MINISTERE DE LA SANTE

SECRETARIAT GENENRAL
DIRECTION DES SOINS DE SANTE PRIMAIRES

Division Santé Familiale

REPUBLIQUE TOGOLAISE
Travail-Liberté-Patrie

Étude sur la disponibilité des produits et services de Santé de la Reproduction et la perception des clientes sur la prestation des services de Planification Familiale au Togo

Étude réalisée par l'Institut National de la Statistique et des Études Économiques et Démographiques (INSEED)

Rapport final

Avec l'appui technique et financier de

UNFPA Togo

Avril 2015

«Le droit à la santé est un droit humain fondamental dont toute femme devrait jouir. Cependant, chaque jour, près d'un millier de femmes meurent durant la grossesse et l'accouchement. Chaque année, huit millions de femmes souffrent de graves maladies et invalidités liées à la grossesse… et deux millions de bébés ne vivent pas plus de 24 heures. L'une des principales causes de ces tragédies est le manque d'accès aux services de maternité, notamment aux soins et aux produits… durant l'accouchement»

Prof. Babatunde Osotimehin, Directeur Exécutif de l'UNFPA et Sous-Secrétaire Général des Nations Unies

PERSONNEL DE L'ETUDE

COORDONNATEUR NATIONAL

Kokou Yao N'GUISSAN

EQUIPE DE SUPERVISION TECHNIQUE

KOUPOGBE Essey Senah	Lomé Commune
DJIBOM Kayi Améwanou	Maritime
GUEMA Dyen	Plateaux
AMETSIPE Komla Senyo	Plateaux
FANKEBA Souradji	Centrale
TETE Kossi Gbeblèwou	Kara
BADOHOUN Ketomagnan Yawovi	Savanes

ÉQUIPE DE TRAITEMENT ET D'ANALYSE DES DONNEES

KOUPOGBE Essey Senah	Démographe
GUEMA Dyen	Ingénieur Statisticien Economiste
FANKEBA Souradji	Démographe
TELOU B. Tchilabalo	Ingénieur des Travaux Statistiques
TETE Kossi Gbeblèwou	Démographe
DJIBOM Kayi Améwanou	Démographe
HEVI Kodzo Dodzi	Ingénieur Statisticien Economiste
KOKOLOKO Essofa	Ingénieur Statisticien Economiste
BADOHOUN Ketomagnan Yawovi	Démographe
AGBETI Komi	Ingénieur Statisticien Economiste

PERSONNES RESSOURCES

Dr. OCLOO A. Ayaovi, DSSP/MS
Dr. N'TAPI T. K. Kassouta, Chef DSF
Dr. AYISSOU Akouété, Responsable SR, DSF
M. IDRISSOU Daoudou, Chargé du suivi et évaluation, DSF

AVANT-PROPOS ET REMERCIEMENT

Depuis 2010, l'UNFPA, par l'intermédiaire de son Programme Mondial de Sécurisation des Produits de Santé de la Reproduction (GPRHCS), conduit une enquête annuelle sur la disponibilité et l'état des stocks de contraceptifs et de médicaments pour la santé maternelle. Cette enquête annuelle a été réalisée dans douze pays constitutifs du cycle 1 du programme GPRHCS et a porté essentiellement sur le suivi des indicateurs de résultats du cadre de suivi et d'évaluation.

Dès 2013, l'enquête a été élargie à 46 pays dont le Togo et étendue à d'autres aspects, notamment la prestation des services de planification familiale. Bénéficiant de cet élargissement et dans le souci de pérenniser le partenariat entre l'Institut National de la Statistique et des Études Économiques et Démographiques (INSEED) et l'UNFPA/Togo en vue de la capitalisation institutionnelle dans la production des données de la santé de reproduction, l'enquête 2015, deuxième édition du genre au Togo, a été confiée à l'INSEED. Tout comme celle de l'année 2014, la présente enquête s'est réalisée auprès de deux cibles, à savoir, les formations sanitaires pour l'évaluation de la disponibilité des produits et des services de santé de la reproduction (SR) et les clients en consultation de planification familiale afin de cerner la perception de ces dernières sur la PF. Cette année, il faut mentionner l'introduction de nouvelles thématiques se rapportant aux effectifs des décès maternels et d'avortements et à la disponibilité des intrants PTME dans les formations sanitaires. La collecte des informations sur les conditions de vie des clients PF fait partie des sections complémentaires du questionnaire client.

L'exécution de l'étude s'est faite en étroite collaboration avec la Division de la Santé Familiale (DSF) du Ministère de la Santé, ce qui a facilité les contacts et l'accès auprès des formations sanitaires échantillonnées et la mise à disposition de l'INSEED de ressources humaines spécialistes en Santé de la Reproduction. L'INSEED a également bénéficié de l'appui technique du Bureau Pays de l'UNFPA durant tout le processus.

Le Fonds des Nations Unies pour la Population (UNFPA/Togo) adresse ses sincères remerciements :

- A l'Institut National de la Statistique et des Études Économiques et Démographiques (INSEED) pour l'expertise fournie dans la réalisation de cette étude ;

- Au Ministère de la Santé, particulièrement à la DSF pour son appui technique et organisationnel, aux personnels des formations sanitaires qui n'ont ménagé aucun effort pour la réussite de la collecte ;

- Aux agents de collecte pour leur dévouement sur le terrain qui a permis de boucler la phase de collecte de données dans les délais impartis;

- Aux clients en consultation PF qui ont accepté se soumettre au questionnaire « client » pour exprimer leurs perceptions par rapport aux services PF.

Nous espérons que les résultats de cette étude seront d'un grand intérêt pour les différents acteurs de la Santé de la Reproduction pour évaluer le niveau d'atteinte de l'OMD 5 B, à savoir, « assurer l'accès universel à la Santé Génésique en 2015 ».

SIGLES ET ABREVIATIONS

ATBEF	:	Association Togolaise pour le Bien –Etre Familial
CCV	:	Contraception Chirurgicale Volontaire
CHR	:	Centre Hospitalier Régional
CHU	:	Centre Hospitalier Universitaire
CMM	:	Consommation Moyenne Mensuelle
CSB	:	Commodity Security Branch (Branche de la Sécurisation des Produits)
CSP	:	Code de Santé Publique
DES	:	Direction des Etablissements de Soins
DIUPP	:	Dispositif Intra Utérin du Post Partum
DPS	:	Direction Préfectorale de la Santé
DRAMEG	:	Dépôt Régional d'Achat des Médicaments Essentiels et Génériques
DRS	:	Direction Régionale de la Santé
DSF	:	Division de la Santé Familiale
FS	:	Formation Sanitaire
GPRHCS	:	Global Programme on Reproductive Health Commodity Security (Programme Mondial de Sécurisation des Produits SR)
HD 2	:	Hôpitaux de District type 2
HD1	:	Hôpitaux de District type 1
IPM	:	Informed Push Model (Excellence de la chaine d'approvisionnement)
INSEED	:	Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques et Démographiques
NPA	:	Formation sanitaire privée disposant d'un bloc opératoire fonctionnel
NPN1	:	Formation sanitaire disposant d'au moins un prestataire qualifié et ne disposant pas de bloc opératoire fonctionnel
OMD	:	Objectif du Millénaire pour le Développement
OMS	:	Organisation Mondiale de la Santé
ONG	:	Organisation Non Gouvernementale
ONU	:	Organisation des Nations Unies
OSC	:	Organisation de la Société Civile
PF	:	Planification Familiale
PFPP	:	Planification Familiale du Post Partum
PNDS	:	Plan National de Développement Sanitaire
PNP	:	Politique Nationale de Population
PNS	:	Politique Nationale de Santé
PS	:	Prestataire de Service
PSI	:	Population Service International
PVVIH	:	Personne Vivant avec le VIH
SCAPE	:	Stratégie de Croissance Accélérée et de Promotion de l'Emploi
Sida	:	Syndrome de l'Immunodéficience Acquise
SONU	:	Soins Obstétricaux et Néonatals d'Urgence
SPQ	:	Formations sanitaires privées ne disposant pas de personnel qualifié
SR	:	Santé de Reproduction
TIC	:	Technologie de l'Information et de la Communication
UNFPA	:	United Nations Population Fund (Fonds des Nations Unies pour la Population)
USAID	:	United States Agency for International Development
USP	:	Unité de Soins Périphériques
USP 2	:	Unité de Soins Périphériques type 2
USP1	:	Unité de Soins Périphériques type 1
VIH	:	Virus de l'Immunodéficience Humaine

TABLE DES MATIERES

PERSONNEL DE L'ETUDE ii
Avant-propos et remerciement iii
Sigles et abréviations iv
TABLE DES MATIERES v
Liste des tableaux viii
Liste des graphiques x
Résumé analytique xi
Méthodologie xi
Résultats xi
PARTIE I : INTRODUCTION 2
1.1 Contexte 2
1.1.1 Généralités 2
1.1.2 Situation économique 2
1.1.3 Données sanitaires 3
1.2 Raison d'être et objectifs de l'étude 6
1.2.1 Justification 6
1.2.2 Objectifs de l'étude 8
1.3 Organisation et gestion de l'enquête 9
1.3.1 Champ et population cible de l'étude 9
1.3.2 Organisation de la collecte 9
1.4 Méthodologie et limites de l'enquête 9
1.4.1. Type et champ de l'étude 9
I.4.2. Population cible 9
1.4.3. Plan de sondage 10
I.4.4. Plan d'enquête et échantillonnage des formations sanitaires 10
1.5 Collecte des données 12
1.5.1 Formation des agents de collecte des données 12
1.5.2 Enquête principale et stratégie de collecte 13
1.6 Saisie, analyse et présentation des données 13
1.7 Limites de l'enquête 14
1.8 Plan du rapport 14
PARTIE II : DIRECTIVES, LOIS ET PROTOCOLES NATIONAUX 15
2.1 Résumé des directives, lois et protocoles relatifs à la fourniture de méthodes modernes de contraception 15
2.2 Résumé des directives, lois et protocoles relatifs à la fourniture de médicaments pour la santé maternelle et reproductive 17
PARTIE III : RÉSULTATS DE L'ENQUÊTE sur LA DISPONIBILITÉ DES PRODUITS ET DES SERVICES 21
3.1 Informations d'ordre général concernant les formations sanitaires 21
3.1.1 Caractéristiques des formations sanitaires enquêtées 21
3.1.2 Répartition géographique des formations sanitaires 23
3.1.3 Gestion des Formations Sanitaires 23
3.1.4 Distance séparant les FS et les sources d'approvisionnement en médicaments et produits contraceptifs 24
3.2 Méthodes modernes de contraception proposées par les formations sanitaires 25
3.2.1 Méthodes contraceptives proposées par type de formations sanitaires 25
3.2.2 Formations sanitaires proposant au moins trois types de méthodes contraceptives modernes avec ou sans préservatifs 28
3.3 Disponibilité des médicaments pour santé reproductive/ santé maternelle 30

3.3.1 Disponibilité des médicaments de la santé maternelle et reproductive 30
3.3.2 Disponibilité de sept médicaments vitaux essentiels pour la santé maternelle et reproductive 34
3.3.3 Raisons de l'absence de certains médicaments vitaux pour la santé maternelle et reproductive 35
3.4 Absence de rupture de stock des méthodes modernes de contraception 36
3.4.1 Absence de rupture de stock au moment de l'enquête 36
3.4.2 Absence de rupture de stock durant les 6 derniers mois 39
3.4.3 Raisons de rupture de stock des méthodes de contraception modernes 40
3.5 Chaîne d'approvisionnement y compris la chaîne de froid 41
3.5.1. Réapprovisionnement en fournitures médicales 41
3.5.2 Fréquence et transport des fournitures destinées aux points de prestation de services 44
3.5.3 Entreposage des fournitures nécessitant réfrigération 45
3.5.4 Source d'alimentation de la chaine de froid 46
3.6 Formation et supervision du personnel 48
3.6. 1 Disponibilité du personnel formé à la prestation de services de planification familiale, notamment la pose et le retrait d'implants 48
3.6.2 Durée et fréquence des visites de supervision du personnel 49
3.6.3 Points inclus dans la supervision du personnel 52
3.7 Existence de directives, listes de contrôle et outils de travail 53
3.8 Utilisation des technologies de l'information et de la communication (TIC) et gestion des déchets 53
3.8.1 Disponibilité dans les points de prestation de services et modalités d'acquisition 53
3.8.2 Utilisation des TIC par les points de prestation de services 57
3.9 Méthodes de gestion des déchets 57
3.10 Facturation des utilisateurs 59
3.10.1 Services payants 59
3.10.2 Services de planification familiale gratuits 60
3.10.3 Services subventionnés 62
3.11 Disponibilité des produits et intrants PTME 64
3.11.1 Consommables PTME 64
3.11.2 Produits PTME 65
3.12- Données sur les accouchements 67
3.12.1 Accouchements assistés 68
3.13 Bénéficiaires des méthodes PF 69
Partie IV : PERCEPTION DES CLIENTS SUR LES PRESTATIONS DE SERVICES EN PLANIFICATION FAMILIALE 71
4.1 Renseignements sur les clients 71
4.1.1 Répartition selon l'âge et le sexe 71
4.1.2 Situation matrimoniale 72
4.1.3 Niveau d'instruction 73
4.1.4 Périodicité des visites pour les services de planification familiale 74
4.2 Perception des clients sur la prestation des services de planification familiale 75
4.2.1 Aspects techniques 75
4.2.2 Aspects organisationnels 76
4.2.3 Aspects relationnels 77
4.2.4 Opinions sur les services de planification familiale 78
4.3 Évaluation par les clients du coût des services de planification familiale 80
4.3.1 Recouvrement de coûts des prestations de services PF 80
4.3.2 Coût du déplacement 81
4.3.3 Temps passé dans les formations sanitaires pour les services PF 82
4.3.4 Source de financement des services de planification familiale 85

4.3.5 Revenu et dépenses mensuels des ménages 86
4.3.6 Méthodes PF reçues par les clients 90
Conclusion et Recommandations 91
Aux termes de cette analyse, il peut être formulé les recommandations suivantes : 92
ANNEXE 93

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 2.1: Gamme de moyens contraceptifs suivant le type de formation sanitaire et le niveau16
Tableau 3.1 : Répartition (pourcentage) des FS enquêtées assurant les services de PF, les soins de santé maternelle et les services liés au VIH 22
Tableau 3.2 : Répartition des FS selon les régions 23
Tableau 3.3 : Répartition des FS selon le type de gestionnaire 24
Tableau 3.4: Répartition des FS selon la **Distance entre la FS et l'entrepôt qui l'approvisionne** (en km) 24
Tableau 3.5 : Répartition des FS proposant des méthodes contraceptives modernes 27
Tableau 3.6: Répartition des FS offrant au moins trois moyens contraceptifs modernes selon les types de FS, selon la région, le type d'organisme exploitant la FS et la distance 29
Tableau 3.7 : Proportion des FS disposant de l'Ocytocine et du Sulfate de Magnésium selon certaines caractéristiques 31
Tableau 3.8 : Répartition (en pourcentage) des FS disposant de 7 médicaments vitaux pour la santé maternelle/reproductive (dont 2 essentiels), par caractéristiques des FS 35
Tableau 3.9: Répartition (en pourcentage) des FS ayant des moyens de contraception modernes en stock au moment de l'enquête, par caractéristiques de ces FS. 38
Tableau 3.10: Répartition (pourcentage) des FS n'ayant connu aucune rupture de stock des moyens de contraception modernes au cours des six derniers mois, par caractéristiques des établissements de soins 40
Tableau 3.11: Existence d'une chaîne de froid, par type de FS, par région, type de gestionnaire .. 46
Tableau 3.12 : Répartition des FS selon la source d'alimentation des réfrigérateurs utilisés dans la chaîne de froid par caractéristiques 47
Tableau 3.13 : Proportion des FS selon le type de formation reçu par le personnel par certaines caractéristiques 48
Tableau 3.14: Répartition (en pourcentage) selon la fréquence de la visite de supervision la plus récente (au cours des 12 derniers mois) par certaines caractéristiques 50
Tableau 3.15: Répartition (en pourcentage) de la fréquence des visites de supervision par région, le milieu de résidence, type de formation sanitaire et la distance de l'entrepôt/du centre d'approvisionnement le plus proche (en km) 52
Tableau 3.16 : Pourcentage de FS disposant de technologies de l'information et de la communication 54
Tableau 3.17: Répartition (en pourcentage) des types de TIC par région, par milieu dans lequel se trouve la FS, par type de FS et par type d'organisme exploitant la FS 56
Tableau 3.18: Répartition des FS (en pourcentage) selon le mode de gestion des déchets, par milieu dans lequel se trouve la FS, par type de FS et par type d'organisme exploitant la FS 58
Tableau 3.19: Répartition (en pourcentage) des FS selon la facturation des consultations et des médicaments, par région, par milieu dans lequel se trouve la FS, par type de FS et par type d'organisme exploitant la FS 59
Tableau 3.20: Proportion (en pourcentage) des FS offrant gratuitement les groupes de médicaments, par région, par milieu de résidence, par type de FS et par type d'organisme exploitant la FS 61
Tableau 3.21: Proportion (en pourcentage) des FS offrant des groupes de médicaments subventionnés, par région, par milieu de résidence, par type d'organisme exploitant la FS 63
Tableau 4.1 : Répartition des clients selon le sexe 71
Tableau 4.2 : Répartition des clients par groupe d'âges 72
Tableau 4.3 : Répartition (%) des clients selon la situation matrimoniale 73
Tableau 4.4: Répartition (en pourcentage) des clients selon le niveau d'étude 74
Tableau 4.5 : Répartition (en pourcentage) des clients selon la fréquence des visites au centre de prestation de services pour bénéficier de services de planification familiale 75

Tableau 4.6 : Indicateurs (%) relatif à l'opinion des clients sur les aspects techniques des services de planification familiale 76
Tableau 4.7 : Indicateur (%) relatif aux opinions des clients sur les aspects organisationnels des services de planification familiale 77
Tableau 4.8 : Répartition (%) des clientes selon leurs opinions sur les aspects relationnels des services de planification familial et quelques caractéristiques 78
Tableau 4.9 : Répartition (%) des clientes selon leurs opinions sur les aspects relationnels des services de planification familial et quelques caractéristiques 79
Tableau 4.10 : Proportion de clients indiquant avoir payé le service et montant moyen payé, par type de point de prestation de services, par région sanitaire, milieu de résidence par gestionnaire de la FS 80
Tableau 4.11 : Répartition (en pourcentage) des clients par mode de transport, par distance parcourue et par coût du transport 81
Tableau 4.12 : Temps passé en moyenne dans les FS pour bénéficier des services de planification familiale 82
Tableau 4.13 : Répartition (en pourcentage) des clients selon la personne qui aurait effectué son activité pendant le temps nécessaire à la prestation des services de planification familiale 84
Tableau 4.14 : Répartition (%) des clients selon la personne qui a réalisé l'activité à leur absence (bénéficier des services de planification familiale) et le montant moyen payé pour la réalisation du travail 85
Tableau 4.15: Répartition (en pourcentage) des clients par source de financement des services de planification familiale 86
Tableau 4.16: Répartition (en pourcentage) des clients par taille de leur ménage 87
Tableau 4.17 : Dépense et revenu moyens mensuels des clients et des ménages. 89

LISTE DES GRAPHIQUES

Graphique 3.1 : Répartition des FS selon le milieu de résidence 23
Graphique 3.2 : Répartition des FS publiques et privées en fonction des méthodes PF proposées 26
Graphique 3.3 : Répartition (en pourcentage) selon la disponibilité des médicaments de santé maternelle et de reproductive 32
Graphique 3.4 : Taux de disponibilité des médicaments de santé maternelle et reproductive dans les formations sanitaires en 2013 et en 2014 33
Graphique 3.5 : Les raisons de rupture des produits contraceptifs 41
Graphique 3.6 : Profil des responsables de commandes de fournitures médicales 43
Graphique 3.7: Répartition de FS selon la fréquence d'approvisionnement des fournitures médicales 44
Graphique 3.8: Responsabilité (Provenance) du transport des fournitures, par type de FS, par région, type de gestionnaire et par zone 45
Graphique 3.9: Type d'utilisation des TIC dans les formations sanitaires 57
Graphique 3.10: Répartition (en pourcentage) des produits de planification familiale gratuits ... 62
Graphique 3.11: Répartition (en pourcentage) des produits de planification familiale subventionnés 64
Graphique 3.12: Disponibilité des consommables pour la PTME 65
Graphique 3.13: Disponibilité des médicaments pour la PTME 66
Graphique 3.14: Données sur les accouchements de 2014 67
Graphique 4.1: Répartition (en pourcentage) des clients en fonction de leurs opinions sur les services de planification familiale 79
Graphique 4.2: Répartition (en pourcentage) des clients par activités qu'ils auraient effectuées pendant le temps nécessaire à la prestation des services de planification familiale 83
Graphique 4.3 : Structure des dépenses des ménages des clients par région sanitaire 88
Graphique 4.4: Méthode PF reçue par les clients 90

RESUME ANALYTIQUE

L'étude qui fait l'objet du présent rapport est à sa deuxième édition après celle de 2013. Elle a pour objectif global d'apprécier la disponibilité des produits et des services de santé de la reproduction et la perception de la prestation des services de planification familiale par les client(e)s. Il s'agit à cet effet de renseigner plusieurs indicateurs dont:

- *La proportion de formations sanitaires proposant au moins trois moyens de contraception modernes ;*
- *La proportion de formations sanitaires disposant des sept médicaments vitaux pour la santé maternelle/de la reproduction figurant sur la liste de l'OMS dans tous les établissements assurant des services d'accouchement ;*
- *La proportion de formations sanitaires n'ayant pas connu de rupture de stock de produits de contraception au cours des six derniers mois ;*
- *La perception de la prestation des services de planification familiale par les client(e)s.*

Méthodologie

L'étude est basée essentiellement sur une enquête quantitative au niveau des formations sanitaires (FS) dispensant des méthodes de contraception modernes et des services de santé maternelle et de la reproduction. Elle s'est inspirée de la méthodologie proposée par la Commodity Security Branch (CSB) de l'UNFPA et faite auprès de deux cibles.

Un premier questionnaire a été administré à 277 formations sanitaires (FS) publiques, privées à but non lucratif et à but lucratif. Ces FS se situent aux niveaux primaire (les hôpitaux de districts, les USP, les cliniques avec ou sans antennes chirurgicales), secondaire (les 6 CHR) et tertiaire (les 3 CHU). L'étude a couvert aussi bien les zones urbaines que rurales des 6 régions sanitaires du Togo (Lomé Commune, Maritime, Plateaux, Centrale, Kara et Savanes).

Un second questionnaire a été également administré à 1620 clients qui se sont rendus dans les FS pour bénéficier de services de PF le jour de l'enquête.
La collecte a été effectuée durant 8 jours par des agents enquêteurs formés au préalable durant trois (03) jours.

La présente étude a été exécutée par l'Institut National de la Statistique et des Études Économiques et Démographiques (INSEED) avec l'appui de la Division Santé Familiale. La saisie des données collectées a été réalisée au moyen du logiciel CsPro et la tabulation avec le logiciel SPSS et STATA.

Résultats

a- Résultats relatifs aux formations sanitaires (FS)

✓ Sur l'ensemble des FS visitées, il ressort que 91,7% assurent des services de planification familiale, 97,8% offrent des soins de santé maternelle, notamment les services d'accouchement et 91,7% assurent des services liés au VIH (CDV, PTME, TARV). Au niveau des FS publiques, 98,6% assurent les services de planification familiale et toutes font des accouchements ; mais dans le privé, 91,5% des FS font des accouchements contre 67,8% seulement qui offrent des services de PF. Ce taux

relativement bas au niveau des FS privées se justifie par l'inclusion dans l'échantillon des formations sanitaires confessionnelles qui, bien qu'assurant les services d'accouchements, n'offrent généralement pas de services de planification familiale.

- ✓ L'analyse des données a montré également que 97,6% des FS publiques offrent au moins trois méthodes PF y compris les préservatifs et 97,3% en offrent au moins quatre contre 82,2% pour cinq méthodes. En excluant les préservatifs, ces chiffres retombent à respectivement 88,9%, 77,4% et 47,9%. Au niveau des FS privées, il ressort que toutes les FS qui offrent la PF proposent au moins trois méthodes y compris les préservatifs à leurs clients (67,8%). Cette statistique est de 65,8% pour au moins cinq méthodes. Sans le préservatif, les indicateurs chutent considérablement et la proportion des FS privées offrant trois méthodes devient 42,5% et celles offrant cinq méthodes n'est plus que de 20,7%.

- ✓ Le niveau d'offre dans les FS publiques se présente comme suit : préservatifs masculins (97,2%), préservatifs féminins (56,5%), les pilules (93,5%), les injectables (97,7%), le DIU/Stérilets (76,5%), Implant (90,2%) et les contraceptions d'urgence (55,6%). Au niveau des FS privées, la situation est la suivante : préservatifs masculins (59,3%), préservatifs féminins (44,1%), les pilules (64,4%), les injectables (62,7%), le DIU/Stérilets (55,9%), Implant (49,2%) et les contraceptions d'urgence (39,0%).

- ✓ **La disponibilité de sept (7) médicaments vitaux de santé maternelle** est observée dans plus de deux FS sur trois (67,2%) contre 32,8% qui ne disposent pas de ces médicaments essentiels dont les deux obligatoires. Selon le type de FS, les sept (7) médicaments vitaux de santé maternelle sont disponibles dans toutes les FS tertiaires (CHU) et toutes les FS du niveau secondaire (CHR) contre 68,6% des FS primaires et 63,0% des FS privées. La proportion de FS disposant de sept (7) médicaments vitaux de santé maternelle révèle des disparités d'une région sanitaire à une autre : les régions de Lomé-Commune (52,2%), Plateaux (69,0%), Savanes (71,1%), Centrale (64,3%) et Kara (65,8%) sont moins fournies que la région Maritime dont la disponibilité des sept (7) médicaments vitaux atteint 78,0%. Cette différence, même si elle est légère pourrait être l'effet induit par l'initiative "Excellence de la chaine d'approvisionnement" (Informed Push Model : IPM) qui cherche à résoudre le problème de rupture de stock dans les formations sanitaires.

- ✓ **Par rapport à la disponibilité des méthodes contraceptives le jour de l'enquête**, une formation sanitaire sur trois (33,5%) enquêtées n'ont pas connu de rupture de stock. Toutefois cette proportion varie considérablement en fonction des certaines caractéristiques. En effet, selon le type de formations sanitaires, 100% des FS tertiaires ont connu de rupture de l'une des méthodes contraceptives modernes. Par contre, 33,3% des FS secondaires, 35,6% des FS primaires et 25% FS privées n'ont pas connu de rupture au moment de l'enquête. Par rapport aux régions, les données révèlent que les FS de la région Maritime ont moins connu de rupture que les FS des autres régions. ***Les niveaux d'absence de rupture de stock de produits sont de 74% dans la région Maritime***, 31,4% dans la région des Savanes, 29,0% dans celle des Plateaux et 27,5% dans Lomé Commune. Les FS de la région Centrale sont celles qui ont connu plus de rupture des méthodes contraceptives modernes suivi des FS de la région de la Kara.

Seulement 7,7% et 16,2% des FS avaient des produits en stock respectivement dans ces deux régions.

