590026	-6.26	0.000
Région de résidence (réferece. Savanes)					
Lome***		-.8837251	.0862108	-10.25	0.000
Maritime***		-.8896368	.060016	-14.82	0.000
Plateaux***		-.6676424	.0585726	-11.40	0.000
Centrale***		-.6073947	.0570833	-10.64	0.000
Kara***		-.4697719	.0569172	-8.25	0.000
Facteurs de demande					
Niveau de richesse du ménage (réferece: Très Pauvre)					
Très Riche***		.8112093	.084966	9.55	0.000
Riche***		.311688	.0691401	4.51	0.000
Moyen***		.4890064	.0548711	8.91	0.000
Pauvre		.0756929	.0469719	1.61	0.107
Niveau d'éducation du chef de ménage (réferece: Education secondaire et plus)					
Primaire***		-.1857227	.0429238	-4.33	0.000
Aucune Education***		-.3285786	.0462285	-7.11	0.000
_cons		2.568682	.0657134	39.09	0.000

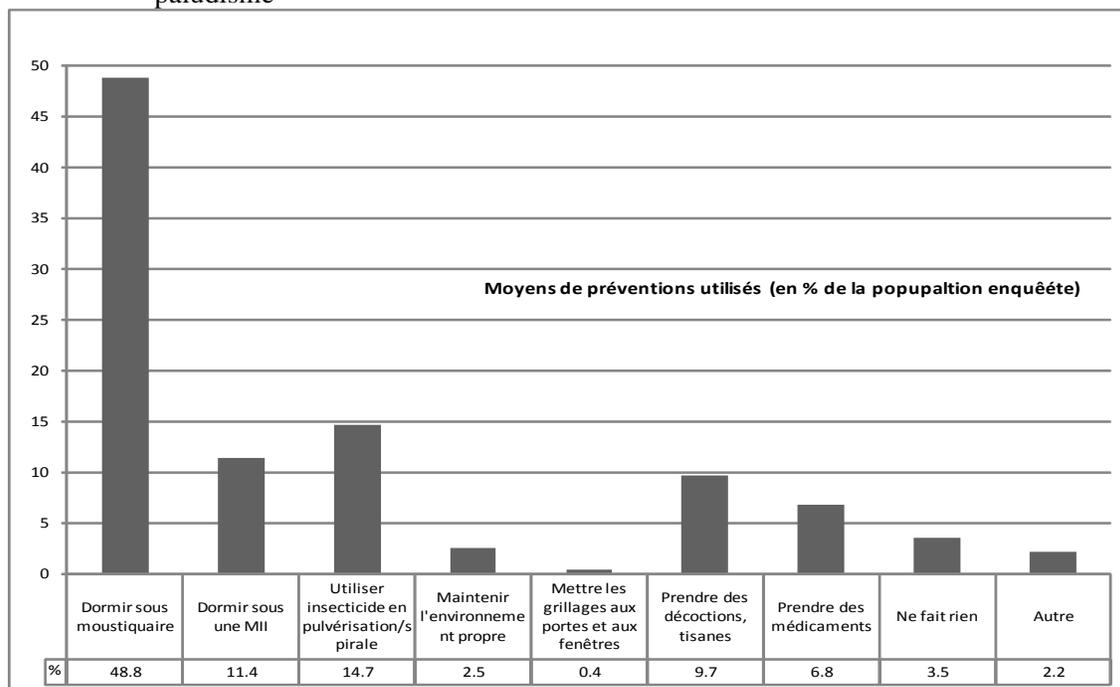
Source : MICS-4 2010 et analyse BM

NB : *** significatif à 1%, ** significatif à 5% et * significatif à 10%

c. Acceptabilité des moustiquaires : les ménages togolais ne montrent aucune réticence à utiliser la moustiquaire pour prévenir les cas de paludisme

L'étude récente des connaissances des modes de transmission (2009-évaluation de la PNL) a montré que 89% des ménages enquêtés liaient le paludisme à une piqure de moustique, et que 97% déclaraient la MII utile pour se protéger contre le paludisme.

Figure 15 : Moyens de prévention utilisés au sein des ménages enquêtés pour se prévenir du paludisme



Source : Evaluation 2009 de la PNLP

Encadré 4 : Evaluation de la PNLP du Togo : quels progrès réalisés en 2009 ?

En 2009, a été réalisée une évaluation⁶ de la couverture de la campagne nationale de 2008 de distribution des moustiquaires imprégnées et de l'impact des interventions de lutte contre le paludisme au Togo (voir schéma récapitulatif Annexe 2.2.).

Les résultats issus de cette étude semblent montrer que des progrès ont été réalisés dans la lutte contre le paludisme via l'utilisation des moustiquaires : 77% des ménages enquêtés disposaient d'au moins une moustiquaire, et 71% d'une MII. Près de 80% des enfants enquêtés avaient dormi sous une moustiquaire la veille de l'enquête.

Par ailleurs, pour les ménages qui possédaient une moustiquaire mais ne l'utilisaient pas (34% des ménages interrogés), les raisons de non utilisation invoquées ont été les suivantes : 33% estimaient la moustiquaire trop abîmée, 33% possédaient déjà une moustiquaire, 11% n'avaient pas d'endroit pour suspendre la moustiquaire, 4% n'aimaient pas dormir sous la moustiquaire, etc.

Cependant, les données des MICS 4 (2010) présentent des résultats moins positifs puisque seulement 56% des ménages possèdent une MII et 57% des enfants de moins de 5 ans ont dormi sous une MII la nuit précédant l'enquête. Les résultats de l'évaluation de la PNLP sont donc à considérer avec précaution, la possession et l'utilisation des MII demeurant insuffisante.

⁶ Evaluation PNLP/Togo – 2009 ; Ministère de la santé et Ministère de l'enseignement supérieur et de la recherche.

Concernant l'intervention à haut impact qu'est l'utilisation des moustiquaires par les enfants, le Togo a réalisé des progrès réguliers ces dernières années. Ces progrès sont toutefois encore insuffisants, puisque seulement 57% des enfants (de moins de 5 ans) dorment sous moustiquaires.

Un élément très encourageant est que les ménages togolais sont bien informés sur l'importance de cette intervention et n'ont pas de réticences à utiliser les moustiquaires. Nos analyses suggèrent d'ailleurs que la disponibilité des moustiquaires est le seul véritable goulot d'étranglement. Il peut être rectifié par des distributions massives de moustiquaires gratuites, distribution qui mériteraient d'être intensifiées.

2.2.3. Les interventions à haut impact de la lutte contre le paludisme : la prise en charge adaptée des cas de paludisme

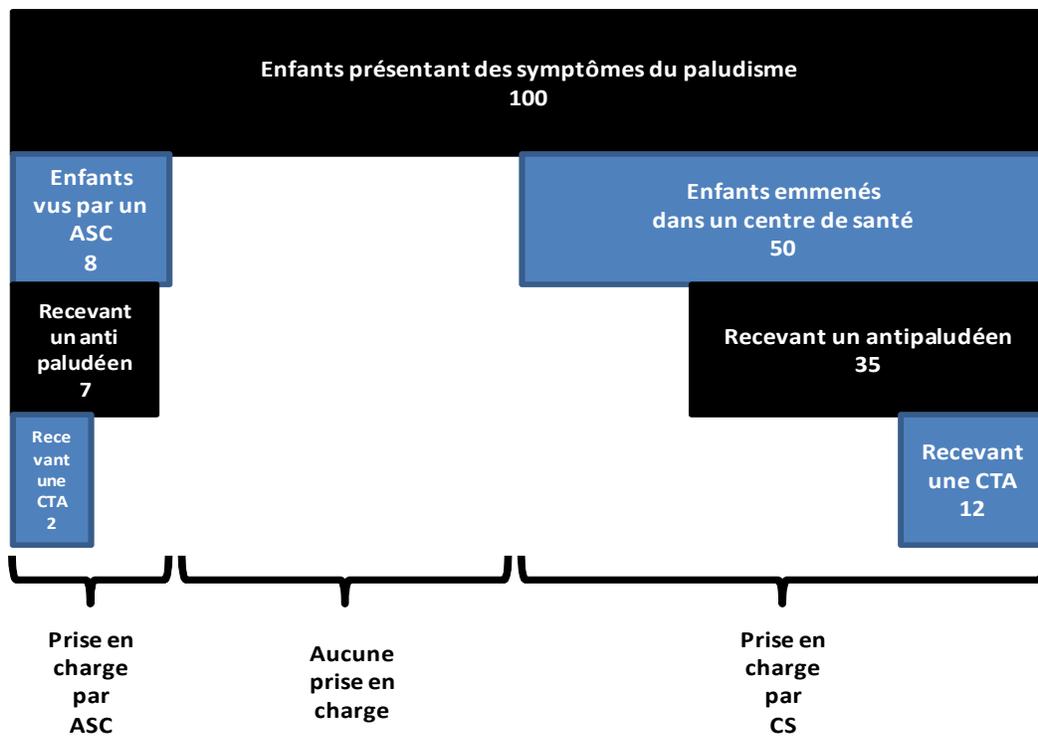
- **Prise en charge médicamenteuse des cas de paludisme**

D'après les données MICS 2010, seulement la moitié des enfants présentant des symptômes du paludisme ont été amenés dans un centre de santé. Parmi ces enfants, 74 % ont reçu n'importe quel antipaludéen. Seulement 36% a reçu au moins une CTA.

Une minorité (8%) d'enfants avec fièvre a été vu par un Agent de Santé Communautaire (ASC). Parmi ces enfants vus par un ASC, 90% ont reçu un antipaludéen et seulement 9% une CTA.

Au total, comme le montre le graphique ci-dessous, **moins de 15% des enfants avec fièvre reçoivent une prise en charge appropriée (par CTA). On note que la place des ASC (dans la prise en charge du paludisme) reste très limitée.**

Figure 16 : Modes de prise en charge des enfants avec fièvre



source : MICS 2010 et analyse BM

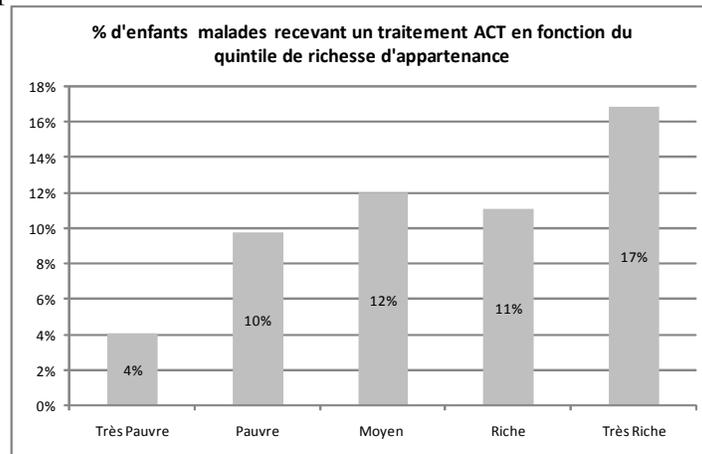
Une différence de prise en charge est observable selon le milieu de résidence.

L'administration de médicaments antipaludéens est plus répandue chez les enfants avec fièvre résidant dans la zone urbaine (43 %) que ceux de la zone rurale (31 %).

La prise en charge adéquate du paludisme infantile paraît fortement liée à des facteurs de demande. Ainsi, le **niveau d'instruction de la mère** est lié avec le traitement des enfants ayant eu de la fièvre avec des antipaludéens appropriés. Parmi les enfants présentant de la fièvre et dont la mère a un niveau d'étude supérieur, 30% ont reçu des antipaludéens, contre 20% chez les enfants dont la mère a un niveau d'éducation primaire, et 18% chez les enfants dont la mère n'a pas reçu d'éducation.

De même, le **niveau de richesse du ménage** dont est issu l'enfant est corrélé au type de traitement reçu en cas de paludisme. D'après le graphique suivant, 16% des enfants du quintile très riche qui présentent de la fièvre reçoivent un traitement de type CTA, contre seulement 4% de ceux issus du quintile le plus pauvre (avec une différence significative observée).

Figure 17 : Répartition des enfants recevant des CTA en fonction du quintile de richesse d'appartenance



source : MICS-4 2010

- **Qualité de la prise en charge par le personnel de santé (ASC ou personnel de la FS)**

Concernant la **prise en charge par les Agents de Santé Communautaire (ASC)**, 90% des ASC semblent avoir les compétences pour réaliser une bonne prise en charge des cas de paludisme. Les Agents de Santé Communautaires (ASC), formés pour la prise en charge intégrée des maladies de l'enfant, savent diagnostiquer le paludisme et utilisent de plus en plus le test de diagnostic rapide (TDR).

La prise en charge dans les Formations Sanitaires (FS) semble de relativement bonne qualité. L'étude a montré que l'auscultation semblait parfois succincte, mais que les prescriptions étaient adaptées. L'évaluation des consultations au sein des Formations Sanitaires a mis en exergue les constats suivants :

- ✓ 65% des prestataires ont interrogé les accompagnants des enfants malades sur des signes du paludisme (fièvre, convulsion, vomissements, diarrhée, toux, incapacité à manger, etc.), les traitements antérieurs et l'âge de l'enfant ;

- ✓ 55% des enfants malades ont subi un examen physique (prise de poids et de température, recherche de signes d'anémie, de pneumonie et de déshydratation) ;
- ✓ La confirmation du paludisme a été faite chez 76% des enfants malades ;
- ✓ Il a été prescrit du LM-AM, du AS-AQ et de la Quinine à 90% des enfants malades ;
- ✓ Une dose appropriée d'antipaludique a été prescrite à 95% des enfants malades conformément aux directives nationales ;
- ✓ 70% des accompagnants ont reçu des conseils pour l'administration correcte du traitement et le suivi de l'enfant ;
- ✓ 68% des accompagnants ont reçu des informations sur le diagnostic du paludisme.

De manière générale, on peut conclure quant à une prise en charge de plus ou moins bonne qualité dans les FS. **Cela ne signifie pas pour autant que les enfants se voient administrer effectivement les médicaments prescrits, faute de disponibilité ou de coût des médicaments par exemple** (voir Chapitre 7).

Pour conclure, malgré une capacité relativement satisfaisante du personnel de santé à prendre en charge les cas de paludisme, une trop faible proportion d'enfants est soignée correctement et rapidement (en moins de 24 heures). Deux types de facteurs peuvent expliquer ce constat : d'une part des facteurs liés à l'offre de santé tels qu'une couverture insuffisante de la population en Formation Sanitaire et Personnels de santé (voir chapitres 5 : Service de santé, et 6 : Ressources Humaines de Santé) ; d'autre part des facteurs liés à la demande de santé. Par exemple, la connaissance des symptômes du paludisme par les personnes en charge des enfants détermine la décision d'emmener l'enfant consulter. Ce dernier facteur paraît d'importance limitée, puisque 91% des femmes enquêtées connaissant les signes de danger du paludisme qui justifient d'emmener l'enfant se faire soigner (données MICS 2006). **Les facteurs de demande liés à la richesse du ménage et donc les coûts associés au traitement semblent davantage expliquer le trop faible recours au système de soins en cas de paludisme de l'enfant.**

2.3. La malnutrition infantile : cause et conséquence de la morbidité infantile

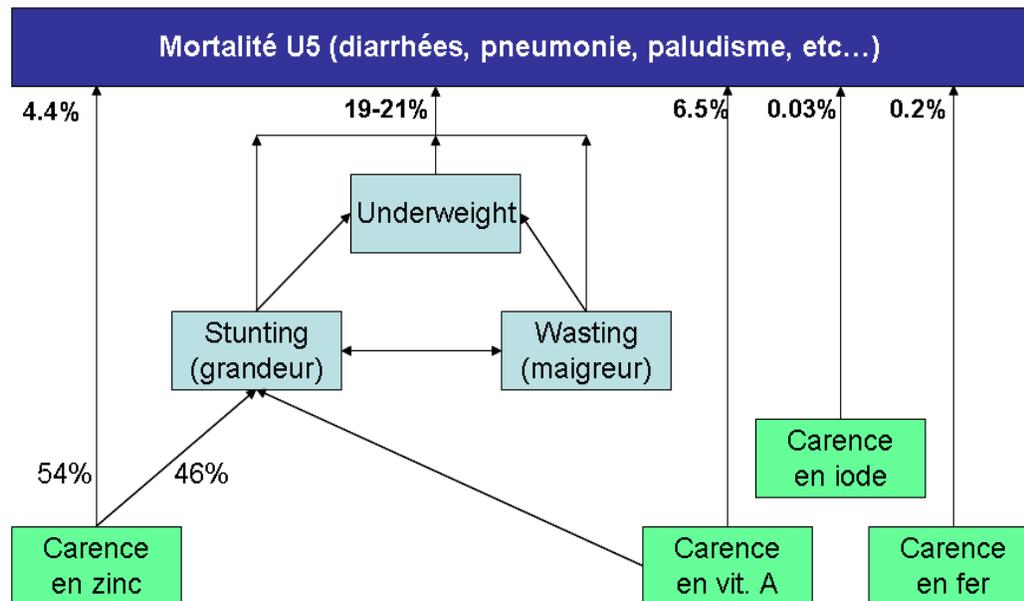
2.3.1. Mesure et indicateurs de la malnutrition

L'encadré suivant permet de recenser les différentes mesures de la malnutrition et les interprétations associées :

Comment mesurer la malnutrition et quel est son impact sur la mortalité infantile ?

La malnutrition est habituellement mesurée au travers de 2 types d'indicateurs : (i) les données anthropométriques (insuffisance pondérale, retard de croissance, émaciation et faible poids de naissance) et (ii) les carences en micronutriments (essentiellement vitamine A, fer, zinc et iode).

La plupart des ces indicateurs ont un impact sur la mortalité infantile, même si cet impact peut varier considérablement, comme le montre le graphique ci-dessous. On peut observer que les malnutritions chronique et aiguë ont l'impact le plus fort sur la mortalité infantile, puisqu'en moyenne elles expliquent entre 19 et 21% de celle-ci.



L'insuffisance pondérale (poids sur âge) est utilisée comme indicateur principal pour l'OMD n 1. Cet indicateur est en fait le résultat de deux autres indicateurs : le retard de croissance (*stunting*) et l'émaciation (*wasting*).

Le **retard de croissance** (taille sur âge) correspond à une malnutrition chronique. Il reflète les effets cumulatifs à long-terme d'apports alimentaires inadéquats et de mauvaises conditions sanitaires. Il est fortement lié aussi aux déficiences en zinc. A l'inverse, **l'émaciation** (poids sur taille) correspond à une malnutrition aiguë et récente.

On verra ci-dessous que ces deux indicateurs évoluent en sens inverse en fonction de l'âge des enfants.

Source: Bhutta 2008

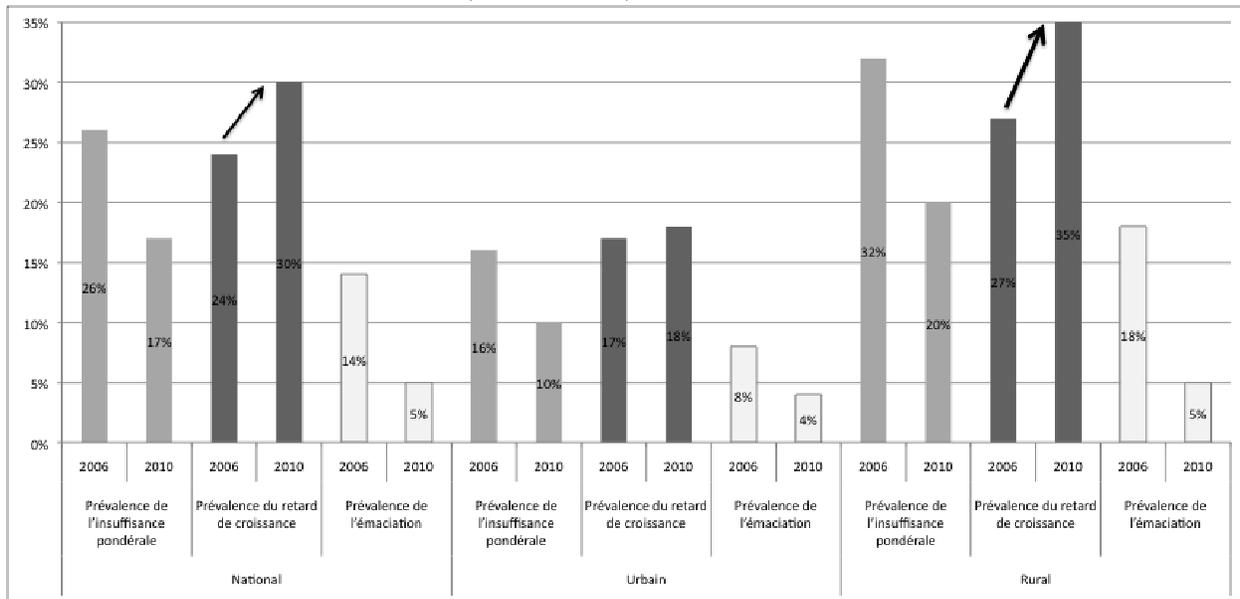
2.3.2. Etat des lieux de la malnutrition au Togo

La prévalence des trois formes de malnutrition demeure importante au Togo. D'après les résultats des enquêtes MICS 3 et 4 (2006 et 2010), le taux de **prévalence de l'insuffisance pondérale** qui se traduit par un poids insuffisant par rapport à l'âge, est respectivement pour 2006 et 2010 de 26% et de 17% chez les enfants de moins de cinq ans. En milieu rural, ce pourcentage est presque le double de celui observé en milieu urbain en 2010 (19% en milieu rural contre 10% en milieu urbain). La région des Savanes est la plus touchée : la prévalence de l'insuffisance pondérale sous forme sévère touche 6,1% des enfants (données de l'enquête SMART⁷ 2010).

Le retard de croissance (malnutrition chronique) touche encore plus d'enfants en 2010 qu'en 2006. Le retard de croissance (qui se manifeste par une taille un peu plus petite par rapport à l'âge et qui est provoquée par une sous nutrition chronique) touche 24% des enfants avec 10% sous forme sévère en 2006, et augmente même en 2010 pour atteindre 30% des enfants de moins de 5 ans. Les données de l'enquête SMART montrent que les enfants des régions de Kara et des Savanes sont nombreux à présenter un retard de croissance : 37% et 35% respectivement.

L'émaciation (ou malnutrition aiguë qui se traduit par un poids trop faible par rapport à la taille) touchait en 2006 14% des enfants (dont 3,2% avec une forme sévère). En 2010, cette prévalence a diminué pour atteindre 5%. D'après les données de l'enquête SMART, la Région des Savanes présente ici aussi une plus forte prévalence de l'émaciation (11% contre respectivement 5% dans la région de Kara et 4% dans la région Maritime).

Figure 18 : Prévalence de la malnutrition chez les enfants de moins de 5 ans d'après les données MICS 3 et 4 (2006 et 2010)



Source : MICS 3 (2006) et 4 (2010)

⁷ Enquête SMART septembre 2010 : 3ème enquête SMART après celles de décembre 2008 et juin-juillet 2009 sur les régions des Savanes, de la Kara et Maritimes, les trois régions les plus touchées par la malnutrition infantile.

L'importance de la malnutrition sous forme chronique et son augmentation entre 2006 et 2010 sont des constats assez alarmants pour la santé des enfants. Ils contribuent à expliquer l'absence de diminution de la mortalité infantile au Togo (entre 2006 et 2010). De même, la conclusion majeure de l'enquête SMART de septembre 2010 est **la hausse de la malnutrition chronique dans la région de Kara** et sa stagnation dans les deux autres régions. Cette forte prévalence de la malnutrition chronique rend compte des obstacles dans l'accès à une nutrition adéquate pour les enfants sur la durée et donc à des défaillances du système de soins dans sa globalité

Les carences en micro nutriments (Fer, Iode, Vitamine A) sont également fréquentes. Le taux de couverture de la supplémentation en vitamine A intégrée au PEV de routine est respectivement de 80% pour les enfants de 9 mois, de 58% pour les femmes allaitantes. Il est de 100% pour les enfants de 6 à 59 mois lors des campagnes de masse. La prévalence de l'anémie demeure élevée et est estimée à plus de 40% chez les femmes enceintes (cause majeure d'un faible poids à la naissance des enfants) et de 76 à 91% chez les enfants de 6 à 36 mois.

Les facteurs de la malnutrition ne sont pas détaillés ici mais dans le chapitre suivant intitulé Communautés et Ménages : Pratiques et Politiques. En effet, le chapitre suivant rendra compte des pratiques et habitudes des populations en termes d'hygiène, d'accès à l'eau potable et aux infrastructures d'assainissement, et de nutrition, qui expliquent largement la prévalence de la malnutrition parmi les enfants mais aussi les femmes enceintes, deux groupes largement vulnérables. Nous renvoyons donc au chapitre 3, sections 1 et 2 pour l'analyse détaillée de la malnutrition au Togo.

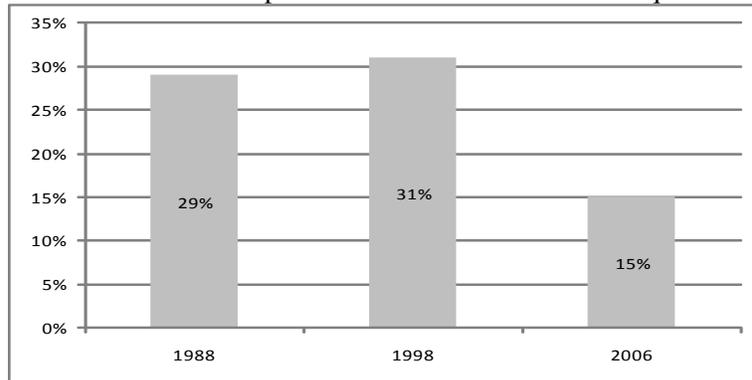
2.4. Les maladies diarrhéiques chez l'enfant et le traitement par les Sels de Réhydratation Orale (SRO)

2.4.1. Prévalence des maladies diarrhéiques au Togo

La diarrhée est la seconde cause de mortalité dans le monde. Les complications liées à une diarrhée les plus graves sont la déshydratation pouvant mener à la mort. La malnutrition sous-jacente de l'enfant est souvent en cause.

Au Togo, les maladies diarrhéiques représentent presque 14% des causes de mortalité infantiles. On observe cependant une forte diminution par rapport à l'enquête ménage EDS 1998 (31% de prévalence en 1998, contre 15% en 2006) (figure ci-dessous). En 2008, on avait recensé 674 cas de diarrhées (tout type confondu) et 3 décès associés (soit un taux de létalité associé de 0,4%). En 2009, 762 cas de diarrhées rouges ont été recensés (0 décès), et 292 cas d'autres diarrhées graves (7 décès recensés). On observe, pour tout type de diarrhée confondu, un taux de létalité de 0,6% en 2009, soit une hausse par rapport à 2008.

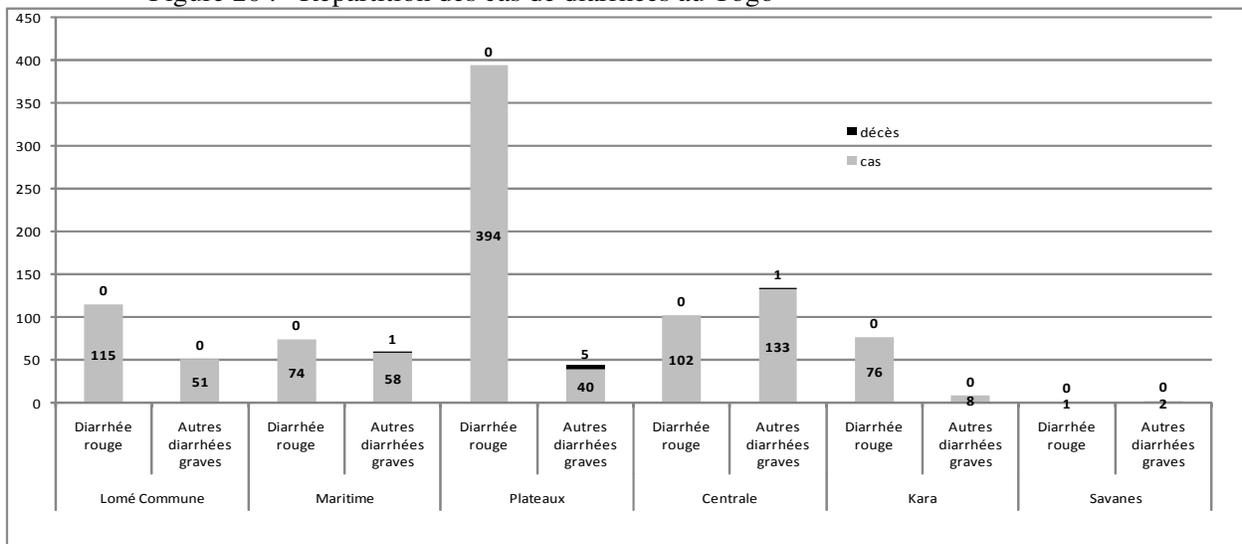
Figure 19 : Diminution de la prévalence des maladies diarrhéiques



source : EDS 1988 et 1998 et MICS 3 2006.

La figure suivante rend compte de la répartition des cas de diarrhée au Togo et montre la très forte prévalence de la diarrhée dans la région des Plateaux où 394 cas de diarrhée rouge ont été recensés, soit plus de la moitié de tous les cas recensés. C'est également dans cette région que la mortalité liée à la diarrhée est la plus forte, avec 5 décès sur les 7 recensés au total pour 2009.

Figure 20 : Répartition des cas de diarrhées au Togo



source : DISER – Indicateurs Essentiels 2009

Les méthodes de **prévention** de la diarrhée consistent essentiellement en un accès à de l'eau potable, un recours aux pratiques d'hygiène basique (lavage des mains par exemple) et à des structures d'élimination des déchets. Ces pratiques seront détaillées dans le chapitre suivant traitant des pratiques des communautés, et seront analysées pour comprendre pourquoi le Togo présente encore des taux de prévalence aussi élevés.

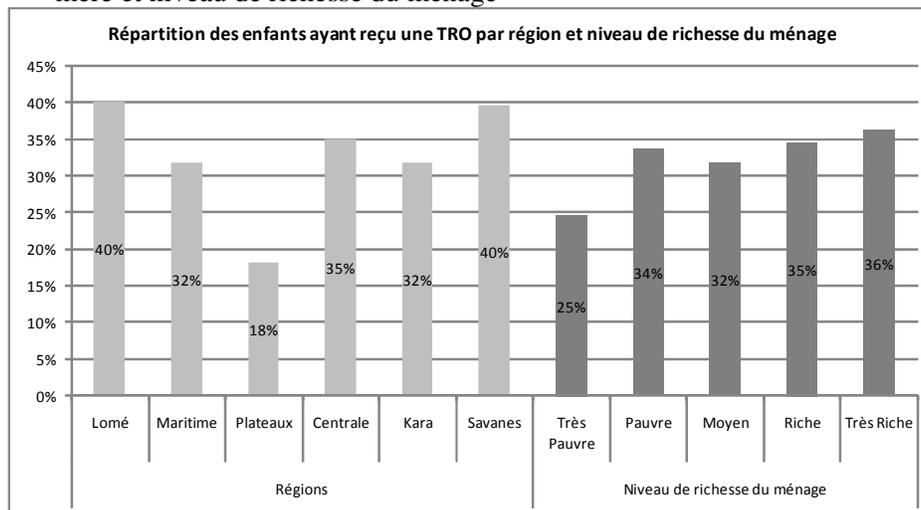
Les méthodes de **traitement** de la diarrhée sont elles aussi relativement simples et peu coûteuses, et sont détaillées dans le paragraphe qui suit.

2.4.2. Traitement de la diarrhée : les Sels de Réhydratation Orale (SRO)

La manière de traiter la diarrhée est simple : elle consiste à administrer aux enfants des Sels de Réhydratation Orale (SRO), pour prévenir essentiellement la déshydratation induite par la diarrhée.

D'après les données MICS, seulement 11% des enfants souffrant de diarrhée ont reçu une Solution de Réhydratation Orale (SRO) au Togo en 2010. En 2006, près de 9% des enfants présentant une diarrhée s'étaient vu administrer un liquide préparé à partir d'un sachet de SRO ou une boisson SRO pré-conditionnée ; en 2010, ce taux augmente seulement de 2 points de pourcentage, ce qui n'est pas suffisant pour traiter de manière adéquate la diarrhée au Togo. Ce taux très bas peut s'expliquer par deux types de facteurs : des facteurs d'offre (la disponibilité physique, géographique et financière des SRO au sein des FS) ; et des facteurs de demande (la connaissance par les ménages des complications graves liées à la diarrhée par exemple). Les données suggèrent que l'action de *réhydratation orale et d'augmentation des liquides puis de l'alimentation pour traiter un épisode diarrhéique de l'enfant (Thérapie de Réhydratation Orale) dépend essentiellement* : d'une part, de la région (40% dans les régions de Lomé et des Savanes contre 18% dans la région des Plateaux) (**effet offre**) ; d'autre part, du niveau de richesse du ménage par exemple (un quart des enfants pour le quintile le plus pauvre, contre plus de 35% pour le plus riche) (**effets demande**). Le milieu urbain ou rural ne semble pas influencer la décision de réhydratation et de prise d'aliments pour traiter les cas de diarrhées, ni l'âge de l'enfant, ni même le niveau d'éducation de la mère puisque autant d'enfants de mère sans éducation ont reçu une SRO que d'enfants dont la mère a reçu un niveau d'éducation supérieur (32% des enfants de chaque catégorie).

Figure 21 : Répartition des enfants utilisant une TRO par Région, niveau d'éducation de la mère et niveau de richesse du ménage



source : MICS 4 2010

Les résultats de la régression logistique du traitement (ou non) de la diarrhée de l'enfant par SRO sur les facteurs d'offre et de demande permettent de confirmer nos hypothèses. Les variables testées sont le niveau de richesse du ménage et l'éducation de la mère (proxys de la demande), et la région de résidence (utilisée comme proxy de l'offre). Ainsi, seules les variables de richesse du ménage sont significatives. Les ménages très riches ont une probabilité supérieure que les ménages les plus pauvres de traiter la diarrhée de l'enfant avec des SRO (odds-ratios correspondants supérieurs à 1). Un enfant issu d'un ménage très riche a 6,5 fois plus de chance d'être traité par des SRO en cas de diarrhée qu'un enfant issu d'un ménage très pauvre. **L'inaccessibilité financière des SRO demeure donc un goulot d'étranglement majeur dans le traitement adéquat des cas de diarrhée de l'enfant.**

Tableau 10 : Régression du traitement par SRO de la diarrhée de l'enfant de moins de 5 ans sur les facteurs d'offre et de demande de soins

Logistic regression		Number of obs	= 1039		
		Wald chi2(11)	=23.13		
		Prob > chi2	= 0.0169		
Log pseudolikelihood		= -349.14523	Pseudo R2	= 0.0503	
Traitement ou non de la diarrhée de l'enfant par SRO	Odds Ratio	Std. Err.	P>z	Effet marginal	
Facteur d'offre (référence:Savanes)					
Lomé	.5771345	.2959123	0.284	.088242	
Maritime	.5943704	.2307115	0.180	.263956	
Plateaux	.7461488	.2746526	0.426	.234495	
Centrale	.9271624	.3181861	0.826	.092423	
Kara	.7511042	.2648885	0.417	.14462	
Facteurs de demande					
Education de la mère (référence: pas d'éducation)					
Primaire	1.353509	.3457596	0.236	.35708	
Secondaire	1.332671	.5269039	0.468	.144897	
Niveau de richesse (référence : Quintile le plus Pauvre)					
Pauvre***	2.178039	.8245054	0.040	.25529	
Moyen***	4.103166	1.489706	0.000	.209348	
Riche***	3.797985	1.684062	0.003	.151902	
Très Riche***	6.576295	3.95606	0.002	.098031	

Source : MICS4 2010 et analyse BM

NB : *** significatif à 1%, ** significatif à 5% et * significatif à 10%

NB 2 : un odds ratio inférieur à 1 rend compte d'un effet négatif de la variable explicative sur la variable expliquée

2.5. Les infections respiratoires : le cas de la pneumonie

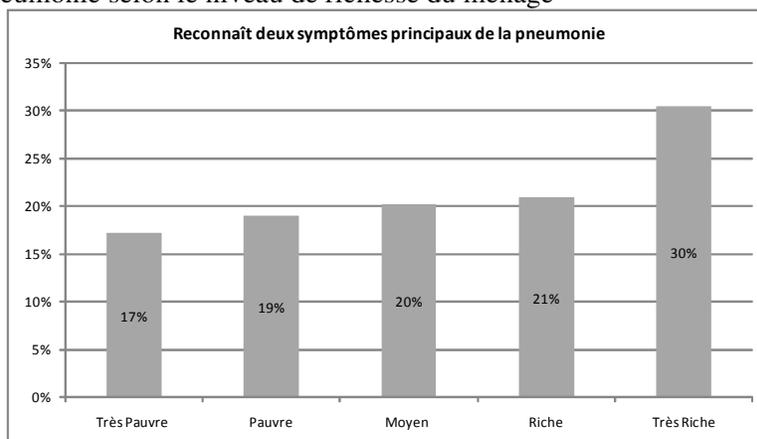
La pneumonie est causée par un certain nombre d'agents infectieux, bactéries, virus ou champignons. D'après les données de l'UNICEF et de l'OMS⁸ (2007), le Togo appartient aux zones enregistrant le plus grand nombre de cas de pneumonie : plus de 0,3 cas de pneumonie par enfant et par an. Au Togo, le taux de mortalité des moins de cinq ans au Togo est de 140 pour mille. **17% de ces décès en 2004 sont dus à la pneumonie. Seulement 30% des enfants de moins de 5 ans atteints de pneumonie ont été présentés à un soignant qualifié.**

Les interventions permettant de réduire la mortalité associée à la pneumonie consistent en deux volets distincts : d'une part, un effort sur la sensibilisation et l'éducation des familles et personnes en charge de l'enfant afin qu'ils reconnaissent les symptômes de la pneumonie ; et d'autre part, un effort sur l'offre de soins, où la prise en charge de la maladie est efficace et le traitement par antibiotiques géographiquement et financièrement accessible.

Les femmes ne connaissent pas suffisamment les symptômes de la pneumonie qui nécessiteraient d'être traités par un médecin. En effet, en 2010, la « respiration rapide » et la « respiration difficile » sont identifiées respectivement par seulement 10% et 16% des mères comme étant des symptômes qui nécessitent que l'enfant soit emmené immédiatement chez un prestataire de soins de santé. Par contre, la fièvre (85%) est le symptôme le plus cité par la mère pour l'inciter à emmener l'enfant dans un établissement sanitaire.

Les femmes les plus riches reconnaissent mieux les symptômes de la pneumonie qui nécessitent un recours aux soins. L'éducation ne semble pas jouer sur le fait de reconnaître les signes de la pneumonie. Par contre, le niveau de richesse semble être corrélé au fait de reconnaître les symptômes de la pneumonie puisque les plus riches reconnaissent davantage que les autres quintiles de richesse. Cela peut s'expliquer par un accès à l'information de manière générale facilité pour les ménages issus des quintiles les plus riches, souvent issus de milieux urbains où les campagnes de sensibilisation, événements éducatifs et panneaux de prévention sont concentrés.

Figure 22 : Répartition des personnes en charge de l'enfant qui reconnaissent les signes de pneumonie selon le niveau de richesse du ménage



source : données MICS-4 2010

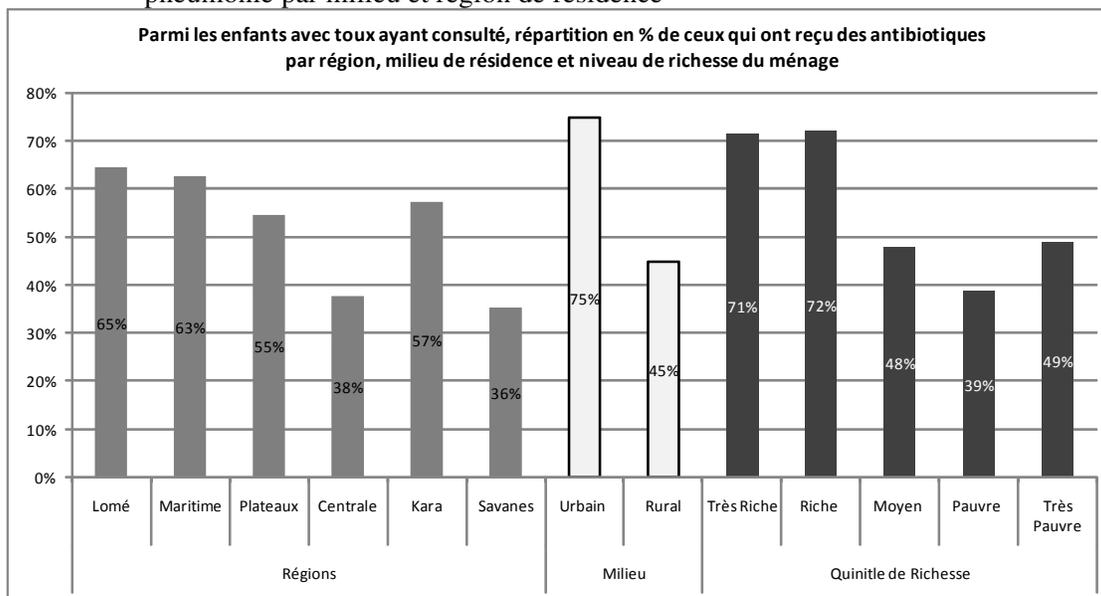
⁸ UNICEF et OMS (2007) – La Pneumonie de l'enfant – Un fléau oublié

Le traitement inadapté d'un enfant souffrant de pneumonie semble davantage s'expliquer par un problème d'obstacle géographique et financier au traitement. En effet, le fait de recevoir un traitement adapté (c'est-à-dire à base d'antibiotiques) pour les enfants suspectés de pneumonie ne semble pas être corrélé au niveau d'éducation de la mère (50% des enfants dont la mère n'a pas été à l'école ont reçu des antibiotiques, contre seulement 55% des enfants dont la mère a reçu au moins un niveau primaire d'éducation).

Par contre, les variables de milieu et régions de résidence semblent influencer le fait de recevoir des antibiotiques. 75% des enfants suspectés de pneumonie en milieu urbain reçoivent des antibiotiques, contre 45% en milieu rural (voir le graphique suivant). On suppose que le manque de formations sanitaires ainsi que la plus faible disponibilité des médicaments dans les régions plus recluses expliquent ce constat.

De même, le fait de recevoir des antibiotiques pour l'enfant atteint de pneumonie est fortement corrélé au niveau de richesse du ménage : 50% et 40% des enfants respectivement issus des quintiles Très Pauvre et Pauvre, contre plus de 70% des enfants des quintiles Riche et Très Riche.

Figure 23 : Répartition des enfants de moins de 5 ans ayant reçu des antibiotiques pour une pneumonie par milieu et région de résidence



source : données MICS_4 2010

Ainsi, des efforts doivent être réalisés dans l'amélioration de l'accès aux médicaments, au niveau géographique mais aussi financier. La gratuité des soins entre autres pour les enfants de moins de 5 ans est une démarche à appuyer, d'autant plus en milieu rural.

La mortalité infantile : principaux constats

Même si la mortalité infantile a significativement diminué ces dernières années (probablement grâce aux progrès considérables du Togo en matière de vaccination), elle reste à un niveau élevé, et ce en raison de 3 facteurs : le paludisme, la malnutrition et les causes néonatales.

La forte prévalence du **paludisme infantile** au Togo paraît s'expliquer surtout par une utilisation des moustiquaires imprégnées qui reste insuffisante (malgré les progrès réalisés récemment) et une prise en charge trop faible des enfants souffrant de paludisme, notamment au niveau communautaire. Ces problèmes doivent pouvoir être réglés au travers (i) d'une intensification des distributions de moustiquaires gratuites et (ii) d'un renforcement du niveau communautaire (nombre et formation des ASC).

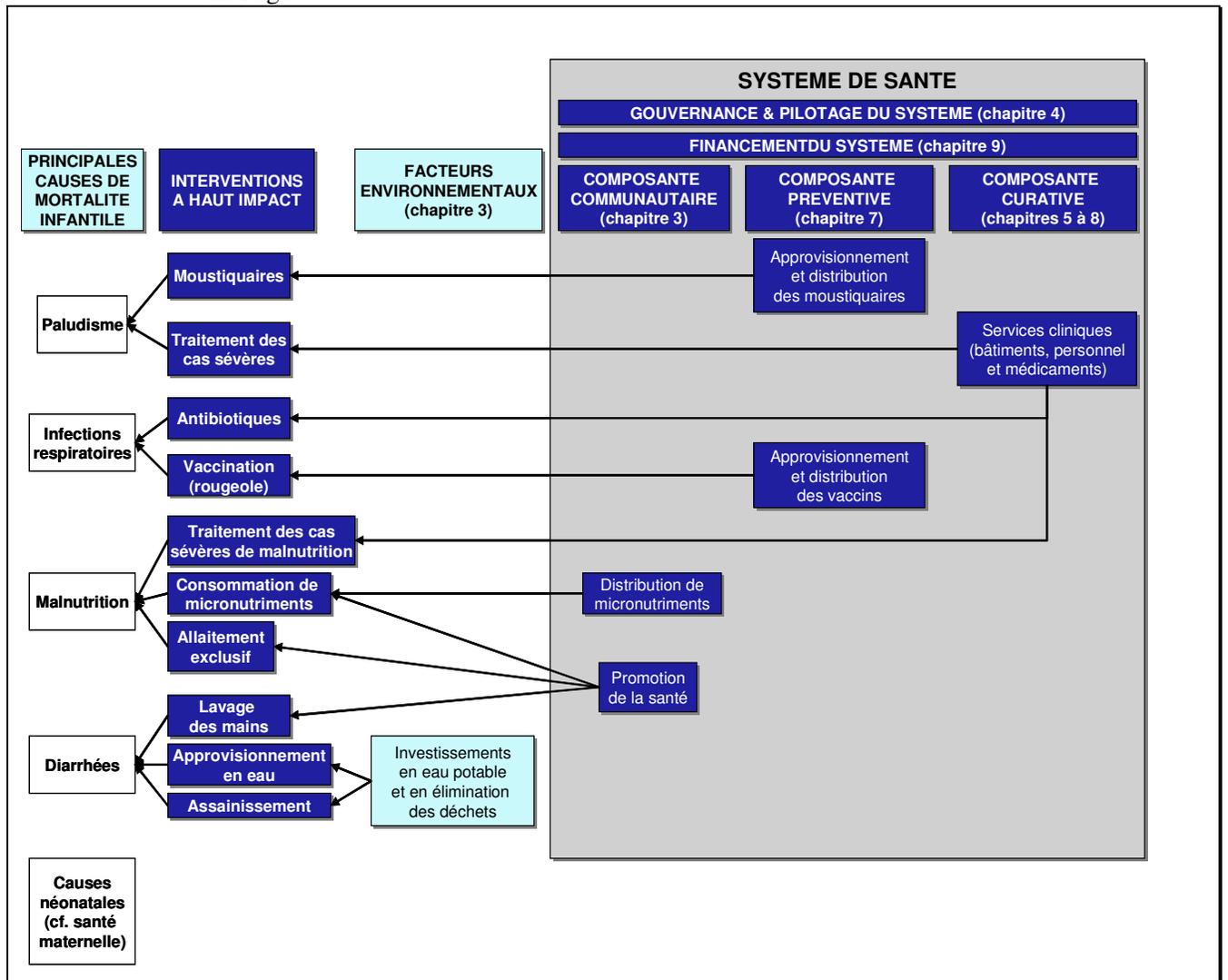
En matière de **malnutrition infantile**, le Togo n'a malheureusement pas présenté de réels progrès : les régions les plus touchées (Kara, Centrale et Savanes) n'ont pas en moyenne montré d'améliorations significatives. Au contraire, on note même une augmentation de la malnutrition chronique au niveau national et une prévalence importante de l'insuffisance pondérale dans la région des Savanes. A la différence du paludisme, il reste d'ailleurs à élaborer et surtout à mettre en œuvre une politique forte sur la nutrition, politique qui devra être multisectorielle et communautaire.

Concernant les autres maladies infantiles (diarrhée et pneumonie), les forts taux de prévalence et de mortalité associés sont essentiellement liés à un obstacle financier et géographique pour accéder au traitement adéquat. Des efforts quant à l'amélioration de la disponibilité des thérapies de réhydratation orale et antibiotiques sont à appuyer. La politique nationale des médicaments, et les systèmes d'approvisionnement sont à améliorer (voir chapitre 7) et des mécanismes de financement de la demande de soins sont à encourager.

Au sein de la mortalité infantile, la **mortalité néonatale** est celle qui a le moins baissé sur la période récente. Il est probable que cette situation soit liée à la même stagnation enregistrée sur la mortalité maternelle. Ce point est exploré dans la section suivante.

En conclusion, sur la santé infantile, cette partie du chapitre a permis de mieux cerner : (i) les principales causes de mortalité infantile, (ii) le taux de couverture de la population concernant les interventions à haut impact sur ces causes de mortalité et (iii) les composantes du système de santé qui constituent les goulots d'étranglement majeurs pour la généralisation de ces interventions à haut impact. Cette logique est illustrée par le graphique ci-dessous. Les chapitres suivants du rapport visent à mieux comprendre les forces et faiblesses de chacune des composantes du système de santé et plus particulièrement celles qui ont été identifiées comme des goulots d'étranglement.

Figure 24 : Comment le renforcement du système de santé peut réduire la mortalité infantile au Togo ?

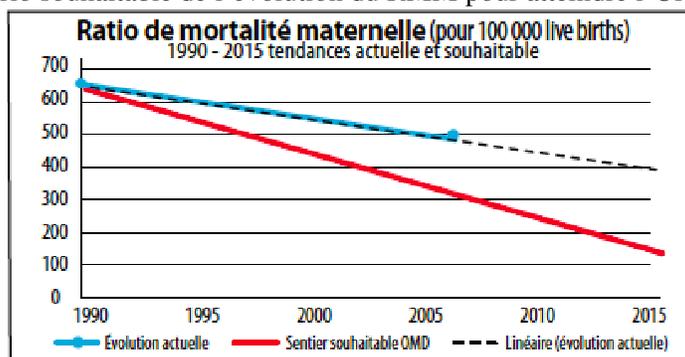


3. OMD 5 : Santé maternelle

3.1. Evolution des Ratios de mortalité maternelle au Togo

Malgré une diminution constante du ratio de mortalité maternelle (RMM) depuis 1990, l'OMD 5 ne sera pas atteint d'ici 2015. Le ratio de mortalité maternelle au Togo est de 350 pour 100,000 naissances vivantes en 2008. Certes une diminution du Ratio de Mortalité Maternelle est observée depuis 1990 (de près de 30% entre 1990 et 2006), mais l'objectif de diminution de 75% de ce ratio (comme le préconisent les OMD) ne sera pas atteint d'ici 2015.

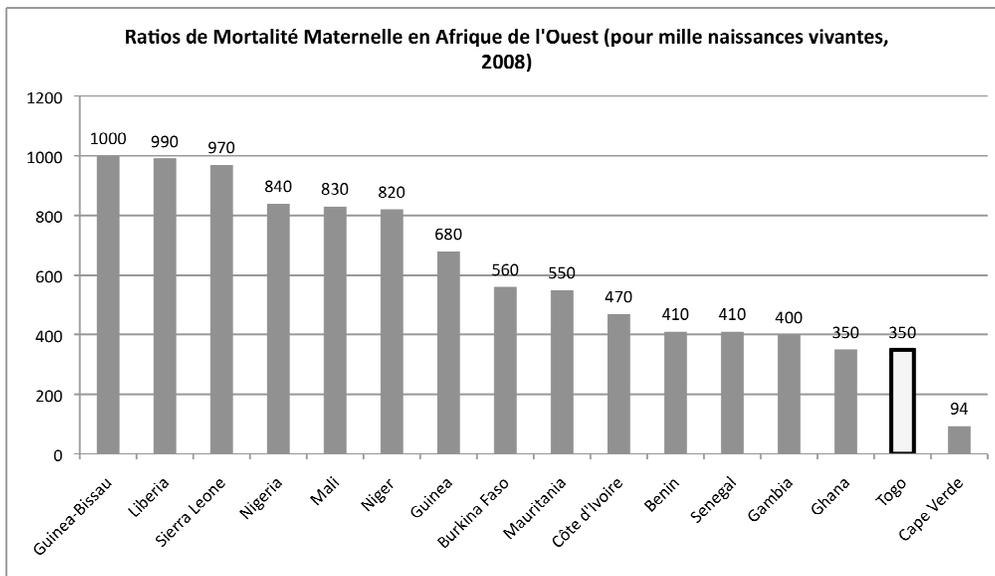
Figure 25 : Evolution du Ratio de Mortalité Maternelle au Togo entre 1990 et 2006, et scénario souhaitable de l'évolution du RMM pour atteindre l'OMD 5.



source : PNUD. 3^{ème} rapport de suivi des OMD au Togo

En 2008, le Togo présentait l'un des plus bas RMM d'Afrique de l'Ouest. En 2008, le RMM était en effet autour de 350 pour cent mille naissances vivantes, ce qui plaçait le **Togo en deuxième position en termes de RMM le plus bas (avec le Ghana)** parmi les pays de l'Afrique de l'Ouest (juste après le Cap-vert qui présente un RMM de 94 pour 100,000 naissances vivantes en 2008). Mais ce taux diminue de moins en moins vite ces dernières années et demeure encore très loin de la cible de 160 pour 100,000 naissances.

Figure 26 : La place du Togo parmi les pays d'Afrique de l'Ouest en termes de RMM



source : Global Health Observatory – WHO (2008)

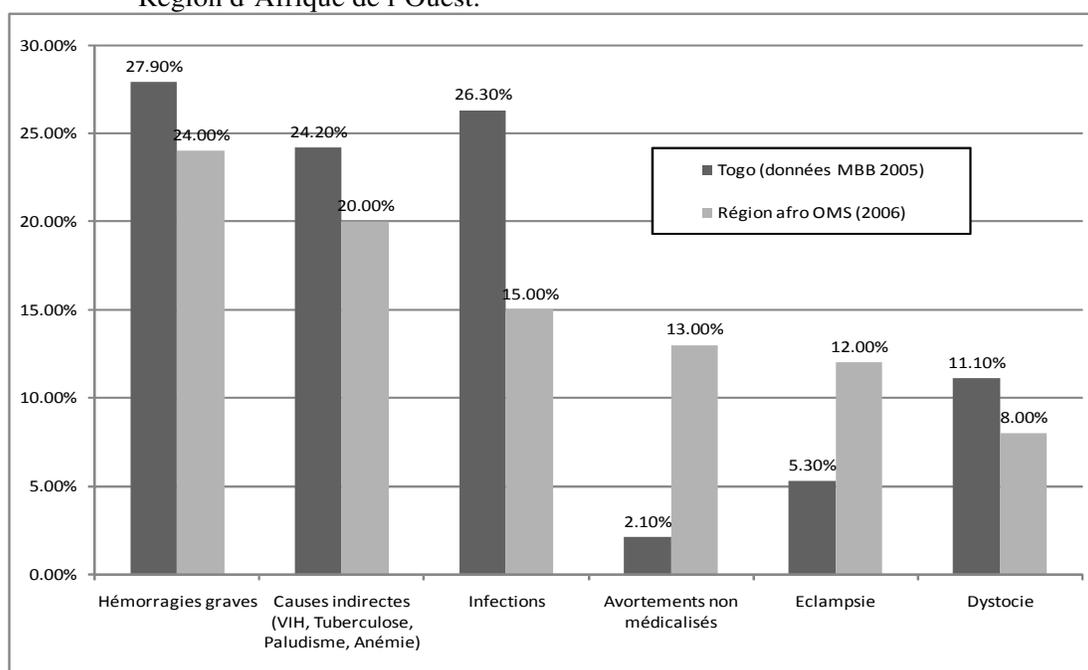
3.2. Les causes cliniques de la mortalité maternelle

Au Togo comme dans la majorité des autres pays en développement, 80% des décès maternels sont dû à des causes directes à savoir :

- les hémorragies (36%)
- les éclampsies (hypertension artérielle) (23%)
- les complications d'avortement (16%)
- les infections (14%)
- les accouchements difficiles (7%).

On notera néanmoins des causes indirectes telles que : le paludisme, l'anémie, le VIH/sida, les cardiopathies, le diabète, l'ictère qui représentent les 20% restant.

Figure 27 : Causes de décès maternel au Togo et en comparaison avec la moyenne de la Région d'Afrique de l'Ouest.



Source : feuille de route pour la réduction de la mortalité maternelle, néonatale et infanto-juvénile du Togo, période 2008-2012 – Mai 2008 – OMS, UNICEF, UNFPA, AWARE reproductive health, Plan Togo.

Encadré 5 : Quelles stratégies de lutte contre le Mortalité Maternelle au Togo ?

Le Togo, à l'instar des autres pays, a adhéré aux différentes résolutions et recommandations issues de la Vision 2010 et des OMD. L'engagement politique du Togo s'est traduit notamment par l'élaboration de nombreux documents stratégiques dont :

- Politique Nationale de santé
- Programme National en SR du Togo
- Plan stratégique de mise en œuvre de la PCIME
- Stratégie Nationale pour l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant
- Politique Nationale d'Alimentation et de Nutrition,
- Loi relative à la commercialisation des produits d'alimentation du nourrisson et du jeune enfant
- La loi SR
- Plan stratégique de santé des jeunes et adolescents 2008- 2012
- Evaluation des SONU.

3.3. Les interventions à haut impact dans la lutte contre la mortalité maternelle : utilisation et qualité des soins obstétricaux

De très faibles résultats en matière de protection contre la mortalité maternelle sont observables au Togo. Les taux de protection contre le tétanos néonatal et de couverture en Consultation Post-natale ont diminué entre les années 2000 (respectivement 93,6 % et 86,3%) et 2006 (respectivement 91% et 83,8%). Les autres indicateurs ne montrent qu'une évolution faiblement positive.

Entre 2006 et 2010, une stagnation des taux d'accouchements assistés par un personnel de santé qualifié et des taux de CPN par femme enceinte expliquerait le ralentissement de la réduction du RMM. Le pourcentage des accouchements assistés par du personnel de santé qualifié a même légèrement diminué, passant de 62% en 2006 à 60% en 2010. La proportion des mères ayant bénéficié d'au moins une consultation prénatale stagne autour de 87% depuis 2003.

Tableau 11 : Evolution de quelques indicateurs de santé maternelle au Togo

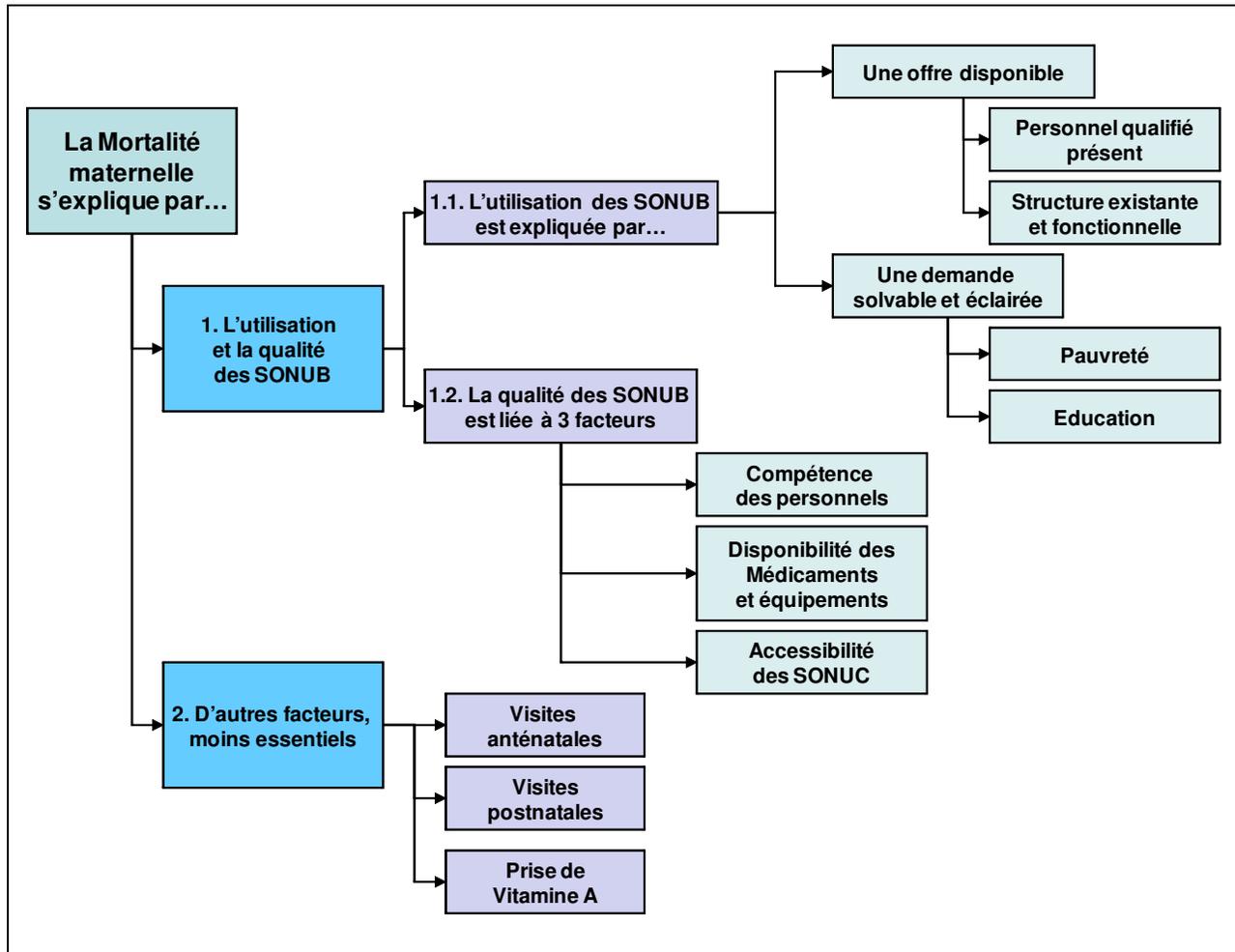
EVOLUTION DE QUELQUES INDICATEURS DE SANTE MATERNELLE DE 1990 A 2006					
	1998	2000	2003	2006	2010
Taux de Mortalité Maternelle (100 000 naissances vivantes)	478	570	-	380	350
Protection contre le tétanos néonatal (%)	-	93,6	-	91,0	-
Proportion d'accouchements assistés par personnel qualifié (%)	49,1	72,9	60,8	62	60
Couverture post-natale (%)	-	-	22	34	-
Taux de couverture en Consultation pré-natale	82	-	86,2	87	87
Couverture contraceptive	8	-	11,3	16,8	15

Sources : EDST-1998, MICS 2000 et 2006, Ministère de la Santé 2006 et AS/SR 2003

source : 3^{ème} rapport de suivi des OMD du Togo – PNUD et MICS 2010

En se fondant sur la logique présentée dans l'arbre ci-dessous, nous avons donc tenté d'expliquer la mortalité maternelle au Togo au travers des deux principales interventions à haut impact, que sont : (i) les visites anténatales (CPN) ; et (ii) l'utilisation et la qualité des Soins Obstétricaux et Néonataux d'Urgence de Base (SONUB) (i.e. accouchement assisté par du personnel qualifié).

Figure 28 : Comment expliquer la mortalité maternelle dans un pays donné ?



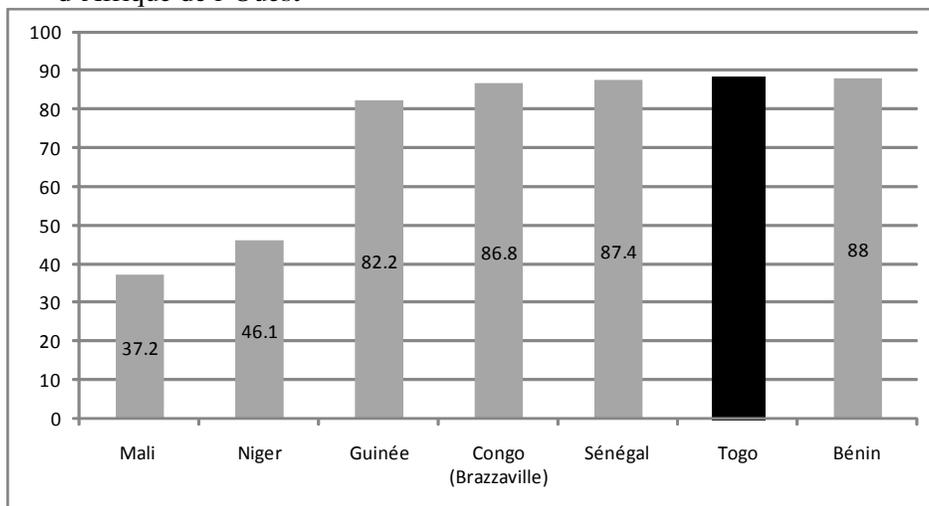
Pour analyser la qualité et les déterminants de l'utilisation des soins obstétricaux, on a eu recours ici à la notion de SONUB (Soins Obstétricaux et Néonataux d'Urgence de Base). Il faut préciser que cette notion de SONUB va au-delà du simple concept d'accouchement assisté (par du personnel qualifié, présent 24h sur 24, de préférence une sage-femme ou un médecin). Elle suppose aussi une qualité minimale de cet accouchement assisté et donc que (i) les personnels de santé soient réellement compétents ; (ii) ils disposent des équipements et médicaments nécessaires ; et (iii) un accès aux SONUC⁹ (système de référence en cas de complication) est possible dans un délai raisonnable.

⁹ Les SONUC (Soins Obstétricaux et Néonataux d'Urgence Complets) incluent tous les services des SONUB, plus les césariennes et les transfusions.

2.2.4. Le niveau de recours aux Consultations Prénatales (CPN) est encourageant, mais encore insuffisant

En 2006, avec un taux de 87% des femmes recevant des soins prénataux, le Togo se situait juste derrière le Bénin et devant le Sénégal en termes de taux de CPN par femme.

Figure 29 : Pourcentage de consultations prénatales (au moins une) dans divers pays d'Afrique de l'Ouest



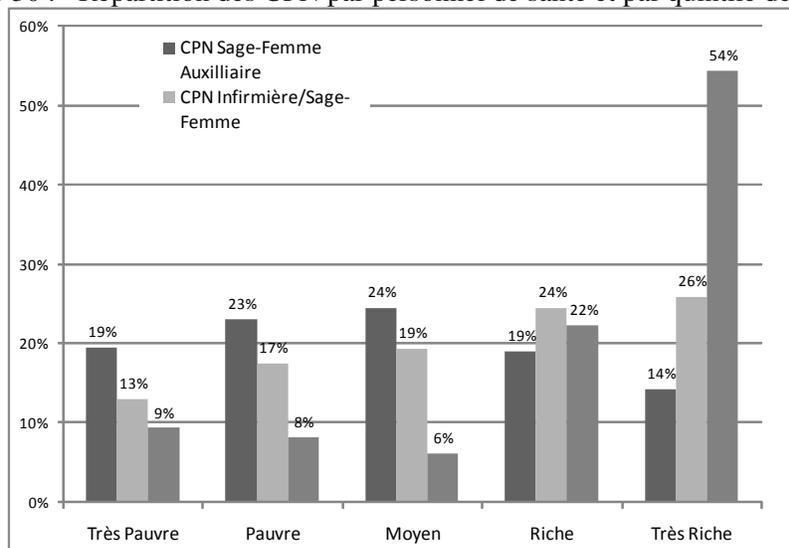
Source : estimations OMS - 2006

Ces taux de recours aux soins prénataux ont malheureusement stagné entre 2006 et 2010 au Togo : 87% des femmes ont au moins une CPN en 2010, comme en 2006. Les résultats de l'enquête MICS 2010 en termes de soins prénataux reçus par la mère montrent qu'un peu moins de 9 femmes sur 10 ont reçu au moins une CPN : 97% en milieu urbain, contre 84% en milieu rural. Tout juste la moitié des femmes ayant eu une naissance vivante ces deux dernières années ont bénéficié des quatre CPN recommandées (55%), ce qui demeure largement insuffisant. Par ailleurs, une certaine inégalité selon le niveau de richesse est observable dans l'accès aux soins prénataux : près de 100% des femmes du quintile le plus riche ont eu des soins prénataux, contre 74% des femmes du quintile le plus pauvre.