- ✓ **Concernant les 6 derniers mois précédant le jour de l'enquête**, sur l'ensemble des formations sanitaires enquêtées, 29,5% n'ont pas connu de rupture de stock de contraceptifs au cours des 6 mois ayant précédé l'enquête. En d'autres termes, au cours de ces 6 mois, 70,5% des FS ont connu la rupture de l'un des produits contraceptifs à un moment donné. Les principaux résultats relatifs à cette rupture sont consignés dans le tableau 1.10. Au cours de cette période, 100% des trois FS Publique tertiaires ont connu la rupture d'un produit contraceptif quelconque. Cette situation pourrait s'expliqué par la forte demande des services de planification familiale dans ces formations sanitaires. Elles sont suivies respectivement des FS publiques secondaires, celles du privé et les FS publiques primaires. En effet, c'est seulement 16,7% des FS secondaires qui n'ont pas connu de rupture contre 22,5% des FS privées st 31,7% des FS du primaire. En considérant la région, on observe que seules les FS de ***la région maritime ont enregistré moins de rupture de moyens contraceptifs au cours des 6 derniers mois qui ont précédé l'enquête***. Parmi les FS de cette région, 66% n'ont pas connu de rupture contrairement aux autres régions notamment la région centrale où c'est seulement 7,7% des FS qui en permanence des méthodes contraceptives en stock.

- ✓ Les raisons évoquées pour justifier cette représentativité de certains moyens sont l'absence de personnel qualifié, le manque d'équipement pour leur dispensation et la faible demande de certains moyens contraceptifs par les clients.

b- *Résultats de l'enquête sur l'opinion des clients*

- De l'analyse des données de la perception des clients sur la prestation des services de planification familiale, il ressort que 98,8% des interviewés ont bénéficié des services avec la méthode de leur choix. En ce qui concerne les informations sur la méthode, 98,1% des clients déclarent que le prestataire leur a fournie des informations nécessaires sur la méthode de planification familiale reçue

- Les taux de satisfaction sont plus élevés dans les formations de type tertiaire (100%) ; dans les formations privées à but non lucratif (100%) ; dans la région de la Kara (99,4%) tandis que les taux de satisfaction les plus faibles, sont observés dans les formations sanitaires de type public secondaire (97,5%) ; les formations sanitaire de la région Centrale (93,8%) ; les formations dont le gestionnaire est public (98,0%) et les formations privées à but lucratif (98,1%).

- Sur le plan relationnels, la majorité (98,5%) des clients indique avoir été traité avec courtoisie et respect par le personnel de la formation sanitaire. Cette proportion est très élevée quel que soit le type de formation sanitaire, la région, le milieu de résidence et le gestionnaire de l'établissement

- Par rapport au temps d'attente, les résultats de l'enquête montre que les clients mettent en moyenne 98 minutes (1h30min) pour bénéficier des services de planification : ce

délais est de 30 minutes pour se rendre à la FS, autant pour retourner à la maison et pour être reçu.

- L'analyse des résultats sur les dépenses des ménages révèle que de façon générale, les dépenses alimentaires représentent près de 36% des dépenses moyennes des ménages. Ces dépenses sont suivies des dépenses d'éducation (18,2%) ; de transport (13,2%) ; de santé (12,5%) et de logement (12,6%).
- S'agissant de la demande de méthodes PF, l'étude révèle que les clients rencontrés ont choisi principalement l'injectable (45%) suivie des implants (37%). En dehors de ces deux méthodes, les autres ont été moins choisies par clients. Il s'agit du stérilet/DIU (7%) et les pilules (7%).
- Par ailleurs, la dépense moyenne des ménages pour l'alimentation est estimée à 26 631 FCFA par rapport au revenu moyen mensuel des clients qui est de 31 521 FCFA, en deçà du Salaire Minimum Garanti au Togo (SMIG) qui est de 35 000 FCFA.

Synthèse des résultats sur la disponibilité des produits et services de Santé de la Reproduction au Togo

Indicateurs	TOGO		Données désagrégées en 2014									
	2013	2014	Par type de FS		Par milieu de résidence		Par région sanitaire					
			Publique	Privée	Urbain	Rural	Lomé-C	Maritime	Plateaux	Centrale	Kara	Savanes
Pourcentage des FS assurant la PF	88,7	**91,7**	98,6	67,8	90,4	92,6	81,6	94	95,8	89,7	94,9	92,1
Pourcentage des FS assurant les soins de santé maternelle	98,9	**97,8**	100	91,5	94,8	100	93,9	100	98,6	96,6	97,4	100
Pourcentage des FS assurant les soins liés au VIH/Sida	87,2	**88,8**	95,9	62,7	83,5	92,6	67,3	98	93,1	82,8	89,7	100
Formations sanitaires proposant **au moins trois (03) méthodes** de contraception modernes **avec préservatifs**	88,3	**97,9**	97,6	67,8	100	96,6	100	100	97	91,7	100	97,1
FS proposant **au moins trois (03)** méthodes de contraception modernes **sans préservatifs**	84,9	**83**	88,9	42,5	86,1	80,9	75,5	88	81,9	75,9	87,2	89,5
FS proposant **au moins quatre (04) méthodes** de contraception modernes **avec préservatifs**	84,9	**92,2**	91,3	65,8	96,9	89	94,6	95,7	87,9	83,3	94,3	97,1
FS proposant **au moins quatre (04) méthodes** de contraception modernes **sans préservatifs**	82,3	**72,6**	77,4	37,9	80,9	66,7	67,3	80	73,6	62,1	66,7	81,6
FS proposant **au moins cinq (05) méthodes** de contraception modernes **avec préservatifs**	81,9	**84,4**	82,2	65,8	95,9	76,7	94,6	91,5	78,8	70,8	80	88,2
FS proposant **au moins cinq (05) méthodes** de contraception modernes **sans préservatifs**	55,8	**44**	47,9	20,7	57,4	34,6	46,9	64	38,9	34,5	25,6	50
Pourcentage des FS ayant les deux médicaments essentiels (sulfate de magnésium, ocytocine)	43	**67,2**	68,2	63	66,9	67,3	52,2	78	69	64,3	65,8	71,1
Pourcentage des FS ayant en stock sept médicaments vitaux pour la santé maternelle/reproductive figurant sur la liste de l'OMS dont les deux essentiels (sulfate de magnésium, ocytocine)	43	**66,4**	68,2	63	66,9	67,3	52,2	78	69	64,3	65,8	71,1
Pourcentage des FS n'ayant pas connu de rupture des stocks de produits de contraception au cours des six (06) derniers mois	7,7	**29,5**	30,8	22,5	37,5	24	30	66	23,2	7,7	13,5	25,7

Indicateurs	TOGO		Données désagrégées en 2014									
	2013	2014	Par type de FS		Par milieu de résidence		Par région sanitaire					
			Publique	Privée	Urbain	Rural	Lomé-C	Maritime	Plateaux	Centrale	Kara	Savanes
Pourcentage des FS n'ayant pas connu de rupture des stocks de produits de contraception au cours de l'enquête	8,5	**37,0**	39,3	25	41,3	34	27,5	93,6	29	7,7	16,2	31,4
Pourcentage de FS possédant une chaine de froid	79,6	**86,6**	85,3	91,5	96,5	79,6	93,9	86	84,7	75,9	89,7	86,8
Pourcentage des prestataires formés à la pose et au retrait d'implants	62	**70**	76,7	66,7	84,3	59,7	77,6	65,3	65,3	79,3	71,1	67,6
Pourcentage de FS disposant des directives en matière de planification familiale	38,9	**100**	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100
Pourcentage de FS disposant des listes de contrôle et/ou outils de travail relatifs à la planification familiale	47,5	**100**	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100
Pourcentage de FS disposant des directives en matière de soins prénatals	41,9	**100**	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100
Pourcentage de FS disposant des listes de contrôles et/ou outils de travail relatifs aux soins prénatals.	48,3	**100**	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100
Pourcentage de FS disposant des TIC	97,4	**85,6**	84,3	89,8	90,4	82,1	91,8	84	76,4	82,8	97,4	86,8
Pourcentage de FS ayant recours à l'incinérateur pour la gestion des déchets médicaux	82,3	**67,9**	71,5	54,2	73	64,2	57,1	70	66,7	65,5	71,8	78,9

Synthèse des résultats la perception des clientes sur la prestation des services de Planification Familiale au Togo

Indicateurs	TOGO		Données désagrégées en 2014									
	2013	2014	Par type de FS		Par milieu de résidence		Par région sanitaire					
			Publique	Privée	Urbain	Rural	Lomé-C	Maritime	Plateaux	Centrale	Kara	Savanes
Pourcentage des clients ayant bénéficié des méthodes de leur choix	97,3	**98,8**	98,8	98,8	98,5	99,1	98,8	99,1	97,6	99,2	98,8	100
Pourcentage de clients ayant été obligé à accepter une méthode de PF	3,6	**1,2**	1,2	1,2	1,5	0,9	1,2	0,9	2,4	0,8	1,2	0
Pourcentage des clients ayant été satisfait des services reçus	98	**99,3**	99,4	98,8	99,4	99,2	99,2	100	98,2	100	99,4	100
Pourcentage des clients qui pourront revenir dans la formation sanitaire	99,6	**99**	99	98,8	99,1	98,9	99,2	97,9	98,4	100	100	100
Pourcentage de clients ayant trouvé le temps d'attente trop long	27,9	**26,1**	24,7	38,5	31,2	20,2	49,8	18,8	22,6	24,6	24	20,6
Pourcentage de clients ayant été satisfait de la confidentialité/intimité du service	95,9	**98,7**	98,8	97,5	98,7	98,7	97,3	99,1	98,2	99,2	100	99,3

PARTIE I : INTRODUCTION

1.1 Contexte

1.1.1 Généralités

Le Togo, est l'un des pays de l'Afrique occidentale limité à l'Ouest par le Ghana, à l'Est par le Bénin, au Nord par le Burkina-Faso et au Sud par l'Océan Atlantique. Le pays couvre une superficie de 56 600 km^2 et compte une population de 6 191 155 habitants dont 48 ,6% d'hommes et 51,4% de femmes selon les résultats du quatrième recensement général de la population et de l'habitat de 2010. L'une des caractéristiques de cette population est son extrême jeunesse. En effet, 60% sont âgés de moins de 25 ans et 42% âgés de moins de 15 ans. La population potentiellement active (15 – 64 ans) représente une proportion de 54%. Quant aux personnes âgées (65 ans et plus), leur poids dans la population totale est de 4%.

Deux types de climats caractérisent le Togo: dans sa partie méridionale c'est le climat subéquatorial avec deux saisons sèches et deux saisons pluvieuses et la partie septentrionale couverte par le climat tropical sec avec une seule saison de pluies et une saison sèche.

Sur le plan administratif, le Togo est subdivisé en cinq (05) régions administratives: Savanes, Kara, Centrale, Plateaux et Maritime. Trente-cinq (35) préfectures, une (1) sous-préfecture et 391 cantons composent le pays.

1.1.2 Situation économique

Le Togo a une économie qui dépend principalement de l'agriculture, de l'exploitation du phosphate et du commerce. L'agriculture représente environ 45% du PIB, et emploie deux tiers de la population. Le secteur secondaire (qui comprend notamment les phosphates, la fabrication de ciment, la construction et l'énergie) représente environ 22% du PIB et emploie environ 12% de la population. Le secteur des services, dominé par le commerce et le transport, génère environ 33 % du PIB, et emploie environ 21 % de la population. Le climat sociopolitique et économique qui a prévalu au Togo entre 1990 et 2005 a eu un impact défavorable sur les dépenses publiques sociales, occasionnant des progrès mitigés dans les indicateurs sociaux notamment ceux liés à l'accès à l'éducation, à la santé, à l'eau potable, etc. entraînant des difficultés sociales et une aggravation de la pauvreté. Cette situation, a ralenti l'atteinte des Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD) dans les secteurs concernés.

Selon les résultats des enquêtes QUIBB (Questionnaire Unifié des Indicateurs de Base du Bien-être) réalisées en 2006 et en 2011, l'incidence de la pauvreté est passée de 61,7% en 2006 à 58,7% en 2011. La situation est encore plus difficile en milieu rural où l'incidence de pauvreté est de 74,3%. Ce niveau élevé de pauvreté constitue un handicap pour un meilleur accès aux services de santé en général et aux services de santé de la reproduction en particulier.

1.1.3 Données sanitaires

Sur le plan sanitaire, la Commune de Lomé qui fait partie administrativement de la région Maritime est considérée comme une région sanitaire avec 5 districts sanitaires. Au total, le pays compte 40 districts sanitaires correspondant aux trente préfectures et aux cinq arrondissements de Lomé (Carte 1).

a. Organisation du système de santé

L'organisation du système de santé met en jeu plusieurs acteurs des secteurs public, paraétatique, privé à but lucratif et non lucratif, associatif et confessionnel, informel et traditionnel. L'organisation actuelle du système national de santé comprend trois niveaux : niveaux central, intermédiaire et périphérique.

- **Le secteur public**

L'organisation du système de soins est de type pyramidal avec 3 niveaux :

Le niveau central ou national

Il est chargé de la définition et du suivi de la mise en œuvre des grandes orientations de la politique sanitaire du pays en tenant compte des principaux axes de développement socioéconomique du gouvernement et des problèmes prioritaires de Santé Publique. En outre, il est chargé de l'élaboration des politiques, normes, et stratégies de la mobilisation de ressources, du contrôle de gestion et de l'évaluation des performances. Son rôle est également l'adoption des plans d'action clairement définis en vue d'attribuer des ressources nationales et internationales aux niveaux inférieurs et de fournir un soutien directif aux programmes de santé nationaux. Il est composé sur le plan administratif du cabinet du ministre, du secrétariat général, de deux directions générales de la santé, de 5 directions centrales, de 15 divisions et de 39 services centraux en plus des différents programmes.

Les structures de soins sont représentées par les Centres Hospitaliers Universitaires (CHU), qui constituent le 3eme niveau de référence.

Le niveau intermédiaire ou régional

Ce niveau correspond aux 6 directions régionales de la santé. Il est chargé de l'appui technique, de la supervision, du suivi et de l'évaluation des activités du niveau opérationnel à la mise en œuvre des politiques et directives nationales de santé.

Les structures de soins sont représentées dans chaque région par les Centres Hospitaliers Régionaux (CHR) correspondant au 2ème niveau de recours aux soins.

Le niveau périphérique ou préfectoral ou district sanitaire

Il est composé de 40 directions préfectorales de santé (DPS) et représenté par les 40 hôpitaux de district (dont 5 pour Lomé commune), 7 hôpitaux confessionnels, 85 centres médicaux sociaux, 10 centres de santé, 405 unités de soins périphériques, 41 centres de protection maternelle et infantile, et plusieurs cabinets et cliniques privés.

La mise en œuvre et le suivi de ces interventions sont à la charge de l'équipe cadre de district. Le problème de participation active des membres de cette équipe aux activités sanitaires du district

constitue la principale faiblesse de l'opérationnalité du district sanitaire. Par conséquence, l'effort d'atteindre les objectifs de la politique sanitaire s'amenuise.

- **Secteur privé**

Ce secteur est très florissant au Togo et est composé de trois principaux acteurs :

- prestataires privés à but lucratif, concentrés dans la capitale. Ces dernières années on a remarqué un développement rapide du secteur privé qui apporte sa contribution au bien – être de la population ;
- prestataires privés à but non lucratif, essentiellement confessionnels et communautaires ;
- thérapeutes traditionnels (tradithérapeutes) qui sont omniprésents sur le terrain.

b. Situation sanitaire

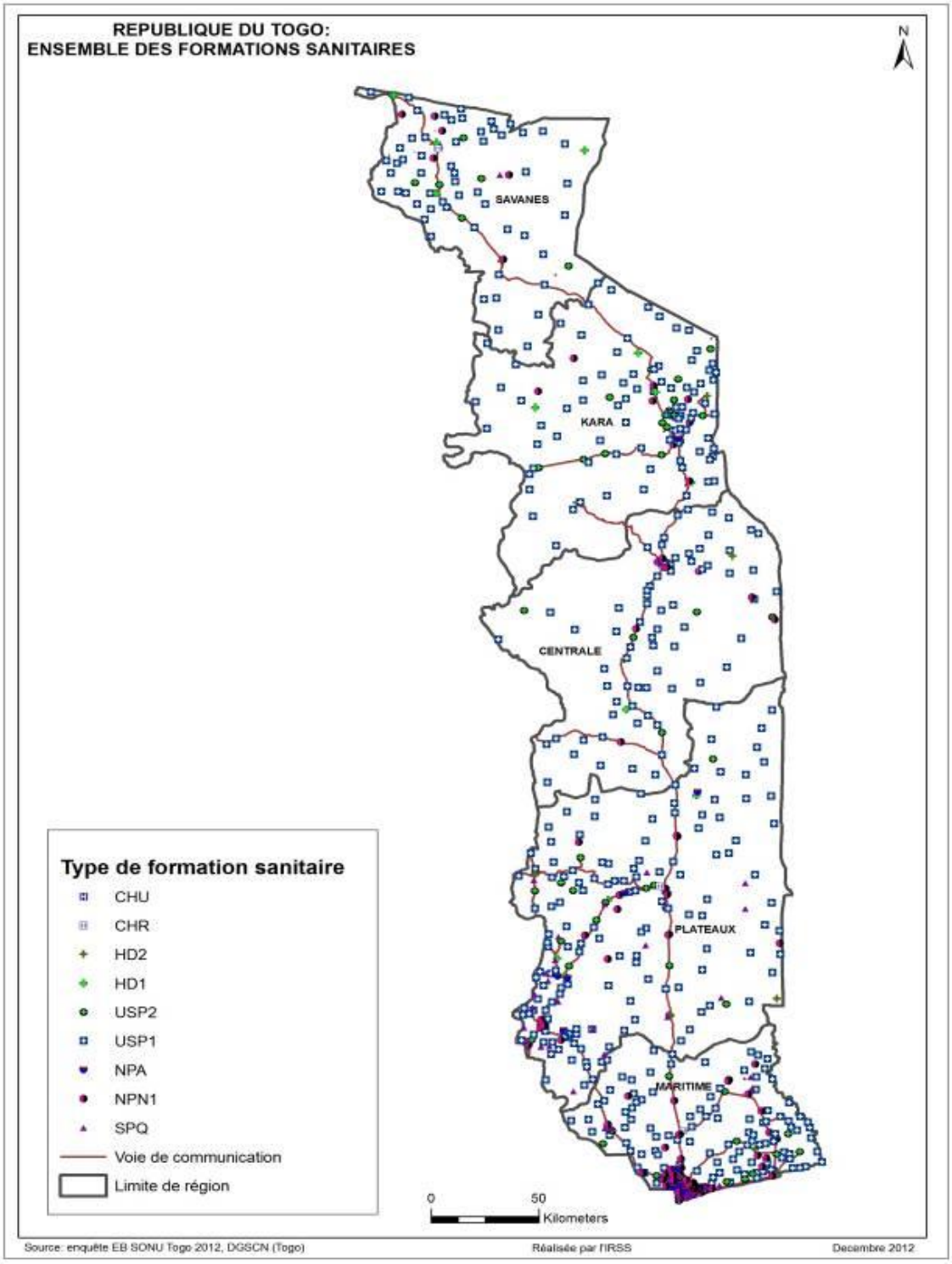
Au Togo, l'étude "***paquet de services essentiels de santé au Togo***" réalisée par le ministère de la santé en 2008, révèle que les principaux problèmes de santé sont constitués des principales maladies et leurs déterminants (facteurs environnementaux, humains, organisationnels, socio-économiques, culturels...) qui favorisent ou aggravent l'impact de ces maladies sur l'état de santé des populations. Il s'agit du paludisme, des maladies diarrhéiques, des infections respiratoires aiguës, des maladies du PEV (Rougeole, tétanos, diphtérie, poliomyélite, coqueluche, tuberculose), la malnutrition, les infections sexuellement transmissibles (IST/VIH/SIDA), les grossesses à risque, complications liées à l'accouchement, avortements provoqués, anémies, maladies carentielles (Vit. A, iode), tuberculose, lèpre, méningite, dracunculose, affections oculaires, affections bucco-dentaires, affections dermatologiques, affections chirurgicales courantes, traumatismes et plaies, parasitoses intestinales, maladies génétiques (drépanocytose). Ces problèmes de santé font souvent l'objet de programmes qui ont encore du mal à faire évoluer les indicateurs de santé dans le sens souhaité.

Par ailleurs, les résultats de l'analyse de la situation du secteur de la santé et l'évaluation conjointe de la PNS et du PNDS réalisées en 2010-2011 et validés par le Comité des Partenaires du secteur de la santé révèlent que cette situation est due à une faible couverture en soins et services de santé, notamment ceux de la Santé de la Reproduction et une faible disponibilité de certains produits essentiels dans les formations sanitaires. Aussi, les données de l'Evaluation nationale des Soins Obstétricaux et Néonatals d'Urgence (SONU) de 2012, font-elles état d'une faible disponibilité de ce type de soins (0,67 pour 500.000 habitants contre une norme de 4 pour 500 000). Il a été également relevé la faible disponibilité de certains produits essentiels dans les formations sanitaires notamment le sulfate de magnésium disponible seulement à 50%. Dans l'optique de contribuer à combler ces lacunes et pour permettre à la population de jouir de ces droits, le Ministère de la santé a pris des dispositions qui traduisent la volonté du Gouvernement et de ses partenaires à apporter des réponses urgentes et efficaces aux problèmes sanitaires du pays. Parmi ces dispositions, on peut mentionner:

- le Plan National de Développement Sanitaire 2012-2015 ;

- la politique et normes en santé de la reproduction, planification familiale et infections sexuellement transmissibles ;
- la Déclaration du Millénaire relative à l'adoption des Objectifs du Millénaire pour le Développement par l'ONU pour 2015.

Carte1 : Carte administrative et sanitaire du Togo



1.2 Raison d'être et objectifs de l'étude

1.2.1 Justification

Des efforts ont été réalisés sur le plan institutionnel dans le domaine de la santé de la reproduction/planification familiale et le pays dispose de documents législatifs et stratégiques nationaux (politique, normes et protocoles de services). La relecture fréquente des documents

stratégiques en adéquation avec la loi doit constituer un exercice de routine permettant de déterminer les gaps ou les causes du non respect de la loi et des normes exigées en matière de disponibilité des produits contraceptives et des médicaments de santé maternelle. Cet exercice pourrait induire une révision desdits documents contribuant ainsi à l'atteinte des objectifs escomptés.

Sur le plan programmatique, le Togo nourrit l'ambition de devenir un pays émergent à l'horizon 2030. Les efforts du gouvernement en matière de PF ont permis d'induire une baisse de la fécondité et d'améliorer certains indicateurs de santé maternelle et infantile. Le nombre moyen d'enfants par femme qui est passé de 6,6 en 1988 à 5,4 en 1998 et à 4,8 en 2013. Les principaux indicateurs de santé maternelle, néonatale et infantile et de PF ont connu une amélioration au Togo selon EDST- II de 1998 et EDST-III de 2013-2014.

Cette tendance de la baisse de la fécondité augure un dividende démographique que le Togo pourra exploiter à condition que les efforts d'investissement actuel dans le développement du capital humain se poursuivent et se renforcent au cours des années à venir.

Toutefois, force est de constater que ces progrès sont loin d'être suffisants puisque l'utilisation des services de soins par la population et le recours à la planification familiale par les couples demeurent insuffisants. En effet, les indicateurs du tableau 1.1 montre une faible utilisation de méthodes modernes de contraception et des besoins non satisfaits élevés. Le ratio de mortalité maternelle reste encore élevé (401 décès pour 100 000 naissances vivantes).

Tableau 1.1: Indicateurs sur la santé de reproduction au Togo

Sujet	Indicateurs	Valeur
Contraception et Besoins non satisfaits	Taux de fécondité des adolescentes	88‰
	Grossesses précoces	17,3%
	Taux de prévalence contraceptive (méthodes modernes)	17,1
	Besoins non satisfaits	31,0%
Santé maternelle et néonatale	Couverture des soins prénatals Au moins une fois par le personnel qualifié	71,6%
	Au moins quatre fois par n'importe quel prestataire	54,9%
	Contenu des soins prénatals	60,6%
	Personnel qualifié à l'accouchement	59,4%
	Accouchements institutionnels (Structure de santé)	66,5%
	Césarienne	8,8%

Source : INSEED, EDS-Togo, 2013

La disponibilité des produits contraceptifs et des médicaments de la santé maternelle n'a pas été effective. Cette situation a été relevée par les nombreuses études réalisées en SR/PF. La première étude sur la disponibilité des produits contraceptifs et des médicaments de la santé maternelle a révélé les causes de ruptures dont les recommandations ont été mises en œuvre partiellement. Il peut être cité comme exemple, l'initiative « zéro rupture de stock » qui est mise en œuvre actuellement dans la région Maritime avec l'appui de UNFPA et dont l'évaluation pourrait conclure à une mise à échelle grâce à l'appui d'autres bailleurs comme le Fonds Mondial.

La raison d'être de cette étude est de : a) susciter l'appropriation progressive de la problématique de la disponibilité des produits contraceptifs et des médicaments de la santé maternelle par le ministère de la santé en se basant sur des preuves factuelles ; b) mettre en œuvre un mécanisme national voire décentralisé de gestion des données en réseau sur la chaine d'approvisionnement des médicaments et le renforcement de la capacité de planification des besoins en médicaments ; c) prendre conscience de la nécessité de bien suivre le repositionnement de la planification familiale et de la santé maternelle et infantile ; d) mettre en œuvre un plan de plaidoyer pour la mobilisation des ressources internes et externes. C'est à ce prix que le gouvernement pourra atteindre la fourniture d'information sur la SR/PF et la disponibilité des produits contraceptifs et de médicaments de santé maternelle, l'amélioration de la qualité des services et des soins et augmenter la prévalence contraceptive moderne tout en améliorant les indicateurs de la santé maternelle.

1.2.2 Objectifs de l'étude

L'objectif global de la présente étude est d'apprécier la disponibilité des produits et services de santé de la reproduction et la perception de la prestation des services de planification familiale par les clients.

Plus spécifiquement, il s'agira de :

- déterminer les moyens de contraception modernes proposés par les formations sanitaires ;
- apprécier la disponibilité des médicaments pour la santé maternelle et reproductive dans les formations sanitaires ;
- évaluer l'incidence de l'absence de rupture de stock des moyens de contraception modernes ;
- apprécier la chaîne d'approvisionnement dans les formations sanitaires ;
- évaluer la formation et la supervision du personnel ;
- mesurer l'existence de directives, listes de contrôle et outils de travail ;
- apprécier l'utilisation des technologies de l'information et de la communication (TIC) ;
- évaluer la gestion des déchets ;
- mesurer la facturation des utilisateurs ;

- évaluer la perception de la prestation des services de planification familiale par les clients ;

- estimer le coût des services de planification familiale par les clients.

1.3 Organisation et gestion de l'enquête

Le champ d'observation et la population cible de l'enquête sur la disponibilité des produits et services SR dans les formations sanitaires sont définis en relation avec les objectifs visés.

1.3.1 Champ et population cible de l'étude

Conçue pour disposer des indicateurs de portée nationale, le champ d'observation de la présente étude couvre toute l'étendue du territoire national. Pour ce faire deux outils de collecte ont été utilisés : i) un questionnaire sur la disponibilité et des services dans les formations sanitaires et ii) un questionnaire sur la perception des clients. Ces deux outils de collecte ont été administrés aux différentes cibles. La cible du premier questionnaire est constituée des différents types de formations sanitaires selon l'organisation sanitaire du pays. Ce questionnaire s'adresse aux personnes ressources des formations sanitaires. Le deuxième outil de collecte s'adresse aux clients en consultation de planification familiale (PF) afin d'apprécier la perception de ces derniers en ce qui concernent les services PF.

1.3.2 Organisation de la collecte

La collecte des données a duré huit (8) jours ouvrés et a nécessité quarante-quatre (44) agents de collecte repartis en 7 équipes dirigée chacune par un superviseur. La collecte portant sur les aspects sanitaires ; l'équipe de collecte a bénéficié de l'encadrement du personnel de santé à la formation et à la collecte.

Chaque agent de collecte a à sa charge six à sept FS échantillonnées et identifiées dans le plan de déploiement des agents de collecte. En plus de la réalisation du questionnaire FS, il faut ajouter l'interview des clients venus en consultation PF dans la FS. Pour pouvoir exécuter cette charge de travail dans le délai assez court, les actions de facilitation de la Division de la Santé Familiale (DSF), des points focaux SR au niveau des districts et du personnel de la FS ont été d'un grand apport.

1.4 Méthodologie et limites de l'enquête

1.4.1. Type et champ de l'étude

Il s'agit d'une étude évaluative portant sur la disponibilité des services et de produits PF et la perception des clientes/clients sur les prestations de services.
Elle a été effectuée sur toute l'étendue du territoire et a porté sur un échantillon des FS des trois niveaux : central, intermédiaire et périphérique.

I.4.2. Population cible

La population cible est composée des formations sanitaires (FS) publiques, privées ou confessionnelles dispensant des méthodes de contraception modernes et des services de santé maternelle/reproductive. Deux types d'acteurs sont ciblés dans les FS: les prestataires et les

clients. Les questionnaires sont spécifiquement adressés à des médecins, des assistants médicaux, des infirmières/infirmiers diplômés d'Etat, infirmières/infirmiers auxiliaires d'Etat et infirmières/infirmiers permanents, sages-femmes, accoucheuses auxiliaires et accoucheuses permanentes. La deuxième cible est constituée des clients (des femmes et des hommes) fréquentant ces formations sanitaires et bénéficiant des services de PF.

1.4.3. Plan de sondage

La méthode utilisée pour l'étude est basée essentiellement sur une enquête au niveau des formations sanitaires (FS) dispensant des moyens de contraception modernes et des services de santé maternelle/reproductive. La sélection des FS est basée sur un mixage de la méthode probabiliste et la méthode à choix raisonnée.

I.4.4. Plan d'enquête et échantillonnage des formations sanitaires

i)- Base de sondage des formations sanitaires

Selon les normes sanitaires au Togo, la structure organisationnelle du système de santé est en forme pyramidale avec une répartition à trois (3) niveaux :

- le niveau national ou tertiaire constitué des CHU ;
- le niveau régional ou secondaire composé des CHR
- le niveau périphérique ou primaire composé des Hôpitaux de District, des USP 1 et 2 et des structures privées de soins.

La liste actualisée des formations sanitaires établie lors de l'évaluation des besoins en soins obstétricaux et néonatals d'urgence (SONU) et la cartographie de l'offre des services de SONU réalisée au Togo en 2012 ont été utilisées comme base de sondage pour le choix des FS à enquêter. Selon les résultats de cette enquête, 864 formations sanitaires offraient les services de planification familiale en 2012. Ces formations sanitaires se répartissent comme suit:

- 3 Centres Hospitaliers Universitaires (CHU) ;
- 6 Centres Hospitaliers Régionaux (CHR) ;
- 13 Hôpitaux de District type 2 (HD 2) et 24 de District type 1 (HD 1) ;
- 69 Unités de Soins Périphériques type 2 (USP 2) et 456 Unités de Soins Périphériques type 1 (USP 1) ;
- 33 formations sanitaires privées disposant d'un bloc opératoire fonctionnel (NPA) ;
- 165 formations sanitaires qui disposaient d'au moins un prestataire qualifié et qui ne disposaient pas de bloc opératoire fonctionnel (NPN1) ;
- 95 formations sanitaires privées qui ne disposaient pas de personnel qualifié (SPQ).

Tableau 1.2 : Récapitulatif des formations sanitaires offrant des services d'accouchement

Types de formation sanitaire	CHU	CHR	HD2	HD1	USP2	USP1	NPA	NPN1	SPQ	**Total**
Nombre	3	6	13	24	69	456	33	165	95	**864**

La base d'échantillonnage est composée de 864 formations sanitaires. Leur répartition par région suivant la pyramide sanitaire du Togo donne la composition suivante :

Tableau 1.3: Répartition des FS offrant des services d'accouchement par région

Région	**CHU**	**CHR**	**HD**	**NPA**	**USP et autres FS privées**	**Total**
Lomé commune	2	1	5	21	150	179
Maritime	0	1	6	3	162	172
Plateaux	0	1	10	7	204	222
Centrale	0	1	4	0	90	95
Kara	1	1	7	2	108	119
Savanes	0	1	5	0	71	77
Total	**3**	**6**	**37**	**33**	**785**	**864**
Proportion relative (%)	0,3	7,0	4,2	3,8	91,0	100,0

ii)- Taille de l'échantillon

Le calcul de la taille d'échantillon a été fait selon la formule ci-dessous.

$n = \frac{z^2 * p(1-p)}{d^2}$ où **:**

- n est la taille minimale de l'échantillon des FS qui assure un niveau de confiance d ;
- z est le score correspondant à l'intervalle de confiance (le quantile d'ordre $1-\alpha$)
- p est la proportion des FS disposant des méthodes PF (p attendu 50%).
- d est le niveau de confiance ou la précision souhaitée (5%).

En considérant les spécificités de l'enquête, tous les trois (3) Centres Hospitaliers Universitaires, les six (6) Centres Hospitaliers Régionaux et tous les Hôpitaux de district et les Cliniques avec antennes chirurgicales (NPA) sont systématiquement retenus dans l'échantillon ; seules les USP publiques et les autres formations sanitaires privées ont finalement fait l'objet d'un échantillonnage sur la base d'un sondage aléatoire simple sans remise.

Tableau 1.4: *Taille minimale d'échantillon*

Intervalle de confiance et marge de confiance	**CHU**	**CHR**	**HD**	**NPA**	**USP et autres FS privées**	**TOTAL**
N (nombre de formations sanitaires)	**3**	**6**	**37**	**33**	**785**	**864**
Calcul de la taille de l'échantillon						
p (Proportion relative)	-	-	-	-	50%	100%
n (Taille à enquêter)	**3**	**6**	**37**	**33**	**198**	**277**

Considérant chaque région comme un domaine d'étude, la taille de l'échantillon a été calculée à l'intérieur de la région. Avec tous les paramètres pris en compte, une taille constante de 33 FS (USP et autres FS privées) a été déterminée à l'intérieur de chaque région ; ce qui porte la taille totale à 198 FS au niveau national pour les six régions y compris Lomé Commune. Ainsi, au total la taille de l'échantillon est de 277 FS (tout type de FS compris). Sur le terrain, les 277 formations sanitaires échantillonnées ont pu être visitées.

iii)- Mode de tirage (sondage aléatoire simple sans remise) des FS de niveau primaire

Le nombre de formations sanitaires offrant des services d'accouchement aux niveaux CHU, CHR, HD et NPA étant connu, le choix n'a été fait que parmi les USP et autres formations sanitaires privées dans chaque région. A cet effet, la liste des formations sanitaires USP a été établie sans ordre particulier et sans tenir compte de leurs caractéristiques. A partir de cette liste, le pas de sondage de la région (P_r) a été calculé en divisant le nombre total des USP d'une région par la taille d'échantillon des USP calculée dans cette région :

$P_r = Nr/nr$

N_r = *Nombre de points de prestation de services dans le domaine au niveau de la région;*

n_r = *Taille d'échantillon du domaine au niveau de la région.*

Le point de départ K (qui représente la 1ère FS tirée) a été sélectionné en choisissant au hasard un nombre compris entre 1 et le pas (P_r). Ensuite, les autres FS incluses dans l'échantillon sont choisies en progressant à raison d'un intervalle de $K+ P_r$, $K+2P_r$, … $K+(n_r -1)P_r$, jusqu'à l'obtention de la taille d'échantillon requise pour le domaine d'étude.

iv)- Echantillonnage des clientes/clients au secondaire

L'enquête a touché en moyenne six (5) clientes/clientes dans les FS de niveau primaire et environ vingt (20) clientes/clientes dans les autres FS. Au total 1620 clients ont pu être enquêtés pour cette édition.

1.5 Collecte des données

1.5.1 Formation des agents de collecte des données

La formation des agents de terrain s'est déroulée du 05 au 07 février 2015. Lors de cette phase de formation, les différents concepts relatifs à la planification familiale et à la logistique

contraceptive ont été abordés. Les agents ont suivi des exposés détaillés sur le remplissage des sections des différents modules du questionnaire. Ces exposés sont chaque fois suivis des exercices de remplissage par les agents. À cet effet, des équipes sont constituées lors des exercices pour une simulation de l'enquête en salle. Pour faciliter le remplissage des questionnaires, les agents de collecte des données ont reçu un kit constitué d'un manuel de l'agent enquêteur, des documents relatifs à la logistique et des outils de collecte. L'étape finale de la formation fut la réalisation d'une enquête pilote par les agents de terrain dans deux formations sanitaires de Lomé Commune qui a permis d'améliorer les outils de collecte.

1.5.2 Enquête principale et stratégie de collecte

La collecte des données dans les formations sanitaires sélectionnées s'est déroulée sur la période du 09 au 27 février 2015. Dans un premier temps pour des raisons de planification, l'enquête a commencé dans les formations sanitaires de Lomé Commune le 09 février 2015 et dans un second temps dans les formations sanitaires des autres régions du pays le 19 février 2015. La collecte des données a duré 8 jours. Pour cette collecte principale, 44 agents au total ont été mis à contribution sous la supervision de 7 cadres de l'INSEED. Comme stratégie adoptée, chaque agent enquêteur passe toute une journée dans chaque formation sanitaire surtout dans les USP reculées afin de toucher le maximum de clients. Dans chaque formation sanitaire, l'agent de collecte procède à l'interview du responsable et/ou d'un prestataire de soins habileté à fournir les informations pour le remplissage du module 1 du questionnaire. Ensuite, il passe à l'inventaire physique pour vérifier la disponibilité de chaque produit et moyen contraceptif dans la formation sanitaire. Les clients qui visitent la formation sanitaire ciblée pour bénéficier des services de la planification familiale sont dirigés vers l'agent de collecte par les prestataires de soins pour l'administration du module 2, du questionnaire clients qui débute après consentement obtenu du client.

1.6 Saisie, analyse et présentation des données

La saisie des données a été réalisée parallèlement aux travaux de collecte des données pour un meilleur suivi de la qualité des données recueillies par les agents de terrain. Ainsi, au moment où les derniers questionnaires ont été achevés sur le terrain et ramenés au bureau, la plupart des données avait été déjà saisie. Les données de chaque région sont stockées dans un fichier de données séparé, et sont traitées dès que les questionnaires sont ramenés du terrain. Cette approche subdivise l'opération de traitement en plusieurs étapes, lui permettant d'avancer parallèlement à l'évolution de la collecte des données sur le terrain. La saisie des deux types de questionnaires (FS et client) a été organisée au moyen du logiciel CSPro. Le programme de contrôle de qualité qui a permis de détecter les différents types d'erreurs est élaboré sous les logiciels SPSS et STATA.

Le contrôle de la structure, la vérification de la saisie des données et l'apurement secondaire sont des procédures itératives répétées autant de fois que nécessaire, jusqu'à la résolution de tous les problèmes détectés, ou jusqu'à ce que ces derniers soient considérés comme acceptables pour permettre de produire des fichiers d'analyse des données et de créer les tableaux standards du programme GPRHCS

1.7 Limites de l'enquête

Les limites et difficultés de l'enquête sont de plusieurs ordres. Il s'agit principalement :

De l'enclavement de certaines localités : quelques localités très distantes des chefs lieu de préfectures sont desservies par des routes impraticables aussi bien pour les motos que pour les voitures. Cependant, les assistants de collecte ont déployé des efforts pour s'y rendre et collecter les données.

De la faible fréquentation de certaines FS *:* la fréquentation des services PF est très faible voire presque nulle dans certaines FS surtout les Unités de Soins Périphériques (USP) ; ce qui a rendu difficile la rencontre avec les clients. La stratégie adoptée est soit de faire plusieurs passages dans les FS concernées afin de pouvoir interroger les clients rencontré, soit de passer des journées entières dans les formations sanitaires pour espérer trouver de client à enquêter.

Du refus de collaboration de certains responsables de FS privées de Lomé : bien que des dispositions aient été prises pour informer toutes les formations échantillonnées de la réalisation de l'étude sur toute l'étendue du territoire national, certains responsables des FS privées n'ont pas voulu coopérer prétextant qu'ils n'avaient pas été informés du choix de leurs formations sanitaires dans l'échantillon d'étude.

Méthodologique : le questionnaire présente des limites tant dans l'ordre de succession des variables que dans leur disposition. La structure et la cohérence du questionnaire devront être revues lors des prochaines éditions de l'enquête.

1.8 Plan du rapport

Le plan du rapport s'inspire des directives méthodologiques relatives à l'étude sur la disponibilité des services de santé de la reproduction et la perception des clients sur la prestation des services de la planification familiale. Ainsi, la première partie de cette étude fournit des informations sur le contexte national, la justification de l'étude, les objectifs de l'enquête et la méthodologie de recherche ; la deuxième partie traite des lois et protocoles nationaux qui régissent la fourniture des moyens de contraception et des produits pour la santé maternelle/reproductive ; la troisième partie aborde les résultats relatifs à la disponibilité des produits et des services ; la quatrième partie décrit la perception des clients et l'évaluation du coût des services de la planification familiale reçus dans la formation sanitaire. Enfin la dernière partie présente les conclusion et recommandations principales axées sur les résultats de cette étude.

PARTIE II : DIRECTIVES, LOIS ET PROTOCOLES NATIONAUX

Dans la Constitution de la République Togolaise du 14 octobre 1992, le droit à la santé est reconnu. En son article 34, il stipule que « l'Etat reconnaît aux citoyens le droit à la santé. Il œuvre à le promouvoir ». Dans cette obligation et dans le document de la Stratégie de Croissance Accélérée de la Promotion de l'Emploi (SCAPE), l'un des objectifs du Gouvernement est de réduire la mortalité maternelle à 213 décès pour 100 000 naissances vivantes à l'horizon 2017, ce taux étant estimé à 401 décès pour 100 000 naissances vivantes en 2013 selon les données de l'EDST3. A cet effet, le gouvernement s'engage à renforcer le système de santé et le système communautaire de santé en améliorant l'accès aux médicaments et commodités essentiels au niveau des formations sanitaires et au niveau communautaire. Ainsi la politique nationale de santé a défini les orientations stratégiques majeures suivantes en particulier l'amélioration de l'accès aux médicaments de bonne qualité et à moindre coût en mettant l'accent sur la promotion des médicaments essentiels et génériques indispensables à l'exercice du droit à la santé.

Dans le cadre de ses engagements sur la disponibilité et la fourniture des moyens de contraceptions modernes et des médicaments sur la santé maternelle, le pays dispose des documents législatifs (Code de Santé Publique et de la Loi sur la santé de la reproduction) ainsi que des documents stratégiques normatifs à savoir la Politique et Normes en Santé de la Reproduction/IST/Planification familiale (PF) et protocoles de services.

2.1 Résumé des directives, lois et protocoles relatifs à la fourniture de méthodes modernes de contraception

Promulgué en mai 2009, le Code de Santé Publique (CSP) aborde la thématique de la planification familiale dans sa section 3 du chapitre I sur la protection sanitaire de la famille et de l'enfance. Cette section met en exergue la disponibilité et la fourniture des méthodes modernes de contraception autorisées dans les formations sanitaires publiques et privées. Le CSP exige de disposer d'une politique nationale de la PF devant être adoptée par décret au conseil des ministres.

Dans la loi n° 2007-005 du 10 janvier 2007 sur la santé de la reproduction, après la définition de la contraception dans son article 33, la vision de la loi s'est focalisée sur la qualité et la disponibilité des produits contraceptifs. La loi s'est préoccupée de la recherche et de la fabrication des produits contraceptifs (article 34), de la qualité des importations (article 35), le leadership du gouvernement dans la distribution et la mise en vente des produits contraceptifs sauf les préservatifs dans les formations sanitaires publiques et privées (article 36), des conditionnalités dans la prescription à savoir la compétence et la qualification des agents de santé et la réglementation (article 37), les modalités d'agreement et la réglementation de la promotion de la communication sur la planification familiale. De plus, la loi a prévu des amendes dans le cadre du non-respect de la loi sur les produits contraceptifs. La coordination des interventions de la politique nationale familiale à travers la Division de la Santé Familiale (DSF) dans son article 22.

Dans ses orientations, la Politique de la Planification Familiale a mis l'accent sur la contribution de la PF dans la réduction de la mortalité maternelle et infantile, au bien-être complet des individus et

des familles et à l'adéquation entre la croissance démographique du pays et sa croissance économique. Le droit aux services de PF à toutes les personnes en âge de procréer, sur la base d'un libre choix individuel et éclairé, la disponibilité des méthodes modernes de contraception autorisées au Togo ont été amplement évoquées dans cette politique. Il est aussi fait mention de la promotion de l'offre de service dans la politique à travers la stratégie fixe, mobile ou avancée d'une part et l'offre au niveau communautaire d'autre part. La garantie de la disponibilité de toutes les méthodes contraceptives est précise en référence aux conditions prévues dans les normes.

Les normes, en matière de planification familiale, ont été élaborées en fonction des niveaux de la pyramide sanitaire à savoir les niveaux primaire, secondaire et tertiaire. A chaque niveau, les normes des formations sanitaires ont été définies avec la description des activités de la PF relative à chaque catégorie de personnel. D'autres rubriques ont été définies à savoir les critères de qualité, les indicateurs et le matériel. Le matériel prend en compte les produits contraceptifs, les supports de communication, les consommables et autres équipements, et outils nécessaires à la mise en œuvre de l'activité. Ainsi, à partir des normes en PF, la gamme de produits contraceptifs que doit offrir chaque formation sanitaire de chaque niveau de la pyramide a été clairement définie.

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

Tableau 2.1: Gamme de moyens contraceptifs suivant le type de formation sanitaire et le niveau

NIVEAUX	**GAMME DE PRODUITS CONTRACEPTIFS**
USP 1 (niveau primaire)	1. Le collier 2. Les spermicides 3. Les préservatifs masculins et féminins 4. Les pilules 5. Les injectables 6. Le Dispositif Intra Utérin (DIU) ou stérilet 7. L'implant (Jadelle et Norplant) 8. La Contraception d'urgence
USP 2 (niveau primaire)	1. Le collier 2. Les spermicides 3. Les préservatifs masculins et féminins 4. Les pilules 5. Les injectables 6. Le Dispositif Intra Utérin (DIU) ou stérilet 7. L'implant (Jadelle et Norplant) 8. La Contraception d'urgence
HOPITAL (HD1) (niveau primaire)	1. Le collier 2. Les spermicides 3. Les préservatifs masculins et féminins 4. Les pilules 5. Les injectables 6. Le Dispositif Intra Utérin (DIU) ou stérilet 7. L'implant (Jadelle et Norplant) 8. La Contraception d'urgence

NIVEAUX	GAMME DE PRODUITS CONTRACEPTIFS
HOPITAL, Cliniques, cabinets privés, ONG (niveau primaire)	1. Le collier 2. Les spermicides 3. Les préservatifs masculins et féminins 4. Les pilules 5. Les injectables 6. Le Dispositif Intra Utérin (DIU) ou stérilet 7. L'implant (Jadelle et Norplant) 8. La Contraception d'urgence 9. La Contraception Chirurgicale Volontaire (CCV)
HOPITAL (HD 2) (niveau primaire)	1. Le collier 2. Les spermicides 3. Les préservatifs masculins et féminins 4. Les pilules 5. Les injectables 6. Le Dispositif Intra Utérin (DIU) ou stérilet 7. L'implant (Jadelle et Norplant) 8. La Contraception d'urgence 9. La Contraception Chirurgicale Volontaire (CCV)
NIVEAUX	GAMME DE PRODUITS CONTRACEPTIFS
CHR (niveau secondaire)	1. Le collier 2. Les spermicides 3. Les préservatifs masculins et féminins 4. Les pilules 5. Les injectables 6. Le Dispositif Intra Utérin (DIU) ou stérilet 7. L'implant (Jadelle et Norplant) 8. La Contraception d'urgence 9. La Contraception Chirurgicale Volontaire (CCV)
CHU (niveau tertiaire)	1. Le collier 2. Les spermicides 3. Les préservatifs masculins et féminins 4. Les pilules 5. Les injectables 6. Le Dispositif Intra Utérin (DIU) ou stérilet 7. L'implant (Jadelle et Norplant) 8. La Contraception d'urgence 9. La Contraception Chirurgicale Volontaire (CCV)

2.2 Résumé des directives, lois et protocoles relatifs à la fourniture de médicaments pour la santé maternelle et reproductive

Sur la santé maternelle et de la reproduction, le Code de Santé Publique vise à réduire la morbidité et la mortalité néonatale et infantile dans son article 96 et la garantie d'une prestation de service de qualité pour la mère et l'enfant dans le suivi de la grossesse, en termes d'un accouchement sécurisé et des soins postnatals (article 97). L'article 98 exige la disponibilité d'une politique nationale de santé maternelle et infantile adoptée par décret au conseil des ministres. Bien que le Code de Santé Publique n'ait pas évoqué la garantie de la disponibilité des médicaments en santé maternelle, cette composante est intégrée dans la vision évoquée ci-dessus.

La loi n° 2007-005 du 10 janvier 2007 sur la santé de la reproduction a pour objet de préciser le cadre général de la réglementation de la santé de la reproduction au Togo. Véritable arsenal législatif, elle a défini les soins et services en santé de la reproduction en termes de santé maternelle et infantile dans ses articles 26 et le 27. Elle donne le contenu de la composante de la santé de la femme et celui de l'enfant dans l'article 30. Dans le souci de respecter l'engagement du gouvernement en matière de la promotion de la santé, la disponibilité des médicaments en SR, l'intégration des services (SR/VIH/Sida) et la confidentialité ont été prises en compte par la loi dans son article 31 qui stipule : « l'Etat met en place des services compétents offrant des soins de base, des médicaments appropriés et un personnel compétent garantissant la confidentialité relative aux Personnes Vivant avec le VIH (PVVIH) ».

En matière de Politique, le volet Santé de la Femme en SR a pour but de réduire les taux de mortalité et de morbidité des femmes et d'améliorer leur état complet de bien-être par la promotion de la maternité à moindre risque chez les femmes en âge de procréer, la prévention et le traitement des maladies gynécologiques, les dysfonctionnements de l'appareil génital et la sexualité chez les femmes de tout âge. Des composantes spécifiques prioritaires de la politique de la santé de la mère ont été définies dans la politique à savoir : a) la consultation prénuptiale et pré-conceptionnelle; b) la maternité à moindre risque ; c) la prise en charge gynécologique ; d) la prise en charge des troubles de la sexualité et de la ménopause ; e) la santé de la reproduction des femmes handicapées. Toutes ces composantes spécifiques sont en adéquation avec les articles 26 et 27 de la loi n° 2007-005 du 10 janvier 2007 sur la santé de la reproduction et le CSP. Bien que la politique de la santé de la mère n'ait pas donné des orientations sur la garantie de la disponibilité des médicaments en SR, elle a été prise en compte dans un document stratégique de sécurisation des produits SR y compris le VIH/Sida.

En matière de normes, les interventions de la santé maternelle sont définies suivant le niveau en tenant compte des composantes spécifiques et aussi du prestataire de service habilité à offrir le service. De plus, en fonction de chaque composante, le matériel, les critères de qualité et les indicateurs ont été déterminés. La rubrique "matériel" prend en compte les médicaments et l'équipement nécessaires à la mise en œuvre de la composante spécifique prioritaire. Les normes sont en adéquation avec la loi n° 2007-005 du 10 janvier 2007 sur la santé de la reproduction dans ses articles 26 et 27 et aussi en termes de garantie de la disponibilité des médicaments et de personnels compétents (article 31).

En matière de santé de la mère, le document de Protocole SR est un véritable guide clinique de référence pour les prestations de services de qualité. Bien structuré avec des schémas de prise en charge (directives) sous formes de tableaux, de liste d'activités structurées par étapes ou sous formes d'algorithmes ou graphes de décisions, le protocole de la santé de la mère a une double fonction : a) c'est une sorte de carte routière qui conduit le prestataire de service à travers les différentes étapes de ses activités mais également veille sur la qualité du contenu de ce cheminement ; b) c'est aussi un document pédagogique de par sa standardisation des gestes et faits, et il procure une opportunité d'apprendre en améliorant le savoir, le savoir-être et le savoir-faire. Il est disponible sous différentes formes à savoir en document, en livre de poche ou en affiches dans les formations sanitaires.

En conclusion, la politique nationale, les normes et protocoles en matière de PF et santé maternelle sont en adéquation avec la loi n° 2007-005 du 10 janvier 2007. Ces documents stratégiques nationaux contribuent à l'évaluation de service en PF et à la mise en œuvre de stratégies novatrices pour améliorer les indicateurs de mortalité maternelle.

Tableau 2.32: Récapitulatif des médicaments de santé maternelle selon les types de FS en fonction de la liste nationale des médicaments essentiels

MEDICAMENTS ESSENTIELS SUIVANT LES NIVEAUX

MEDICAMENTS		PRIMAIRE				SECONDAIRE	TERTIARE
		USP1	USP2	HD1	HD2	CHR	CHU
1	Ampicilline	X	X	X	X	X	X
2	Azithromycine	0	X	X	X	X	X
3	Benzathine benzylpénicilline	X	X	X	X	X	X
4	Bétaméthasone / Dexaméthasone	0	X	X	X	X	X
5	Gluconate de calcium	X	X	X	X	X	X
6	Céfixime	0	X	X	X	X	X
7	Gentamicine	0	X	X	X	X	X
8	Hydralazine	1	1	1	1	1	1
9	Sulfate de magnésium	X	X	X	X	X	X
10	Méthyldopa	0	X	X	X	X	X
11	Métronidazole	X	X	X	X	X	X
12	Mifépristone	1	1	1	1	1	1
13	Misoprostol	0	0	0	0	X	X
14	Nifédipine	0	X	X	X	X	X
15	Ocytocine	X	X	X	X	X	X
16	Chlorure de sodium/ Solution de lactate de sodium	X	X	X	X	X	X
17	Anatoxine tétanique	X	X	X	X	X	X
18	FAF (Fer, Acide Folique)	X	X	X	X	X	X
19	SF (Sulfadoxine Pyriméthamine)	X	X	X	X	X	X
20	ARV (PTME)	0	X	X	X	X	X
21	Antispasmodique	X	X	X	X	X	X
22	Antiémétique	X	X	X	X	X	X
23	Sang total	0	X	X	X	X	X
24	Concentré de globules rouge	0	X	X	X	X	X
25	Plasma frais congelé	0	X	X	X	X	X
26	Immunoglobuline anti-D	0	X	X	X	X	X

x: Autorisé; 0: Non autorisé; 1: n'existe pas dans la liste nationale des médicaments essentiels

PARTIE III : RÉSULTATS DE L'ENQUÊTE SUR LA DISPONIBILITÉ DES PRODUITS ET DES SERVICES

3.1 Informations d'ordre général concernant les formations sanitaires

3.1.1 Caractéristiques des formations sanitaires enquêtées

Cette étude concerne les formations sanitaires qui offrent des services de PF, des services de santé maternelle notamment les services d'accouchement et les services liés au VIH/SIDA.