Le recours au personnel qualifié pour les CPN est relativement influencé par le quintile de richesse des femmes. D'après les données MICS, on observe que les CPN sont majoritairement effectuées par les infirmières, sages-femmes et sages-femmes auxiliaires (d'après le graphique suivant). Le quintile de richesse d'appartenance pour la femme enceinte ne paraît pas influencer le nombre de CPN effectuées par ce type de personnel. En effet, sur le total de CPN réalisées par une infirmière, sage-femme et/ou sage-femme auxiliaire, 16% en moyenne le sont pour les femmes issues du quintile le plus pauvre et 20% pour le quintile le plus riche. Cela ne constitue pas une différence significative, surtout par rapport aux autres personnels de santé. Par contre, les CPN réalisées par un médecin sont observables uniquement pour les quintiles les plus riches, puisque 54% de toutes les CPN réalisées par ce type de personnel le sont pour les

femmes issues du quintile « Très Riche », contre seulement 9% pour les femmes issues du quintile le plus pauvre.

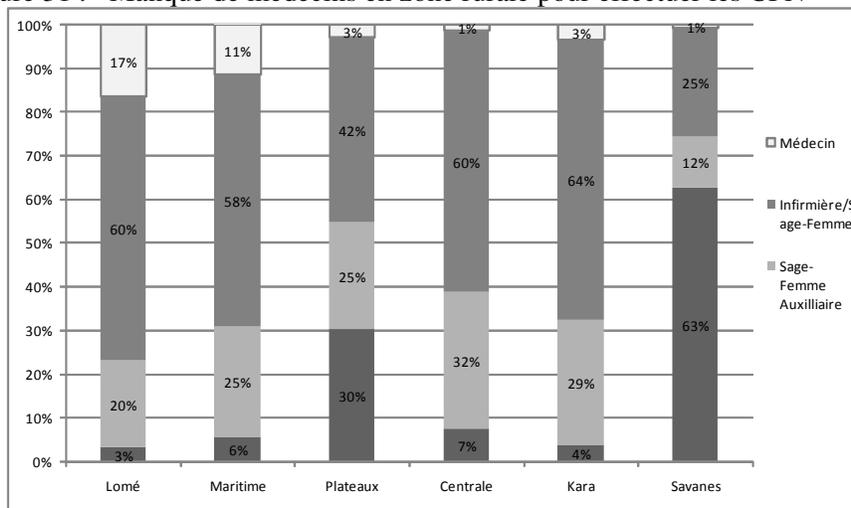
Figure 30 : Répartition des CPN par personnel de santé et par quintile de richesse



source : MICS 4 2010

La répartition des CPN par type de personnel et par région montre également des disparités au sein du pays. Par exemple, on observe que la part la plus importante de CPN réalisées par un médecin concerne la région de Lomé commune (17% des CPN de cette région), contre seulement 1% des CPN dans les régions des Savanes et Centrale. Ces résultats témoignent du manque de médecins dans les zones plus rurales.

Figure 31 : Manque de médecins en zone rurale pour effectuer les CPN



source : MICS-4 2010

A défaut d’observer une hausse des taux de CPN, leur qualité semble s’être améliorée au Togo entre 2006 et 2010. La qualité des soins est un facteur déterminant de l’utilisation des soins obstétricaux. La bonne qualité des CPN est observée lorsque les quatre soins suivants ont été délivrés : pesée, analyse de sang, analyse d’urine et prise de tension. Les données MICS 2006 montraient que 41% des femmes avaient reçu une consultation prénatale de très bonne qualité,

c'est-à-dire où les quatre soins mentionnés ont été réalisés. En 2010, ce sont 66% des femmes ayant reçu au moins une CPN qui ont bénéficié de ces quatre soins.

2.2.5. Déterminants de l'utilisation et de la qualité des SONUB : l'utilisation des services SONUB/C reste faible au Togo, et leur qualité insuffisante.

D'une manière générale, la mortalité maternelle est largement influencée par les niveaux d'utilisation et de qualité de la prise en charge intra-partum, c'est-à-dire les Soins Obstétricaux et Néonataux d'Urgence de Base (SONUB). La revue réalisée par le Lancet (Campbell 2006) a en effet très clairement montré que la prise en charge intra-partum (par du personnel qualifié) était l'intervention à plus haut impact.

Cette section analyse d'abord les **niveaux d'utilisation** des SONUB (avec le taux d'accouchement assisté comme proxy) et des SONUC (avec le taux de césarienne comme proxy). Elle explore ensuite – avec une régression - les **facteurs (offre et demande)** pouvant expliquer ces niveaux d'utilisation. La section analyse enfin les données disponibles pour évaluer la **qualité** des services de soins maternels.

- *Le niveau d'utilisation des SONUB et SONUC reste insuffisant et surtout progresse peu (voire diminue)*

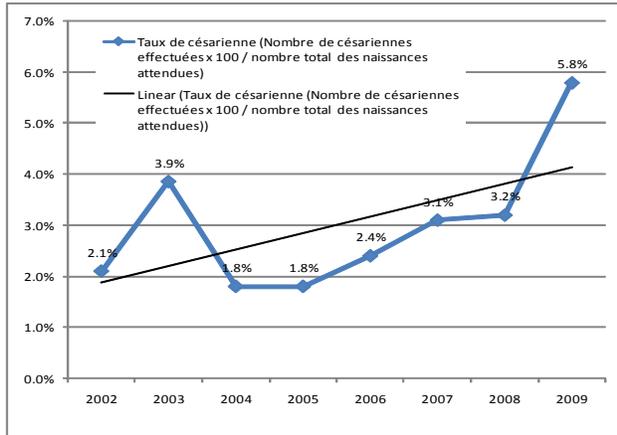
Le taux d'accouchements assistés par un personnel qualifié (SONUB) a diminué entre 2006 et 2010. Les données de l'enquête MICS 2006 indiquaient que 62% des accouchements étaient assistés par un personnel qualifié (9% par un médecin, 43% par une sage-femme ou une infirmière, et 10% par une sage-femme auxiliaire). En 2010, ce taux est tombé à 60% (MICS-4 2010) avec 7% par au moins un médecin, près de 40% par au moins une infirmière/sage-femme et près de 20% par au moins une sage-femme auxiliaire. Non seulement le taux d'accouchements assistés par un personnel de santé qualifié a diminué, mais d'autant plus par les personnels les plus qualifiés (médecins, sages-femmes et infirmières) à la faveur des sages-femmes auxiliaires.

En moyenne, les femmes accouchent en premier lieu dans des structures publiques, mais en zone rurale presque la moitié accouche à domicile. D'après les données MICS 2010, parmi les femmes enquêtées qui ont accouché au cours des 24 derniers mois, 67% d'entre elles ont accouché au sein d'une structure de santé publique (contre 47% en 2006), 14% en structure privée et 33% d'entre elles à domicile. On observe que sur les 33% de femmes accouchant à domicile, plus de 90% vivent en milieu rural. La raison principale pour avoir accouché à domicile est d'avoir été surprise par le début du travail (50% des femmes ayant accouché à domicile). La seconde raison invoquée est le manque de ressources financières (22% d'entre elles), et pour 16% d'entre elles, l'éloignement à une structure sanitaire. On suppose cependant que la raison invoquée pour la majorité d'entre elles, à savoir d'être surprise par le début du travail, révèle également un éloignement trop important aux structures de santé.

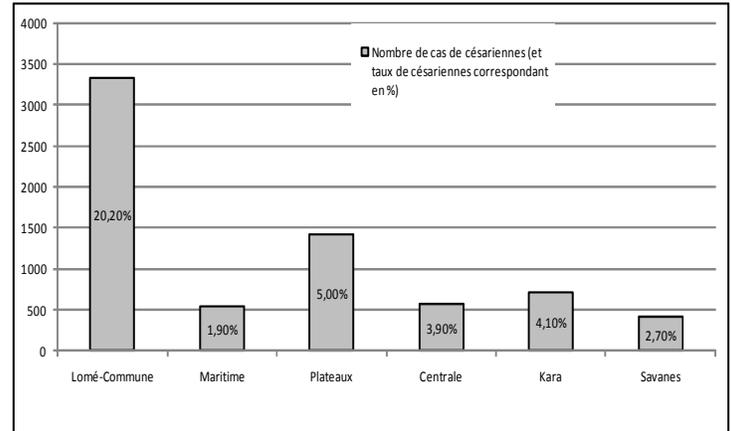
Le niveau d'utilisation des SONUC paraît adéquat (5%), mais « gonflé » par le fort taux de césarienne observable à Lomé. Le niveau d'utilisation des SONUC peut être estimé au travers du recours à la césarienne. En 2005, le nombre d'accouchements par césarienne réalisés dans les FS de SONUC au Togo était d'environ 2%, contre un niveau acceptable minimum de 5%. En 2009, avec 5%, on observe une certaine augmentation du taux de césarienne au niveau national. Cependant, ce chiffre inclut le très fort taux de césariennes réalisées dans la région de Lomé

Commune (20%). En excluant Lomé, on obtient un taux de seulement 3,52% seulement, toujours inférieur à la norme de 5%.

Figure 32 : Evolution du taux de césarienne (2002 – 2009) et répartition par région du nombre de césariennes réalisées en 2009



source : DISER 2002 à 2009



source : Indicateurs Essentiels 2009

- *Le faible niveau d'utilisation des SONUB est principalement lié à l'insuffisance de l'offre de soins et marginalement expliquée par des problèmes d'accessibilité financière*

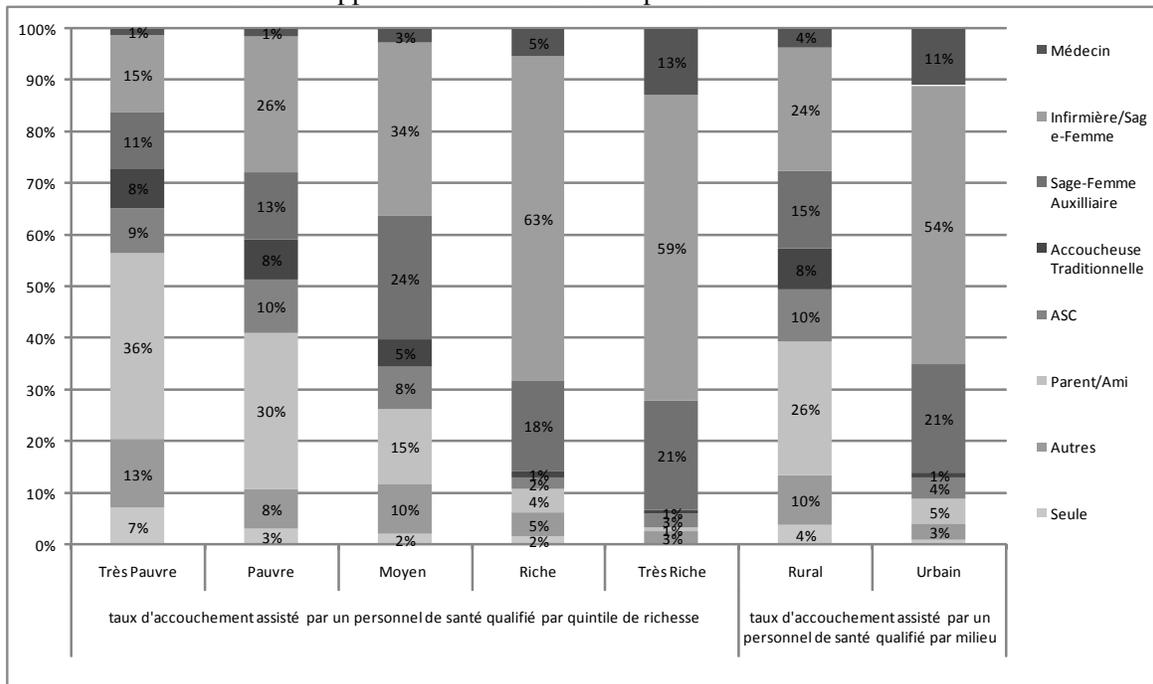
Grâce aux données MICS, il a été possible d'estimer l'impact des facteurs d'offre et de demande sur l'utilisation des SONU (approximés par l'assistance ou non de l'accouchement par un personnel de santé qualifié – voir Annexe 2.3.).

Les résultats de la régression logistique montrent que l'impact le plus important recensé est celui de la densité de personnel de santé par région. Les variables significatives à 1% sont : la densité de personnel de santé et le milieu de résidence urbain; l'éducation de la mère (référence : aucune éducation) ; l'appartenance aux quintiles Très Riche, Riche et Moyen (la moindre significativité de la variable « Pauvre » s'expliquant par sa proximité avec la variable de référence « Très Pauvre»); et la région de résidence (référence : région des Savanes). L'impact marginal le plus important est celui associé à la variable de **densité de personnel**. Plus la densité de personnel est importante, plus la probabilité qu'une femme soit assistée par un personnel de santé qualifié lors de son accouchement augmente. De même, un des facteurs les plus importants (après celui de la densité de personnel) est celui de l'appartenance au milieu urbain, où sont concentrées les formations sanitaires et où l'accès aux soins est facilité. Comme pour les CPN, le manque de personnels de santé qualifié en **milieu rural** est observable lors des accouchements: 54% des accouchements en milieu urbain sont assistés par une infirmière contre moins d'un quart en milieu rural par exemple. Ainsi, **ce sont davantage des facteurs d'offre de santé qui permettent d'expliquer les taux d'accouchements assistés par du personnel de santé qualifié au Togo.**

Cependant, l'**éducation** de la mère (primaire par rapport à aucune éducation) apparaît aussi comme un facteur important.

Il en est de même pour le **niveau de richesse** de la femme (une femme du quintile 'Très Riche' a 5 fois plus de chance d'accoucher en étant assistée par un personnel de santé qualifié qu'une femme du quintile 'Très Pauvre'). Le quintile de richesse du ménage influence le choix du personnel qui assistera l'accouchement : environ 70% des femmes issues des quintiles Riche et Très Riche accouchent avec l'aide d'une infirmière et/ou un médecin, contre moins de 20% pour le quintile Très Pauvre. Par ailleurs, les accouchements assistés par un parent/ami sont observables chez les quintiles les plus pauvres, et quasiment inexistant chez les quintiles les plus riches.

Figure 33 : Répartition des accouchements par le personnel de santé assistant : par quintile de richesse d'appartenance de la mère et par milieu de résidence



Source : MICS-4 2010

Les **obstacles culturels ou sociaux** apparaissent marginaux, comme illustré dans l'encadré ci-dessous.

Encadré 6 : La décision d'accoucher en étant assistée par un personnel de santé qualifié est-elle influencée par des pratiques culturelles au Togo ?

Compte tenu de la rareté des données disponibles sur le sujet, la réponse à cette question n'a pu être rigoureusement apportée. Cependant, en utilisant des données issues des MICS, il a été possible de créer quelques variables rendant compte des pratiques culturelles des femmes au Togo. Ainsi, l'impact du **recours à l'excision** sur le taux d'accouchement assisté par un personnel de santé a été testé. Bien que le signe associé à la variable était négatif, cette variable n'était pas significative. Par ailleurs cette pratique concerne de moins en moins de femmes au Togo (5,68% des femmes sont excisées en 2010 contre 12% en 1999). Elle concerne aussi moins de 1% chez les jeunes filles de 0 à 14 ans en 2010, illustrant une probable diminution du recours à cette pratique.

De même, des **variables d'appartenance aux ethnies ou à la religion** ne présentaient pas non plus d'impact significatif sur l'assistance d'un accouchement assisté par un personnel de santé qualifié.

Tableau 12 : Régression logistique des accouchements assistés par un personnel qualifié sur les facteurs d'offre et de demande

Logistic regression					Number of obs = 1161
					Wald chi2(11) = 230.18
					Prob > chi2 = 0.0000
Log pseudolikelihood = -457.68775					Pseudo R2 = 0.4041
Accouchement Assisté par un Personnel de santé Qualifié	Odds Ratio	Robust Std. Err.	z	P>z	Effet marginal
Facteurs culturels					
Âge de la mère	1.031693	.0721635	0.45	0.656	3.44132
Excisée	1.354163	.3591155	1.14	0.253	.074187
Coépouse	.7975056	.1657205	-1.09	0.276	.290297
Facteurs de Système de soins					
A eu au moins 4 CPN***	2.214909	.5010538	3.52	0.000	.687168
A eu des CPN par un personnel de santé qualifié***	9.683501	2.693575	8.16	0.000	.80177
Facteurs d'offre de soins					
Densité de personnel de santé***	1.081508	.0286511	2.96	0.003	6.99063
milieu urbain***	2.93229	1.129252	2.79	0.005	.405734
Facteur géographique (référence: Savanes - Lomé absente pour cause de colinéarité avec le milieu urbain)					
Maritime***	5.984509	1.97573	5.42	0.000	.292049
Plateaux***	2.12895	.5684417	2.83	0.005	.194348
Centrale***	3.62415	.9253008	5.04	0.000	.095624
Kara***	3.078769	.8172136	4.24	0.000	.113634
Facteurs de demande					
Education de la mère (référence: pas d'éducation)					
Primaire***	2.282559	.4699572	4.01	0.000	.387055
Secondaire***	2.782542	1.046751	2.72	0.007	.233225
Niveau de richesse (référence: quintile Très Pauvre)					
Pauvre	1.414396	.341587	1.44	0.151	.194371
Moyen***	2.04116	.5338084	2.73	0.006	.189546
Riche***	3.087761	1.23974	2.81	0.005	.188762
Très Riche***	5.387318	3.276162	2.77	0.006	.241795

Source : MICS-4 2010 et analyse BM

NB : *** significatif à 1%, ** significatif à 5% et * significatif à 10%

NB 2 : un odds ratio inférieur à 1 rend compte d'un effet négatif de la variable explicative sur la variable expliquée

- *Les services SONU sont en effet peu accessibles*

L'évaluation des SONU réalisée en 2005 a montré la très faible accessibilité géographique des Formations Sanitaires SONU au Togo. En effet, malgré un nombre théorique presque satisfaisant de Formations Sanitaires offrant des SONU (135 FS, 102 SONUB et 33 SONUC), en réalité, le nombre de formations sanitaires fonctionnelles s'élevait finalement à 11 : 9 FS SONUC et seulement 2 FS SONUB sur les 120 potentielles. Avec ces résultats, les régions de la Kara et des Savanes ne possédaient même pas de FS SONU. Les 9 SONUC avérés pour 5 212 000 habitants représentent au niveau national 0,86 SONUC pour 500,000 habitants, ce qui est proche du minimum acceptable (1 SONUC pour 500,000 habitants). Cependant ces structures sont inégalement réparties sur l'ensemble du territoire. En dehors de la Région Lomé-Commune qui compte 5 SONUC avérés soit 2,7 SONUC pour 500,000 habitants, les autres Régions du pays enregistrent une proportion inférieure à un, c'est-à-dire moins d'un SONUC avéré pour 500 000 habitants. De plus, la Région des Savanes et la Région des Plateaux ne disposent d'aucun SONUC avéré. **Avec 2 formations sanitaires SONUB avérés, le Togo dispose de 0,19 SONUB pour 500,000 habitants ce qui est plus de 20 fois inférieur au minimum acceptable de 4 SONUB pour 500,000 habitants.** Ces 2 FS de SONUB sont situées dans les régions de Lomé Commune et Maritime, ce qui constitue pour 500,000 habitants, respectivement 0,13 et 0,06 ; encore loin du minimum de 4 pour 500,000 habitants.

- *La faible qualité des services SONUB explique aussi une part de la mortalité maternelle.*

La qualité des soins obstétricaux (i.e. SONU) dépend de la compétence du personnel de santé, de la disponibilité des médicaments et de l'accessibilité aux formations sanitaires (proposant des SONUB ou des SONUC). Certes un peu ancienne, une enquête nationale sur les SONU a été réalisée en 2005 et permet de mesurer la qualité des SONU.

Les taux de létalité obstétricale sont très élevés. Le taux de létalité maternelle¹⁰ était de 5% pour l'ensemble des formations sanitaires SONUC et SONUB avérées ; alors qu'il devrait être inférieur à 1% selon les normes internationales. La Région sanitaire Lomé-Commune a le taux le plus élevé (9%).

Les structures SONU ont une faible disponibilité des personnels, médicaments et matériels médicaux. Concernant les ressources humaines, toutes les catégories de personnel nécessaire aux SONU existaient dans les formations sanitaires de SONU avérés. Mais ce personnel est très inégalement réparti. Pour ce qui est des médicaments, sur les 24 médicaments de base, 14 étaient disponibles dans la totalité des FS (Formations Sanitaires) de SONUC avérés soit une disponibilité de 58%. Les kits de césarienne étaient disponibles dans 5 SONUC sur 9, soit 56% ; les kits d'accouchement à 33% et les kits de réanimation néonatale à 22%. Les médicaments de base étaient disponibles à 73% dans les FS de SONUB avérés qui ne disposaient ni de kits d'accouchement ni de kit de réanimation néonatale. Equipements, matériels, et consommables : les résultats de l'évaluation ont révélé qu'au niveau national, l'oxygène, la sonde d'aspiration, et le masque à oxygène étaient disponibles dans 100% des FS de SONUC avérés. Quant aux poches

¹⁰ Taux de décès parmi les femmes souffrant de complications obstétricales.

de sang elles étaient disponibles dans environ 33% des FS de SONUC avérés et les dérivés de produits sanguins dans 89% des FS de SONUC avérés. Par ailleurs, aux blocs opératoires, seuls la boîte de laparotomie et l'aspirateur de bloc opératoire étaient disponibles à 100%.

Mortalité maternelle : principaux constats

Même si le Togo enregistre un des plus faibles taux de mortalité maternelle de la sous-région (350 décès maternels pour 100,000 naissances vivantes), les progrès en la matière se sont ralentis ces dernières années. En particulier, le Togo n'atteindra pas en 2015 les objectifs définis par les OMD (un RMM ciblé de 160 pour 100.000 naissances vivantes).

Les principales interventions à haut impact pour réduire la mortalité maternelle sont (i) les accouchements assistés par un personnel de santé qualifié, (ii) le recours aux CPN et (iii) le recours à la césarienne. Seul ce dernier indicateur connaît une progression positive sur la période 2002-2009, passant de 2% à 5% des accouchements. A l'inverse, les deux premiers enregistrent une stagnation sur la période 2006-2010, expliquant ainsi le ralentissement de la réduction de la mortalité maternelle au Togo.

Ainsi, le taux d'accouchement assisté (TAA) n'est que de 60% en 2010, en légère baisse par rapport à 2006 (62% en 2006). Ce taux relativement bas s'explique essentiellement par les faiblesses de l'offre de soins (en particulier, l'insuffisance des effectifs de personnel qualifié dans les zones rurales) et par les coûts élevés de ces soins. De plus, les services de soins maternels sont non seulement insuffisamment utilisés par la population, mais ils sont aussi de faible qualité, comme en témoigne les taux de létalité et l'insuffisante disponibilité des médicaments et équipements dans les maternités.

4. OMD 6 : VIH/SIDA et autres maladies endémiques

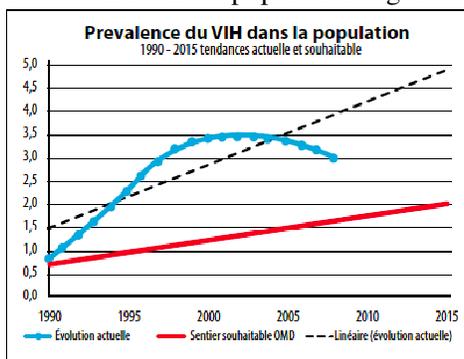
Aucune enquête de prévalence du VIH dans la population générale n'a jamais été organisée au Togo, selon le 3^{ème} rapport de suivi des OMD au Togo (UNDP-2008). Les chiffres qui sont avancés sur la pandémie au Togo sont donc des estimations. Néanmoins, pour certaines cibles comme les professionnelles du sexe, des sondages ont été effectués.

4.1. Prévalence générale du SIDA au Togo

Après une hausse constante de la prévalence entre 1990 et 2000, la tendance s'est inversée lentement, mais la prévalence du VIH reste élevée au Togo. La prévalence du SIDA a augmenté rapidement à partir des années 1990. La prévalence stagne autour de 3,5 % de la population dans les années 2000, et on observe une légère diminution de la prévalence à partir de 2004 pour atteindre un taux de 3% actuellement.

Cependant, cette diminution est loin d'être suffisante pour atteindre l'OMD 6 (i.e. 1,5% de la population) souhaité en 2015.

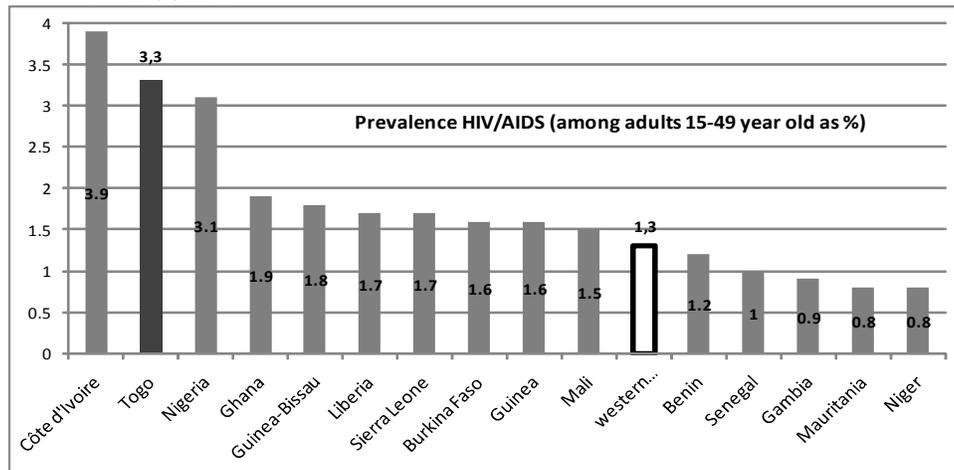
Figure 34 : Prévalence du VIH dans la population togolaise entre 1990 et 2015



source : 3^{ème} rapport de suivi des OMD au Togo 2008

Compte tenu de la moyenne d'Afrique de l'Ouest (3,3% contre 1,3%), le Togo présente une prévalence très forte du VIH/SIDA.

Figure 35 : Le Togo : le deuxième pays d'Afrique de l'Ouest avec la plus forte prévalence du VIH/SIDA



source : estimations OMS 2008

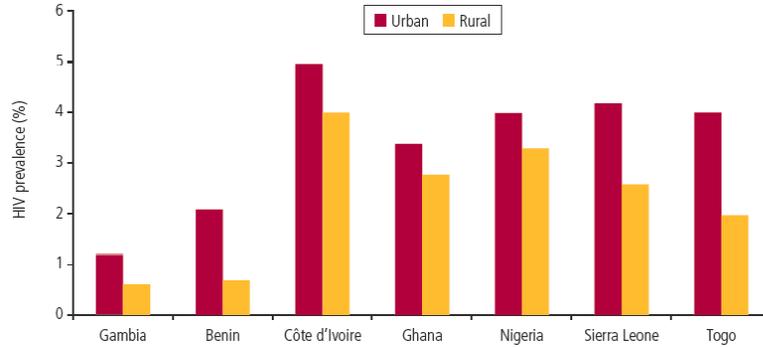
4.2. Prévalence du SIDA par groupe cible

La prévalence du SIDA chez les femmes enceintes reste élevée et très inégalement répartie entre milieu rural et urbain. La prévalence moyenne de l'infection au VIH chez les femmes enceintes en consultation prénatale était de 3,4% en 2008 soit une baisse par rapport à 2006 (4,2%). Par ailleurs, en 2008, la prévalence chez les femmes était deux fois plus élevée en milieu urbain (5,5%) qu'en milieu rural (2,7%). D'après des données sur les femmes enceintes collectées au niveau des sites sentinelles, la région Maritime (surtout la commune de Lomé) serait la plus affectée, suivie des régions des Plateaux, Centrale, et de la Kara. Celle des Savanes enregistre le taux de prévalence le plus bas. Depuis 2004, toutes les régions enregistrent une baisse du taux de prévalence, sauf la région Centrale qui a connu une hausse entre 2004 et 2006 avant d'amorcer une baisse. Entre la région des Savanes (la moins affectée) et la région Maritime (la plus affectée), le taux de prévalence variait du simple (1,4%) au triple (4,5%) en 2008.

L'épidémie est largement urbaine. Par rapport aux autres pays de la région, le Togo présente des taux de prévalence des femmes enceintes en milieu urbain de même ampleur que le Nigéria et la Sierra Leone (autour de 4%). Par contre, la prévalence en milieu rural est beaucoup moins importante avec un taux de 2% environ (contre une moyenne de 3% pour le Ghana, le Nigeria et la Sierra Leone).

Figure 36 : Comparaison des taux de prévalence du SIDA chez les femmes en CPN dans différents pays d'Afrique.

Median HIV prevalence among pregnant women aged 15–49 years attending ANC by Urban/Rural residence in selected countries in western Africa, 2004–2006



source : HIV/AIDS Epidemiological Surveillance Report for the WHO African Region 2007 Update – WHO Regional Officer for Africa

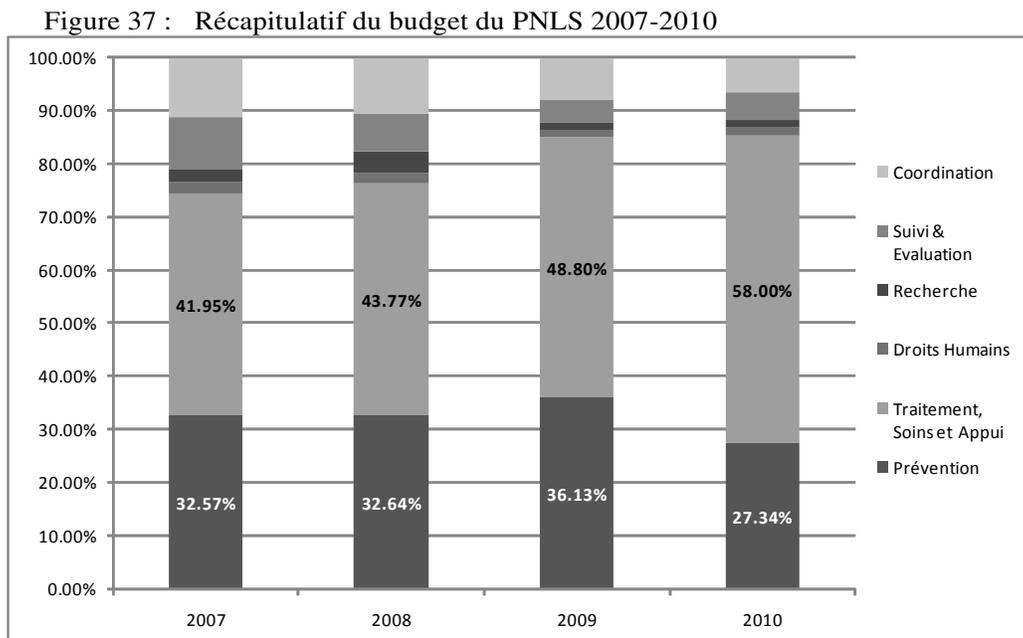
Concernant la prévention de la transmission du VIH de la mère à l'enfant (PTME), des efforts importants ont été réalisés avec la mise en place de 128 sites couvrant 100% des districts. **Une professionnelle du sexe sur trois est infectée par le VIH/SIDA.** En 2005, une étude réalisée par PSI sur un échantillon de 993 professionnelles de sexe et 770 clients dans toutes les régions du pays a révélé que 29% des travailleuses de sexe et 5% des clients étaient infectés. **La prévalence du VIH/SIDA est en diminution chez les militaires.** D'après le rapport UNGASS 2010, une enquête de séroprévalence du VIH chez les militaires réalisée en 2009 par la Direction Centrale des Services de Santé des Armées a noté une baisse de la prévalence (7% contre 9% en 2006 et 13% en 2002) au niveau de ce groupe cible. Cette diminution est le résultat des actions de prévention mises en œuvre dans les garnisons du pays.

4.3. La lutte contre le SIDA : prévention et traitement par les ARV

Sur le plan institutionnel, le Togo a mis en place en 2001 le **Conseil National de Lutte contre le VIH/Sida et les IST (CNLS-IST)**, présidé par le Président de la République. Sur le plan stratégique, la réponse à l'épidémie du VIH au Togo s'organise sur la base des plans stratégiques nationaux. Le dernier plan, qui couvre la période 2007-2010, a été adopté en avril 2007. Sur le plan opérationnel, un **Programme National de Lutte contre le Sida (PNLS)** a été mis en place.

Le budget alloué à la lutte contre le SIDA couvre essentiellement les activités de prévention (32% du budget) et de mise sous traitement ARV des PVVIH (Personnes Vivant avec le VIH) (48% du budget). Le budget alloué par an au PNLS est de 15 milliards de FCFA en moyenne sur la période 2007-2010. On observe une hausse croissante de la somme allouée au PNLS entre 2007 et 2010 (hausse de 36%) compte tenu de la part de plus en plus importante de personnes concernées dans le temps. De plus, l'essentiel du financement (80%) est alloué aux domaines prioritaires que sont la prévention et l'accès au traitement.

Le Fonds Mondial est le principal contributeur du programme de lutte contre le SIDA au Togo (54% sur toute la période du PNLS). Le gouvernement quant à lui finance 37% du financement total de la PNLS sur les 4 ans, à hauteur de 4 millions de FCFA chaque année.



source : PNLS 2007-2010

- **Dépistage**

En décembre 2009, le Togo comptait 97 CDVA (Centres de Dépistage Volontaire Anonyme), contre 59 en décembre 2008. 75 des centres (77%) sont des centres intégrés aux structures de soins. Sur le plan national, il existe au moins un centre de dépistage volontaire dans chaque district sanitaire et donc dans toutes les régions. Mais leur répartition est largement inégale comme le montre le tableau ci-dessous. Ainsi, la région de Lomé Commune (25

CDV ; 25% des CDV nationaux) et la région des Plateaux (19 CDV ; 19%) concentrent à elles-deux 40% des CDV du Togo. La région des Savanes ne compte que 8% des CDV totaux.

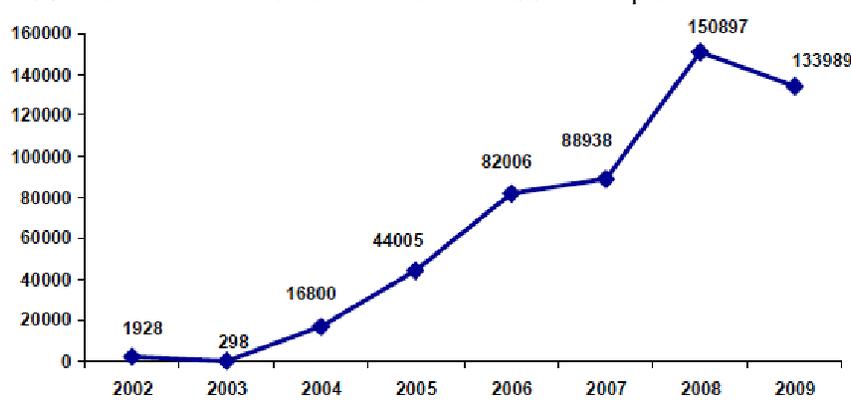
Tableau 13 : Répartition des CDVA au Togo en 2009

Régions	Nombre de CDVA	Pourcentage (% du total national de CDVA)
Lomé Commune	25	25,8%
Maritime	15	15,5%
Plateaux	19	19,6%
Centrale	11	11,3%
Kara	19	19,6%
Savanes	08	8,2%
Total	97	100

Source : PNLIS, rapport annuel d'activités 2009

Le nombre de cas dépistés est en croissance significative depuis 2002. Le rapport annuel d'activité du PNLIS 2009 recense ainsi 133 989 cas dépistés en 2009. La diminution entre 2008 et 2009 s'explique par le fait que les CDV supplémentaires créés entre 2008 et 2009 ont été opérationnels au dernier trimestre, et que des ruptures de réactifs ont été enregistrées cette année. Par ailleurs, 70% des cas dépistés l'ont été en stratégie fixe, contre 30% en stratégie mobile. Le nombre de cas dépistés a ainsi plus que tripler entre 2005 et 2009.

Figure 38 : Evolution du nombre de cas de VIH/SIDA dépisté



Source : PNLIS, rapport annuel d'activités 2009

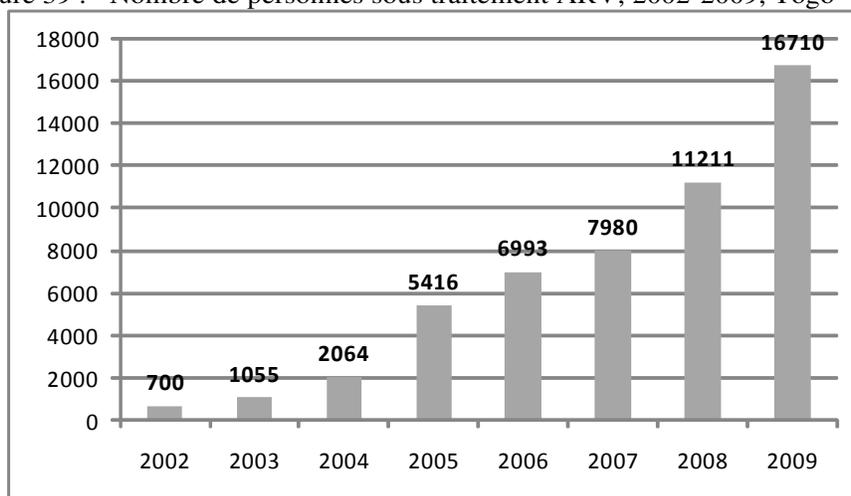
En 2009, les deux sexes se sont mobilisés pratiquement au même degré quant au recours au dépistage (sur 47950 dépistages réalisés en 2009, 51% ont été réalisés pour des femmes). Par contre, les femmes sont plus de deux fois plus infectées que les hommes : 4 % contre 1,6 %. La tranche d'âge la plus touchée est celle des femmes de 25-34 ans. Il existe une différence significative de séropositivité des patients reçus en stratégie fixe (prévalence plus élevée) qu'en stratégie mobile : 15,9% contre 2,8 %. La prévalence notée au cours de la stratégie avancée est très proche de la prévalence du VIH dans la population générale (3%).

- **Traitement**

On constate un effort notable quant à la couverture des PVVIH sous ARV, avec une hausse de 2387% entre 2002 et 2009. La prise en charge des personnes malades s'améliore, car les antirétroviraux (ARV) sont devenus gratuits **depuis le 17 novembre 2008**. La distribution est gérée au niveau de 115 centres accrédités. Le nombre des malades bénéficiant d'un traitement antirétroviral est ainsi passé de 700 en 2002 à 11 211 en 2008.

Mais la prise en charge des PVVIH en termes de traitement ARV reste insuffisante. Pour un taux de prévalence de 3,2% au Togo, on estime que cela correspond à 120,000 PVVIH en 2009 (110,000 adultes et 10,000 enfants contaminés par leur mère). Le traitement par ARV ne concerne pas tous les PVVIH car certaines conditions doivent être respectées pour que le traitement soit efficace (stades cliniques 3 ou 4 définis par l'OMS, faible niveau de CD4, etc). Ainsi, en 2009, avec 16,710 PVVIH sous traitement ARV, cela correspondait à 54% des PVVIH éligibles au traitement. 46% de ces individus restaient donc sans traitement au Togo en 2009.

Figure 39 : Nombre de personnes sous traitement ARV, 2002-2009, Togo



source : PNLIS-IST

La lutte contre le SIDA : Principaux constats

La prévalence du SIDA demeure élevée au Togo (3,3% contre 1,3% en moyenne en Afrique de l'Ouest). Les femmes enceintes présentent une prévalence importante : la Prévention de la Transmission Mère-Enfant (PTME) doit donc être renforcée et faire partie intégrante de la politique nationale de santé. Par ailleurs, la sensibilisation auprès des professionnelles du sexe est à renforcer, compte tenu de la prépondérance du SIDA parmi ce groupe cible. Elle doit également l'être auprès de la population en générale au vu par exemple de la faible proportion de femmes (30%) ayant une connaissance approfondie du SIDA en 2010.

Au final, le Gouvernement semble apporter une grande priorité à l'atteinte de l'OMD 6 au vu du financement relativement important accordé à la prévention (hausse significative des dépistages) et à la mise sous traitement ARV des PVVIH. Mais encore trop peu de malades bénéficient de la gratuité des ARV.

Chapitre 3 : COMMUNAUTES ET MENAGES : PRATIQUES ET POLITIQUES

Par « pratiques des communautés et des ménages », on entend trois types de pratiques qui sont susceptibles d'avoir un impact important sur la santé de la population. Il s'agit (i) des habitudes alimentaires de la population ; (ii) des pratiques d'hygiène, des modalités d'accès à l'eau potable et aux équipements d'élimination des déchets ; et (iii) des habitudes de recours au système de soins.

Les pratiques alimentaires, d'hygiène et d'accès à l'eau potable et aux latrines modernes étant fortement liées à la malnutrition, elles seront traitées ensemble dans une première section.

La seconde section traitera plus spécifiquement des pratiques de recours aux soins, de manière générale et en matière de fécondité.

Enfin, une troisième et dernière section nous permettra d'explorer brièvement les politiques communautaires du système de santé au Togo.

1. Habitudes alimentaires, pratiques d'hygiène et malnutrition au Togo

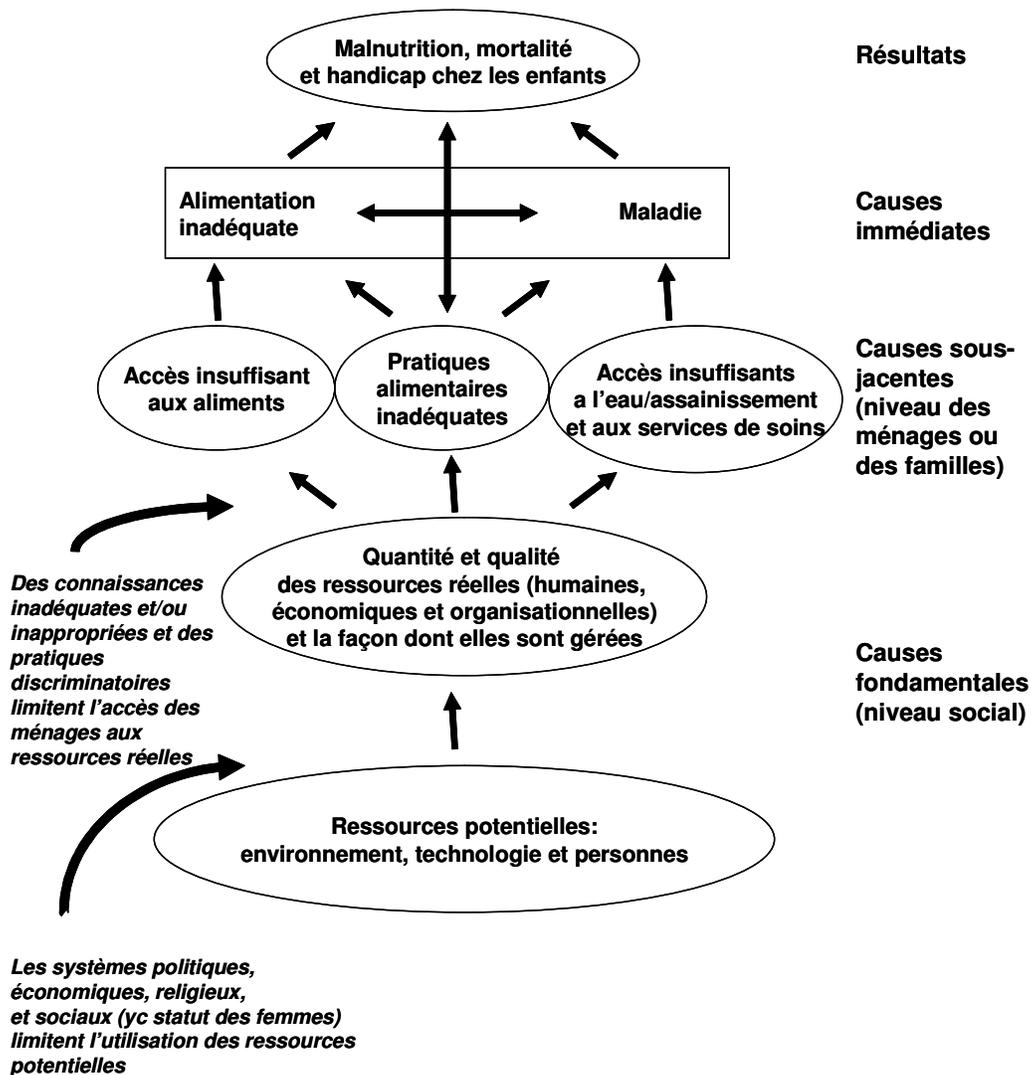
Comme mentionné dans le chapitre précédent, dans la section traitant de la malnutrition de l'enfant, cette dernière est encore largement présente chez les enfants de moins de 5 ans, voire en augmentation dans certaines régions. C'est le cas de la malnutrition dite chronique dans la région de Kara. De même, l'insuffisance pondérale demeure un réel problème de santé publique pour les enfants de moins de 5 ans dans la région Savanes. Cette section porte sur les facteurs de la malnutrition au Togo.

1.1. Les facteurs généraux de la malnutrition

Comment expliquer la malnutrition dans un pays ?

Les facteurs de la malnutrition sont nombreux et fortement interdépendants. La plupart des organisations internationales utilisent aujourd'hui un cadre analytique qui s'efforce de prendre en compte à la fois l'ensemble des facteurs de la malnutrition et leur articulation.

Causes de la Malnutrition infantile



Ce cadre considère que la malnutrition est liée à trois types de causes fortement imbriquées. En premier lieu, la malnutrition est le résultat de deux causes immédiates, à savoir (i) la nature de l'alimentation consommée (en quantité et en qualité) et (ii) l'état de santé. Ces deux causes sont bien sûr interdépendantes. En second lieu, ces deux

causes sont elles-mêmes très influencées par trois causes sous-jacentes : (i) l'accès aux aliments (une cause qui est assez rare et n'intervient que dans les situations d'insuffisance alimentaire), (ii) les pratiques alimentaires, notamment en matière d'allaitement et de consommation des aliments riches en micronutriments et (iii) l'accès à l'eau potable, à l'assainissement et aux services de soins. En dernier lieu, ces différentes causes sous-jacentes sont liées aux dynamiques sociales, économiques, religieuses et politiques à l'œuvre dans chaque pays (ou région). Ces dynamiques sont appelées causes fondamentales.

En termes d'analyse, il est bien entendu difficile d'explorer très rigoureusement les causes fondamentales, sauf à lancer des études très lourdes (par exemple, une étude sur les habitudes culturelles dans telle ou telle région). Elles sont néanmoins mentionnées dans ce cadre analytique afin de rappeler que, par exemple, une même situation de malnutrition dans deux régions d'un même pays peut avoir des causes très différentes, notamment du fait des conditions économiques ou des traits culturels de chacune des régions.

Les causes sous-jacentes sont par définition plus opérationnelles et peuvent donc nous guider dans notre effort d'explication de la situation nutritionnelle des enfants béninois. Ces causes sont décrites rapidement ci-après et explorées en détail dans les chapitres suivants du rapport.

Source : Pelletier 2002

1.2. Les facteurs de malnutrition au Togo

1.2.1. Le Togo souffre d'une diminution des disponibilités alimentaires, d'autant plus en milieu rural.

Le troisième rapport de suivi des OMD (2010) indique que le Togo a un bilan alimentaire acceptable. Cependant, la stabilité, l'accessibilité et la qualité alimentaire restent problématiques pour une grande partie de la population, en raison de la pauvreté. Le nord du pays est nettement plus touché que le sud, et les zones rurales et périurbaines sont plus défavorisées que le milieu urbain. **De manière globale, les enquêtes réalisées sur le bilan des disponibilités alimentaires font état d'une diminution des rations caloriques** qui sont passées de 2351 kcal/personne/jour en 1997 à 2284 kcal/p/j en 2001, pour atteindre 2130 kcal/p/j en 2006, niveau à comparer à la norme de la FAO qui est de 2400 kcal/p/j. L'insécurité alimentaire est très marquée en milieu rural où le régime alimentaire des pauvres est inadéquat. A cela s'ajoute l'influence des mauvaises conditions d'hygiène qui sont à l'origine du taux de malnutrition relativement élevé. En plus, il convient de considérer la variabilité saisonnière des disponibilités alimentaires, la faiblesse et/ou l'instabilité des revenus des ménages et la valorisation dérisoire de l'apport de la femme.

1.2.2. Les pratiques nutritionnelles : allaitement exclusif et consommation de micronutriments.

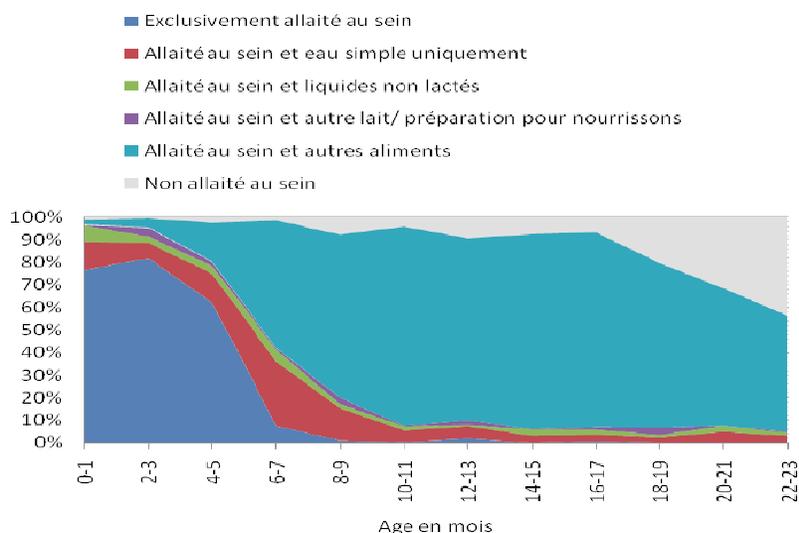
L'alimentation des nouveau-nés et des jeunes enfants demeure peu adéquate. La malnutrition infantile peut être fortement réduite si chaque enfant bénéficie des trois pratiques suivantes : (i) un allaitement dès la naissance (ii) un allaitement exclusif jusque 6 mois et (iii) des compléments entre 6 mois et 2 ans.

En 2006, l'allaitement exclusif jusqu'au six mois de l'enfant n'était pratiqué que par 10% des femmes (soit environ **28% des enfants de moins de 6 mois**) et des aliments complémentaires étaient encore introduits trop tôt dans l'alimentation de l'enfant.

En 2010, de réels progrès ont été réalisés puisque **ce sont 63% des enfants de moins de six mois qui bénéficient d'un allaitement exclusif**. Une légère différence entre milieu urbain et

rural est observable, puisque la proportion est de 60% en milieu rural contre 67% en milieu urbain. Par contre, la proportion d'enfants exclusivement allaités varie largement selon le niveau de richesse et d'autant plus selon le niveau d'éducation de la mère. En effet, 68% des enfants issus du quintile le plus riche sont exclusivement allaités contre 56% de ceux issus du quintile le plus pauvre. De même, 80% des enfants dont la mère a un niveau d'éducation secondaire et/ou supérieur sont exclusivement allaités, contre seulement 54% des enfants dont la mère n'a aucun niveau d'éducation.

Figure 40 : Répartition des types d'allaitement au Togo



source : données MICS-4 2010

La consommation des micronutriments a progressé mais reste insuffisante au Togo. Comme on l'a vu, la situation nutritionnelle des enfants s'améliore lorsqu'ils consomment des quantités adéquates de micronutriments : iode, vitamine A, fer et zinc. Au Togo, près de 80% des enfants de moins de cinq ans ont déjà reçu une dose de **vitamine A** les six derniers mois précédant l'enquête. 89% des enfants de 12 à 23 mois ont déjà reçu une dose de vitamine A, contre seulement 30% des enfants de 0-6 mois en 2010. Concernant la consommation en **iodure**, les données MICS 2000 et 2006 mettent en exergue la diminution des ménages disposant de sel en teneur adéquate en iode, passant de 67% à 25% entre 2000 et 2005. En 2010, cette proportion augmente légèrement (29%) mais demeure largement insuffisante.

Malgré les progrès dans la pratique de l'allaitement exclusif (dont les résultats bénéfiques en termes de réduction de la malnutrition seront observés à plus long terme), la forte prévalence de la malnutrition chronique toujours observable en 2010 (cf. Section 2.3. du chapitre 2) illustre la nécessité de maintenir des efforts dans ce domaine. A défaut de pouvoir agir sur l'accès à une alimentation suffisante et équilibrée au Togo pour tous les enfants, des pratiques de supplémentation en vitamines et compléments alimentaires sont à appuyer. Par ailleurs, parmi les causes immédiates de malnutrition, notamment la malnutrition chronique, les mauvaises pratiques de soins à la maison des maladies infectieuses les plus communes (diarrhée, fièvre et/ou Infections Respiratoires Aigues (IRA)) semblent d'une grande importance : c'est-à-dire non maintien de la nutrition et pas de réhydratation.

Améliorer les résultats en terme de nutrition et de croissance des enfants nécessiterait de porter la priorité sur : (i) les soins de santé pour les femmes enceintes et ; (ii) la mobilisation communautaire et la mise en œuvre de stratégies de communication pour les changements de comportements afin d'améliorer les pratiques d'alimentation des enfants, ainsi que la distribution de Thérapie de Réhydratation Orale (TRO) et des médicaments contre les IRA (Infections Respiratoires Aigues) et le paludisme.

1.2.3. L'accès à l'eau, à l'assainissement, et aux installations sanitaires améliorées

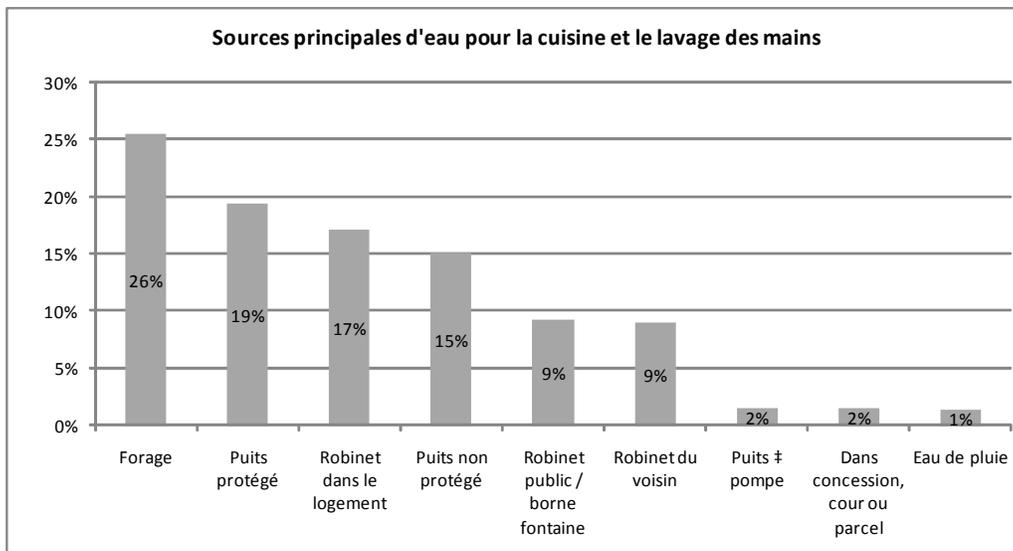
Le Togo est dans une situation très préoccupante en termes d'accès à l'eau et à des infrastructures adéquates d'assainissement. La lutte contre la malnutrition est fortement liée à la lutte contre les maladies diarrhéiques chez les enfants de moins de cinq ans. En effet, la malnutrition est à la fois cause et conséquence de la morbidité associée à la diarrhée. Un enfant en état de malnutrition sera prédisposé à des épisodes diarrhéiques. La prévalence des diarrhées se réduit fortement lorsque trois conditions sont remplies : (i) un lavage systématique des mains (notamment par les mères après avoir nettoyé les selles de leurs enfants), (ii) un accès facile à l'eau propre et (iii) des infrastructures pour éliminer les déchets notamment humains.

La prévalence de la diarrhée dans un pays est donc un indicateur important de l'état nutritionnel de la population d'une part (une population mal nourrie sera plus sensible à des cas de diarrhée) ; et de l'état de salubrité des eaux et des domiciles d'autres part.

- **Le lavage des mains n'est pas encore une pratique systématique au Togo, par manque d'accès à l'eau.**

En 2010, 54% des ménages ne disposent pas encore de lieu pour se laver les mains au sein de leur logement. Et parmi les ménages qui disposent effectivement d'un moyen de se laver les mains au sein de leur logement, pour 42% d'entre eux l'eau n'étaient pas disponible au moment de l'enquête. En effet, d'après le graphique suivant, 26% des ménages utilisent les forages comme source principale pour le lavage des mains et la cuisine, et seulement 17% ont la possibilité d'utiliser un robinet au sein de leur logement. L'accès aux infrastructures sanitaires adéquates limite ainsi l'habitude de se laver les mains et permet alors la propagation plus rapide des maladies au sein d'un même ménage.

Figure 41 : Principales sources d'eau dans les ménages autres que pour boire

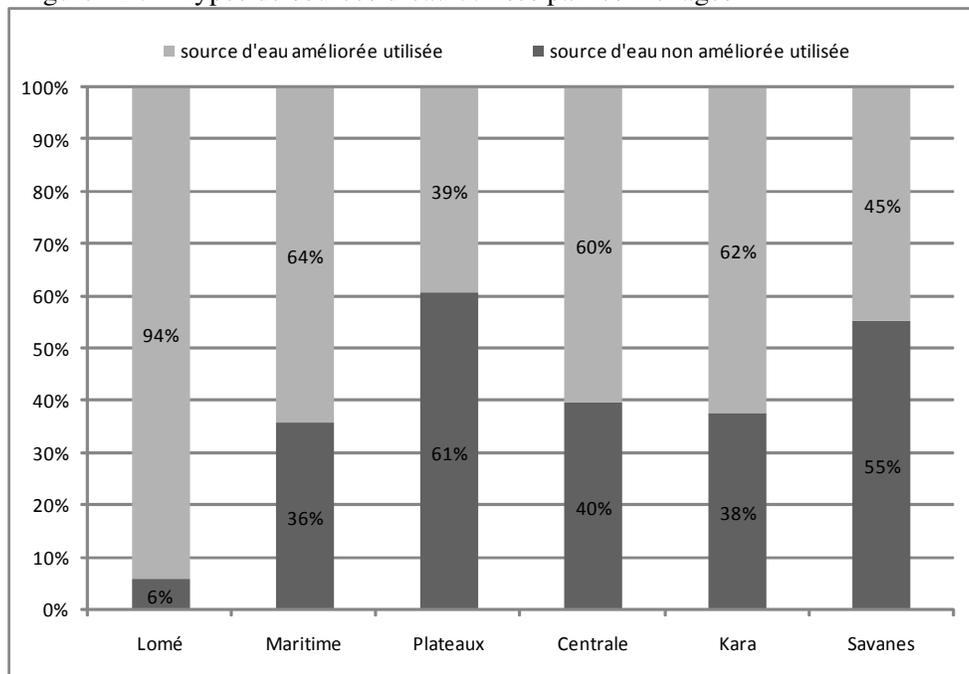


source : MICS-4 2010

- **L'accès à une source d'eau améliorée est fortement limité au Togo en milieu rural.**

Au Togo, 6 ménages sur dix utilisent une source d'eau de boisson améliorée¹¹. En milieu rural, ce pourcentage est largement moindre: seulement 40% des ménages utilisent une source d'accès à l'eau de boisson améliorée. Par ailleurs, la région Plateaux présente les plus mauvais indicateurs en termes d'utilisation de sources d'eau améliorées (61% des sources dans cette région). Par ailleurs, moins de 2% des ménages utilisent une source d'eau améliorée pour d'autres choses que la boisson, comme la cuisine et se laver les mains.

Figure 42 : Types de sources d'eau utilisés par les ménages



source : donnés MICS-4 2010

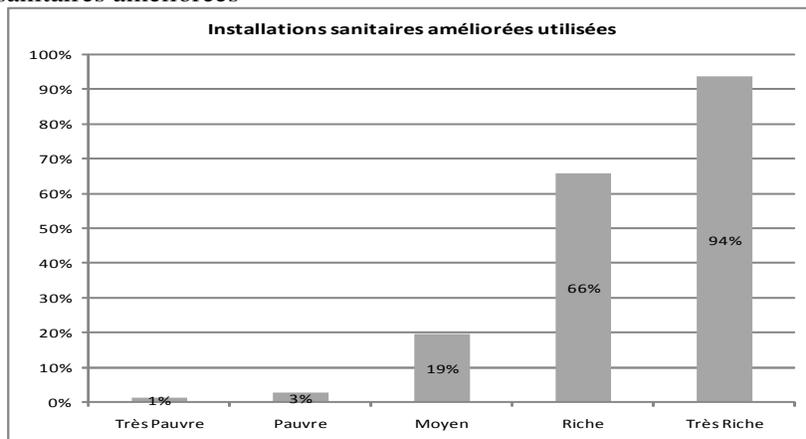
- **L'utilisation d'installations sanitaires modernes n'est que rarement observable au Togo.**

Concernant l'utilisation d'installations sanitaires, seulement 40% des ménages togolais utilisent des installations améliorées¹² d'après les données MICS 2010. Par ailleurs, en milieu rural, seulement 13% des ménages utilisent des installations améliorées. L'utilisation d'installations sanitaires améliorées dépend largement du niveau de richesse du ménage comme le montre le graphique suivant : 94% des ménages issus du quintile le plus riche utilisent des installations sanitaires modernes contre seulement 1% des ménages issus du quintile le plus pauvre.

¹¹ Les sources d'eau améliorées sont : l'eau de robinet, l'eau de forage, l'eau de puits et sources protégées, l'eau minérale en bouteille.

¹² Les installations sanitaires améliorées sont : les toilettes à chasse d'eau reliées à un système d'égouts ou à des fosses septiques ou encore des latrines; les fosses d'aisance améliorées ventilées, les fosses d'aisance avec dalle, et les toilettes à compostage.

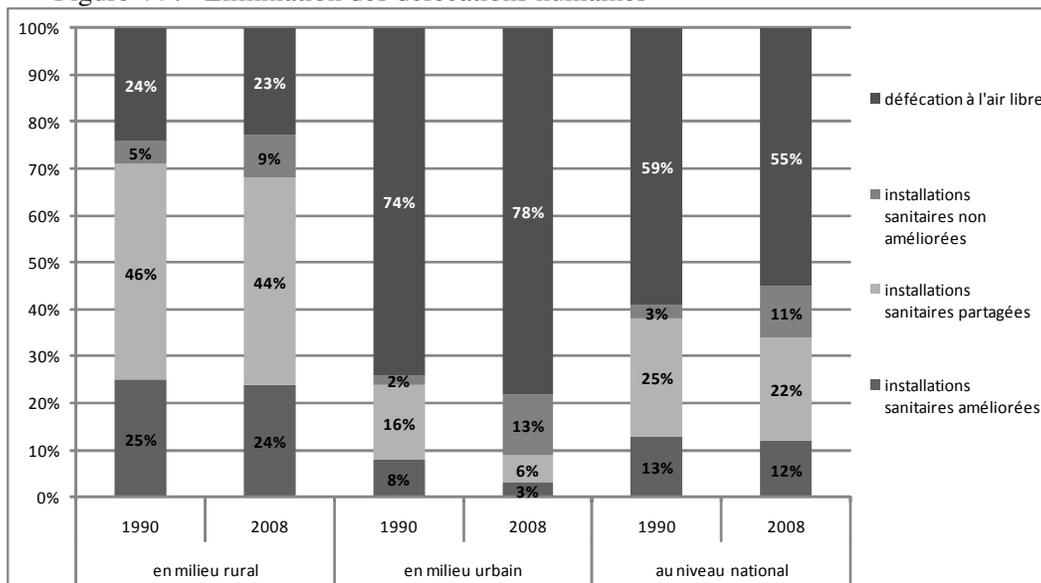
Figure 43 : Corrélation positive entre richesse du ménage et utilisation d'installations sanitaires améliorées



Source : MICS-4 2010

Les pratiques de défécation utilisées sont légèrement plus modernes en milieu urbain mais demeurent très mauvaises en général. En 2010, en milieu rural, 75% de la population pratiquaient encore la défécation à l'air libre (contre 23% en milieu urbain).

Figure 44 : Elimination des défécations humaines



source : Nutrition Profile 2009 - UNICEF

Au regard des autres pays africains (Cf. « *Africa Infrastructure Country Diagnostic, 2008* »), le Togo se situe tout juste au-dessus de la moyenne pour la part de la population couverte en latrines améliorées (12% contre 10% de la population en moyenne pour 28 pays d'Afrique). Le Togo présente le même taux de couverture que le Niger et un taux inférieur à celui du Burkina Faso (18%), du Bénin (14%) et de la Côte d'Ivoire (13%).

Concernant le taux de défécation à l'air libre, cette pratique concerne 55% de la population au Togo, ce qui est encore largement supérieur à la moyenne des pays d'Afrique (de 31%).

2. Habitudes de recours au système de soins

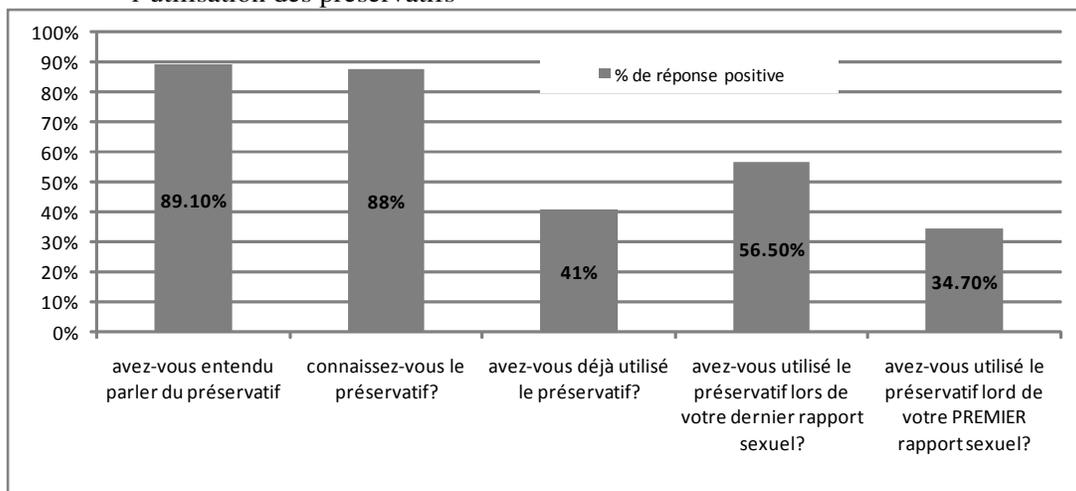
2.1. Pratiques et préférence en matière de fécondité

2.1.1. Connaissances en matière de contraception

La connaissance sur les méthodes contraceptives semble avoir peu progressé. En 1999, une enquête a été réalisée auprès de 500 jeunes femmes de 15-24 ans dans 5 arrondissements de la commune de Lomé¹³. Les résultats ont montré que 93% d'entre elles connaissaient le préservatif masculin, mais que seulement 33% d'entre elles l'utilisaient.