Les résultats du tableau 3.1 montrent que 91,7% des FS assurent des services de planification familiale, 97,8% offrent des soins de santé maternelle notamment les services d'accouchement et 91,7% assurent des services liés au VIH (CDV, PTME, TARV). De façon détaillée, il apparait que 98,1% des FS primaires publiques assurent la PF, 100% offrent des soins de santé maternelle notamment les services d'accouchement, 59,3% disposent d'un CDV, 95,7% assurent la PTME et 70,8% assurent le TARV. En ce qui concerne, les FS secondaires et tertiaires publiques visitées, toutes offrent aussi bien les services de PF que les soins de santé maternelle et ceux liés au VIH. Pour ce qui est des FS du secteur privé, 67,8% assurent des services de PF, 91,5% offrent des soins de santé maternelle, 61% disposent d'un CDV, 62,7% assurent la PTME et 47,5% assurent le TARV. Il ressort donc que plusieurs FS privées offrent des services de santé maternelle mais pas ceux relatifs à la PF. Ceci pourrait accroître les besoins non satisfaits en PF parce que les femmes qui ont recours à ces FS ne bénéficieront pas de la PF. Même si dans leur majorité, ces types de FS sont d'obédience confessionnelle, une action du Ministère de la Santé à leur endroit pourrait inverser la tendance.

Tableau 3.1 : Répartition (pourcentage) des FS enquêtées assurant les services de PF, les soins de santé maternelle et les services liés au VIH

	FS assurant des services de Planification Familiale	FS assurant des soins de santé maternelle, notamment des services d'accouchement	FS disposant d'un CDV	FS assurant la PTME	FS assurant le TARV	Effectif
Région Sanitaire						
Lomé-Commune	81,6	93,9	59,2	67,3	51,0	49
Maritime	94	100	58,0	98,0	76,0	50
Plateaux	95,8	98,6	59,7	93,1	76,4	72
Centrale	89,7	96,6	72,4	82,8	69,0	29
Kara	94,9	97,4	64,1	89,7	61,5	39
Savanes	92,1	100	52,6	100,0	57,9	38
Milieu de residence						
Urbain	90,4	94,8	75,7	83,5	73,0	115
Rural	92,6	100	49,4	92,6	61,7	162
Type de formation sanitaire						
FS Publique primaire	98,1	100	59,3	95,7	70,8	209
FS Publique secondaire	100	100	100,0	100,0	100,0	6
FS Publique tertiaire	100	100	33,3	100,0	66,7	3
FS Privé	67,8	91,5	61,0	62,7	47,5	59
Type d'organisme exploitant la FS						
Public	98,6	100,0	59,9	95,9	71,4	217
Privé à but lucratif	72,1	93	55,8	58,1	44,2	43
Privé à but non lucratif	52,9	88,2	76,5	76,5	58,8	17
Distance						
0 – 4	85,2	94,4	66,7	75,9	66,7	54
5-9	90,3	100	54,8	83,9	61,3	31
10-14	92,3	96,2	50,0	92,3	61,5	26
15 – 19	92,9	100	53,6	100,0	64,3	28
20 – 24	100	100	58,3	91,7	33,3	12
25 – 29	90	100	60,0	95,0	75,0	20
30 – 34	100	100	70,0	90,0	70,0	10
35 – 39	100	100	50,0	100,0	75,0	20
40 -44	100	100	40,0	100,0	60,0	5
45 – 49	75	100	75,0	100,0	75,0	4
50 et +	92,5	97	67,2	88,1	71,6	67
Ensemble	91,7	97,8	60,3	88,8	66,4	277

3.1.2 Répartition géographique des formations sanitaires

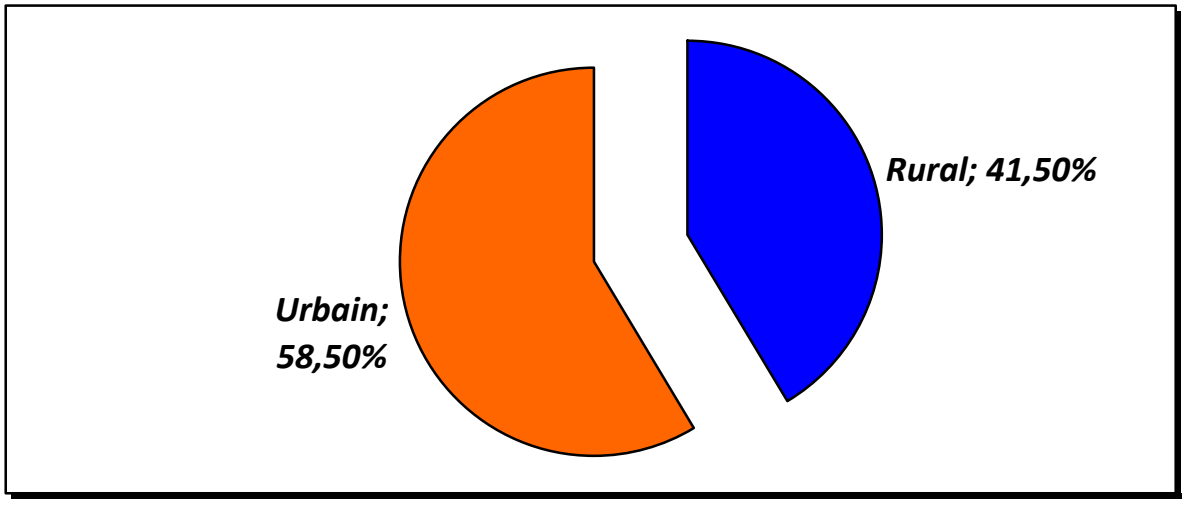
Les Formations sanitaires échantillonnées sont inégalement réparties sur toute l'étendue du territoire. La région des plateaux (26%) et Maritime (18,1%) et Lomé Commune (17,7%), sont les régions qui concentrent le plus grand nombre de FS. Suivent Kara (14,1%), Savanes (13,7%) et Centrale (10,5%). Un peu plus du 3/5 des FS visitées se situent dans les trois régions sanitaires de la zone Sud du pays. Ceci pourrait s'expliquer par la concentration des formations sanitaires confessionnelles et ONG, des cliniques et cabinets médicaux privées dans ces trois régions. Ce sont également les régions qui concentrent plus de la moitié de la population totale (4 362 473 habitants) [1] selon le RGPH4 de 2010.

Tableau 3.2 : Répartition des FS selon les régions

Région Sanitaire	Proportion (%)	Effectif
Lomé-Commune	17,7	49
Maritime	18,1	50
Plateaux	26,0	72
Centrale	10,5	29
Kara	14,1	39
Savanes	13,7	38
Total	100	277

Selon le milieu de résidence, les formations sanitaires enquêtées se trouvent aussi bien en milieu rurale (115) soit 41,5% qu'en milieu urbain (162) soit 58,5%.

Graphique 3.1 : Répartition des FS selon le milieu de résidence



3.1.3 Gestion des Formations Sanitaires

Les formations sanitaires (FS) ont été regroupées en fonction de type du gestionnaire:

- FS publiques primaires : 75,5%
- FS publiques secondaires : 2,2%

- FS publiques tertiaires : 1,1%
- FS privées primaires: 21,3%

En somme, 78,8% des FS visitées sont étatiques tandis que 21,3% sont privées.

Tableau 3.3 : Répartition des FS selon le type de gestionnaire

Type de gestionnaire	Proportion FS	Effectif
FS Publique primaire	75,5	209
FS Publique secondaire	2,2	6
FS Publique tertiaire	1,1	3
FS Privée	21,3	59

3.1.4 Distance séparant les FS et les sources d'approvisionnement en médicaments et produits contraceptifs

La distance séparant les FS visitées et leur principale source d'approvisionnement en médicaments et en produits contraceptifs est estimée en kilomètre (Km). Il ressort qu'une FS enquêtée sur cinq soit 19,5% s'approvisionne à moins de 5 Km de son site, que près d'un quart soit 24,2% s'approvisionne à plus de 50 Km et plus de la moitié soit 56,3% entre 5 km et 50 Km.

Les FS qui se situent entre 0 et 4 Km de leur source d'approvisionnement sont essentiellement :

- Les FS de niveau tertiaire (CHU) ;
- Les FS du niveau secondaire (CHR) qui sont situés au niveau des chefs-lieux de régions ;
- Les FS du niveau primaire composé des Hôpitaux de District (HD) qui se retrouvent dans les chefs-lieux de préfectures et les FS privées qui se situent le plus souvent dans les grandes villes.

Les FS distantes de plus de 50Km de leur source d'approvisionnement sont majoritairement des FS publiques de niveau primaire tels que les hôpitaux de district (HD) très reculés de la Direction Régionale de la Santé (DRS) et les Unités de Soins Périphériques (USP) éloignées des Directions Préfectorales de la Santé (DPS).

Tableau 3.4: Répartition des FS selon la distance entre la FS et l'entrepôt qui l'approvisionne (en km)

Distance	Distance entre la FS et l'entrepôt qui l'approvisionne	Effectif
0 – 4	19,5	54
5 – 9	11,2	31
10 – 14	9,4	26
15 – 19	10,1	28
20 -24	4,3	12
25 – 29	7,2	20
30 – 34	3,6	10
35 – 39	7,2	20
40 -44	1,8	5
45 -49	1,4	4
50 et +	24,2	67

3.2 Méthodes modernes de contraception proposées par les formations sanitaires

Dans cette section, l'analyse porte sur l'offre de services de contraception. Elle est appréhendée par la disponibilité d'au moins trois, quatre et cinq méthodes au niveau national, régional et en fonction des variables telles que le type de formation sanitaire, le type d'organisme exploitant la FS.

3.2.1 Méthodes contraceptives proposées par type de formations sanitaires

Les informations contenues dans le tableau 3.5 montrent le niveau d'offre de l'ensemble des méthodes contraceptives prises en compte par l'étude. Les niveaux d'offre de l'ensemble des formations sanitaires sont les suivants: les préservatifs masculins 95,7%, les préservatifs féminins 57,9%, les contraceptifs oraux 91,7%, les contraceptifs injectables 96,9%, le stérilet/DIU 77,5%, les implants 87,4%, la stérilisation féminine 11,4%, la stérilisation masculine 7,5% et la contraception d'urgence 55,9%.

Dans le counseling initial en PF, toutes les méthodes contraceptives doivent être présentées aux clients dans les différents types de FS. Il se dégage du même tableau que les CHU présentent les méthodes contraceptives à leurs clients dans 100% des cas sauf les préservatifs féminins qui est présenté dans 66,7% des cas, la stérilisation féminine 66,7%, la stérilisation masculine (33,3%) et la contraception d'urgence (66,7%). Au niveau public primaire, 97,6% de FS proposent des préservatifs et des contraceptifs injectables. Les faibles proportions ont été enregistrées pour la stérilisation féminine (3,9%) et la stérilisation masculine (2,0%) dans les FS primaires. Ces faibles proportions se justifient par le fait que selon la politique et normes en santé de la reproduction, seules les FS avec antenne chirurgicale (HD2) et certaines cliniques privées sont autorisées à offrir ce service.

Il existe des disparités au niveau des régions concernant le counseling initial en rapport avec certaines méthodes. L'analyse des données montre que 100% des FS de la région Maritime proposent des contraceptifs oraux à leurs clients contre 80,8% pour la région Centrale. Pour ce qui est des stérilets/DIU, la proportion est de 82,5% pour Lomé Commune et 62,2% pour la région de la Kara. Au regard des chiffres, on note que les régions Lomé Commune, Maritime et Savanes proposent plus de méthodes contraceptives que les autres à l'exception de la stérilisation féminine et masculine.

Selon le milieu de résidence, ces proportions oscillent entre 68,5% pour le stérilet/DIU en milieu rural et 90,5% en milieu urbain.

En ce qui concerne le type de formation sanitaire, 100% des FS publiques du niveau tertiaire proposent toutes les contraceptions modernes sauf le préservatif féminin (66,7%).

Le graphique 3.2 présente le niveau d'offre des méthodes de PF dans les formations sanitaires publiques et privées.

Le niveau d'offre dans les FS publiques se présente comme suit : préservatifs masculins 97,2%, préservatifs féminins 56,5%, pilules 93,5%, injectables 97,7%, le DIU/Stérilets 76,5%, Implant 90,2% et les contraceptions d'urgence 55,6%.

Au niveau des FS privées, la situation est la suivante : préservatifs masculins 59,3%, préservatifs féminins 44,1%, pilules 64,4%, les injectables 62,7%, le DIU/Stérilets 55,9%, Implant 49,2% et les contraceptions d'urgence 39,0%.

Graphique 3.2 : Répartition des FS publiques et privées en fonction des méthodes PF proposées

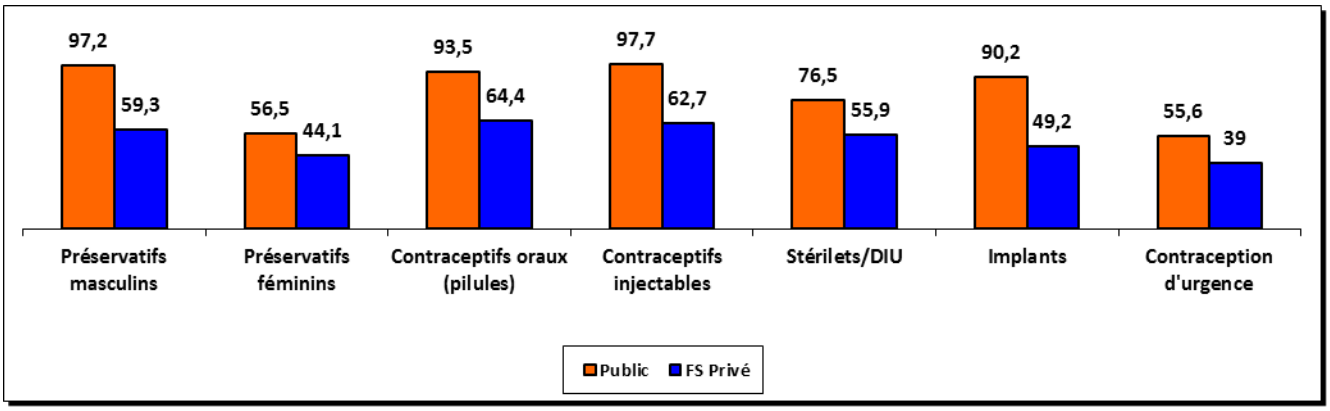


Tableau 3.5 : Répartition des FS proposant des méthodes contraceptives modernes

	Préservatifs masculins	**Préservatifs féminins**	**Contraceptifs oraux (pilules)**	**Contraceptifs injectables**	**Stérilets/DIU**	**Implants**	**Stérilisation féminine (ligature des trompes)**	**Stérilisation masculine (vasectomie)**	**Contraception d'urgence**	Effectifs
Région sanitaire										
Lomé Commune	92,5	77,5	95,0	90,0	82,5	75,0	32,5	27,5	75,0	49
Maritime	100,0	78,7	100,0	100,0	76,6	87,2	6,4	2,1	80,9	50
Plateaux	95,7	50,7	92,8	98,6	78,3	87,0	8,7	2,9	40,6	72
Centrale	92,3	42,3	80,8	92,3	80,0	80,8	3,8	3,8	53,8	29
Kara	94,6	37,8	94,6	100,0	62,2	97,3	10,8	8,1	35,1	39
Savanes	97,1	54,3	94,3	97,1	85,7	97,1	5,7	2,9	54,3	38
Milieu de résidence										
Urbain	93,3	68,3	95,2	93,3	90, 5	89,4	26,0	17,3	69,2	115
Rural	97,3	50,7	92,7	99,3	68,5	86,0	1,3	0,7	46,7	162
Type de formation sanitaire										
FS Publique primaire	97,6	56,1	93,7	97,6	75,5	89,8	3,9	2,0	55,1	209
FS Publique secondaire	83,3	66,7	83,3	100,0	100,0	100,0	100,0	66,7	66,7	6
FS Publique tertiaire	100,0	66,7	100,0	100,0	100,0	100,0	66,7	33,3	66,7	3
FS Privé	59,3	44,1	64,4	62,7	55,9	49,2	22,0	17,0	39,0	59
Gestionnaire										
Public	97,2	56,5	93,5	97,7	76,5	90,2	7,5	4,2	55,6	217
Privé à but lucratif	62,8	46,5	67,4	67,4	58,1	48,8	25,6	20,9	46,5	43
Privé à but non lucratif	47,0	35,3	52,9	47,0	47,0	47,0	11,7	5,9	17,6	17
Distance entre la FS et l'entrepôt qui l'approvisionne										
0 - 4	89,1	54,3	93,5	93,5	84,8	84,8	30,4	17,4	63,0	54
5 - 9	92,9	71,4	92,9	96,4	78,6	89,3	14,3	17,9	67,9	31
10 - 14	100,0	54,2	100,0	100,0	75,0	91,7	4,2	0,0	62,5	26
15 - 19	96,2	61,5	96,2	100,0	69,2	88,5	3,8	3,8	69,2	28
20 -24	91,7	33,3	91,7	100,0	58,3	91,7	0,0	0,0	33,3	12
25 - 29	94,4	50,0	94,4	100,0	72,2	77,8	0,0	0,0	50,0	20
30 - 34	100,0	70,0	100,0	90,0	80,0	90,0	0,0	0,0	50,0	10
35 - 39	100,0	65,0	95,0	100,0	65,0	90,0	10,0	0,0	45,0	20
40 -44	100,0	40,0	100,0	100,0	60,0	80,0	20,0	0,0	20,0	5
45 -49	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	0,0	0,0	66,7	4
50 et +	98,4	56,5	88,7	95,2	85,2	87,1	9,7	8,1	50,0	67
Ensemble	**95,7**	**57,9**	**93,7**	**96,9**	**77,5**	**87,4**	**11,4**	**7,5**	55,9	277

3.2.2 Formations sanitaires proposant au moins trois types de méthodes contraceptives modernes avec ou sans préservatifs

De façon générale, 97,9% des FS enquêtées proposent au moins trois (3) méthodes contraceptives modernes avec préservatifs contre 83,0% qui les proposent sans les préservatifs. Aussi 92,2% proposent au moins quatre (4) méthodes contraceptives avec préservatifs contre 72,6% qui les proposent sans préservatifs. De plus, 84,4% des FS proposent au moins cinq (5) méthodes y compris les préservatifs contre seulement 44,0% qui proposent ces méthodes sans les préservatifs.

Selon le type de FS, 100% des FS tertiaires visitées proposent au moins 3 méthodes contraceptives avec ou sans préservatifs. Pour ce qui est du niveau primaire, 97,5% proposent au moins trois méthodes avec préservatifs contre 88,0% qui en proposent sans préservatifs.

En fonction de la région, 100% des FS de Lomé Commune, Maritime et Kara proposent au moins trois méthodes contraceptives modernes y compris le préservatif contre respectivement 75,5%, 88,0% et 87,2% qui proposent au moins trois sans préservatifs.

Par ailleurs, 100% des FS des zones urbaines proposent au moins trois méthodes de contraception modernes y compris le préservatif contre 96,6% dans les FS rurales.

Tableau 3.6: Répartition des FS offrant au moins trois moyens contraceptifs modernes selon les types de FS, selon la région, le type d'organisme exploitant la FS et la distance

	Pourcentage des formations sanitaires proposant des méthodes de contraception modernes y compris le préservatif			Pourcentage des formations sanitaires proposant des méthodes de contraception modernes sans le préservatif			Effectif
	Au moins trois	Au moins quatre	Au moins cinq	Au moins trois	Au moins quatre	Au moins cinq	
Région Sanitaire							
Lomé-Commune	100,0	94,6	94,6	75,5	67,3	46,9	49
Maritime	100,0	95,7	91,5	88,0	80,0	64,0	50
Plateaux	97,0	87,9	78,8	81,9	73,6	38,9	72
Centrale	91,7	83,3	70,8	75,9	62,1	34,5	29
Kara	100,0	94,3	80,0	87,2	66,7	25,6	39
Savanes	97,1	97,1	88,2	89,5	81,6	50,0	38
Milieu de residence							
Urbain	100,0	96,9	95,9	86,1	80,9	57,4	115
Rural	96,6	89,0	76,7	80,9	66,7	34,6	162
Type de formation sanitaire							
FS Publique primaire	97,5	91,0	81,5	88,0	76,1	45,9	209
FS Publique secondaire	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	6
FS Publique tertiaire	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	66,7	3
FS Privé	67,8	65,8	65,8	42,5	37,9	20,7	59
Type d'organisme exploitant la FS							
Public	97,6	91,3	82,2	88,9	77,4	47,9	217
Privé à but lucrative	72,1	69,4	69,4	48,6	41,9	23,5	43
Privé à but non lucratif	52,9	52,9	52,9	24,9	24,9	12,4	17
Distance entre la FS et l'entrepôt qui l'approvisionne							
0 – 4	100,0	100,0	97,6	81,5	72,2	48,1	54
5 – 9	100,0	92,3	88,5	80,6	77,4	48,4	31
10 – 14	100,0	91,7	87,5	84,6	76,9	50,0	26
15 – 19	96,0	96,0	88,0	89,3	75,0	46,4	28
20 – 24	100,0	90,9	81,8	83,3	66,7	25,0	12
25 – 29	94,1	82,4	70,6	75,0	60,0	45,0	20
30 – 34	100,0	90,0	90,0	90,0	90,0	30,0	10
35 – 39	95,0	95,0	75,0	90,0	70,0	40,0	20
40 – 44	100,0	80,0	60,0	80,0	60,0	40,0	5
45 – 49	100,0	100,0	100,0	75,0	75,0	50,0	4
50 et +	96,7	88,5	78,7	82,1	71,6	41,8	67
Ensemble	97,9	92,2	84,4	83,0	72,6	44,0	277

3.3 Disponibilité des médicaments pour santé reproductive/ santé maternelle

Le pays dispose d'une liste Nationale des Médicaments et Dispositifs Médicaux Essentiels révisée en octobre 2013. L'analyse de la liste des 17 médicaments de l'étude Commodity Security Branch montre une adéquation avec la Liste Nationale des Médicaments et Dispositifs Médicaux Essentiels (LNMDE) sauf pour trois (3) médicaments. Il s'agit de l'Hydralazine, Mifépristone et Misoprostol qui ne sont pas pris en compte sur cette liste, pourtant ces médicaments font partie de la liste des médicaments essentiels. Les deux derniers médicaments sont déjà sur le terrain. Dans les documents stratégiques et normatifs de la SR, plus précisément les protocoles de services, l'adéquation avec la LNMDE n'est pas encore effective en raison de la non harmonisation (actualisation) car la dernière révision remonte en décembre 2009. Certains médicaments utilisés en USP 1 par exemple gentamicine, gluconate de calcium et Solution de lactate de sodium ne sont plus en adéquation avec la LNMDE.

3.3.1 Disponibilité des médicaments de la santé maternelle et reproductive

En rappel, sur un échantillon de 277 FS couvertes par l'enquête 271 FS (98%) offrent des services de santé maternelle et reproductive et sont donc censées disposer de la gamme de médicaments pour la santé maternelle. Dans cette section, l'analyse porte sur la liste des 17 médicaments proposés par la Commodity Security Branch (CSB) de l'UNFPA en plus des neuf (9) autres médicaments proposés par la partie nationale.

Cette section porte sur la disponibilité dans les FS de l'un des deux médicaments obligatoires de la santé maternelle à savoir l'ocytocine et le sulfate de magnésium. Au nombre des 271 FS qui offrent des services de santé maternelle et reproductive, 87% disposent de l'ocytocine et 68% le sulfate de magnésium dans leur stock (Graphique 3.7).

Dans le tableau 3.7, sont portés les résultats relatifs à la disponibilité des deux médicaments dans les FS. La répartition par type de FS montre que 100% de FS du tertiaire et du secondaire possèdent les deux (2) médicaments essentiels contre 66,8% pour les FS primaires et de 63,0% pour les formations sanitaires privées. Selon les régions, la région Maritime pointe en tête avec une proportion de 78% de FS qui possèdent les deux médicaments essentiels. Elle est suivie de la région des Savanes (71,1%) et de la région des Plateaux (69%). Les deux premières régions sont les zones de concentration des interventions de l'UNFPA au Togo. Dans Lomé commune, seulement 47,8% des FS les ont en stock.

La disponibilité des deux médicaments dans les formations sanitaires ne diffère pas considérablement selon que les FS soient dans une zone rurale ou urbaine. Par contre on note un écart entre les FS selon le type de gestion. Les FS publiques et les privées à but non lucratif disposent plus de deux produits que les FS privées à but lucratif.

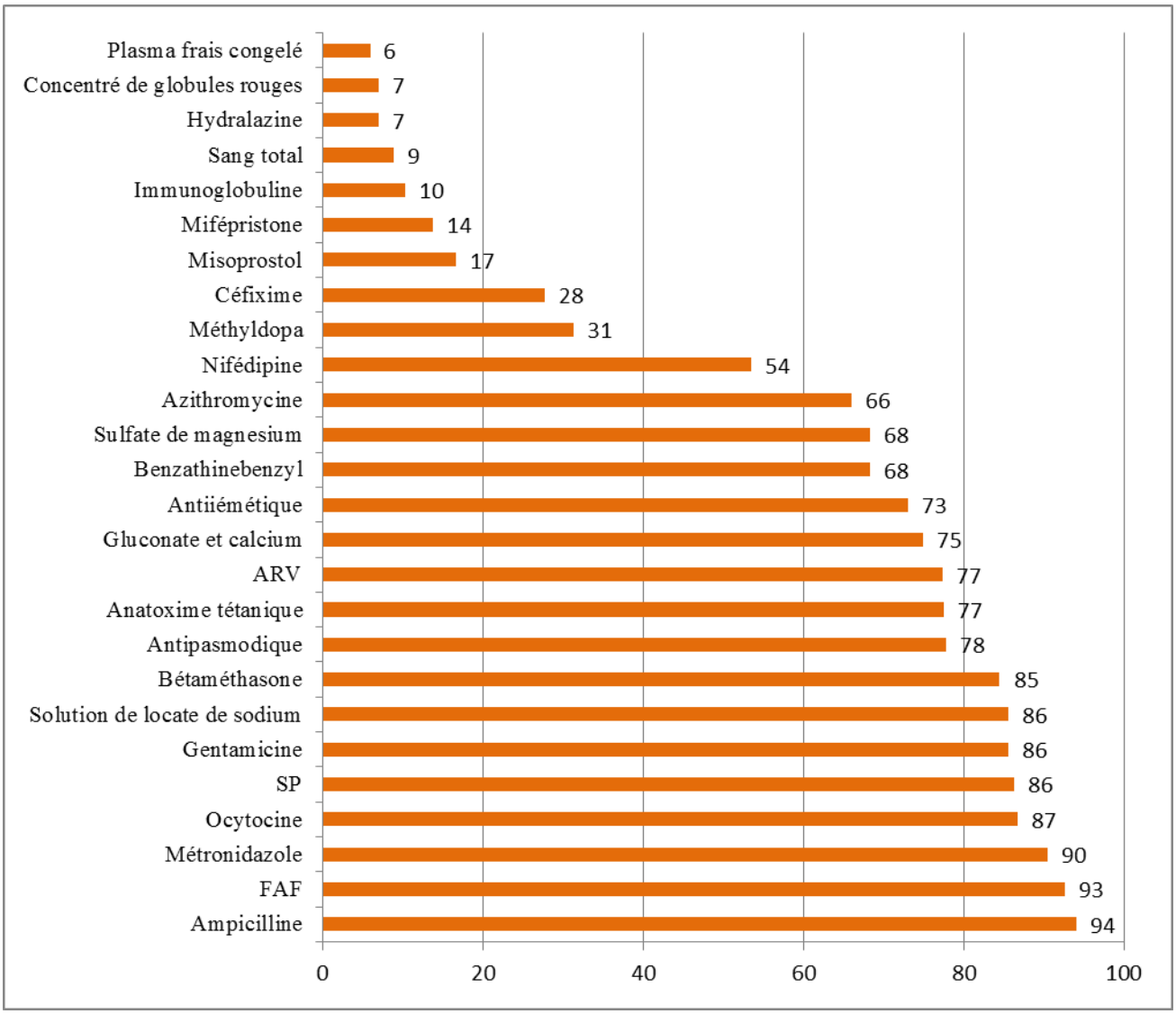
En dehors de ces deux médicaments, il ressort du graphique 3.3 que d'autres produits sont disponibles dans les stocks des FS. Les médicaments les plus disponibles sont : l'Ampicilline (94,1%), le FAF (92,6%), le Métronidazole (90,4%), l'Ocytocine (86,7%), le SP (86,4%), la Gentamicine (85,6%), la Solution de lactate de sodium (85,6%) et le Bétaméthasone (84,5%). Par contre les moins disponibles dans les stocks sont essentiellement les dérivés du sang

notamment Immunoglobuline (10,3%, Sang total (8,9%), Concentré de globules rouges (7,0%), Plasma frais congelé (5,9%). Cette faible disponibilité des dérivés de sang pourrait s'expliquer par le nombre limité des FS qui disposent des matériels et compétences appropriés pour ce type de produits.