Une autre étude¹⁴ a été réalisée à la même période auprès des patientes du CHU de Tokoin hospitalisées suite à une IVG ou un avortement réalisé avec complications. Parmi ces jeunes femmes, 85% d'entre elle savaient qu'il existait des méthodes contraceptives, et 77% d'entre elles connaissaient le lieu d'approvisionnement, mais 81% d'entre elles ne les avaient jamais utilisées. 43% d'entre elles par inconscience, 14% par ignorance des méthodes et 12% par refus du partenaire. Enfin d'après les données QUIBB 2006, il s'avère que 88% connaissaient le préservatif, mais seulement 41% l'avaient utilisé, et 35% l'avaient utilisé pour leur premier rapport sexuel.

Figure 45 : Pourcentage des réponses positives aux questions liées à la connaissance et à l'utilisation des préservatifs



source : QUIBB 2006

2.1.2. Pratiques en matière de fécondité et de contraception

- **Diminution du recours aux pratiques de contraception traditionnelles au profit des méthodes modernes.**

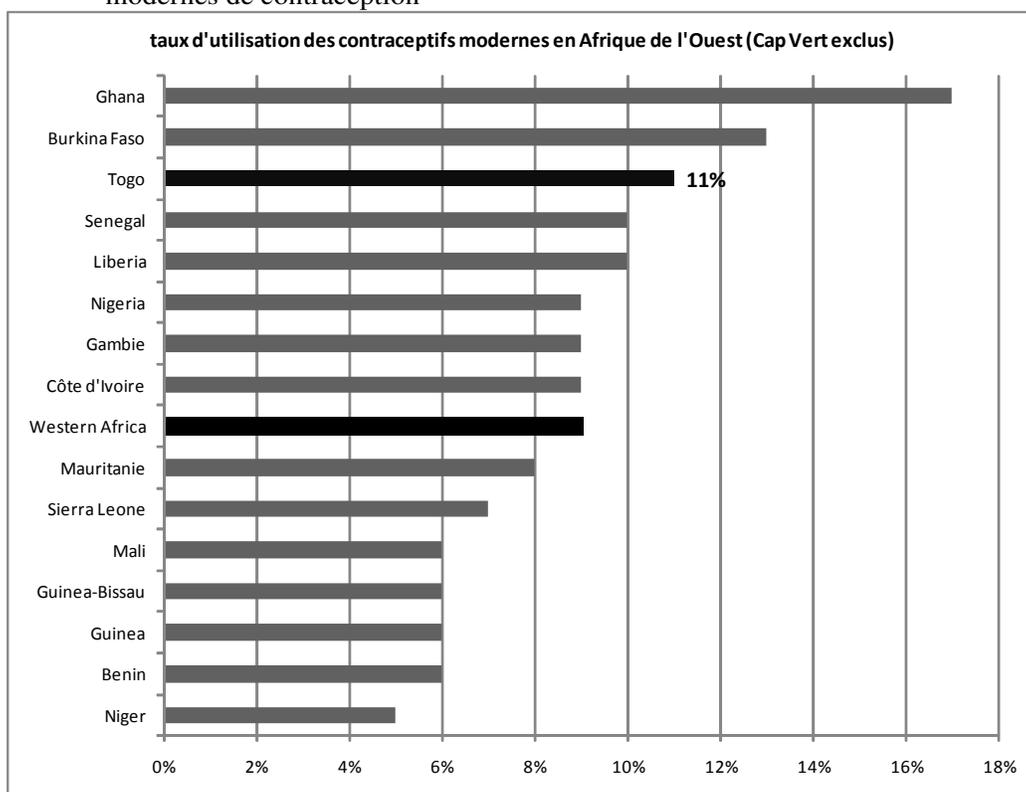
Avec seulement 11,1% des femmes utilisant un contraceptif moderne en 2006, le Togo ne présentait pas pour autant les plus mauvais résultats de la région. Les données MICS 2006

¹³ ABDU RAHMANE DIPARIDE AGBERE, TCHAGAFUOU Moukaïla, HOUEDJI Kossivi, BAËTA Sénamé, BOUKARI Bouraïma, GABA-AMOUZOU Benedicta, KOUASSI Alex Koamé (2003). Utilisation des méthodes contraceptives par les jeunes femmes de Lomé (Togo), Santé ISSN 1157-5999 ; 2003, vol. 13, n°4, pp. 243-251.

¹⁴ ADJAHOTO E.O. et al (1999). Contraception et avortement provoqué en milieu africain, Médecine d'Afrique Noire : 1999, 46 (8/9)

fournissent les taux d'utilisation des contraceptifs **modernes** (11,1%). En comparaison avec les autres pays de la sous-région, on note que le Togo ne présentait pas les pires résultats, et se trouvait derrière le Ghana et le Burkina Faso¹⁵. Ainsi, le Togo présentait même un taux supérieur à la moyenne des pays d'Afrique de l'Ouest, qui n'est que 9% des femmes utilisant une méthode contraceptive en 2008. En revanche, on note que le taux d'utilisation des moyens modernes de contraception a peu progressé : il était de 7% en 1998.

Figure 46 : Le Togo présente le deuxième meilleur taux d'utilisation des méthodes modernes de contraception



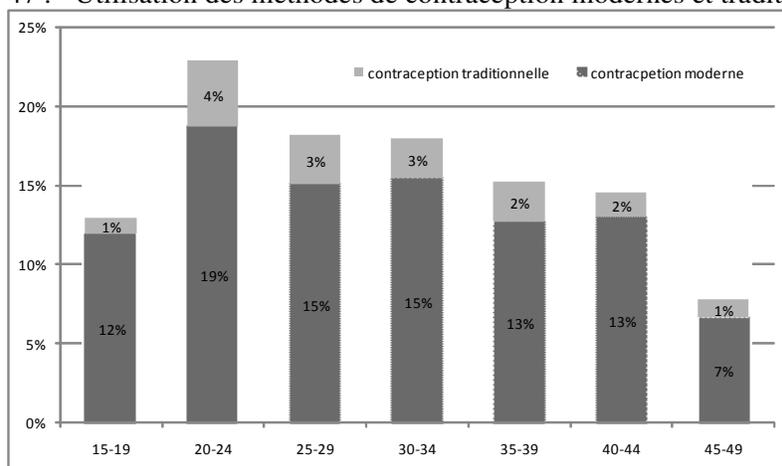
Source : Population Reference Bureau (2009): 2009 World Population Data Sheet. Washington, DC: PRB

Le pourcentage de femmes utilisant une méthode contraceptive moderne a légèrement augmenté entre 2006 et 2010. D'après les données de 2010 (MICS 4), le pourcentage de femmes utilisant une méthode contraceptive moderne atteint les 13%, contre 11% en 2006.

Les méthodes traditionnelles de contraception sont de moins en moins utilisées au Togo. On observe qu'en règle générale, sur la proportion de femmes utilisant une méthode contraceptive, une part d'entre elles utilisent encore une méthode traditionnelle (abstinence, retrait...) (2% des femmes enquêtées utilisant une contraception). C'est l'abstinence qui apparaît comme la méthode traditionnelle de contraception la plus utilisée (1,2% sur les 2% des femmes utilisant une méthode traditionnelle). Les jeunes femmes de 15-19 ans sont celles qui utilisent le moins les méthodes traditionnelles de contraception, rendant compte d'une modernisation des méthodes utilisées.

¹⁵ Le Cap Vert est en fait peu comparable avec les pays de la sous-région et gonfle probablement la moyenne de l'Afrique de l'Ouest – il a donc été exclu de la représentation graphique.

Figure 47 : Utilisation des méthodes de contraception modernes et traditionnelles

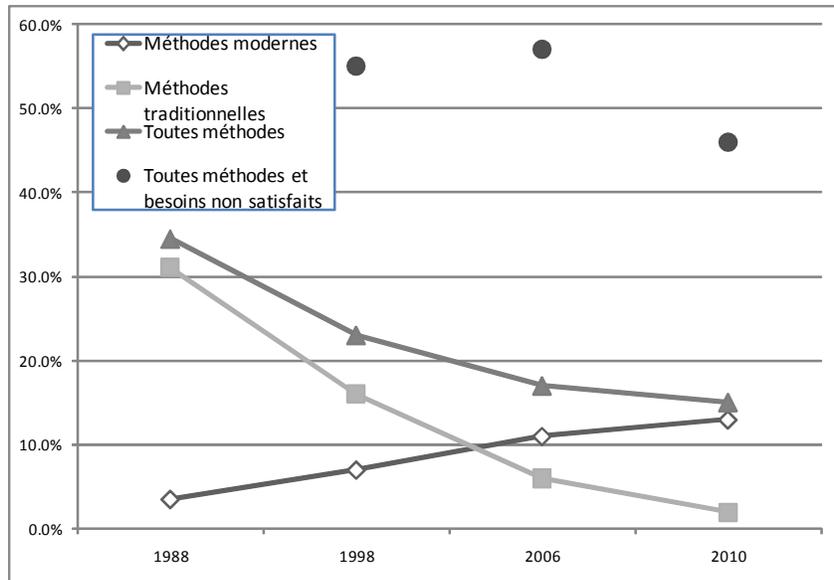


source : MICS-4 2010

A cause de la diminution importante de l'utilisation des méthodes traditionnelles, le taux d'utilisation des moyens contraceptifs (traditionnels et modernes) semble avoir diminué. En effet, en intégrant la proportion de femmes utilisant une méthode traditionnelle de contraception, le taux global de femmes sous contraception diminue entre 2006 et 2010, passant de 17% à 15% selon les données MICS 3 et 4. Cependant, cette diminution est largement due à la baisse de la contraception traditionnelle qui passe de 6% à 2% des femmes utilisant une méthode de contraception entre 2006 et 2010.

Le graphique ci-dessous montre bien que si le taux d'utilisation des moyens modernes de contraception a légèrement augmenté sur les 20 dernières années, celui des moyens traditionnels a baissé encore plus vite. Il faut certes relativiser ce constat, car les bases de données sont différentes (DHS et MICS). Cette évolution est néanmoins très inquiétante et requiert un renforcement radical des politiques de maîtrise de la fécondité.

Figure 48 : Evolution de l'utilisation de la contraception (traditionnelle et moderne) en % des femmes en union

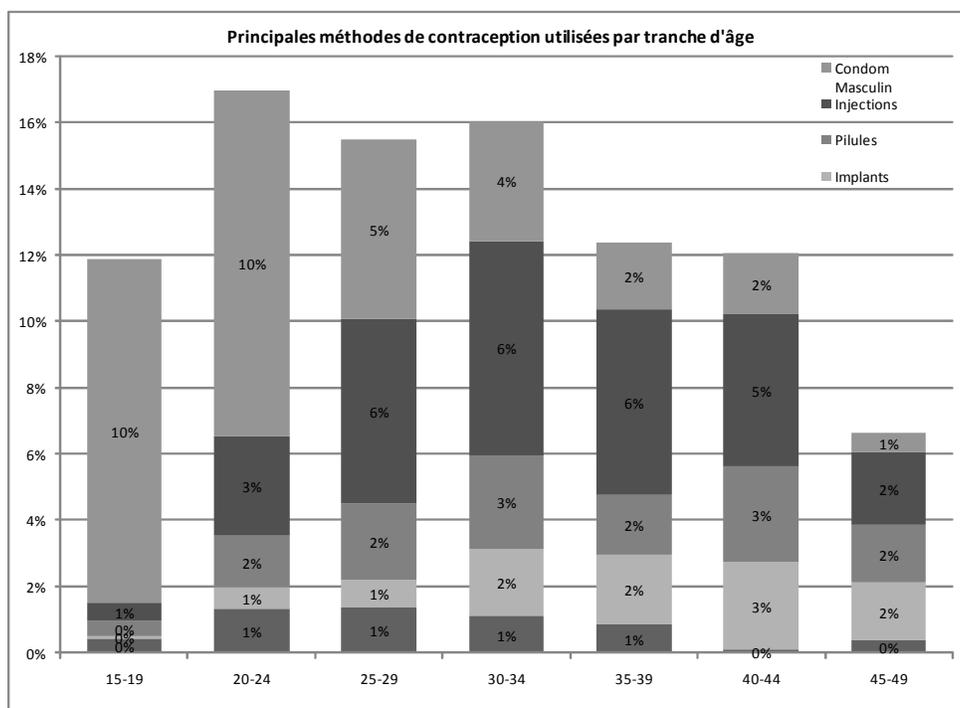


Source : Guenguant 2010 et MICS 2010

- **La méthode moderne de contraception privilégiée est le préservatif masculin.**

Le préservatif demeure la méthode de contraception la plus utilisée, d'autant plus chez les plus jeunes. En moyenne, pour tous les groupes d'âges, le contraceptif moderne le plus utilisé est le préservatif (35% des femmes sous contraception), suivi des injections (25% des femmes sous contraception). La pilule concerne 12% des femmes utilisant une contraception. Sans surprise, le préservatif est la méthode la plus utilisée pour les tranches d'âge les plus jeunes : plus de 80% des 15-19 ans utilisent comme méthode de contraception le préservatif masculin. Ceci s'explique par sa disponibilité, sa simplicité d'utilisation et son caractère plus ponctuel d'utilisation. Les injections sont une méthode davantage utilisée chez les femmes entre 25 et 44 ans. La pilule quant à elle concerne avant tout les femmes entre 20 et 34 ans.

Figure 49 : Les contraceptifs modernes les plus utilisés : le préservatif, les injections et la pilule

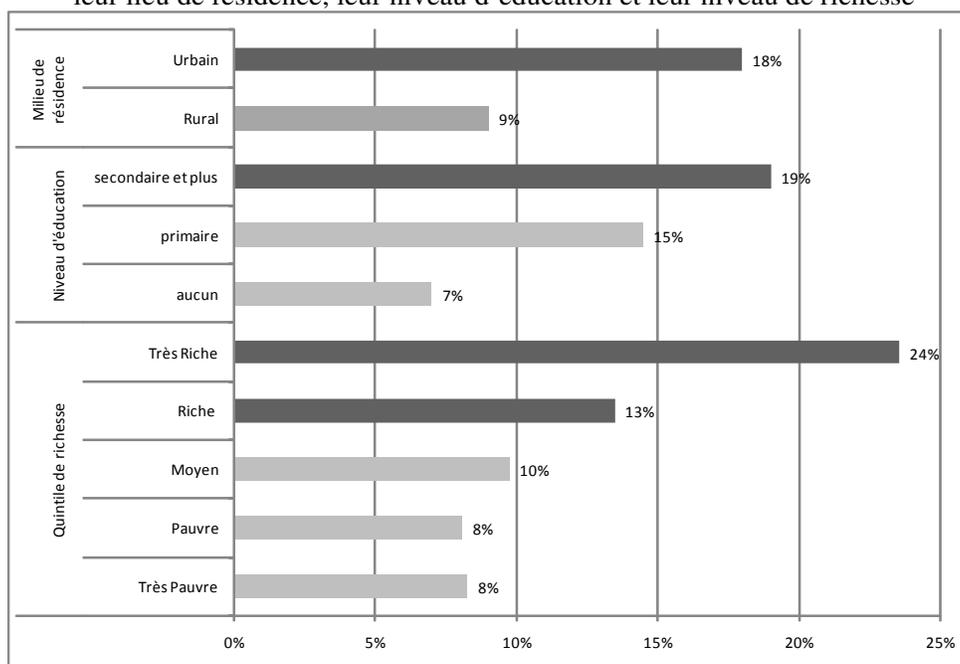


source : MICS-4 2010

- **L'utilisation de la contraception dépend du lieu de résidence mais aussi de la richesse du ménage et du niveau d'éducation de la mère.**

L'utilisation des méthodes de contraception est influencée par le milieu de résidence, la richesse et le niveau d'éducation de la femme. En effet, le graphique ci-dessous nous montre la prévalence de l'utilisation d'une méthode de contraception moderne pour les femmes vivant en milieu urbain, qui ont un niveau supérieur d'étude et qui appartiennent au quintile le plus riche. Par exemple, 18% des femmes qui vivent en milieu urbain utilisent une méthode moderne de contraception, contre seulement 9% des femmes issues du milieu rural. Les obstacles dans l'accès aux méthodes de contraception seraient donc liés à des problèmes d'offre (offre insuffisante dans les régions rurales plus pauvres), et à des problèmes de demande : faible niveau d'éducation et pauvreté limitent l'accès aux contraceptifs.

Figure 50 : Répartition des femmes utilisant une méthode moderne de contraception selon leur lieu de résidence, leur niveau d'éducation et leur niveau de richesse



source : MICS-4 2010

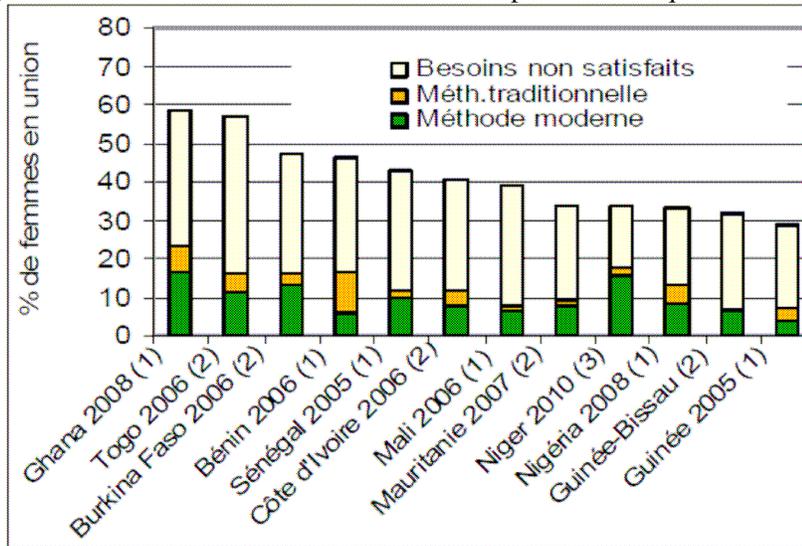
2.1.3. Besoins en matière de planification familiale en diminution

Un besoin non satisfait en limitation/espacement des naissances¹⁶ est exprimé par environ 31% des femmes enquêtées en 2010, contre 41% en 2006 (MICS-3 2006 et 4 2010). En 2010, cette proportion inclut deux groupes : (i) 18,5 % des femmes mariées ou en union ayant des besoins non satisfaits en matière d'espacement des naissances et (ii) 12,5 % pour la limitation des naissances.

Les besoins non-satisfaits en contraception sont parmi les plus élevés de la sous-région. Sur le graphique ci-dessous, on peut constater que le Togo a des résultats proches de ceux du Ghana. Cette situation est en fait une grande opportunité pour le Togo. Il y existe déjà une très forte demande de contraception (proche de celle des pays émergents, qui est généralement proche de 70-85%). Il y a donc un potentiel considérable pour maîtriser la fécondité dans le pays.

¹⁶ Les besoins à couvrir en matière de contraception font référence aux femmes fécondes qui n'utilisent aucune méthode de contraception, mais qui souhaitent espacer la naissance de leurs enfants ou limiter le nombre d'enfants, voire ne plus en avoir.

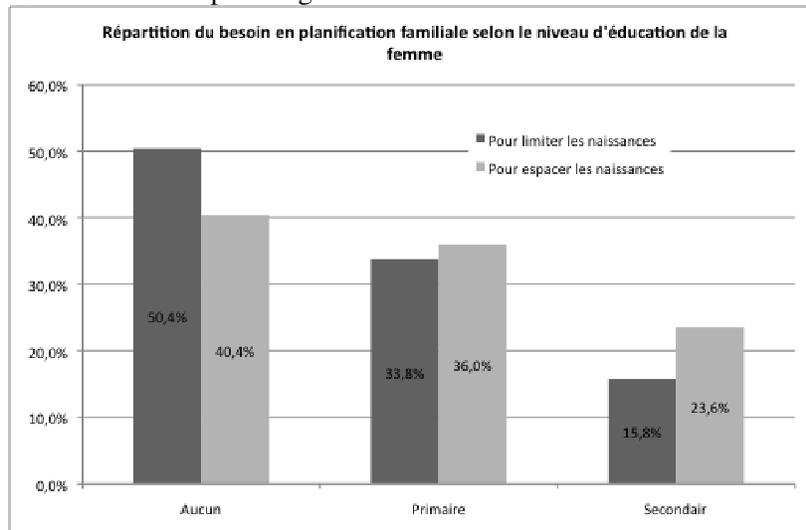
Figure 51 : Besoins non-satisfaits en contraception en Afrique de l'Ouest



Sources : (1) enquêtes DHS <http://www.measuredhs.com/countries/>
 (2) enquêtes MICS http://www.unicef.org/wcaro/documents_publications_2413.html
 (3) enquête sur la prévalence contraceptive. République du Niger, Ministère de la Santé Publique/IDEACONSULT International. Tunis, Tunisie 20 août 2010

Les besoins non satisfaits en contraception varient très peu entre le milieu urbain (30,8 %) et le milieu rural (31,4 %). En revanche, les femmes les plus instruites ont un taux de non-satisfaction de leurs besoins plus faible que les femmes sans instruction. 50% des femmes sans instruction présentent un besoin non satisfait en limitation des naissances, contre seulement 16% pour celles ayant un niveau secondaire d'éducation. De même, 40% des femmes sans instruction présentent un besoin non satisfait en espacement des naissances, contre 23% des femmes avec un niveau secondaire d'éducation.

Figure 52 : Besoin en planning familial selon le niveau d'éducation et de richesse de la mère



source : MICS-4 2010

2.2. Les pratiques de recours au système de soins

L'analyse de ces pratiques et les principaux constats qui en découlent sont détaillés dans le chapitre 5 du système de santé, dans la section : recours au système de soins.

3. Les politiques de santé communautaire

Les Interventions à Base Communautaire (IBC) au Togo rassemblent deux types d'interventions : le paquet essentiel et le paquet complémentaire d'interventions.

Le paquet essentiel des IBC rassemble l'ensemble des interventions à haut impact sur la réduction de la morbidité et la mortalité maternelle, néonatale et infanto juvénile, et qui doivent être mises en œuvre dans tous les districts.

Le paquet complémentaire des IBC regroupe les interventions à haut impact sur la réduction de la morbidité et la mortalité maternelle, néonatale et infanto-juvénile, mais qui ne sont pas encore développées ou alors à petite échelle dans les districts. Ces interventions, en fonction des ressources disponibles doivent être mises à échelle pour l'atteinte des résultats à atteindre.

Les politiques de santé communautaires sont basées sur le principe selon lequel les individus vivant à plus de 2,5 km d'une formation sanitaire ont besoin d'une personne de référence appartenant au milieu médical. C'est pourquoi les Agents de Santé Communautaire (ASC) ont été créés. **Cependant, le Togo n'en dénombre que 8,500 en septembre 2009, contre un besoin estimé de 16,956 ASC.**

Encadré 7 : Accroître rapidement les effectifs d'agents communautaires : l'expérience réussie de l'Ethiopie

En 2006, l'Ethiopie a créé une nouvelle catégorie de personnel de santé : les *Health Extension Workers* (HEW). Ces personnels sont exclusivement recrutés dans les communautés rurales. La plupart des HEW sont des femmes. Ces HEW ont tous bénéficié d'une formation intensive, assurée par des écoles régionales. Les HEW sont payés par le Gouvernement (et ne sont pas - a proprement parler - des personnels communautaires).

En l'espace de 4 ans, l'Ethiopie est parvenue à former plus de 30,000 HEW dans tout le pays. Cela a permis d'augmenter radicalement la présence de personnel de santé qualifié dans les régions rurales du pays. La conséquence en a été de meilleures prestations de soins à la population, ce qui a entraîné une réduction de 50% de la prévalence du paludisme.

Source : "Health Extension Workers in Ethiopia Improve Access and Coverage for the Rural Poor », Nejmudin Kedir Bilal, Christopher Herbst, Feng Zhao and Agnes Soucat, World Bank

Pratiques communautaires : principaux constats

Concernant les pratiques et habitudes des populations alimentaires et d'hygiène, de nombreux efforts sont encore à mettre en œuvre. Malgré un effort notable ces dernières années, l'allaitement exclusif n'est encore pas suffisamment pratiqué (63% des enfants de moins de six mois en 2010), limitant ainsi la protection des nourrissons contre la malnutrition. La consommation de micronutriments est très faible. Des campagnes de distribution de vitamine A et de zinc permettraient de lutter contre la malnutrition et la diarrhée. En plus d'assurer les soins pour les femmes enceintes, les politiques de lutte contre la malnutrition devraient allier **promotion des bonnes pratiques de nutrition**, d'autant plus en cas de maladie de l'enfant (maintien de l'alimentation adéquate et réhydratation), et **facilité d'accès aux traitements des maladies infantiles communes** (Thérapie de Réhydratation Orale et médicaments contre le paludisme et les IRA).

Mais un des constats les plus alarmants est **la stagnation - voire la dégradation - des pratiques d'accès à l'eau moderne et aux installations sanitaires modernes**, qui expose la population à un risque élevé d'épisodes diarrhéiques et de malnutrition.

Sur le plan de la fécondité, le Togo fait encore face à des taux élevés d'enfants par femme (4 enfants). La contraception reste très peu utilisée. Le taux d'utilisation des moyens modernes de contraception a peu progressé (de 7% en 1998 à 13% en 2010). Celui des moyens traditionnels a diminué encore plus vite, menant à **une situation très inquiétante, où la prévalence de la contraception (toutes méthodes confondues) est moins forte aujourd'hui qu'il y a 20 ans**. Même si la transition démographique est engagée au Togo, les forts taux de fécondité du passé ont entraîné un poids important des jeunes dans la population, ce qui génère des surcoûts considérables pour les services sociaux et ne favorise pas la croissance économique. Le Togo dispose pourtant d'un atout unique. **La demande de contraception (notamment sa part non satisfaite) y est l'une des plus fortes de la sous-région. C'est une opportunité que le Gouvernement ne devrait pas rater.**

Pour pallier le faible recours aux soins au Togo, les interventions à base communautaires peuvent être une solution efficace. Cependant, leur succès a beau avoir été prouvé dans des programmes tels que la lutte contre l'onchocercose, les campagnes de vaccination ou encore la lutte contre le SIDA, le Togo souffre entre autres d'un manque d'ASC pour mener à bien ces interventions. Dans le cadre d'une politique de santé visant les indigents et les groupes vulnérables (tels que les femmes enceintes et enfants de moins de cinq ans), l'appui aux IBC est une nécessité.

Chapitre 4 : GOUVERNANCE ET PILOTAGE DU SYSTEME

1. Gouvernance du système de santé

Ce chapitre analyse la problématique de la gouvernance sous l'angle de l'architecture institutionnelle du système de santé. Pour chacun des échelons et acteurs du système, nous avons tenté de comprendre la cohérence entre, (i) d'une part les objectifs qui leur étaient assignés et (ii) d'autre part les pouvoirs décisionnels et les moyens dont ils disposaient.

1.1. Descriptif de l'organisation du système de santé

L'organisation du système national de santé est de type pyramidal avec 3 niveaux : le niveau central (ou national), le niveau intermédiaire (ou régional) et le niveau périphérique (ou préfectoral).

Le niveau central qui est le sommet de la pyramide comprend : le Cabinet du Ministre de la Santé et la Direction Générale de la Santé (DGS). A la Direction Générale de la Santé sont rattachées cinq Directions Centrales composées chacune de plusieurs Divisions :

- Direction de la Planification, de la Formation et de la Recherche (DPFR) ;
- Direction des Affaires Communes (DAC) ;
- Direction des Soins de Santé Primaires (DSSP) ;
- Direction des Etablissements de Soins (DES) ;
- Direction des Pharmacies, des Laboratoires et des Equipements Techniques (DPLET).

En matière d'offre de soins, il existe trois Centres Hospitaliers et Universitaires (CHU) dont deux à Lomé et un à Kara puis l'hôpital Psychiatrique de Zébé. Ce sont les hôpitaux de référence du pays. A cela s'ajoute le Centre National de Transfusion Sanguine (CNTS), l'Institut National d'Hygiène (INH), le Centre National d'Appareillage et d'Orthopédie (CNAO) qui sont des institutions spécialisées.

Le niveau intermédiaire comprend les Directions Régionales de la Santé (DRS) et les Centres Hospitaliers Régionaux (CHR) qui sont les hôpitaux de référence des régions, pour la plupart « autonomes » (voir encadré 5 ci-dessous). Bien que le pays soit découpé en cinq régions administratives, le système de santé comporte six Directions Régionales de la Santé. En effet la ville de Lomé (capitale du pays) représente à elle seule une DRS. Les six Directions Régionales de la Santé sont du Nord au Sud : DRS des Savanes, DRS de la Kara, DRS de la Centrale, DRS des Plateaux, DRS Maritime, DRS de Lomé Commune. A chacune des DRS est rattaché un CHR (bénéficiant pour beaucoup de l'autonomie de gestion hospitalière – voir encadré ci-dessous).

Le niveau périphérique du système de santé du Togo est représenté par 35 districts sanitaires connus sous 30 Directions Préfectorales de la Santé (4 dans la région Savanes ; 7 dans la région Kara ; 4 dans la région Centrale ; 9 dans la région Plateaux ; et 6 dans la région Maritime) et 5 Districts Sanitaires dans Lomé.

Encadré 8 : Que signifie « l'autonomie des formations sanitaires » au Togo ?

L'autonomie des Formations Sanitaires concerne en fait les structures de type hospitalier au Togo. Les hôpitaux autonomes sont régis par le décret 90-191/PR du 26 décembre 1990 relatif à l'organisation des établissements hospitaliers publics. Ces derniers ont le statut d'EPA (Etablissement Public Administratif) : ils sont dès lors dotés de l'autonomie de gestion administrative et financière, laquelle est mise en œuvre par la Direction de l'hôpital sous le contrôle du Conseil d'administration et dans le respect des normes édictées par la tutelle.

Près de 18 ans après la loi de 1990, nombre d'hôpitaux sont devenus autonomes, mais pas tous. Le processus est toujours en cours et près des ¾ des hôpitaux sont désormais sous ce régime.

C'est un arrêté du Ministère de la santé qui confère le statut d'autonomie aux structures de soins. Comme le rappelle ce texte de base, la gestion budgétaire, comptable et financière des hôpitaux autonomes est régie par le décret n° 89/121 du 1^{er} août 1989 portant Règlement Général de la Comptabilité Publique. En tant que structure autonome, l'hôpital dispose de subventions d'un montant clairement déterminé par niveau (CHU, CHR, CHP et Hôpital spécialisé). Il s'agit de subventions de fonctionnement (ou subventions d'équilibre) qui viennent compléter les recettes propres générées par l'activité de l'hôpital, à savoir essentiellement : actes, laboratoire, hospitalisations et vente de produits pharmaceutiques.

On verra que, dans les faits, l'autonomie de gestion des hôpitaux est très réduite.

1.2. L'échelon central concentre les responsabilités à travers une multitude de directions peu coordonnées.

1.2.1. Concentration des pouvoirs au niveau central

Malgré la répartition des fonctions définie précédemment, d'importants problèmes de santé découlent de l'organisation de l'administration sanitaire actuelle et ont été analysés grâce à un audit organisationnel du Ministère de la Santé (2009)¹⁷.

- **Un manque de coordination des différents acteurs de la santé limite leur bon fonctionnement.**

Au niveau de la coordination intra-sectorielle, on observe par exemple un cumul des fonctions de « Directeur » et de « Secrétaire Général » à la Direction Générale, ce qui peut impliquer une confusion des responsabilités des différents membres de la Direction Générale, entraînant une inefficacité de leur collaboration. L'absence de réunions de coordination intra-sectorielle formalisées au sommet de l'administration générale limite également le bon fonctionnement de cette coordination.

Au niveau de la coordination des Partenaires, malgré l'existence d'un Comité de Coordination du Secteur de la Santé, ce Comité a longtemps été peu fonctionnel. Il devrait se réunir semestriellement, mais cette périodicité n'était malheureusement pas respectée, du moins en 2009.

- **La planification et l'exécution budgétaire restent problématiques**

¹⁷ AEDES, Lomé, Décembre 2009 – collaboration financière de l'AFD

Le processus des discussions budgétaires entre le Ministère de la Santé et le Ministère des Finances reste peu stratégique. Il existe une note de cadrage macro-économique qui est délivrée en début de processus et permet de connaître l'évolution prévisible du budget global attribué à la santé pour l'année en cours de préparation budgétaire. Mais il n'y a pas pour autant de note de cadrage technique effectuée par le Ministère lui-même qui permettrait de faire connaître aux différents services les priorités du MS pour l'année à budgétiser. De plus, même si théoriquement il existe une préparation du budget de type ascendant, la proposition de budget qui en découle n'est dans les faits pas utilisée par le service budgétaire du Ministère des Finances, ce qui a pour effet de démotiver le personnel vis-à-vis du processus budgétaire.

Concernant l'exécution du budget, il apparaît que le processus basé sur la délégation de crédits est peu performant : « seuls les plus assidus arrivent à débloquer les crédits auxquels ils ont droit » (Audit Organisationnel du MS – 2009).

- **L'autonomie partielle de gestion des hôpitaux n'est pas claire.**

En théorie, la gestion hospitalière est forte de l'autonomie partielle de gestion qui a été mise en œuvre (voir encadré 5 ci-dessus). Dans les faits, la déconcentration des pouvoirs du niveau central vers les établissements publics autonomes est peu effective. Le processus de contractualisation est mal connu, même au niveau central. Il en résulte l'absence d'harmonisation de la tarification des actes, l'absence d'obligation d'accepter la supervision et l'absence d'obligation en matière de reddition des comptes. Finalement, on peut affirmer que la réforme hospitalière est en arrêt (pas de politique de tarification, pas de politique d'assurance de qualité, pas de politique de maintenance, pas de manuels de procédures de gestion des RH, des moyens financiers ou matériel).

- **Enfin, les principes directeurs de l'approche du « District Opérationnel » semblent encore mal maîtrisés.**

De nombreux acteurs de niveau central confondent les fonctions de niveau national avec celles du niveau régional. Chaque « service » du niveau central réalise parfois une tâche qui ne relève pas de ses attributions. Le niveau intermédiaire éprouve des difficultés à remplir sa mission du fait que le décret 90 – 159 du 2 octobre 1990 apparaît peu clair. Par exemple: dans le décret, la DRS n'a aucune responsabilité en matière d'allocation des ressources¹⁸. A ces problèmes de compréhension et d'adhésion, s'ajoutent les interférences de certains programmes de lutte contre la maladie et l'autonomisation mal maîtrisée des CHR et CHP.

¹⁸ Audit organisationnel finalisé du ministère de la santé 2009

Encadré 9 : L'approche du District Opérationnel

Dans les années 1990, afin d'enrayer la dégradation du système sanitaire, le Togo avec l'appui des organismes bi et multilatéraux a entrepris une réforme de son système de santé axée sur le concept de « District Opérationnel ». L'approche du district opérationnel permet d'assurer la décentralisation, l'intégration des activités et l'implication de tous les acteurs au niveau opérationnel.

L'approche repose entre autres sur les principes suivants : collaboration étroite avec les équipes cadres (de région et de district), créées dans ce but; système de référence / contre référence entre les différents niveaux de la pyramide sanitaires ; supervision intégrée impliquant le personnel de l'hôpital. Pour se faire, ont été créées 6 Equipes Cadre Régionales (une par région), et 35 Equipes Cadre de District Sanitaire (une par DS).

Partant de ces constats de faiblesses, un nouvel organigramme du MS et des missions révisées a été proposé (voir annexe 4.1. – Audit Organisationnel du MS, 2009). La proposition de réorganisation consiste essentiellement en un découpage en trois Directions Générales du MS, et en un redécoupage de chacune de ces Direction Générales en Directions Centrales (9 au total). Est également proposé la restructuration des services de la DRS et de la DPS, restructuration en trois grandes fonctions (planification, ressources et action sanitaire) calquées sur le découpage du niveau central.

Enfin, le rattachement des établissements dotés de l'autonomie de gestion et possédant une mission de service public dans le domaine de la santé, est également proposé (INH, instituts de formations, établissement de soins dotés de l'autonomie de gestion...).

Figure 53 : Organigramme actuel et Proposition finale d'organigramme du Ministère de la Santé (voir Annexe 4.1.)

1.2.2. Les niveaux intermédiaires et surtout périphériques ont de nombreuses difficultés à remplir leur fonction

La faiblesse de la déconcentration du système limite le pouvoir de décision et d'action du niveau périphérique. On constate de nombreuses faiblesses qui limitent les capacités des niveaux périphériques et intermédiaires à accomplir leur tâche. Elles sont listées dans le tableau suivant :

Tableau 14 : Récapitulatif des faiblesses des différentes fonctions du Ministère de la Santé (aux niveaux périphérique)

<i>Fonctions de santé</i>	<i>Justifications</i>
Planification du développement du secteur	Faible implication des niveaux intermédiaire et périphérique dans la planification
Planification stratégique et opérationnelle	Planification ascendante en théorie mais pas en réalité et priorité donnée aux programmes verticaux
Préparation des budgets	Faiblesse de la prise en compte des requêtes des niveaux périphériques
Gestion des ressources humaines	Manque de personnel, déficit du processus de recrutement, pas de système d'information moderne des RH ...
Contractualisation	peu développée
Maintenance hospitalière	N'existe pas
Secteur du médicament	Plusieurs déficiences (voir chapitre 7)

source : Audit organisationnel finalisé du ministère de la santé 2009

En plus des faiblesses listées dans ce tableau, des dysfonctionnements en termes de coordination limitent l'action des structures et instances gouvernementales régionales et périphériques. La coordination des DRS et DPS est confiée au Directeur Général Adjoint, qui cumule lui aussi deux fonctions différentes, ce qui entraîne une confusion des responsabilités et des pouvoirs des acteurs.

Concernant la coordination opérationnelle au niveau périphérique, le Togo a adhéré à l'approche du District Opérationnel, sans résultats bénéfiques. Les principes directeurs de cette approche semblent encore mal maîtrisés. Aux problèmes de compréhension et d'adhésion, s'ajoutent les interférences de certains programmes de lutte contre la maladie et la recherche d'indépendance parfois mal maîtrisée des CHR et CHP. Très souvent, l'intégration de l'hôpital de district dans l'équipe cadre du district est peu évidente. Quant au recouvrement de coûts, il manque d'encadrement. Cela concerne en particulier la part des recettes du recouvrement des coûts qui est reversée au niveau central (appelée la « solidarité préfectorale » ou la « solidarité régionale »). Par exemple, le CMS de Kadjoviakobe reverse en tout 5% des recettes du centre (2% à la DPS et 3% à la DRS), alors que le CMS de d'Akbelouve en reverse 7% (5% pour la DRS et 2% pour la DPS).¹⁹

Un certain nombre de points évoqués plus haut mettent en évidence et expliquent la difficulté qu'a le niveau intermédiaire à remplir sa mission. Notons de surcroît que les missions attribuées à celui-ci par le décret 90 – 159 du 2 octobre 1990 apparaissent peu claires.

La majorité des problèmes mentionnés ont une origine organisationnelle. Une mauvaise attribution des missions, voire une confusion entre les attributions de chacun, ne permet pas la bonne réalisation des missions du Ministère et du système de santé dans sa globalité. En plus d'une redéfinition des missions de chaque entité et individus, la mise en place d'instances de coordination et de communication est nécessaire. Mais la réorganisation seule du ministère ne garantit pas la responsabilité de chacun.

Les Equipes Cadre de Région / de District sont limitées dans leur action, faute de statut

¹⁹ Informations collectées par la BM lors de la mission de février 2011: visites de formations sanitaires dans les régions Maritime et de Lomé

juridique et d'évaluation de leurs activités. Selon les acteurs du niveau central, les équipes cadres de région et de districts (ECR/ECD) sont des organes de coordination et de concertation. Les ECD existent dans l'ensemble des districts sanitaires du pays et sont apparemment plus ou moins fonctionnelles (il n'existe pas de données récentes d'évaluation de leur performance). Mais sur le plan institutionnel, aucun texte juridique n'apporte un cadrage précis sur leur composition, leur rôle et leurs attributions, excepté une liste d'activités à accomplir, ainsi que des orientations à caractère général (contenues dans le document de « Normes et Standards au niveau du district sanitaire de 2001»). Leur composition diffère selon les régions et selon les districts en fonction des cadres disponibles au niveau décentralisé.

Les Comité de Gestion de Santé (COGES) ne remplissent pas leurs responsabilités par manque de formation des membres, de vulgarisation de leur rôle et de prise en considération de leur intérêt.

Encadré 10 : Les COGES : définition, rôle et mission

Le COGES est une instance de gestion participative Etat-Communauté à but non lucratif servant d'intermédiaire entre l'Etat, représenté par le personnel médical de la structure, et la population bénéficiaire. La mise en place des COGES au niveau des structures de soins périphériques participe ainsi aux efforts pour impliquer la communauté dans la gestion de sa santé.

La mission essentielle des COGES s'articule autour de trois axes à savoir :

- la cogestion financière et administrative des formations sanitaires pour en assurer un fonctionnement efficace à travers la mise en œuvre de la stratégie du recouvrement des coûts (gestion des fonds, gestion des MEG, hygiène des centres,...) ;
- la promotion de la participation communautaire au système de santé à travers la mise en œuvre d'activités de mobilisation sociale (information et sensibilisation de la population pour la résolution des problèmes prioritaires de santé) ; et
- l'assurance de l'accessibilité de tous aux soins de santé (identification des indigents et leur prise en charge, mise en place des mécanismes de flexibilité de recouvrement des coûts).

Le contrôle de l'organisation et de la gestion des COGES relève en principe de la compétence de la division de la santé communautaire de la Direction des Soins de santé Primaires (DSSP) du MS²⁰.

²⁰ Arrêté n°11/91/MSP du 27 mars 1991, portant organisation des services des directions centrales, régionales et préfectorales de la santé

De manière générale, le constat à l'heure actuelle est que les COGES ne remplissent pas efficacement leur mission. Le rôle de cogestion des USP est souvent limité à la gestion des fonds. La mobilisation communautaire est marginale et se réduit plus souvent à quelques petits travaux de nettoyage de l'USP. La faiblesse d'efficacité des COGES est due à plusieurs facteurs, repris ici.

Le rôle de la participation communautaire n'est pas bien cerné par les COGES. Les membres des COGES ne sont pas toujours bien informés quant à leurs rôles, lesquels deviennent de plus en plus complexes. Le mode d'organisation des élections ne laisserait pas suffisamment de temps aux initiateurs de bien expliquer toutes les implications et contraintes du système aux futurs candidats et à la population. En outre, la formation de base en gestion SSP/IB n'est plus organisée de façon systématique au profit des membres des COGES renouvelés.

Le manque de formation et d'acceptation des personnels de santé limite le contrôle de gestion par les COGES. Il est difficile aux membres des COGES de faire des contrôles sérieux de gestion soit par insuffisance de compétence en la matière soit par crainte des réactions négatives du personnel de santé. Les dépenses extra-budgétaires fréquentes soulignent les difficultés de suivi du budget par les communautés. Actuellement, les contrôles de gestion se limitent à des inventaires, faits le plus souvent par le comptable du district sanitaire au cours des visites trimestrielles de supervision. L'absence de contrôle efficace de la gestion fait qu'on assiste bien souvent à des déficits importants dans la gestion (faible recouvrement des coûts, détournement des recettes et des médicaments, ventes parallèles de médicaments).

Le suivi des comités de gestion demeure insuffisant. Pour être efficace, le suivi des COGES doit être organisé au niveau des districts, mais l'insuffisance de ressources au niveau opérationnel tant en personnel qu'en moyens matériel et logistique paralysent l'atteinte des objectifs. De plus, il n'y a pas toujours de stratégie de suivi des COGES.

Pour conclure, les Equipes Cadres (de District pour les CMS, USP et poste de santé ; de Région pour les Hôpitaux préfectoraux) ont peu d'influence sur **les principales décisions de gestion des formations sanitaires**. Le tableau ci-dessous indique en couleur sombre quels sont les niveaux hiérarchiques qui détiennent les pouvoirs de décision. On peut constater que les décisions concernant la gestion des formations sanitaires ne sont jamais prises par les directeurs de ces formations sanitaires et rarement par les équipes-cadres. A l'inverse, le niveau central de l'État est le décideur final pour les questions liées au recrutement, affectation du personnel de santé²¹, et pour l'investissement en équipements lourds. Les ECR/ECD - en collaboration avec les COGES - possèdent un certain pouvoir dans la gestion des médicaments et les petits investissements (mais la signature de la DRS/DPS reste néanmoins nécessaire dans ces cas là).

²¹ Même pour les personnels contractuels des Etablissement Autonomes, l'Etat a un pouvoir décisionnel final (!!).

Figure 54 : Récapitulatif du pouvoir décisionnel le long de la pyramide sanitaire

Domaines de décision		Niveaux de la pyramide sanitaire		
		Ministère de la Santé	DRS/ DPS	ECR/ECDS et COGES
Ressources humaines	Recrutement, affectation, promotion.			
	Actions disciplinaires			
	Primes de personnel			
Investissement	Petit équipement		Co-signature nécessaire	Demande initiée à ce niveau
	Équipement lourd, construction et réhabilitation			
Médicaments	Commandes		Co-signature nécessaire	Demande initiée à ce niveau
	Gestion des stocks			

Source : analyse BM

Légende :

Pouvoir de décision finale	Influence sur la décision (ex : co-signature ou avis)	Aucun pouvoir de décision
----------------------------	---	---------------------------

2. Pilotage du système

2.1. Le système d'information sanitaire

2.1.1. Organisation du Système d'Information Sanitaire au Togo

L'analyse sectorielle IHP+ fournit une analyse détaillée du SIS du Togo. Ainsi, le Système National d'Information Sanitaire (SNIS) décentralisé a été mis en place en 1994 pour pallier les insuffisances du service national des statistiques sanitaires, à savoir : (i) le retard dans l'acheminement des rapports au niveau central et dans la mise à jour de la base de données entraînant des retards de parution de l'annuaire statistique; (ii) la centralisation excessive du traitement et de l'analyse des données (l'information de l'annuaire statistique trop agrégée n'autorisait pas un suivi des activités sanitaires et la comparaison à l'échelle du district) ; (iii) la multiplicité des supports d'informations spécifiques aux différents programmes ; (iv) la faiblesse des moyens humains et matériels.

Selon l'audit organisationnel du MS du Togo, le système d'information à la disposition du MS est caractérisé par plusieurs sous systèmes éparpillés dans différentes directions (SNIS de routine, surveillance épidémiologique, systèmes d'information liés aux programmes, systèmes de gestion des ressources) avec une faiblesse notable de coordination. D'une manière générale, les systèmes d'information décrivant les ressources apparaissent très peu développés et très sous-utilisés (systèmes d'information géographique, systèmes de gestion du patrimoine foncier et des équipements, systèmes d'information et de gestion des RH...). Le tableau ci-dessous permet de mettre en exergue le chevauchement de certains systèmes d'information :

Tableau 15 : Présentation des différents sous-systèmes d'information sanitaires

Sous système	Structure responsable	Fonctionnalité	Cible
Sous-système de surveillance épidémiologique	Division de l'épidémiologie (DEPI)	fonctionnel	Maladies cibles du PEV et à potentiel épidémique
Sous-système de surveillance et suivi des activités des services de santé (SIS-DISER)	Division Informations, Statistiques, Etudes et Recherches (DISER)	peu fonctionnel	Toutes les maladies et activités des services de santé
Sous-système d'information pour la gestion des ressources	DISER/DAC	peu fonctionnel	Ressources humaines, financières et matérielles
Sous-système d'information pour la gestion des programmes	Les différents programmes de santé	fonctionnel pour le PNLP, le PNLS, le PNLT, le PEV et le programme SR, PNLO et Ver de Guinée,	Maladies et les activités relevant des différents programmes
Sous-système d'information à base communautaire	Division santé communautaire	peu fonctionnel	Interventions à base communautaire

Source : Analyse Sectorielle IHP+ - Mars 2011

Par ailleurs, l'organigramme du SNIS ne définit pas clairement le rôle des différents acteurs et n'intègre pas un certain nombre d'informations concernant notamment : la recherche, les médicaments, les infrastructures et les finances. Différents programmes (PNLP, PNLS, PNLT, PEV et le programme SR) ont mis en place, avec l'appui des partenaires internationaux, des sous-systèmes d'information dont la pérennisation n'est pas assurée.

Si les données sanitaires sont du ressort du SNIS, **d'autres institutions participent à l'élaboration des indicateurs de santé à travers la collecte d'informations complémentaires.** Il s'agit de la Direction Générale de la Statistique et de la Comptabilité Nationale qui constitue l'autorité nationale de référence en matière de statistique ainsi que de certains instituts de recherche notamment l'Unité de Recherche Démographique (URD) de l'Université de Lomé.

Les informations issues du SIS ne sont pas de meilleure qualité, entre autres à cause de l'absence d'un système de contrôle effectif. Les informations produites par le SNIS présentent des insuffisances au plan de la complétude et de la fiabilité surtout les données concernant la performance du système. Les données sanitaires du secteur privé de la santé sont peu intégrées dans le SNIS. Le SNIS ne dispose pas d'un canevas standardisé pour permettre un audit ou une évaluation.

Encadré 11 : Quel système de prévention des catastrophes naturelles à conséquences sanitaires au Togo ?

En mai 2008, le Ministère de la Sécurité et de la Protection Civile, en coordination avec les Nations Unies, ont finalisé le Plan ORSEC (Plan de l'Organisation des Secours d'Urgence, créé dans les années 1990). Ce plan définit la réponse du Gouvernement aux catastrophes naturelles ou humaines. L'objectif du plan est d'identifier les risques pour les personnes et les biens, et de définir les rôles et responsabilités des organisations en charge des catastrophes en termes de prévention, réponse et reconstruction. A l'échelle nationale, le plan a instauré le Comité National de Planification des Secours, un comité qui coordonne les mécanismes de réponses aux urgences au niveau national. Le **Plan ORSEC** comprend ainsi :

- un organe de direction et de planification qui est le Comité National de Planification des Secours (CNPS), actif au niveau national et à l'échelle local (préfectures) ;
- des organes de gestion des urgences qui comprennent les organes de commandement (le PC opérationnel et le PC fixe) et les services ORSEC (police et renseignement, secours et sauvetage, soins médicaux et entraide, transport et travaux publics, liaisons et transmission, accueil et hébergement).

Bien que le Plan ORSEC fournisse un guide utile pour répondre aux catastrophes, il semblerait présenter certaines limites. Les mécanismes d'action en réponse aux catastrophes ne sont pas différenciés selon les régions ; ils n'intègrent pas le rôle des communautés dans la gestion des catastrophes ; et il apparaît parfois complexe à réaliser, d'autant plus compte tenu des besoins effectivement disponibles.

Le Togo a par la suite mis en place un **Plan de Contingence Inter-Agence avec les agences des Nations Unies** (UNHCR, UNICEF et autres) pour coordonner l'assistance des agences onusiennes apportée au gouvernement lors de la prise en charge des catastrophes. Le Ministère de la Sécurité et de la Protection civile a organisé, avec l'appui technique et financier du Système des Nations Unies, un atelier d'actualisation du Plan d'Organisation des Secours (ORSEC) et du Plan de Contingence National, à Notsé du 22 au 25 juin 2010.

De plus, suite aux inondations connues au cours de l'année 2010, le Togo a été sélectionné pour bénéficier **du projet CERF de Santé cluster**, qui est une réponse aux urgences dans les périodes critiques comme les inondations. Il comprend des activités de prévention telles que d'éducation information des populations, et d'intervention en cas de catastrophes ou de déclenchement de maladies à potentiel épidémique. Concrètement, 20 radios communautaires sont mobilisées dans les régions de Lomé et Maritime pour éduquer et informer la population, en plus de supports audiovisuels et de la formation des ASC pour qu'ils diffusent l'information sur les bonnes pratiques d'hygiène, comment rendre l'eau potable ou encore sur les maladies liées à l'eau.

Le projet CERF implique également la désinfection de sites à risque et la recherche de germes dans les eaux de puits (suivie par la distribution de chlore pour les ménages dont l'eau de puits est contaminée). Le gouvernement s'engage à rendre disponible les vaccins et médicaments contre le choléra, ainsi que tout le matériel nécessaire en cas de déclenchement de maladies épidémiques.

Sources : Echo OMS Togo – juin 2010 – OMS, Bureau du Togo

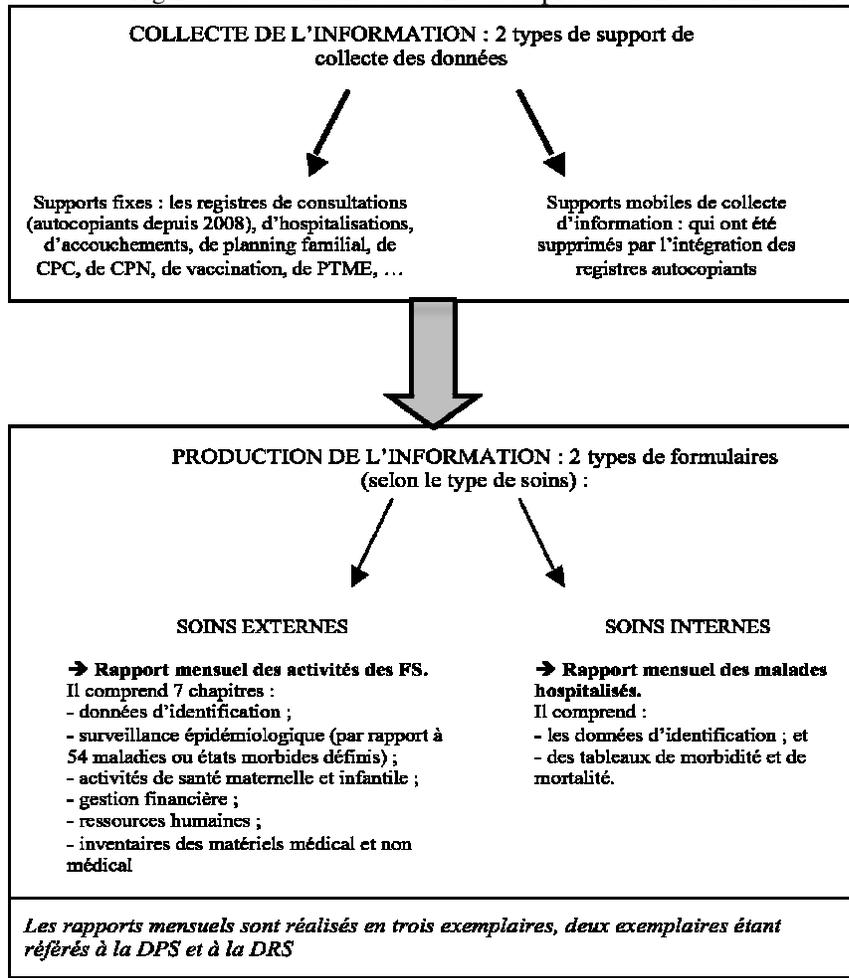
Disasters risk management programs for priority countries – Africa, Togo

Revue Santé-Education - Le Togo, dans la dynamique de prévention et d'intervention contre les maladies en période de pluies - Gadiel Pao - Vendredi, 10 Juin 2011

2.1.2. Gestion du Système d'Information Sanitaire

Le système de collecte et de production de l'information sanitaire peut être résumé par le schéma suivant :

Figure 55 : Schéma de collecte et production de l'information



source : Analyse Sectorielle IHP+ - analyse BM

Bien que le SNIS ne fasse pas l'objet d'une évaluation régulière, l'évaluation globale du système de santé permet de relever certaines faiblesses du système d'information. On note que le système ne permet pas de fournir des informations complètes et fiables à intervalles adéquats. De plus la qualité de l'interprétation de l'information sanitaire est affectée par la faible qualification du personnel censé recueillir, traiter et gérer les données, ce qui rend peu fiables et incomplètes les informations générées. Enfin, le secteur privé est peu impliqué dans le processus de gestion de l'information sanitaire, car rares sont les centres de soins privés qui fournissent des informations, alors qu'ils contribuent pour une grande part à l'offre de services sanitaires, surtout à Lomé et dans certains grands centres urbains.

2.2. La formulation de la politique sanitaire

La mise en œuvre de la PNS adoptée en 1998, est effectuée à travers des plans nationaux (PNDS 2002-2006 ; PNDS 2009-2013) et différents plans stratégiques (paludisme, VIH, PEV, SR, etc.). L'élaboration du PNDS est l'occasion en théorie d'une planification stratégique ascendante depuis les communautés jusqu'au niveau central (plans des USP, plans de

développement sanitaire des districts (PDSD), plans régionaux de développement sanitaire (PRDS)).

La pertinence de la conception du PNDS (2009-2013) telle que relevée par l'évaluation conjointe des documents de la PNS et du PNDS, résulte de sa construction autour de quatre orientations stratégiques majeures à savoir (i) le renforcement du cadre institutionnel, et de la gestion du système de santé, (ii) l'amélioration de la santé de la mère et de l'enfant, (iii) la lutte contre les maladies et, (iv) la collaboration intersectorielle. Les aspects de coordination et du suivi de sa mise en œuvre, (leçons apprises du PNDS 2002-2006) sont également pris en considération.

Cependant, l'analyse sectorielle IHP+ (2011) met en exergue le fait que certaines thématiques primordiales ne sont pas suffisamment mises en évidence, telles que (i) la problématique des ressources humaines, (ii) le phénomène de la pauvreté dont l'incidence sur le taux d'utilisation des services est manifeste, ainsi que (iii) la priorité donnée à l'augmentation de l'accessibilité géographique par la construction de nouveaux bâtiments plutôt qu'au renforcement de l'existant et de la qualité des soins (plutôt que prioriser l'augmentation de l'accessibilité géographique par la construction de nouveaux bâtiments) et (iv) la faible prise en compte des résultats des revues et des évaluations dans l'élaboration des politiques, stratégies et programmes nationaux.

La formulation de la politique de santé fait l'objet d'une concertation assez large en théorie. L'évaluation conjointe a montré que le processus d'élaboration est assez participatif mais plus exhaustif dans le cas du PNDS que dans celui de la PNS. On note une faible implication de tous les acteurs dans la mise en œuvre et une faible décentralisation du processus décisionnel au niveau des structures intermédiaires et périphériques, bien que prévue par les textes. Par exemple, les décisions concernant la répartition du personnel et des ressources demeurent une question gérée uniquement au niveau central. Les mécanismes de concertation mis en place avec la société civile et le secteur privé sont peu opérationnels.

Ainsi, la planification ascendante a montré des améliorations mais nécessite encore un renforcement au niveau de la budgétisation et de la gestion des ressources humaines. Certes, l'élaboration du deuxième PNDS a été l'occasion d'une planification stratégique ascendante depuis les communautés jusqu'au niveau central. Cependant, comme mentionnée précédemment, en règle générale les requêtes des structures périphériques et des représentants de la communauté tels que COGES et ECD/ECR ne sont pas in fine prises en compte concernant la gestion des ressources humaines et la budgétisation. L'affectation de personnel de santé se fait sans concertation avec les niveaux périphériques, et la budgétisation globale est davantage basée sur la reconduction des budgets et compte tenu du niveau d'appartenance à la pyramide sanitaire, et non de l'activité effective des formations sanitaires.

La coordination entre acteurs de décisions prenant part à la politique de santé du Togo présente quelques faiblesses. Un Comité de Coordination du Secteur de la Santé (CCSS) existe; il associe les partenaires du secteur de la santé, un panel important de cadres du Ministère de la santé ainsi que des cadres d'autres départements de l'Etat impliqués dans la santé. Ce Comité se réunit de façon ordinaire tous les semestres et de façon extraordinaire en fonction des impératifs des programmes (GAVI par exemple).

Comme mentionné précédemment, l'audit organisationnel a relevé que le CCSS est peu fonctionnel (réunions épisodiques et parfois uniquement motivées par la nécessité de prise de décisions sur un programme spécifique, discussions plus opérationnelles que stratégiques). Les raisons de la faible fonctionnalité de ce comité seraient d'après l'audit: (i) sa composition « inflationniste » du côté des cadres de l'Etat, (ii) l'absence d'un Règlement Intérieur et d'un secrétariat technique, ce qui induit des faiblesses en matière de préparation des réunions, de convocation et de rapportage.

Des sous-comités sont aussi mis en place pour les besoins de suivi de certains programmes nationaux notamment : le CCM, organe de coordination nationale des projets financés par le Fonds Mondial de lutte contre le SIDA, la tuberculose et le Paludisme, le Comité de Coordination Inter-Agence (CCIA) pour la coordination du programme élargi de vaccination (PEV) et le groupe thématique ONUSIDA.

Par ailleurs, la coordination au niveau des régions et des districts devrait être assurée par les ECR/ECD mais leur action est limitée par l'absence de définition officielle de leurs fonctions. De plus, certains membres des ECD/ECR font partie intégrante des DPS/DRS (instances de décision et d'exécution²²), alors que les ECR/ECD doivent être des instances de réflexion et de concertation.

La gouvernance institutionnelle et le pilotage du système de santé : principaux constats

Malgré l'engagement du Togo dans la déconcentration de son système de soins, le fonctionnement quotidien du système montre une insuffisante application de ce principe de déconcentration. Les niveaux centraux (MS) et régionaux (DRS) concentrent encore l'essentiel des ressources, même si la déconcentration au profit des Districts Sanitaires (DPS et ECD) progresse chaque année. Les hôpitaux restent peu autonomes dans leur gestion. Il est clair que cette évolution serait accélérée par la mise en œuvre d'une véritable planification ascendante. Un autre problème auquel est confronté le MS est celui de l'insuffisante coordination entre les activités des directions nationales et avec les échelons déconcentrés. Ce manque de coordination est prépondérant tant au niveau national (entre les différents niveaux de la pyramide sanitaire) qu'au niveau international (interférence des programmes verticaux rendant difficile la planification des activités).

Le système d'information sanitaire présente de nombreux dysfonctionnements, étant composé de divers sous-systèmes éparpillés dans différentes directions. Il souffre d'un manque de personnel qualifié dans la collecte et le traitement adéquat des données, et l'absence de contrôle des données mène à une information de faible qualité.

De plus, même si la stratégie nationale de santé cible des interventions prioritaires (comme le renforcement du cadre institutionnel et la santé maternelle et infantile), certaines autres priorités telles que la Gestion des Ressources Humaines ou encore l'accès effectif aux soins ne sont pas mentionnées. D'une manière générale, les objectifs sont surtout peu liés à leur impact prévisible

²² Le décret 90-159 du 2 octobre 1990 portant organisation des services de la direction générale de la santé

sur l'état de santé. Ces problèmes limitent fortement la capacité du MS dans son plaidoyer avec le Ministère des Finances et avec les PTFs.

Chapitre 5 : SERVICES DE SOINS

1. Estimer la performance des services de soins

On peut analyser la performance d'un système de soins à travers trois dimensions : (i) son efficacité (c'est-à-dire sa capacité à améliorer les indicateurs de santé), (ii) son efficience (i.e. le rapport entre les moyens utilisés et les résultats atteints), et (iii) son équité (i.e. son orientation en priorité vers ceux qui en ont le plus besoin, à savoir les plus pauvres, qui sont généralement ceux dont les indicateurs de santé sont les plus dégradés).

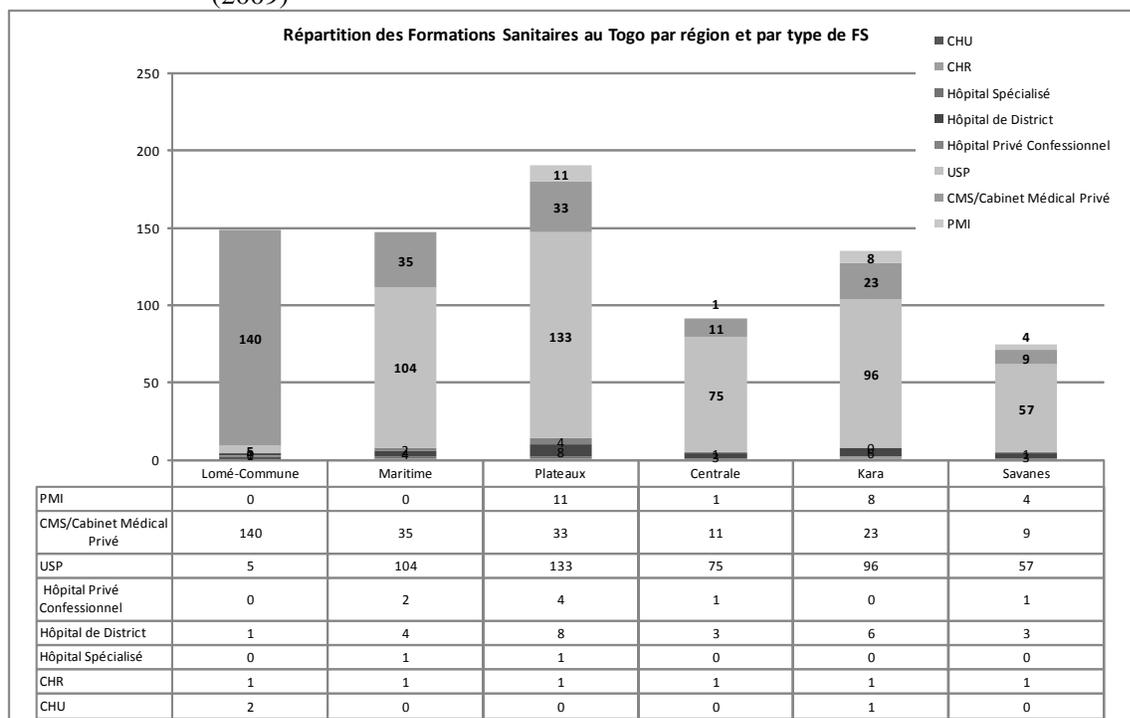
Le service de soins de santé au Togo : répartition des Formations Sanitaires au Togo.

Le Togo compte 3 CHU sur son territoire (2 à Lomé (CHU de Tokoin et CHU Campus) et 1 dans la région de Kara), 6 CHR (1 par région sanitaire), 2 hôpitaux spécialisés, 27 hôpitaux de districts et 8 hôpitaux privés (voir représentation des structures de santé principales ci-dessous).

Figure 56 : Répartition des structures de santé principales du Togo (voir Annexe 5.1.)

On recense également 470 Unités de Soins Périphériques (USP), 251 Centres Médico-Sociaux (CMS) et Cabinets privés et 24 structures de Protection Maternelle et Infantile (PMI). Au total, le Togo dispose de 789 Formations Sanitaires (aux normes) en 2009.

Figure 57 : Inégale répartition géographique et par type des Formations Sanitaires au Togo (2009)



source : Indicateurs Essentiels 2009

1.1. Efficacité du système de soins

Pour mesurer approximativement l'efficacité du système de soins, nous avons - classiquement - retenu les deux variables suivantes : (i) le niveau d'utilisation du système par la population (i.e. le taux de fréquentation et le taux d'hospitalisation) et (ii) le niveau de qualité (technique et organisationnelle) des soins proposés. Il n'existe aucun indicateur de référence pour ces proxys. On peut seulement les comparer avec ceux atteints par les autres pays ou observer leur évolution au fil du temps.

1.1.1. Utilisation des services de soins

On analyse ici le niveau d'utilisation des services de soins ambulatoires et hospitaliers.

a. Utilisation des services de soins ambulatoires

(i) Utilisation par la population générale

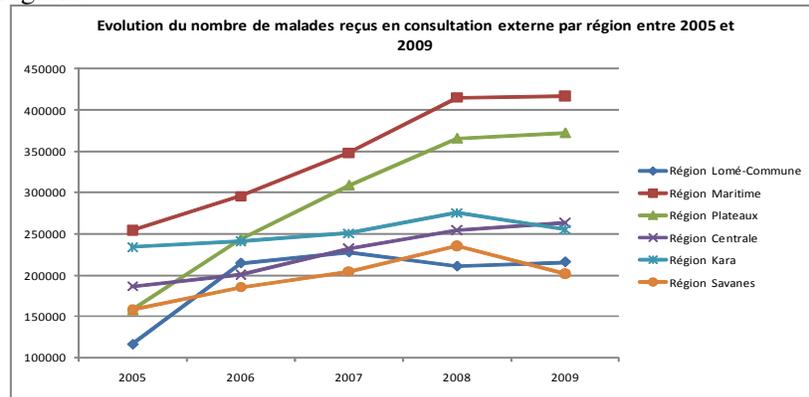
- Pour la population générale, le taux de fréquentation (consultations curatives) des formations sanitaires reste très faible.