Tableau 3.7 : Proportion des FS disposant de l'Ocytocine et du Sulfate de Magnésium selon certaines caractéristiques

	FS possédant de l'ocytocine et le Sulfate de Magnésium	FS ne possédant pas l'Ocytocine et le Sulfate de Magnésium	Effectif
Type de Formation Sanitaire			
FS Publique primaire	66,8	33,2	208
FS Publique secondaire	100,0	0,0	6
FS Publique tertiaire	100,0	0,0	3
FS Privé	63,0	37,0	54
Région			
Lomé Commune	52,2	47,8	46
Maritime	78,0	22,0	50
Plateaux	69,0	31,0	71
Centrale	64,3	35,7	28
Kara	65,8	34,2	38
Savanes	71,1	29,0	38
Milieu			
Urbaine	66,9	33,1	109
Rurale	67,3	32,7	162
Gestionnaire			
Public	68,2	31,8	217
Privé à but lucrative	53,9	46,2	39
Privé à but non lucratif	86,7	13,3	15
Distance de l'entrepôt/du centre d'approvisionnement le plus proche (en km)			
0 – 4	64,7	35,3	51
5 – 9	58,1	41,9	31
10 – 14	72,0	28,0	25
15 – 19	75,0	25,0	28
20 – 24	58,3	41,7	12
25 – 29	55,0	45,0	20
30 – 34	70,0	30,0	10
35 – 39	75,0	25,0	20
40 – 44	80,0	20,0	5
45 – 49	75,0	25,0	4
50 et +	67,7	32,3	65
Ensemble	**66,4**	**33,6**	**271**

Graphique 3.3 : Répartition (en pourcentage) selon la disponibilité des médicaments de santé maternelle et de reproductive



Selon les types de FS, les produits de santé maternelle et de reproduction sont logiquement plus disponibles dans les FS tertiaires que dans celles secondaires et primaires : 16 médicaments de santé maternelle et de reproduction sont disponibles à 100% dans les FS tertiaires et 10 produits sont à 100% disponibles dans les FS secondaires.

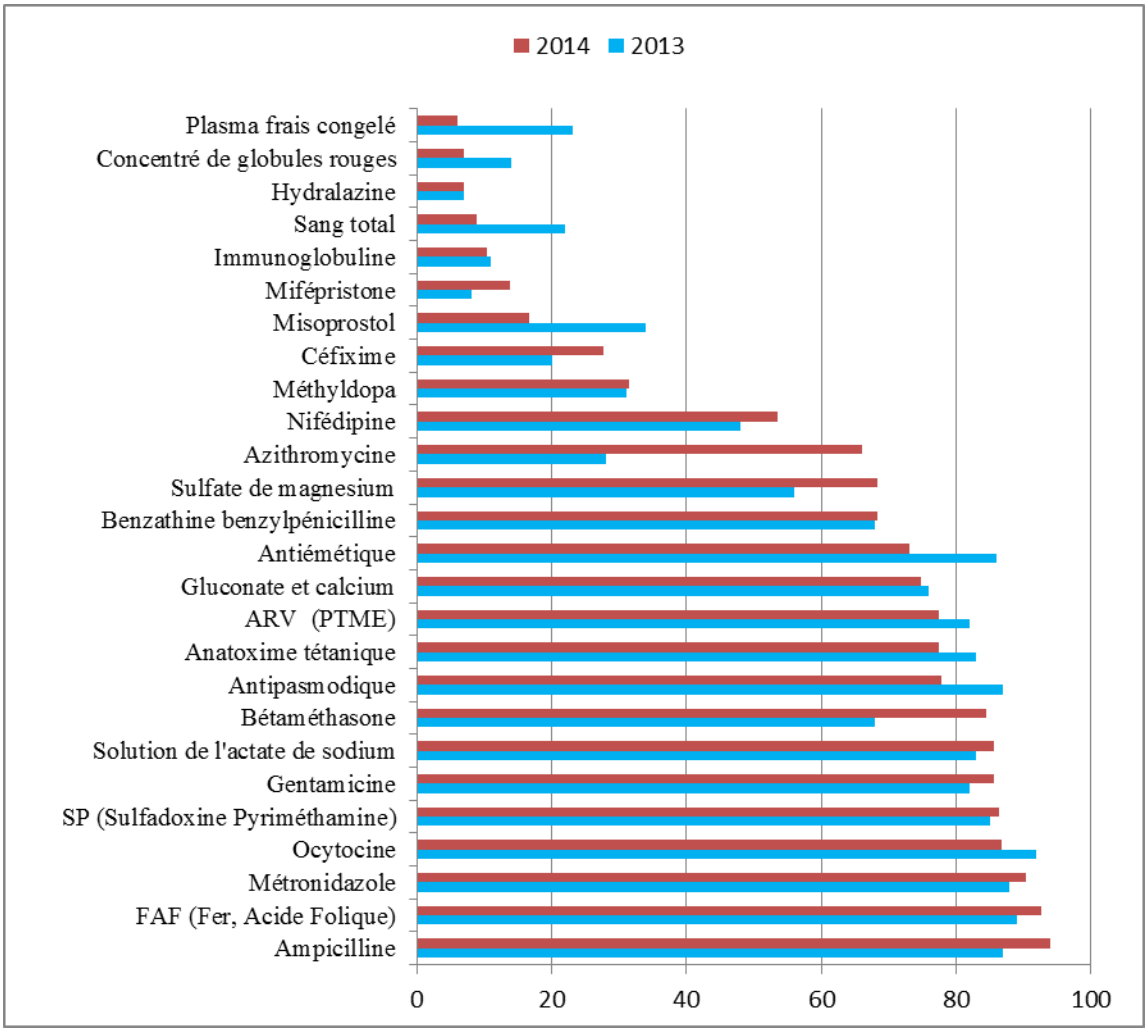
Selon le rapport SONU réalisé au Togo en 2012 la disponibilité des médicaments essentiels est variable suivant les catégories :

- les utéro toniques **:** la disponibilité de l'ocytocine est à plus de 98,5% dans l'ensemble des formations sanitaires et 33,3% pour Misoprostol au niveau des CHR et CHU ;
- les anticonvulsivants **:** le sulfate de magnésium est un médicament SONU dont l'utilisation reste mal maitrisée et qui a été confié au personnel qualifié (médecin ou sage-

femme). Sa disponibilité est de 50% en injectable et varie suivant les types de FS : 33,3% pour les CHU et CHR, HD1 : 31%, USP 2 à 1,6% et 1,3% pour les USP1.

- les stéroïdes **:** la Dexamethasone est disponible à 100% dans toutes les FS.
- les solutés intraveineux : le Ringer lactate (91,2 %) est le plus disponible dans l'ensemble des services de pharmacie des formations sanitaires. Il est suivi du Sérum Glucosé isotonique 5 % 500 ml (90,9 %), du soluté isotonique de chlorure de sodium 0,9% (71,4 %), du Sérum glucosé hypertonique 10% 500 ml (67,3 %).
- les antihypertenseurs **:** la Nifédipine est l'antihypertenseur de choix dans tout type de formation sanitaire (au moins disponible à 90%).
- les antibiotiques **:** les antibiotiques les plus disponibles dans tous les types de formations sanitaires sont la Gentamicine 80mg et l'ampicilline 1g retrouvés respectivement 74,1% et 100% des FS.
- En plus des antibiotiques, la disponibilité du metronidazole injectable est variable : CHU 66,7%, CHR 100%, HD2 92,3%.

Graphique 3.4 : Taux de disponibilité des médicaments de santé maternelle et reproductive dans les formations sanitaires en 2013 et en 2014



Par contre l'analyse du graphique 3.4 révèle des écarts de disponibilité des médicaments de santé maternelle et reproductive dans les FS entre 2013 et 2014. Pour certains produits, la disponibilité dans les FS s'est améliorée au cours de la période tandis que pour d'autres on a enregistré des baisses. La baisse est plus remarquable au niveau des dérivés de sang, le misoprosol, l'antiémétique, les ARV, l'antipasmodique et l'ocytocine, l'un des médicaments obligatoires de la santé maternelle. Pour ce médicament le taux de disponibilité est passé de 92% en 2013 à 87% en 2014. Par contre pour le sulfate de magnésium, le taux est passé de 56% en 2013 à 68% en 2014.

La disponibilité dépend de l'engagement, de l'appropriation des prestataires de service, du management, et du leadership du responsable de la FS, du District Sanitaire et de la région. Cette gestion de l'approvisionnement des médicaments doit suivre le processus d'estimation des besoins et utiliser toutes les formules utilisées dans la logistique contraceptive pour rendre disponible les médicaments. La disponibilité exige la mise en œuvre d'un système d'inventaire mensuel, trimestriel ou semestriel suivant le type de formation sanitaire sanctionné par un rapport, preuve factuelle d'une bonne gestion.

3.3.2 Disponibilité de sept médicaments vitaux essentiels pour la santé maternelle et reproductive

Sur l'ensemble des FS couvertes, les données du tableau 3.8 révèlent que la disponibilité de sept (7) médicaments vitaux de santé maternelle est observée dans plus de deux FS sur trois (67,2%) contre 32,8% qui ne disposent pas de ces médicaments essentiels dont les deux obligatoires. Selon le type de FS, les sept (7) médicaments vitaux de santé maternelle sont disponibles dans toutes les FS tertiaires (CHU) et toutes les FS du niveau secondaire (CHR) contre 68,6% des FS primaires et 63,0% des FS privées.

La proportion de FS disposant de sept (7) médicaments vitaux de santé maternelle révèle des disparités entre région : les régions de Lomé-Commune (52,2%), Plateaux (69,0%), Savanes (71,1%), Centrale (64,3%) et Kara (65,8%) sont moins fournies que la région Maritime dont la disponibilité des sept (7) médicaments vitaux atteint 78,0%. Selon le mode de gestion des FS, il ressort que 68,2% des FS publiques disposent de 7 médicaments essentiels contre 53,9% de FS du privé lucratif et 86,7% du privé non lucratif.

La disponibilité des 7 médicaments n'est pas fonction du milieu de localisation des FS : 66,9% dans les FS du milieu urbain et 67,3% en milieu rural en disposent. Il en est de même pour la distance de la FS de sa source d'approvisionnement. En dehors des caractéristiques susmentionnées, la différence de disponibilité peut s'expliquer par le fait que les HD 1 et 2, les CHR et CHU ayant plus de moyens financiers peuvent se déplacer eux-mêmes pour s'approvisionner à la centrale d'achat ou à la DSF.

Tableau 3.8 : Répartition (en pourcentage) des FS disposant de 7 médicaments vitaux pour la santé maternelle/reproductive (dont 2 essentiels), par caractéristiques des FS

	Sept médicaments vitaux pour la santé maternelle et reproductive (dont 2 essentiels) **disponibles**	Sept médicaments vitaux pour la santé maternelle et reproductive (dont 2 essentiels) **non disponibles**	Effectif
Type de Formation Sanitaire			
FS Publique primaire	66,8	33,2	208
FS Publique secondaire	100,0	0,0	6
FS Publique tertiaire	100,0	0,0	3
FS Privé	63,0	37,0	54
Région			
Lomé Commune	52,2	47,8	46
Maritime	78,0	22,0	50
Plateaux	69,0	31,0	71
Centrale	64,3	35,7	28
Kara	65,8	34,2	38
Savanes	71,1	29,0	38
Milieu			
Urbain	66,9	33,1	109
Rural	67,3	32,7	162
Gestionnaire			
Public	68,2	31,8	217
Privé à but lucratif	53,9	46,2	39
Privé à but non lucratif	86,7	13,3	15
Distance de l'entrepôt/du centre d'approvisionnement le plus proche (en km)			
0 – 4	64,7	35,3	51
5 – 9	58,1	41,9	31
10 – 14	72,0	28,0	25
15 – 19	75,0	25,0	28
20 – 24	58,3	41,7	12
25 – 29	55,0	45,0	20
30 – 34	70,0	30,0	10
35 – 39	75,0	25,0	20
40 – 44	80,0	20,0	5
45 – 49	75,0	25,0	4
50 et +	67,7	32,3	65
Ensemble	**67,2**	**32,8**	**271**

3.3.3 Raisons de l'absence de certains médicaments vitaux pour la santé maternelle et reproductive

De façon générale, plusieurs raisons expliquent l'absence des médicaments vitaux de santé maternelle dans les FS. Les principales sont:

- le retard de demande de réapprovisionnement de la part de la FS : cette raison constitue une preuve quant aux difficultés rencontrées par les prestataires dans le calcul de la consommation moyenne mensuelle en vue de l'estimation des médicaments disponibles dans le stock de sécurité ;
- le retard de livraison de la part de la source de réapprovisionnement principale : le dysfonctionnement du système classique de la chaîne d'approvisionnement constitué de la DSF à la région, de la région au district et du district aux unités de soins périphériques

allonge le délai d'approvisionnement des FS primaires qui sont dans les localités les plus reculées des districts ;

- l'absence de personnel formé pour la dispensation de certains médicaments.

En dehors de ces raisons, quelques prestataires ont déclaré soit ne pas connaitre certains produits et par conséquent n'en font pas de commande soit qu'il y a rupture depuis l'entrepôt ou encore ont déclaré n'avoir pas fait de commande.

3.4 Absence de rupture de stock des méthodes modernes de contraception

Cette section a pour objectif de déterminer la proportion des formations sanitaires qui n'ont pas connu de rupture de stock aussi bien au moment de la collecte des données qu'au cours des six derniers mois ayant précédé l'enquête. Selon les directives de l'étude, « l'absence de rupture de stock » de méthodes modernes de contraception renvoie au fait qu'une FS s'est trouvée à court d'au moins une méthode de contraception moderne et n'a donc pas pu en faire bénéficier ses clients à un moment donné. La vérification de la rupture de stock s'est effectuée à travers deux (2) techniques notamment l'interview à travers l'outil de collecte de données et l'observation et la vérification du stock.

3.4.1 Absence de rupture de stock au moment de l'enquête

Le tableau 3.9 indique que dans l'ensemble, environ quatre formations sanitaires sur 10 (37%) enquêtées n'ont pas connu de rupture de stock des méthodes contraceptives au moment de la collecte des données. Toutefois cette proportion varie considérablement en fonction de certaines caractéristiques. En effet, selon le type de formations sanitaires, 100% des FS tertiaires ont connu de rupture de l'une des méthodes contraceptives modernes. Par contre, 33,3% des FS secondaires, 40% des FS primaire et 25% FS privées n'ont pas connu de rupture au moment de l'enquête.

Par rapport aux régions, les données statistiques révèlent que les FS de la région maritime ont moins connu de rupture que les FS des autres régions. Les niveaux d'absence de rupture de stock de produits sont de 93,6% dans la région maritime, 31,4% dans la région des savanes, 29,0% dans celle des plateaux et 27,5% dans Lomé Commune. Les FS de la région centrale sont celles qui ont connu plus de rupture des contraceptifs pour des méthodes modernes suivi des FS de la région de la Kara. Seulement 7,7% et 16,2% des FS avaient des produits en stock respectivement dans ces deux régions.

Le taux de disponibilité élevée dans la Région Maritime est un effet de l'initiative IPM qui a démarré dans cette région depuis septembre 2014. Il est même noté que les sites bénéficiaires de cette initiatives n'ont connu aucune rupture de produits PF le jour de l'enquête alors qu'il se dégage un taux de rupture de 76% dans les formations sanitaires non bénéficiaires.

Selon le milieu de résidence, les résultats montrent que 41,3% des FS situées dans les zones urbaines avaient en stock les méthodes contraceptives modernes alors que cette proportion est de 34% dans les zones rurales. La disponibilité de ces méthodes varie également selon le mode de gestion des FS. Parmi les FS publiques, 39,3% n'ont pas connu de rupture lors de l'enquête.

Cette proportion est de 22,6% pour les FS privée à but lucratif et 33,3% pour celles à but non lucratif.

A partir des résultats du tableau 3.9, il se dégage que la rupture de stock pendant l'enquête n'est pas globalement liée à la distance qui sépare les FS de leur source d'approvisionnement. Le constat qui se dégage dudit tableau est qu'il existe aussi bien des FS proches que des FS loin de leurs sources qui ont connu des ruptures de stock des moyens contraceptifs modernes. Cette variation dépend beaucoup plus de l'effectif des FS enregistré dans les différentes portions de distance.

Tableau 3.9: Répartition (en pourcentage) des FS ayant des moyens de contraception modernes en stock au moment de l'enquête, par caractéristiques de ces FS.

	Moyen de contraception moderne en stock au moment de l'enquête *[« absence de rupture de stock »]* **le jour de la collecte**	Moyen de contraception moderne non stocké au moment de l'enquête *[« rupture de stock »]* **le jour de la collecte**	Effectif
Type de Formation Sanitaire			
FS Publique primaire	40,0	60,0	205
FS Publique secondaire	33,3	66,7	6
FS Publique tertiaire	0,0	100,0	3
FS Privé	25,0	75,0	40
Initiative IPM (Informed Push Model)			
FS bénéficiaires	100,0	0,0	42
FS non bénéficiaires	24,5	75,5	212
Région			
Lomé Commune	27,5	72,5	40
Maritime	93,6	6,4	47
Plateaux	29,0	71,0	69
Centrale	7,7	92,3	26
Kara	16,2	83,8	37
Savanes	31,4	68,6	35
Milieu			
Urbaine	41,3	58,7	104
Rurale	34,0	66,0	150
Gestionnaire			
Public	39,3	60,7	214
Privé à but lucratif	22,6	77,4	31
Privé à but non lucratif	33,3	66,7	9
Distance de l'entrepôt/du centre d'approvisionnement le plus proche (en km)			
0 – 4	37,0	63,0	46
5 – 9	35,7	64,3	28
oct-14	41,7	58,3	24
15 – 19	57,7	42,3	26
20 – 24	25,0	75,0	12
25 – 29	33,3	66,7	18
30 – 34	50,0	50,0	10
35 – 39	35,0	65,0	20
40 – 44	0,0	100,0	5
45 – 49	66,7	33,3	3
50 et +	30,6	69,4	62
Ensemble	**37,0**	**63,0**	**254**

3.4.2 Absence de rupture de stock durant les 6 derniers mois

Sur l'ensemble des formations sanitaires enquêtées, 29,5% n'ont pas connu de rupture de stock de contraceptif au cours des 6 mois ayant précédé l'enquête. En d'autres termes, au cours de ces 6 mois, 70,5% des FS ont connu la rupture de l'un des produits contraceptifs à un moment donné. Les principaux résultats relatifs à cette rupture sont consignés dans le tableau 1.10

Au cours de cette période, 100% des trois FS Publiques tertiaires ont connu la rupture d'un produit contraceptif quelconque. Cette situation pourrait s'expliqué par la forte demande des services de planification familiale dans ces formations sanitaires. Elles sont suivies respectivement des FS publiques secondaires, celles du privé et les FS publiques primaires. En effet, seulement 16,7% des FS secondaires qui n'ont pas connu de rupture contre 22,5% des FS privées et 31,7% des FS du primaire.

En considérant la région, on observe que seules les FS de la région maritime ont enregistré moins de rupture de moyens contraceptifs au cours des 6 derniers mois qui ont précédé l'enquête. Parmi les FS de cette région, 66% n'ont pas connu de rupture contrairement aux autres régions notamment la région centrale où c'est seulement 7,7% des FS qui ont en permanence des méthodes contraceptives en stock.

Au cours des 6 mois ayant précédé l'enquête, 37,5% des FS du milieu urbain n'ont pas connu de rupture de stock contre 24% de celles du milieu rural. Selon le type d'organisation exploitant la FS, 30,8% de FS publiques ont eu une absence de rupture de produits contraceptifs contre 22,6% des FS privées à but lucratif et 22,2% de FS à but non lucratif.

La disponibilité de stock de contraceptifs dans les FS au cours de la période de référence n'est pas liée à la distance entre la FS et la source d'approvisionnement.

Tableau 3.10: Répartition (pourcentage) des FS n'ayant connu aucune rupture de stock des moyens de contraception modernes au cours des six derniers mois, par caractéristiques des établissements de soins

	Moyen de contraception moderne en stock au cours des 6 derniers mois *[« absence de rupture de stock »]* le jour de la collecte	Moyen de contraception moderne non en stock au cours des 6 derniers mois *[« rupture de stock »]* le jour de la collecte	Effectif
Type de Formation Sanitaire			
FS Publique primaire	31,7	68,3	205
FS Publique secondaire	16,7	83,3	6
FS Publique tertiaire	0	100	3
FS Privé	22,5	77,5	40
Région			
Lomé Commune	30,0	70,0	40
Maritime	66,0	34,0	47
Plateaux	23,2	76,8	69
Centrale	7,7	92,3	26
Kara	13,5	86,5	37
Savanes	25,7	74,3	35
Milieu			
Urbaine	37,5	62,5	104
Rurale	24,0	76,0	150
Gestionnaire			
Public	30,8	69,2	214
Privé à but lucrative	22,6	77,4	31
Privé à but non lucratif	22,2	77,8	9
Distance de l'entrepôt/du centre d'approvisionnement le plus proche (en km)			
0 – 4	28,3	71,7	46
5_9	35,7	64,3	28
10_14	37,5	62,5	24
15 – 19	34,6	65,4	26
20 – 24	16,7	83,3	12
25 – 29	27,8	72,2	18
30 – 34	50,0	50,0	10
35 – 39	10,0	90,0	20
40 – 44	0,0	100,0	5
45 – 49	66,7	33,3	3
50 et +	29,0	71,0	62
Ensemble	**29,5**	**70,5**	**254**

3.4.3 Raisons de rupture de stock des méthodes de contraception modernes

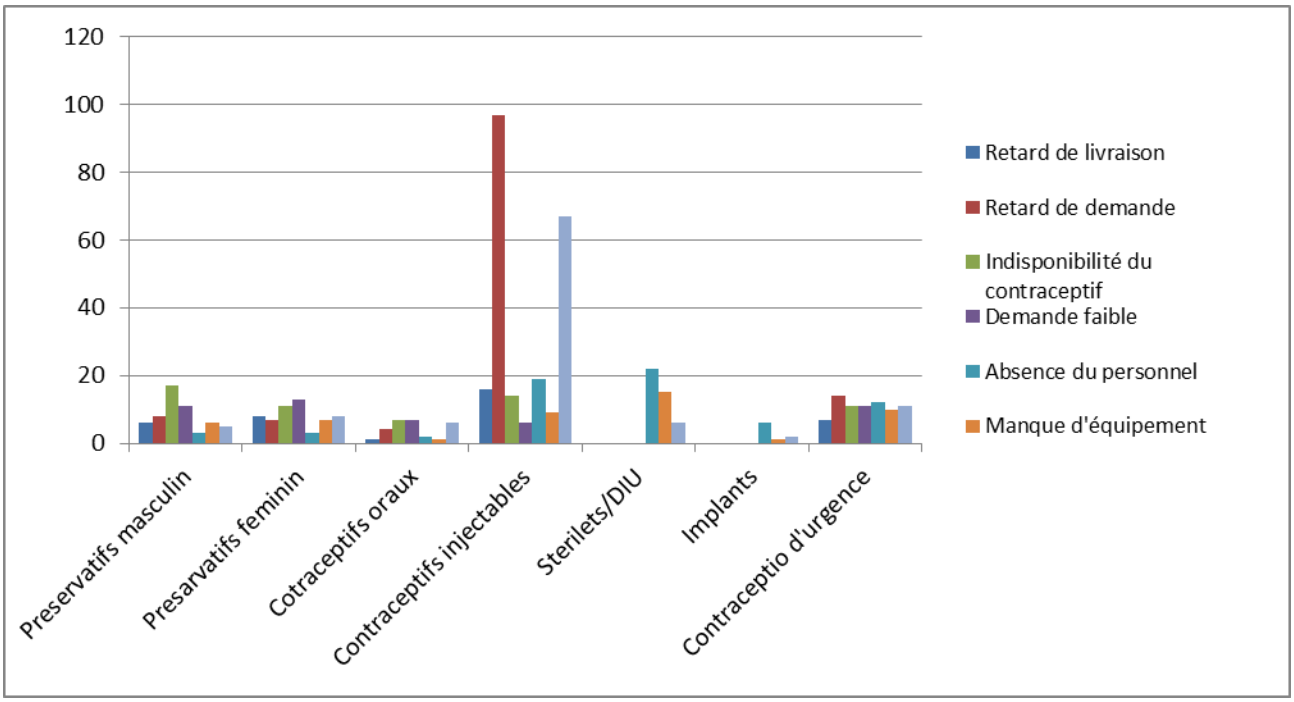
Au cours de l'enquête, il a été demandé aux prestataires les raisons de rupture de stock de méthodes contraceptives au moment de l'enquête et au cours des 6 derniers mois précédant le jour de l'enquête.

Le graphique 3.5 montre que les mêmes raisons sont évoquées mais à des proportions différentes selon le type de produit contraceptif. On peut remarquer que globalement les proportions par

raison ne dépassent pas 20%. Néanmoins, en ce qui concerne les contraceptifs injectables, deux raisons sont remarquables par leur proportion. Ces raisons sont le retard de demande et l'absence de personnel qui ont été évoquées à plus de 60% chacun.

Les autres raisons évoquées par les prestataires sont le retard de livraison, la faible demande de la méthode et le manque d'équipement. Les méthodes pour lesquelles les demandes sont faibles ne font plus souvent l'objet de commande future. Il s'agit essentiellement des contraceptions d'urgence et les deux types de préservatifs.

Graphique 3.5 : Les raisons de rupture des produits contraceptifs



3.5 Chaîne d'approvisionnement y compris la chaîne de froid

La notion de stocks de médicaments constitue l'élément clé du dispositif des dépôts pharmaceutiques au sein d'une formation sanitaire. Il s'agit ici d'analyser les sources d'approvisionnement, l'utilisation de formulaires logistiques, la méthode de détermination des besoins en produits, la fréquence et transport des fournitures et l'existence d'une chaîne de froid.