Tout âge et tous secteurs confondus, le nombre de nouveaux consultants rapporté à la population (taux de fréquentation²³) n'était que de 30% en 2009. Les données du MS indiquent une augmentation légère du taux de fréquentation des formations sanitaires sur la période 2004-2009 (avec une forte diminution en 2005 jusqu'à 22% de taux de fréquentation). Le taux de 30% mesuré en 2009 reste cependant très faible, d'autant plus si l'on prend en compte le benchmark de l'OMS, selon lequel on doit normalement atteindre un taux de 100% (i.e. en moyenne, chaque habitant a un contact annuel avec le système de santé). Il est à noter que le taux de fréquentation est globalement plus élevé dans les formations sanitaires du secteur privé : le taux de fréquentation des centres confessionnels et ceux d'approche contractuelle est de l'ordre de 46% en 2008. A titre de comparaison, au Bénin et au Sénégal, le taux de fréquentation est respectivement de 44% et de 37%. On constate donc le retard du Togo sur ce point par rapport aux pays voisins.

Les régions Maritime et des Plateaux enregistrent les meilleurs résultats en termes d'évolution du nombre absolu de consultations. Selon le graphique ci-dessous, on observe une évolution relativement différente selon les régions, avec une augmentation très importante pour les régions Maritime et des Plateaux (respectivement de +135% et de +85%).

²³ Proportion de la population qui a fréquenté une formation sanitaire pour une consultation curative pendant l'année.

Figure 58 : Augmentation à des degrés différents des consultations ambulatoires selon les régions

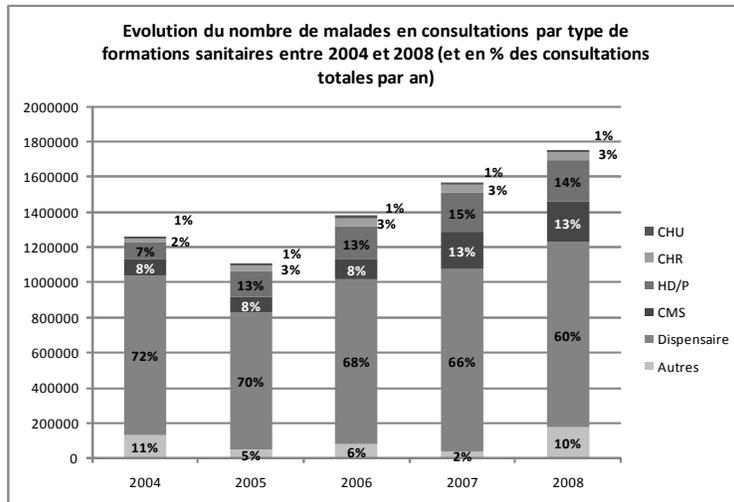


source : Indicateurs Essentiels 2009

En 2009, rapportée à la population par région, la fréquentation des formations sanitaires (FS) est meilleure dans les régions Centrale et Kara. Selon les Indicateurs essentiels de 2009 (MS-DISER) et compte tenu des données provisoires du 4^{ème} recensement général de la population (2010), la région Centrale présente un taux de fréquentation des FS publiques et parapubliques de 46% en 2009. La région de Kara présente le second taux le plus élevé (35%) et supérieur à la moyenne nationale. Par contre, la région Maritime présente le plus faible taux (seulement 25% de fréquentation des FS). Par ailleurs, le taux de fréquentation entre milieu rural et milieu urbain est sensiblement le même (33% en milieu rural contre 30% en milieu urbain en 2008).

La majorité des consultations ont lieu dans les dispensaires (USP) (entre 60 et 70% des consultations par an). Cependant, on observe une diminution légère de cette proportion au profit des CMS et Hôpitaux de Districts qui représentent une part de plus en plus importante des consultations ambulatoires. Ce constat peut s'expliquer soit parce que le système de référence fonctionne mieux (on verra plus loin que cela est peu probable), soit parce que la diminution des moyens des structures périphériques amène la population à s'adresser directement aux hôpitaux (« *self-referral* »).

Figure 59 : Evolution du nombre de malades en consultation par type de FS publique



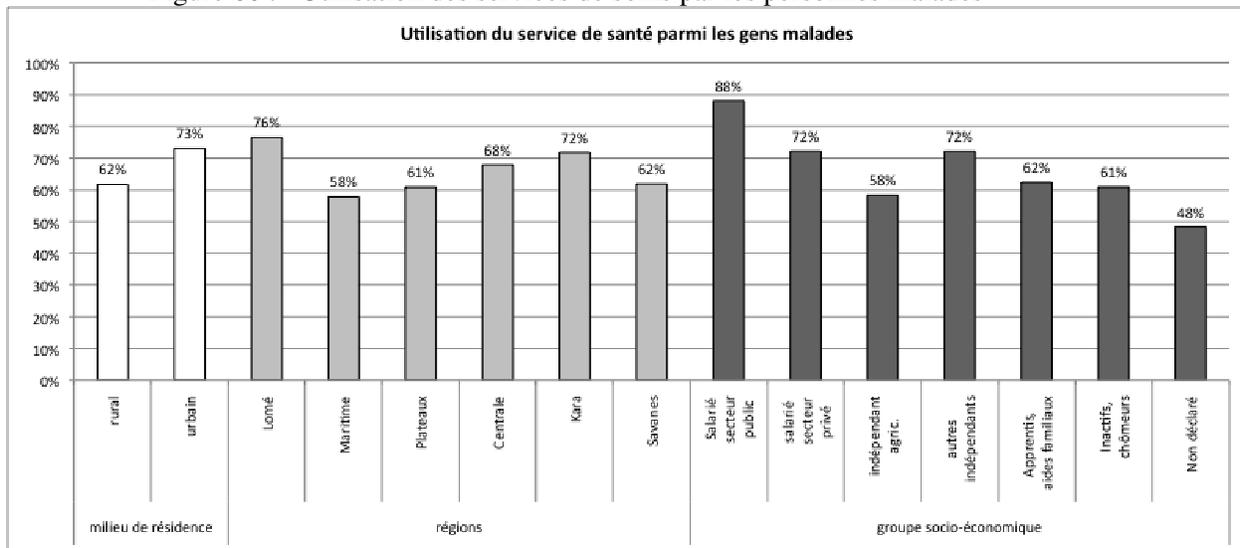
source : Indicateurs Essentiels 2008

- Parmi les personnes effectivement malades, 66% d'entre elles ont recours au système de soins.

Parmi les personnes enquêtées (données QUIBB 2006) malades ou blessées les dernières quatre semaines précédant l'enquête²⁴, 66% ont utilisé les services de soins de santé.

Il existe une différence selon le statut socio-économique du ménage : 88% des salariés du secteur public utilisent le service de santé, contre 58% pour les indépendants agricoles. On suppose donc ici des obstacles dans l'accès aux soins liés à la fois à la résidence en milieu rural (où se trouvent majoritairement les indépendants agricoles), mais également à un problème financier puisque les aides familiaux, et les inactifs et chômeurs utilisent moins le service de santé que les salariés (62% et 61% respectivement).

Figure 60 : Utilisation des services de soins par les personnes malades



source : QUIBB 2006

Parmi ceux qui ont utilisé les services de soins, un quart n'en sont pas satisfait. La raison invoquée le plus souvent (41% des réponses) est un traitement jugé inefficace ; pour 31% des réponses, le prix trop élevé est mentionné; et pour presque 28% des répondants, cela venait d'une trop longue attente. 15% des non satisfaits ont également mentionné l'absence de médicaments.

Enfin, parmi les individus malades mais qui n'ont pas eu recours aux soins, la raison majeure invoquée (94% des personnes malades) est le prix prohibitif (les 6% restant ont avancé l'éloignement, ou l'absence de service).

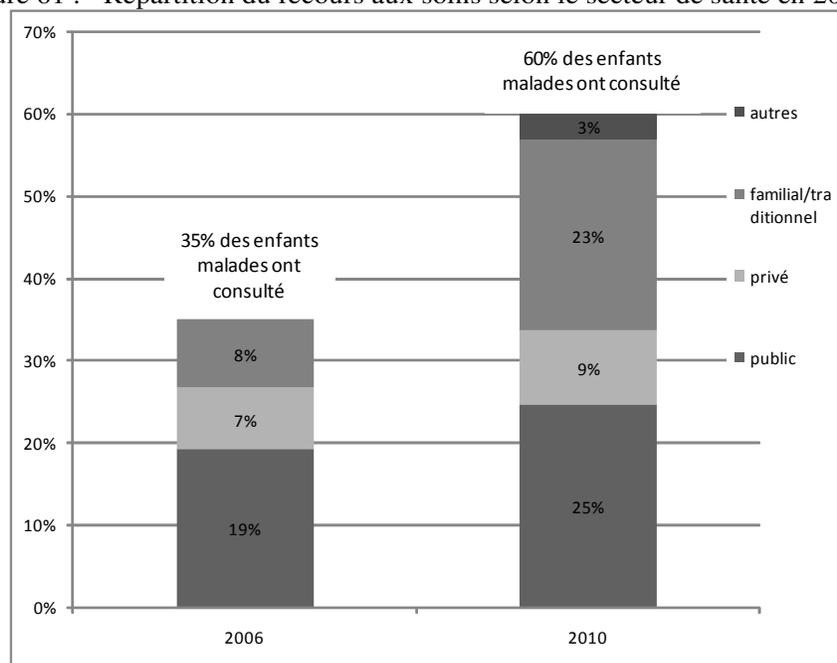
(ii) Utilisation par les enfants

Selon les données MICS 2006 et 2010, le recours aux soins en cas de maladie de l'enfant reste assez faible. En effet, les femmes enquêtées ne mentionnent pas un recours aux soins systématique lors d'une maladie de leur enfant (diarrhée ou infection respiratoire). Parmi

²⁴ La question était "quel genre de service de santé la personne malade ou blessée a fréquenté ?".

les femmes qui ont répondu à la question de recherche de soins pour la maladie de l'enfant²⁵, seulement 35% d'entre elles ont cherché un conseil ou un traitement en 2006. En 2010, bien que ce pourcentage soit plus élevé (60%), une grande partie des enfants sont amenés en premier lieu à une structure de type familiale et/ou traditionnelle (44% des enfants malades soignés). Ce fort pourcentage rend compte d'une hausse du recours à ce type de soins au détriment des structures officielles publiques et privées, comme l'illustre le graphique suivant. En pourcentage des enfants soignés, on constate la prévalence du recours aux soins traditionnels et familiaux par rapport aux soins dans le secteur privé en 2006, et par rapport à toute forme de structure en 2010. Cela peut rendre compte d'un manque de confiance dans les autres secteurs, d'un manque de structures de santé par rapport aux boutiques et parents/amis plus facilement joignables, ou par un prix prohibitif des soins²⁶.

Figure 61 : Répartition du recours aux soins selon le secteur de santé en 2006 et en 2010



source : données MICS 3 2006 et MICS 4 2010

(iii) Utilisation par les femmes et femmes enceintes

D'après les données MICS-4 2010, plus de 80% des femmes sont allées chercher des conseils ou un traitement en cas de maladie (sont concernées ici uniquement les femmes en union ou mariées).

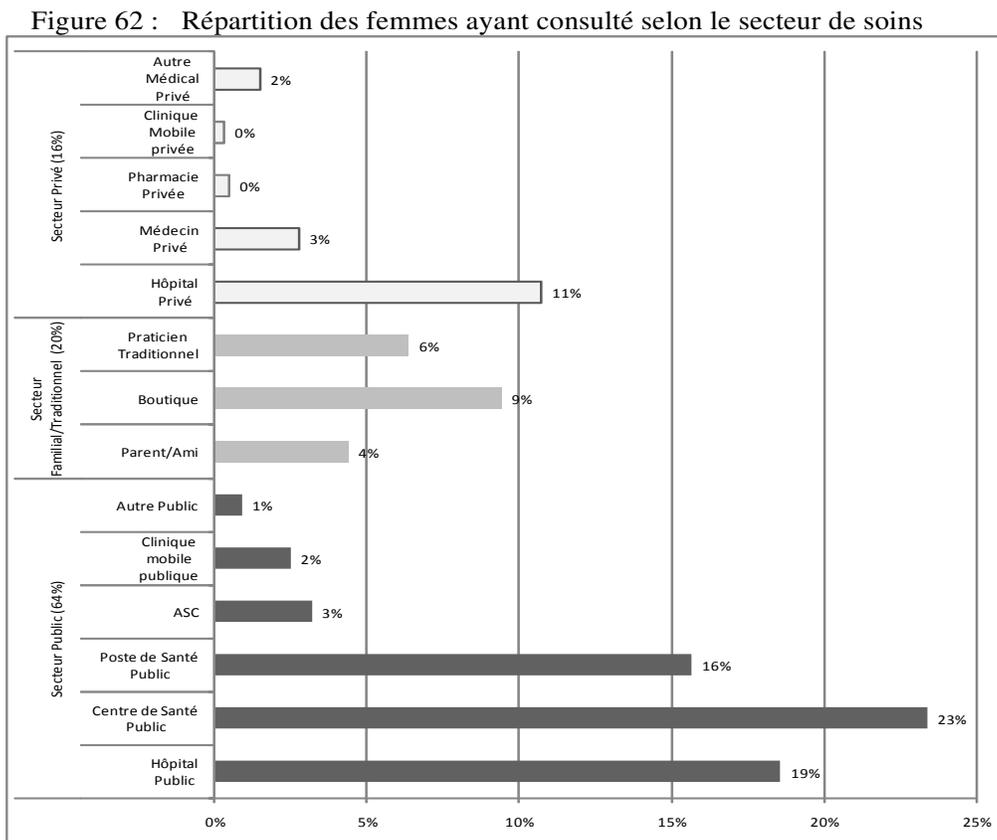
Contrairement à la recherche de soins pour les enfants, le recours aux soins est plus fréquent chez les femmes : 81% des femmes malades au cours des 12 derniers mois, en union ou mariées,

²⁵ D'après les données MICS-3 2006, pour un enfant malade (diarrhée et/ou toux) les deux dernières semaines avant l'enquête, la question a été posée aux mamans si elles avaient eu recours à un conseil ou un traitement pour la maladie en dehors de la maison.

²⁶ Une régression du fait d'aller consulter ou non sur les facteurs d'offre et de demande de soins a été réalisée. Le trop faible nombre de données ne permet pas de conclure. Cependant, les variables de richesse ou pauvreté des ménages n'étaient pas significatives contrairement à celle de proximité des structures de santé

ont recouru au système de soins (public, privé et/ou familial/traditionnel). Une grande majorité est allée consulter auprès d'une structure publique de soins (pour 64% des femmes malades qui sont allées consulter). Par ailleurs, 20% des femmes qui sont allées consulter ont eu recours à une boutique (9%), à un praticien traditionnel (6%) et à des parents/amis (4%). Enfin, 16% des femmes qui ont consulté sont allées vers une structure privée. Le comportement face au recours aux soins est donc différent selon la personne malade.

Les femmes se font soigner davantage dans les structures publiques contrairement aux enfants qui sont principalement emmenés dans les structures traditionnelles. Une des explications serait le fait que pour plus de la moitié des femmes interrogées (58%), la décision de se faire soigner est prise par leur mari. On suppose par contre que ce sont elles qui décident de faire soigner leurs enfants. Si les femmes préféraient les structures traditionnelles aux formations sanitaires formelles pour leurs enfants, cela supposerait un manque de confiance accru dans les structures de santé. Il se pourrait aussi que dans le cas des soins pour les enfants, elles n'attendent pas l'avis de leur conjoint (voire l'autorisation) mais peuvent être alors contraintes par des obstacles financiers par exemple, les poussant à se rendre dans la structure la plus proche et/ou la moins coûteuse, donc souvent une structure dite traditionnelle.



source : MICS-4 2010

Comme mentionné dans le chapitre 2 (section 3, relative à la santé maternelle), **le Togo présente un taux de recours aux soins prénatals d'environ 87% des femmes ayant eu une naissance vivante**. Ce taux encourageant est cependant assez dépendant du milieu de résidence (97% en milieu urbain contre 84% en milieu rural), de la région de résidence et surtout du niveau de richesse d'appartenance (99% des femmes du quintile le plus riche contre 75% des femmes du

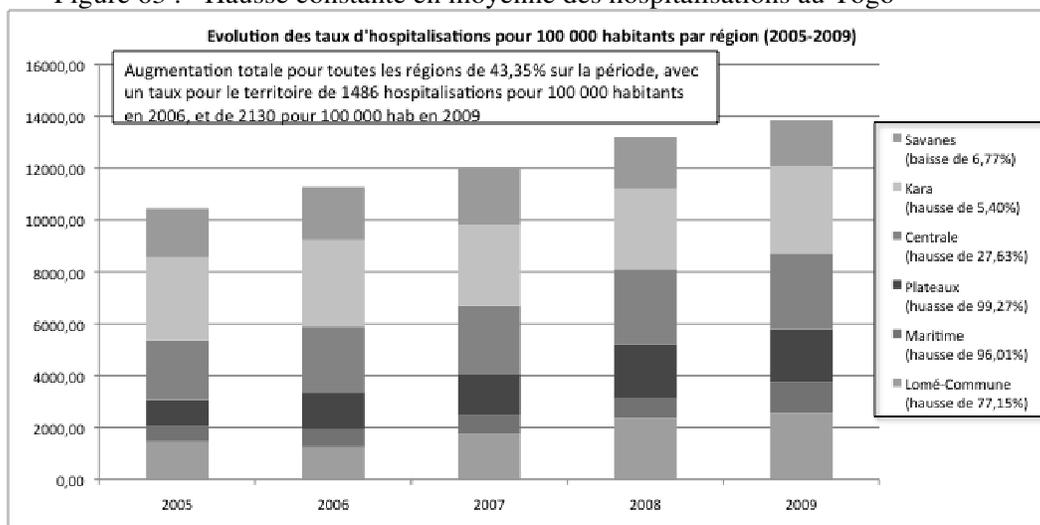
quintile le plus pauvre). Il est nécessaire d'améliorer le recours aux soins prénataux pour les femmes issues des quintiles les plus pauvres et du milieu rural.

b. Utilisation des services de soins hospitaliers

(i) Utilisation par la population générale

D'après les données du MS, le nombre d'hospitalisations par habitant augmente depuis 2005 (toutes régions confondues, sauf pour la région des Savanes) qui enregistre une diminution du taux d'hospitalisation entre 2005 et 2009. En utilisant les taux d'hospitalisations pour 100.000 habitants²⁷, on observe une augmentation globale pour toutes les régions de 43% sur la période 2005-2009 (passant de 1486 à 2130 hospitalisations pour 100.000 habitants pour l'ensemble du territoire). Les régions de Lomé, des Plateaux et Maritimes présentent les hausses les plus importantes. La diminution du taux d'hospitalisations par 100.000 habitants dans la région des Savanes suggère un dysfonctionnement de la prise en charge hospitalière dans cette région.

Figure 63 : Hausse constante en moyenne des hospitalisations au Togo



source : Indicateurs Essentiels 2009

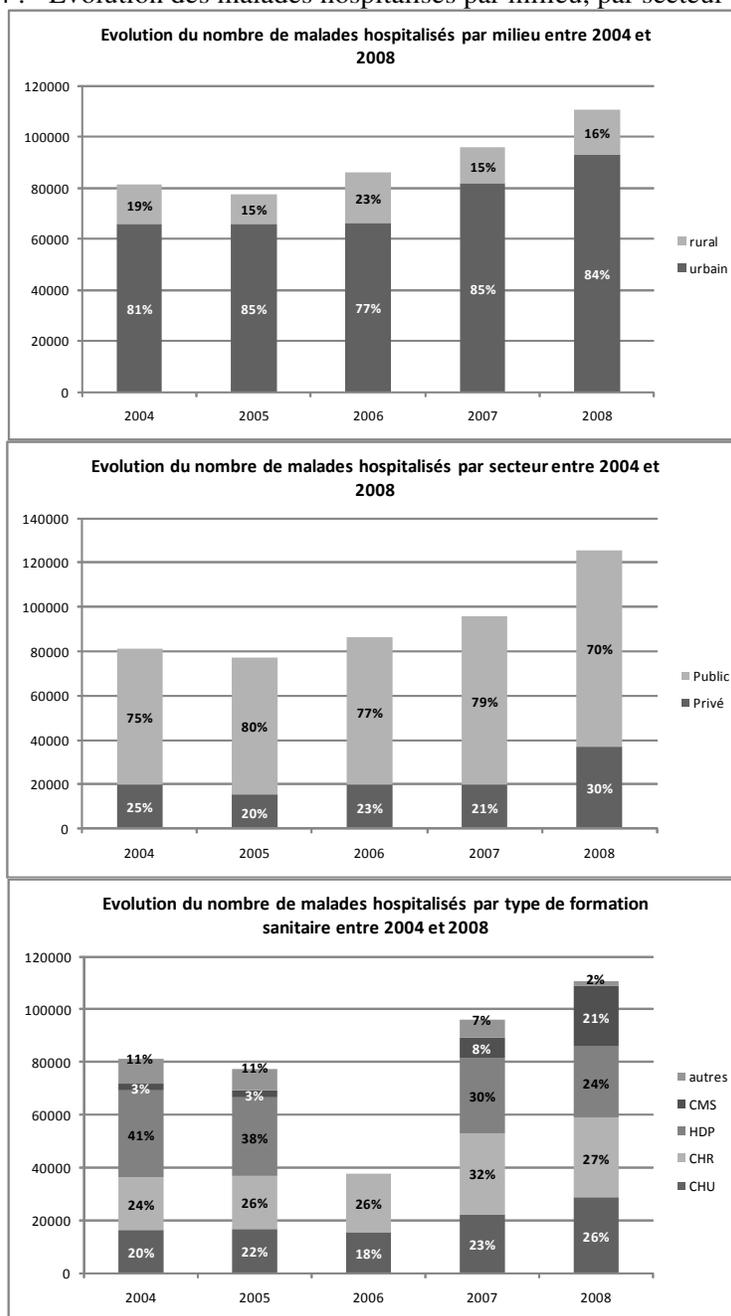
Concernant la répartition des hospitalisations, le Togo présente un schéma classique de concentration des hospitalisations en milieu urbain, dans le secteur public, et au niveau des CHU/CHR. On observe une forte part des hospitalisations en milieu urbain par rapport au milieu rural. La répartition (85% milieu urbain - 15% milieu rural) est observable à peu près sur toute la période. Concernant les secteurs d'hospitalisation, il est intéressant de noter la légère progression du nombre d'hospitalisations dans le secteur privé en 2008 (30% des hospitalisations, contre 20% environ les années précédentes)²⁸. Enfin, on observe sans surprise une part plus importante des hospitalisations dans les formations sanitaires de type CHU/CHR. Elles rassemblent sur la période près de 50% des hospitalisations, voire plus de 50% en 2007 et 2008 (respectivement 55% et 53%). Cependant, il est important de noter la part très importante des hospitalisations en

²⁷ L'évolution du nombre de séjours hospitaliers rapportés à celle de la population permet de mesurer l'efficacité du service hospitalier d'un pays ainsi que son attractivité. Pour mémoire, au sein de l'OCDE (seule organisation à suivre régulièrement cet indicateur), le taux d'hospitalisation variait entre 8,450 (Turquie) et 27,100 (France) pour 100,000 habitants.

²⁸ Notons la probable sous-estimation des données du secteur privé, compte tenu de la difficulté pour collecter les données de ce secteur.

CMS en 2008, puisqu'elles représentent 21% des hospitalisations totales, contre seulement 3% en 2003.

Figure 64 : Evolution des malades hospitalisés par milieu, par secteur et par type de FS



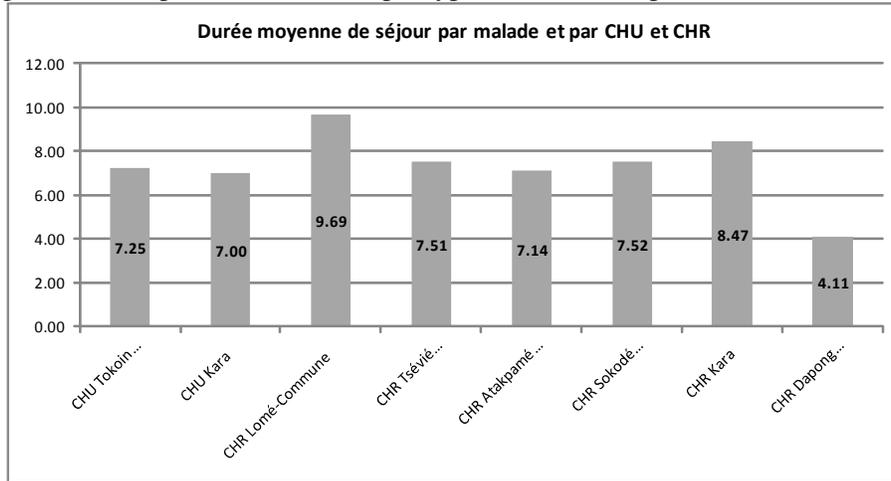
source : Indicateurs Essentiels 2008

NB : 3^{ème} graphique : les données n'étaient pas disponibles en 2006 pour le nombre de malades hospitalisés dans les CHR, HDP et CMS.

La durée moyenne de séjour au Togo est relativement la même selon les structures de santé, et est en diminution. La durée moyenne de séjour dans les deux CHU du Togo est de 7,17 jours environ, et en moyenne, celle des CHR est 7,41 jours. On remarque tout de même une DMS très faible dans la région des Savanes, au CHR de Dapaong (4,11 jours). La pauvreté plus importante des populations ainsi que le manque de moyens plus marqué dans cette région

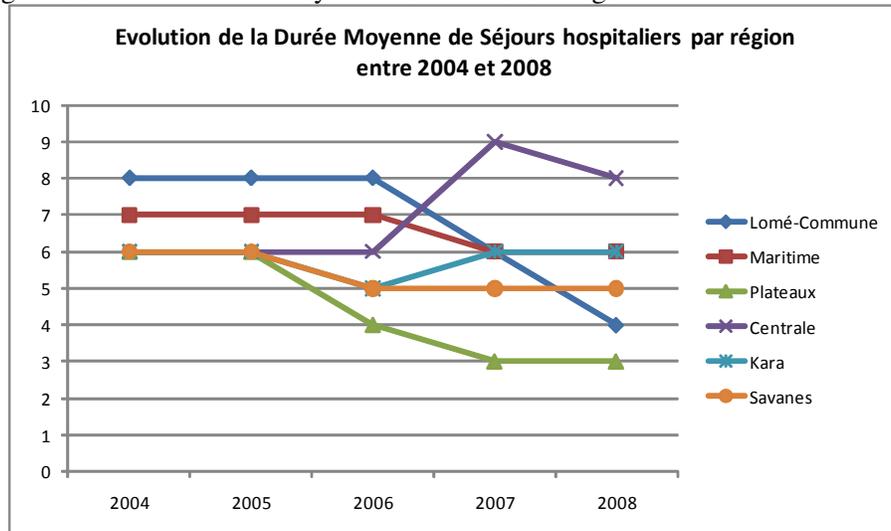
pourrait expliquer ce résultat²⁹. On observe par ailleurs une diminution de la durée de moyenne de séjour sur la période 2004-2008, toutes régions confondues.

Figure 65 : Répartition des DMS par type de centres hospitaliers



source : Indicateurs Essentiels 2008

Figure 66 : Diminution moyenne de la DMS au Togo



source : Indicateurs Essentiels 2004, 2005, 2006, 2007 et 2008

²⁹ Effectivement, même s'il n'existe pas de données très précises sur ce problème, la pratique observable est que la famille du patient fait souvent pression auprès de l'hôpital pour limiter la durée d'hospitalisation de leur proche compte tenu de la cherté d'une journée d'hospitalisation pour la majorité des individus. Dans les pays à faibles revenus, une DMS réduite n'est donc pas forcément le reflet d'une meilleure prise en charge.

(i) Utilisation par les femmes enceintes

Concernant l'accouchement, les données détaillées dans la section sur la santé maternelle (Chapitre 2, section 3) ont permis de mettre en exergue **la forte proportion de femmes qui accouchent toujours à domicile (un tiers des femmes)** et parmi elles, 90% vivent en milieu rural. Un effort en milieu rural quant aux capacités d'accueillir les femmes pour qu'elles accouchent en étant assistées par un personnel de santé qualifié est plus que nécessaire.

1.1.2. Qualité technique et organisationnelle des services des soins

On distingue deux types de qualité concernant les services de soins :

- la qualité technique, qui correspond à la qualité des soins fournis ;
- la qualité organisationnelle, qui reflète les aspects non cliniques, tels que la qualité de l'accueil, la politesse avec les patients, etc...

Comme on l'a vu précédemment (section 2.2 Chapitre 2), certains indicateurs montrent un réel progrès dans la qualité technique des soins, et notamment pour la prise en charge des cas de paludisme par les services de soins, et les soins prénataux. Il n'existe certes pas d'indicateurs consensuels pour mesurer de façon globale la qualité des soins, ni en Afrique, ni ailleurs. On peut toutefois utiliser des données liées à la prise en charge de certaines pathologies spécifiques.

Les soins prescrits lors de la prise en charge du paludisme suggèrent une bonne qualité des soins. D'après l'évaluation de la PNLN réalisée en 2009, sur la base des données recueillies auprès des ASC et des parents d'enfants de moins de cinq ans, plus de la moitié des ASC diagnostiquent et traitent correctement le paludisme. En ce qui concerne le suivi, la plupart des enfants de moins de 5 ans sont bien pris en charge par les ASC. Toutefois, cette capacité à bien prendre en charge les cas de paludisme simple est limitée par les ruptures fréquentes des CTA³⁰ et de TDR³¹.

Parallèlement, malgré l'amélioration de la qualité des Consultations Prénatales (CPN), cette qualité demeure insuffisante. Il est également possible de mesurer la qualité des soins au travers des actes réalisés lors des CPN. Selon les données MICS 2006, on observait ainsi que 82% des femmes ayant effectué une CPN ont été pesées, et que 80% d'entre elles se sont vues prendre leur tension. Par contre, pour 63% d'entre elles une analyse d'urine a été effectuée, et pour seulement 44% d'entre elles, une analyse de sang a été effectuée. En supposant qu'une CPN est de bonne qualité lorsque les quatre actes mentionnés sont réalisés, on observait en 2006 que seulement 41% des femmes avaient reçu les quatre actes médicaux lors de leur dernière CPN. En 2010, ce pourcentage est passé à 66%, d'où une évidente amélioration de la qualité des soins. Cependant, ce taux reste insuffisant pour assurer une bonne prise en charge de la grossesse d'une femme. On peut supposer que les taux assez bas concernant les analyses de sang et d'urine sont liés au fait que ces analyses nécessitent du matériel et un laboratoire fonctionnel. Il est probable que les formations sanitaires ne sont pas suffisamment équipées en ce type de matériel médical, ou que les personnels de santé manquent de formation pour effectuer ce type d'analyses.

³⁰ CTA : Combinaisons Thérapeutiques à base d'Artemisinine.

³¹ TDR : Test de Diagnostic Rapide.

Tableau 16 : Pourcentage de femmes enceintes recevant les différents soins d'une CPN en 2006 et 2010

Proportion de femmes ayant reçu les soins suivants	2006	2010
Pesée	82%	98%
Prise de tension	80%	96%
Analyse d'urine	63%	83%
Analyse de sang	44%	74%
Les quatre soins en même temps	41%	66%

Source : données MICS 2006 et 2010

La faiblesse de la qualité organisationnelle explique également la sous-utilisation du système public de santé au Togo. D'après le rapport d'analyse sectorielle de la santé réalisée par IHP+ (2011), les relations soignant-soignés dans ces formations sanitaires apparaissent comme très souvent insatisfaisantes. Les usagers se plaignent constamment du comportement des soignants et plusieurs observations ont confirmé cette insatisfaction générale. Beaucoup d'observateurs s'accordent à l'heure actuelle à dire que l'accueil, l'écoute et le respect manifesté aux clients sont nettement meilleurs dans le secteur privé. De même, les études disponibles (étude de la demande des soins dans la région des Plateaux, QUIBB 2006) ont montré que les causes d'insatisfaction évoquées par les usagers des centres de santé sont par ordre d'importance: le mauvais accueil et/ou l'attente prolongée avant les soins, l'incompétence des agents, la non disponibilité des médicaments, le coût élevé des actes, etc.

On peut citer toute une série de problèmes relationnels et des comportements à problèmes plus ou moins bien documentés par ailleurs qui sont : le non respect des normes de bienséance, une faible écoute du malade, une absence d'information du malade, le régime de faveurs (pour les parents, amis, connaissances ou les « recommandés »), les pratiques parallèles, la perte de conscience professionnelle, etc.

Encadré 12 : Quel est le poids du secteur privé de la santé au Togo ?

Le secteur privé de soins représente plus du tiers des établissements de soins toutes catégories confondues.

Parmi les structures privées agréées, on compte 9 hôpitaux privés dont 1 pédiatrique et 1 ophtalmologique. Il existe en plus 16 cliniques privées, dont certaines disposent d'un plateau technique parfois non disponible dans le secteur public (scanner, imagerie par résonance magnétique).

Ce secteur privé exerce un attrait assez important sur la population grâce à l'accueil, à l'état des infrastructures et à la disponibilité des équipements souvent de meilleure qualité. Ceci est beaucoup plus applicable **au secteur privé non lucratif**, essentiellement confessionnel (sauf dans les zones urbaines où la qualité du service privé lucratif attire largement les catégories de population à revenu élevé).

Mais on enregistre, ces dernières années, un développement anarchique de structures privées informelles, principalement dans les régions de Lomé Commune et Maritime. Ces structures informelles sont souvent des structures de soins créées sans autorisation légale ou non officiellement enregistrées. Ce sont parfois aussi des structures gérées par des personnels de santé qui n'ont pas les qualifications requises. Par exemple, une clinique d'accouchement peut être ouverte par une sage-femme qualifiée de manière officielle, mais en réalité, cette clinique n'est tenue que par un infirmier à qui il manque les qualités professionnelles pour effectuer convenablement sa tâche. Ainsi, ces structures échappent au contrôle de la tutelle et il se pose souvent un problème de qualité des soins dispensés.

Au Togo, il existe également **un secteur privé de soins traditionnels important** représenté par des tradipraticiens. La majorité de la population y a recours (75 à 80% de la population togolaise selon la Politique Nationale de la MT, version mars 2010). Bien que très sollicitée par les populations (surtout en zones rurales), la médecine traditionnelle

est très peu organisée. Il n'existe pas de recensement des tradipraticiens, dont beaucoup sont davantage motivés par la recherche de gains financiers que par la fourniture de soins de qualité.

Afin de mieux structurer cette composante du secteur de la santé, le gouvernement a engagé plusieurs initiatives : un service chargé de la médecine traditionnelle a été créé au sein du Ministère en 1991 (mais demeure peu effectif) ; l'organisation des tradipraticiens est encouragée par le gouvernement ; et le code de la santé publique de 2009 ainsi qu'une loi reconnaissent cette forme de médecine (loi relative à l'exercice de la médecine traditionnelle votée en 2001). Cependant, d'importants efforts restent à faire dans les domaines du contrôle de qualité et de la collaboration entre les pratiques traditionnelles et modernes de santé publique.

La non fonctionnalité du cadre de collaboration, conjuguée avec l'insuffisance de mise en œuvre de la politique d'approche contractuelle élaboré depuis 2003, ont pour conséquence: (i) une faible participation du secteur privé au système d'information sanitaire (alors qu'une proportion importante des données épidémiologiques est captée par ces structures privées) affaiblissant ainsi les statistiques sanitaires nationales; (ii) un faible niveau d'information des structures privées sur des directives du ministère de la santé en matière d'orientations stratégiques ; (iii) un décalage dans la prise en charge de certaines affections par rapport aux normes prévues par les programmes nationaux.

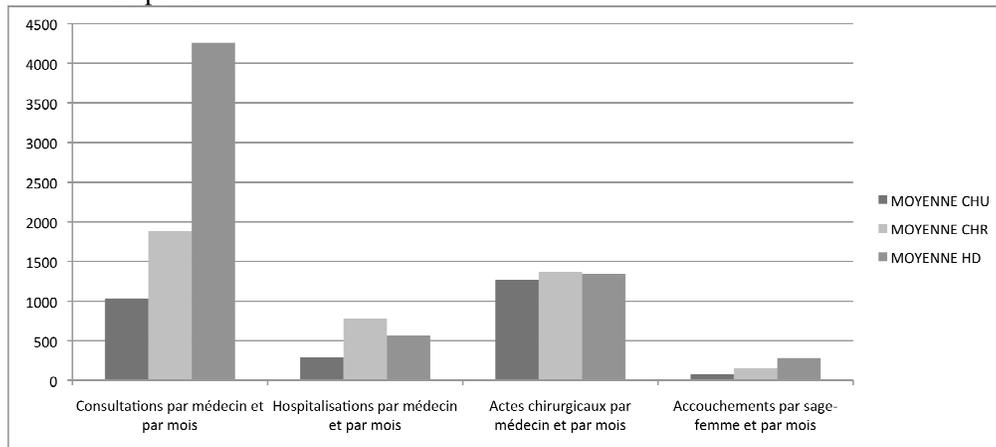
Source : Rapport Analyse Sectorielle IHP+

1.2. Efficience du système de soins

L'efficience du système de soins peut se mesurer en estimant le ratio entre (i) la production réalisée par les structures sanitaires (nombre de consultations et d'actes chirurgicaux) et (ii) les moyens dont elles disposent.

Les structures hospitalières périphériques présentent de meilleurs ratios de productivité que les structures de niveau central. Ainsi, le graphique ci-dessous suggère une relative meilleure efficience du système dans les hôpitaux préfectoraux (i.e. hôpitaux de district), compte tenu du fait qu'ils enregistrent davantage de consultations par médecin qu'au sein des CHR et CHU par exemple. Par contre, concernant les hospitalisations et actes chirurgicaux par mois et par médecin, les résultats en termes d'efficience sont relativement comparables entre les différents niveaux de la pyramide sanitaire. Enfin, les hôpitaux préfectoraux présentent également une meilleure efficience au niveau des accouchements : les sages-femmes des hôpitaux préfectoraux réalisent davantage d'accouchement par mois que celles des centres hospitaliers de niveaux supérieurs.

Figure 67 : Répartition du nombre d'actes médicaux par personnel de santé selon le type d'hôpital



source : annuaires des hôpitaux 2009 – DISER, MS

Cependant, ces résultats peuvent également sous-entendre que les centres hospitaliers périphériques souffrent davantage d'une pénurie de personnel de santé que les autres FS. Dans ce cas, un nombre supérieur d'actes médicaux par personnel de santé dans les centres périphériques peut signifier une moindre qualité des soins.

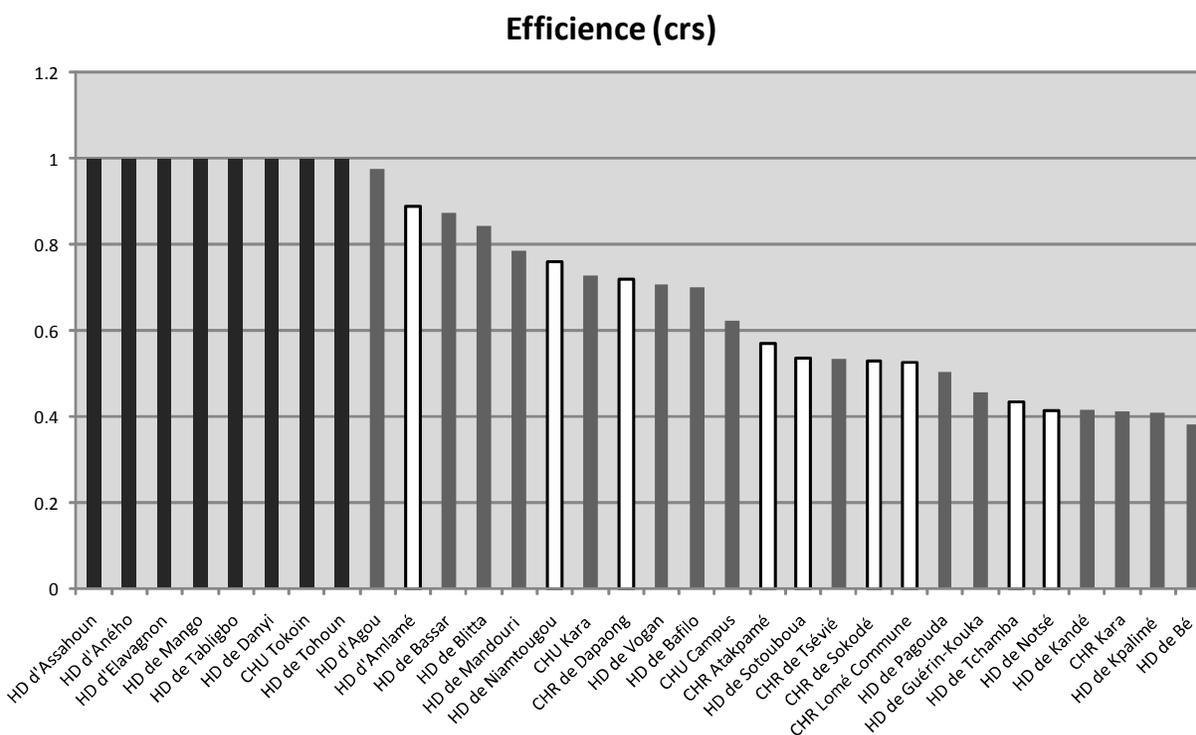
L'analyse DEA suivante permet de mesurer dans quelle mesure les structures hospitalières sont techniquement inefficaces (rendement d'échelle croissants ou décroissants).

L'efficacité globale du système hospitalier (public) peut encore être améliorée, avec un indice de 71 % en 2009. Pour mesurer l'efficacité technique des hôpitaux togolais, la méthode de *Data Envelopment Analysis* (DEA) a été utilisée et a porté sur plus de 80% des établissements hospitaliers publics (32 établissements sur 35). Les inputs utilisés ont été le nombre de lits et le personnel de santé disponibles au sein des hôpitaux (médical, paramédical et autres). Les outputs utilisés ont été le nombre de consultations hospitalières, le nombre d'hospitalisations et le nombre d'actes chirurgicaux et obstétricaux (**voir annexe 5.2. pour les détails**).

Cette analyse montre que l'indice d'efficacité technique est de 71% en moyenne. En d'autres termes, 29% des ressources des hôpitaux (en personnels et en lits) sont « gaspillées ». Cet indice de 71% est relativement satisfaisant, relativement aux autres pays de la région (par exemple, cet indice est de 73% au Sénégal - l'indice d'efficacité du Bénin n'est que de 62% en 2008³²).

³² En fait, le DEA ne fournit qu'un indice relatif, valable pour un pays donné (i.e. l'indice est calculé en fonction de l'établissement le plus efficace de l'échantillon). Il ne s'agit pas d'un indice absolu d'efficacité. Les comparaisons de DEA entre pays sont donc sujettes à caution.

Figure 68 : Efficience technique et effets d'échelle des hôpitaux publics du Togo



source : données MS et analyse BM

NB : les histogrammes noirs (=1) correspondent à une efficacité technique maximale (par rapport à l'échantillon de structures de soins du Togo utilisé - l'analyse DEA est une analyse relative) et représentent la référence ; les histogrammes blancs correspondent à des rendements d'échelle décroissants (i.e. taille trop importante), et les histogrammes gris, à des rendements d'échelle croissants.

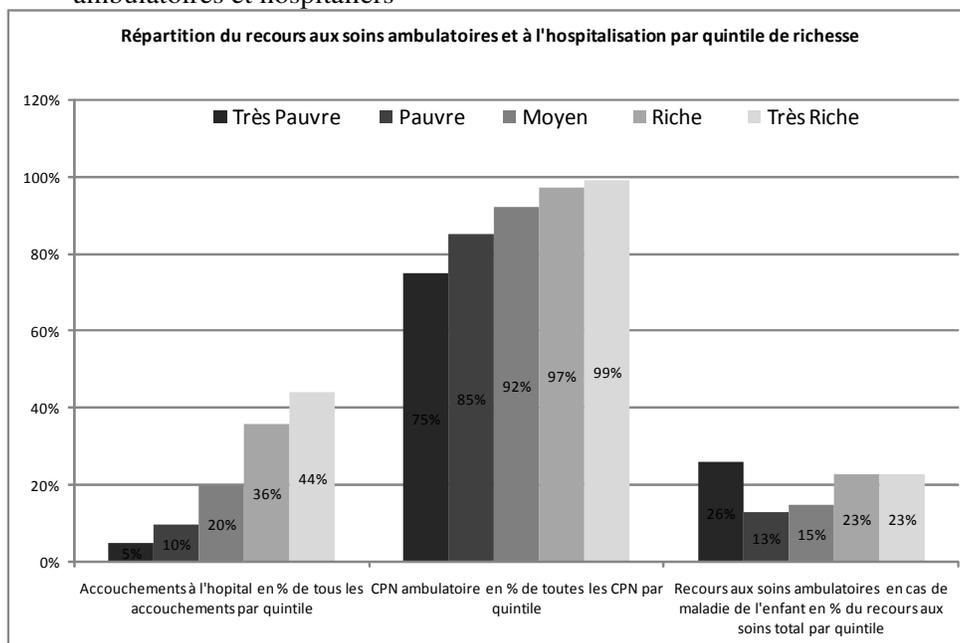
En général, les hôpitaux des niveaux central et intermédiaire présentent des rendements d'échelle décroissants (en clair, ils sont « trop grands »). En effet, parmi les 9 structures hospitalières des niveaux central et intermédiaire (les 3 CHU et les 6 CHR), 8 sont techniquement inefficaces et la moitié d'entre elles présentent des rendements d'échelle décroissants. Des gaspillages en termes de lits et personnels de santé sont ici réalisés, car de meilleurs résultats pourraient être obtenus compte tenu des inputs disponibles au sein de ces structures. A l'inverse, seulement 20% des structures appartenant au niveau périphérique présentent des rendements d'échelle décroissants. Ceci confirme nos hypothèses d'un manque d'inputs (et de personnel entre autres) pour 80% des structures périphériques.

1.3. Equité du système de soins

Les plus pauvres accèdent difficilement au système de soins public, notamment pour les prestations hospitalières. En l'absence des données précises sur le sujet, il n'a pas été possible d'analyser l'équité d'accès au système de soins pour l'ensemble des prestations. Seules les prestations incluses dans les MICS 2006 sont donc traitées : accouchement à l'hôpital public, CPN en soins ambulatoires publics et recours aux soins ambulatoires publics en cas de maladie de l'enfant. Les résultats sont donnés sur le graphique ci-dessous.

On observe une forte disparité entre les quintiles de richesse pour les accouchements. Parmi le quintile le plus riche, 44% des femmes accouchent dans un hôpital gouvernemental, alors que parmi le quintile le plus pauvre elles ne sont que 5%. De même, 99% des femmes issues du quintile le plus riche ont recours aux CPN, contre 75% des femmes du quintile le plus pauvre. **Par contre, le recours aux soins pour les enfants malades ne semble pas être influencé par le niveau de richesse du ménage.** Environ 26% des plus pauvres et 23% des plus riches ont recours aux soins pour la maladie de l'enfant, ce qui ne présente pas une différence significative.

Figure 69 : Absence d'équité entre les quintiles de richesse dans l'accès aux soins ambulatoires et hospitaliers



source : MICS 4 2010

NB : les indicateurs rendent compte du recours aux soins (accouchement, CPN et consultations de l'enfant) pour les secteurs de soins public et privé.

2. Expliquer la performance du système de soins

Les résultats atteints par un système de santé sur les indicateurs décrits précédemment peuvent être expliqués par plusieurs facteurs :

1. **La gamme des prestations proposées par le système de soins correspond-elle à la demande de soins ?** Question qui se décline de la façon suivante :
 - a. Les prestations offertes sont-elles en cohérence avec les besoins sanitaires ?
 - b. Les relations entre les niveaux de soins (du primaire au tertiaire) sont-elles opérationnelles (i.e. système de référence et de contre-référence) ?
2. **Les moyens du système de soins sont-ils adéquats**, tant en terme de bâtiments et d'équipements que de ressources humaines et de médicaments ?
3. **Les mécanismes de régulation des structures sanitaires favorisent-ils la performance ?** Ce qui se décline aussi en 3 points :
 - a. Les objectifs assignés aux structures de soins sont-ils clairs et les progrès sont-ils contrôlés ?
 - b. L'autonomie de décision de ces structures est-elle suffisante et est-elle correctement alignée avec les objectifs ?
 - c. Les capacités en management de ces structures sont-elles adéquates ?
4. **Le mode de financement des structures sanitaires favorise-t-il la performance ?**

2.1. L'offre de soins correspond-elle à la demande de soins ?

2.1.1. Mix de prestations

Le niveau périphérique (ou opérationnel ou local) correspond aux districts sanitaires, chacun d'eux subdivisé en trois échelons à savoir du bas vers le haut : (i) la famille/communauté où existent parfois des cases de santé et des ASC, (ii) les USP à partir desquelles sont menées des activités de proximité en stratégie fixe et vers les populations (stratégies avancées/mobiles), (iii) l'hôpital de référence de district où sont pris en charge les soins cliniques en établissement. Il existe actuellement 35 districts sanitaires.

Toutefois, la configuration du système de santé de district mérite d'être mieux clarifiée. 14 des 35 districts sanitaires couvrent moins de 100 000 habitants alors qu'il est aujourd'hui bien établi qu'un investissement en bloc opératoire ne peut être efficient qu'avec une masse critique de population de référence supérieure à 100 000 habitants (optimum : au-delà de 150,000 habitants). Il est important que le Ministère définisse clairement l'option stratégique de mise en œuvre des districts opérationnels. Doit-on assimiler le District Sanitaire à la Préfecture telle que c'est le cas actuellement ? Ou au contraire l'élargir à un ensemble de préfectures formant une zone sanitaire, concentrant ainsi une masse critique de population indispensable pour viabiliser les investissements nécessaires à la mise en œuvre de District opérationnel ? Les leçons apprises de diverses expériences d'opérationnalisation des districts menées dans le pays (Projet d'Opérationnalisation des districts sanitaires dans la région des Plateaux, PADESS dans les régions centrale et de Lomé-Commune) et dans certains pays voisins du Togo ainsi que le cadre financier restrictif du secteur incitent à recommander une flexibilité dans l'approche de mise en œuvre des districts opérationnels.

2.1.2. Relations entre les niveaux (système de référence)

La faiblesse des équipements et des personnels qualifiés au sein des structures sanitaires limite le bon fonctionnement du système de référence. Les soins de santé secondaires sont offerts au niveau de 6 CHR et dans 6 hôpitaux du secteur privé concentrés dans la région maritime y compris Lomé. Les soins de santé tertiaires sont dispensés en principe dans les trois CHU que compte le pays et dans des hôpitaux spécialisés de référence.

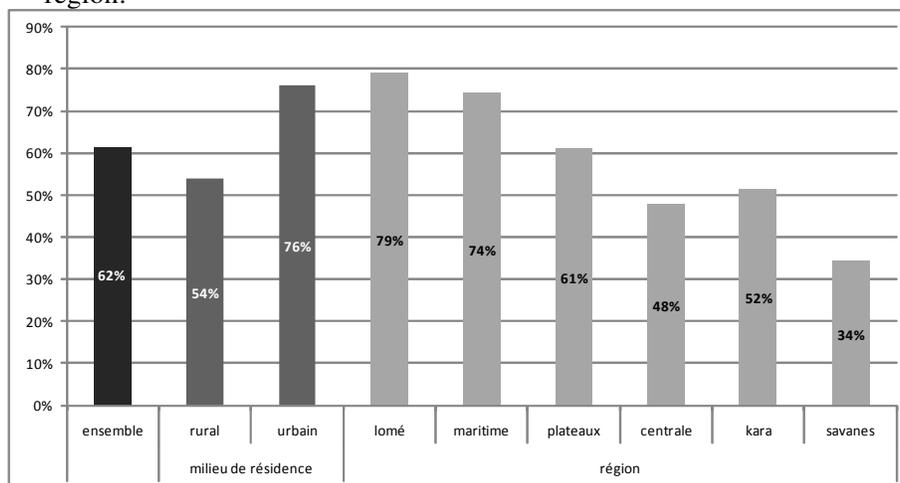
En réalité, la plupart des hôpitaux régionaux et nationaux continuent à dispenser des soins de premiers recours normalement dévolus aux structures périphériques et ce, en raison du fait que les hôpitaux de districts ne présentent pas des plateaux techniques adéquats leur permettant de remplir convenablement leur mission de référence. **Le rôle de centre de référence de ces grands hôpitaux est de plus en plus réduit**, alors que ces établissements occupent une place importante dans les dépenses publiques (plus de 25% du total des subventions de l'Etat au secteur en 2008 selon les CNS) et que, comme on l'a vu, ils sont peu efficaces.

2.2. Les moyens des services de santé sont-ils adéquats ?

2.2.1. La densité en infrastructures sanitaires est insuffisante pour assurer une accessibilité géographique des soins

En 2006, seulement 62% de la population au Togo avait un accès convenable (i.e. vit à moins de 30 minutes) à une formation sanitaire. Un écart sensible entre milieux rural (54%) et urbain (76%) était observable. On observait par contre une large disparité dans l'accès au service de santé selon la région : seulement 34% des ménages avaient accès au service de soins dans la région des Savanes, contre 79% à Lomé et 74% dans la région Maritime. Pour mémoire, au Bénin, pays de géographie très comparable, le taux d'accessibilité est de 85%.

Figure 70 : Accès aux services médicaux au Togo en 2006 selon le milieu de résidence et la région.

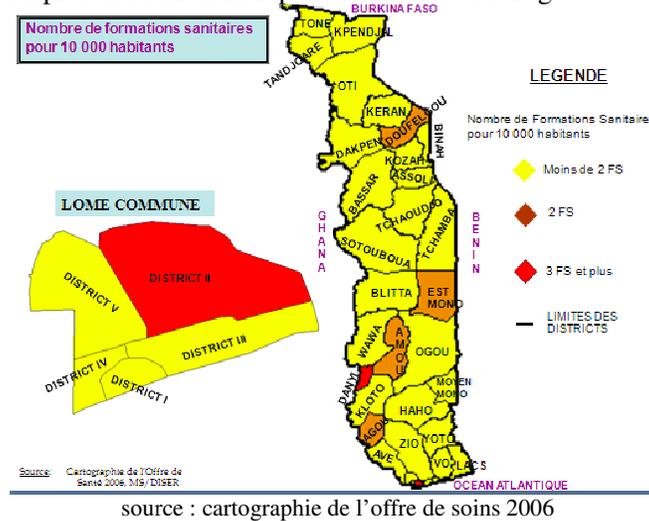


source : QUIBB 2006

En 2010, l'accessibilité aux formations sanitaires ne semble pas s'être améliorée. Par exemple seulement 32% des femmes questionnées (MICS-4 2010) ont indiqué vivre à moins de 5 km d'une formation sanitaire où se fait l'accouchement.

La cartographie de l'offre de soins réalisée en 2006 a mis en exergue la **faiblesse du nombre de FS par habitants**. Seulement deux districts (sur 35) possédaient 3 FS et plus pour 10,000 habitants : le district de Danyi dans la région des Plateaux et le district II dans la région Lomé-Commune.

Figure 71 : Représentation de la répartition des FS au Togo



De plus, en termes de “fonctionnalité” (c’est-à-dire en prenant en compte la disponibilité de personnels et la capacité de mettre en œuvre le Paquet Minimum d’Activités (PMA)), la couverture géographique de la population est encore plus faible. A l’heure actuelle, le PMA est insuffisamment mis en œuvre, faute de personnel qualifié et d’équipements appropriés. Un peu moins du tiers des hôpitaux de district ne dispose pas d’un minimum de plateau technique (équipement et personnel) permettant d’assurer la prise en charge des urgences médicales, obstétricales et chirurgicales ; et fonctionne de ce fait plutôt comme des USP.

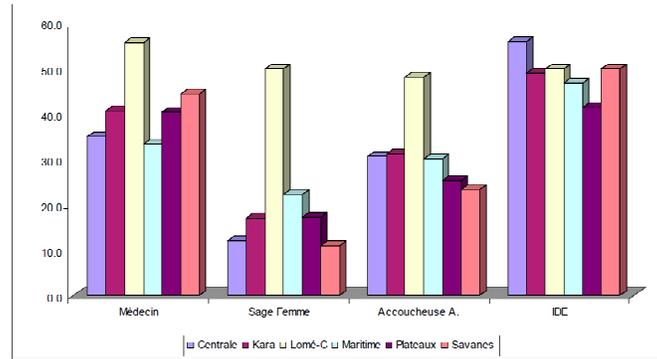
La couverture en personnel, tout comme en équipement, reste faible dans toutes les FS, sans distinction. On dénombre 1 FS pour plus de 7.000 habitants en moyenne au Togo (pour plus de 5000 habitants à Lomé, et pour plus de 11.000 habitants dans la région Maritime). Plus de 50% des FS ne disposent pas de kit d’accouchement. Plus de 80% des USP ne disposent pas de sage-femme. Plus de la moitié des USP ne disposent pas d’IDE. Les services d’aide au diagnostic ne sont pas partout disponibles : le GIEMSA (coloration goutte épaisse) n’est disponible que dans 47% des FS.

2.2.2. Les formations sanitaires souffrent d’un manque de Ressources Humaines

On observe au Togo un manque accru de personnel de santé qualifié au sein des structures de santé, notamment de sages-femmes. Selon les données issues de la cartographie de l’offre de soins 2006, la région de Lomé est sans surprise la mieux desservie en termes de personnel médical. Cependant, même pour cette région, moins de 60% des formations sanitaires disposent d’un médecin. Au niveau des autres régions, les résultats sont d’autant plus alarmants : seulement 35% environ des FS des régions Centrale et Maritime disposent d’un médecin ; dans toutes les régions (sauf Lomé), entre 10 et 20% seulement des FS disposent de sages-femmes.

C'est d'ailleurs le type de personnel pour lequel la pénurie semble la plus importante. En moyenne, les régions (hors Lomé) ne présentent pas plus de 30% de FS disposant d'accoucheuses, et un peu moins de 50% qui disposent d'IDE.

Figure 72 : Pourcentage des FS disposant des principaux types de personnel de santé par région

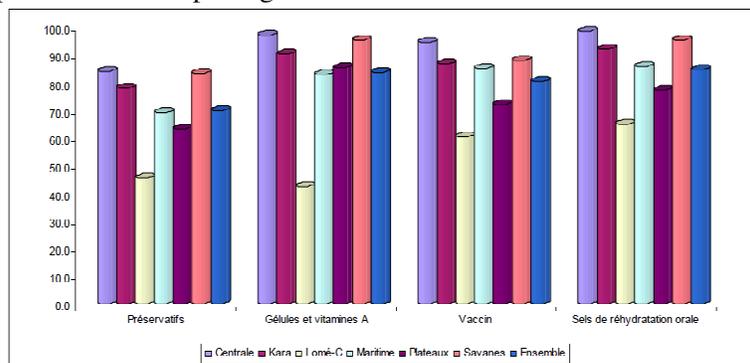


source : Cartographie de l'Offre de soins 2006

2.2.3. Les Formations Sanitaires souffrent de ruptures de médicaments

L'activité des établissements est fortement limitée par l'insuffisante disponibilité des médicaments. En 2006, la grande majorité des FS (entre 70 et 100%) dans toutes les régions (hors Lomé-Commune) ont enregistré des ruptures pour les préservatifs, les gélules de vitamine A, les vaccins et les Sels de Réhydratation Orale. Il semblerait que les ruptures soient à la fois le résultat (i) d'un manque de trésorerie des formations sanitaires (cas du CHU de Tokoin par exemple) et (ii) de dysfonctionnements dans l'approvisionnement par la CAMEG. Le chapitre concernant les médicaments dans leur globalité reprend plus en détail ce constat. L'amélioration de la disponibilité des médicaments demeure une priorité étant donné les conséquences en termes de traitement thérapeutique adéquat des patients, mais également en termes de soutenabilité financière des FS, largement dépendantes des ressources qui en découlent.

Figure 73 : Pourcentage de Formations sanitaires ayant connu des ruptures en médicaments et produits de base par région



source : Cartographie de l'Offre de Soins 2006

2.3. Le système institutionnel favorise-t-il la performance ?

2.3.1. Des mécanismes de régulation très faibles

Il existe plusieurs types de mécanismes pour réguler les services de soins. Les deux grandes catégories sont les mécanismes de régulation par l'offre et ceux par la demande. L'encadré ci-dessous précise ces points.

Encadré 13 : Réguler les services de soins : deux modèles possibles

Un des facteurs clés pour améliorer la performance d'une organisation (comme le sont les services de soins, c'est-à-dire les hôpitaux et les centres de santé) est de préciser clairement les objectifs de cette organisation, de mesurer régulièrement et rigoureusement les résultats obtenus, pour ensuite lui imposer les changements nécessaires. Malgré la grande simplicité et l'apparente évidence de ce concept de régulation (*accountability*), on peut observer qu'il est souvent très mal mis en œuvre, en particulier dans le secteur de la santé. Il n'est pas rare en effet de rencontrer des pays où les hôpitaux, par exemple, n'ont pas d'objectifs stratégiques clairs et encore moins de mécanismes pour mesurer les résultats atteints.

Lorsqu'un gouvernement se lance dans une politique de régulation des services de soins, il peut choisir entre deux modèles : l'un basé sur l'offre, l'autre basé sur la demande (i.e. le marché).

Le modèle basé sur l'OFFRE oblige le gouvernement à devenir le pilote du système, ce qui suppose qu'il précise ses attentes à l'égard des services de soins et contrôle les résultats atteints. Un tel modèle implique donc la mise en œuvre de plusieurs mécanismes :

- une planification des prestations à proposer, planification qui soit régulière, déclinée localement et surtout de nature exhaustive (i.e. prenant en compte aussi le secteur privé ainsi que tous les niveaux de soins),
- une contractualisation entre le gouvernement et les services de soins, afin chaque établissement soit doté non seulement d'objectifs (production et qualité) clairs, mais aussi de moyens adéquats, et
- une gouvernance où l'Etat remplit réellement son rôle de pilote (i.e. il est fortement représenté au sein du conseil d'administration de chaque établissement).

Ce modèle suppose aussi que les services de soins soient essentiellement financés par l'Etat. Le montant de l'allocation annuelle doit alors être cohérent avec les objectifs assignés à chaque structure.

A l'inverse, le modèle basé sur la DEMANDE part de l'hypothèse que la demande de soins (de préférence solvabilisée par un système d'assurance maladie) doit s'exprimer spontanément et qu'elle constitue un guide acceptable pour l'organisation du système de soins. Contrairement aux idées reçues, ce modèle ne correspond en aucun cas à un laisser-faire, mais suppose là aussi la mise en œuvre de mécanismes bien spécifiques :

- un financement des services de soins directement assuré par les patients (« financement communautaire » au Bénin par exemple), ce qui implique que les établissements soient financés non pas par budget, mais par acte ou séjour (type DRG), de préférence, un mécanisme d'assurance maladie pour les plus pauvres et/ou pour les dépenses dites « catastrophiques »,
- un système de contrôle de la qualité des soins (type accréditation) et
- une gouvernance essentiellement assurée par les patients ou par les représentants de la communauté.

Il faut noter qu'aucune preuve n'existe aujourd'hui pour considérer qu'un des deux modèles est supérieur à l'autre. Les problèmes surgissent plutôt des incohérences de mise en œuvre, souvent liées à l'absence de choix explicite entre les deux modèles, ou encore plus simplement à l'absence d'une véritable volonté de réguler les établissements. De même, les deux modèles ne peuvent fonctionner sans une forte autonomisation des établissements.

Les mécanismes de régulation par l'offre au Togo comprennent différentes politiques et approches définies ces dernières années. Certains documents tels que le document de normes

du district sanitaire, ou les document de Politique Nationale de Santé (PNS) et de Plan National de Développement Sanitaire (PNDS) comprennent des directives permettant de guider les formations sanitaires et le système de santé général dans son fonctionnement et donc de réguler le système de soins. De plus, l'approche de contractualisation initiée en 2003 permet théoriquement de réguler le service de santé³³.

La mise en œuvre de ces mécanismes de régulation par l'offre reste néanmoins encore très faible. D'après l'Analyse sectorielle de la santé (IHP+), le document de normes du district sanitaire au Togo de 2001 mérite d'être révisé, comme suggéré aussi par l'évaluation conjointe de la PNS et du PNDS, afin de définir des nouveaux paquets minimum d'activités et d'adapter leurs contenus aux interventions à haut impact.

L'approche de contractualisation des soins n'est pas effective malgré l'adoption de la politique nationale d'Approche Contractuelle en 2003. De manière générale, le niveau de collaboration entre les secteurs public et privé demeure faible à ce jour.

Il existe aussi des mécanismes de régulation par la demande, mais ils restent peu développés. La grande source de financement des services de soins est constituée par le « financement communautaire », c'est-à-dire essentiellement les revenus tirés de la facturation des médicaments (système de recouvrement des coûts). Ce financement direct tente difficilement de générer une culture de gestion centrée sur le patient et sur la demande de soins. En effet, il existe bien des primes de revenu additionnel attribuées au personnel de santé, de l'ordre de 10% des recettes internes des Formations Sanitaires. Mais cette prime trop faible n'incite pas à la bonne performance des personnels de santé. Les autres mécanismes de marché sont presque inexistants. En ce qui concerne l'assurance-maladie, les quelques dispositifs en place (mutuelles communautaires et fonds des indigents) couvrent une infime proportion de la population (voir chapitre 8).

³³ Cf. document de l'Approche Contractuelle en matière de soins et services de santé au Togo -2003

2.3.2. Une autonomie de décision encore très limitée

Encadré 14 : Autonomiser les services de soins : de quoi parle-t-on ?

L'expérience de nombreux pays a montré clairement que l'amélioration de la performance des services de soins passe par leur autonomisation.

Mais il est clair aussi que cette autonomisation ne peut réussir qu'à deux conditions : (i) si elle est accompagnée d'un renforcement de la régulation, par l'Etat ou par le marché, du système de soins, comme on l'a vu précédemment) ; (ii) si l'autonomisation est cohérente entre les différents domaines de gestion des services de soins (i.e. rendre les établissements autonomes sur le plan de la gouvernance, sans leur donner une autonomie sur le plan financier n'a pas grand intérêt).

Plus particulièrement, on peut distinguer quatre grands domaines d'autonomisation, qui doivent tous progresser au même rythme, si l'on veut éviter de placer les établissements dans des situations insolubles :

- L'autonomie logistique : il s'agit ici aussi de permettre aux établissements d'acheter les médicaments et les consommables pour la quantité de leur choix et auprès des prestataires de leur choix ; il s'agit aussi de les laisser libre d'investir selon leurs souhaits (ou plutôt selon, on l'espère, leur stratégie) ;

- L'autonomie de gestion des ressources humaines : elle consiste à avoir des établissements (i) libres de décider des profils à embaucher, (ii) libre de sanctionner voire de licencier les agents non performants et (iii) libres de rémunérer les agents performants (en déterminant par exemple le niveau des primes) ;

- L'autonomie de la gouvernance : elle suppose de créer des conseils d'administration essentiellement élus et disposant d'un pouvoir de définir la stratégie de l'établissement et de contrôler son exécution (y compris en changeant de directeur, par exemple) ;

- L'autonomie financière : elle existe (i) lorsque les établissements reçoivent (de l'Etat ou des patients) des recettes non discrétionnaires et donc basées sur l'activité réelle, (ii) lorsque ces établissements peuvent fixer leurs prix et (iii) lorsqu'ils sont libres de gérer leurs dépenses comme ils l'entendent.

On observe tout de suite qu'une autonomisation ne peut aboutir qu'au chaos si elle n'est pas accompagnée par un renforcement des mécanismes de régulation. En cela, l'autonomisation est bien différente de la privatisation.

Au Togo, l'autonomie des formations sanitaires demeure très faible. Si les formations sanitaires sont relativement autonomes sur le plan logistique (i.e. notamment pour la commande de médicaments et de consommables), cette autonomie reste très faible en matière de gestion des ressources humaines. Cela est bien sûr lié au fait que la majeure partie des personnels de santé diplômés sont fonctionnaires, ce qui implique au Togo que leur carrière est entièrement gérée au niveau central. Mais, même pour les personnels contractuels payés sur le budget des hôpitaux, les embauches doivent être autorisées au niveau de la DPS (Direction Préfectorale de la Santé) en accord avec l'Equipe Cadre de District pour les CMS ; pour les CHR, toute décision concernant l'embauche et la gestion des ressources humaines passe d'abord au niveau du Conseil d'Administration, avant validation par le Ministre de la Santé. Sur le plan de la gouvernance, l'autonomie a en revanche progressé, avec la création récente des COGES (pour les centres de santé) et des Conseil d'Administration (pour les hôpitaux de régions). Mais ces instances n'ont encore que peu de pouvoirs (voir chapitre 4 : Gouvernance du système de santé). Enfin sur le plan financier, on a vu que les subventions d'exploitation ne sont pas liées aux besoins réels des formations sanitaires mais plutôt allouées forfaitairement en fonction du type de formation sanitaire (voir chapitre 8 : Financement de la santé). Au total, les établissements de soins, quelle

que soit leur position dans la pyramide sanitaire, sont très peu autonomes. Cela contribue à expliquer leur faible performance, aucun des acteurs n'ayant réellement d'intérêt ou de possibilité d'améliorer le service rendu aux patients, puisque cela ne changera pas son financement ou sa rémunération.

2.3.3. Les capacités de management sont également très faibles

Ainsi, cette faible autonomisation et cette faible régulation s'accompagnent d'une faible capacité managériale des responsables des services de soins. Une forte autonomie suppose que les acteurs soient formés à la gestion stratégique et financière. Cela est rarement le cas au Togo, non seulement par insuffisance de planification des formations, mais aussi et surtout parce que la faible autonomie n'incite pas les acteurs à se former.

2.4. Les modes de financement des services de soins contribuent-ils à l'efficience ?

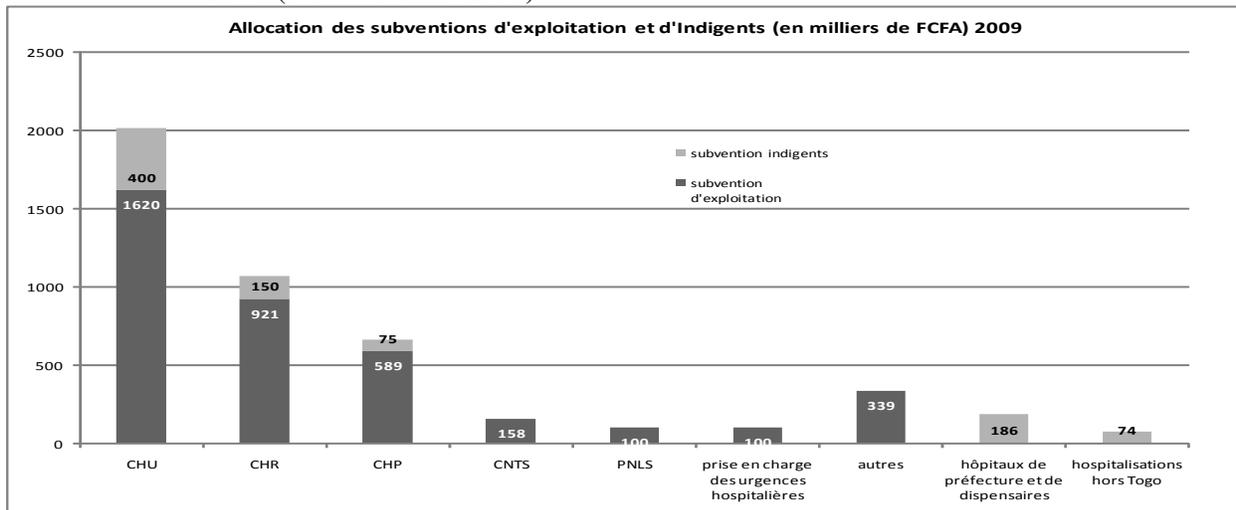
De manière générale, les sources de financement des services publics de soins sont de trois types : (i) le financement des personnels de santé (par l'Etat pour les agents fonctionnaires et par la structure de soins pour les agents contractuels) ; (ii) les subventions d'exploitation et autres, apportées par l'Etat quelque soit le statut de la formation sanitaires ; et (iii) le financement communautaire via le recouvrement des coûts.

Le financement du personnel de santé n'est pas suffisamment basé sur la performance. Le personnel de santé au sein des formations sanitaires (tout niveau confondu) est de deux types : (i) le personnel émergeant sur le budget de l'Etat, ou personnel fonctionnaire (payé directement par l'Etat) ; (ii) le personnel émergeant sur le budget autonome des formations sanitaires (payé par les ressources internes de la structure de soins). Il existe parfois un troisième type de personnel de santé : le personnel émergeant sur le budget de l'administration locale (mairie, préfecture), observable au niveau de certaines USP. Le personnel de santé reçoit une prime, basée sur les recettes de la formation sanitaire (environ 10% des recettes de la FS sont reversées au personnel de santé dans la majorité des FS). Cependant, comme mentionnée précédemment, cette prime s'avère insuffisante pour instaurer auprès des soignants un quelconque mécanisme d'incitation à la performance. Notons que les primes ne sont pas différenciées entre les types de personnel, puisque les directeurs des centres se basent sur la grille salariale des fonctionnaires pour rémunérer leur personnel autonome.

Les subventions d'exploitation sont faibles et ne bénéficient pas ou peu aux centres de santé. Les subventions d'exploitation versées par l'Etat aux structures sanitaires ne donnent pas aujourd'hui aux Formations sanitaires une sécurité financière durable. Leur évolution a été très faible ces dernières années (hausse de 10% des subventions d'exploitation totales entre 2005 et 2010). Il faut noter aussi que les centres de santé périphériques (types CMS) ne reçoivent pas directement de subventions d'exploitation. Aux niveaux intermédiaire et périphérique, ces dernières sont versées aux DRS/DPS et largement réallouées vers les Centres Hospitaliers Régionaux et Préfectoraux. Au mieux, les CMS et USP bénéficient de la subvention sous forme de petit équipement et fournitures de bureau. Par ailleurs, les subventions d'exploitations versées

par le gouvernement ne tiennent ni compte de la population couverte, ni de l'activité des centres de santé. Un tel mécanisme arbitraire n'encourage pas à la performance.

Figure 74 : Répartition des subventions d'exploitation et d'Indigents selon les prestataires de soins (en milliers de FCFA).



source : rapport d'activité de la DAC – février 2010

Cette situation pousse donc les formations sanitaires à accroître le recouvrement des coûts (« financement communautaire »), essentiellement avec la vente des médicaments. Les ressources issues de la pharmacie des centres de santé représentent de loin la part la plus importante des ressources des formations sanitaires. Le financement communautaire représente souvent plus de 50% des ressources des formations sanitaires (au CHR de Tshevie, un peu plus de 50% des ressources sont des recettes propres pour les années 2008, 2009 et 2010). Par exemple, le Centre de Santé de Kodjoviakope (district 4 de la région Lomé-Commune) a enregistré 62% de recettes propres issues de la vente de médicaments pour l'année 2010. Ce système apparaît peu équitable, car il encourage la sur-prescription des médicaments et accroît ainsi la paupérisation des patients.

Au total, malgré l'ampleur du financement communautaire, le système de financement des services de soins ne récompense pas l'efficacité. Le volume de financement lié au personnel d'Etat affecté est surtout lié à l'histoire et aux efforts de lobbying réalisés. Celui des subventions d'exploitation ne suit lui aussi aucun critère formel permettant de relier le montant de ces crédits à l'activité des établissements. Enfin, le financement communautaire, s'il suit, par construction, l'activité des établissements, n'est pas accompagné de dispositif de solvabilisation de la demande et ne rémunère pas l'efficacité puisqu'il est constitué essentiellement par la vente des médicaments et que la structure des tarifs n'est aucunement liée aux coûts réels des établissements.

Dans le secteur public, la fixation du prix des actes médicaux est assez confuse et ne s'appuie guère sur les coûts réels des prestations de soins. Une grille de tarification existe et est définie au niveau de la DRS pour chaque région. Cependant, face à l'absence de vérification et de contrôle des tarifications effectuées, chaque centre de santé décide des prix des actes. La gestion des ressources générées localement ne fait pas l'objet de règles et de contrôles bien

stricts. Les formations sanitaires semblent ajuster elles-mêmes leurs tarifs; les tarifs des consultations étant rarement affichés.

A titre d'exemple, le tarif de l'accouchement évolue entre 4,000 et 10,000 FCFA au sein d'un même district sanitaire au niveau des CMS. L'harmonisation de la tarification des actes devient une priorité au Togo et devrait être fixée compte tenu des coûts réels des actes médicaux.

Les services de soins dans le secteur public : principaux constats

Le niveau d'utilisation des services publics de soins reste faible. Le taux d'utilisation des services ambulatoires ne progresse que lentement et irrégulièrement : en 2009, seulement 30% de la population a eu recours au système de soins ambulatoire, lorsque ce taux dépasse les 40% au Bénin par exemple. La recherche de soins par les mères lors de la maladie de l'enfant n'est observée que chez 35% en moyenne des femmes enquêtées (MICS 2006). Par contre, les taux sont meilleurs en ce qui concerne les femmes enceintes et le recours aux soins prénataux (87,8% pour la CPN1) et dépassent ceux du Sénégal (76% en 2008) et du Bénin (83% en 2006). Concernant les taux d'hospitalisation, leur progression est assez importante sur la période 2005-2009.

Ces évolutions demeurent néanmoins insuffisantes et peuvent s'expliquer notamment par les faibles progrès en matière de qualité des soins et par un accueil dégradé des patients. Le système de soins reste aussi très inéquitable, en particulier pour les prestations hospitalières (séjours d'hospitalisation, accouchements compris).

La faible performance des services publics de soins s'explique par plusieurs facteurs. En premier lieu, un manque d'accessibilité des soins est observable, puisque seulement 62% de la population a accès à un centre de santé (c'est-à-dire que 38% des ménages vivent à plus de 30 minutes d'un centre de santé). La cohérence de la pyramide sanitaire est limitée, comme l'illustrent les défaillances du système de référence. Les établissements souffrent aussi de la mauvaise répartition du personnel de santé. La disponibilité relativement réduite des médicaments (au niveau des établissements) ne rend pas non plus ces établissements très attractifs. Enfin et surtout, malgré un engagement du Ministère sur la contractualisation, la définition du pilotage des services de soins n'est pas suffisamment claire. Peu d'établissements ont aujourd'hui une visibilité sur les objectifs qui leur sont assignés, sans compter que la vérification de leur performance (bonne ou mauvaise) n'est pas effectuée. De même, les modalités de financement des services de soins ne permettent pas de lier financement reçu et activité réelle. Du reste, le niveau d'autonomie de gestion des établissements (notamment sur les plans financiers et des ressources humaines) est encore modeste.

Une réorganisation du secteur public paraît donc souhaitable à la fois (i) pour mieux piloter les établissements sur le plan des résultats et (ii) pour leur donner une plus grande autonomie sur le plan de la gestion.

Chapitre 6 : RESSOURCES HUMAINES

1. La situation des RHS au Togo

On peut classiquement analyser la situation des RHS au travers de 3 problèmes :

- la disponibilité : y-a-t-il, au niveau national, un nombre suffisant de RHS et ce pour chacun des catégories ?
- la répartition géographique et sectorielle : les RHS sont-elles réparties de façon proportionnelle aux densités de population ?
- la performance : les RHS sont-elles compétentes, productives et respectueuses des patients ?

1.1. Disponibilité des RHS

1.1.1. Effectifs existants

A l'exception des pharmaciens et des aides-soignants, l'ensemble des catégories de personnel de santé travaillent en majorité dans le secteur public. En 2010, le Togo comptait près de 12,700 personnels de santé. On remarque que, même pour les médecins (y compris les spécialistes), près des deux tiers sont dans le secteur public. Cette situation est assez surprenante, dans la mesure où dans beaucoup de pays les médecins spécialistes travaillent majoritairement dans le privé.

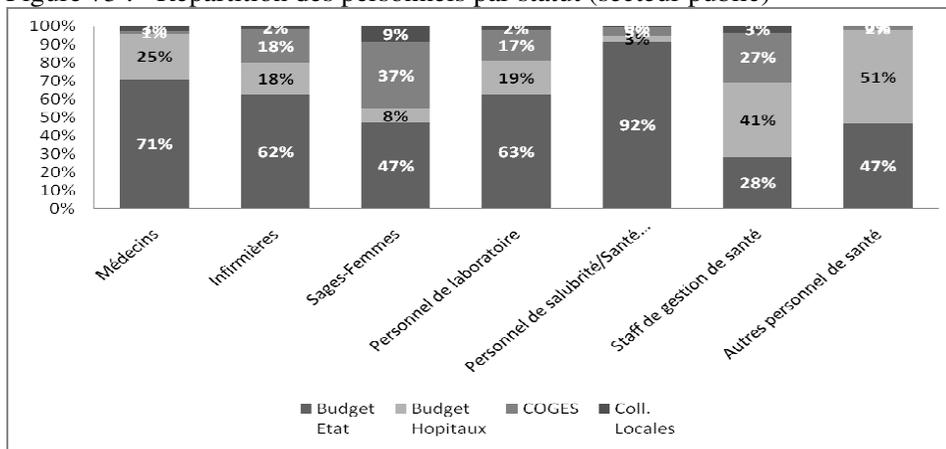
Tableau 17 : Nombre de personnels de santé (tous secteurs confondus)

Catégories d'occupation professionnelle	Total	% secteur Public	% secteur Privé commercial	% Privé Confessionnel
Médecin généraliste	298	61.10%	31.90%	7.00%
Médecin spécialiste	306	75.80%	20.30%	3.90%
Sous-total MEDICAL	604	68.55%	26.02%	5.43%
Infirmières Professionnelles/Diplômé D'Etat	1532	82.40%	11.70%	5.90%
Infirmières Associées	663	82.70%	7.40%	10.00%
Aide soignants/infirmiers permanent	1336	38.50%	45.80%	15.70%
Sages femmes Professionnel/DE	482	86.30%	9.50%	4.10%
Assistants accoucheuses	432	89.10%	6.90%	3.90%
Accoucheuses traditionnelles/permanentes	752	86.00%	9.80%	4.10%
Dentiste/Technicien dentaire	25	76.00%	24.00%	0.00%
Pharmaciens	166	8.40%	91.60%	0.00%
Laborantins diplômés	107	83.20%	15.00%	1.90%
Techniciens de Laboratoire	114	82.50%	12.30%	5.30%
Assistants de Laboratoire	403	80.10%	8.20%	11.70%
Techniciens de radiographie	65	80.00%	9.20%	10.80%
Physiothérapeutes	202	96.00%	1.50%	2.50%
Autres Techniciens et Catégories sanitaires	330	92.40%	1.80%	5.80%
Sous-total PARAMEDICAL	6609	73.57%	18.54%	7.87%
Personnel de salubrité/ santé publique	359	99.20%	0.30%	0.60%
Staffs de gestion de santé	4162	82.20%	8.40%	9.40%
Autres	959	95.20%	2.30%	2.50%
Sous-total AUTRES PERSONNELS	5480	85.59%	6.80%	7.62%
TOTAL	12693	78.50%	13.90%	7.60%

Source : DAC – Division de l'Administration et des Ressources Humaines – Septembre 2010

Dans le secteur public, les contractuels sont légèrement plus nombreux. Environ 52% des personnels du secteur public sont sous contrat, avec un hôpital, un centre de santé (COGES) ou une collectivité locale. Cela concerne surtout les personnels administratifs. Les personnels qualifiés sont majoritairement agents de l'Etat, sauf les sages-femmes. En clair, d'une structure à l'autre, des agents d'une même catégorie perçoivent des salaires différents.

Figure 75 : Répartition des personnels par statut (secteur public)



Source : DAC 2010

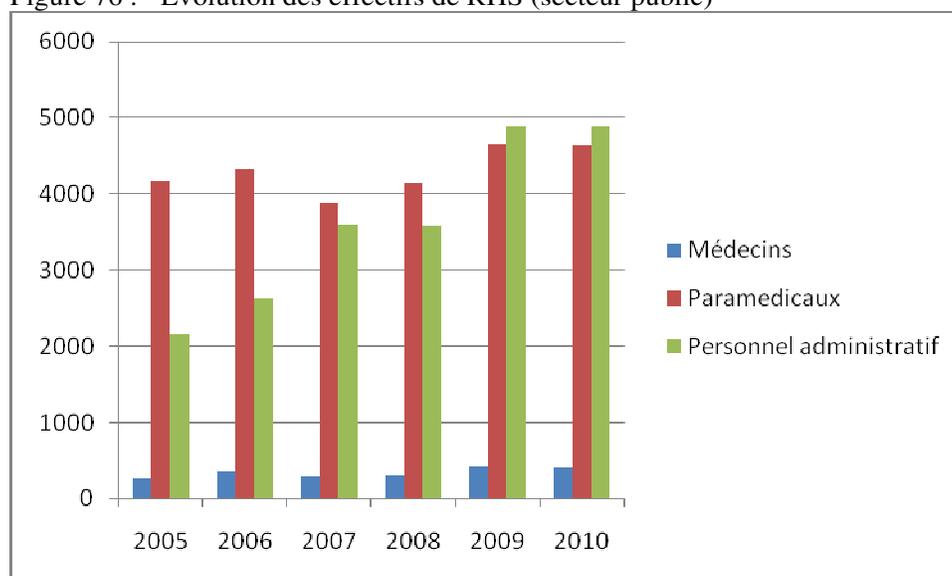
Le nombre de médecins étrangers n'est pas bien connu, mais devrait être a priori négligeable. Dans le secteur public, il n'y a pas à ce jour de médecins étrangers employés. S'agissant du privé, le MS n'a pas d'informations précises sur la nationalité des médecins.

Il existe également un secteur privé de soins traditionnels représenté par des tradithérapeutes. Bien que très sollicitée par les populations, la médecine traditionnelle est peu organisée. Les statistiques sur le nombre de thérapeutes traditionnels ne sont pas fiables, la plupart d'entre eux travaillant dans l'informel avec une tendance plus lucrative que de soins pour certains. Pour mieux structurer le secteur, le Ministère de la Santé a créé en son sein un service chargé de cette discipline. La médecine traditionnelle est érigée en programme national, avec un chef de programme chargé de son développement. Le programme n'est pas encore opérationnel et la collaboration entre les deux formes de médecine est presque inexistante. Par ailleurs, la médecine la pharmacopée traditionnelles sont reconnues et organisées par une loi ainsi que par le Code de la Santé Publique. Elles jouent un rôle important, notamment en zones rurales. Cependant, des progrès restent à faire dans les domaines du contrôle de qualité et de la collaboration entre les pratiques traditionnelles et modernes de santé publique.

1.1.2. Evolution des effectifs (secteur public)

De 2005 à 2010, les effectifs du secteur public ont fortement augmenté (+10% par an), mais surtout au profit du personnel administratif. En moyenne, l'ensemble du personnel a progressé de 50% sur la période, soit environ 10% par an. Mais comme le montre le graphique ci-dessous, cette augmentation a surtout concerné le personnel administratif (+25% par an), ce qui n'est pas annonciateur d'une amélioration de l'efficacité du système. Le nombre de médecins a progressé d'environ 9% par an. La catégorie la plus négligée est celle des paramédicaux, avec seulement 2,2% d'accroissement annuel. Cela concerne surtout les infirmières, dont l'effectif a peu ou pas progressé.

Figure 76 : Evolution des effectifs de RHS (secteur public)



Source: DAC 2010

1.1.3. Au regard des normes, y-a-t-il un manque de RHS au Togo ?

Les effectifs de RHS sont tous au-dessus de la recommandation basse de l’OMS, mais restent insuffisants par rapport aux normes nationales. Deux normes internationales sont habituellement utilisées pour mesurer (grossièrement) les besoins : la norme (basse) de l’OMS et la norme (haute et assez irréaliste) de la JLI-OMS. La Togo dispose aussi de ses propres normes (assez anciennes, puisque datant de 2001) et basées sur les effectifs minimum par type de formation sanitaire. Le tableau ci-dessous montre le positionnement du Togo au regard de ces trois normes. On constate que le Togo est au-dessus de la norme basse OMS et ce pour toutes les catégories de personnel qualifié. En revanche, au regard des normes nationales, les effectifs restent encore faibles, surtout pour les médecins.

Tableau 18 : Effectifs existant et normes de RHS au Togo

	Nombre actuel de RHS				Nombre nécessaire de RHS (selon les recommandations)		
	Secteur public	Secteur privé	Total	Ratio pour 10,000 habitants	Recommandations JLI-WHO pour 10,000 habitants	Recommandations OMS pour 10,000 habitants	Normes nationales
Médecins	414	189	603	1.05	5.50	1.00	1.63
Infirmières	2195	385	2580	4.48		2.00	5.96
Sages-femmes	914	112	1026	1.78		1.00	2.78
Total	3523	686	4209	7.32	20.2 - 25.4	4.00	10.37

Total pop 5,753,324

1.2. Répartition géographique

Au Togo, la concentration des médecins en zone urbaine prend un caractère extrême.

Comme le montre le tableau ci-dessous, près de 75% des médecins (généralistes et spécialistes, publics et privés) sont concentrés dans la capitale. Il y a peu de pays dans le monde avec un tel degré d’iniquité dans la répartition géographique des médecins. Lorsque l’on calcule la densité des médecins par habitant (figure ci-dessous), on observe que cette densité est près de 30 fois plus élevée dans la capitale que dans la région la moins bien dotée. A titre d’exemple, ce ratio de dispersion³⁴ n’est « que » de 4.28 en Côte d’Ivoire.

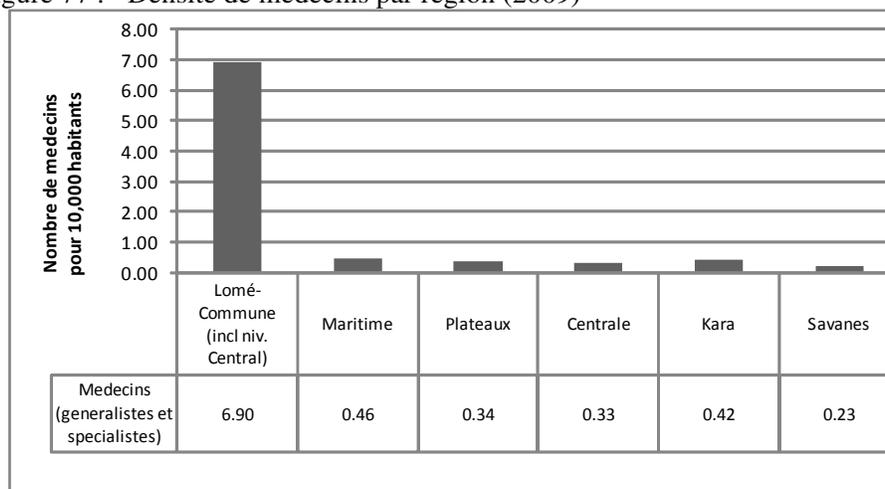
Tableau 19 : Répartition par région des médecins (tous secteurs confondus) (2009)

Médecins (généralistes et spécialistes)	Lomé-Commune (incl niv. Central)	Maritime	Plateaux	Centrale	Kara	Savanes	TOTAL
Nombre	518	75	44	19	30	18	704
Pourcentage	74%	11%	6%	3%	4%	3%	100%

Source : Division RH / MS / 2009

³⁴ Ratio entre la densité de de la région la mieux pourvue et celle qui est la moins bien pourvue.

Figure 77 : Densité de médecins par région (2009)



Source : Division RH / MS / 2009

Pour les infirmières³⁵, comme dans beaucoup d'autres pays, l'iniquité de répartition géographique est moins accentuée (que pour les médecins). Lomé ne concentre que 36% des infirmières (cf. tableau ci-dessous). En prenant en compte la densité par habitant, on obtient un écart allant de 12.31 infirmières pour 10,000 habitants à Lomé à 2.21 en région maritime. Le ratio de dispersion est donc de 5.55, ce qui est légèrement plus élevé que dans les pays voisins (4.35 au Benin et 3.87 en Côte d'Ivoire).

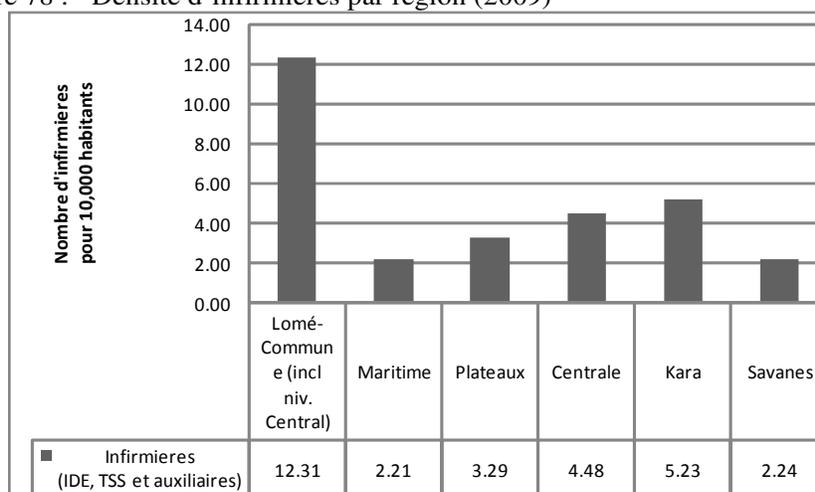
Tableau 20 : Répartition par région des infirmières (tous secteurs confondus) (2009)

Infirmières (IDE, TSS et auxiliaires)	Lomé-Commune (incl niv. Central)	Maritime	Plateaux	Centrale	Kara	Savanes	TOTAL
Nombre	924	365	421	259	377	174	2520
Pourcentage	37%	14%	17%	10%	15%	7%	100%

Source : Division RH / MS / 2009

³⁵ Dans la catégorie "infirmières", nous avons retenu ici les personnes ayant eu une formation paramédicale, ce qui englobe (i) les infirmières diplômées d'Etat (IDE), (ii) les infirmières auxiliaires et (iii) les techniciens supérieurs de santé (appelés aussi « assistants médicaux »).

Figure 78 : Densité d'infirmières par région (2009)



Source : Division RH / MS / 2009

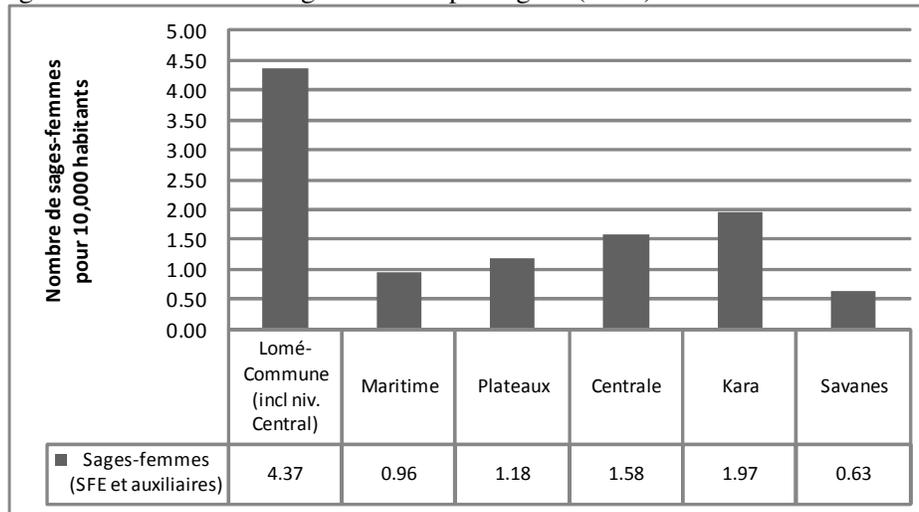
Enfin, concernant les sages-femmes, la situation est comparable à celle des infirmières.

Environ 36% de sages-femmes sont concentrées dans la capitale. En termes de densité (sages-femmes pour 10,000 habitants), le champ varie de 4.37 (Lomé) à 0.63 (Savanes). Cela correspond à un ratio de dispersion de 6.92, ce qui est plus élevé que la Côte d'Ivoire (4.52) et mais moindre qu'au Bénin (11.7).

Tableau 21 : Répartition par région des sages-femmes (tous secteurs confondus) (2009)

Sages-femmes (SFE et auxiliaires)	Lomé-Commune (incl niv. Central)	Maritime	Plateaux	Centrale	Kara	Savanes
Nombre	328	159	151	91	142	49
Pourcentage	36%	17%	16%	10%	15%	5%

Figure 79 : Densité de sages-femmes par région (2009)



Source : DAC 2010

1.3. Performance des personnels de santé

Il est d'usage d'analyser la performance des personnels de santé au regard de trois dimensions :

1. La qualité technique (i.e. compétence)
2. La qualité organisationnelle (i.e. politesse et respect des patients) ;
3. La productivité (qui inclut aussi la thématique de l'absentéisme).

Malheureusement, aucune étude n'est disponible à ce sujet. Cela étant dit, les facteurs améliorant la performance (i.e. motivation, qualité de la formation initiale et continue, responsabilisation...) semblent peu présents (cf. partie 2.2), ce qui suggère que la performance des personnels de santé est relativement faible.

2. Expliquer la situation des RHS

2.1. Expliquer l'insuffisance d'effectifs

On peut explorer les raisons expliquant une faible disponibilité (au niveau national) des RHS en utilisant un modèle de marché du travail. Ce modèle a l'avantage d'élargir l'horizon de l'analyse. Beaucoup d'analyses des RHS se limitent en effet à 3 facteurs : (i) les besoins, (ii) les effectifs existants et (iii) et la capacité de production des écoles de santé. L'analyse en terme de marché du travail permet d'inclure aussi les entrées et les sorties sur ce marché, facteurs qui peuvent être parfois plus importants que celui de la capacité de production pour expliquer un éventuel déficit. Dans cette section, on analyse donc successivement:

- les entrées sur ce marché (production et recrutement de nouveaux diplômés) ;
- les sorties de ce même marché du travail (décès prématurés, départs en retraite et migrations).

Les dynamiques sont analysées pour 3 catégories : médecins, infirmières et sages-femmes.

2.1.1. Les entrées sur le marché : production et recrutement

a. Production

Médecins

Avec 50 nouveaux médecins généralistes par an, la production du pays semble adéquate par rapport aux besoins, du moins sur le plan quantitatif. La Faculté de Médecine et de Pharmacie est la seule école formant les médecins au Togo. Créée en 1973, elle a produit ses premiers diplômés en 1977. Depuis lors, environ 700 médecins ont été formés au Togo, dont 639 de nationalité togolaise.

La qualité de la formation des médecins est probablement insuffisante. Les problèmes rencontrés sont un manque de formateurs, et des problèmes de type matériels (manque de bourse aux étudiants, de moyens techniques et financiers). Ces points sont évoqués en détail dans la section 3 de ce chapitre, étant donné qu'ils ont un impact important sur la qualité (i.e. compétence) des personnels diplômés.

Infirmières

Le Togo produit annuellement environ 150 infirmières et assimilées. Au Togo, l'Ecole Nationale des Auxiliaires Médicaux (ENAM), située à Lomé, forme annuellement environ 100 IDE et 50 auxiliaires IDE.

Sages-femmes

Environ 100 sages-femmes et assimilées sont formées annuellement au Togo. La formation des sages-femmes diplômées d'Etat (SFE) est assurée par l'Ecole Nationale des Sages-femmes (ENSF), située à Lomé. L'ENSF produit environ 50 SFE chaque année. Les auxiliaires SFE sont elles formées par l'ENAM (environ 50 par an).

b. Recrutements dans le secteur public

Les recrutements (du moins depuis 2008) sont assez conséquents et permettent généralement d'absorber la production des écoles de santé. Seules les données des années 2008 et 2009 étaient disponibles sur les recrutements (cf. table ci-dessous). Elles montrent que les recrutements sont très soutenus. Sauf pour les sages-femmes, les recrutements permettent de donner un poste à chacun des nouveaux diplômés.

Tableau 22 : Recrutements de fonctionnaires en 2008 et 2009

	2008	2009
Personnel médical		
Médecin généraliste	69	34
Méd spécialiste	30	12
Pharmacien	6	4
<i>Sous-total 1</i>	105	50
Personnel paramédical		
Infirmier diplômé d'Etat	142	98
Infirmier Auxiliaire d'Etat	67	48
Sage-femme d'Etat	57	48
Accoucheuse Auxiliaire	80	41
Autres paramédicaux	507	271
<i>Sous-total 2</i>	853	506
Personnel administratif	169	311
<i>Sous-total 3</i>	169	311
Total général	1127	867

2.1.2. Les sorties du marché : décès prématurés, départs en retraite et migrations

a. Décès prématurés

Le nombre de décès prématurés parmi les personnels de santé est probablement très faible. Par décès prématurés, on entend généralement un décès lié à une maladie professionnelle (souvent le VIH-SIDA). Aucune donnée sur la contamination des personnels de santé n'est disponible. Etant donné la relativement faible prévalence du VIH-SIDA au Togo, on peut a priori supposer que les cas de décès des médecins pour cette raison sont très rares.

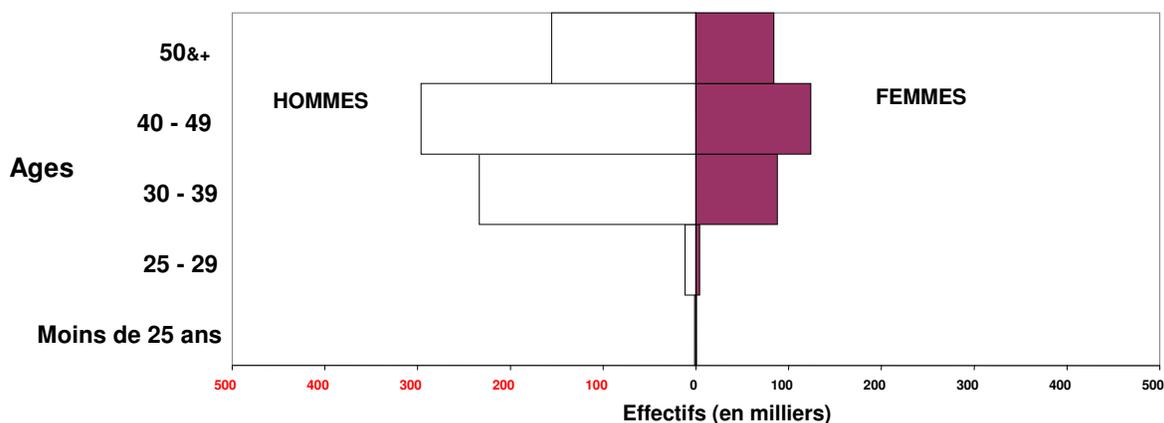
b. Départs en retraite

A plus de 40 ans, la moyenne d'âge des RHS au Togo est relativement élevée et va entraîner une accélération des départs en retraite. Comme le montrent le tableau et la figure ci-dessous, 66% de l'effectif du secteur public a plus de 40 ans. Les cinquantenaires représentent un quart de l'effectif et vont partir dans les 10 prochaines années. Il faut noter que l'âge de la retraite a été relevé très récemment. La loi n°2008-002 du 26 mai 2008 (fixant les conditions d'admission à la retraite des agents de la fonction publique) a relevé l'âge de départ à la retraite des agents publics de l'Etat des catégories A1 et A2 (de 55 à **60 ans**) et B (de 55 à **58 ans** pour le personnel paramédical).

Tableau 23 : Pyramide des âges des RHS au Togo

<i>Tranche d'âge</i>	<i>Pourcentage</i>
Moins de 25 ans	0,2
25 - 29 ans	1,6
30 - 39 ans	32,2
40 - 49 ans	42,0
50 ans & +	24,0
Total	100

Source : PDRH 2009



Source : PDRH 2009

La capacité de production actuelle permet a priori de faire face aux flux de départs en retraite. Aujourd'hui, on compte annuellement environ 10 départs en retraite de médecins. Le rythme de production actuel des médecins (50 par an) permet largement de faire face à ces pertes. La situation est plus tendue pour les infirmières, avec environ 86 départs en retraite chaque année, contre une production de 150 infirmières. Enfin, pour les sages-femmes, la moyenne annuelle des départs en retraite est de 40, pour une production annuelle de 100. Reste à savoir si l'Etat a la capacité de recruter ces personnels.

Tableau 24 : Départs en retraite

	2008	2009	2010	2011	2012	Moyenne
Médecins	10	12	8	13	5	9.6
Infirmières (TSS, IDE et auxiliaires)	78	114	86	91	65	86.8
Sages-femmes (SFE et auxiliaires)	30	50	54	41	27	40.4

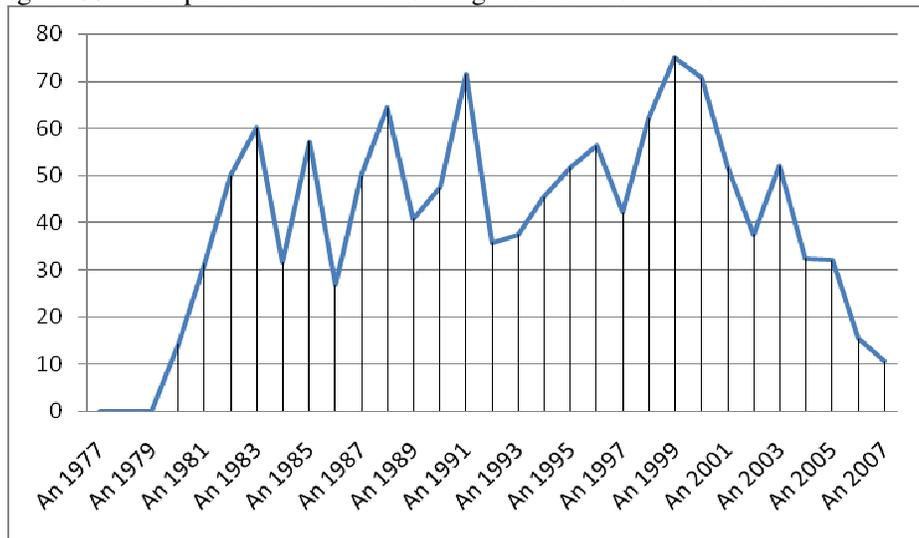
Source : PDRH 2009

2.1.3. Migrations vers l'étranger

Une très récente étude sur la migration des médecins togolais a identifié environ 250 médecins émigrés, soit environ 40% des médecins formés au Togo. Siliadin (2010) a réalisé un décompte détaillé des médecins ayant migré à l'étranger. Les 250 médecins émigrés sont

généralement installés en France (79%). Le taux d'émigration est relativement étalé sur la période, avec néanmoins une tendance à la baisse depuis quelques années (cf. figure ci-dessous).

Figure 80 : Proportion de médecins émigrés selon les années de soutenance

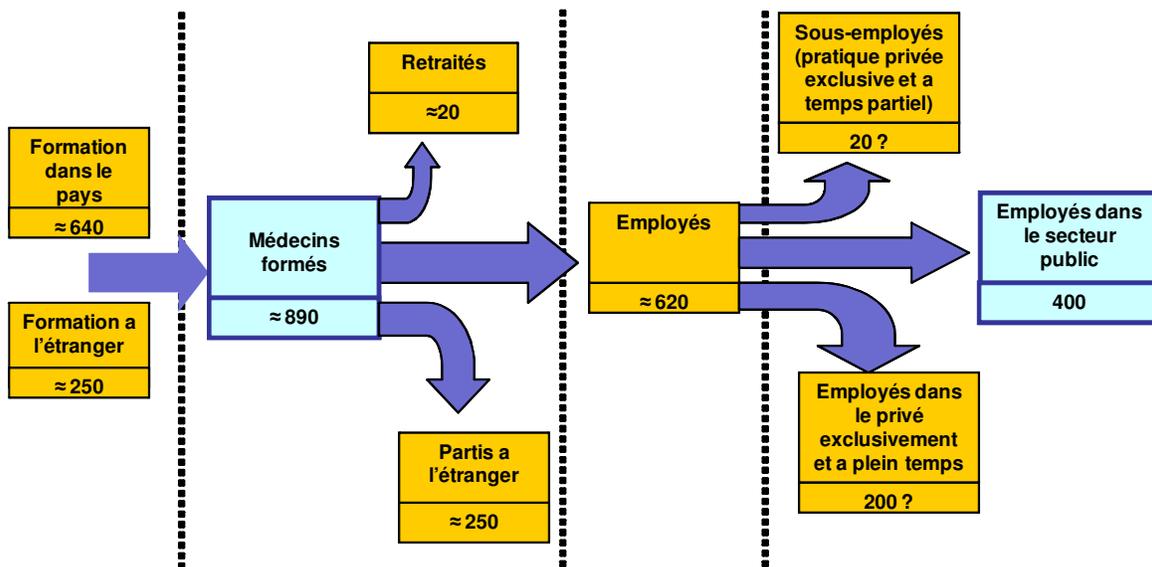


Source : Siliadin 2010

2.1.4. Synthèse : la dynamique du marché du travail pour les RHS (exemple des médecins)

On peut synthétiser les informations précédentes sous forme d'un graphique (ci-dessous). En l'occurrence, nous avons retenu l'exemple des médecins, parce qu'il s'agit de la catégorie pour laquelle le plus grand nombre de données est disponible.

Figure 81 : Situation du marché du travail des médecins au Togo (analyse en stock)



NB : Comme indiqué, l'analyse présentée ici est en stock et non en flux. Elle correspond donc aux données cumulées sur les 30 dernières années. Par exemple, le nombre de médecins formés est celui depuis 1977. Dans une analyse « en flux », on aurait retenu la production annuelle, soit environ 45-50.

Quelles conclusions peut-on tirer de cette synthèse ?

Le flux des retraités reste très marginal. Même si le nombre de médecins partant en retraite va augmenter sur les 15 prochaines années, ce flux reste faible et devrait pouvoir être facilement compensé par la production annuelle de médecins.

Le nombre de médecins émigrés a été globalement compensé par le retour des médecins formés à l'étranger. On peut observer que si 250 médecins formés au Togo ont émigré, un nombre presque équivalent a été formé en dehors du pays et y est revenu. Il est très probable aussi que si les médecins émigrés revenaient au Togo, ils s'installeraient à Lomé, là où le marché du travail déjà fortement saturé et les besoins sont inexistantes. En conséquence, il est difficile de conclure que la forte migration de médecins togolais ait un impact significatif sur le système de santé.

2.2. Expliquer la répartition géographique inégale des RHS

Au Togo, les raisons expliquant la faible attractivité des postes en zone rurale sont les mêmes que dans beaucoup de pays. Ces différentes raisons ont déjà été largement évoquées dans deux documents, l'un de l'OMS, l'autre de la Banque Mondiale. On les retrouve au Togo. Ainsi, les postes ruraux aboutissent généralement à une perte importante de revenu pour les personnels, notamment pour les médecins. L'activité privée y est difficile (étant donné les faibles ressources des ménages en dehors de la capitale). Le manque d'écoles et d'opportunités économiques obligent souvent à maintenir à Lomé la famille (les enfants pour leurs écoles et l'épouse pour son travail). Au-delà des aspects financiers, les postes ruraux ne permettent pas forcément une actualisation régulière des compétences. De plus, les personnes en zone rurale se sentent oubliées, notamment en termes de carrière. Cette perception d'oubli est forte et est directement liée à la centralisation de la gestion des RH, étant donné que toute décision RH – pour les fonctionnaires – se prend uniquement au niveau central.

Ceci dit, le Togo est confronté aussi à des facteurs spécifiques, qui aggravent l'inégalité de répartition géographique des RHS. En premier lieu, on a vu que les formations sanitaires sont fortement concentrées autour de Lomé, ce qui réduit automatiquement le nombre de postes au Nord. En second lieu, l'ensemble des écoles de formation (y compris des infirmières) sont à Lomé. Aujourd'hui, la grande majorité des pays Africains ont établi des écoles d'infirmières (voire de médecins) sur l'ensemble du territoire. Enfin et surtout, il n'y a pas réellement de politique pour solutionner le problème. Un premier type de politique serait d'inciter les RHS des zones urbaines à venir travailler (pour quelques années) en zone rurale. Cela supposerait un ensemble de primes et avantages (y compris logement et droit à une spécialisation). Cela supposerait aussi une déconcentration de la gestion des RH. Aucun de ces éléments n'est aujourd'hui présent. Une autre politique (probablement plus prometteuse) serait d'améliorer les opportunités pour les personnels habitants (ou étant nés) en zone rurale. Cela nécessiterait l'implantation d'écoles paramédicales en dehors de Lomé et/ou la création d'une catégorie de personnels recrutés directement dans les zones rurales (sur le modèle très réussi des *Health Extension Workers* en Ethiopie. Voir encadré 8). Là aussi, ces différentes options ne sont pas prévues.

2.3. Expliquer la faible performance des RHS

On peut considérer que la performance des personnels de santé est liée à deux types de facteurs :

- la **capacité** (*can-do*), qui correspond (i) à la qualité de la formation des personnels et (ii) aux moyens de travail (consommables et équipements) dont ils disposent ;
- la **motivation** (*will-do*), qui dépend de la rémunération et du contrôle exercé sur les personnels.

Concernant la **capacité**, la problématique des environnements de travail (i.e. moyens de travail) a été analysée dans les chapitres 5 et 7. On traite ici de la qualité de la formation (voir ci-dessous). Concernant la **motivation**, les aspects liés aux rémunérations et au contrôle sont évoqués en section 3 de ce chapitre, dans la mesure où ces problématiques concernent l'ensemble de la fonction publique togolaise (et non le seul secteur de la santé).

2.3.1. Qualité de la formation initiale

Il faut préciser que les informations sur ce point sont très orientées sur les intrants et très peu sur les résultats eux-mêmes. Idéalement, on pourrait juger de la qualité de la formation au travers d'enquêtes de compétence (QCM) auprès des jeunes (et moins jeunes) diplômés. Aucune étude de ce type n'a pu être retrouvée au Togo.

Médecins

La Faculté de Médecine est confrontée à de sérieux problèmes en termes d'effectifs d'enseignants, notamment pour certaines spécialités. Elle offre actuellement une possibilité de spécialisation dans les domaines suivants : chirurgie générale, pédiatrie, gynéco – obstétrique, ophtalmologie, médecine interne, pneumo-physiologie et neurologie. Le corps professoral est composé d'environ 50 enseignants de rang A (Professeurs titulaires et Maîtres de conférence) et les autres de rang B (Maître assistants et Assistants), auxquels s'ajoutent des enseignants vacataires. Il existe néanmoins une insuffisance d'enseignants dans plusieurs disciplines, dans la mesure où un grand nombre d'entre elles³⁶ n'ont plus qu'un seul professeur, parfois déjà en retraite. Certaines (comme l'anesthésie/réanimation) n'ont déjà plus de professeur.

Les moyens de travail de la Faculté sont eux aussi très limités. Les bâtiments sont dans l'ensemble vétustes. Les salles de cours ne sont ni ventilées, ni climatisées. Le matériel pédagogique (ordinateurs, transparents, rétro et vidéo projecteurs) est insuffisant. Enfin, les étudiants de 1^{ère} et de 7^{ème} années ne bénéficient pas de bourse, ce qui rend difficile leurs études.

Paramédicaux (sages-femmes et infirmières)

Selon le PDRH 2009, l'ENAM et l'ENSF connaissent des problèmes d'insuffisance en personnel enseignant, d'absence de formation des moniteurs, de matériels pédagogiques et des amphithéâtres. Par ailleurs, depuis un certain temps les élèves ne bénéficient plus de bourses d'études. L'organisation des stages pratiques connaît des difficultés en termes de capacité de sites, d'insuffisance de la logistique de déploiement et du non recyclage des maîtres de stage.

³⁶ ORL, Radiologie et imagerie médicale, Cardiologie, Parasitologie, Anatomie, Anatomie pathologique et Pneumologie.

2.3.2. Qualité de la formation continue

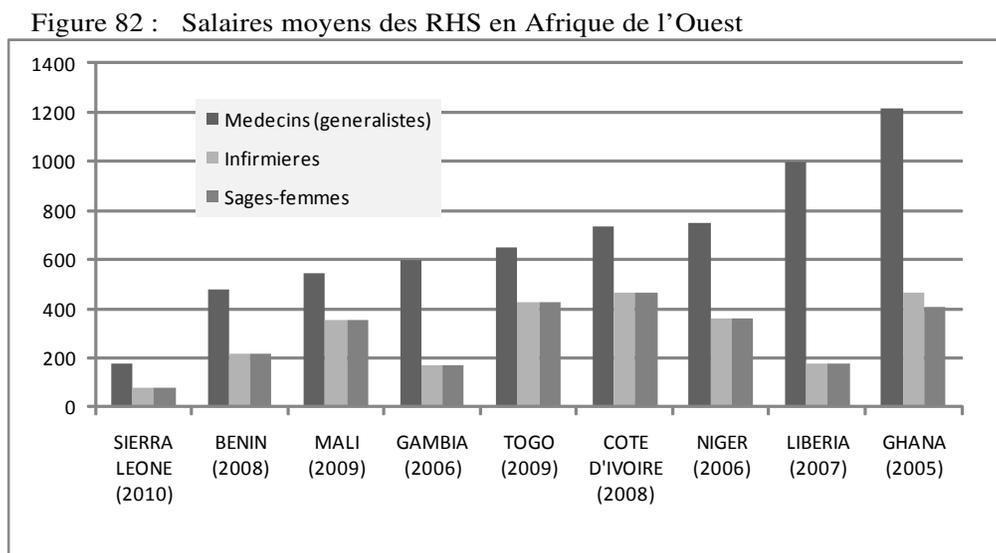
Comme ailleurs, la formation continue est largement inorganisée et donc dépendante des opportunités. Selon le PDRH 2009, « la division de la formation du personnel a en charge la formation continue et le perfectionnement des agents du Ministère de la Santé. (Mais) il n'existe ni plan de formation, ni budget propre du Ministère consacré à la formation. Les formations se font au coup par coup au gré des financements accordés par les partenaires au développement ». Une rapide visite de terrain suggère aussi qu'un nombre important de personnel passe beaucoup de temps en séminaires et ateliers, moins pour apprendre quelque chose que pour y collecter des per-diem.

3. Quel est l'environnement des Ressources Humaines en Santé RHS) ?

3.1. Rémunération et financement des RHS

3.1.1. Les salaires et primes

Comparées aux pays voisins, les rémunérations des RHS au Togo semblent dans la moyenne. Comme souvent, la rémunération des agents recrutés par le Ministère de la Fonction Publique est strictement liée à la grille salariale des fonctionnaires. Plusieurs primes existent, pour compléter cette rémunération, mais le montant de ces primes paraît faible (a priori 20% du salaire de base au maximum³⁷). Comme illustré sur le graphique ci-dessous, la rémunération proposée est dans la moyenne de la sous-région. Il est probable que cette situation a néanmoins un impact négatif sur la motivation des personnels.



Source : BM

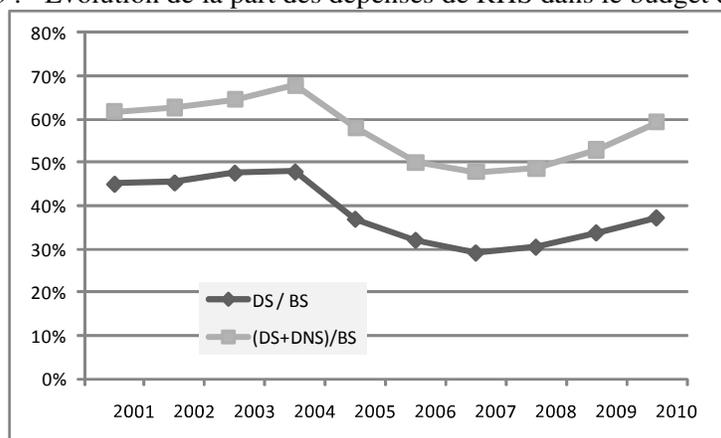
³⁷ Et seulement 5% pour le personnel affecté au Ministère (budget 2008).

De plus, les rémunérations des personnels ne sont pas ou très peu liées à la performance. La plupart des primes sont liées à une catégorie et parfois à un poste. Elles sont toujours forfaitaires. Seule la « ristourne » correspond à un embryon de prime à la performance. Dans chaque établissement de santé (du CHU à l'USP), à la fin de l'année budgétaire, 10% (maximum) des recettes propres³⁸ (i.e. recouvrement des coûts) sont versés à l'ensemble du personnel (en fonction de leur indice salarial). Cette prime crée donc une incitation à attirer plus de patients (ce qui est positif). Mais elle crée aussi une incitation à surprescrire. En fait, les agents interrogés lors d'une visite de terrain considèrent la prime comme un montant très faible (environ 5% de leur salaire mensuel) et donc peu susceptible d'influer positivement sur leurs motivations.

3.1.2. Financement des RHS

La part des dépenses de RHS dans le budget de la Santé n'a pas augmenté significativement. Si l'on prend en compte seulement les Dépenses Salariales (DS), il apparaît que celle-ci représentaient environ 37% du budget de la Santé, en baisse par rapport au maximum de 48% en 2004. Si l'on ajoute aussi les Dépenses Non Salariales (qui contiennent notamment les primes), l'évolution est la même, avec un taux toutefois plus élevé, autour de 60%. Manifestement, les dépenses de personnel de l'Etat n'ont pas été augmentées aux dépens des autres dépenses.

Figure 83 : Evolution de la part des dépenses de RHS dans le budget de la Santé



Source : DAC 2010

3.2. Fonction publique et gestion des RHS

Les capacités de gestion des RH au niveau central sont encore insuffisantes. Une partie des activités de la gestion des ressources humaines est prise en charge par la Direction Générale de la Fonction Publique (recrutement, intégration, avancement etc.), tandis qu'une autre est prise en charge par les Finances (rémunération notamment). De façon générale, on peut faire les observations suivantes : (i) l'inexistence d'une structure propre à la gestion des ressources humaines au niveau central ; (ii) l'éclatement actuel de la fonction au sein de deux directions : la direction des affaires communes et la direction de la planification ; (iii) l'insuffisance des moyens matériels et humains pour assurer efficacement la fonction. Le service du personnel ne compte

³⁸ Noter que certains établissements incluent les recettes issues de la vente des médicaments, tandis que d'autres les soustraient (ce qui est probablement plus prudent, en terme de gestion financière).

que quatre agents, dont aucun n'est spécialiste des questions de gestion de ressources humaines. Quant à la division de la formation du personnel, elle n'a été pourvue que très récemment d'un chef de division, avec un seul collaborateur.

La gestion des RH est par ailleurs très peu déconcentrée. En principe, **au niveau régional**, la direction régionale de la santé comprend en son sein un service des affaires communes chargé entre autres d'assurer la gestion du personnel de la région et de tenir à jour le fichier du personnel. De même, **au niveau préfectoral**, la direction préfectorale de la santé est chargée entre autres : (i) d'assurer la gestion des ressources humaines ; (ii) de procéder aux mutations du personnel de sa subdivision ; (iii) d'organiser des ateliers de recyclage pour le personnel sur le terrain. En réalité, la fonction RH semble être méconnue et ne suscite que très peu d'intérêt parmi les responsables régionaux.

Ressources Humaines en santé : principaux constats

La **disponibilité** des RHS reste encore insuffisante, même si les effectifs sont déjà supérieurs aux normes minimales de l'OMS. La situation la plus inquiétante concerne les médecins et surtout les spécialistes. On note que le Togo souffre d'une migration assez élevée de ses médecins, même si l'impact de ce phénomène sur la disponibilité des RHS est finalement négligeable. Le véritable goulot d'étranglement est moins la capacité de recrutement du Ministère de la Santé que la capacité de production des personnels (i.e. écoles de formation). Au demeurant, la capacité budgétaire de recrutement du Ministère de la Santé pourrait être optimisée en ralentissant les recrutements administratifs, qui ont progressé beaucoup plus vite que les recrutements de cliniciens.

La **distribution géographique** des RHS est extrêmement inéquitable au Togo. C'est particulièrement le cas des médecins, dont 75% sont concentrés dans la capitale. De toute évidence, les prochains recrutements de médecins devront être accompagnés de sérieuses garanties que ces nouvelles recrues s'installent effectivement en dehors de Lomé. On note aussi l'absence de politique pour inciter les personnels à s'installer en zone rurale. De plus, le Togo est un des rares pays africains où l'ensemble des écoles de santé sont regroupées dans la capitale, situation qui favorise encore plus cette iniquité de distribution.

La **performance** des RHS est probablement faible, même si très peu de données sont disponibles. Les niveaux de salaires sont dans la moyenne sous-régionale. Mais la qualité de la formation s'est probablement dégradée (étant donnée la diminution du nombre d'enseignants expérimentés). L'absence de gestion à la performance des fonctionnaires contribuent aussi à réduire la motivation des personnels.

Chapitre 7 : MEDICAMENTS, VACCINS, PRODUITS SANGUINS ET EQUIPEMENTS

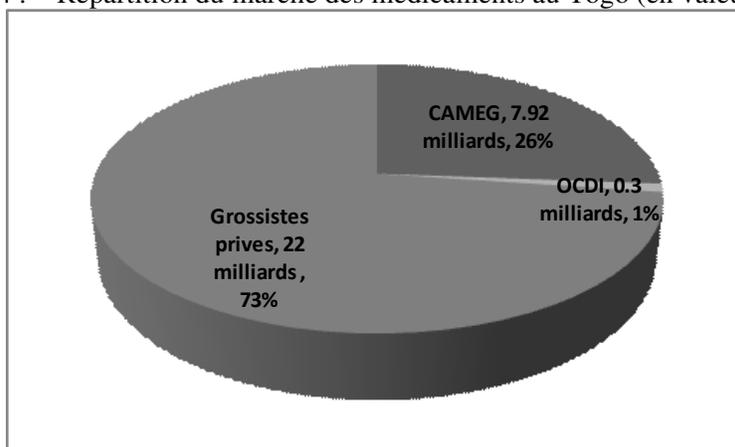
1. Médicaments modernes

Cette section sur les médicaments modernes comprend deux parties distinctes :

- Dans les sous-sections 1.1 à 1.4, on décrit l'organisation du secteur pharmaceutique, et notamment la chaîne allant de la sélection des médicaments (à acheter) à leur distribution au niveau local ;
- La dernière sous-section (1.5) traite des facteurs pouvant expliquer l'accessibilité des médicaments pour la population. Elle inclut donc notamment une analyse (i) de la disponibilité locale des médicaments, (ii) des pratiques de prescription et (iii) des prix pour les utilisateurs finaux.

Le secteur privé est le fournisseur largement majoritaire de médicaments au Togo. Comme le montre le graphique suivant, les grossistes privés (GT PHARM, SOCO PHARM, UNIPHART et SOTOMED) représentent à eux seuls 89% du total du Chiffres d'Affaires réalisé au Togo sur les médicaments en 2007 (22,5 milliards de FCFA). La CAMEG-Togo (ancienne société d'Etat) représente, avec un chiffre d'affaires de 2,5 milliards en 2007, seulement 10% du chiffre d'affaires total. Cependant, lorsque les prix unitaires de la CAMEG sont convertis en prix grossiste privé (les prix des grossistes sont 3,3 fois plus élevés que ceux de la CAMEG), le chiffre d'affaires de **la CAMEG représenterait alors 1/3 du marché global du pays** (avec 7,9 milliards de FCFA). Enfin, l'OCDI, grossiste/répartiteur privé-confessionnel sans but lucratif, a réalisé en 2007 un chiffre d'affaires d'environ 300 millions de FCFA, soit environ 1% du marché du médicament au Togo.

Figure 84 : Répartition du marché des médicaments au Togo (en valeur, prix privés) - 2007



source : audit-évaluation du secteur pharmaceutique au Togo – volume 1 : la PPN (2009)

NB : la part du chiffre d'affaire de la CAMEG a été convertie en prix privé, c'est-à-dire multipliée par 3,3, pour être comparable aux marges du secteur privé

Les circuits d'approvisionnement sont nombreux, se superposent et ne respectent parfois pas la loi pharmaceutique (loi sur la Pharmacie et le Médicament, loi-cadre n°2001 – voir encadré 12),

qui stipule par exemple que les producteurs locaux n'ont a priori pas l'autorisation de délivrer directement les médicaments aux Formations Sanitaires.

Figure 85 : Schéma récapitulatif des circuits d'approvisionnement et de distribution des médicaments au Togo (voir annexe 7.1.)

1.1. Pilotage stratégique du système pharmaceutique

1.1.1. Réglementation pharmaceutique

Il existe au TOGO trois lois qui traitent de la gestion de la politique pharmaceutique:

- La loi sur la Pharmacie et le Médicament, loi-cadre n°2001 définit les médicaments gérés par le pharmacien et les activités du pharmacien ;
- La loi n° 2004-017 portant création de l'Ordre National des Pharmaciens, oblige tous les pharmaciens à s'inscrire à l'Ordre ; et
- La loi n° 98-008 portant contrôle des drogues.

Encadré 15 : Loi pharmaceutique au Togo : les outils de réglementation existent-ils ?

La loi sur la Pharmacie et le Médicament (loi-cadre n°2001) définit le médicament et les différents produits pharmaceutiques entrant dans le monopole du pharmacien. Elle traite de l'ensemble des activités relatives au médicament (enregistrement, importation, publicité et information pharmaceutique, dons). Elle définit également les règles et activités liées aux substances dites vénéneuses (différents tableaux ou listes), en conformité avec la loi portant contrôle des drogues (voir ci-dessous). Elle statue sur les différents modes d'exercice de la pharmacie (production, distribution en gros, pharmacie hospitalière, officine, dispensation aux patients etc.) et définit le rôle de l'inspection pharmaceutique.

Toutes les dispositions pénales concernant le non respect de l'exercice de la pharmacie sont prévues et permettent de mettre en place un dispositif efficace contre le marché illicite du médicament et les contrefaçons, pour autant qu'il y ait une réelle volonté politique de le mettre en œuvre,

Par ailleurs, cette loi traite de la majorité des problèmes rencontrés dans le secteur pharmaceutique, en particulier ceux concernant la gestion défailante des médicaments et la tarification appliquée à l'hôpital, même si ses textes réglementaires d'application sont loin d'être finalisés.

source : audit-évaluation du secteur pharmaceutique au Togo – volume 1 : la PPN (2009) et analyse BM

1.1.2. Les institutions chargées de mettre en œuvre la réglementation pharmaceutique

L'Autorité Nationale de Réglementation Pharmaceutique (ANRP) est représentée par la DPLET (Direction des Pharmacies, des Laboratoires et des Equipements Techniques) et l'inspection pharmaceutique. La DPLET est chargée de la mise en œuvre de la politique pharmaceutique nationale à travers 7 fonctions principales à savoir : (i) le système national de réglementation pharmaceutique, (ii) l'inspection, (iii) les autorisations de mise sur le marché (AMM) des médicaments, (iv) la pharmacovigilance, (v) l'accès au laboratoire de contrôle de qualité des médicaments, (vi) les essais cliniques, et (vii) l'information et le contrôle de la publicité.

La DPLET compte aujourd'hui six pharmaciens et un médecin biologiste (affecté à la Division des Laboratoires). Cinq pharmaciens exercent une activité partielle à la Direction, en plus d'une activité complémentaire, hospitalière ou au sein d'un programme spécifique. Le cumul des fonctions auquel ils sont soumis pose des problèmes dans la bonne gestion de la DPLET : cette

dispersion des activités limite le niveau d'implication sur des tâches essentielles et pourrait nuire à leur indépendance, dont ils ne sauraient se départir dans leurs fonctions de base.

Figure 86 : Organigramme de la DPLET

DIRECTEUR					
Division des pharmacies (1 Pharmacien partiel)	Division des laboratoires (1 médecin biologiste)	Contrôle de qualité des médicaments (1 pharmacien partiel)	Pharmacovigilance (1 pharmacien partiel)	Inspection pharmaceutique (1 pharmacien partiel)	Information et publicité pharmaceutique (1 pharmacien partiel)

source : audit-évaluation du secteur pharmaceutique au Togo – volume 1 : la PPN (2009)

Par ailleurs, les fonctions définies pour la DPLET par les textes réglementaires ne correspondent plus aux besoins actuels. A titre d'exemple, la DPLET ne devrait plus jouer de rôle dans l'approvisionnement des formations sanitaires publiques (c'est le rôle de la CAMEG). Elle devrait en revanche jouer un rôle essentiel dans la garantie de qualité des produits pharmaceutiques importés pour ces mêmes formations sanitaires. Dans le cadre d'amélioration de sa performance, la DPLET doit procéder à la mise à jour des textes réglementaires, la rédaction des fiches de poste et des procédures, la description des postes et surtout la mise en place un système d'autoévaluation (audit interne).

L'inspection pharmaceutique a aujourd'hui été intégrée dans une Inspection Générale de la Santé.

1.2. Sélection des médicaments

1.2.1. Le choix des médicaments

La Liste Nationale des Médicaments Essentiels existe, mais sa diffusion reste encore faible. La Liste Nationale des Médicaments Essentiels (LNME) a été créée en 1997 et révisée en 2007. Elle comptait en 2006 (d'après ReMed) 506 médicaments, dont 176 (soient 35%) qui correspondaient à la liste officielle OMS. Les médicaments de la Liste Nationale des Médicaments Essentiels Génériques (LNMEG) sont censés apparaître dans la nomenclature. Cependant, on observe au Togo que, pour une même DCI et un même dosage, il existe parfois 5 à 6 produits différents enregistrés, alors que le rôle de l'enregistrement est précisément de faire des choix, afin de limiter les produits à gérer en stock : il en découle des difficultés rencontrées par les grossistes pour gérer correctement leurs stocks parmi un nombre trop important de génériques équivalents.

Par ailleurs, la liste s'avère très peu connue et peu respectée sur le terrain, sauf dans les USP, notamment celles qui sont encadrées par un projet. Dans la plupart des hôpitaux, la liste n'est pas la référence pour les prescriptions. Cela génère une certaine dérive des prescriptions, dérive qui n'apportera aucune amélioration thérapeutique au patient et lui coûtera plus cher.

Les phyto-médicaments tel que les produits naturels reconnus par l'OMS (compléments alimentaires), les produits « bio », les produits de phytothérapie (à base de plantes médicinales), d'aromathérapie (huiles essentielles) et de l'homéopathie sont règlementés par le Code de la

Santé Publique mais l'absence de textes d'application favorise l'envahissement incontrôlé du marché avec des produits de toutes sortes et d'origine inconnue.

Il faut aussi souligner que les **difficultés de l'ANRP pour contrôler les importations illicites et les dons** ainsi que la faiblesse de l'inspection pharmaceutique contribuent à rendre quasi-impossible la traçabilité du médicament mais aussi le contrôle de l'adéquation des équipements biomédicaux une fois introduits sur le territoire national. Cette situation expose la population à des prestations de mauvaise qualité et aux effets néfastes de médicaments d'origine douteuse.

1.2.2. L'enregistrement des médicaments

L'enregistrement des médicaments au Togo est théoriquement régulé, mais dans les faits, il n'apparaît pas fonctionnel. La nomenclature des médicaments prend compte tous les médicaments enregistrés sur le territoire togolais, et qui ont ainsi le droit d'être en circulation. La Loi sur la Pharmacie et le Médicament du TOGO consacre tout un chapitre sur l'enregistrement (chapitre II) et indique dans son article 19 : « *nonobstant une dérogation justifiée par des motifs d'urgence constatée par le Ministre de la Santé, la fabrication ou l'importation de tout médicament au TOGO, sa mise en vente et sa libre circulation ne sont autorisées qu'après son enregistrement à la nomenclature nationale des spécialités et des médicaments essentiels génériques* ».