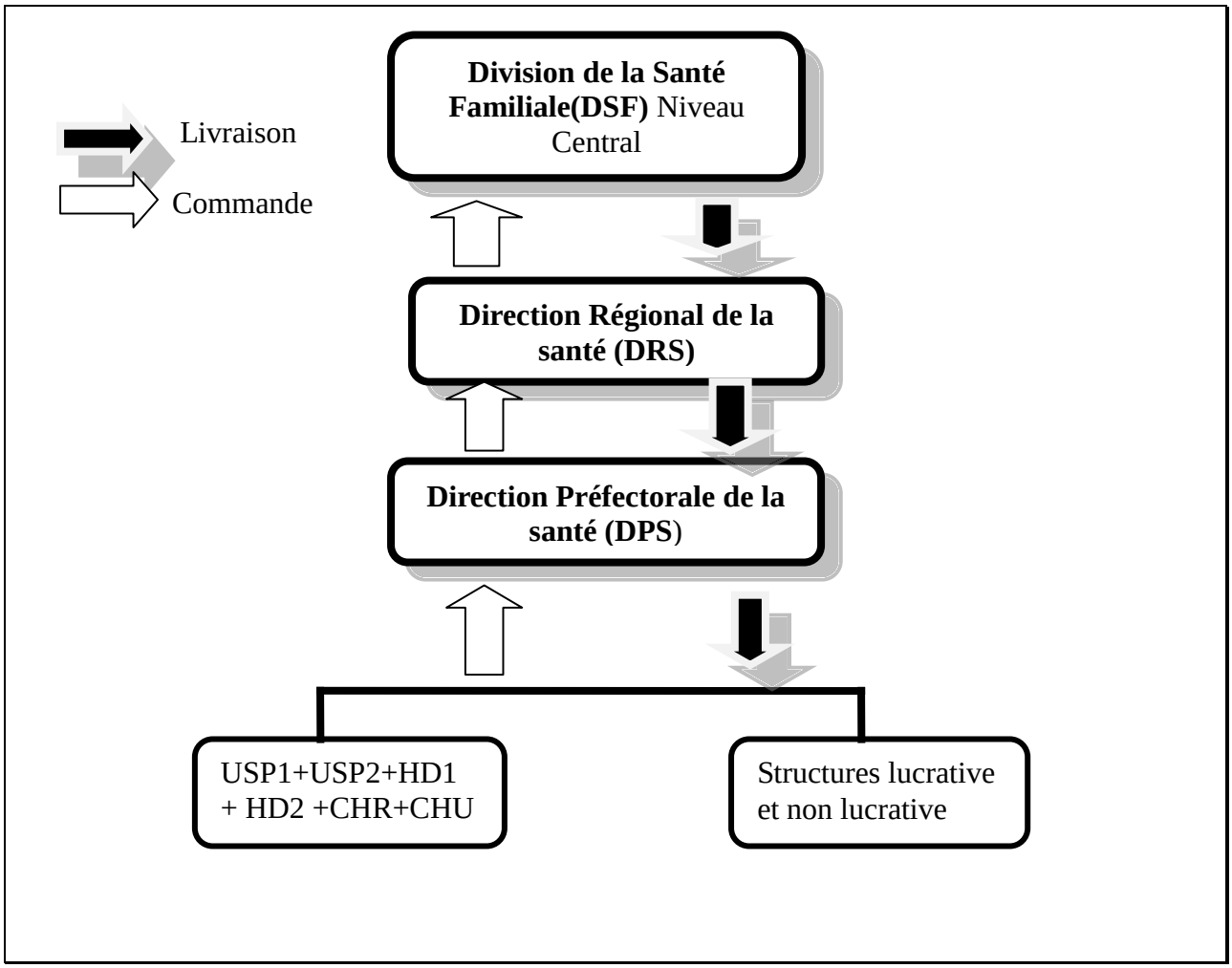
3.5.1. Réapprovisionnement en fournitures médicales

Pour répondre à la demande des clients concernant les méthodes contraceptives et médicaments de santé maternelle, la nécessité de faire des commandes régulières et en quantité suffisante est déterminante. Quelles sont les sources d'approvisionnement et quel est le profil des prestataires de service responsables des commandes de fournitures médicales dans les FS?

3.5.1.1. Le système national d'approvisionnement

C'est une chaîne d'approvisionnement qui part du niveau central jusqu'au niveau périphérique et qui est ainsi schématisée :

Figure A : Chaîne nationale d'approvisionnement des produits contraceptifs



Le circuit de la logistique des contraceptifs au Togo est divisé en quatre (4) niveaux avec la DSF au niveau central, les DRS au niveau régional, les DPS au niveau Préfectoral et les Formations Sanitaires. Le fonctionnement du système d'approvisionnement est le suivant : la quantité à approvisionner provient des besoins des FS qui sont envoyés aux districts. A leur tour, les districts transmettent leurs estimations aux directions régionales de la santé (DRS) qui passent la commande au niveau de la DSF. Chaque semestre, la DSF se charge de disponibiliser les produits contraceptifs dans les régions respectives dans lesquelles les districts s'approvisionnent.

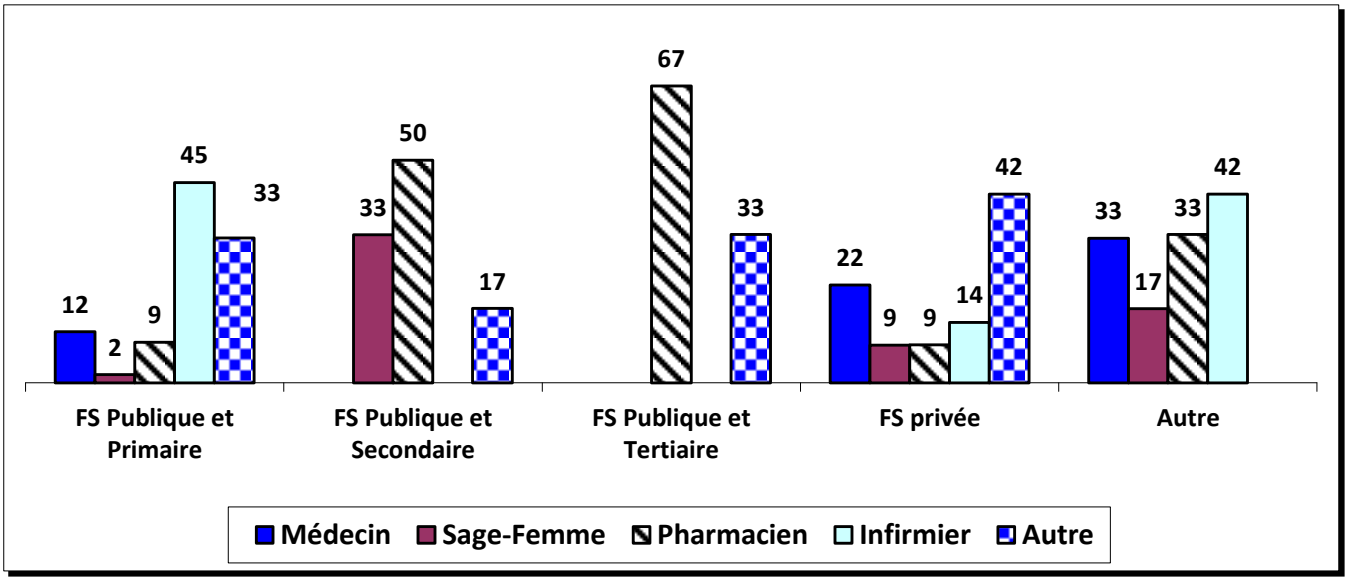
Quant aux médicaments de santé maternelle, le circuit de demande et d'approvisionnement doit suivre le même schéma que celui des produits contraceptifs à la différence du fournisseur au niveau central qui n'est que la Centrale d'Achat des Médicaments Essentiels Génériques (CAMEG). Des discussions de haut niveau sont en cours entre la CAMEG et les partenaires d'appui technique et financier pour l'amélioration du système d'approvisionnement des formations sanitaires. La CAMEG dispose au niveau des régions des dépôts assurant l'approvisionnement au niveau opérationnel. Les districts vont se ravitailler au magasin de la DRS, la Pharmacie Régionale d'Approvisionnement (PRA). Notons qu'au niveau central, il

existe d'autres centrales d'achat où les districts et régions sanitaires, CHU et CHR s'approvisionnent également.

Profil des responsables de commandes de fournitures médicales

Le profil des prestataires et services impliqués dans les commandes de fournitures médicales varie selon le type de formation sanitaire. Dans les formations sanitaires publiques tertiaires représentées respectivement par les centres hospitaliers universitaires (CHU), ce sont majoritairement des pharmaciens dans 66,7% de cas qui sont responsables de la commande des fournitures médicales.

Graphique 3.6 : Profil des responsables de commandes de fournitures médicales



Au niveau secondaire (CHR), les pharmaciens (50,0%) et les sages-femmes (33,3%) sont les responsables de commande de fournitures médicales. Dans les FS primaires, les prestataires de services responsables de la commande de fournitures médicales sont les infirmières ou infirmiers (45,0%).

Dans les FS privées, la commande des médicaments n'est pas assurée par le personnel médical. Les médecins ne s'occupent du processus d'approvisionnement que dans 22% des cas. Les pharmaciens (13,6%), les infirmiers (13,6%) ou les sages-femmes (8,5%) n'assurent ce rôle que très peu souvent.

Cette situation où la responsabilité de la commande des médicaments incombe à une personne autre que le personnel de santé est aussi bien présente dans le secteur privé (42,2%) que dans le secteur public (16,7%).

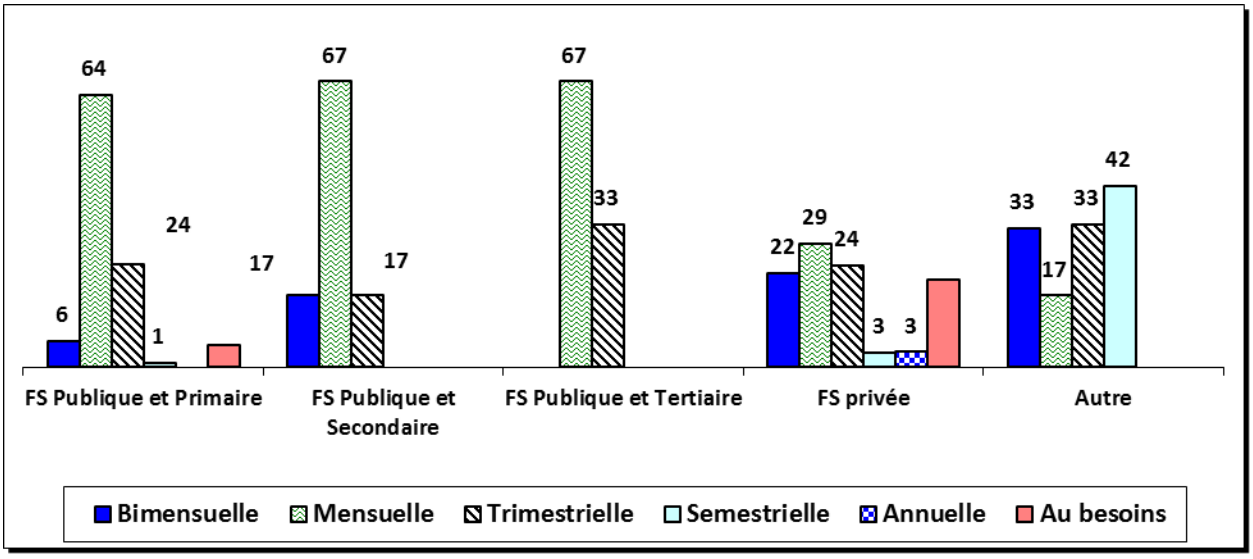
3.5.2 Fréquence et transport des fournitures destinées aux points de prestation de services

3.5.2.1 Fréquence d'approvisionnement

Le graphique 3.7 présente la fréquence d'approvisionnement des FS en fournitures médicales. Globalement la fréquence des approvisionnements se fait de façon mensuelle dans une proportion supérieure à 60% quel que soit le niveau des FS. Cette fréquence est en adéquation avec le concept de la logistique médicamenteuse. La fréquence trimestrielle est plus accentuée dans les FS de niveau tertiaire dans l'ordre de 33% (en adéquation avec leur statut d'autonomie) contre 24% pour le niveau primaire surtout représentées par les FS privées (23,7%).

Par rapport au statut de l'exploitant de la FS, dans les formations sanitaires privées, il n'existe presque pas de fréquence d'approvisionnement fixe. Les FS privées s'approvisionnent soit mensuellement (28,8%), soit trimestriellement (23,7%) soit de façon bimensuelle (22,0%) ou encore au besoin (20,3%).

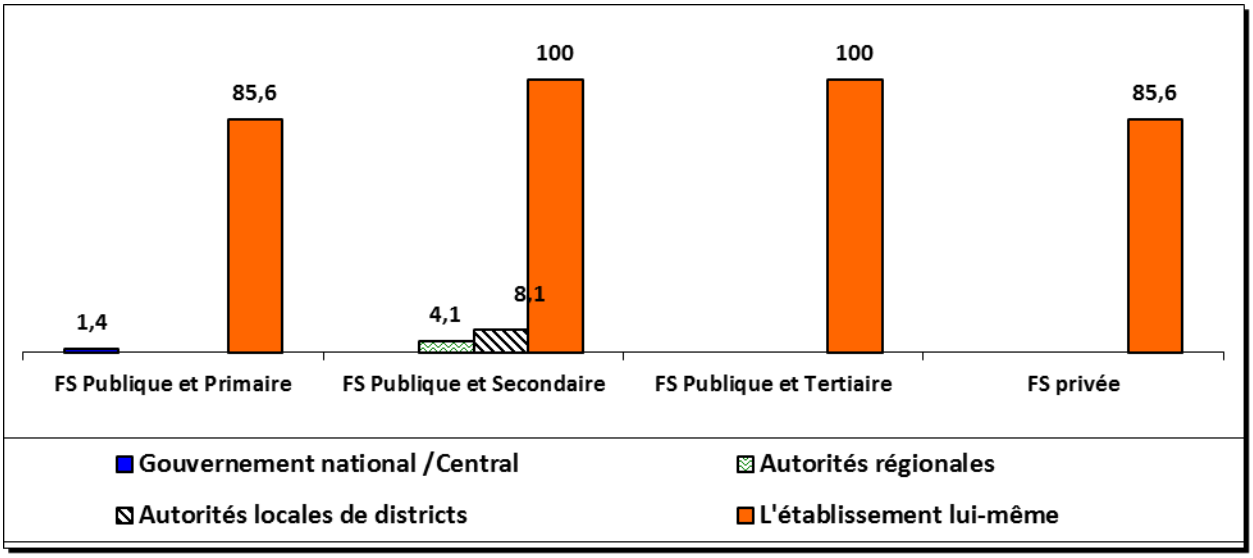
Graphique 3.7: Répartition de FS selon la fréquence d'approvisionnement des fournitures médicales



3.5.2.2 Transport des médicaments et des fournitures médicales

Le transport des médicaments et des fournitures médicales est assuré principalement par les établissements sanitaires eux-mêmes avec des proportions variant entre 85,6% et 100% (graphique 3.8). Ce graphique indique également que toutes les FS secondaires et tertiaires assurent elles-mêmes le transport. C'est dans les FS primaires que cette proportion est moins élevée (85,6%).

Graphique 3.8: Responsabilité (Provenance) du transport des fournitures, par type de FS, par région, type de gestionnaire et par zone



3.5.3 Entreposage des fournitures nécessitant réfrigération

La chaîne de froid est constituée par l'ensemble des éléments qui permettent de maintenir les produits thermolabiles dans les conditions spécifiées de basse température, d'un site à un autre. Elle est composée entre autres de chambres froides et/ou réfrigérateurs ou congélateurs pour le stockage, glacières et accumulateurs de glace pour le transport, thermomètre pour le contrôle de la température.

Il ressort des résultats du tableau 3.11 qu'il existe une chaine de froid dans plus de huit (8) FS sur dix (86,6%). Le réfrigérateur (97,9%) est le type de chaîne de froid le plus cité. Il est disponible aussi bien en milieu urbain (99,9%) qu'en milieu rural (96,4%). L'utilisation de la glacière est relativement faible quel que soit le milieu de résidence : 0,8% en milieu rural et 3,6% en milieu urbain.

Selon la région, la proportion des FS qui possèdent une chaine de froid est plus élevée dans Lomé comme 93,9% (qui présente aussi la proportion la plus élevée de possession de glacière) et plus faible dans la Centrale (75,9%). Comparativement aux autres régions, les régions Centrale et Kara ne disposent pas de glacière.

Par rapport au type de formation, on se rend compte que toutes les FS de niveau secondaire (CHR) et tertiaire (CHU) disposent d'une chaine de froid de type réfrigérateur pour entreposer les fournitures médicales, ce qui n'est pas le cas dans les FS primaire ou privées.

L'analyse suivant le gestionnaire de FS, c'est-à-dire le type d'organisme exploitant la FS, fait ressortir une proportion plus élevée de FS secteur privé par rapport au secteur public : Privé à but non lucratif (94,1%), privé à but lucratif (90,7%) et public (85,3%). Le constat semble le même lorsqu'on considère la chaine de froid de type réfrigérateur.

Tableau 3.11: Existence d'une chaîne de froid, par type de FS, par région, type de gestionnaire

	FS possédant sa propre chaîne de froid pour le stockage les médicaments	Type de chaîne du froid à disposition		
		Réfrigérateur	Glacière (la FS doit renouveler la glace à intervalle régulier)	Effectif
Région				
Lomé Commune	93,9	95,7	4,3	49
Maritime	86,0	97,7	2,3	50
Plateaux	84,7	98,4	1,6	72
Centrale	75,9	100,0	0,0	29
Kara	89,7	100,0	0,0	39
Savanes	86,8	97,0	3,0	38
Milieu				
Urbain	96,5	96,4	3,6	115
Rural	79,6	99,2	0,8	162
Formation sanitaire				
FS Publique primaire	84,7	97,7	2,3	209
FS Publique secondaire	100,0	100,0	0,0	6
FS Publique tertiaire	100,0	100,0	0,0	3
FS Privé	91,5	98,1	1,9	59
Gestionnaire				
Public	85,3	97,8	2,2	217
Privé à but lucrative	90,7	97,4	2,6	43
Privé à but non lucratif	94,1	100,0	0,0	17
Distance de l'entrepôt/du centre d'approvisionnement le plus proche (en km)				
0 – 4	92,6	96,0	4,0	54
5 – 9	90,3	96,4	3,6	31
10 – 14	88,5	100,0	0,0	26
15 – 19	85,7	100,0	0,0	28
20 -24	75,0	100,0	0,0	12
25 – 29	85,0	94,1	5,9	20
30 – 34	90,0	100,0	0,0	10
35 – 39	75,0	100,0	0,0	20
40 -44	80,0	100,0	0,0	5
45 -49	100,0	100,0	0,0	4
50 et +	85,1	98,2	1,8	67
Ensemble	**86,6**	**97,9**	**2,1**	**277**

3.5.4 Source d'alimentation de la chaine de froid

L'alimentation d'une chaîne de froid peut provenir de plusieurs sources. Au regard des résultats (Tableau 3.12), plus de trois formations sanitaires sur quatre (77,0%) sont essentiellement alimentées par le réseau électrique national ; le gaz est peu utilisé (11,5%) ; l'énergie solaire et le pétrole respectivement 6,4% et 5,1% le sont davantage moins. L'utilisation de l'électricité du réseau national est prédominante dans les FS en milieu urbain (99,1%) qu'en milieu rural (58,6%).

L'analyse selon la région montre que les FS de Lomé Commune font recours exclusivement à l'électricité du réseau national comme source d'alimentation. Lorsqu'on s'éloigne de Lomé, le

recours à ce type de source d'alimentation diminue au fur et à mesure passant de 85,7% dans la Maritime à 74,3% dans la Kara à 50,0% dans les Savanes.

Dans les autres régions, en plus de l'électricité du réseau, l'on fait quelque fois aussi recours à d'autres sources d'énergie pour alimenter la chaine de froid. C'est le cas par exemple de l'utilisation de l'énergie solaire (28,1%) et du gaz (18,8%) dans la région des Savanes.
L'analyse selon le type de FS, révèle que les CHR (ou FS secondaires) et les CHU (ou FS tertiaires) utilisent uniquement l'électricité du réseau. Au niveau des FS publiques primaires, outre l'électricité du réseau national, les FS font usage aussi du gaz (15%), de l'énergie solaire (7,5%) ou du pétrole (6,4%).

Tableau 3.12 : Répartition des FS selon la source d'alimentation des réfrigérateurs utilisés dans la chaîne de froid par caractéristiques

	Source d'alimentation électrique des réfrigérateurs utilisés dans la chaîne du froid							
	Réseau électrique national	Gaz	Energie solaire	Pétrole	Groupe électrogène sur le site de la FS	Groupe électrogène portable sur le site de la FS	Autre	Eff
Région								
Lomé Commune	100,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	49
Maritime	85,7	11,9	2,4	0,0	0,0	0,0	0,0	50
Plateaux	70,0	16,7	1,7	11,7	0,0	0,0	0,0	72
Centrale	77,3	9,1	13,6	0,0	0,0	0,0	0,0	29
Kara	74,3	11,4	2,9	11,4	0,0	0,0	0,0	39
Savanes	50,0	18,8	28,1	3,1	0,0	0,0	0,0	38
Milieu								
Urbain	99,1	0,0	0,9	0,0	0,0	0,0	0,0	115
Rural	58,6	21,1	10,9	9,4	0,0	0,0	0,0	162
Formation sanitaire								
FS Publique primaire	71,1	15,0	7,5	6,4	0,0	0,0	0,0	209
FS Publique secondaire	100,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	6
FS Publique tertiaire	100,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	3
FS Privé	92,5	1,9	3,8	1,9	0,0	0,0	0,0	59
Gestionnaire								
Public	72,4	14,4	7,2	6,1	0,0	0,0	0,0	217
Privé à but lucratif	97,4	0,0	0,0	2,6	0,0	0,0	0,0	43
Privé à but non lucratif	81,3	6,3	12,5	0,0	0,0	0,0	0,0	17
Distance entre la FS et l'entrepôt qui approvisionne la FS								
0 – 4	93,8	2,1	2,1	2,1	0,0	0,0	0,0	54
5 – 9	100,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	31
10 - 14	78,3	17,4	4,3	0,0	0,0	0,0	0,0	26
15 - 19	70,8	20,8	8,3	0,0	0,0	0,0	0,0	28
20 -24	55,6	22,2	11,1	11,1	0,0	0,0	0,0	12
25 - 29	68,8	25,0	6,3	0,0	0,0	0,0	0,0	20
30 - 34	44,4	11,1	22,2	22,2	0,0	0,0	0,0	10
35 - 39	73,3	13,3	13,3	0,0	0,0	0,0	0,0	20
40 -44	25,0	50,0	0,0	25,0	0,0	0,0	0,0	5
45 -49	50,0	0,0	25,0	25,0	0,0	0,0	0,0	4
50 et +	71,4	10,7	7,1	10,7	0,0	0,0	0,0	67
Ensemble	**77,0**	**11,5**	**6,4**	**5,1**	**0,0**	**0,0**	**0,0**	**277**

3.6 Formation et supervision du personnel

3.6. 1 Disponibilité du personnel formé à la prestation de services de planification familiale, notamment la pose et le retrait d'implants

Les résultats sur la disponibilité du personnel formé pour la prestation de services de planification familiale, notamment la pose et le retrait d'implants et de DIU sont présentés suivant les régions, le milieu de résidence, le type de formation sanitaire et la distance de l'entrepôt/du centre d'approvisionnement le plus proche (en km).

Tableau 3.13 : Proportion des FS selon le type de formation reçu par le personnel par certaines caractéristiques

	Formation de base	Formation sur le tas	Formation en cours d'emploi	Formés à la pose et au retrait d'implants contraceptifs	Formés à la pose et au retrait de DIU	Disposition effective de ces méthodes	Effectif
Région							
Lomé-Commune	89,8	57,1	55,1	73,5	77,6	73,5	49
Maritime	79,6	65,3	55,1	65,3	65,3	89,4	50
Plateaux	77,8	56,9	50,0	65,3	65,3	79,2	72
Centrale	82,8	79,3	69	75,9	79,3	77,8	29
Kara	92,1	63,2	52,6	81,6	71,1	89,5	39
Savanes	75,7	56,8	52,8	75,7	67,6	86,1	38
Milieu de résidence							
Urbain	90,4	65,2	65,8	80,9	84,3	86,1	115
Rural	76,7	59,1	46,5	64,8	59,7	79,2	162
Type de formation sanitaire							
FS Publique primaire	81,7	64,9	57,7	73,1	69,7	87,7	209
FS Publique secondaire	100,0	66,7	80,0	83,3	100,0	100,0	6
FS Publique tertiaire	100,0	66,7	100,0	100,0	100,0	100,0	3
FS Privée	82,5	49,1	38,6	63,2	66,7	58,9	59
Distance (km) du centre au lieu d'approvisionnement							
0 - 4	86,8	54,7	63,5	81,1	81,1	79,2	54
5-9	80,6	77,4	64,5	80,6	77,4	87,1	31
10-14	80	64,0	52,0	72,0	72,0	83,3	26
15 - 19	75,0	60,7	46,4	67,9	57,1	85,2	28
20 -24	83,3	58,3	58,3	66,7	58,3	83,3	12
25 - 29	80,0	60,0	55,0	55,0	60,0	80,0	20
30 - 34	80,0	80,0	40,0	60,0	60,0	88,9	10
35 - 39	90,0	55,0	50,0	65,0	70,0	80,0	20
40 -44	60,0	40,0	20,0	60,0	40,0	80,0	5
45 -49	50,0	25,0	50,0	75,0	75,0	75,0	4
50 et +	86,4	63,6	53,0	71,2	71,2	81,3	67
Ensemble	**82,5**	**61,7**	**54,6**	**71,5**	**70,1**	**82,2**	**277**

Dans l'ensemble, 7 FS sur 10 (71,5 %) disposent de personnel formé à la pose et au retrait d'implants. Un résultat similaire est obtenu pour ceux qui ont été formés à la pose et au retrait de DIU (70,1%). Selon le milieu de résidence, la proportion des FS disposant de prestataires formés en PF et offrant le service d'implant est plus élevée en milieu urbain (80,9%) qu'en milieu rural

(64,8%). Une tendance similaire est observée pour ceux qui ont été formés à la pose et au retrait de DIU, 84,3% en milieu urbain contre 59,7% en milieu rural.

Les résultats révèlent des disparités régionales. La région de la Kara a la proportion des FS dans lesquelles les prestataires de service sont formés en PF et assurant l'offre de l'implant la plus élevée (81,6%). Elle présente la plus forte proportion tandis que les régions Maritime et Plateaux ont les plus faibles proportions de FS disposant de personnels formés pour ce type de service (65,3% pour chacune). Par contre, pour la pose et le retrait de DIU, la région Centrale (79,3%), soit 8 FS sur 10, est celle qui offre plus cette prestation.

Selon les types de FS, au niveau du public primaire, 7 FS sur 10 (73,1%) ont des prestataires de service formés en PF assurant la prestation de service de l'implant contre 83,3% au niveau des FS publiques secondaires. Au niveau du secteur public tertiaire, toutes les FS ont du personnel formé qui assure l'offre de l'implant, soit 100%. Cette offre est seulement de 63,2% dans les FS privées. En ce qui concerne la formation du personnel assurant la prestation de service de DIU, on note également que toutes les FS publiques secondaires et tertiaires disposent du personnel formé au service de pose et de retrait d'implant.

3.6.2 Durée et fréquence des visites de supervision du personnel

a- Durée de la supervision

Considérée comme une assistance au personnel dans l'accomplissement de sa tâche, la supervision permet d'améliorer la performance du programme et des services. Le Protocole de Service de la Santé de la Reproduction (Tome II) fixe la durée de supervision de 1 à 3 jours ; la fréquence et la périodicité ont été fixées comme suit : le niveau central supervise le niveau régional de façon semestrielle et intégrée ; le niveau régional supervise le district sanitaire tous les trimestres ; le district sanitaire supervise les unités de soins périphériques tous les 3 mois et les USP supervisent les ASC une fois par mois.
L'analyse des résultats sur la supervision est présentée par rapport à la période de réalisation, à la fréquence et sur les objectifs ou les contenus de la supervision.

b- Supervision la plus récente au cours des 12 derniers mois

Les résultats globaux de l'étude montrent qu'au cours des 12 derniers mois, pour 19,9% de FS la récente supervision s'est déroulée il y a moins d'un mois ; pour 28,9% cela s'est effectué il y a 1 et 3 mois ; pour 18,4% de FS c'est entre 3 et 6 mois et pour 16,2% cela fait 6 mois à un (1) an. Par contre 16,6% de prestataires de service (PS) interviewés ont déclaré n'avoir pas bénéficié de cette supervision.

Selon le milieu de résidence, la supervision est plus réalisée dans la période de 1 à 3 mois dans les FS urbaines (32,2%) que les FS rurales (26,5%). A l'inverse, sur les périodes de 3 à 6 mois, et 6 mois à un an, la proportion des FS qui ont reçu une supervision est plus importante en milieu rural qu'en milieu urbain. Elle est de 20,4% contre 10,4% sur la période de 3 à 6 mois et de 21,0% contre 14,8% sur 6 mois à un an. Ainsi la proportion des FS qui n'ont reçu aucune supervision au cours des 12 derniers mois est plus élevée en milieu urbain (22,6%) qu'en milieu rural (12,3%).

Tableau 3.14: Répartition (en pourcentage) selon la fréquence de la visite de supervision la plus récente (au cours des 12 derniers mois) par certaines caractéristiques

	Dernière visite du superviseur dans la FS					
	Il y a moins d'un mois	Il y a entre 1 et 3 mois	Il y a entre 3 et 6 mois	Il y a entre 6 mois et 1 an	Aucune supervision au cours des 12 derniers mois	Effectif
Région						
Lomé-Commune	16,3	30,6	10,2	10,2	32,7	49
Maritime	26,0	34,0	24,0	12,0	4,0	50
Plateaux	12,5	23,6	19,4	18,1	26,4	72
Centrale	41,4	31,0	24,1	3,4	0,0	29
Kara	15,4	20,5	25,6	28,2	10,3	39
Savanes	18,4	36,8	7,9	23,7	13,2	38
Milieu de résidence						
Urbain	20,0	32,2	14,8	10,4	22,6	115
Rural	19,8	26,5	21,0	20,4	12,3	162
Type de formation sanitaire						
FS Publique primaire	21,5	31,6	19,1	16,7	11,0	209
FS Publique secondaire	16,7	33,3	16,7	16,7	16,7	6
FS Publique tertiaire	33,3	33,3	33,3	0,0	0,0	3
FS Privé	13,6	18,6	15,3	15,3	37,3	59
Distance						
0 – 4	14,8	22,2	11,1	22,2	29,6	54
5 – 9	16,1	45,2	16,1	3,2	19,4	31
10 – 14	23,1	30,8	19,2	23,1	3,8	26
15 - 19	21,4	25,0	21,4	21,4	10,7	28
20 -24	0,0	50,0	16,7	25,0	8,3	12
25 - 29	15,0	55,0	0,0	15,0	15,0	20
30 - 34	30,0	40,0	10,0	20,0	0,0	10
35 - 39	20,0	25,0	35,0	15,0	5,0	20
40 -44	0,0	20,0	40,0	40,0	0,0	5
45 -49	25,0	0,0	50,0	0,0	25,0	4
50 et +	28,4	17,9	22,4	10,4	20,9	67
Ensemble	**19,9**	**28,9**	**18,4**	**16,2**	**16,6**	**277**

Lomé Commune (32,7%) et la région des Plateaux (26,4%) sont les régions où les proportions des FS qui n'ont reçu aucune supervision au cours des 12 derniers mois sont les plus élevées. Par contre, dans la région Centrale toutes les FS ont reçu une visite de supervision au cours des 12 derniers mois. Dans cette région, la plupart des visites de supervision ont lieu il y a moins d'un mois (41,4%) et la proportion des visites réalisées sur la période 6 à 12 mois est faible (3,4%). Les régions de la Kara (28,2%), des Savanes (23,7%) et des Plateaux (18,1%) sont celles qui enregistrent les plus fortes proportions de visites datant de 6 mois à un an.

Selon les types de FS, les FS publiques primaires 11,0% soit 1 FS sur 10, les FS publiques secondaires 16,7%, soit 2 FS sur 10 et les FS privées 37,3%, soit 4 FS privées sur 10 n'ont pas

reçu de mission de supervision au cours des 12 derniers mois. Dans les FS tertiaires, la totalité des visites de supervision ont eu lieu soit il y a moins d'un mois (33,3%), soit il y a entre 1 à 3 mois (33,3%), ou il y a entre 6 mois et un an (33,3%).

c. Fréquence de la supervision

Dans l'ensemble, la supervision a été hebdomadaire dans 1,8% de FS, mensuelle dans 7,6% de FS, trimestrielle dans 53,4% de FS, semestrielle dans 17,7% de FS et annuelle dans 7,9% des FS. On note que 11,6% de FS n'ont jamais bénéficié de mission de supervision. De plus globalement, les résultats montrent que les visites de supervision ont été réalisées de façon trimestrielle et ce quelle que soit la région, le milieu de résidence, le type de formation sanitaire et la distance de l'entrepôt/du centre d'approvisionnement le plus proche.

La supervision mensuelle est plus respectée en milieu urbain (10,4%) qu'en milieu rural (5,6%). A l'inverse, la supervision trimestrielle est plus respectée dans 58,0% de FS du milieu rural contre 47,0% des FS du milieu urbain. Un résultat similaire est observé au niveau de la supervision semestrielle, 18,5% des FS en milieu rural contre 16,5% des FS en milieu urbain. De plus, les FS qui n'ont jamais reçu de visite de supervision se trouvent plus en milieu urbain (17,4%) qu'en milieu rural (7,4%).

L'analyse selon les régions révèle des disparités dans les fréquences de supervision. La plus faible proportion de visite de supervisions trimestrielles est enregistrée dans Lomé Commune (38,8%) tandis que la plus forte proportion est obtenue dans la région Maritime (62,0%). Dans les autres régions, un peu plus de 5 FS sur 10, ont reçu des visites de supervisons trimestrielles. Les FS qui n'ont jamais été visitées au cours des 12 derniers mois se retrouvent plus dans Lomé Commune (26,5%) et dans la région des Plateaux (13,9%).

Selon le type de FS, les FS publiques primaires présentent les résultats suivants : 61,7% des FS ont été supervisées trimestriellement et 16,7% semestriellement, contre 6,7 % qui n'en ont pas bénéficié. Trois FS publiques secondaires sur dix (33,3%) ont été supervisées semestriellement tandis que celles qui ont bénéficié des visites mensuelles, trimestrielles, annuelles et les jamais visitées ont une proportion de 16,7% chacune. Les visites de supervisions dans les FS publiques tertiaires qu'elles soient trimestrielles, semestrielles ou annuelles représentent 33,3%. Trois FS privées sur dix n'ont jamais reçu de visites de supervision.

Par ailleurs, la distance n'influence pas la fréquence de supervision: la plupart des missions de supervision se font soit de façon trimestrielle soit semestrielle.

Tableau 3.15: Répartition (en pourcentage) de la fréquence des visites de supervision par région, le milieu de résidence, type de formation sanitaire et la distance de l'entrepôt/du centre d'approvisionnement le plus proche (en km)

	Fréquence de visite du superviseur dans la FS						
	Hebdomadaire	Mensuelle	Trimestrielle	Semestrielle	Annuelle	Jamais	Effectif
Région							
Lomé-Commune	2,0	10,2	38,8	14,3	8,2	26,5	49
Maritime	2,0	4,0	62,0	20,0	6,0	6,0	50
Plateaux	0,0	6,9	55,6	19,4	4,2	13,9	72
Centrale	6,9	6,9	58,6	24,1	3,4	0,0	29
Kara	2,6	0,0	53,8	20,5	15,4	7,7	39
Savanes	0,0	18,4	52,6	7,9	13,2	7,9	38
Milieu de résidence							
Urbain	1,7	10,4	47,0	16,5	7,0	17,4	115
Rural	1,9	5,6	58,0	18,5	8,6	7,4	162
Type de formation sanitaire							
FS Publique primaire	1,9	6,7	61,7	16,7	6,2	6,7	209
FS Publique secondaire	0,0	16,7	16,7	33,3	16,7	16,7	6
FS Publique tertiaire	0,0	0,0	33,3	33,3	33,3	0,0	3
FS Privée	1,7	10,2	28,8	18,6	11,9	28,8	59
Distance							
0 – 4	3,7	11,1	31,5	14,8	16,7	22,2	54
5 – 9	0,0	6,5	61,3	12,9	0,0	19,4	31
10 – 14	0,0	7,7	69,2	11,5	7,7	3,8	26
15 – 19	3,6	0,0	50,0	28,6	7,1	10,7	28
20 -24	0,0	0,0	83,3	0,0	8,3	8,3	12
25 – 29	0,0	15,0	65,0	5,0	5,0	10,0	20
30 – 34	0,0	20,0	50,0	20,0	10,0	0,0	10
35 – 39	5,0	15,0	50,0	20,0	10,0	0,0	20
40 -44	0,0	0,0	60,0	20,0	20,0	0,0	5
45 -49	0,0	0,0	50,0	25,0	0,0	25,0	4
50 et +	1,5	4,5	55,2	25,4	4,5	9,0	67
Ensemble	**1,8**	**7,6**	**53,4**	**17,7**	**7,9**	**11,6**	**277**

3.6.3 Points inclus dans la supervision du personnel

Selon les principes de la supervision intégrée, les objectifs devraient être portés sur : a) Pratiques cliniques du personnel ; b) Rupture de stock et stock arrivé à expiration des médicaments ; c) Disponibilité et formation du personnel ; d) Exhaustivité et qualité des données ; e) Evaluation de l'utilisation d'une directive ; f) Pratique de prévention de l'infection ; g) Environnement organisationnel ;h) Gestion financière ; i) Dossiers des clients ; j) Equipements et infrastructures.

La revue de la documentation sur la supervision montre que les outils sont en adéquation avec le contenu.

De manière globale, les données montrent que tous les aspects ont été pris en compte lors de la supervision dans les différents types de FS, quels que soient la région et le milieu de résidence. Toutefois, il faut signaler que Lomé Commune est la région où les points inclus dans la supervision du personnel ont été faiblement pris en compte. La région Centrale et la région de la Kara sont celles où ces points ont été les mieux pris en compte. Selon le milieu de résidence, ces points ont été mieux pris en compte en milieu rural qu'en milieu urbain. Les FS publiques secondaires ont globalement les plus fortes proportions en ce qui concerne la prise en compte des points de la supervision tandis que les FS publiques tertiaires sont celles où les prises en compte des différents points ont été les plus faibles.

En conclusion, les résultats de la rubrique de cette section montrent que les facteurs suivants ont une influence sur la supervision : la disponibilité du superviseur et des ressources financières, le nombre de FS à superviser, le nombre de superviseurs dans une région, la zone et le type de gestionnaire. La planification et la préparation de supervision doivent tenir compte de ces facteurs pour l'atteinte des objectifs escomptés.

3.7 Existence de directives, listes de contrôle et outils de travail

Les directives sont les normes et les lois mises en place pour réglementer les différents soins dans le système sanitaire du pays. A cet effet, il existe des directives et listes de contrôle relatives à la planification familiale, à la santé prénatale et à la gestion des déchets.

L'analyse des données d'enquête sur la disponibilité des produits et des services de santé de la reproduction et la prestation des clients sur la prestation des services de planification familiale au Togo, révèle que toutes les formations sanitaires visitées disposent des quatre documents qui devraient être vérifiés sur le terrain par les agents de collecte. Il s'agit de:

- les directives en matière de planification familiale ;
- la liste de contrôle et/ou d'outils de travail relatifs à la planification familiale ;
- les directives en matière de soins prénatals ;
- la liste de contrôles et/ou outils de travail relatifs aux soins prénatals.

3.8 Utilisation des technologies de l'information et de la communication (TIC) et gestion des déchets

3.8.1 Disponibilité dans les points de prestation de services et modalités d'acquisition

Les technologies de l'information et de communication (TIC) se prêtent aujourd'hui à de multiples applications. Leur usage a gagné tous les secteurs d'activité de l'homme. Le secteur de la santé ne saurait être à la traîne de cette évolution marquant le passage de l'ère du traitement

manuel de l'information à une ère nouvelle où l'information est de plus en plus automatisée. Les informations sur la disponibilité des TIC (quel que soit le type) dans les FS sont illustrées par le tableau 3.16.

Dans l'ensemble, plus de huit FS sur dix (85,6%) disposent des TIC. Selon les régions, la région de la Kara (97,4%) présente la proportion la plus élevée de FS disposant de TIC. Elle est suivie de Lomé Commue (91,8%) et Savanes (86,8%). A l'inverse, Maritime (84,0%), Centrale (82,8%) et Plateaux (76,4%) ont les proportions les moins élevées.

L'analyse par rapport au milieu de résidence montre que le milieu rural (82,1%) est plus défavorisé que le milieu urbain (90,4%) en termes de disponibilité des TIC.

Tableau 3.16 : Pourcentage de FS disposant de technologies de l'information et de la communication

	La FS dispose d'un TIC	**La FS ne dispose pas d'un TIC**	**Effectif**
Région			
Lomé-Commune	91,8	8,2	**49**
Maritime	84,0	16,0	**50**
Plateaux	76,4	23,6	**72**
Centrale	82,8	17,2	**29**
Kara	97,4	2,6	**39**
Savanes	86,8	13,2	**38**
Milieu			
Urbain	90,4	9,6	**115**
Rural	82,1	17,9	**162**
Formation sanitaire			
FS Publique primaire	84,2	15,8	**209**
FS Publique secondaire	83,3	16,7	**6**
FS Publique tertiaire	100,0	0,0	**3**
FS Privée	89,8	10,2	**59**
Type d'organisme exploitant la FS			
Public	84,3	15,7	**217**
Privé à but lucratif	88,4	11,6	**43**
Privé à but non lucratif	94,1	5,9	**17**
Distance entre la FS et l'entrepôt qui approvisionne la FS			
0 – 4	88,9	11,1	**54**
5 – 9	80,6	19,4	**31**
10 – 14	92,3	7,7	**26**
15 – 19	71,4	28,6	**28**
20 -24	83,3	16,7	**12**
25 – 29	85,0	15,0	**20**
30 – 34	100,0	0,0	**10**
35 – 39	75,0	25,0	**20**
40 -44	80,0	20,0	**5**
45 -49	50,0	50,0	**4**
50 et +	92,5	7,5	**67**
Ensemble	**85,6**	**14,4**	**277**

Il ressort que toutes les formations sanitaires tertiaires disposent des TIC. Néanmoins, on constate que la disponibilité des TIC reste relativement moins élevée dans les FS privée que dans les FS secondaires ou primaires. En d'autres termes, les CHU sont plus équipés en TIC que les unités de soins périphériques (USP) ou les hôpitaux de district (HD) ou les CHR.

Lorsqu'on s'intéresse au type de TIC dont dispose les FS (tableau 3.17), c'est le téléphone portable (90,7%) qui est le plus utilisé. Ensuite, suivent les ordinateurs portables (66,2%) ou de bureau (51,9%) et le téléphone fixe (51,1%). Les téléphones Smartphones (18,1%) et les tablettes (11,8%) sont moins disponibles.

Un partage de l'information efficace, par exemple l'envoi électronique rapide des comptes rendus de sortie de l'hôpital ou l'utilisation de systèmes de prescription médicale informatisée qui offrent une aide à la décision au point de délivrance des soins. Ainsi donc, en raison de son rôle central dans les systèmes de santé et de la diversité de ses applications, il n'est disponible que dans environ quatre FS sur dix (41,8%). Ce type de TIC est plus disponible dans Lomé Commune et à Kara contrairement aux autres régions comme Maritime, Plateaux, Centrale ou Savanes.

Tableau 3.17: Répartition (en pourcentage) des types de TIC par région, par milieu dans lequel se trouve la FS, par type de FS et par type d'organisme exploitant la FS

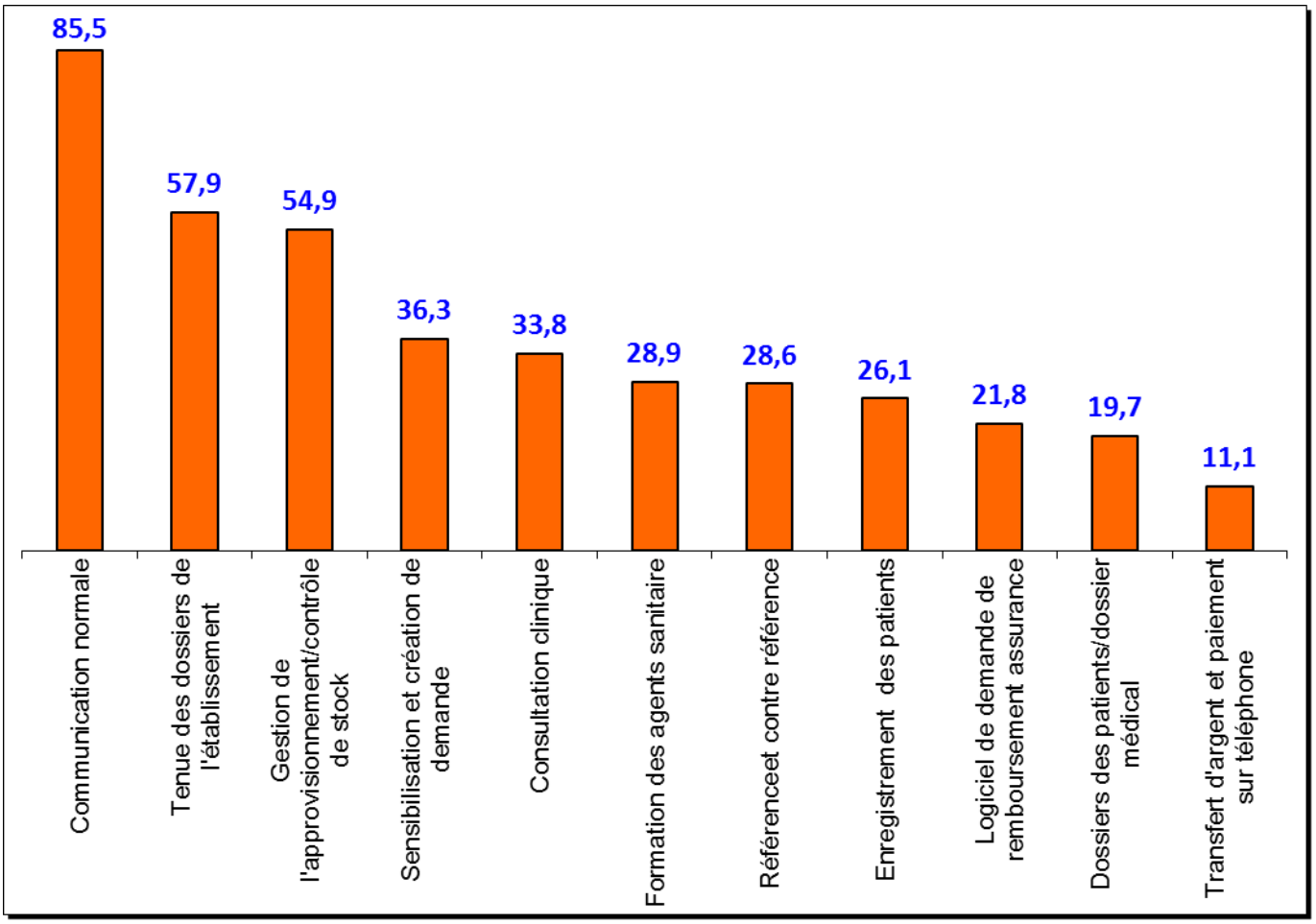
	Ordinateurs de bureau	***Ordinateurs portables***	***Téléphones portables***	***Téléphones fixes***	***Téléphones portables, Smartphones***	***Tablettes***	***Accès à Internet – LAN***	***Autre***	***Effectif***
Région									
Lomé-Commune	93,3	75,6	84,4	95,6	33,3	24,4	71,1	4,4	49
Maritime	57,1	61,9	90,5	42,9	26,2	14,3	35,7	0,0	50
Plateaux	38,2	52,7	92,7	38,2	3,6	5,5	30,9	0,0	72
Centrale	41,7	79,2	91,7	50,0	16,7	4,2	29,2	0,0	29
Kara	44,7	71,1	92,1	50,0	28,9	18,4	52,6	2,6	39
Savanes	27,3	66,7	93,9	24,2	0,0	0,0	24,2	6,1	38
Milieu									
Urbain	86,5	86,5	88,5	92,3	27,9	22,1	69,2	4,8	115
Rural	24,8	50,4	92,5	18,8	10,5	3,8	20,3	0	162
Formation sanitaire									
FS Publique primaire	39,2	63,6	91,5	38,1	13,1	8,5	31,3	1,7	209
FS Publique secondaire	80,0	100,0	100,0	80,0	0,0	20,0	60,0	0,0	6
FS Publique tertiaire	66,7	66,7	66,7	66,7	66,7	66,7	100,0	0,0	3
FS Privée	90,6	71,7	88,7	90,6	34,0	18,9	71,7	3,8	59
Type d'organisme exploitant la FS									
Public	40,4	64,5	91,3	39,9	13,1	9,8	33,3	1,6	217
Privé à but lucratif	89,5	73,7	89,5	94,7	42,1	21,1	68,4	2,6	43
Privé à but non lucratif	93,8	68,8	87,5	75,0	18,8	12,5	75,0	6,3	17
Distance entre la FS et l'entrepôt qui approvisionne la FS									
0 – 4	72,9	85,4	89,6	85,4	25,0	18,8	58,3	4,2	54
5 – 9	80,0	76,0	92,0	72,0	20,0	16,0	56,0	4,0	31
10 – 14	41,7	45,8	91,7	45,8	16,7	4,2	37,5	0,0	26
15 – 19	40,0	55,0	90,0	30,0	30,0	15,0	20,0	0,0	28
20 -24	20,0	50,0	90,0	10,0	10,0	10,0	20,0	0,0	12
25 – 29	35,3	52,9	100,0	41,2	5,9	5,9	29,4	5,9	20
30 – 34	20,0	80,0	100,0	10,0	0,0	0,0	40,0	0,0	10
35 – 39	46,7	66,7	86,7	40,0	20,0	20,0	26,7	0,0	20
40 -44	25,0	50,0	75,0	25,0	0,0	0,0	25,0	0,0	5
45 -49	50,0	0,0	100,0	0,0	0,0	0,0	50,0	0,0	4
50 et +	50,0	66,1	88,7	46,8	17,7	9,7	43,5	1,6	67
Ensemble	**51,9**	**66,2**	**90,7**	**51,1**	**18,1**	**11,8**	**41,8**	**2,1**	277

3.8.2 Utilisation des TIC par les points de prestation de services

Il est de plus en plus admis que lorsqu'elles sont disponibles et utilisées dans des conditions adéquates, les TIC peuvent apporter des améliorations à la qualité et à l'efficience des soins de santé. Outre la qualité, elles peuvent servir à améliorer la sécurité des soins ainsi que leur adéquation aux besoins en matière de planification familiale et de santé de la reproduction pour les femmes, les hommes et les jeunes.

Globalement les TIC jouent plusieurs rôles dans les formations sanitaires dont trois semblent plus déterminants. Selon le graphique 3.9, tout d'abord, elles servent principalement dans le cadre de la communication normale (85,5%), pour la tenue des dossiers de l'établissement (57,9%) et à la gestion de l'approvisionnement et de stock (54,9%). Ensuite, elles sont aussi utilisées pour la sensibilisation et la création de demande (36,3%), la consultation clinique (33,8%). La formation des agents (28,9%), la référence et la contre référence (28,6%) sont également des rôles non moins importants assurés par les TIC (Graphique 3.9).

Graphique 3.9: Type d'utilisation des TIC dans les formations sanitaires



3.9 Méthodes de gestion des déchets

Le Togo dispose d'un guide de gestion des déchets des établissements de soins et d'un plan d'action. Le processus de gestion des déchets des établissements de soins se résume en cinq (05) étapes : le tri et le conditionnement, la collecte, le stockage, le transport, le traitement et l'élimination.

D'après les résultats du tableau 3.18 deux méthodes sont principalement utilisées pour le traitement et l'élimination des déchets dans les formations sanitaires. En effet, lorsqu'ils ne sont pas incinérés (67,9%), les déchets sont pour la plupart du temps brûlés (57,4%) sur le site des FS. La gestion des déchets dans les formations sanitaires par l'enfouissement ou le mécanisme de collecte organisé sont des pratiques peu répandues.

En analysant les résultats selon le milieu de résidence, la méthode d'incinération est plus prépondérante dans les FS du milieu urbain. Relevons par ailleurs que dans les FS où l'on a davantage recours à l'incinérateur, les déchets sont de moins en moins brulés. En milieu rural, en plus de l'incinération (64,2%), les déchets sont parfois brûlés sur le site de la FS selon leur nature (64,8%).

Tableau 3.18: Répartition des FS (en pourcentage) selon le mode de gestion des déchets, par milieu dans lequel se trouve la FS, par type de FS et par type d'organisme exploitant la FS

	Méthode de gestion des déchets						
	Brûlés sur le site de la FS	Enterrés dans des décharges sur le site de la FS	Recours à des incinérateurs	Collecte par une organisation	Jetés avec les ordures ménagères	Autre	Effectif
Région							
Lomé Commune	28,6	4,1	57,1	55,1	12,2	4,1	49
Maritime	58,0	24,0	70,0	8,0	6,0	2,0	50
Plateaux	66,7	11,1	66,7	13,9	1,4	5,6	72
Centrale	65,5	3,4	65,5	20,7	6,9	6,9	29
Kara	74,4	7,7	71,8	7,7	0,0	0,0	39
Savanes	52,6	13,2	78,9	7,9	0,0	7,9	38
Milieu							
Urbain	47,0	7,8	73,0	31,3	8,7	4,3	115
Rural	64,8	13,6	64,2	10,5	1,2	4,3	162
Formation sanitaire							
FS Publique primaire	63,2	13,4	70,8	12,4	1,9	4,8	209
FS Publique secondaire	66,7	0,0	83,3	0,0	16,7	0,0	6
FS Publique tertiaire	33,3	0,0	100,0	33,3	33,3	0,0	3
FS Privée	37,3	5,1	54,2	44,1	10,2	3,4	59
Distance entre la FS et l'entrepôt qui approvisionne la FS							
0 – 4	51,9	5,6	57,4	37,0	3,7	5,6	54
5 – 9	45,2	9,7	61,3	35,5	9,7	3,2	31
10 – 14	69,2	15,4	69,2	11,5	3,8	3,8	26
15 – 19	60,7	17,9	60,7	17,9	3,6	7,1	28
20 -24	75,0	0,0	66,7	8,3	0,0	0,0	12
25 – 29	55,0	15,0	70,0	5,0	0,0	5,0	20
30 – 34	60,0	20,0	80,0	20,0	0,0	0,0	10
35 – 39	65,0	20,0	75,0	5,0	5,0	0,0	20
40 -44	60,0	0,0	60,0	40,0	20,0	0,0	5
45 -49	75,0	25,0	75,0	25,0	25,0	25,0	4
50 et +	55,2	9,0	77,6	9,0	3,0	4,5	67
Ensemble	**57,4**	**11,2**	**67,9**	**19,1**	**4,3**	**4,3**	**277**

Deux principales méthodes de traitement se remarquent dans toutes les régions. Dans Lomé Commune, il s'agit de la méthode d'incinération et la collecte par une organisation. Dans les autres régions, le recours à des incinérateurs et le fait de brûler sur le site de la FS sont les deux méthodes les plus utilisées.