D'après l'audit du secteur pharmaceutique de 2008, l'activité d'enregistrement des médicaments semble quantitativement importante : en 2007, 380 enregistrements et 293 renouvellements ; en 2008 : 348 enregistrements et 176 renouvellements, selon la DPLET. La liste des médicaments enregistrés en 2011 s'étend au total à 2851 Médicaments différents (ce qui est largement supérieur à la liste des MEG et rend ainsi compte d'une faiblesse de l'enregistrement sous même DCI).

Cependant, on ne peut dire pour autant que l'enregistrement fonctionne correctement : il ne répond pas à un corpus de critères et de procédures techniques précis. Selon les listings des grossistes, plus de 3,500 produits circulent au TOGO, en partie sur le marché licite.

De surcroît, il n'existe pas de répertoire technique de tous les enregistrements effectués. Le logiciel fourni par l'OMS (SIAMED) ne fonctionne plus et le listing informatique qui a été fourni à la mission par la DPLET semble ne pas avoir été mis à jour depuis 2005.

La garantie de qualité des médicaments commercialisés sur le territoire togolais est par conséquent plutôt faible.

1.3. Acquisition, stockage et distribution des médicaments au Togo

1.3.1. La production locale

Il existe 3 usines de production de médicaments locales au Togo.

- GGIA, (la plus ancienne) fabrique des MEG courants, les reconditionne dans des piluliers et les commercialise à travers les grossistes ;
- Le Laboratoire TONGMEI (à capitaux chinois) est installé en zone franche, et produit essentiellement des MEG de la LNME ; et
- STRUCKFIELD, le 3^{ème} site de production au Togo, travaille en collaboration avec la CAMEG pour la préqualification des produits proposés.

Globalement, l'ensemble des produits fabriqués localement est constitué des Médicaments Essentiels Génériques (MEG) de la LNME. Il existe également une production de stupéfiants et psychotropes réalisée par STRUCKFIELD, laquelle sera complétée par la future usine BIOTYS qui s'installera à Kara.

1.3.2. Procédures d'acquisition : les importateurs, grossistes répartiteurs

L'approvisionnement, le stockage et la distribution des médicaments sont assurés par **quatre grossistes répartiteurs à but lucratif, un grossiste dépositaire confessionnel, et un grossiste répartiteur à but non lucratif (type loi 1901)** à gestion autonome créé sous l'égide du ministère de la santé (CAMEG – Togo) et liée à l'Etat par une convention. L'activité de ces structures n'est pas contrôlée par la DPLET du fait du manque d'inspecteurs assermentés et de moyens de supervision.

Le niveau régional est composé de 5 dépôts pharmaceutiques régionaux (deux succursales de la CAMEG et trois dépôts autonomes) qui, en même temps que le niveau central, desservent au niveau périphérique les pharmacies à usage interne des formations sanitaires publiques autorisées à faire du recouvrement des coûts, des officines privées de pharmacie, des dépôts pharmaceutiques privés agréés qui assurent la dispensation des produits pharmaceutiques.

Le secteur de l'importation et la vente en gros des médicaments au TOGO comporte donc : (i) des importateurs privés (qui sont aussi distributeurs), (ii) des importateurs et distributeurs publics (CAMEG et dépôts régionaux), et (iii) l'OCDI, importateur et distributeur à but non lucratif confessionnel.

a) Les importateurs privés à but lucratif, qui sont aussi distributeurs :

Il s'agit de :

- GT PHARM,
- SOCOPHARM,
- UNIPHART, et
- SOTOMED.

Globalement, l'audit du secteur pharmaceutique du Togo a montré que ces importateurs/distributeurs **respectent bien la réglementation pharmaceutique quant à l'enregistrement, la distribution et la politique des prix**. Leur chiffre d'affaires s'est élevé à 22 milliards de FCFA en 2007. Cependant, ils souhaitent une révision des marges applicables, bénéficiant selon eux d'une marge assez faible par rapport à la sous-région (13% au Togo en moyenne contre 22,5% au Niger au maximum et 17% au Bénin au minimum).

b) Les importateurs et distributeurs publics

Historiquement, la création de la CAMEG s'est inscrite dans l'évolution de la politique de soins de santé primaires et de recouvrement des coûts au Togo. Elle a été créée en 1998, sous le statut d'Association régie par la loi du 1^{er} juillet 1901. En 2004, une fusion entre la CAMEG et TOGOPHARMA (la société d'Etat monopolistique dans le domaine) a entraîné la création de la CAMEG-TOGO. Cette situation a eu pour effet de modifier profondément la CAMEG : de structure souple et de petite taille, œuvrant avec un budget de fonctionnement réduit, elle a évolué vers une entité relativement lourde, tant en termes de frais de fonctionnement (plus de 350 millions de FCFA) que d'effectif (passant de 46 personnes en 2002 à plus de 100 personnes) puisque le personnel de Togopharma avait été intégré dans la CAMEG. Face à l'accroissement de l'activité qui s'en est suivit, et à la persistance des irrégularités, elle reprit un statut d'Association Sans But Lucratif de droit privé en 2007. Cependant, cette fusion entre société d'Etat et association privée n'a toujours pas abouti aujourd'hui à une définition claire des statuts de la CAMEG. Actuellement, la décision de liquidation de Togopharma a finalement été

décrétée (juillet 2009) et le processus suit son cours ; il reste malgré tout des difficultés liées au personnel qui avait été incorporé à la CAMEG (la pléthore de personnels entraîne des coûts financiers non négligeables ainsi qu'un environnement social délétère).

La mission de la CAMEG est d'acquérir les médicaments au meilleur prix et de les céder à un « prix social » aux Formations Sanitaires. Les procédures d'approvisionnement consistent en un achat par mise en concurrence des divers fournisseurs à l'intérieur de la liste de fournisseurs pré-qualifiés³⁹. Toujours d'après l'audit du secteur pharmaceutique (2009), le suivi des commandes est bien organisé, ainsi que toutes les procédures allant de la consultation restreinte des fournisseurs à la réception des produits. Mais en 2008, les délais de livraison ont obligé la CAMEG à avoir entre 6 à 7 mois de stock, ce qui suppose une très bonne trésorerie, plutôt en décroissance en réalité. La gestion des stocks est très satisfaisante et saine. Par ailleurs, la nomenclature de la CAMEG correspond presque parfaitement à celle de la LNME, conformément au règlement. La gestion commerciale par contre est sans doute le maillon faible de la CAMEG : la qualité de sa relation avec ses clients est généralement assez faible, et presque inexistante avec les PRA (Pharmacies Régionales d'Approvisionnement – succursale de la CAMEG). Ces relations peu développées entre la CAMEG et ses clients laisse l'opportunité pour les grossistes privés d'aller traiter directement avec les hôpitaux par exemple : les hôpitaux travaillent ainsi parfois avec les grossistes privés et la CAMEG en même temps, ce qui alourdit encore les circuits d'approvisionnement et complique la gestion des flux de médicaments des formations sanitaires.

Encadré 16 : La CAMEG en difficulté financière : quelles solutions ?

L'audit financier et comptable réalisé par la mission du MSP (avec l'AFD) a permis d'analyser la situation économique de la CAMEG. Une forte régression du résultat net d'exploitation sur les trois dernières années (2005, 2006 et 2007) est ainsi observable. Ceci est du essentiellement à :

- une impossibilité légale d'augmenter son taux de marge ;
- une progression du chiffre d'affaire insuffisante ; et
- une inflation des coûts des facteurs de production.

S'ajoute une créance de l'Etat qui s'élevait en octobre 2008 à 509 millions de FCFA, dont 373 millions pour les médicaments hors ARV, et 136 millions pour les ARV. Cette créance représente 20% du chiffre d'affaire annuel de la CAMEG et limite fortement le financement disponible pour le réapprovisionnement périodique.

Le Ministère de la Santé et ses partenaires s'accordent à penser que la CAMEG doit être confortée dans sa mission et jouer un rôle central tant pour l'approvisionnement en MEG des formations sanitaires que pour, à moyen terme, les fonctions d'approvisionnement dans les programmes verticaux (PEV, Santé Reproductive et lutte contre le VIH/SIDA, le Paludisme et la Tuberculose notamment).

A cette fin, l'audit du secteur pharmaceutique réalisé en 2008 a identifié les actions prioritaires qui doivent être menées pour lever les contraintes internes et externes qui fragilisent actuellement la CAMEG et qui menacent à terme son fonctionnement. Il s'agit, entre autres actions, de: (i) la liquidation de la société d'État TOGOPHARMA, dont une partie du personnel a été affecté à la CAMEG, ce qui gonfle la masse salariale et entretient une situation institutionnelle et juridique délétère pour la bonne marche de l'institution ; (ii) la signature d'une convention État-CAMEG destinée à préciser les droits et obligations des parties, dont les exonérations fiscales au bénéfice de la CAMEG, (iii) l'apurement des dettes de l'État vis-à-vis de la CAMEG ; (iv) l'intégration à l'administration de la CAMEG des trois dépôts régionaux autonomes de Tsévié, Sokodé et Dapaong, de façon à harmoniser le système d'approvisionnement national ; (v) le renforcement de sa fonction commerciale et de communication. A cela

³⁹ Sauf en 2008 où les délais trop longs d'approvisionnement ont poussé la CAMEG à acheter en dehors des fournisseurs hors pré-qualifiés, ce qui a décrédibilisé la centrale.

s'ajoute la nécessité d'améliorer les pratiques de stockage, condition figurant parmi les exigences du Fonds Mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme.

Des interventions programmées des partenaires (Fonds mondial et projet AFD notamment) visent à renforcer le rôle central de la CAMEG tant pour l'approvisionnement en MEG des formations sanitaires que pour celui des programmes verticaux. Cependant, il existe des préalables à ces interventions programmées, tel que l'application effective de la convention signée Etat-CAMEG. Une fois cette convention signée, l'AFD, par exemple, interviendra pour renforcer et rationaliser la CAMEG, en réalisant : l'intégration des 3 dépôts régionaux à la CAMEG ; la révision du cadre des Ressources Humaines de la CAMEG et ; la revitalisation de la fonction commerciale de la CAMEG.

source : audit-évaluation du secteur pharmaceutique au Togo – volume 2 : la CAMEG (2009)

La CAMEG possède également deux succursales dans les régions des Plateaux et de Kara : les Pharmacies Régionales d'Approvisionnement (PRA) de Kara et d'Atakpame. Ces deux dépôts régionaux sont des succursales de la CAMEG, dépendant directement de la Direction générale : leurs budgets de fonctionnement respectifs ne sont pas différenciés et font partie intégrante du budget de la CAMEG. D'après la mission d'audit de 2008, les locaux de ces succursales ainsi que leur équipement sont adéquats, et la gestion des stocks y est globalement satisfaisante. Par contre, il existerait un problème de disponibilité du pharmacien compte tenu du cumul de fonctions. Les produits pharmaceutiques sont uniquement livrés par la CAMEG-TOGO, mais une relativement faible disponibilité des médicaments y a été observée (74% de disponibilité pour les 55 médicaments traceurs, contre 89% au sein de la CAMEG seule). Leurs clients majeurs sont les Centre Hospitaliers Régionaux

Enfin, il existe également **trois autres dépôts régionaux**, qui n'appartiennent pas à la CAMEG-TOGO : ceux de TSEVIE, SOKODE et DAPAONG. Ils possèdent le statut de structure autonome, mais dépendent directement du niveau central via les DRS, et ont uniquement un rôle de distributeur (ils n'importent pas directement de médicaments). Leur clientèle varie selon les trois dépôts : ce sont pour tous les Formations sanitaires publiques et privées confessionnelles ; mais le Dépôt de Dapaong fournit également les FS privées à but lucratif. Les dépôts de Tsevie et de Dapaong fournissent également directement des patients détenteurs d'ordonnance et délivrent ainsi comme une officine normale. De manière générale, leur statut juridique mal (voire non) défini pose un réel problème de fonctionnement : on note par exemple des dysfonctionnements dans la gestion des comptes bancaires du dépôt de SOKODE, et des lacunes dans le suivi des transactions pour le dépôt de Dapaong (Annexes 11, 12 et 13 du rapport d'audit du secteur pharmaceutique de 2009).

c) L'OCDI, importateur et distributeur à but non lucratif confessionnel.

Le secteur privé non lucratif est représenté essentiellement par l'OCDI (Organisation de la Charité pour un Développement Intégral), qui possède une centrale d'achat de médicaments. Celle-ci alimente les formations sanitaires et les centres sociaux de la Conférence Episcopale du TOGO, qui, en termes d'activités sanitaires, représente 91 structures, dont 7 hôpitaux, 30 CMS, 33 dispensaires, 8 PMI et 13 cases de santé. Leurs achats se font essentiellement auprès d'IDA (Fondation aux Pays-Bas) pour 75%, puis à Action Medeor (Allemagne), à Pharmaquick (Bénin) et Tongmer.

Les médicaments des programmes nationaux sont achetés, gérés et distribués en partie par la CAMEG, en partie par les programmes eux-mêmes, appuyés par la DPLET pour les achats. Pour ce qui est des médicaments des programmes (tels que le PNLS, le PNLP, le PNLT, la DSF et la DEPI), c'est le programme, donc le MS, qui est responsable de leur importation, quand ils ne sont pas achetés par la CAMEG ; ils sont distribués soit à travers la CAMEG, soit directement par le programme. Par exemple, les produits fournis sur financement du Fonds Mondial sont stockés à la CAMEG, qui a la responsabilité, sur base d'un contrat avec le PNUD, de fournir tous les trimestres un « reporting » des distributions et dispensations. Aujourd'hui les principaux programmes gérant les médicaments et/ou autres dispositifs médicaux (le PNLS, le PNLP, le PNLT, la DSF et la DEPI, ainsi que certains partenaires internationaux) ont des systèmes d'approvisionnement et de distribution qui leur sont propres. Mais quand il leur arrive de passer par la CAMEG-Togo pour l'acquisition de leurs produits pharmaceutiques (selon la source de financement), se pose alors parfois le problème de frais de fonctionnement à verser à la CAMEG pour lui permettre de gérer lesdits produits. Les retards dans le versement de ces frais, voire l'absence de paiement de ces frais, ne permettent pas à la CAMEG de reverser à son tour les 5% normalement prévus pour la couverture des frais de gestion sur l'ensemble de la chaîne d'approvisionnement aux dépôts régionaux (contrat de gestion CAMEG / UGP-PNUD). Pourtant, le personnel du dépôt de Tsevie par exemple consacrerait 50 à 60% de son temps au suivi et à la gestion des produits du Fonds Mondial.

Enfin, le Service de Santé des Armées n'importe pas directement : il s'approvisionne auprès d'un importateur pharmaceutique national (privé ou CAMEG). S'il lui arrivait d'importer directement des médicaments, ce serait selon une logistique propre, dépendant du Ministère de la Défense et non du MS.

Voir Schéma récapitulatif des circuits d'approvisionnement (Annexe 7.1.).

1.4. Le contrôle qualité des médicaments au Togo est largement insuffisant

En plus d'un manque d'actualisation de la LNME qui rend difficile le contrôle des médicaments sur le territoire togolais, il n'existe pas encore aujourd'hui (en 2008) au TOGO de laboratoire national de contrôle de qualité des médicaments (LNCQ). Un local indépendant dans l'enceinte du Laboratoire National d'Hygiène avait été réhabilité, il y a huit ans, et un projet de LNCQ avait été élaboré qui devait être financé par la BID et semble encore en cours.

La CAMEG pallie en partie l'absence de Laboratoire Nationale de Contrôle de la Qualité. Sauf au sein de la CAMEG, il n'existe pas d'archivage des produits contrôlés. La DPLET ne procède pas aujourd'hui de façon systématique au contrôle externe de la qualité des médicaments. La CAMEG effectue en revanche cette tâche pour les produits qu'elle achète. Le grand atout de la CAMEG réside ainsi dans son système de contrôle de la qualité, qui garantit assez bien la qualité des produits achetés. C'est un avantage non négligeable pour un pays qui ne possède pas de laboratoire de contrôle qualité.

Les Bonnes Pratiques Pharmaceutiques sont peu connues par les personnels de santé et sont donc faiblement mises en œuvre. Les Bonnes Pratiques Pharmaceutiques (BPP) sont des règles internationales relatives à l'exercice de la pharmacie, quel que soit le domaine concerné :

fabrication, distribution, dispensation⁴⁰. La Loi sur la Pharmacie et le Médicament du TOGO cite par exemple les Bonnes Pratiques de Fabrication de l'OMS comme étant la référence pour la production nationale de médicaments (article 176). Mais force est de constater que ces BPP semblent peu connues de la part même des professionnels de la santé au Togo. Cela expliquerait en partie la faiblesse des stockages des médicaments dans les pharmacies hospitalières constatée par la mission d'audit.

⁴⁰ Les BPP ont pour objet : de garantir la bonne qualité du médicament fabriqué (efficacité et innocuité) ; une qualité assurée jusqu'à dispensation au malade ; et que le bon médicament est donné au bon malade (c'est-à-dire qu'il n'y ait pas d'erreurs de distribution ou de dispensation).

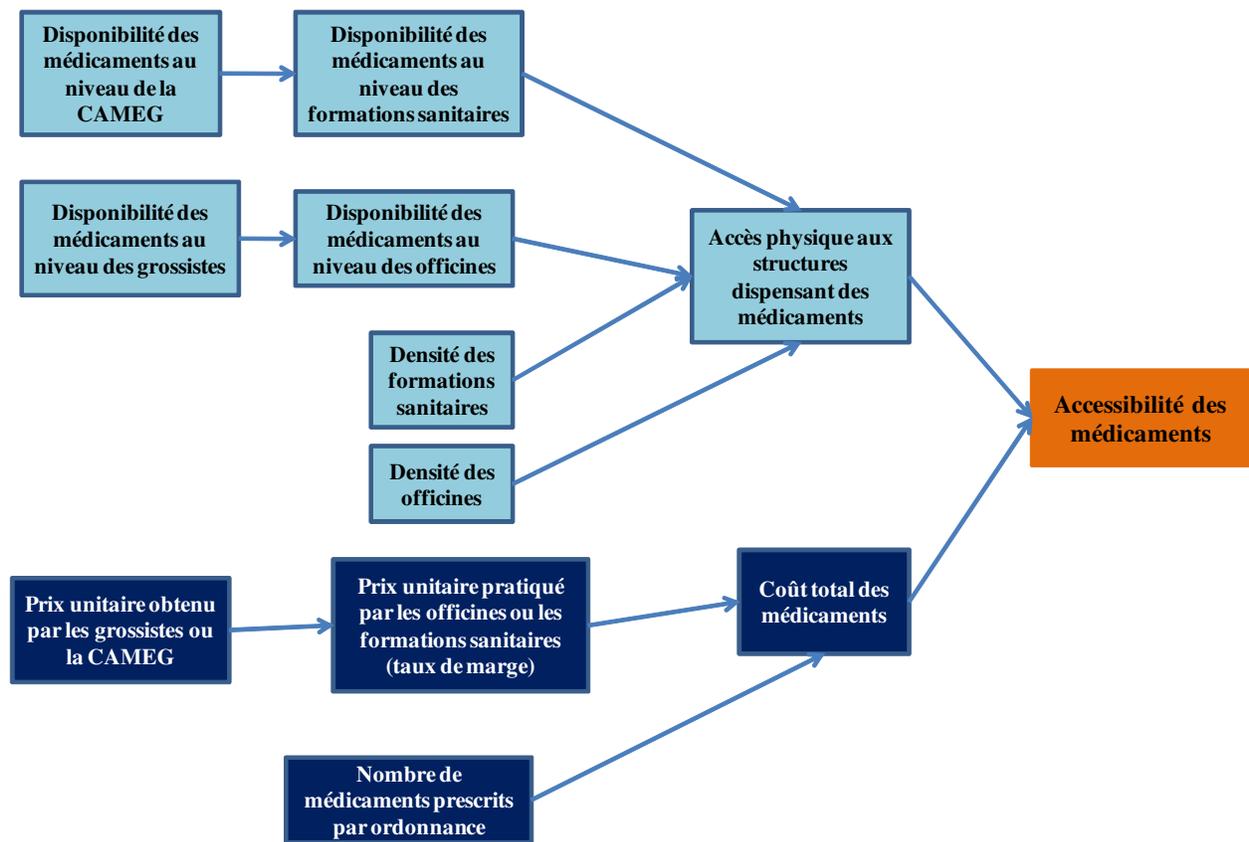
1.5. Facteurs expliquant l'accessibilité des médicaments au Togo

Dans un pays donné, l'accessibilité (et donc la consommation) des médicaments va dépendre de deux groupes de facteurs :

(i) **l'accessibilité physique des médicaments**, qui dépend à son tour de (ia) l'accessibilité géographique des structures de dispensation et de (ib) la disponibilité effective des médicaments (dans ces structures de dispensation) ;

(ii) **le prix moyen des ordonnances**, qui dépend à son tour (iia) du nombre de médicaments prescrits par ordonnance (i.e. pratiques de prescription) et (iib) du prix moyen des médicaments au niveau de l'utilisateur (ce dernier facteur dépend lui aussi de plusieurs paramètres, notamment l'efficacité des grossistes et les taux de marge pratiqués par les structures de dispensation).

Graphiquement, on peut résumer ces différents facteurs de la façon suivante :



Les paragraphes suivants explorent donc ces facteurs déterminant l'accessibilité du médicament au Togo.

1.5.1. Les structures de dispensation des médicaments sont-elles accessibles (i.e. assez nombreuses et équitablement réparties) ?

a) Les Officines privées sont principalement concentrées en zone urbaine

La DISER recense 152 officines pharmaceutiques en 2009, dont 136 dans la région de Lomé-Commune. Cette concentration en milieu urbain s'explique essentiellement par le fait qu'en milieu rural, la rentabilité économique des pharmacies reste limitée compte tenu du faible pouvoir d'achat des populations. En règle générale, les pharmaciens privés sont soucieux du prix des médicaments et favorisent les médicaments génériques, ainsi que la qualité.

b) Les structures publiques sont elles aussi mal réparties

Les structures publiques recensées, en charge de la dispensation des médicaments, sont les centres de niveau 1 (USP, CMS et Hôpitaux de Districts ou Préfectoraux) les centres hospitaliers régionaux. On a vu précédemment que leur répartition géographique reste inégale (mais moins que les officines privées).

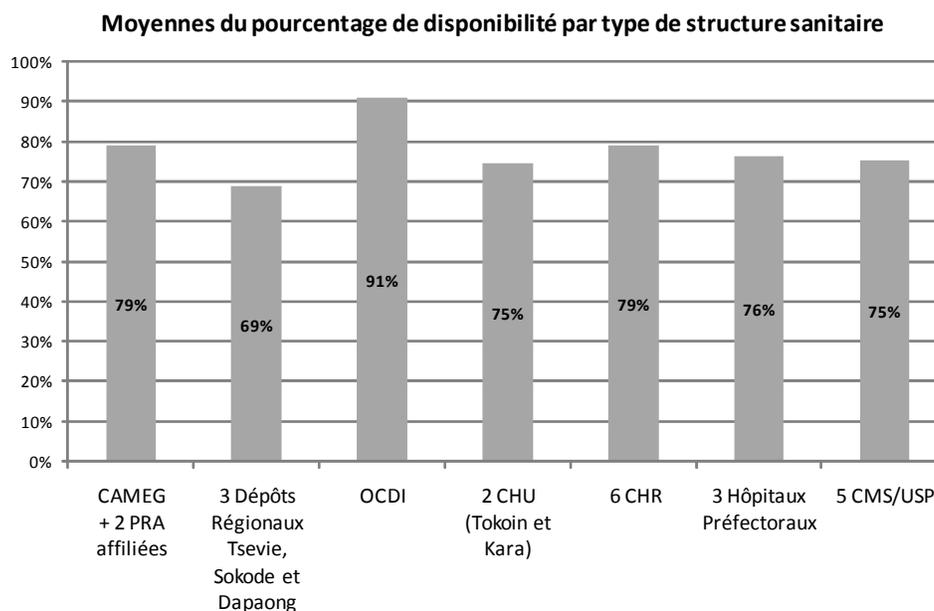
c) L'importance du marché illicite des médicaments reste inconnue

Il est très difficile d'évaluer l'ampleur du marché illicite du médicament. On peut juste constater son existence. Le marché central de Lomé possède des pharmacies mieux achalandées que certaines pharmacies officielles. Les hôpitaux, à Lomé et dans toutes les grandes villes des différentes régions, sont entourés de vendeurs de médicaments qui proposent toute une gamme de produits, y compris des antituberculeux, des antibiotiques et même des antipaludéens identiques à ceux délivrés par le Fonds Mondial. Malgré une requête du Conseil de l'Ordre des Pharmaciens au MS, il n'existe pas de plan officiel de lutte contre le marché illicite du médicament. Les pharmaciens ont organisé eux-mêmes une action ponctuelle d'information lors de la journée mondiale contre le marché illicite des médicaments. Il y a cependant eu, en 2000 et 2001, des formations de sensibilisation à ce problème pour les agents des douanes et de la police.

1.5.2. Les MEG sont-ils effectivement disponibles dans les formations sanitaires ?

Selon l'évaluation de la Politique Pharmaceutique Nationale de 2009, la disponibilité des MEG sur les 55 produits traceurs est en moyenne de 80% sur le territoire. La répartition de cette disponibilité selon différentes structures sanitaires est retracée dans le graphique suivant. Notons que la disponibilité des MEG au niveau de la CAMEG est de 89%. La moins bonne disponibilité des médicaments au sein des PRA a tendance à tirer vers le bas les résultats de la CAMEG associée à ces deux succursales.

Figure 87 : Disponibilité des médicaments traceurs selon le type de FS (en %)

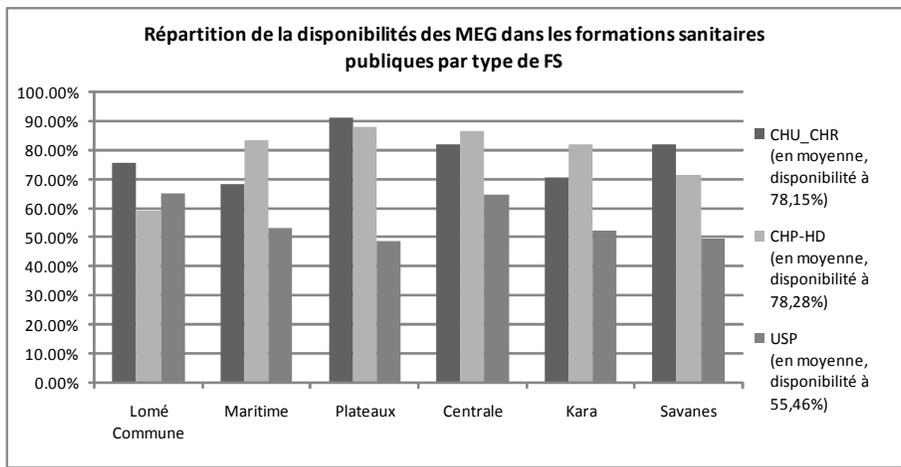


source : Audit-Evaluation du secteur Pharmaceutique – volume 1 PPN (Annexe 9)

La disponibilité des médicaments est moins bonne dans les FS périphériques. Le graphique suivant rend compte de la disponibilité des MEG au sein des différentes régions du Togo par type de FS en 2005⁴¹. Les USP présentaient des taux de disponibilité largement inférieurs par rapport aux CHU-CHR et aux CHP-HD. En effet, on comptait en 2005 seulement 55% de disponibilité des MEG au sein des USP, contre environ 78% pour les structures de soins de niveaux intermédiaire et supérieur. Les régions qui présentent les meilleurs résultats en termes de disponibilité des MEG sont les régions Centrale et des Plateaux, avec des taux moyens respectifs de 77% et de 75% (tout type de formation sanitaire compris).

Figure 88 : Moins bonne disponibilité des MEG dans les USP

⁴¹ Thèse de M. AGBOKPE de doctorat en pharmacie 2005



source : Thèse de M. AGBOKPE de doctorat en pharmacie 2005

De plus, des données détaillées sur la région des plateaux indiquent qu'en moyenne en 2003, seulement 65% des FS prioritaires présentaient un taux de disponibilité supérieur à 95% pour les ME. En 2008, ce sont 100% des FS prioritaires de la région qui disposent de plus de 95% des MEG.

Notons cependant que, d'après une étude de 2005⁴², 44% des ordonnances prescrites ne sont achetées que partiellement, la cause majeure étant l'indisponibilité des médicaments.

L'accès aux médicaments est donc limité par leur disponibilité. Une mauvaise répartition des structures de dispensation des médicaments est observable au Togo, avec une très forte inégalité de l'offre, les officines étant concentrées dans les zones urbaines. Mais même lorsque le patient a accès à une structure de dispensation, la garantie que les médicaments soient effectivement tous disponibles n'est pas non plus assurée.

1.5.3. La politique nationale des prix des médicaments est-elle en faveur des patients ?

Dans le secteur privé, les marges demeurent faibles et ne sont pas différenciées entre médicaments génériques et médicaments de spécialité. La politique des prix des médicaments prévoit dans le secteur privé une marge grossiste de :

- 13% pour les médicaments de spécialités,
- 30% pour les MEG.

Cependant, la différenciation entre le MEG et la spécialité n'est pas appliquée, car la commission d'enregistrement n'a pas fonctionné. Le secteur privé applique donc ces marges pour tous ses produits, mais avec la répartition suivante : 13% de marge grossiste et 30% de marge officine à partir d'un prix CAF. Ces marges sont aujourd'hui les plus basses de la sous région:

Tableau 25 : Comparaison des politiques tarifaires du médicament avec des pays de la région

<i>PAYS</i>	<i>MARGE</i>	
	<i>GROSSISTE</i>	<i>OFFICINE</i>
NIGER	25.50	35
MALI	22.00	25
BURKINA FASO	22.00	32
SENEGAL	18.35	30
CÔTE D'IVOIRE	18.05	51
BENIN	17.00	23
TOGO	13.00	30

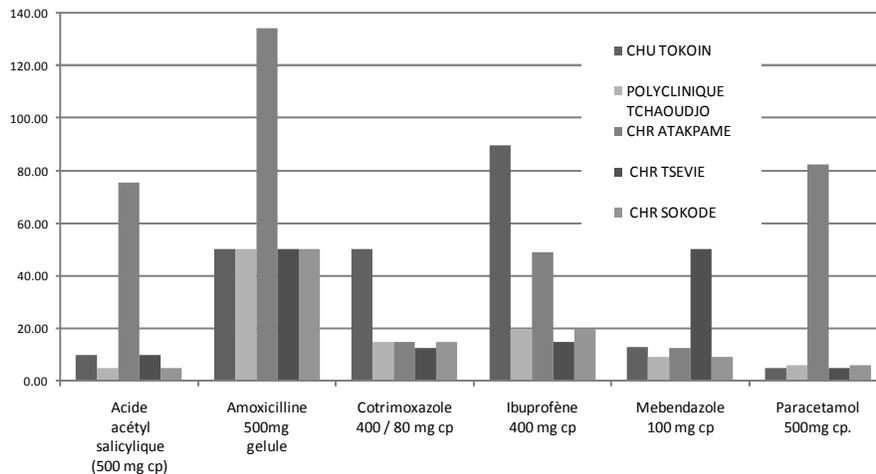
Source : audit-évaluation du secteur pharmaceutique au Togo – volume 1 : la PPN (2009)

Dans le secteur public, la politique des prix des médicaments n'est pas non plus respectée. Dans les pharmacies des formations sanitaires publiques et privées non lucratives (hôpitaux, CMS et USP), le prix public plafond devait être le même sur toute l'étendue du territoire (équité géographique) et être fixé chaque année par la Commission nationale d'enregistrement des médicaments. Il suppose une marge de 30% pour le grossiste (CAMEG et ses dépôts) et de 60%

⁴² Thèse de M. AGBOKPE de doctorat en pharmacie 2005

pour le détaillant. Dans la réalité, au sein de la CAMEG, les marges par produit peuvent aller de -193% à +76%, avec une marge moyenne de 23,59% (testée sur un échantillon): cette marge fluctuante n'a pas de logique, ni de prix, ni de famille de produits. Par exemple, les différentes insulines varient dans des marges de 27 à 29% ; les pénicillines varient dans des marges de 15% à 55%. La marge moyenne testée sur un échantillon large de produits (23,59%) est en phase avec la marge commerciale globale de la CAMEG pour l'année 2007, soit 26%. Les hôpitaux appliquent une tarification plutôt aléatoire : il n'y a de surcroît aucune équité géographique, puisque, suivant l'hôpital, le prix d'un même médicament peut varier du simple au double. Les CMS et USP appliquent les marges définies par leur COGES, mais respectent en gros les 60%, c'est-à-dire le prix public recommandé par la CAMEG. Le graphique suivant rend compte de l'inéquitable tarification des médicaments entre les différentes structures sanitaires au Togo. On observe que le CHU de Tokoin et le CHR Atakpame semblent pratiquer une certaine surtarification de leurs médicaments.

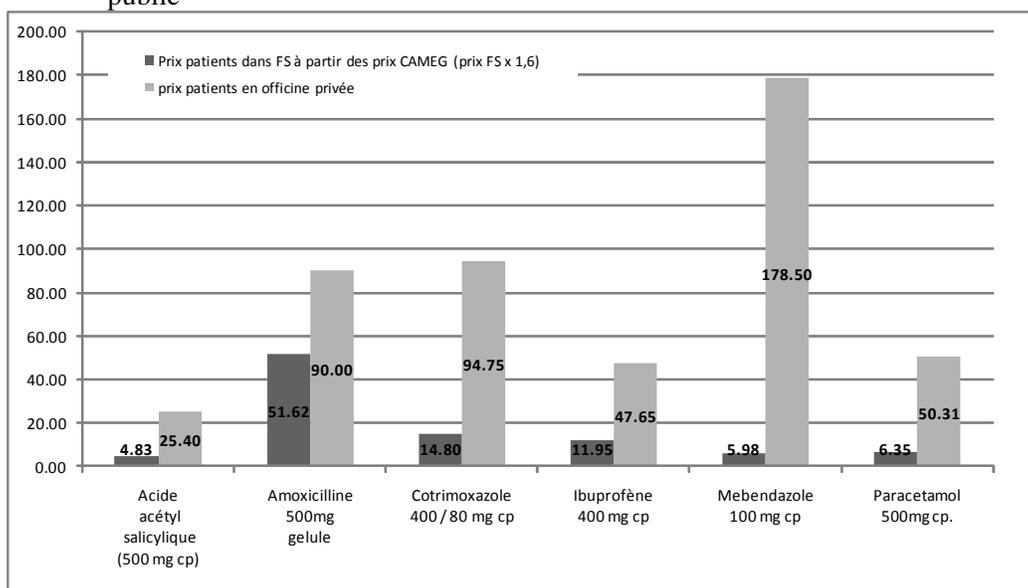
Figure 89 : Comparaison du prix patients de certains médicaments entre différentes FS



source : Audit-Evaluation du secteur Pharmaceutique – volume 1 PPN (Annexe 10 : Prix des Médicaments)

En plus d'une iniquité géographique, on observe une large différenciation des prix entre secteurs public et privé. Le pourcentage moyen d'augmentation en coût unitaire est de 334% entre le prix grossiste CAMEG (prix aux FS) et le prix grossiste aux officines privées. Le graphique ci-dessous rend compte de cette différence de pratique des prix entre secteurs privé et public. Sur les médicaments choisis, la différence est en moyenne de 55 FCFA. On note la très large augmentation du prix entre le secteur public et le secteur privé pour le Mebendazole (le prix privé est 28 fois supérieur au prix public).

Figure 90 : Comparaison des prix de certains médicaments entre secteur privé et secteur public



source : Audit-Evaluation du secteur Pharmaceutique – volume 1 PPN (Annexe 10 : Prix des Médicaments)

Encadré 17 : Qui finance les médicaments au Togo ?

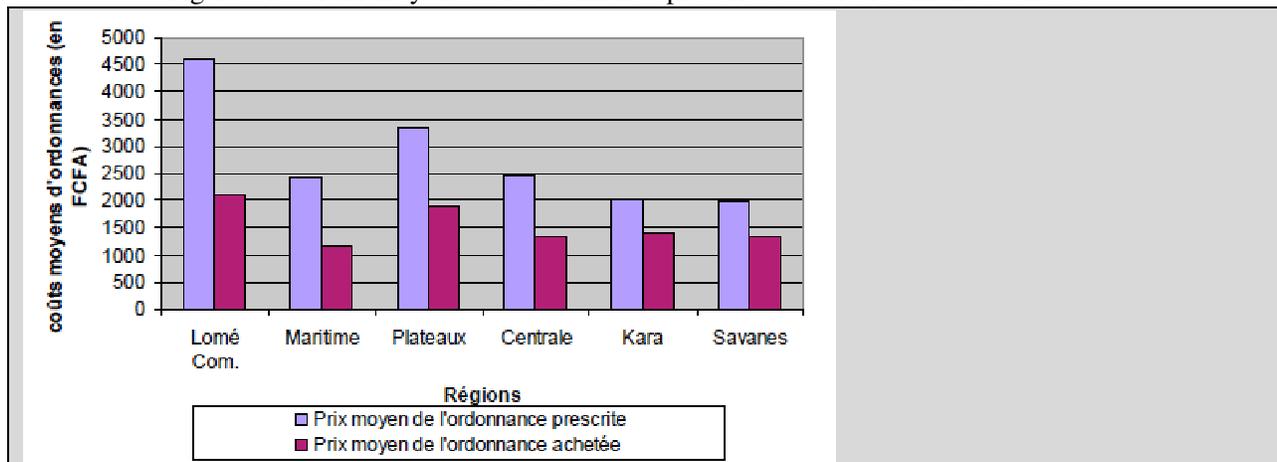
L'Etat alloue des subventions pour l'achat des ARV, des antituberculeux, des contraceptifs et médicaments spécifiques de certains programmes nationaux. Pour la prise en charge des PVVIH/SIDA, le financement provient majoritairement du Fonds Mondial. Celui-ci permet aussi l'achat d'antituberculeux, de CTA pour le paludisme, Artésunate/Luméfantrine et de moustiquaires imprégnées. Le traitement antipaludique est revendu à un prix subventionné de 450 FCFA les 24 comprimés pour un traitement adulte par exemple.

Mais les médicaments sont essentiellement financés par le recouvrement des coûts. Il n'y a pas de ressources émargeant au budget de l'Etat pour l'achat des médicaments dans les USP et les CMS, tandis que les subventions données aux hôpitaux autonomes sont rarement utilisées à cet effet. Ainsi **l'Etat finance seulement 3,66% des produits pharmaceutiques** et autres biens médicaux non durables (contre 96,34% par le financement privé, et essentiellement le recouvrement des coûts – CNS 2008).

Encadré 18 : Combien coûte en moyenne une ordonnance au Togo ?

En 2005⁴³, le prix moyen de l'ordonnance prescrite était de 2905 FCFA et le prix moyen de l'ordonnance achetée était de 1584 FCFA. Ces prix varient d'une région à une autre comme le montre la figure ci-dessous. Les ordonnances les plus chères se retrouvent à Lomé (4550 FCFA), contre des ordonnances d'environ 2000 FCFA dans les régions Kara et Savanes. On s'aperçoit surtout que le prix moyen des ordonnances achetées est largement inférieur. En moyenne, le coût moyen de l'ordonnance achetée représente 50% du coût moyen de l'ordonnance prescrite. 28% des ordonnances prescrites sont comprises entre 1000 et 2000 FCFA, et presque la moitié des ordonnances prescrites sont supérieures à 2000 FCFA.

Figure 91 : Prix moyens de l'ordonnance prescrite et de l'ordonnance achetée



source : Thèse de M. AGBOKPE de doctorat en pharmacie 2005

En 2008, le coût moyen des ordonnances semble varier aussi selon les formations sanitaires. Par exemple, dans le CMS Anie (Région des Plateaux), elle coûte en moyenne 4848 FCFA, contre 2091 FCFA au CMS Bon Secours et 1532 FCFA dans l'USP Kolina (région Centrale).

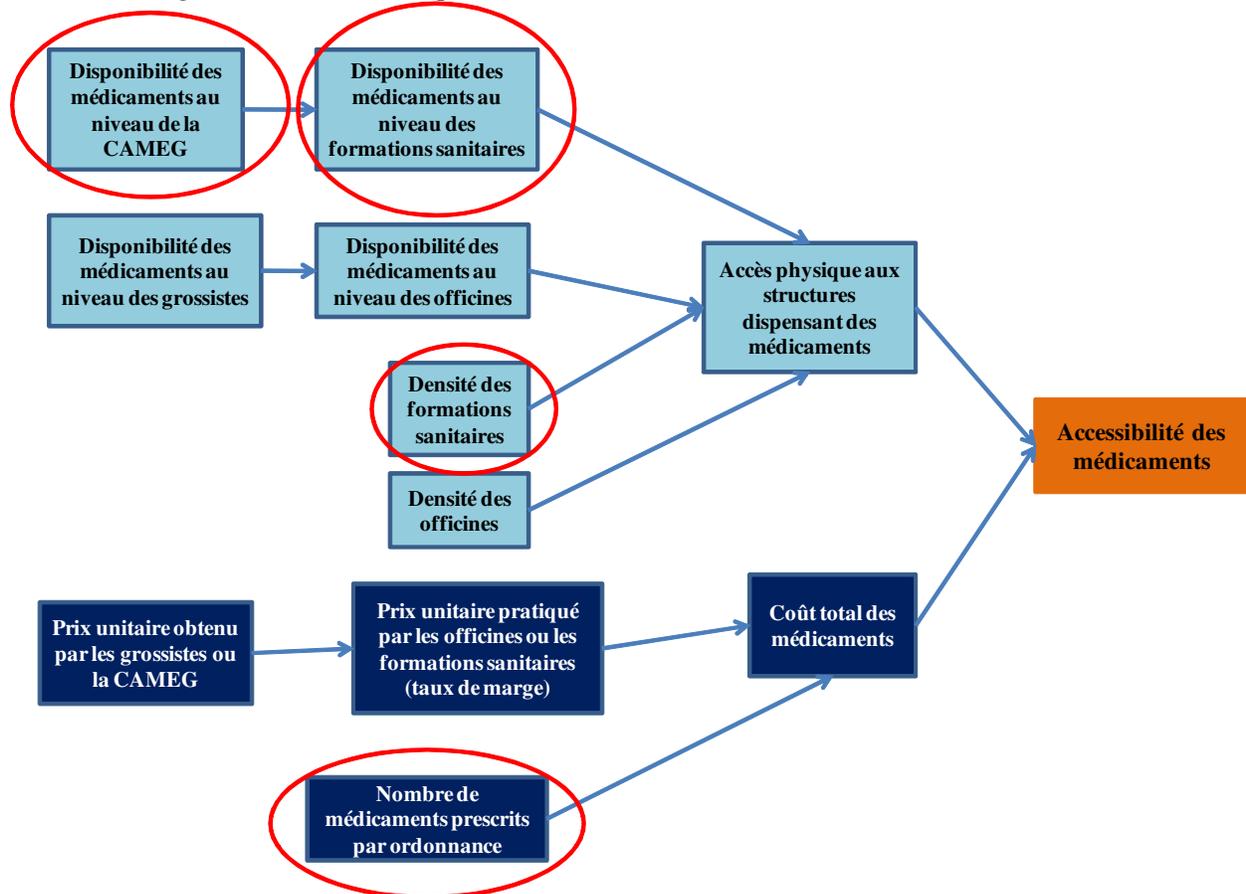
1.5.4. Les médicaments sont-ils correctement prescrits (en quantité et en qualité) ?

Les habitudes de prescription dans les formations sanitaires sont peu conformes aux directives de l'OMS d'usage rationnel des médicaments. Par exemple, les règles de bonne prescription de l'OMS recommandent entre autres de prescrire seulement un ou deux médicaments par ordonnance. Cependant, l'analyse des ordonnances de quelques formations sanitaires au Togo a montré que certaines mentionnaient deux à trois antibiotiques et antifongiques en même temps, en plus de vitamines et antipyrétiques. Il existe par ailleurs des référentiels pour la prise en charge des malades pour le SIDA, le Paludisme, la Tuberculose, les IST, la PCMINE : ces guides ne sont que rarement disponibles dans les FS. On observe enfin une insuffisante formation quant aux bonnes pratiques de prescription des personnels de santé prescripteurs.

⁴³ Thèse de M. AGBOKPE de doctorat en pharmacie 2005

Pour conclure, on a vu que l'accès aux médicaments pour la population est fonction de deux indicateurs majeurs : la disponibilité physique des médicaments et le coût moyen des ordonnances (voir figure ci-dessous).

Figure 92 : Facteurs explicatifs de l'accessibilité de médicaments



source : analyse BM

La première partie (i.e. partie haute) du graphique porte sur la **disponibilité des médicaments**. Celle-ci dépend de deux facteurs : (i) la disponibilité des médicaments dans les structures pouvant les dispenser (officines et formations sanitaires) et (ii) la densité géographique de ces structures.

Sur le premier point (disponibilité au niveau des structures), la situation du Togo est assez comparable à celle des pays voisins, c'est-à-dire pas vraiment satisfaisante. La disponibilité moyenne dans le secteur public (formations sanitaires) est de 80%, ce qui reste insuffisant. À ce stade, il est difficile de dire si la cause vient de la CAMEG ou des formations sanitaires. On peut néanmoins supposer que les difficultés de la CAMEG contribuent assez fortement à ce problème. Sur le second point (densité géographique des structures de dispensation), on note que les officines privées sont largement concentrées dans la capitale (comme dans beaucoup de pays). La faible densité de formations sanitaires au Nord est en revanche une particularité du Togo. Elle pousse inévitablement les patients à s'orienter vers les officines et à y payer le prix fort.

La seconde partie du graphique (i.e. partie basse) concerne le **coût total des médicaments**. Là aussi, cet aspect peut être décomposé en deux éléments : (i) le prix unitaire des médicaments et (ii) le nombre de médicaments prescrits par ordonnance.

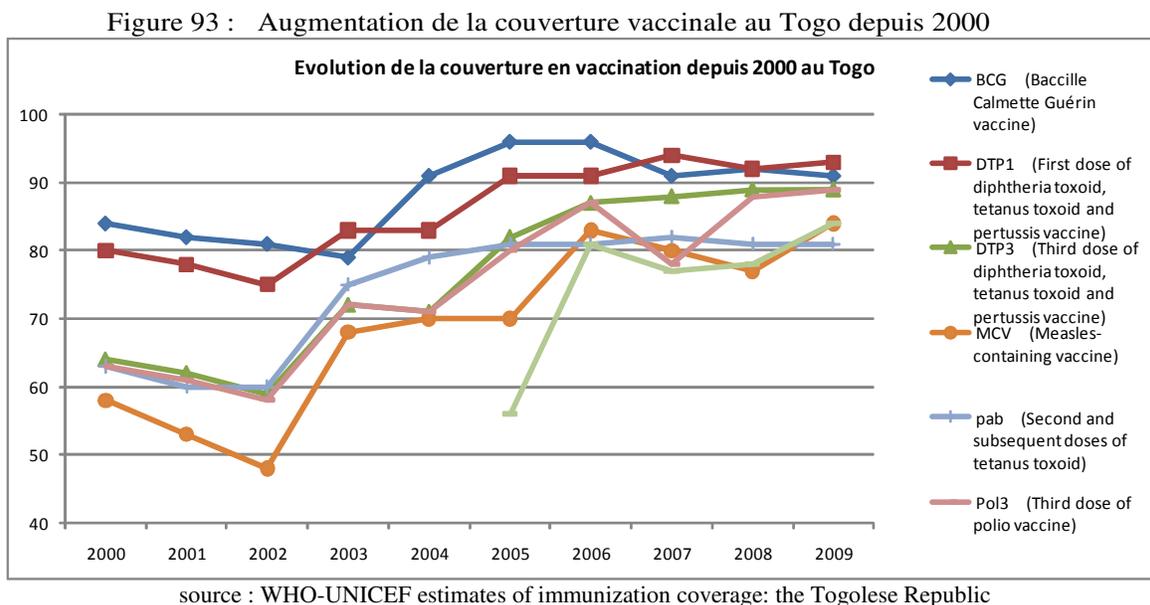
Le premier point dépend à son tour de deux éléments : le prix de base (celui obtenu par la CAMEG) et le prix facturé aux utilisateurs finaux par les formations sanitaires (prix qui dépend du taux de marge appliqué). Aucune information sur le caractère compétitif des prix CAMEG n'a pu être obtenue. Sur le taux de marge, celui-ci est officiellement faible (par rapport aux autres pays), mais ne semble pas toujours respecté.

Quant au nombre de médicaments par ordonnance, on a vu qu'il est généralement excessif. Il reste néanmoins à savoir si cette surprescription est liée à un manque de formation des prescripteurs ou à une incitation des formations sanitaires (qui sont financièrement très dépendantes de leurs ventes de médicaments).

2. Vaccins

2.1. Les résultats en matière de vaccination au Togo depuis 2000

Les résultats en matière de couverture vaccinale montrent une évolution positive depuis 2000, avec cependant une légère stagnation en moyenne à partir de 2007. Les taux de couverture atteignent plus de 80% de la population en 2009, avec une plus forte progression pour les vaccins contre la rougeole, contre la poliomyélite, le vaccin DTC3 et le vaccin contre le tétanos.

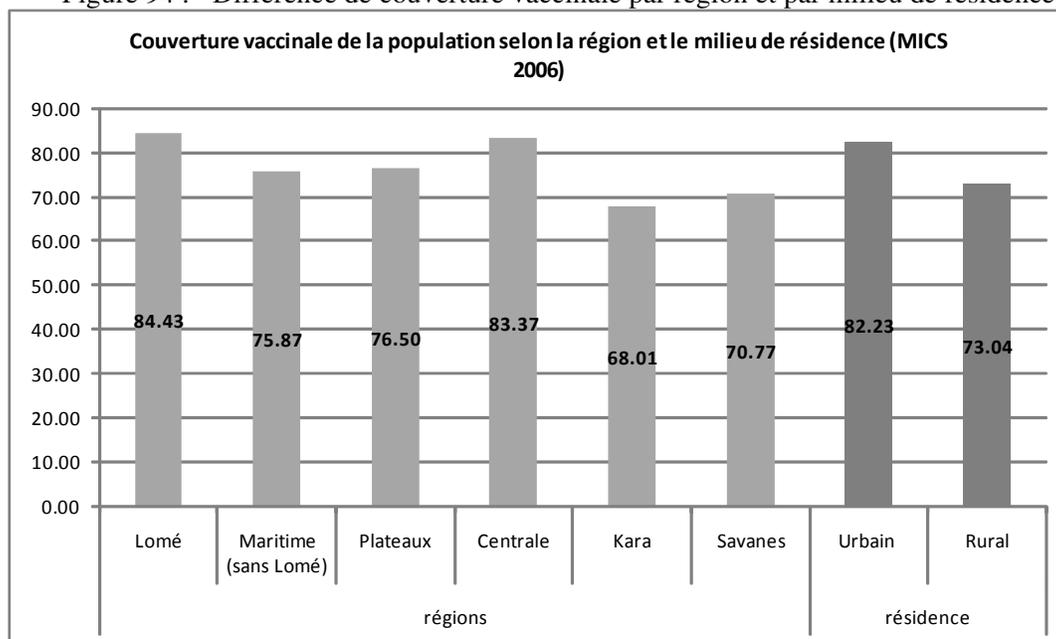


En moyenne en 2009, pour les vaccins principaux du PEV⁴⁴, le **taux de couverture de la population est de 81%** (87% lorsque l'on ne prend pas en compte le VAT1).

Les taux de couverture en vaccination diffèrent d'une région à l'autre et entre milieux urbain et rural. Par exemple, les taux de couverture sont meilleurs dans les régions de Lomé et Centrale (84% et 83%), et les plus faibles dans les régions de Kara et des Savanes (respectivement de 68% et 70%). De même, le milieu urbain présente de meilleurs résultats en termes de couverture vaccinale avec un taux de 82% contre un taux de 73% en milieu rural.

⁴⁴ A savoir contre la tuberculose (BCG), contre les Diphtérie-Tétanos- Coqueluche (DTC Pentavalent 1 et 3), contre la Rougeole (VAR), contre la fièvre jaune (VAA) et le vaccin antitétanique (VAT1 et 2+)

Figure 94 : Différence de couverture vaccinale par région et par milieu de résidence



source : MICS 2006

Cependant, d'après les données MICS 2010, les taux de couverture semblent légèrement inférieurs. Pour l'ensemble du Togo et selon le carnet de vaccination ou la déclaration des mères (lorsque le carnet n'a pas pu être observé lors de l'enquête), 91% des enfants de 12-23 mois ont reçu avant l'âge de un an la vaccination BCG ; 71% ont reçu les trois doses de DTCoq ou de pentavalent ; 65% ont reçu les trois doses de vaccin contre la polio ; 64% ont reçu la vaccination contre la rougeole ; et 60% des enfants ont été vaccinés contre la fièvre jaune.

2.2. Caractéristiques du secteur du vaccin au Togo : forces et faiblesses du système

2.2.1. Systèmes d'approvisionnement en vaccins

Il existe deux circuits de gestion des vaccins au niveau national : (i) le programme élargi de vaccination (PEV) géré par la division de l'épidémiologie (DEPI) du ministère de la santé, et (ii) le circuit des grossistes répartiteurs.

L'approvisionnement en vaccins du **programme élargi de vaccination (PEV)** est financé par GAVI essentiellement, l'OMS, d'autres partenaires et l'Etat, par l'intermédiaire de l'Unicef qui joue le rôle d'agent d'approvisionnement. Les vaccins du PEV sont fournis par la DEPI aux formations sanitaires publiques pour une cession gratuite à la population cible. Leur distribution décentralisée est rendue plus efficace d'une part à partir des deux chambres froides mises en place à Lomé et à Kara, et d'autre part par les points focaux PEV des districts qui organisent la gestion de la chaîne de froid locale. En dehors de la vaccination de routine, des campagnes

nationales de vaccination sont organisées chaque année sous forme de journées nationales de vaccination (JNV).

En dehors de la DEPI, la distribution des vaccins est également assurée par les **grossistes répartiteurs** qui évaluent les quantités à commander par rapport à leur statistique des consommations antérieures.

2.2.2. Chaîne du froid

Les vaccins du PEV sont conservés dans les deux chambres froides mises en place à Lomé et à Kara pour faciliter leur distribution. Les activités de stockage sont parfois dévolues à la CAMEG lorsque les capacités de stockage de la DEPI sont dépassées. En effet, **les capacités de stockage des vaccins sont insuffisantes**. Il est donc nécessaire d'augmenter les capacités de stockage et systématiser la maintenance de la chaîne de froid surtout des formations sanitaires afin d'en déceler les pannes de façon précoce.

2.2.3. Trois types de stratégies de vaccination au Togo

La vaccination en poste fixe est une stratégie de vaccination de routine au niveau des formations sanitaires. Elle se fait tous les jours pour le BCG aux nouveaux-nés et on compte environ 2 à 3 séances hebdomadaires pour tous les antigènes. Le calendrier est propre à chaque FS et est établi en fonction des jours d'affluence des mères (tels que les jours de marché par exemple).

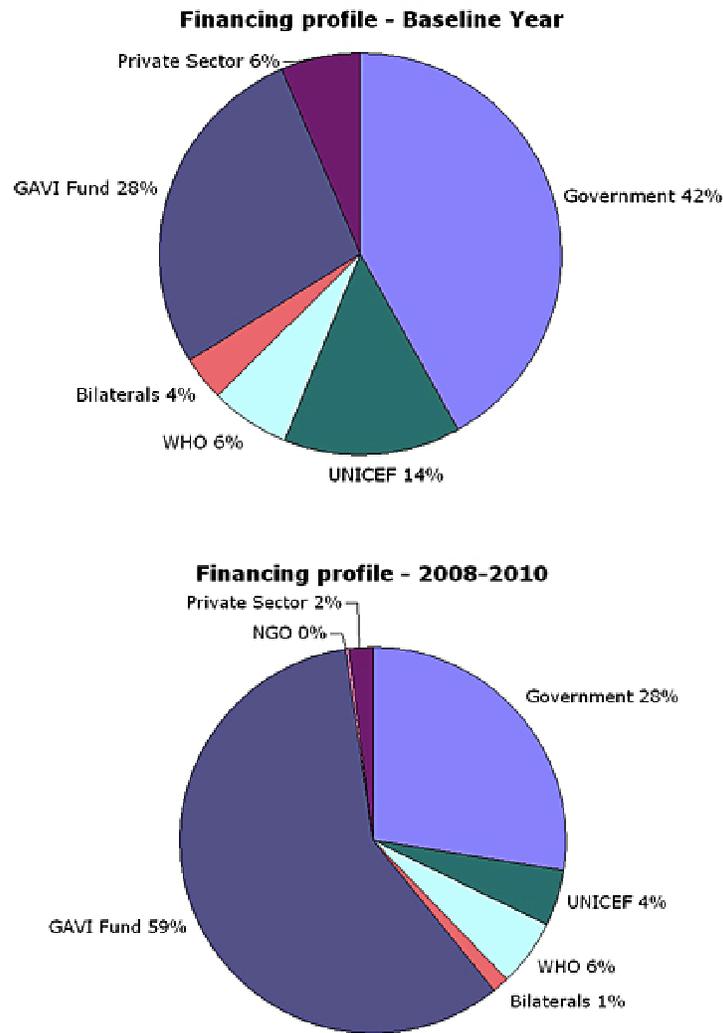
La vaccination en stratégie avancée est une activité de vaccination mobile en direction des populations cibles des villages éloignés (en principe tous les villages au-delà de 10 km d'une formation sanitaire). Elle est précédée d'une activité d'information et de mobilisation des populations concernées (rôle des COGES et ASC). Les activités de vaccination en stratégie avancée sont financées actuellement par le fonds GAVI dans le cadre de l'appui au programme élargi de vaccination au Togo. Parfois, les financements disponibles ne sembleraient couvrir qu'une partie seulement des populations cibles des villages éloignés, ce qui peut expliquer des taux de couverture vaccinale encore très en deçà des objectifs nationaux observés dans les districts sanitaires de certaines régions (Kara et Savanes). Les vaccinations en stratégie avancées ont en moyenne lieu deux fois par mois. Elles nécessitent un agent de soins et un ASC/COGES.

En dehors de la vaccination de routine, **des campagnes nationales de vaccination** sont organisées chaque année sous forme de journées nationales de vaccination (JNV).

2.2.4. Le financement du programme de vaccination reste largement dépendant des ressources extérieures

Près de 60% du financement de la vaccination au Togo provient de GAVI, contre seulement 26% par le gouvernement (contre 42% en 2007). L'OMS et l'UNICEF représentent à eux deux 10% du financement total de la vaccination. On constate donc la part grandissante de GAVI dans le financement de la vaccination sur la période.

Figure 95 : Répartition du financement de la vaccination au Togo par source de financement (2007 -2008/2010)



source : WHO Immunization Financing Web site

2.2.5. La mise en œuvre du PEV fait face à de nombreux obstacles

Le Rapport Annuel de Situation (2009) de GAVI met en évidence un certain nombre d'entraves à la mise en œuvre du PEV, qui se sont traduites par une moindre performance de certains indicateurs (couverture de vaccination et taux d'abandon). Les raisons de cette moindre performance sont essentiellement des facteurs liés aux équipements insuffisants, aux ressources humaines peu qualifiées, à la mauvaise qualité des données nécessaires et à la limite des ressources financières. Il s'agissait entre autres **d'équipements de chaîne du froid inadéquats et obsolètes, et de moyens de transport insuffisants** à tous les niveaux (limitant la mise en œuvre de stratégies avancées et l'exercice d'une supervision effective). Concernant les ressources humaines du secteur de la vaccination, on note des **collaborateurs insuffisamment qualifiés au niveau opérationnel, un manque d'expérience d'agents novices** affectés au PEV et ne possédant qu'une connaissance limitée des questions. S'ajoute à cela la fréquence réduite

des activités de supervision à tous les niveaux et les fréquentes ruptures de stocks de vaccin.

Par ailleurs, la mise en œuvre du PEV nécessite en amont une estimation exhaustive des besoins en termes de vaccination, estimation qui manque encore de rigueur. En effet, la qualité inadéquate des données est limitée par (i) l'emploi de données démographiques obtenues sur la base d'estimation (le recensement le plus récent date de 1980), (ii) de compétences réduites en matière d'utilisation d'outils de gestion (en particulier des registres de vaccination, des formulaires de rapport mensuel et des aides à la gestion des vaccins et consommables au niveau opérationnel), (iii) la tenue manuscrite des documents dans certains districts et (iv) l'établissement inadéquat des rapports.

3. Biologie Clinique, Produits Sanguins et Equipements médicaux

3.1. Le secteur de la biologie clinique peine à se développer au Togo

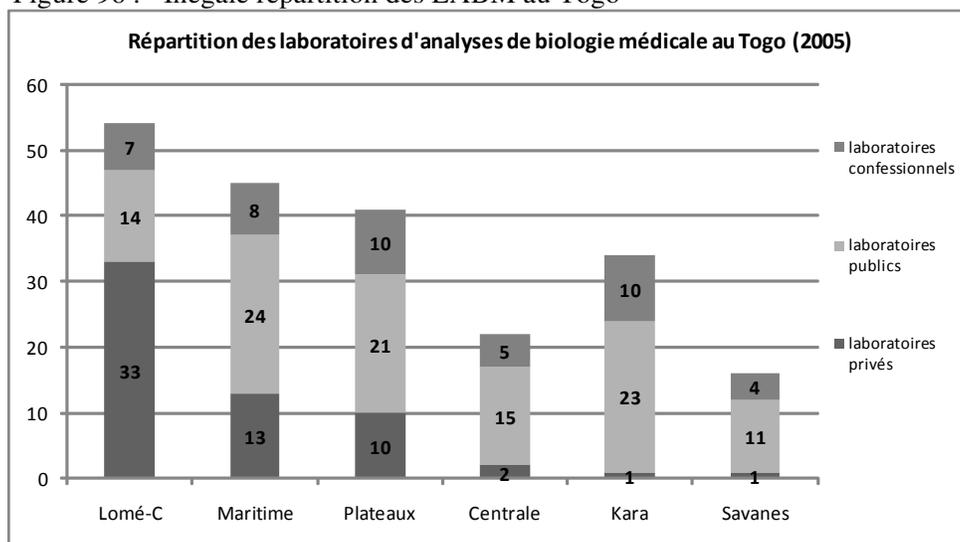
3.1.1. Organisation et gestion de la biologie clinique

Au Togo, la structure au niveau central chargée de la politique et de la planification des activités des Laboratoires d'analyses de biologie médicale (LABM) est la Division des Laboratoires à la DPLET. Elle couvre tous les laboratoires des pays. Elle a une mission d'aide au diagnostic pour la confirmation des pathologies et un rôle d'alerte sur les risques d'épidémie et d'émergence de nouvelles souches ou d'apparition de nouvelles pathologies. Deux institutions nationales relèvent de cette Division des Laboratoires : le Service National de Transfusion Sanguine (voir sous chapitre 3.2.) et l'Institut National d'Hygiène (INH - laboratoire national de référence du réseau des laboratoires pour la surveillance⁴⁵).

3.1.2. Le secteur du laboratoire présente encore de nombreux dysfonctionnements

La répartition des laboratoires au Togo est très inégale et presque la moitié des laboratoires sont issus du secteur privé. Sur le terrain, sur 210 laboratoires répertoriés en 2005, la moitié relève du secteur privé, dont seulement une dizaine reconnus légalement, ayant une autorisation officielle au niveau de la Direction des Pharmacies, Laboratoires et Equipements Techniques.

Figure 96 : Inégale répartition des LABM au Togo



source : Rapport d'Etat des lieux de la Division des Laboratoires, 2005

⁴⁵ Depuis 2003, l'INH participe au programme qualité de l'UEMOA et le laboratoire de micro biologie alimentaire est en voie d'accréditation dans ce cadre.

De manière générale, le secteur du laboratoire au Togo souffre d'une pénurie de personnel et dont la formation apparaît déséquilibrée. Les techniciens de laboratoires relevant des programmes verticaux de santé publique (tels que pour le SIDA, le paludisme, etc) sont privilégiés au détriment des autres. S'ajoute une maintenance du matériel de laboratoire insuffisante, ce qui n'assure pas la qualité des résultats. Le secteur demeure comme actuellement le « parent pauvre » des réformes sanitaires. En effet, un premier état des lieux réalisé en 1998 avait montré les points faibles du secteur : malheureusement, celui de 2005 n'a pas montré la réalisation d'efforts significatifs pour améliorer l'activité et l'efficacité de ce secteur.

3.2. Le secteur des produits sanguins en pleine expansion

3.2.1. Organisation et gestion des produits sanguins

Au Togo, le Service National de Transfusion Sanguine a pour mission de rendre disponible des produits sanguins labiles sécurisés sur toute l'étendue du territoire national.

En cours de restructuration au Togo depuis 2003, le secteur transfusionnel est passé de 2 centres en 2009 à 8 centres en 2010, avec :

- deux pôles de qualification et de production des produits sanguins labiles : un dans la région Lomé-commune (CNTS de Lomé desservant Lomé Commune, région maritime et région des plateaux), l'autre dans la région centrale (CRTS de Sokodé desservant la région Centrale, la région de la Kara et la région des Savanes) ;
- six Postes de Collecte et de Distribution (PCD) : CHU Lomé-Tokoin, Hôpital confessionnel St Jean de Dieu d'Afagnan, Hôpital de Kpalimé, CHR d'Atakpamé, CHU Kara et CHR Dapaong.

Le problème actuel du secteur est celui de la pérennité des activités transfusionnelles suite au financement de l'AFD arrivé à terme en 2010. Il s'agit donc de mobiliser les ressources nécessaires pour assurer le fonctionnement du nouveau système par une augmentation de la subvention de l'Etat et le renforcement en ressources humaines entre autres.

3.2.2. Système de collecte et de distribution des produits sanguins

Outre les 8 postes fixes, le système transfusionnel inclut des postes mobiles qui vont vers les groupes de donneurs bénévoles pour la collecte du sang. Une équipe itinérante assure la sensibilisation des volontaires dans les groupes organisés (Eglises, associations, services, écoles, ...). Après la collecte du sang et sa qualification, les poches de sang sont stockées au niveau du CNTS/ CRTS et des six PCD où les demandeurs (FS, parents de malades) viennent s'approvisionner. En 2009, la couverture des besoins en produits labiles sanguins est de 95% au niveau du CRTS de Sokodé et de 85% au niveau du CNTS de Lomé. Cette couverture pourra être améliorée avec la mise en service effective des six PCD (qui dans le cadre du projet AFD attendent encore d'être totalement équipés⁴⁶).

⁴⁶ Les PCD sont néanmoins quasi fonctionnels dans certains hôpitaux (CHU et CHR Dapaong).

3.3.3. Qualité et sécurité des produits sanguins

Pour assurer la qualité et la sécurité des produits labiles sanguins, un guide de bonnes pratiques transfusionnelles a été élaboré (Guide de bonnes pratiques transfusionnelle, juin 2008). Depuis 2007, le CNTS a mis en place un système qualité en collaboration avec l’Etablissement Français de Sang d’Alsace qui a procédé à un premier audit en mai 2008. Suite à cette étude, les mesures correctives sont en cours de mise en œuvre dans la perspective d’une future accréditation (norme ISO 9001).

3.3. Equipements médicaux et maintenance

Il n’y a pas de données récentes d’inventaire du matériel, de l’équipement et de la logistique à l’échelle nationale. Les données disponibles concernent seulement les structures sanitaires réhabilitées ou nouvellement construites et montrent qu’elles disposent d’un minimum d’équipements médicaux grâce aux efforts conjugués du Gouvernement et ses partenaires. Cependant, on relève encore dans de nombreux hôpitaux une inadéquation de l’équipement, du matériel et de la logistique pour offrir de manière adéquate le paquet complémentaire d’activités (PCA) requis pour un niveau de référence.

Les difficultés que connaissent les services de santé peuvent être abordées sous deux aspects : celui du **sous-équipement et de l’inadéquation des équipements d’une part** (davantage liée à un investissement insuffisant en termes de réhabilitation et équipement des FS) ; et **d’autre part celui de la maintenance des installations et équipements.**

3.3.1. Investissement et réhabilitation des FS

L’acquisition des équipements dans le système de santé du Togo se fait conformément aux conditions de passation de marchés publics. Elle se fait au niveau central à la DAC et à la DPLET. Cependant, il est nécessaire de noter l’absence de documents normatifs qui définissent les spécifications techniques standard et par niveau de soin, ainsi que l’insuffisance de coordination entre l’organe de passation des marchés, les utilisateurs et les services de réglementation du ministère de la santé. Ainsi, des modifications du SISM (Service des Infrastructures Sanitaires et Maintenance) ont été réalisées ces dix dernières années. Concernant les équipements, le service a été renforcé en techniciens des installations générales.

Encadré 19 : Quel processus pour l’investissement et la réhabilitation des infrastructures sanitaires ?

Au niveau central, les investissements sont assurés par le Budget de l’Etat (BE) et les projets des partenaires. Ces budgets, quoiqu’insuffisants et inégalement répartis, permettent la construction et l’équipement de quelques nouvelles formations sanitaires et la réhabilitation des anciennes par rapport à la planification selon l’organisation administrative du territoire.

Le bénéficiaire (niveau opérationnel) exprime ses besoins, dont quelques uns seront repris dans le budget du ministère de la santé qui est arbitré au ministère des finances, de la même manière que les projets d’investissement du niveau central. La Direction des affaires communes (DAC), appuyé par le SISM, se charge de la mise en œuvre des projets d’investissement au niveau opérationnel. En outre, certaines formations sanitaires disposant de budget autonome assurent les projets d’extension, de réhabilitation et de renouvellements des équipements. Des décisions politiques interviennent sporadiquement pour répondre à besoins de santé des populations.

En 2008, des fonds d'urgence ont été mis à la disposition du ministère de la santé afin de réhabiliter les locaux et renforcer les équipements des FSP au niveau de certaines régions. Les projets BIDC et BID II sont en cours d'exécution.

Source : Analyse sectorielle santé IHP+, 2011

3.3.2. Maintenance des équipements et infrastructures de santé

En matière de gestion des infrastructures, le Service des Infrastructures Sanitaires et de la Maintenance (SISM) a été renforcé lors des derniers recrutements. Ce personnel qualifié est affecté dans toutes les régions sanitaires, et assure le suivi effectif des chantiers de réhabilitations et constructions⁴⁷. L'accent voulait donc porter sur la disponibilité des professionnels des technologies de santé PTS (Professionnels des Techniques de Santé) au niveau central et intermédiaire pour assurer la maintenance des équipements. Cependant, on note une insuffisance de formations, de matériel et cadre de travail, et dans sa globalité, le renforcement en ressources humaines du SISM n'a pas pris en compte les besoins réels en techniciens de maintenance ; en effet, avec plus de 50 blocs opératoires, 75 centres d'imagerie et plus de 120 laboratoires d'analyses, le Togo ne disposait en 2008 (*Etude EMAGIS, mars 2008*) que d'une douzaine de techniciens de maintenance tout niveau confondu et de 3 ingénieurs biomédicaux tous basés à Lomé. Ce qui est très en dessous de la moyenne souhaitée (123 PTS pour la capacité hospitalière actuelle de 5,159 lits pour tout le pays). Toutefois, un projet d'élaboration d'une politique de maintenance est en cours et prendra en compte ces insuffisances. Par ailleurs, les nouvelles acquisitions et les renouvellements d'équipements ne sont pas accompagnés de plan de maintenance. Il n'existe pas non plus au niveau du secteur un inventaire correct des plateaux d'équipements pour permettre l'expression des besoins réels de maintenance et de renouvellement des équipements, ni de ligne budgétaire en conséquence. L'élaboration d'une politique de maintenance est plus qu'urgente pour prendre en compte toutes ces insuffisances.

Médicaments, vaccins et produits sanguins : principaux constats

En ce qui concerne les **médicaments**, leur accessibilité reste encore insuffisante, autant pour des raisons de faible accessibilité géographique (des structures de dispensation) que pour des raisons liées aux sur-prescriptions et aux prix unitaire des médicaments.

Beaucoup des structures (publiques et privées) dispensant des médicaments sont encore très concentrées dans le Sud du pays. De plus, dans les structures publiques, le taux de disponibilité des médicaments essentiels se situe autour de 80%, ce qui est encore insatisfaisant (mais en ligne avec les résultats atteints par les pays voisins). Les ruptures semblent le résultat à la fois (i) des faiblesses de gestion des stocks par les hôpitaux de districts et régionaux et (ii) des difficultés de la CAMEG.

Un autre obstacle important à l'accès de tous aux médicaments est le niveau des prix des médicaments. Le financement du médicament au Togo pèse en effet fortement sur les ménages (94% des dépenses en médicaments sont directement supportées par les ménages). Les taux de marges semblent insuffisamment respectés par les formations sanitaires, ce qui peut expliquer le prix élevé de certains médicaments. De même, le nombre moyen de médicaments prescrits par ordonnance paraît excessif. Ces deux problèmes accroissent mécaniquement le prix des ordonnances. Cette situation est probablement liée à l'insuffisance des subventions publiques pour les FS, qui doivent se financer essentiellement sur la vente des médicaments, les poussant ainsi à des sur-prescriptions et au non-respect des marges. Cette situation alimente inévitablement un marché illicite très important, dont nous ne pouvons mesurer l'ampleur exacte. Il est donc probable que le prix du médicament au niveau des formations sanitaires ne pourra baisser sans une révision radicale du mode de financement de ces formations. Un effort est nécessaire aussi pour la sensibilisation aux bonnes pratiques de prescription.

Concernant la stratégie de **vaccination**, le Togo présente une légère amélioration de la couverture vaccinale mais pas encore suffisante (légèrement supérieure à 80% de la population). Le principal défi de ce sous-secteur réside dans la très fragile pérennité de son financement, encore largement dépendant des PTFs et surtout de GAVI. Il est pourtant clair que les efforts du Togo en matière vaccinale ont eu un impact majeur sur la santé des enfants et explique probablement l'essentiel de la baisse de la mortalité infantile sur les dernières années.

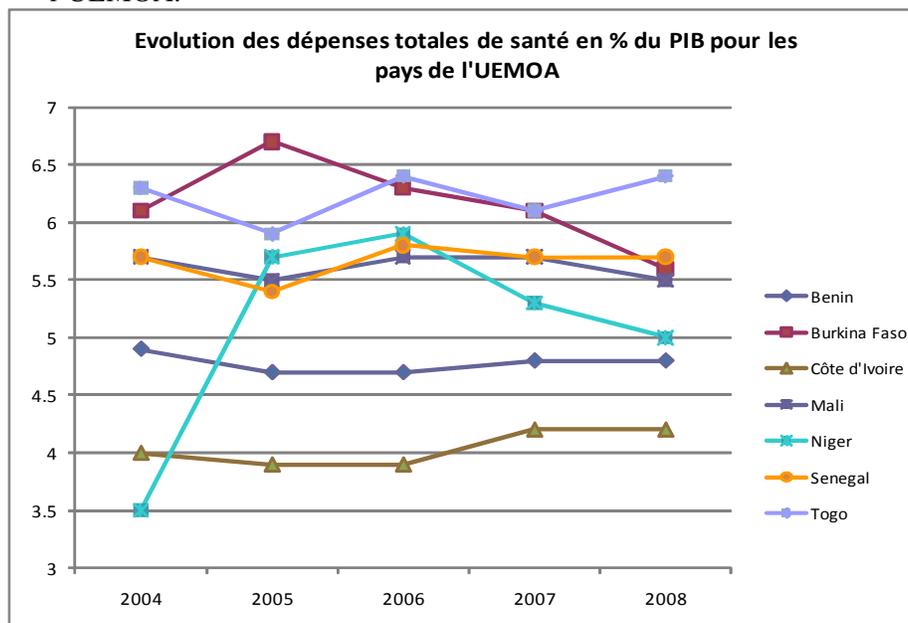
Chapitre 8 : FINANCEMENT DE LA SANTE

Après une présentation des principaux flux de financement, ce chapitre analyse en détail chacun de ces flux : Etat, ménages et partenaires techniques et financiers (PTFs).

Le financement de la santé au Togo : les grandes lignes

Parmi les pays de l'UEMOA, le Togo est le pays dont les dépenses totales de santé (rapportées au PIB) sont les plus élevées. D'après les Comptes Nationaux de la Santé (CNS) pour l'année 2008, la dépense globale de santé atteint plus de 73 milliards de FCFA, soit une dépense par habitant d'un peu plus de 13,000 FCFA en 2008, et environ 6,4% du PIB. En 2007, il dépensait autant que le Burkina Faso (6,1%), et ces deux pays présentaient les meilleurs ratios des pays de l'UEMOA. En 2008, le Togo dépense plus que les autres pays de l'UEMOA en termes de part de son PIB allouée à la santé.

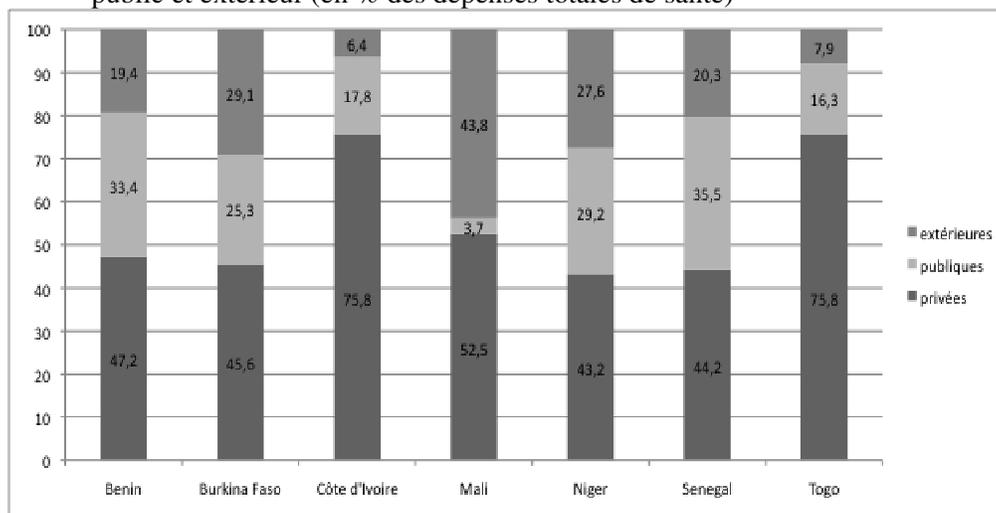
Figure 97 : Evolution des dépenses de santé du Togo en comparaison avec les autres pays de l'UEMOA.



source : Global Health Observatory

Pour autant, ce niveau élevé de dépenses traduit surtout le poids des dépenses des ménages, dont la part est aussi l'une des plus élevées de la sous-région (avec la Côte d'Ivoire).

Figure 98 : Répartition des dépenses totales de santé entre sources de financement privé, public et extérieur (en % des dépenses totales de santé)

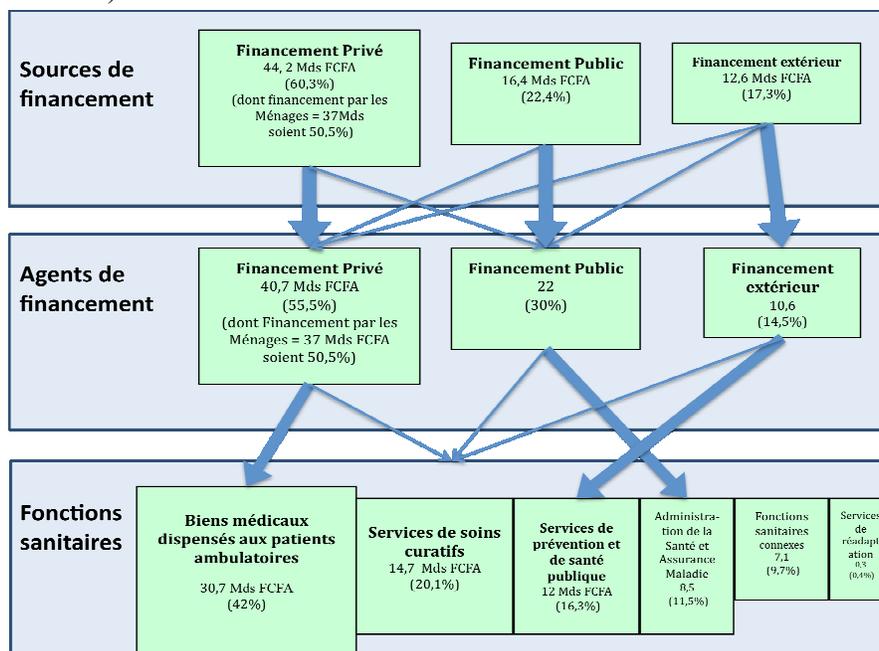


Source : Global Health Observatory

A. La mobilisation des ressources du système (*resource mobilization*) reste encore très marquée par les dépenses directes des ménages

On peut décrire les principaux flux de ce système de financement de la manière suivante :

Figure 99 : Principaux flux financiers dans le système de la santé du Togo (en milliards de FCFA)



Source : CNS 2008

NB : les données varient par rapport au graphique précédent à cause de la différence des sources utilisées.

Comme dans beaucoup de pays de la sous-région, les ménages restent le premier financeur (51%) du système de santé. L'Etat finance lui près de 23% des dépenses, le reste étant couvert essentiellement par les Partenaires Techniques Financiers (PTFs) internationaux (17%).

B. Le partage des risques (risk pooling)

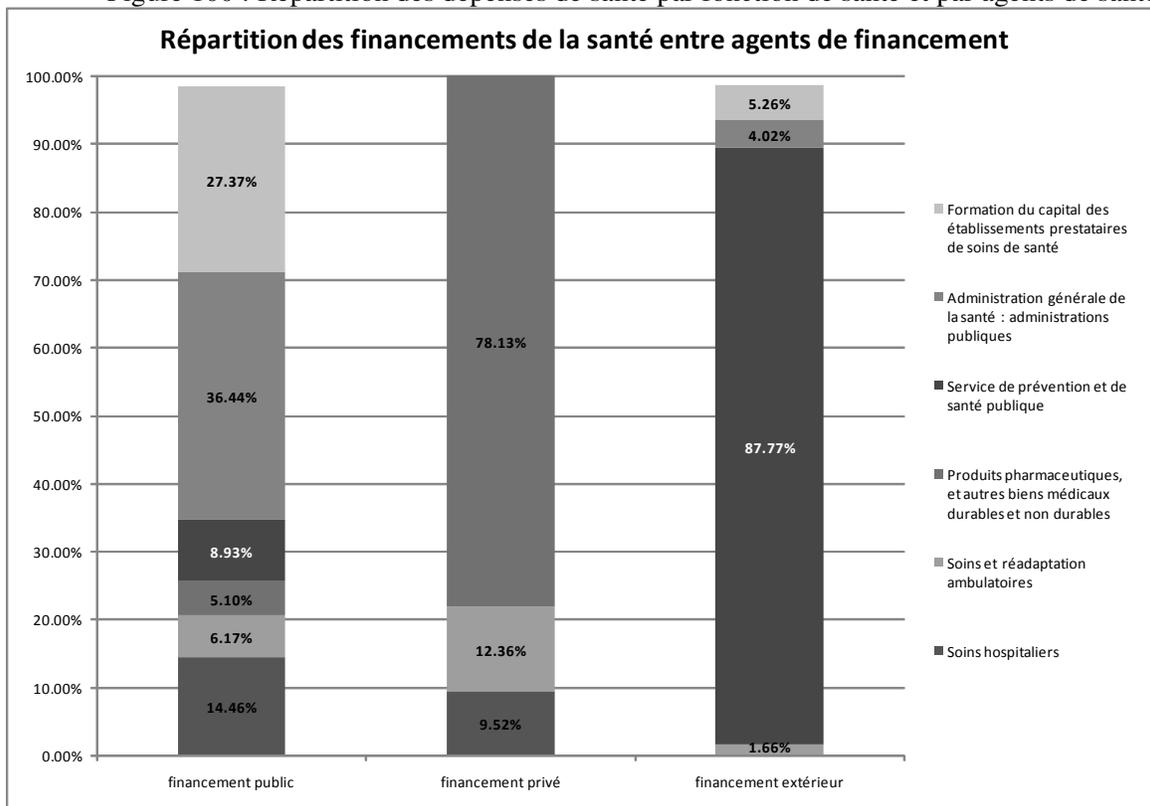
Etant donné que la part des dépenses financée par les ménages est essentiellement constituée (90%) par des paiements directs, le niveau de progressivité (et donc d'équité) du système de santé est a priori très faible. Les paiements directs des ménages sont principalement constitués par les achats de médicaments et le paiement des frais de consultation ou d'hospitalisation. De plus, l'absence de couverture de la population par un mécanisme d'assurance maladie, et l'inefficacité, voire l'absence, de mécanismes de gratuité des soins et d'exemptions des frais de santé, expose la population à des dépenses catastrophiques de santé. **Cette absence de mécanismes de partage de risques, absence particulièrement inéquitable, n'est que faiblement compensée par les mécanismes de subventionnement de la demande financés par l'Etat.** Le financement de la santé en faveur des plus vulnérables se situe à deux niveaux au Togo, à savoir : (i) la prise en charge des indigents (au travers d'un fonds d'équité sanitaire) et (ii) la prise en charge des communautés vulnérables (pour certaines prestations). Cependant, ces deux mécanismes ne sont que faiblement développés. Ils sont détaillés dans la section 1.2. (« Financement de la demande par l'Etat »).

C. L'achat des prestations de santé (*purchasing*)

L'équité du système de santé dépend largement de la fonction (décrite précédemment) de partage des risques. Mais la fonction d'achat des prestations de santé peut aussi avoir une contribution significative sur l'équité. En clair, il est possible que, par exemple, les dépenses de l'Etat soient favorables aux pauvres si elles financent des fonctions sanitaires davantage utilisées par les plus pauvres.

Mais l'Etat ne semble pas prioriser les services les plus utilisés par les pauvres, contrairement aux PTFs. Au regard du graphique ci-dessous, on peut constater en effet que l'Etat ne dépense que 6% de son budget pour les soins ambulatoires et 9% pour la prévention. Contre 15% des dépenses qui vont aux activités hospitalières, dont le caractère inéquitable est pourtant bien connu. Par ailleurs, 36% des dépenses de santé de l'Etat vont aux dépenses d'administration. A l'inverse, les bailleurs internationaux consacrent 89% de leurs dépenses à la prévention, ce qui est très favorable aux plus pauvres. Il n'empêche que seule une étude de type « *benefit incidence analysis* » permettrait de déterminer si l'Etat (et éventuellement les bailleurs internationaux) subventionne adéquatement les services utilisés par les pauvres.

Figure 100 : Répartition des dépenses de santé par fonction de santé et par agents de santé

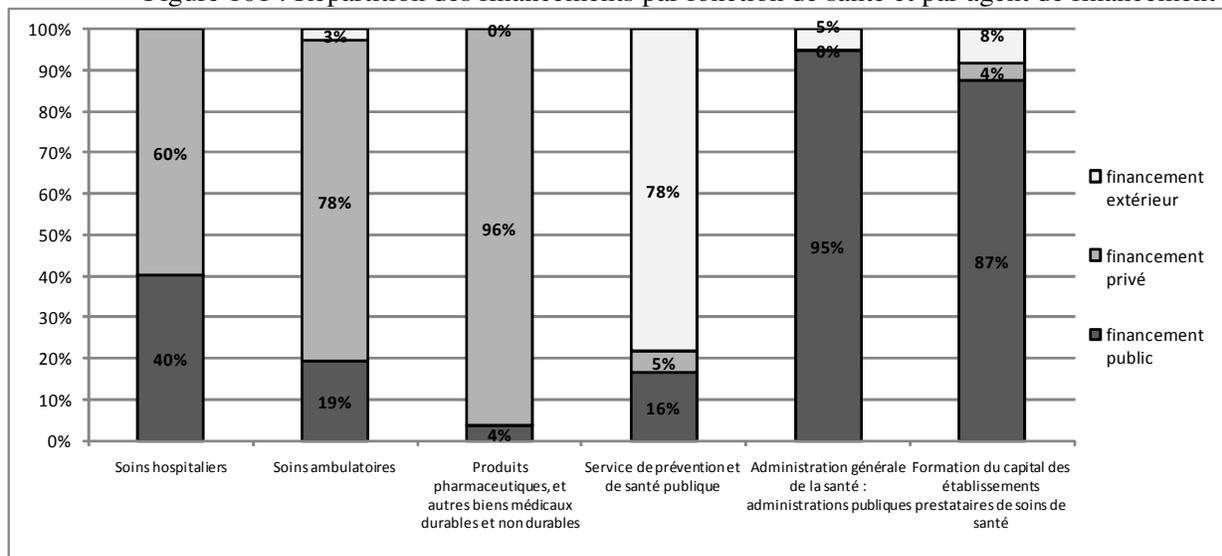


Source : CNS 2008

NB : ici sont représentés essentiellement les postes de dépenses les plus importants – voir annexe 8.1. pour le détail des postes de dépenses

Les dépenses de santé potentiellement catastrophiques pour les ménages ne sont que faiblement subventionnées par l'Etat. On qualifie les dépenses de santé des ménages de catastrophiques lorsqu'elles peuvent faire basculer les ménages dans la pauvreté, en raison de leur montant élevé et/ou de leur caractère imprévisible. L'OMS a retenu que, lorsque les paiements directs dépassent 40% du revenu disponible (déduction faite des dépenses de subsistance du ménage), les dépenses de santé deviennent catastrophiques. On considère habituellement que les soins hospitaliers (séjours) et les médicaments sont des dépenses potentiellement catastrophiques. Elles devraient donc être fortement subventionnées par l'Etat (ou éventuellement par les bailleurs internationaux, même si cette solution n'est pas soutenable à terme). Au Togo, on constate que les dépenses de soins hospitaliers sont financées à 60% par le secteur privé (dont 45% par les ménages seuls) et surtout que les médicaments le sont à 96% par le secteur privé, dont 95% par ces mêmes ménages. Il est donc clair que le système de santé est inéquitable et qu'il génère probablement de la pauvreté.

Figure 101 : Répartition des financements par fonction de santé et par agent de financement

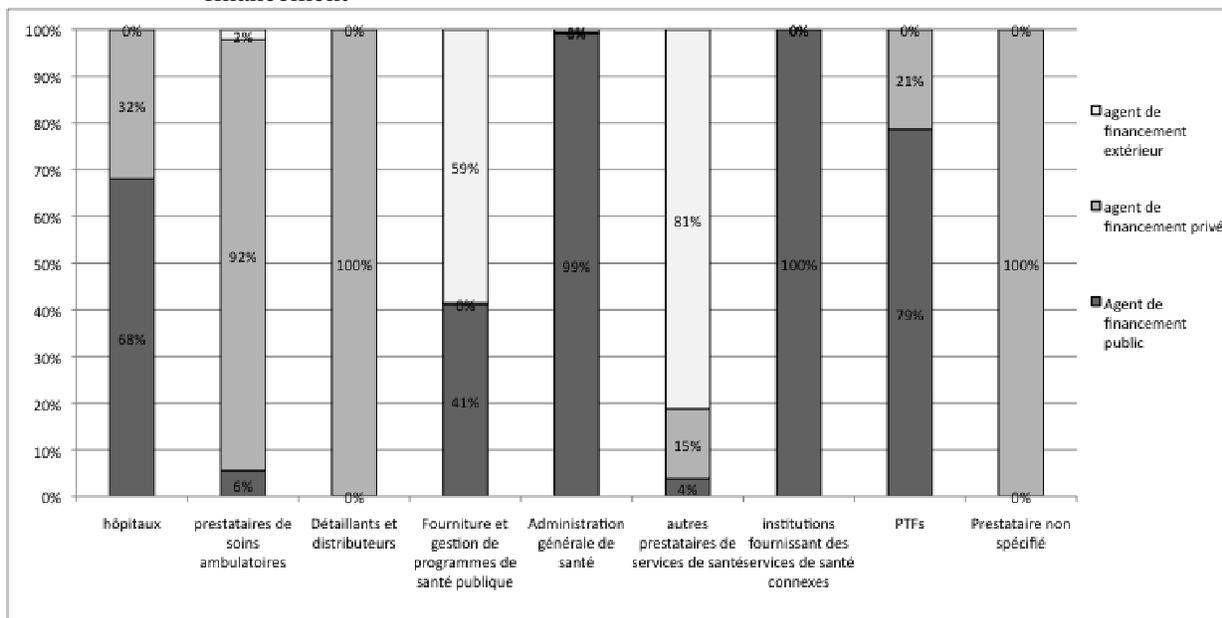


Source : CNS 2008

ici sont représentés essentiellement les postes de dépenses les plus importants – voir annexe 8.1. pour le détail des postes de dépenses

Sans surprise, le secteur public finance la totalité des dépenses administratives (ce prestataire représente d'ailleurs 41% des dépenses de l'agent de financement public parmi tous les prestataires de santé).

Figure 102 : Répartition des dépenses de santé par prestataire de santé et par agent de financement



source : CNS 2008

1. Un financement par l'Etat encore largement orienté sur l'offre de soins

1.1. Financement de l'offre par l'Etat

L'analyse du financement de l'offre par l'Etat consiste à se poser les 4 questions suivantes : (i) le niveau de ce financement est-il suffisant ? ; (ii) le financement du système de santé par l'Etat est-il favorable aux pauvres (i.e. l'Etat subventionne-t-il en priorité les services habituellement utilisés par les pauvres ?) ; (iii) le financement de l'Etat est-il cohérent avec les priorités de santé ? ; et (iv) le financement de l'Etat est-il efficient (taux d'exécution des dépenses, gaspillages et détournements) ?

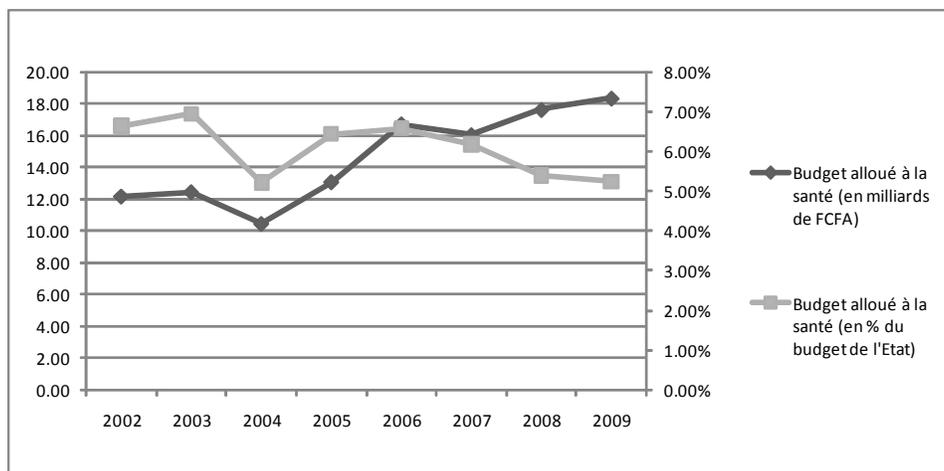
1.1.1. Le montant du financement par l'Etat est-il suffisant?

En 2009, le budget alloué au secteur de la santé s'élevait à 49 milliards de FCFA. Il représentait ainsi 14% du budget global du Togo. Cependant, ces 49 milliards de FCFA comptabilisent également l'appui financier des PTFs qui est exécuté par le gouvernement : en les soustrayant, on obtient un budget santé public de **18 milliards de FCFA en 2009**. Ceci ne représente plus que 6% du budget global.

En FCFA courants, le budget du Ministère de la Santé a augmenté de 3% par an en moyenne depuis 1998. Le budget de la santé est ainsi passé de 12 milliards de FCFA en 2002 à 18 milliards en 2009, ce qui représente une multiplication par 1,5 sur la période.

Mais la part du budget santé dans le budget général de l'Etat a fortement baissé, passant de 10% à 6% sur la même période. Le budget total du Togo a augmenté de 8% par an en moyenne. Cependant, la part allouée à la santé reste faible (moins de 10% sur la période) ; elle enregistre même une diminution, passant de 6,5% du budget en 2002 à moins de 5,5% en 2009. On est donc loin des 15% recommandés lors de la conférence d'Abuja.

Figure 103 : Hausse absolue mais diminution relative de la part du budget global allouée à la santé

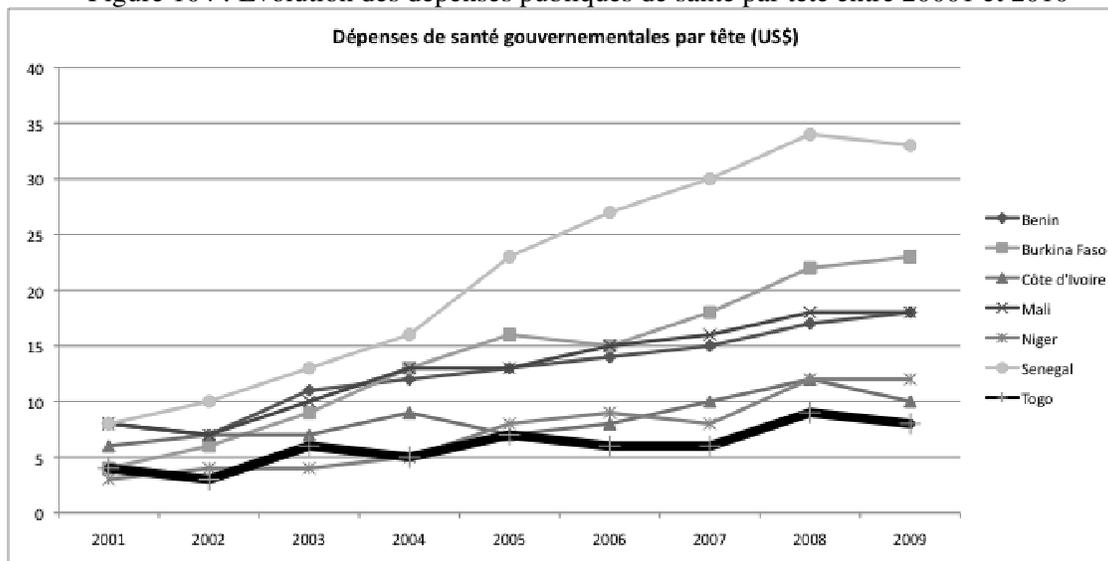


Source : Revue des Dépenses Publiques de Santé 2005-2007 (2009)

Par rapport aux autres pays de la sous-région, si l'on compare la part des dépenses publiques de santé dans les dépenses publiques totales des pays, le Togo (avec un taux de 8%) se situe au-dessus de la Côte d'Ivoire (4%) et au même niveau que le Bénin, mais largement au-dessous du Sénégal (11%), du Niger (14%) et du Burkina Faso (16%).

Le graphique suivant montre bien la très faible progression des dépenses publiques de santé au Togo par rapport aux autres pays de la sous-région.

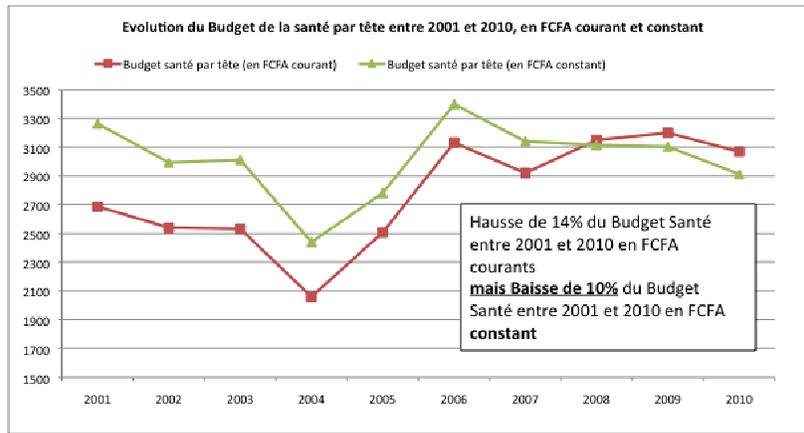
Figure 104 : Evolution des dépenses publiques de santé par tête entre 20001 et 2010



source : Global Health Observatory

En FCFA constants et per capita, le budget alloué à la santé au Togo a même diminué de 10% depuis 2001. Comme le montre le graphique suivant, on observe une légère hausse du budget santé en FCFA courants sur la période (+ 14%), mais corrigé par l'inflation, le budget de la santé en FCFA constants diminue sur la période (-10%).

Figure 105 : Comparaison Budget de la santé en FCFA courants et constants



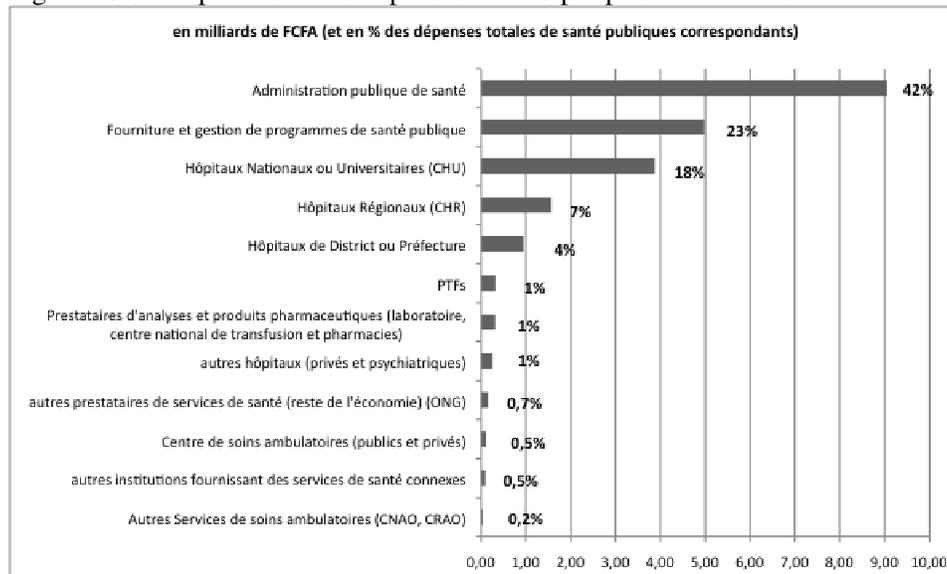
Source : Revue des Dépenses Publiques de Santé 2005-2007 (2009)

1.1.2. Le financement par l'Etat est-il favorable aux pauvres ?

Les quelques données disponibles laissent penser que l'Etat consacre très peu de ses ressources à financer des services favorables aux pauvres. Il est d'usage d'évaluer le caractère *pro-poor* des dépenses de l'Etat par une analyse du niveau de subventionnement des services les plus utilisés par les pauvres (*Benefit Incidence Analysis*). Il n'est pas aujourd'hui possible de réaliser ce type d'analyse d'une part parce que les niveaux d'utilisation des services de soins par quintile de richesse ne sont pas connus et d'autre part parce qu'il n'existe pas d'étude sur le niveau de subventionnement des services de soins (i.e. par exemple, il est difficile d'estimer le coût réel d'une consultation curative et surtout son niveau de subventionnement par l'Etat). En l'absence de ces données, on ne peut qu'analyser la répartition des dépenses de l'Etat par type de prestataires et par type d'intervention sanitaire. En principe, on considère que les pauvres vont bénéficier en priorité des services ambulatoires (centres de santé) et de prévention. Au contraire, les hôpitaux sont généralement peu favorables aux pauvres, ne serait-ce que par leurs coûts élevés et leur concentration géographique limitant leur accessibilité.

Les données issues des CNS 2008 (ci-dessous) montrent que près de 40% des dépenses du Ministère de la Santé (seul, les autres ministères exclus) sont consacrées à l'administration publique de santé ; et les dépenses hospitalières représentent 30% des dépenses totales du MS. Il reste au final 0,65% des dépenses de santé du MS qui sont consacrées aux centres de santé ambulatoires. En supposant que les programmes de santé publique rendent compte des interventions de vaccination et de protection de la santé des mères et des enfants (plus favorables aux pauvres), 23 % des dépenses de santé du MS sont de ce type. Ceci représente néanmoins une part encourageante des dépenses. Cependant, une étude plus détaillée de ces dépenses serait nécessaire pour évaluer l'impact réel sur les plus pauvres.

Figure 106 : Répartitions des dépenses du MS par prestataire de soins

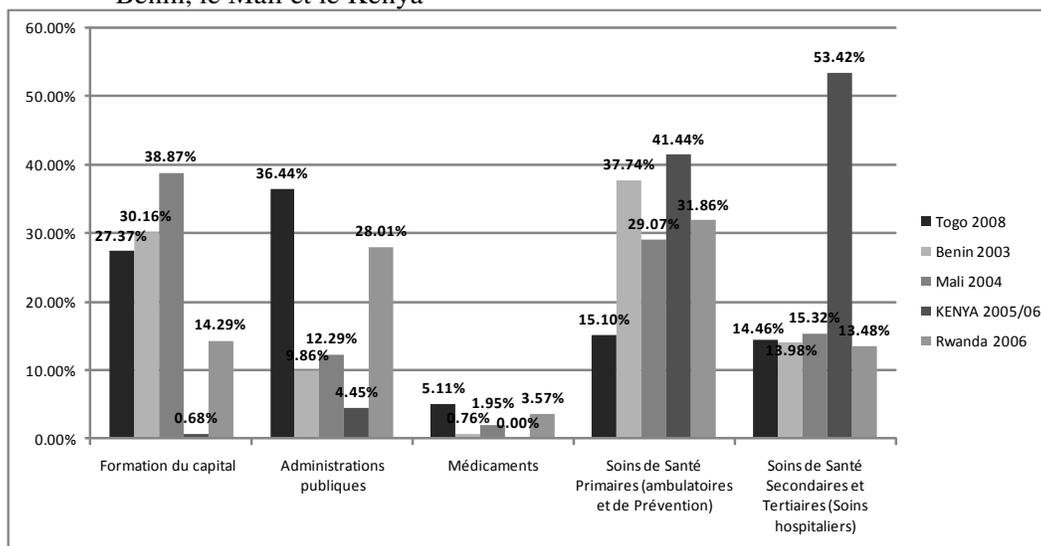


source : CNS 2008

En comparant avec d'autres pays, on peut constater que la part des dépenses administratives est très élevée au Togo : près de 40% contre moins de 15% ailleurs. Il est

possible que ce pourcentage élevé s'explique par la comptabilisation dans cette rubrique des salaires et primes de personnel. Dans ce cas, la valeur globale des Compte Nationaux de la Santé (CNS) est probablement très limitée (puisque les CNS ne devraient pas comptabiliser les salaires et primes de personnels dans cette rubrique). Dans tous les cas, une analyse approfondie paraît indispensable.

Figure 107 : Comparaison des dépenses de l'Etat par fonctions de santé entre le Togo, le Bénin, le Mali et le Kenya



source : CNS Bénin, Mali, Kenya et Togo

1.1.3. Les ressources sont-elles allouées en fonction des priorités de santé ?

Un Etat doit en principe financer les activités de soins les plus indispensables, non seulement en terme d'efficacité des interventions financées, mais aussi en terme de populations ciblées. On peut évaluer les résultats en la matière à travers plusieurs analyses : (i) la part consommée par le niveau central (et plus généralement par la fonction d'administration de la santé) est elle raisonnable ? ; (ii) l'Etat conserve-t-il une capacité d'investissement ou son budget est-il entièrement absorbé par les dépenses récurrentes ? et ; (iii) la répartition des financements vers les régions périphériques est-elle équitable ?

(i) Quelle part consommée par le niveau central ? Quelle part contrôlée par le niveau central ?

D'après les données des CNS 2008, la répartition du budget de la santé entre les principaux postes de dépenses est la suivante :

Tableau 26 : Récapitulatif du budget santé du Togo en 2008 :

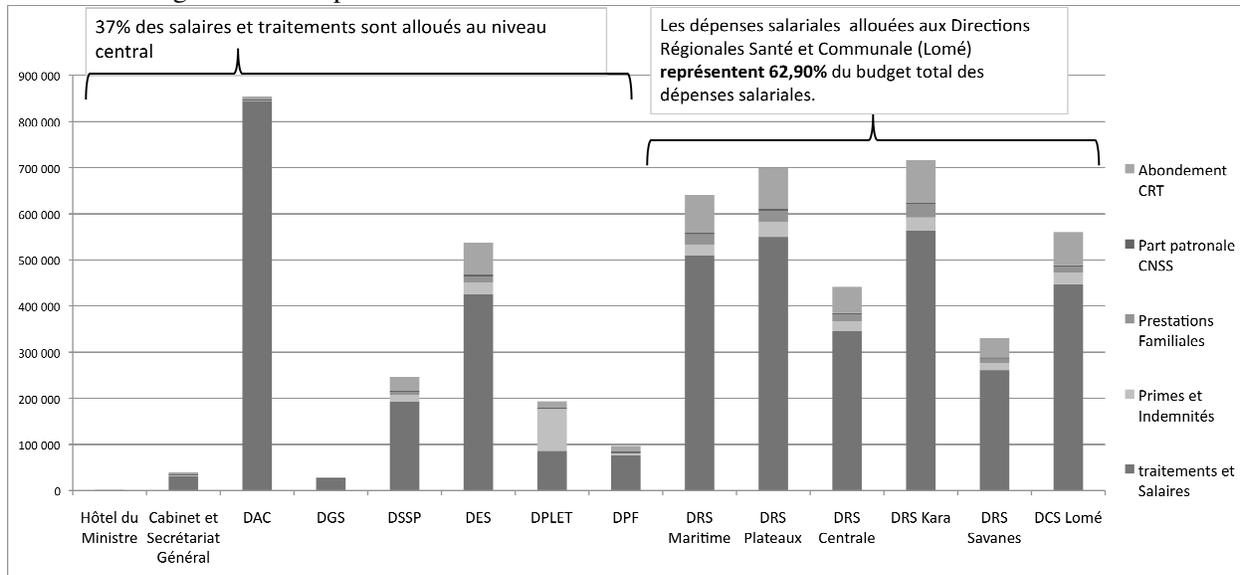
	Montant (en milliards de FCFA)	Part du budget total santé
Dépenses de personnel	6.0	33%
Dépenses de fonctionnement (hors personnel)	3.5	19%
Subventions	5.0	28%
Investissement et équipement	3.5	19%
Total Budget Santé	18.0	100%

Source : CNS 2008

Des données sur la destination précise des deux premiers types de dépenses étaient disponibles. Seules ces dépenses sont donc analysées ici.

Plus de 60% des dépenses de personnel sont allouées aux régions. D'après le graphique suivant de la répartition des dépenses salariales de santé par niveau de la pyramide sanitaire, 62% des dépenses salariales totales sont allouées aux régions (via les Directions Régionales de Santé). Une priorité semble donc être portée aux niveaux périphériques, ce qui paraît favorable en termes d'allocation des ressources financières de l'Etat.

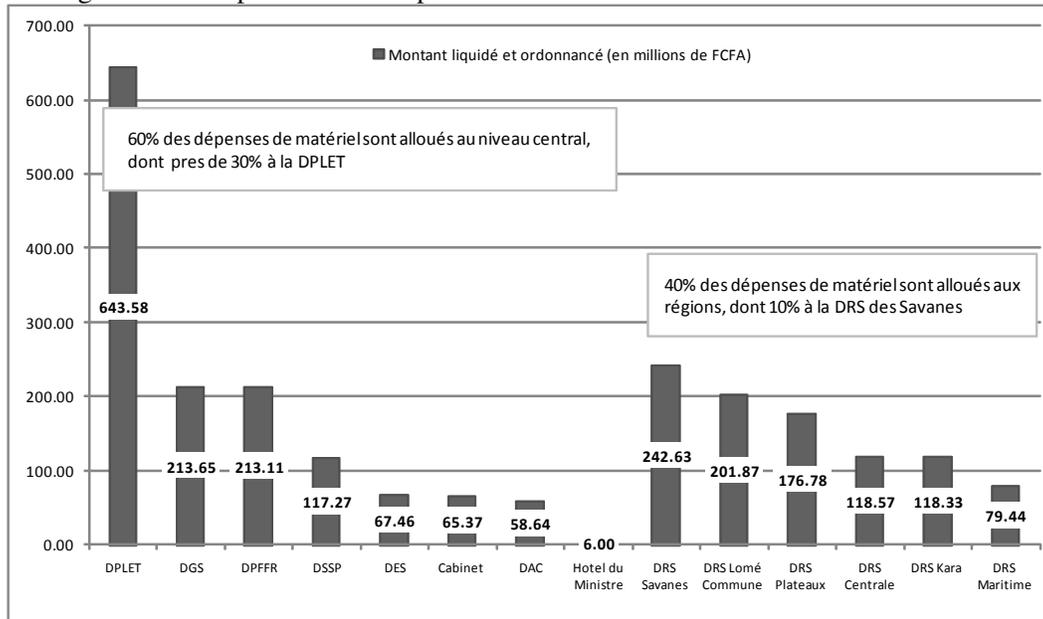
Figure 108 : Dépenses salariales de santé en 2008



source : Dépenses de santé – données du MS (DAC)

Parmi les dépenses de fonctionnement hors personnel, 60% d'entre elles sont captées au niveau central. La répartition de ces dépenses entre niveau central et niveau intermédiaire/périphérique est de 60% - 40% respectivement. Au niveau central, la majorité des dépenses de fonctionnement (hors RH) est captée par la Direction des Pharmacies, Laboratoires et Equipements Techniques – DPLET (28% des dépenses totales). Cette part importante s'explique par l'inclusion des crédits alloués pour l'achat des médicaments. Ainsi, même si 28% des dépenses de fonctionnement sont contrôlées au niveau central via la DPLET, un pourcentage non négligeable sera in fine destiné aux régions.

Figure 109 : Répartition des dépenses de fonctionnement au niveau central 2009



source : rapport d'activité de la DAC – février 2010

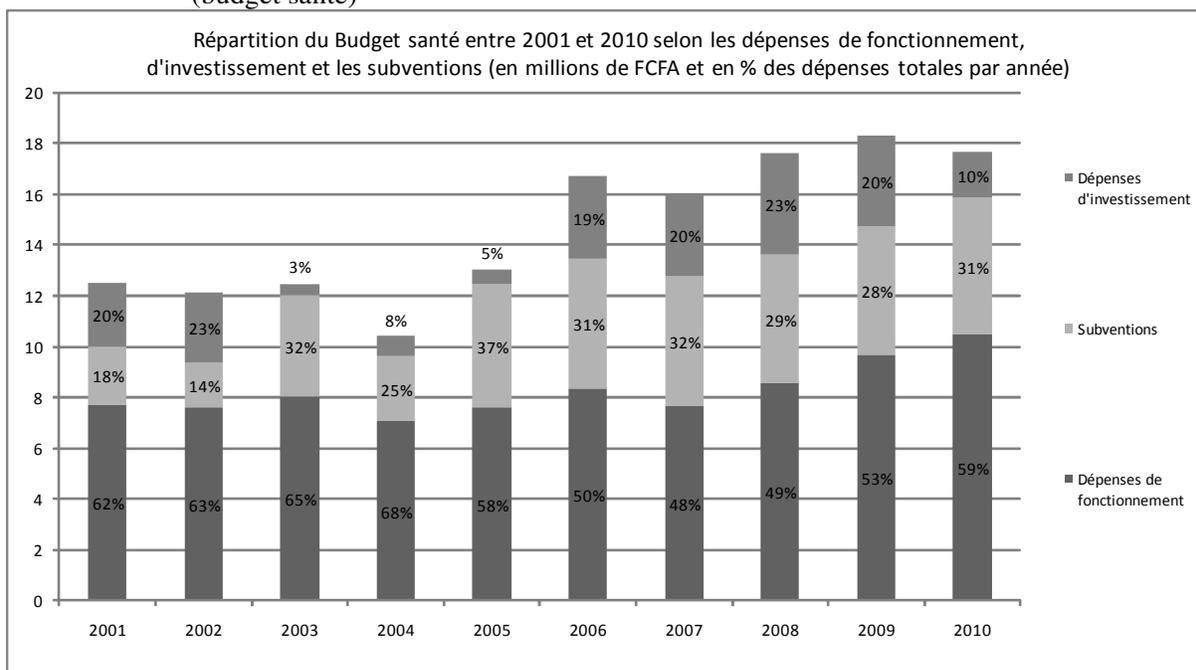
Au final, le niveau central contrôle encore une part importante des dépenses de santé, mais leur allocation semblerait de plus en plus déconcentrée au profit des structures semi périphériques au moins (DRS et CHP).

(ii) La capacité d'investissement de santé au Togo est-elle suffisante ?

On s'est ici limité à analyser la répartition entre investissement et fonctionnement, avec l'hypothèse que le budget alloué à la santé doit financer un minimum d'investissements.

L'évolution du budget de la santé entre 2001 et 2010 montre la faiblesse des investissements. Les dépenses d'investissement ont été très faibles entre 2003 et 2005 (3%, 8% et 5% respectivement). Certes elles ont ensuite augmenté, mais ne dépassent que difficilement les 20% des dépenses totales, pour diminuer à nouveau en 2010. Le plan d'action pour 2010 suggère d'ailleurs que les dépenses d'investissement ne représentent plus que 10% des dépenses totales.

Figure 110 : Evolution des dépenses de fonctionnement et d'investissement de la santé (budget santé)



source : rapport d'activité de la DAC – février 2010

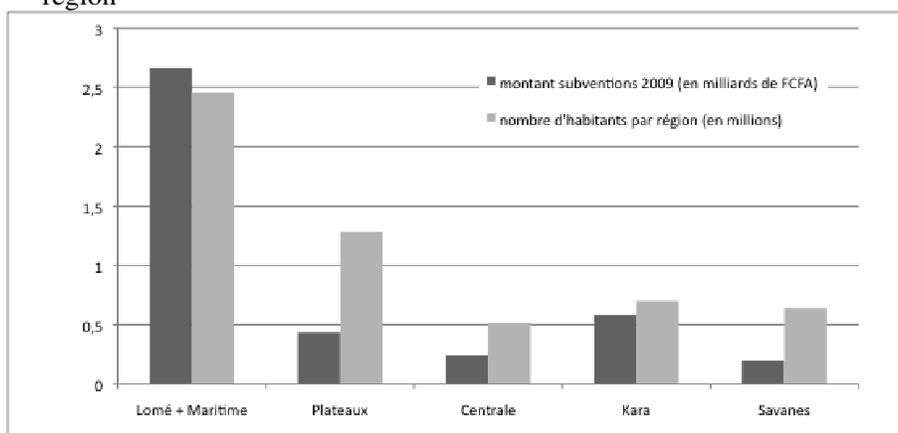
NB : les subventions comprennent : les subventions d'exploitation versées aux structures sanitaires autonomes qui semblent être fonction du niveau d'appartenance de la FS ; les subventions « Indigents », qui permettent aux formations sanitaires de prendre en partie en charge les indigents ; et la subvention pour le matériel d'hémodialyse.

(iii) Les régions les plus peuplées reçoivent-elles une part plus importante du financement ?

L'allocation des subventions versées aux régions ne dépend pas de la population. En effet, le graphique suivant montre que seule la région Lomé-Maritime (lorsque les subventions versées aux nombreuses structures de Lomé sont incluses⁴⁸) reçoit plus de 1000 FCFA de subvention par habitant. Les autres régions reçoivent toutes un budget largement inférieur. C'est surtout le cas des régions des Plateaux et Savanes. Il semble donc que l'allocation des subventions soit indépendante de la population de la région et donc de l'activité des structures de soins.

⁴⁸ Les données de Lomé Commune et Maritimes ont été agrégées étant donné que les subventions versées aux structures de santé de Lomé (INH, CNTS ou encore CNAO compris) gonflent le montant des subventions pour la commune seule de Lomé, alors qu'elles bénéficient largement à la population de la région Maritime aussi.

Figure 111 : Répartition des subventions par région comparée à la population de chaque région



source : rapport d'activité de la DAC – février 2010

Par ailleurs, les subventions d'exploitations versées aux différents Centre Hospitaliers Régionaux rendent aussi compte d'une répartition qui est indépendante de la population des régions, quasi égalitaire entre les CHR.

1.1.4. La gestion des financements est-elle performante ?

Un système de financement peut viser les interventions les plus efficaces et les populations les plus nécessiteuses, mais être totalement inefficace parce que les fonds ne peuvent être décaissés en totalité. Deux problèmes peuvent expliquer cette situation : (i) des faiblesses dans la passation des marchés (faiblesses qui peuvent alors expliquer un taux d'exécution insuffisant) et (ii) des pratiques de gaspillages et de détournements de fonds.

Comme souvent, l'exécution des dépenses de fonctionnement est bien meilleure que celle des dépenses d'investissement. Entre 2004 et 2008, les budgets santé ont été exécutés à hauteur de 92%, avec en moyenne 80% d'exécution des dépenses de fonctionnement (personnel et matériel) (données PEMFAR 2010). La moyenne d'exécution des dépenses de matériel se trouve aux environs de 70% sur la période. **Par contre, seulement 34% des dépenses d'investissement ont été exécutées, en moyenne sur la période entre 2004 et 2008.**

Tableau 27 : Taux d'exécution des dépenses de santé publiques entre 2004 et 2008

<i>Moyennes d'exécution des dépenses de santé par fonction sur la période 2004- 2008</i>	
Dépenses de personnel	91%
Dépenses de matériel	73%
Dépenses de Fonctionnement	80%
Dépenses de Transferts (subventions)	97%
Dépenses d'Investissement	34%
Total (moyenne)	92%

Source : PEMFAR 2010

La faiblesse d'exécution des investissements (34%) s'explique en partie par la difficulté d'exécuter leurs investissements pour les institutions autonomes (voir encadré chapitre 4 pour la définition des établissements autonomes). Il semblerait que les hôpitaux, pourtant autonomes, rencontrent des difficultés pour engager des dépenses d'investissement. La gestion du programme d'investissement est encore très centralisée, les DRS ne sont pas suffisamment impliquées, ce qui a pour conséquence une très grande lenteur d'exécution.

1.2. Le financement public de la demande : des mécanismes mal organisés et peu performants.

1.2.1. La gratuité des soins pour les groupes les plus vulnérables : un champ d'interventions réduit et des financements parfois insuffisants

Concernant la prise en charge des groupes vulnérables, certains soins pour les femmes, les enfants et les personnes âgées sont pris en charge. Ainsi, la PTME pour la femme enceinte, la prise en charge du dépistage volontaire des jeunes et adolescents dans les CDVA, la prise en charge de la tuberculose et de la lèpre, et la vaccination de routine pour les enfants âgés de moins de 5 ans sont toutes offertes gratuitement aux populations concernées. Cette prise en charge des groupes vulnérables est assurée par l'Etat et les partenaires.

De même, dans le cadre de la réduction de la mortalité maternelle et néonatale, le Gouvernement a lancé le 14 septembre 2010 la Carmma (Campagne pour l'accélération de la réduction de la mortalité néo-natale et maternelle), et entre autres mesures celle de la **gratuité de la césarienne**. Cette mesure annoncée en 2011 est effective depuis le 2 mai 2011, sur toute l'étendue du territoire togolais, plus précisément au sein des structures sanitaires à antenne chirurgicale. Cependant, le faible montant de son financement (600 millions sur les 4 milliards attendus) pousse à requalifier cette intervention comme subvention plutôt que comme gratuité. Il existe aussi un manque de clarification quant à la part qui demeure à la charge des ménages et la pérennité du mécanisme. Il semblerait que l'Etat finance 90% les coûts divers liés à la césarienne⁴⁹, laissant 10 000 FCFA par césarienne à la charge de la patiente. Les kits et produits consommables (s'élevant à 50,856 FCFA par césarienne) sont offerts par le gouvernement. Reste le coût direct de l'opération (80,656 FCFA), dont on ne sait pas exactement dans quelle mesure le ménage doit participer, en plus des 10,000 FCFA des coûts divers. Compte tenu des 600 millions de FCFA annoncés⁵⁰, cela correspondrait à une subvention de 50,000 FCFA par césarienne (1000 césariennes par mois seront subventionnées d'après les besoins estimés). Au final, ce sont plus de 40,000 FCFA par césarienne que la patiente devra payer si la subvention ne s'applique que sur les coûts directs de l'opération et non sur la totalité des coûts (cf Tableau récapitulatif ci-dessous).

⁴⁹ «Togo : La césarienne presque gratuite depuis lundi ! » par Francis AMOUZOU, AfriSCOOP4, mai 2011

⁵⁰ Analyse Sectorielle santé IHP+ mai 2011

Tableau 28 : Récapitulatif de la subvention des césariennes au Togo

Différents postes de coûts pour la césarienne	Coût unitaire (estimé)	Subvention de l'Etat	Financement à la charge du patient
Coûts divers	30,000	20,000	10,000
Kits et produits consommables	50,856	50,856	0
Coût direct de l'opération	80,656	50,000 (si 600 millions de FCFA pour 12000 césariennes par an)	30,656
Total	161,512	120,856	40,656

Concernant la **prise en charge des ARV pour les PVVIH**, le gouvernement a décrété la gratuité des ARV en novembre 2008. Cette procédure a permis de faire passer le taux de couverture thérapeutique des PVVIH de 27% en 2006 à 53% en 2009.

Enfin, concernant les **CTA pour les patients atteints de paludisme**, ils sont subventionnés par le Fonds Mondial dans le cadre de l'accès universel et sont accessibles à tous les patients (tout âge confondu) reçus dans les formations sanitaires publiques.

1.2.2. Le fonds des indigents présente des dysfonctionnements majeurs

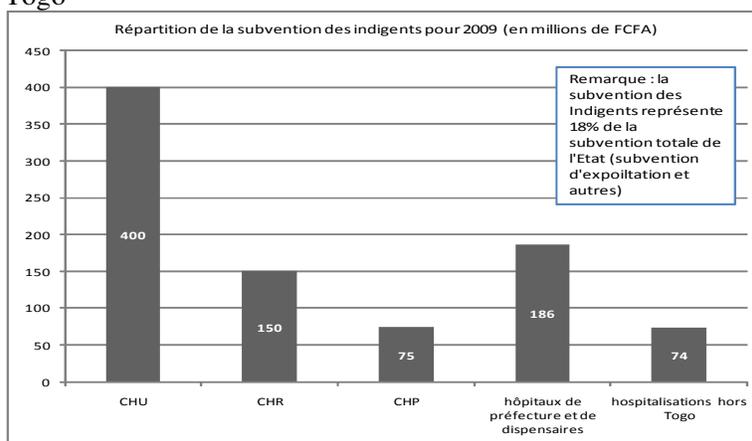
La définition des indigents est imprécise. La seule définition disponible des indigents au Togo date de 1953 et stipule que « *tous les Africains domiciliés au Togo et leur famille non assujettis, les uns et les autres à l'impôt sur le revenu* » peuvent être considérés comme indigents.

L'utilisation du fonds pour les indigents paraît peu efficace. A ce jour, il n'existe pas de critères objectifs de définition de l'indigence. Il n'existe pas non plus de mécanismes de contrôle de l'utilisation de ce fonds.

Les subventions allouées par l'Etat pour couvrir les soins de santé des indigents bénéficient avant tout aux CHU. En 2009, cette subvention s'élevait à 885 millions de FCFA, soit 6% du budget central de la santé. On constate que les CHU sont les premiers bénéficiaires de cette subvention (voir graphique ci-dessous) : les structures de soins de type CHU étant situées en zones urbaines où sont concentrés les plus riches, les subventions aux CHU pourraient davantage bénéficier aux plus riches.

Par ailleurs, les soins aux indigents représentent en moyenne 12% par an des subventions de l'Etat aux Hôpitaux autonomes.

Figure 112 : Répartition de la subvention des Indigents entre niveaux de la pyramide sanitaire au Togo



source : rapport d'activité de la DAC – février 2010

1.2.3. Le lancement de l'assurance maladie pour les fonctionnaires

Des nouvelles mesures viennent d'être prises par le Gouvernement, relatives à la couverture assurance maladie pour les fonctionnaires. (La loi n° 2011-003 du 18 février 2011 institue un régime obligatoire d'assurance maladie des agents publics et assimilés). L'Institut National d'Assurance Maladie (INAM), établissement public doté d'une autonomie administrative et financière, en est la structure en charge de la gestion et a été officiellement inauguré le 5 septembre 2011. Ce régime obligatoire d'assurance maladie (AMO) couvre les risques liés à la maladie, aux accidents non professionnels et à la maternité. Les bénéficiaires sont les agents et assimilés en activité et à la retraite ainsi que les ayants droits (conjoint, les enfants nés dans ou hors mariage et légalement reconnus ou adoptés âgés de 21 ans au plus dans une limite de 4 enfants par assujetti). La cotisation est de 3,5% du salaire à la charge de l'assuré et 3,5% du salaire à la charge de l'Etat employeur et de ses démembrés. Le ticket modérateur est de 20% pour les soins de santé primaires et de 10% pour l'hospitalisation. Les femmes enceintes et les enfants de moins de 5 ans ne payent pas le ticket modérateur. Les prestations couvertes par l'INAM comprennent les consultations, les examens d'aide au diagnostic, les actes et soins, pris en charge de 80 à 90%, tandis que les accouchements, la césarienne et les consultations des enfants de moins de 5 ans sont pris en charge à 100%. Cette mesure doit couvrir 400 000 travailleurs publics et ayants-droit. L'AMO couvrira ensuite le secteur privé et parapublic, le secteur agricole et le secteur informel.

L'effort notable de l'Etat dans l'instauration de l'assurance maladie est une première étape positive dans l'instauration d'une assurance maladie universelle au Togo. Cependant, le système comme actuellement défini ne présente pas un caractère parfaitement équitable, puisqu'il cible un groupe de la population déjà privilégié de par sa situation professionnelle. Il serait donc bénéfique d'étendre au plus vite l'accès à l'assurance maladie aux groupes les plus vulnérables. L'expérience du Ghana (présentée ci-dessous) peut être une source d'inspiration.

Encadré 20 : Comment accroître rapidement la couverture du risque maladie : l'expérience du Ghana

Avant 1999, le Ghana comptait moins de 5 organisations d'assurance maladie à base communautaire. En l'espace de 2 ans, l'extension quantitative des mutuelles de santé s'est accélérée : le nombre d'organisations d'assurance maladie à base communautaire est passé à 47 sur l'ensemble du pays couvrant environ 87 000 bénéficiaires en 2001 à l'instar du schéma d'assurance maladie de l'hôpital de Nkoranza, l'extension fonctionnelle de la couverture était limitée à l'hospitalisation. La dynamique de l'extension des mutuelles de santé a également connu une extension organisationnelle impliquant une mutation vers une plus grande implication des populations dans la gestion des organisations d'assurance maladie à base communautaire.

Suite à la résolution du gouvernement ghanéen d'étendre l'assurance maladie sur la base de la mutualité en 2003, une dynamique d'extension quantitative, fonctionnelle, politique et organisationnelle de l'assurance maladie s'est enclenchée dans le pays en conséquence des interventions législatives et réglementaires, financières et techniques de l'État. Du point de vue quantitatif, **le taux de pénétration de l'assurance maladie au niveau national est passé de moins de 1 % de la population en 2001 à plus de 40 % en 2007**. Du point de vue de l'extension fonctionnelle, les paquets de bénéfices ont été élargis pour assurer la couverture de la majorité des besoins sanitaires des familles ghanéennes. Du point de vue politique, les organisations d'assurance maladie de base servent maintenant de modèle de distribution pour les subventions aux plus pauvres et aux groupes vulnérables en matière de santé. Enfin, le Ghana a adapté l'organisation des systèmes mutualistes de base aux arrangements institutionnels de la décentralisation avec l'émergence et l'extension des systèmes mutualistes basés sur le district administratif.

Processus d'extension par le bas. A la fin des années 90, il existait moins de 5 expériences mutualistes à base communautaire au Ghana. La majeure partie de ces premières expériences étaient des initiatives d'assurance maladie initiées par les prestataires (hôpitaux en général) qui vendaient leurs services d'assurance maladie aux populations. C'est en prenant exemple sur les expériences mutualistes gérées par la communauté typique du mouvement associatif dans les pays francophones d'Afrique qu'une restructuration des expériences ghanéennes s'est opérée vers des arrangements institutionnels basés sur la communauté. Entre 1999 et 2003, les expériences mutualistes au Ghana sont passées de 4 à 159 initiatives mutualistes dans le pays, démontrant au besoin l'enthousiasme que les communautés avaient pour les mutuelles de santé. **Le mérite du processus d'extension par le bas au Ghana a été la démonstration de la faisabilité sociale de systèmes d'organisation d'assurance maladie basée sur la communauté.** Par ailleurs, le processus d'extension par le bas a servi de plateforme pour développer des systèmes de gestion, des ressources humaines et des outils de formation pour appuyer le processus d'extension par le haut.

Processus d'extension par le haut. En 2003, un processus d'extension des mutuelles de santé par le haut est lancé au Ghana. Fort de la volonté politique du président nouvellement élu, le Ghana a voté une loi pour lancer la mise en place d'un système national d'assurance maladie basé sur les districts administratifs (National Health Insurance Act de 2003 <NHIA 2003>). Les systèmes d'assurance maladie basée sur le district – les District Mutual Health Insurance (DMHI) comme on les appelle au Ghana – sont une combinaison des traits organisationnels des mutuelles de santé, comme leur nom anglais l'indique, et des arrangements institutionnels du mouvement de décentralisation administrative et politique en cours dans le pays. **L'alignement des organisations de base de l'assurance maladie sur le dispositif des districts a permis au Ghana d'évoluer à partir des capacités des districts et de leur équivalence structurelle pour étendre rapidement l'assurance maladie sur l'ensemble du pays.** En moins de quatre ans après le vote de la NHIA 2003, le Ghana a étendu le système d'assurance maladie basé sur le district à tous les districts du pays.

Source : « Mutualité, Passage à l'Echelle et Extension de l'Assurance Maladie » Health System 20/20, Abt Associate, Février 2010

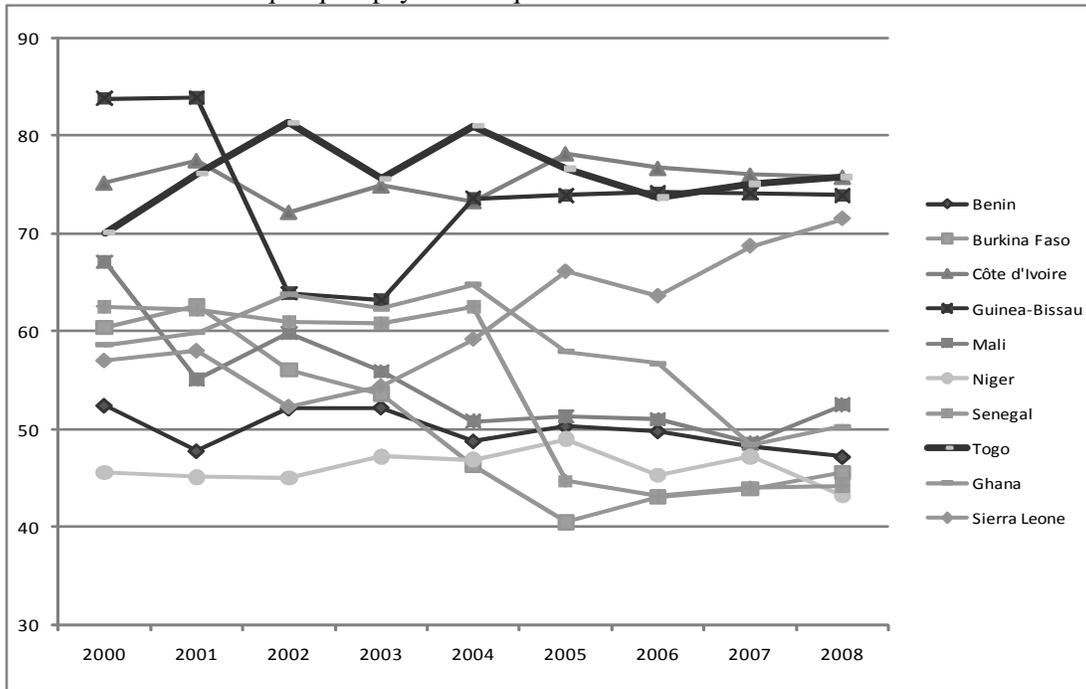
2. Le financement par les ménages est essentiellement un financement par dépenses directes

2.1. Le financement par les dépenses directes des ménages

Au Togo, les ménages sont de loin le premier financeur du système de santé, et ce depuis au moins 2000. Entre 2000 et 2008, la part des paiements directs dans les dépenses totales de santé

au Togo est pratiquement la plus importante parmi les pays de l'UEMOA. Le Togo se positionne ainsi en première position parmi les pays de l'UEMOA en termes de part la plus importante de la santé financée par les ménages (au même niveau que la Côte d'Ivoire, 75%)⁵¹.

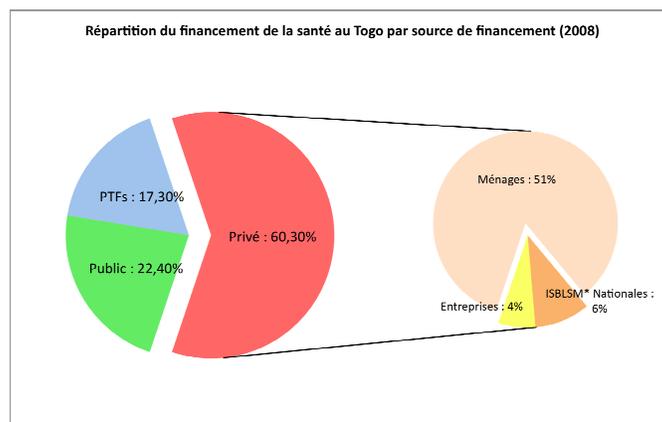
Figure 113 : Part des paiements directs des ménages en pourcentage des Dépenses totales de santé dans quelques pays d'Afrique



Source : Global health Observatory

⁵¹ Ces données sont issues des estimations de l'OMS. D'après le Ministère de la Santé, elles semblent surestimées puisque selon les données du MS, la part du financement des dépenses de santé par les ménages serait de 50%.

Figure 114 : Le financement privé : première source de financement des dépenses de santé au Togo



source : CNS 2008

La contribution des ménages est essentiellement constituée par le paiement à l'acte et par l'achat des médicaments. Selon les données récentes disponibles, les ressources générées par le recouvrement des coûts au niveau des formations sanitaires du secteur public, s'élèvent à environ 9.8 milliards FCFA soit l'équivalent de 55% du budget de l'Etat pour la santé en 2008.

Certaines collectivités locales (mairies et préfetures) participent aussi au financement des services de santé par le paiement des salaires de certaines catégories de personnels de santé.

2.2. Le reste du financement privé : les mutuelles de santé et les assurances privées sont presque inexistantes au Togo

Selon une analyse comparative des mutuelles de santé réalisée en 2006, **le Togo est un des pays qui possèdent le moins de mutuelles de santé** (9 mutuelles fonctionnelles) parmi les pays de la sous-région (après la Mauritanie (3 mutuelles fonctionnelles) et le Tchad (7 mutuelles fonctionnelles)).

Tableau 29 : Comparaison des mutuelles et de leur état de fonctionnement parmi plusieurs pays d'Afrique Sub-Saharienne

Pays	Mutuelles fonctionnelles	Mutuelles en création	Projets de mutuelle	Mutuelles en difficulté	Total
Bénin	43	8	5		56
Burkina Faso	36	34	17	4	91
Cameroun	22	6	9	2	39
Côte d'Ivoire	36	1		3	40
Guinée	55	36	10	10	111
Mali	56	16	3	4	79
Mauritanie	3		4		7
Niger	12	3	2	1	18
Sénégal	87	36	17	9	149
Tchad	7				7
Togo	9	2	14		25

Source : Etat des lieux du Mouvement mutualiste au Togo – 2006

Selon les données de l'inventaire de 2003 (analyse réalisée en 2006), on dénombrait au Togo sept mutuelles fonctionnelles et seulement deux en gestation. Paradoxalement, on notait l'existence de nombreux projets de création de mutuelles, soit plus d'une trentaine dont 14 ont déjà une dénomination. Après enquête, il est apparu que les deux mutuelles en gestation sont devenues fonctionnelles.

Tableau 30 : Récapitulatif de la typologie des mutuelles au Togo en 2003

<i>Type de mutuelles</i>	<i>Nombre de structures</i>	<i>Nombre d'adhérents</i>	<i>Nombre de bénéficiaires</i>	<i>Groupes cibles</i>	<i>Caractéristiques</i>
Mutuelles classiques	6	240	960	Toutes catégories de personnes	-Solidarité -Adhésion libre -Montant unique fixé pour tous les adhérents
Mutuelle de « crédit-santé »	1	3572	8700	Membres de groupements solidaires	-Solidarité -Adhésion libre
Système de prépaiement	1	243	1500	Membres de l'association ou du district sanitaire	-Adhésion libre -Solidarité -Montant des cotisations selon les possibilités de chacun
Mutuelle d'entreprise	1	1300	5200	Personnel de l'entreprise	-Adhésion automatique -Cotisation prélevée directement sur salaire

Source : Etat des lieux du Mouvement mutualiste au Togo – 2006

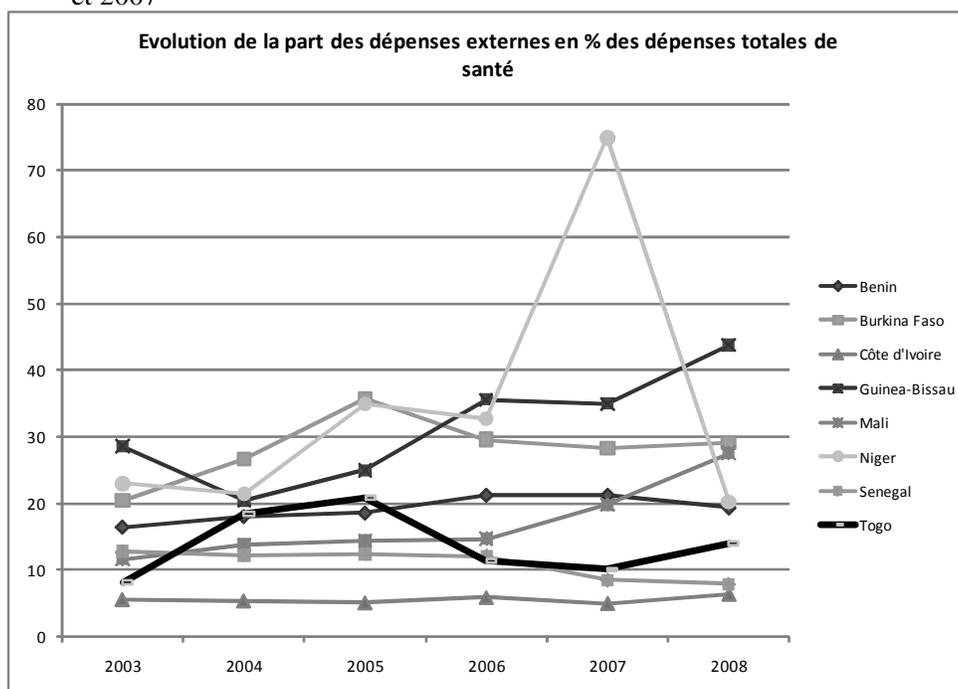
Certaines faiblesses ont été recensées en 2003. En plus d'un manque de ressources matérielles, s'observe un manque de ressources financières. Les faibles montants des cotisations (entre 250 et 1000 FCFA en moyenne) ne permettent pas aux mutuelles d'être financièrement soutenable. S'ajoute à cela les taux importants de démission des adhérents, et la difficulté de recouvrement des fonds pour cause d'arriérés de paiements des cotisations trop fréquents. L'absence de personnel permanent salarié et de formation des personnels limite également le développement des mutuelles.

3. Un financement extérieur très volatil

3.1. Le financement extérieur de la santé est-il suffisant au Togo ?

Le secteur santé du Togo fait face à un financement extérieur relativement faible et fortement volatil. Entre 2003 et 2008, la part des dépenses de santé financée par l'extérieur était en moyenne de 13% des dépenses totales de santé au Togo, et montrait une très forte volatilité (au vu du graphique ci-dessous). En 2008, on observe à nouveau une hausse des dépenses issues des PTFs : elles représentent 17,8% des dépenses totales de santé (d'après le CNS 2008).

Figure 115 : Comparaison des financements extérieurs pour les pays de l'UEMOA entre 2003 et 2007

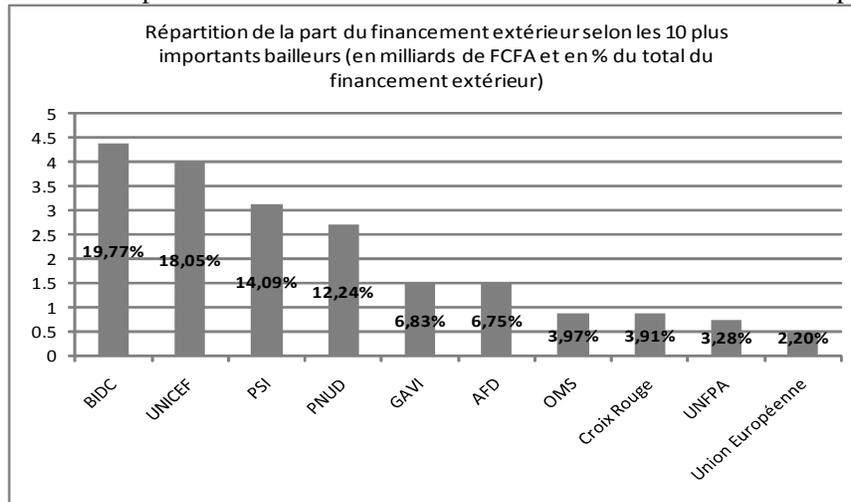


source : Global Health Observatory

En 2009, 32 milliards de FCFA proviennent des PTFs, dont 90% sont assurés par un groupe de 10 bailleurs internationaux. Les ressources externes sont constituées des financements obtenus auprès des partenaires au développement. Ces ressources couvrent les activités des projets et programmes inscrits pour le compte du Département. Outre ces financements, divers Services du Ministère de la Santé dont les Hôpitaux et les Centres Médico-Techniques ont reçu des Partenaires **des dons en nature, dont la valeur est estimée à 9 milliards FCFA.** Le rapport d'activité de la DAC considère ainsi que les ressources externes, c'est-à-dire provenant des Partenaires, s'élèvent globalement à un **total de près de 32 milliards de FCFA pour l'année 2009.**

Comme le montre le graphique ci-dessous, 10 bailleurs représentent plus de 90% du financement extérieur.

Figure 116 : Répartition du financement extérieur entre les 10 bailleurs les plus importants



source : rapport d'activité de la DAC – février 2010

3.2. Le financement extérieur est-il en cohérence avec les priorités de santé?

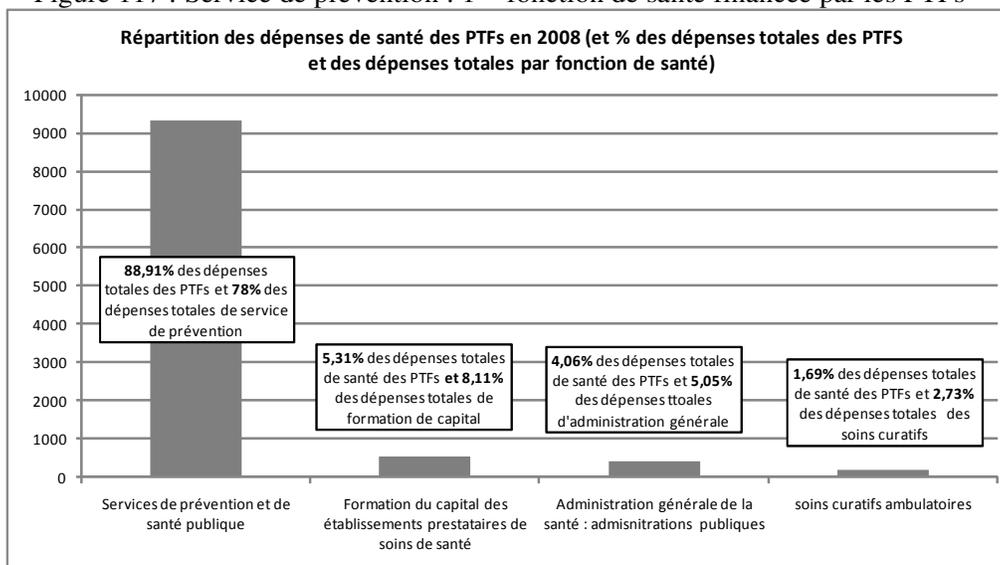
80% du financement extérieur ciblent des services de santé fortement utilisés par les plus pauvres. Avec les données du rapport d'activité de la DAC 2009, nous disposons des activités financées par les PTFs pour l'année 2009. La BIDC est le financeur externe le plus important (20% du financement extérieur total), et pour des activités de réhabilitation et fourniture en équipements médicaux lourds essentiellement. Ces activités sont davantage des activités ciblant les structures de santé hospitalières, dont ne bénéficient pas majoritairement les pauvres. Par contre, les autres PTFs financent essentiellement des activités liées à l'atteinte des OMD santé : lutte contre le paludisme, la tuberculose et le SIDA, et ciblage de la santé maternelle et des enfants. Ces activités serviront en théorie davantage les plus pauvres, qui souffrent majoritairement des maladies transmissibles liées aux OMD santé.

Tableau 31 : Activités financées par les PTFs au Togo en 2009 : 90% du financement extérieur sont réalisés par 10 bailleurs internationaux

PTFs	Montant décaissé (en millions de FCFA) en 2009	Activités financées
BIDC	4 372	Travaux de construction, de réhabilitation des bâtiments et fourniture des équipements lourds médicaux
UNICEF	3 991	Plus d'une dizaine de projets financés. Les plus importants en terme de montant sont les activités liées à la nutrition, la lutte contre la poliomyélite, le paludisme et quelques travaux de réhabilitation
PSI	3 115	Essentiellement des activités de sensibilisation, dépistage et planning familial
PNUD	2 706	Essentiellement lutte contre le paludisme et la Tuberculose
GAVI	1 511	Achat de vaccins et appui au PEV
AFD	1 491	Budgets programme, financement des ARV, développement des DS de la région des Plateaux
OMS	878	Activités diverses
Croix Rouge	864	Santé communautaire et santé mères et enfants
UNFPA	724	Dotation des FS en produits SR et divers
UE	485	Fourniture et équipements de bureau réhabilitation

source : rapport d'activité de la DAC – février 2010

Figure 117 : Service de prévention : 1^{ère} fonction de santé financée par les PTFs



source : CNS 2008

3.3. La gestion des financements extérieurs est-elle performante ?

Pour l'année 2009, on observe un taux d'exécution du total des financements extérieurs prévus de 95%. On en conclut à une bonne performance de la gestion des financements extérieurs au Togo.

Financement de la santé : principaux constats

Le financement par le Ministère de la Santé représente aujourd'hui 6 % du budget de l'Etat, ce qui est en baisse par rapport aux montants de 2006 (6,5%), mais reste significatif au vu des autres pays de la sous-région. Plus inquiétant, ce financement, lorsqu'il est rapporté au nombre d'habitants et lorsqu'il est exprimé en FCFA constant, est en baisse absolue. Au total, l'espace budgétaire au profit de la santé est resté faible, voire a diminué.

De plus, les dépenses actuelles ne ciblent pas les interventions les plus efficaces et les plus favorables aux pauvres : le MS finance avant tout les dépenses administratives et hospitalières, dépenses qui par nature bénéficient très peu aux plus pauvres. De même, l'essentiel des dépenses concerne l'offre de soins et très marginalement la demande. Qui plus est, les rares dispositifs de gratuité (ou d'exemption de frais) sont insuffisamment financés, peu clairs sur le champ des prestations financées et mal contrôlés.

La gestion des flux financiers semble performante, compte tenu des taux d'exécution des dépenses de santé selon les différents niveaux de la pyramide sanitaire. Mais ce bon résultat semble largement expliqué par la faiblesse des investissements (dont les taux d'exécution sont toujours traditionnellement moins élevés).

Le financement du système par les ménages (50,5% des dépenses de santé) reste donc essentiel, comme dans d'autres pays de la sous-région. Les mécanismes de partage de risques étant quasi inexistant, ceci contribue à l'appauvrissement des ménages togolais. Une particularité du Togo est la quasi-absence de mutuelles.

Enfin, le financement extérieur (PTFs) est assez faible (moins de 18% des dépenses de santé) comparativement aux autres pays de la sous-région (20% pour le Niger et le Bénin, près de 30% pour le Mali et le Burkina, et plus de 40% pour la Guinée Bissau). De plus, il demeure relativement volatile, ce qui ne permet pas d'assurer une pérennité des financements de la santé au Togo.

REFERENCES

Rapports, articles, études

- ADJAHOTO E.O. et al (1999) « Contraception et avortement provoqué en milieu africain », Médecine d'Afrique Noire : 1999, 46 (8/9)
- ABDYOU RAHMANE DIPARIDE AGBERE, TCHAGAFU Moukaïla, et al. (2003) « Utilisation des méthodes contraceptives par les jeunes femmes de Lomé (Togo) », Santé ISSN 1157-5999 ; 2003, vol. 13, no4, pp. 243-251.
- AGBOKPE Totekpomawu Koku (2005) « Les Médicaments Essentiels Génériques au Togo : évaluation de l'accessibilité dans les structures de soins publiques » – Thèse de doctorat de pharmacie, Université de Lomé, Togo, Faculté de Médecine et de Pharmacie
- Agence Française de Développement/Unité de Santé Internationale (15 septembre 2009) Etude de faisabilité - Projet d'appui au secteur de la santé du Togo
- Akpadza K (2005) Médecine d'Afrique Noire 2005, vol. 52, no6, pp. 345-351
- AMOUZOU Francis , “Togo : La césarienne presque gratuite depuis lundi ! » par, © AfriSCOOP4, mai 2011
- Campbell et al (2006) « Strategies for reducing maternal mortality: getting on with what Works », Lancet 2006; 368: 1284–99.
- CNLS-IST et Ministère de la Santé du Togo (2007) Plan Stratégique National de Lutte contre le SIDA et les IST 2007-2010
- CNLST-IST (2010) Suivi de déclaration d'Engagement sur le VIH-SIDA – rapport UNGASS 2010
- Document complet de Stratégie de Réduction de la Pauvreté 2009-2011
- Foster V (2008) Africa Infrastructure Country Diagnostic – World Bank, African Development Bank, AFD, EU, NEPAD, Public-Private Infrastructure Advisory Facility and DFID.
- GAVI (septembre 2010) Rapport annuel de situation 2009 du Togo à GAVI Alliance
- GTZ (2003) Approche Contractuelle en matière de soins et services de santé au Togo
- Guengant Jean-Pierre et al. (2011) « Comment bénéficier du dividende démographique ? Analyse pays Togo », étude coordonnée par Initiatives Conseil International, Burkina Faso et financée par l'AFD.
- Ministère de l'Enseignement Supérieur et de la Recherche, Université de Lomé, Unité de Recherche Démographique ET Ministère de la Santé/DGS/DSSP/PNLN (janvier 2010) « Evaluation PNLN_TOGO - 2009 »
- Ministère de la Planification, du Développement et de l'Aménagement du Territoire, et Direction Générale de la Statistique et de la Comptabilité Nationale – Bureau Central de Recensement (février 2011), Quatrième Recensement Général de la Population et de l'Habitat, Novembre 2010, Résultats Provisoires
- Ministère de la Planification et du Développement Economique, Direction de la Statistique, Lomé, Togo et Macro International Inc. Carlverton, Maryland USA (Avril 1999) Enquête Démographique et de Santé, Togo , 1998.
- Ministère de la Santé (2010) Comptes Nationaux de la Santé 2008
- Ministère de la Santé (2010) Politique Nationale des Interventions à Base Communautaires 2010-2013
- Ministère de la Santé (février 2011) Plan Stratégique 2011-2015 de Lutte contre le Paludisme au Togo

- Ministère de la Santé (Mars 2009) Plan National de Développement Sanitaire du Togo 2009-2013
- Ministère de la Santé / AFD (2009) Audit d'évaluation du secteur pharmaceutique au Togo – Volume I : Politique Pharmaceutique Nationale et Volume II : CAMEG
- Ministère de la Santé du Togo - Dépenses de santé - données du MS (DAC) 2008
- Ministère de la Santé et AFD (2009) Audit Organisationnel du Ministère de la Santé. AEDES, Lomé, Décembre 2009 – collaboration financière de l'AFD
- Ministère de la Santé et IHP+ (2011), Analyse de la situation du secteur de la santé au Togo – CHIP.
- Ministère de la Santé, (2008), Feuille de route pour la réduction de la mortalité maternelle, néonatale et infanto-juvénile du Togo, période 2008-2012 – Mai 2008 – OMS, UNICEF, UNFPA, AWARE reproductive health, Plan Togo.
- Ministère de la Santé, DGS et OMS (2007) Cartographie de l'Offre de Services de Santé - Rapport d'Etude 2006
- Ministère de la Santé, Direction Générale de la Santé, Direction des Affaires Communes - UNICEF PNUD (2009) Cadre des Dépenses à Moyen Terme – Santé 2010-2013
- Ministère de la Santé, Direction Générale de la Santé, Direction des Affaires Communes (janvier 2009) Revue des dépenses publiques 2005-2007
- Ministère de la Santé, Direction Générale de la Santé, Direction des Affaires Communes (2009) rapport d'activité de la DAC
- Ministère de la Santé, DISER (2009) Annuaire des hôpitaux 2009
- Ministère de la Santé/DGS/DAC (février 2010) Rapport d'activité de la Division des Affaires Communes 2009
- Ministère de la Santé/DGS/DAC/Division de l'Administration et des Ressources Humaines (juillet 2009) Plan de Développement et de Gestion des Ressources Humaines
- Ministère de la Santé/DGS/DPFR et FNUAP - Principaux Indicateurs de santé, années 2002 à 2009.
- Ministère de la Santé/DGS/DSSP (février 2011) Programme National de Lutte contre le Paludisme
- Ministère de la Santé/DGS/DSSP/Programme Nationale de Lutte contre le SIDA - IST (2009) Rapport Annuel d'activité
- Ministère des Finances (2009) Budget Général de l'Etat
- MS/DGS/DSSP et FNUAP (2007) Evaluation des Soins Obstétricaux et Néonataux d'Urgence au Togo
- OMS, Bureau du Togo (5 juillet 2010) L'Echo du mois de juin de l'OMS Togo
- Pelletier et al. (1995) « The Effects of Malnutrition on Child Mortality in Developing Countries » The Bulletin of the WHO, 1995, 73 (4) : 443-448.
- PNUD (Avril 2010), Le Togo se mobilise autour des OMD : 3ème Rapport de suivi des OMD, République du Togolaise et Système des Nations Unies
- Population Reference Bureau (2009): 2009 World Population Data Sheet. Washington, DC: PRB
- Rapport d'Etat des lieux de la Division des Laboratoires, 2005
- SAIZONOU-BROOHM Ghislaine et AGBOVI K. Kwassi (2006) Etat des lieux du Mouvement mutualiste au Togo «Appui à la construction d'un cadre régional de développement des mutuelles de santé dans la zone de l'UEMOA »
- Siliadin KM (2010) Emigration des médecins Togolais formés à la FMMP, Thèse 2010

- The World Bank (2010) Revue des Dépenses Publiques et de la Responsabilité Financière de l'Etat – Togo. Coproduit avec le gouvernement du Togo, la Banque Africaine du Développement, l'Union Européenne et la Coopération Française
- The World Bank, (2009) Disasters risk management programs for priority countries – Africa, Togo – Global Facility for Disaster Reduction and Recovery.
- UNICEF et Direction Générale de la Statistique et de la Comptabilité Nationale (DGSCN) (mai 2011) TOGO - Enquête par grappes à indicateurs multiples (MICS) 2010 - Résultats préliminaires
- UNICEF et Direction Générale de la Statistique et de la Comptabilité Nationale (DGSCN) (août 2007) TOGO - Enquête par grappes à indicateurs multiples (MICS) 2006 – Suivi de la situation des enfants et des femmes
- UNICEF (2009) Nutrition Profile Togo 2009
- UNICEF et Ministère de la Santé (2010) 3ème enquête nutritionnelle SMART
- UNICEF et OMS (2007) – La Pneumonie de l'enfant : Un fléau oublié
- WHO (2009) Country profile of Environmental Burden of Disease - Togo
- WHO Regional Officer for Africa (2007) HIV/AIDS Epidemiological Surveillance Report for the WHO African Region 2007 Update
- WHO-UNICEF estimates of immunization coverage: the Togolese Republic
- WHO/UNICEF (2010) Estimate for the use of Improved Drinking-Water sources and Improved Sanitation Facilities– Joint Monitoring Programme (update March 2010)
- World Health Statistics (2010) Global Health Indicators

Websites

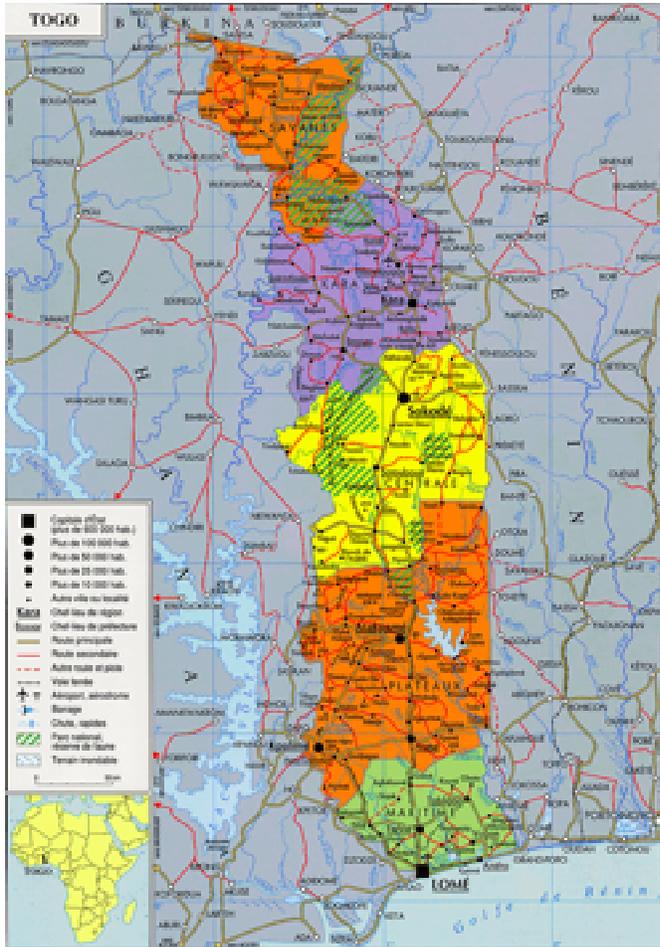
- FNUAP : <http://www.unfpa.org/public/>
- Global Health Observatory : <http://www.who.int/gho/en/>
- UNICEF : <http://www.unicef.org/>
- World Development Indicators : <http://databank.worldbank.org/ddp/home.do>
- World Health Organization : <http://www.who.int/en/>

Bases de données

- données enquêtes ménages MICS-3 2006 et MICS-4 2010
- enquête nutrition SMART 2010
- enquête QUIBB 2006

ANNEXES

Annexe 1.1. Carte géographique du Togo



Annexe 2.1. : Régression logistique de la survie des enfants.

Les données MICS nous permettent d'observer le nombre d'enfants décédés et vivants par femme parmi les naissances vivantes par femmes sur les deux dernières années précédant l'enquête.

Une variable qualitative « enfant vivant » a été créée, prenant la valeur de 1 lorsque l'enfant est vivant, 0 lorsque l'enfant est décédé. Compte tenu du caractère qualitatif de la variable dépendante, on a utilisé une régression logistique.

Les facteurs de survie de l'enfant sont captés par différents groupes de variables. Ainsi, les facteurs biologiques sont représentés par l'âge de la mère à l'accouchement ; les facteurs comportementaux par l'espacement des naissances pour la femme ; les facteurs du système de santé par l'injection anti-tétanos reçue ou non par la femme, l'accouchement assisté ou non par un personnel de santé qualifié et l'allaitement de l'enfant ; les facteurs socio-économiques par l'éducation de la mère et le quintile de richesse d'appartenance ; les facteurs environnementaux par le milieu de résidence urbain ou rural, la taille du ménage, l'accès ou non à l'eau propre et l'utilisation ou non de toilettes modernes.

Les variables explicatives sont des variables qualitatives dichotomiques qui ont besoin de variable de référence pour leur interprétation lorsque plusieurs d'entre elles captent le même phénomène. L'éducation de la mère par exemple : les variables de niveau d'éducation sont à interpréter par rapport à la variable de référence « aucune éducation ». De même pour les variables de région (référence Lomé), et de richesse (référence Très Pauvre). Ainsi, il est normal que la variable Pauvre ne soit pas significative car elle présente trop de similarité avec la variable de référence Très Pauvre.

Les résultats de la régression sont recensés dans le tableau suivant :

Tableau 32 : Régression logistique des enfants vivants par femme sur différents facteurs de survie de l'enfant

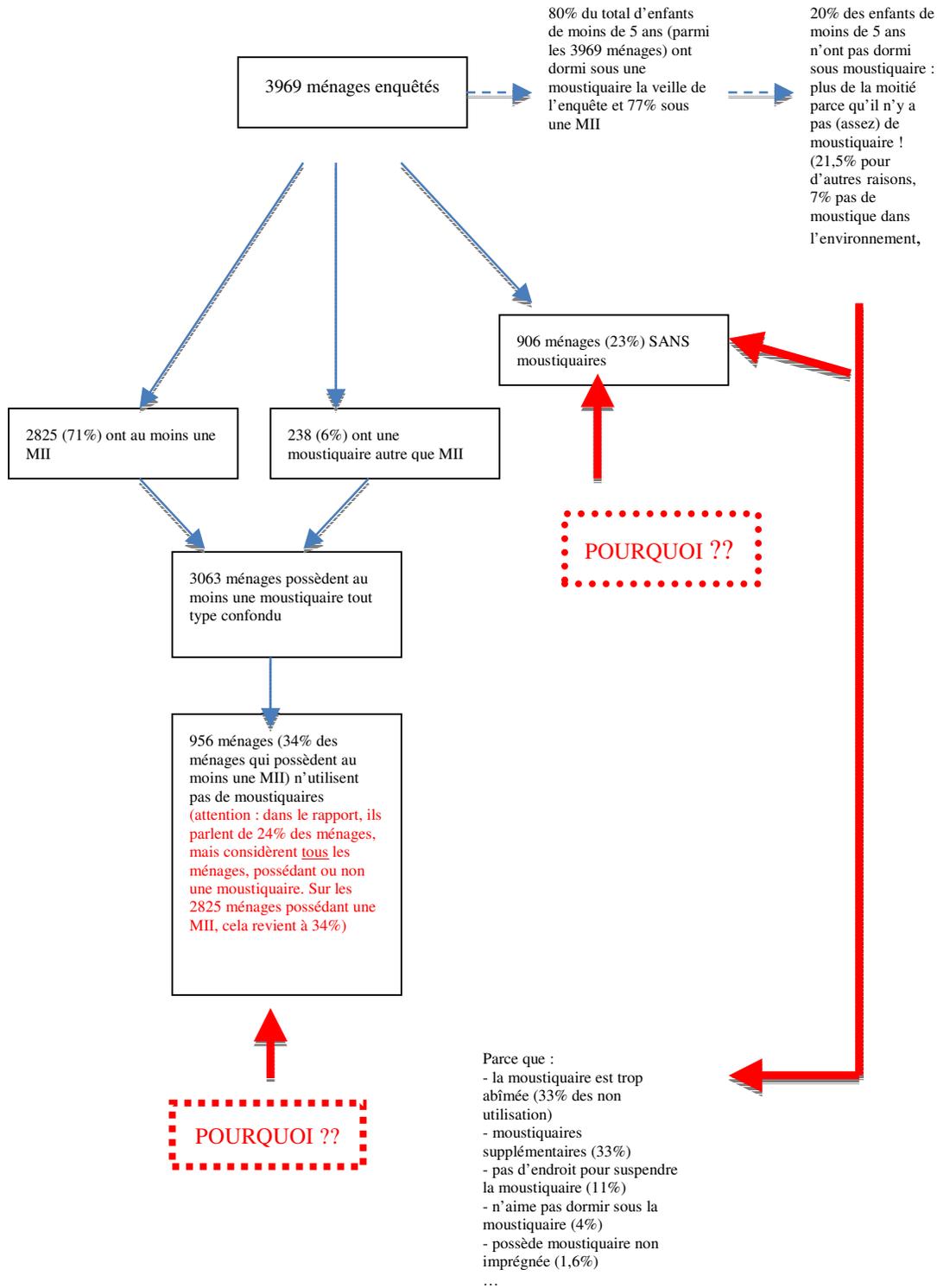
Logistic regression		Number of obs	=	1733
		Wald chi2(17)	=	179.72
		Prob > chi2	=	0.0000
Log pseudolikelihood = -830.79914		Pseudo R2	=	0.1731
Enfant vivant	Odds Ratio	Std. Err.	P> z 	effet marginal
Facteur biologique				
Age de la mère***	.6084474	.0334111	0.000	3.28368
Facteur comportemental				
espacement des naissances	1.736675	.6381926	0.133	.961173
Facteurs du système de santé				
injection anti-tétanos reçue	1.247187	.2386114	0.248	.792802
pas de CPN	1.022603	.2477738	0.926	.105846
Accouchement Assisté par un Personnel de santé Qualifié***	1.569118	.2631006	0.007	.530545
Allaitement***	2.932963	.8944917	0.000	.946766
Facteurs socio-économiques				
<i>éducation de la mère (référence : pas d'éducation)</i>				
éducation informelle	.2170668	.2589747	0.200	.003082
éducation primaire	1.148763	.1761628	0.366	.370117
éducation secondaire***	2.593543	.742805	0.001	.186492
<i>quintile de richesse d'appartenance (référence: quintile le plus pauvre)</i>				
Pauvre	1.009056	.1831534	0.960	.197474
Moyen*	1.488612	.3158879	0.061	.175047
Riche **	1.945464	.584648	0.027	.205708
Très Riche***	4.073186	1.76231	0.001	.216346
Facteurs environnementaux				
milieu de résidence urbain	1.227162	.3193934	0.432	.389706
taille du ménage	1.009979	.0205132	0.625	6.38269
accès à l'eau propre	.4717049	.1879379	0.590	.049607
toilettes modernes	.8441301	.2276868	0.530	.225031

Source : MICS3 2006 et analyse BM

NB : *** significatif à 1%, ** significatif à 5% et * significatif à 10%

NB 2 : un odds ratio inférieur à 1 rend compte d'un effet négatif de la variable explicative sur la variable expliquée

Annexe 2.2. Schéma récapitulatif de l'utilisation des moustiquaires selon les résultats de l'enquête d'évaluation de la PNLP – 2009



Annexe 2.3. : Régression logistique du taux d'accouchement assisté sur les facteurs d'offre et de demande de soins obstétricaux

Pour expliquer les Taux d'utilisation des soins obstétricaux, nous avons utilisé comme proxy l'assistance de l'accouchement par un personnel de santé qualifié. La variable expliquée est une variable qualitative (0 ou 1) qui rend compte d'un accouchement assisté par un médecin, un infirmier ou une sage-femme contre un accouchement assisté par un autre type de personnel ou non assisté (variable AAPQ : Accouchement Assisté pas un Personnel de santé Qualifié).

Les facteurs de l'AAPQ dépendent de facteurs d'offre et de demande.

Les facteurs d'Offre sont captés par la variable « Densité » qui rend compte de la densité de personnel de santé par région (Médecins, IDE et Sages-Femmes). La variable « milieu urbain » permet de rendre compte de l'accès aux soins compte tenu du fait que les individus ont une accessibilité meilleure aux formations sanitaires en zone urbaine. La variable « régions » permet quant à elle d'analyser la différence en termes d'accès à une assistance par un personnel de santé qualifié lors de l'accouchement par région. La forte colinéarité avec la variable « milieu urbain » oblige à supprimer Lomé de la régression.

Les facteurs de demande de soins obstétricaux sont approximées par les variables rendant compte de la richesse et du niveau d'éducation de la mère. Nous avons utilisé l'éducation de la mère et le quintile de richesse d'appartenance de la femme pour rendre compte des facteurs de demande influençant l'assistance par un personnel de santé qualifié.

Des facteurs rendant compte du système de soins ont également été introduites. Ils sont captés par les variables de taux de consultations pré-natales.

Enfin, des facteurs socioculturels ont été également introduits sans montrer d'impact significatif : l'âge de la mère, le fait d'être excisée ou encore d'être ou d'avoir au moins une co-épouse.

La régression logistique est ici utilisée puisque nous avons une variable expliquée qualitative.

Les autres variables étant également des variables qualitatives, il a fallu extraire de la régression les variables de référence. Pour le quintile de richesse, la variable Très Pauvre est la variable de référence (ce qui signifie que les effets marginaux des autres quintiles se lisent par rapport au quintile le plus pauvre). De même, les variables de référence pour l'éducation de la mère et de pour la région sont respectivement : pas d'éducation et la région Savane.

Les résultats de la régression ont été recensés dans le tableau suivant :

Tableau 33 : Régression logistique des accouchements assistés par un personnel qualifié sur les facteurs d'offre et de demande

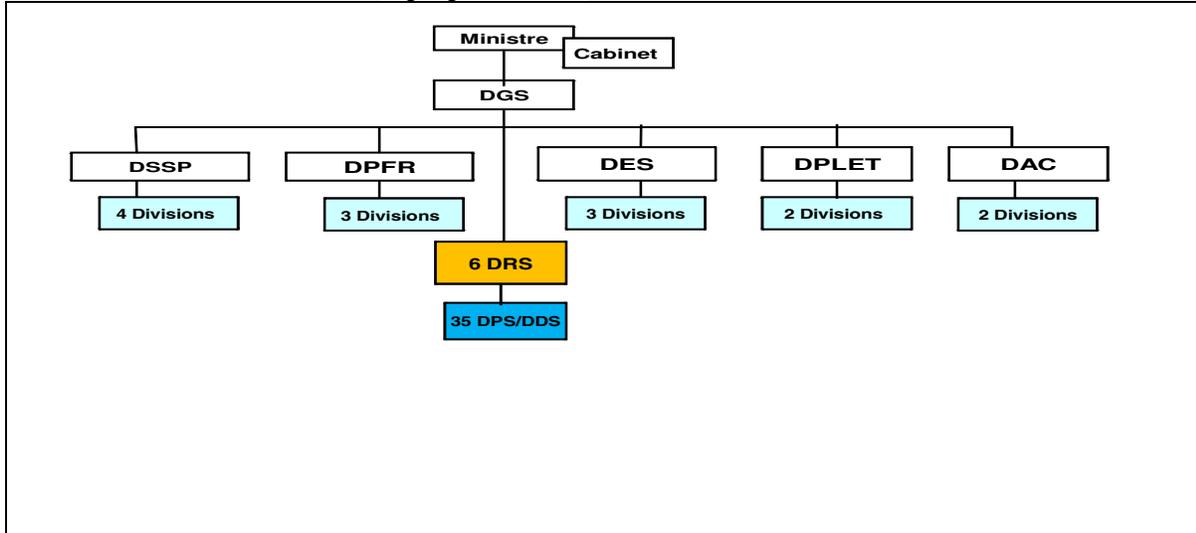
Logistic regression					Number of obs = 1161
					Wald chi2(11) = 230.18
					Prob > chi2 = 0.0000
Log pseudolikelihood = -457.68775					Pseudo R2 = 0.4041
Accouchement Assisté par un Personnel de santé Qualifié	Odds Ratio	Robust Std. Err.	z	P>z	Effet marginal
Facteurs culturels					
Âge de la mère	1.031693	.0721635	0.45	0.656	3.44132
Excisée	1.354163	.3591155	1.14	0.253	.074187
Coépouse	.7975056	.1657205	-1.09	0.276	.290297
Facteurs de Système de soins					
A eu au moins 4 CPN***	2.214909	.5010538	3.52	0.000	.687168
A eu des CPN par un personnel de santé qualifié***	9.683501	2.693575	8.16	0.000	.80177
Facteurs d'offre de soins					
Densité de personnel de santé***	1.081508	.0286511	2.96	0.003	6.99063
milieu urbain***	2.93229	1.129252	2.79	0.005	.405734
Facteur géographique (référence: Savanes - Lomé absente pour cause de colinéarité avec le milieu urbain)					
Maritime***	5.984509	1.97573	5.42	0.000	.292049
Plateaux***	2.12895	.5684417	2.83	0.005	.194348
Centrale***	3.62415	.9253008	5.04	0.000	.095624
Kara***	3.078769	.8172136	4.24	0.000	.113634
Facteurs de demande					
Education de la mère (référence: pas d'éducation)					
Primaire***	2.282559	.4699572	4.01	0.000	.387055
Secondaire***	2.782542	1.046751	2.72	0.007	.233225
Niveau de richesse (référence: quintile Très Pauvre)					
Pauvre	1.414396	.341587	1.44	0.151	.194371
Moyen***	2.04116	.5338084	2.73	0.006	.189546
Riche***	3.087761	1.23974	2.81	0.005	.188762
Très Riche***	5.387318	3.276162	2.77	0.006	.241795

source : MICS-4 2010 – Analyse BM

Annexe Chapitre 4

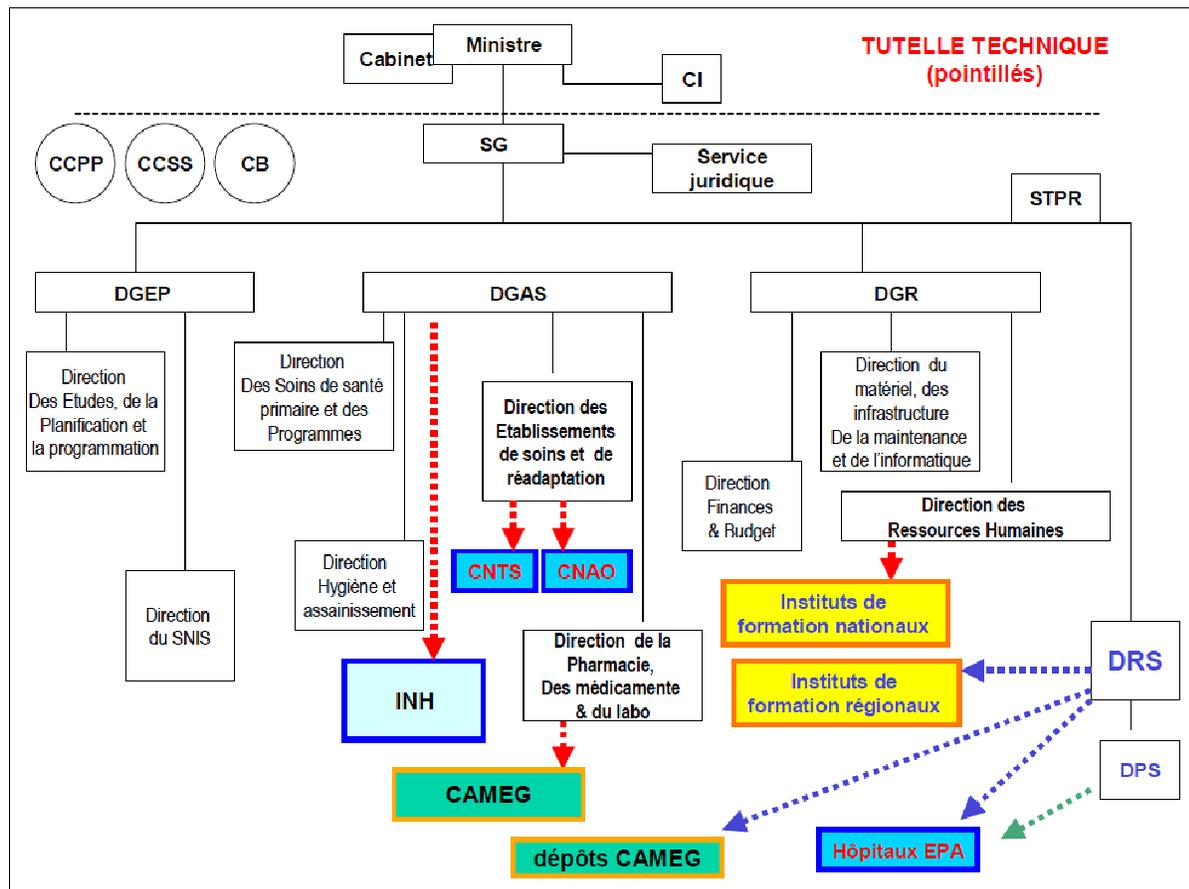
Annexe 4.1. Organigramme actuel et Proposition finale d'organigramme du Ministère de la Santé (voir Annexe 4.1. des illustrations)

Organigramme actuel



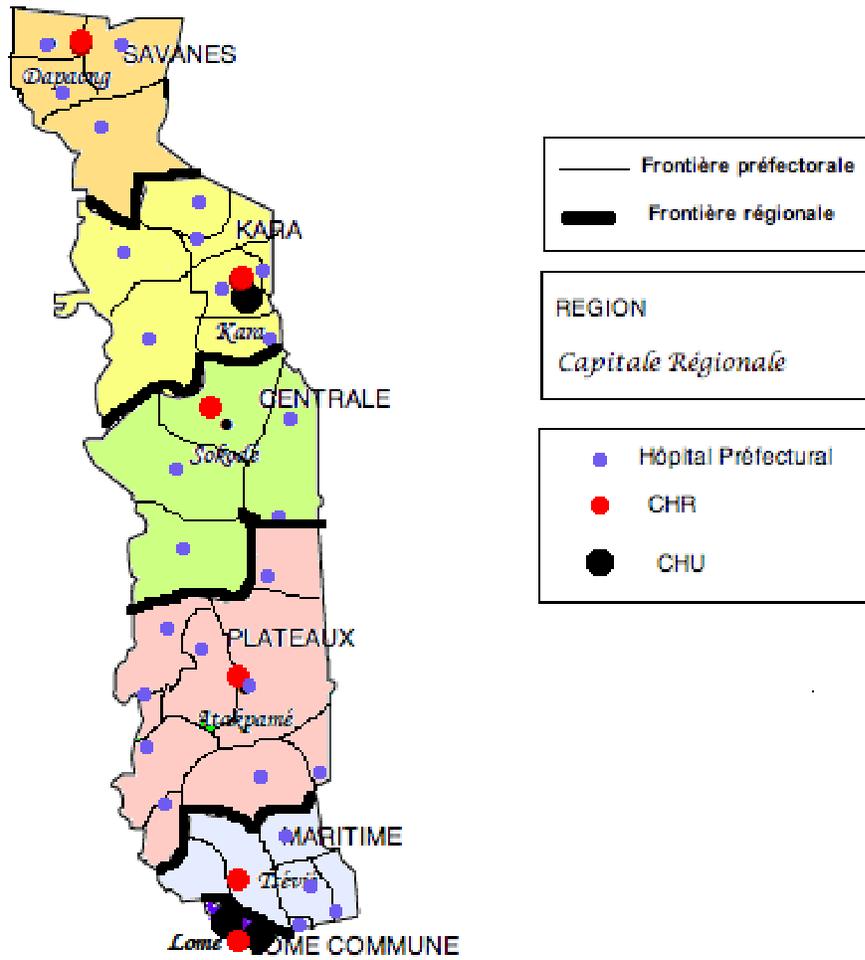
source : Analyse Sectorielle IHP+ (Mars 2011)

Proposition de nouvel organigramme



Annexes Chapitre 5

Figure 118 :
Annexe 5.1. Répartition des structures de santé principales du Togo



Annexe 5.2. : Méthode DEA d'estimation de l'efficacité technique des hôpitaux

1. Pourquoi utiliser la méthode de *Data Envelopment Analysis* ?

Pour mesurer l'efficacité technique des hôpitaux béninois, nous avons utilisé une méthode de *Data Envelopment Analysis*.

Cette démarche est beaucoup plus pertinente et fiable qu'une analyse de ratios de productivité ou des taux d'occupation des lits, et ce pour au moins quatre raisons :

1. Les hôpitaux sont des entités multi produits. En clair, ils produisent des séjours d'hospitalisation, mais aussi des consultations, des actes chirurgicaux, des examens d'imagerie et de laboratoire. Une analyse par ratio oblige donc à définir une clé de pondération entre ces différents outputs, afin de les agréger dans un seul output (qui sera utilisé comme numérateur des ratios de productivité partielle). La DEA dispense de faire cette hypothèse, souvent très simplificatrice, puisqu'elle génère ses propres coefficients de pondération, sur la base des hôpitaux considérés par l'algorithme DEA comme les plus efficaces au sein de l'échantillon.
2. Dans l'analyse d'efficacité technique des hôpitaux, seule la DEA permet de distinguer la « pure inefficacité technique » de l'inefficacité liée aux effets d'échelle (hôpital de taille trop petite ou trop grande).
3. Il existe des benchmark d'efficacité hospitalière pour plusieurs pays d'Afrique. Tous ont été définis selon une méthode DEA.
4. Une DEA ne nécessite pas un large échantillon. Car il s'agit d'une méthode basée sur la programmation linéaire et donc non statistique.

2. Quels inputs et outputs hospitaliers ont été retenus ?

Avant d'évoquer les inputs et outputs retenus pour la DEA, il convient de rappeler une règle, définie par Cooper (Cooper 2006), selon laquelle le nombre d'observations (i.e. hôpitaux) doit être au moins supérieur à :

$$\text{Max } \{ \# \text{ inputs} * \# \text{ outputs}, (\# \text{ inputs} + \# \text{ outputs}) * 3 \}.$$

En l'occurrence, l'analyse DEA a été effectuée avec 32 observations (sur un total possible de 37). Après plusieurs tests, nous avons conclu que, pour respecter la règle de Cooper⁵² tout en ayant une analyse pertinente, les inputs et les outputs seraient les suivants :

	OUTPUTS	INPUTS
Paramètres retenus dans l'analyse DEA	1. Séjours en hospitalisation 2. Consultations 3. Actes chirurgicaux et obstétricaux	1. Nombre de lits 2. Personnel Médical 3. Personnel paramédical 4. Personnel autre

⁵² Lorsque cette règle n'est pas respectée (trop d'inputs ou d'outputs et pas assez d'observations), les algorithmes DEA ont du mal à différencier les entités, ce qui aboutit à ce qu'un grand nombre d'entités (i.e. hôpitaux) soient considérées comme efficaces (efficacité égale à 100%). Idéalement, dans une analyse DEA CRS, une seule entité devrait être considérée comme efficace.

Concernant les OUTPUTS, nous avons retenu le nombre d'actes chirurgicaux, pour ne pas pénaliser les hôpitaux à forte activité chirurgicale.

Concernant les INPUTS, le nombre de lits est retenu comme indicateur de l'intensité capitalistique d'un hôpital (cf. Wagstaff 1992).

3. Quels sont les données utilisées et les paramètres retenus ?

Nous avons utilisé le logiciel DEAP (<http://www.uq.edu.au/economics/cepa/deap.htm>).

Les paramètres de l'algorithme DEAP étaient les suivants :

32	NUMBER OF FIRMS
1	NUMBER OF TIME PERIODS
3	NUMBER OF OUTPUTS
4	NUMBER OF INPUTS
1	0=INPUT AND 1=OUTPUT ORIENTATED
1	0=CRS AND 1=VRS
0	0=DEA(MULTI-STAGE), 1=COST-DEA, 2=MALMQUIST-DEA, 3=DEA(1-STAGE), 4=DEA(2-STAGE)

L'algorithme choisi est "*output-orientated*" (et non « *input-orientated* »), car nous faisons l'hypothèse que les hôpitaux peuvent plus facilement modifier leurs outputs (et notamment le case-mix) que leurs inputs. Il est en effet difficile pour les managers hospitaliers de réduire leurs effectifs (l'input essentiel), tant pour les fonctionnaires (leurs statut leur garantit la sécurité de l'emploi) que pour les contractuels (la pression syndicale et politique est trop forte).

La table des données entrées dans DEAP était la suivante (données 2009) :

Structures hospitalières	OUTPUTS			INPUTS			
	NOMBRE TOTAL HOSPITALISATIONS	NOMBRE TOTAL CONSULTATIONS	TOTAL ACTES CHIRURGICAUX ET OBSTETRIQUES	NOMBRE TOTAL DE LITS	NOMBRE DE PERSONNELS MEDICAUX	NOMBRE DE PERSONNELS PARAMEDICAUX	NOMBRE DE PERSONNELS AUTRES
CHR Lomé Commune	1 001	11870	864	72	11	53	135
HD de Bé	9 013	63677	5509	149	12	86	158
CHU Tokoin	21 411	69888	14208	900	173	391	796
CHU Campus	3 960	28357	0	153	43	124	263
HD d'Assahoun	283	6074	983	20	2	8	38
HD d'Aného	4 171	13677	3231	124	5	46	119
HD de Vogon	163	4297	558	18	2	10	28
HD de Tabligbo	278	6834	37	63	2	7	22
CHR de Tsévié	4 109	8362	2816	211	7	54	126
HD d'Agou	320	3928	.	26	1	10	22
HD d'Amlamé	395	2312	0	15	2	9	9
HD de Danyi	225	2987	190	16	1	4	13
HD d'Elavagnon	3 045	5856	1055	52	3	15	60
HD de Notsé	4 446	.	481	78	2	34	48
HD de Kpalimé	4 643	9794	1898	145	7	65	151
HD de Tohou	550	4482	183	22	2	10	21
CHR Atakpamé	5 845	7468	1326	121	8	61	97
HD de Blitta	774	6488	0	27	1	12	13
HD de Sotouboua	4 387	25438	1076	57	3	22	53
HD de Tchamba	1 256	5233	232	47	2	19	36
CHR de Sokodé	7 988	17137	1316	222	9	91	254
HD de Bafilo	237	13532	0	42	1	12	40
HD de Bassar	1 182	9165	315	51	2	23	46
HD de Pagouda	1 201	4592	212	55	1	13	34
HD de Guérin-Kouka	455	4998	32	18	1	20	38
HD de Niamtougou	433	7258	141	30	2	8	20
HD de Kandé	1 029	7479	0	57	1	13	18
CHU Kara	7 083	21503	2077	220	13	92	270
CHR Kara	3 450	13387	1701	144	6	71	183
HD de Mandouri	82	2395	0	13	1	8	15
HD de Mango	1 739	6332	910	45	2	13	51
CHR de Dapaong	5 421	11832	2231	158	5	49	150

4. Quels sont les résultats de l'analyse ?

Ils sont indiqués ci-dessous.

Structures hospitalières	Efficienc (CRS)	Efficienc (VRS)	Effets d'échelles	
HD d'Assahoun	1	1	1	-
HD d'Aného	1	1	1	-
HD d'Elavagnon	1	1	1	-
HD de Mango	1	1	1	-
HD de Tabligbo	1	1	1	-
HD de Danyi	1	1	1	-
CHU Tokoin	1	1	1	-
HD de Tohoun	1	1	1	-
HD d'Agou	0,976	1	0,976	irs
HD d'Amlamé	0,888	0,991	0,896	drs
HD de Bassar	0,874	1	0,874	irs
HD de Blitta	0,844	0,994	0,849	irs
HD de Mandouri	0,785	0,996	0,788	irs
HD de Niamtougou	0,76	0,77	0,988	drs
CHU Kara	0,726	1	0,726	irs
CHR de Dapaong	0,718	0,902	0,796	drs
HD de Vogan	0,706	1	0,706	irs
HD de Bafilo	0,702	0,899	0,781	irs
CHU Campus	0,622	1	0,622	irs
CHR Atakpamé	0,569	0,687	0,828	drs
HD de Sotouboua	0,537	1	0,537	drs
CHR de Tsévié	0,535	1	0,535	irs
CHR de Sokodé	0,529	1	0,529	drs
CHR Lomé Commune	0,525	0,596	0,882	drs
HD de Pagouda	0,503	0,525	0,957	irs
HD de Guérin-Kouka	0,457	0,668	0,683	irs
HD de Tchamba	0,433	0,779	0,556	drs
HD de Notsé	0,415	0,445	0,933	drs
HD de Kandé	0,415	0,6	0,692	irs
CHR Kara	0,413	1	0,413	irs
HD de Kpalimé	0,409	0,442	0,926	irs
HD de Bé	0,381	0,387	0,983	irs

NB :

crs = constant return to scale"

vrs = "variable return to scale"

irs = « increasing return to scale »

drs = « decreasing return to scale »

Les structures hospitalières de niveau intermédiaire et central apparaissent en **gras**.

On peut observer, qu'avec 8 hôpitaux sur 32 considérés comme parfaitement efficaces, l'analyse est relativement de bonne qualité (idéalement, en CRS, on devrait avoir un seul établissement parfaitement efficace).

Nous avons retenu l'indice CRS, soit 71%. Cela correspond à l'efficacité technique moyenne des 32 hôpitaux. Concrètement, cela signifie que **29% des inputs (ressources humaines et lits)**

sont gaspillés et pourraient être réduits sans que cela ait un impact sur la capacité de production totale.

Les résultats détaillés sont donnés ci-dessous :

Results from DEAP Version 2.1

Instruction file = Togins4.txt
Data file = Togbdd4.txt

Output orientated DEA

Scale assumption: VRS

Slacks calculated using multi-stage method
Unbounded objective function
Unbounded objective function
Unbounded objective function

EFFICIENCY SUMMARY:

firm	crste	vrste	scale
1	0.381	0.387	0.983 irs
2	1.000	1.000	1.000 -
3	0.537	1.000	0.537 drs
4	0.415	0.445	0.933 drs
5	1.000	1.000	1.000 -
6	1.000	1.000	1.000 -
7	0.702	0.899	0.781 irs
8	0.844	0.994	0.849 irs
9	0.760	0.770	0.988 drs
10	0.415	0.600	0.692 irs
11	0.535	1.000	0.535 irs
12	0.706	1.000	0.706 irs
13	1.000	1.000	1.000 -
14	1.000	1.000	1.000 -
15	0.569	0.687	0.828 drs
16	0.457	0.668	0.683 irs
17	0.718	0.902	0.796 drs
18	1.000	1.000	1.000 -
19	1.000	1.000	1.000 -
20	0.409	0.442	0.926 irs
21	0.529	1.000	0.529 drs
22	1.000	1.000	1.000 -
23	0.503	0.525	0.957 irs
24	0.726	1.000	0.726 irs
25	0.622	1.000	0.622 irs
26	0.785	0.996	0.788 irs
27	0.874	1.000	0.874 irs
28	0.433	0.779	0.556 drs
29	0.525	0.596	0.882 drs
30	0.413	1.000	0.413 irs
31	0.976	1.000	0.976 irs
32	0.888	0.991	0.896 drs
mean	0.710	0.865	0.827

Note: crste = technical efficiency from CRS DEA
vrste = technical efficiency from VRS DEA
scale = scale efficiency = crste/vrste

Note also that all subsequent tables refer to VRS results

SUMMARY OF OUTPUT SLACKS:

firm	output:	1	2	3
1		1982.187	0.000	0.000
2		0.000	0.000	0.000
3		0.000	0.000	0.000
4		182.045	0.000	0.000
5		0.000	0.000	0.000
6		0.000	0.000	0.000
7		72.829	0.000	0.000
8		174.131	0.000	152.757
9		0.000	19096.716	0.000
10		0.000	0.000	0.000
11		0.000	0.000	0.000
12		0.000	0.000	0.000
13		0.000	0.000	0.000
14		0.000	0.000	0.000
15		0.000	15210.496	0.000
16		74.396	0.000	0.000
17		0.000	20085.387	1250.600
18		0.000	0.000	0.000
19		0.000	0.000	0.000
20		0.000	536.786	32.158
21		0.000	0.000	0.000
22		0.000	0.000	0.000
23		0.000	0.000	0.000
24		0.000	0.000	0.000
25		0.000	0.000	0.000
26		576.897	0.000	183.282
27		0.000	0.000	0.000
28		0.000	36119.587	2897.502
29		0.000	1410.615	0.000
30		0.000	0.000	0.000
31		0.000	0.000	0.000
32		0.000	6022.065	0.000
mean		95.703	3077.552	141.134

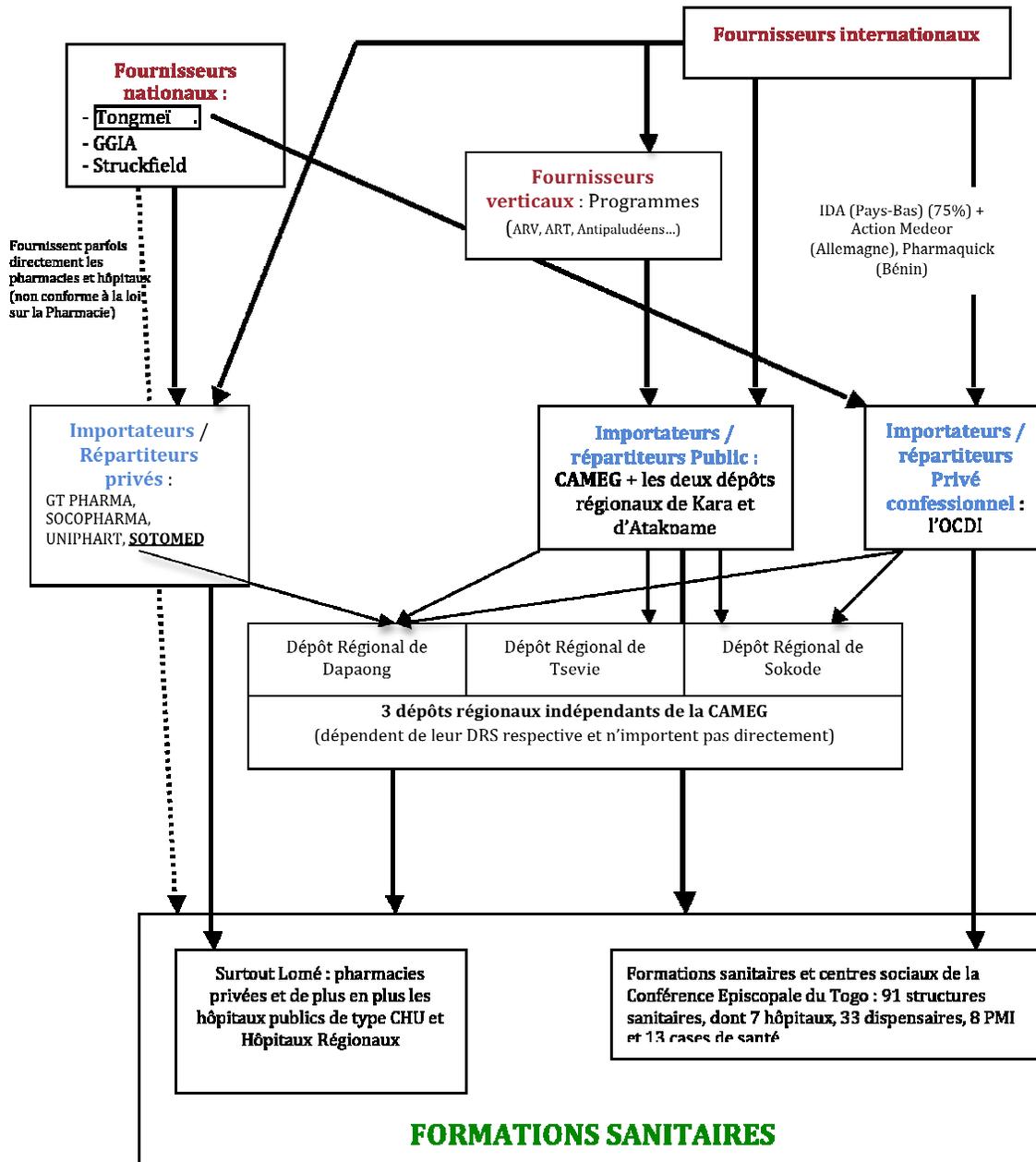
SUMMARY OF INPUT SLACKS:

firm	input:	1	2	3	4
1		0.000	5.862	17.561	57.913
2		0.000	0.000	0.000	0.000
3		0.000	0.000	0.000	0.000
4		0.000	30.142	36.375	101.602
5		0.000	0.000	0.000	0.000
6		0.000	0.000	0.000	0.000
7		0.000	0.412	2.917	0.000
8		38.199	0.892	0.000	0.000
9		94.237	0.000	0.000	5.900
10		0.000	0.000	0.000	4.283
11		0.000	0.000	0.000	0.000
12		0.000	0.000	0.000	0.000
13		0.000	0.000	0.000	0.000
14		0.000	0.000	0.000	0.000
15		23.355	0.000	3.221	36.858
16		0.000	0.642	1.192	0.000
17		11.373	1.545	3.836	0.000
18		0.000	0.000	0.000	0.000
19		0.000	0.000	0.000	0.000

20	0.000	0.000	0.000	0.000
21	0.000	0.000	0.000	0.000
22	0.000	0.000	0.000	0.000
23	1.103	0.000	6.229	0.000
24	0.000	0.000	0.000	0.000
25	0.000	0.000	0.000	0.000
26	5.656	0.650	0.000	0.000
27	0.000	0.000	0.000	0.000
28	66.335	0.000	4.106	108.037
29	30.373	0.000	17.253	79.882
30	0.000	0.000	0.000	0.000
31	0.000	0.000	0.000	0.000
32	53.496	0.000	0.158	60.994
mean	10.129	1.255	2.902	14.23

Annexes Chapitre 7

Annexe 7.1. Schéma récapitulatif des circuits d'approvisionnement et de distribution des médicaments au Togo



source : audit-évaluation du secteur pharmaceutique au Togo – volume I : la PPN (2009) et analyse BM

Annexes Chapitre 8

Annexe 8.1. Répartition des financements des fonctions de santé par agent de financement

<i>Répartition du financement des agents de financement par fonctions de santé (en %)</i>			
Fonctions de santé	Répartition Financement public (MS et autres Ministères et Institutions de l'Etat)	Répartition Financement des Ménages (sociétés d'assurance, mutuelles de santé, ISBLSM et autres entreprises non incluses)	Répartition financement extérieur
Soins hospitaliers	14,46%	9,52%	0,00%
Soins curatifs ambulatoires	6,03%	12,36%	1,66%
Réadaptation en mode ambulatoire	0,14%	0,00%	0,00%
Analyse médicale (biochimie, biologie, etc.)	0,49%	0,00%	0,00%
Autres services auxiliaires	0,57%	0,00%	0,00%
Produits pharmaceutiques et autres biens médicaux durables et non durables	5,11%	78,13%	0,00%
Service de prévention et de santé publique	8,93%	0,00%	87,77%
Administration générale de la santé : administrations publiques	36,44%	0,00%	4,02%
Administration de l'assurance maladie : organismes privés	0,00%	0,00%	0,00%
Formation du capital des établissements prestataires de soins de santé	27,37%	0,00%	5,26%
Education et formation du personnel de santé	0,14%	0,00%	0,82%
Recherche et développement dans le domaine de la santé	0,00%	0,00%	0,47%
Dépenses de santé non spécifiées par catégorie	0,32%	0,00%	0,00%
DEPENSES NATIONALES DE SANTE par agent de financement	100,00% (22 milliards de FCFA)	100,00% (40,6 milliards de FCFA)	100,00% (10,6 milliards de FCFA)

Source : CNS 2008