Bien qu'en proportion marginale, on note que les déchets médicaux sont aussi parfois jetés avec les ordures ménagères (4,3%). Cette situation est préoccupante pour la population dans la mesure où elle est de l'ordre de 44,1% dans les FS privées.

3.10 Facturation des utilisateurs

Dans cette partie, l'analyse porte sur les prestations et produits payants, les prestations et les produits gratuits et les produits subventionnés.

3.10.1 Services payants

Les formations sanitaires facturent presque toutes les consultations qu'elles font et les médicaments qu'elles mettent à la disposition des clients. Dans l'ensemble (Tableau 3.19), elles facturent presque 96,8% des consultations qu'elles effectuent et 96,4% des médicaments qu'elles prescrivent.

Au niveau régional, la proportion la plus basse de facturation des consultations est constatée dans la région des savanes où 92,1% des consultations est facturée. Dans les régions Centrale et de la Kara, 100% des consultations sont facturées.

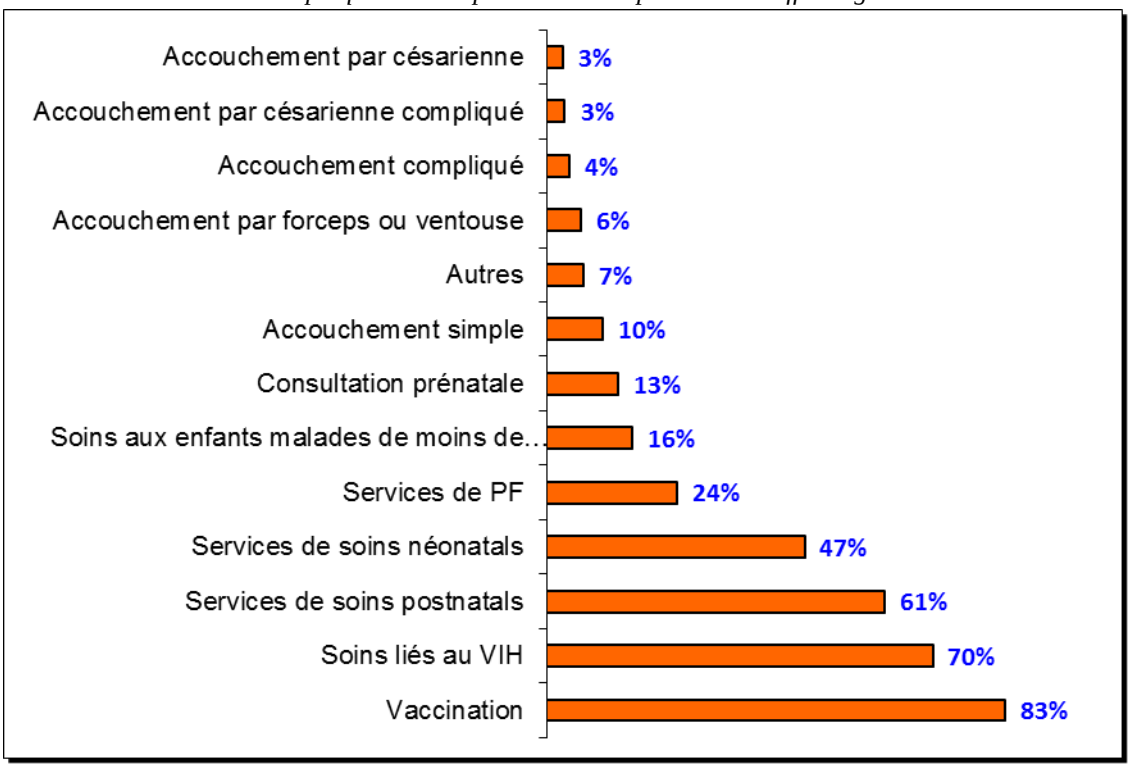
Tableau 3.19: Répartition (en pourcentage) des FS selon la facturation des consultations et des médicaments, par région, par milieu dans lequel se trouve la FS, par type de FS et par type d'organisme exploitant la FS

	Consultations		Médicaments		Effectif
	Consultations facturées	Consultations non facturées	Médicaments facturés	Médicaments non facturés	
Région Sanitaire					
Lomé-Commune	95,9	4,1	98,0	2,0	49
Maritime	98,0	2,0	92,0	8,0	50
Plateaux	95,8	4,2	97,2	2,8	72
Centrale	100,0	0,0	100,0	0,0	29
Kara	100,0	0,0	97,4	2,6	39
Savanes	92,1	7,9	94,7	5,3	38
Milieu dans lequel se trouve la FS					
Urbain	96,5	3,5	97,4	2,6	115
Rural	96,9	3,1	95,7	4,3	162
Formation sanitaire					
FS Publique primaire	96,7	3,3	96,2	3,8	209
FS Publique secondaire	83,3	16,7	83,3	16,7	6
FS Publique tertiaire	100,0	0,0	100,0	0,0	3
FS Privée	98,3	1,7	98,3	1,7	59
Type d'organisme exploitant la FS					
Public	96,3	3,7	95,9	4,1	217
Privé à but lucratif	97,7	2,3	100,0	0,0	43
Privé à but non lucratif	100,0	0,0	94,1	5,9	17
Ensemble	**96,8**	**3,2**	**96,4**	**3,6**	**277**

3.10.2 Services de planification familiale gratuits

Les résultats de l'étude montrent que les services gratuits de PF proposés par les formations sanitaires sont divers. Les services sont généralement gratuits pour les soins liés à la vaccination 82,7% ; au VIH 83,6% ; les services de soins postnatals 61,0% et les services de soins néonatals 46,6%. Parmi les prestations de services qui ne sont pratiquement pas gratuites on pourra citer ceux liés aux accouchements à risque.

Graphique 3.9: Proportion des FS par services offerts gratuitement



En ce qui concerne la gratuité des médicaments, les résultats du tableau 3.17 montrent que les médicaments pour la santé maternelle, les produits de planification familiale et les médicaments pour la santé infantile sont offerts gratuitement respectivement par 15,8% ; 16,1% et 9,8% des FS.

La région des Savanes est celle où la proportion des FS offrant gratuitement les médicaments est la plus élevée (36,1% pour les produits PF et 26,3% pour les produits de santé maternelle), contrairement à Lomé Commune où la proportion des FS est inférieure à 7% pour les trois groupes de produits cités précédemment.

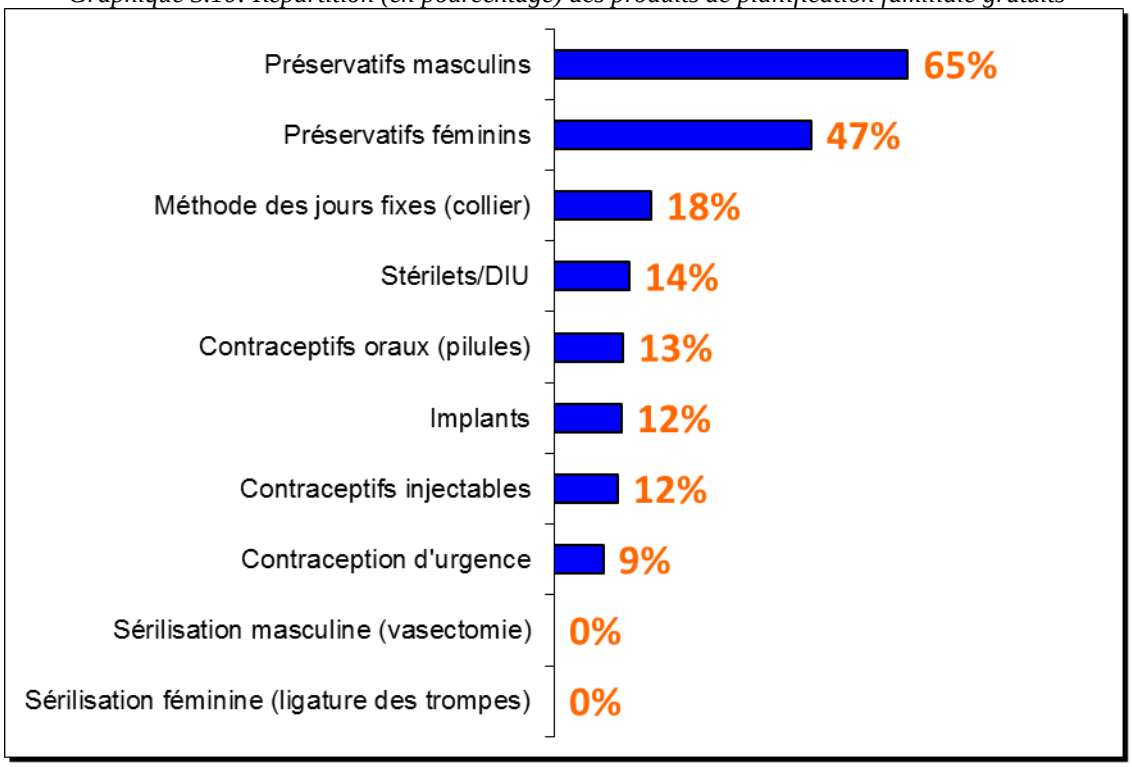
On note également que l'offre gratuite des médicaments reste plus élevée en milieu urbain que rural ; ceci quel que soit le groupe de médicaments considéré.

Tableau 3.20: Proportion (en pourcentage) des FS offrant gratuitement les groupes de médicaments, par région, par milieu de résidence, par type de FS et par type d'organisme exploitant la FS

	Produits PF		Médicaments pour la santé maternelle		Médicaments pour la santé infantile		Autre	
	Effectif	**%**	**Effectif**	**%**	**Effectif**	**%**	**Effectif**	**%**
Région Sanitaire								
Lomé-Commune	40	2,5	46	6,5	49	4,1	23	13,0
Maritime	48	14,6	50	26,0	50	12,0	35	28,6
Plateaux	68	14,7	71	12,7	71	8,5	64	9,4
Centrale	26	19,2	29	17,2	29	13,8	22	13,6
Kara	37	13,5	39	7,7	39	7,7	28	7,1
Savanes	36	36,1	38	26,3	38	15,8	26	15,4
Milieu dans lequel se trouve la FS								
Urbain	104	10,6	111	10,8	114	6,1	76	15,8
Rural	151	19,9	162	19,1	162	12,3	122	13,1
Formation sanitaire								
FS Public primaire	204	17,2	208	18,8	208	11,1	154	16,2
FS Public secondaire	6	33,3	6	0,0	6	0,0	4	0,0
FS Public tertiaire	3	0,0	3	0,0	3	0,0	1	100,0
FS Privée	42	9,5	56	7,1	59	6,8	39	5,1
Type d'organisme exploitant la FS								
Public	213	17,4	217	18,0	217	10,6	159	16,4
Privé à but lucratif	31	6,5	39	7,7	42	7,1	24	4,2
Privé à but non lucratif	11	18,2	17	5,9	17	5,9	15	6,7
Ensemble	**255**	**16,1**	**273**	**15,8**	**276**	**9,8**	**198**	**14,1**

Le niveau de gratuité des produits de planification familiale dans les formations sanitaires est diversifié comme l'indique le graphique 3.10. Les préservatifs tant masculin (64,6%) que féminin (46,9%) sont les plus offerts gratuitement aux clients par les formations sanitaires ; la proportion de gratuité des autres produits est comprise entre 9% et 17,7% mis à part les stérilisations féminine et masculine qui ne sont pas gratuites au sein des formations sanitaires.

Graphique 3.10: Répartition (en pourcentage) des produits de planification familiale gratuits



3.10.3 Services subventionnés

Outre la gratuité, certains médicaments sont subventionnés dans les FS. Dans l'ensemble (tableau 3.18) 54,3% ; 26,5% et 20,7% des FS offrent respectivement des produits PF, des médicaments pour la santé maternelle et des médicaments pour la santé infantile qui sont subventionnés.

L'analyse suivant la région montre que dans la Maritime, la proportion (72,9%) des FS offrant des produits PF subventionnés est plus élevée que dans les autres. En revanche, c'est dans la région des Savanes qu'on observe la proportion (36,8%) la plus élevée des FS offrant des médicaments pour la santé maternelle subventionnés.

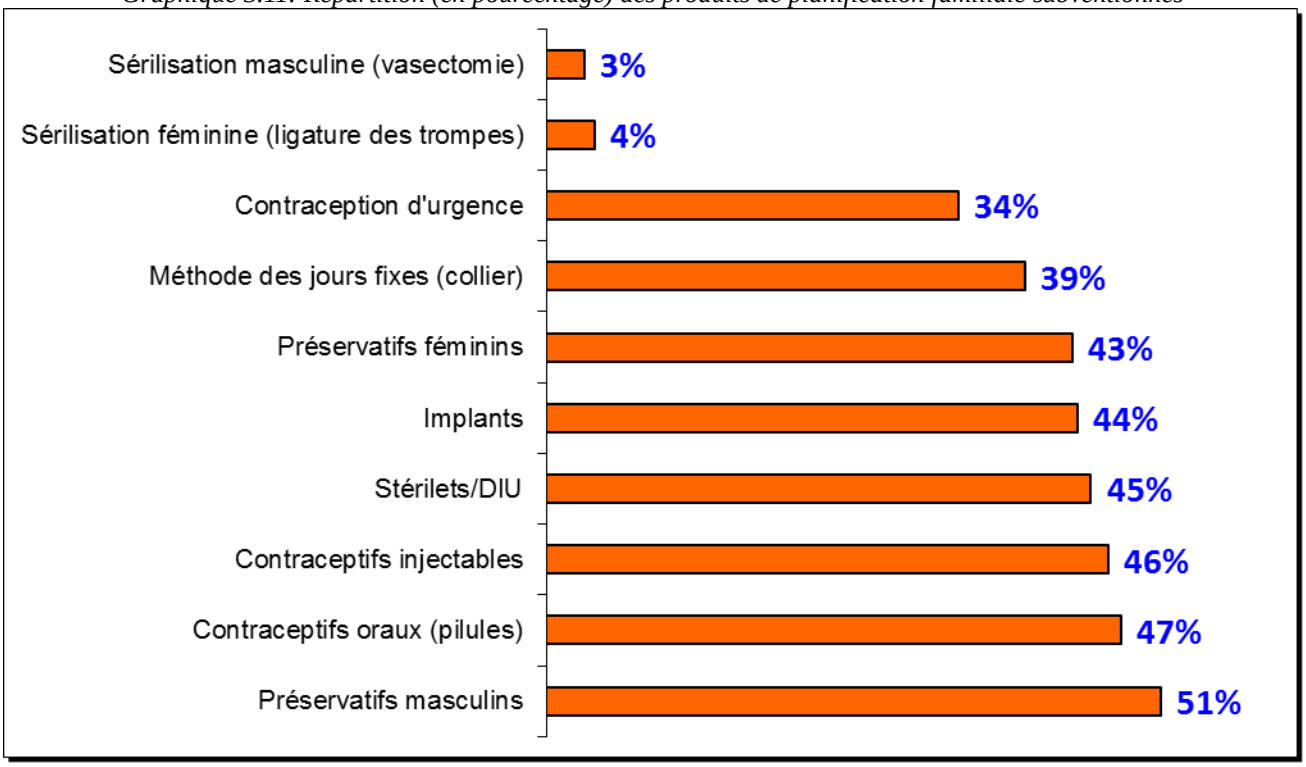
Par rapport au milieu de résidence, on note une disparité pour les trois types de médicaments. En effet, on constate que 31,9% des FS du milieu rural et 18,8% des FS du milieu urbain offrent des médicaments de la santé maternelle subventionnés.

Tableau 3.21: Proportion (en pourcentage) des FS offrant des groupes de médicaments subventionnés, par région, par milieu de résidence, par type d'organisme exploitant la FS

	Produits PF		Médicaments pour la santé maternelle		Médicaments pour la santé infantile	
	%	Effectif	%	Effectif	%	Effectif
Région Sanitaire						
Lomé Commune	36,6	41	10,6	47	10,2	49
Maritime	72,9	48	36,7	49	28,0	50
Plateaux	50,0	70	26,8	71	18,1	72
Centrale	40,0	25	14,3	28	11,1	27
Kara	62,2	37	30,8	39	35,9	39
Savanes	60,0	35	36,8	38	21,1	38
Milieu de résidence						
Urbain	52,4	105	18,8	112	14,9	114
Rural	55,6	151	31,9	160	24,8	161
Formation sanitaire						
FS Public primaire	58,8	204	32,5	206	24,6	207
FS Public secondaire	50,0	6	0,0	6	0,0	6
FS Public tertiaire	100,0	3	0,0	3	0,0	3
FS Privée	30,2	43	8,8	57	10,2	59
Gestionnaire						
Public	59,2	213	31,2	215	23,6	216
Privé à but lucratif	31,3	32	5,0	40	11,9	42
Privé à but non lucratif	27,3	11	17,6	17	5,9	17
Ensemble	**54,3**	**256**	**26,5**	**272**	**20,7**	**275**

Le graphique 3.11 montre que pratiquement tous les produits de planification familiale sont subventionnés, toutefois le niveau de subvention varie selon les produits. Les produits de contraception sont les plus subventionnés dans les proportions suivantes : environ 34% pour la contraception d'urgence et 50,5% pour les préservatifs masculins. Les stérilisations masculine et féminine sont peu subventionnées à 3,2% et 4,0% respectivement.

Graphique 3.11: Répartition (en pourcentage) des produits de planification familiale subventionnés



3.11 Disponibilité des produits et intrants PTME

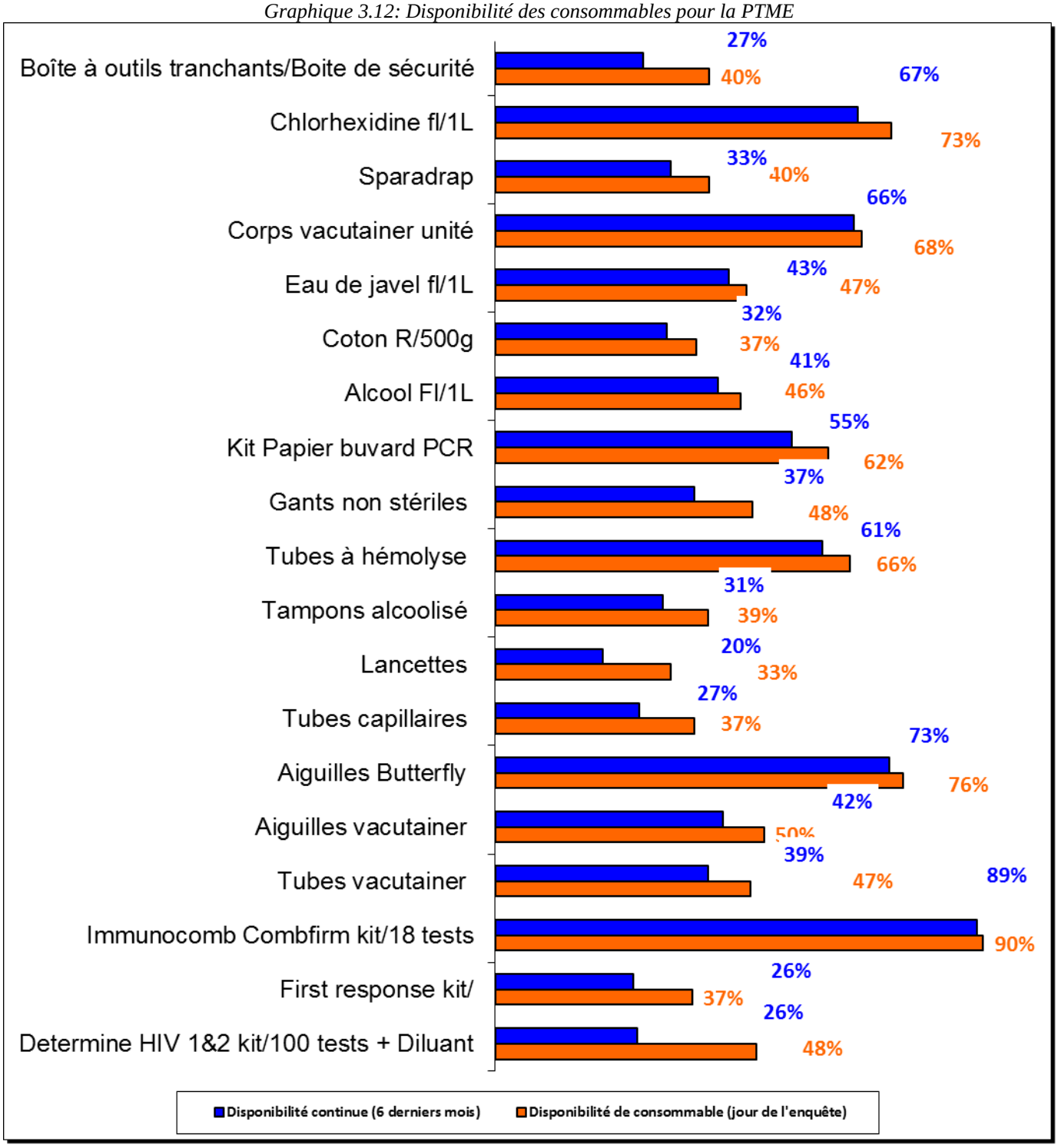
Cette partie traite de la disponibilité des consommables et des produits PTME dans les formations sanitaires le jour de la collecte et de leur rupture durant les six derniers mois.

3.11.1 Consommables PTME

Les résultats de l'étude montrent que la disponibilité des consommables PTME dans les FS est moins assurée au cours des six derniers mois car quel que soit le type de consommable la disponibilité du produit dans les FS le jour de l'enquête reste plus élevée que celle des six derniers mois (Graphique 3.12). Mais on remarque que des efforts ont été consentis par les FS pour pérenniser la disponibilité des consommables tels que l'Immunocomb Combfirm, les aiguilles Butterfly et le corps vacutainer unité au sens où il n'y pas de différence entre les proportions des six derniers mois et celles du jour de l'enquête.

On note également que le consommable dont la disponibilité est la plus assurée est l'Immunocomb Combfirm. Sur dix FS, neuf (90,3%) en ont en stock au moment de l'enquête. En ce qui concerne les produits tels que les Aiguilles Butterfly et la Chlorhexidine fl/1L, ils sont disponibles dans plus de sept FS sur dix et dans plus de 60% des FS, Les résultats montrent la disponibilité du Kit Papier buvard PCR et du corps vacutainer unité.

Graphique 3.12: Disponibilité des consommables pour la PTME

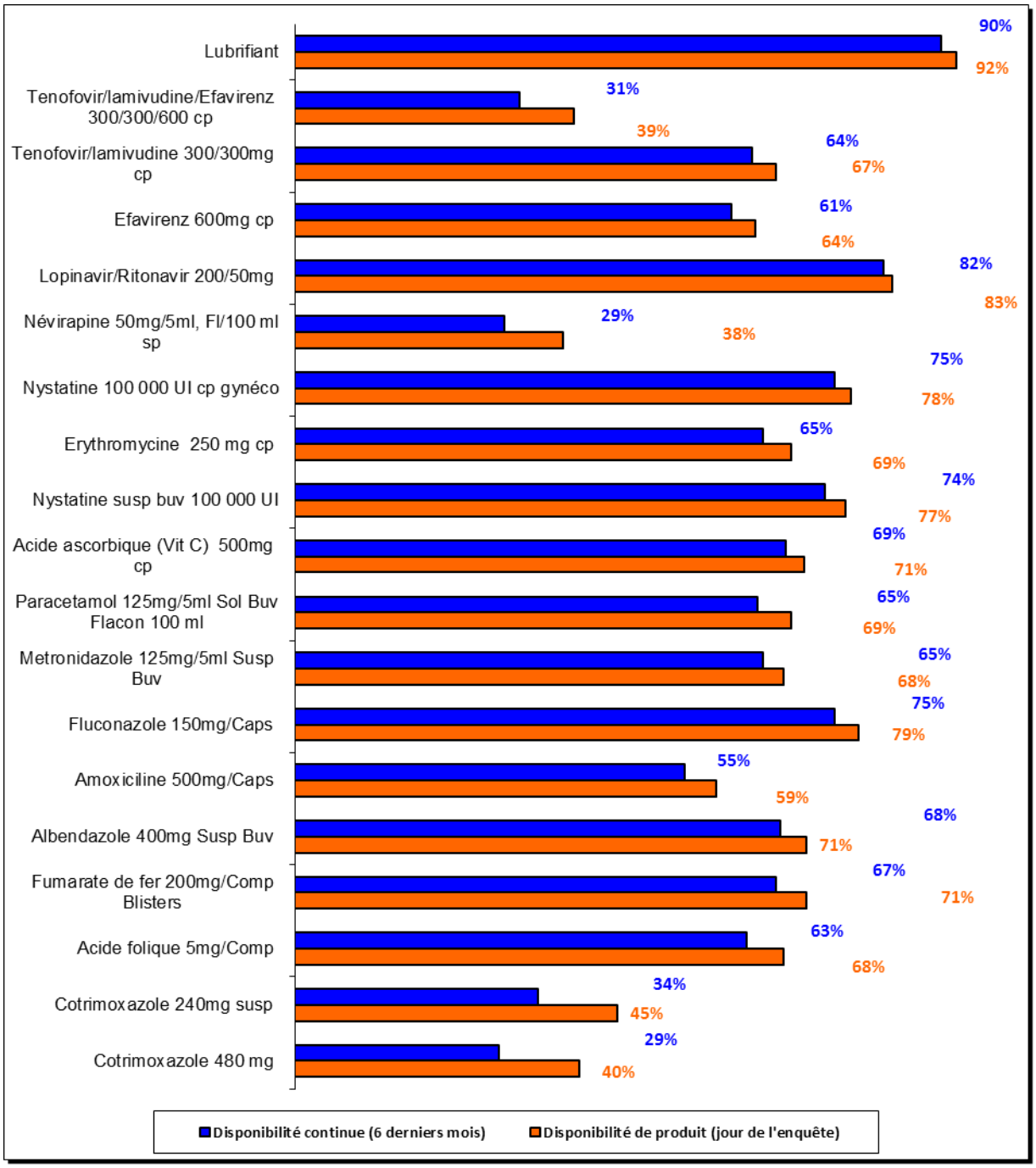


3.11.2 Produits PTME

Tout comme les consommables PTME, la proportion des FS dans lesquelles les médicaments pour la PTME sont disponibles le jour de l'enquête est plus élevée que celle des six derniers mois. Les résultats du graphique 3.13 indiquent qu'en dehors du contrimoxazole 480mg, du contrimoxazole 240mg, de la névirapine 50mg/5ml

et de la combinaison ténofovir/lamivudine/éfavirenz, les proportions sont plus faibles et restent presque les mêmes pour les deux périodes.

Graphique 3.13: Disponibilité des médicaments pour la PTME



3.12- Données sur les accouchements

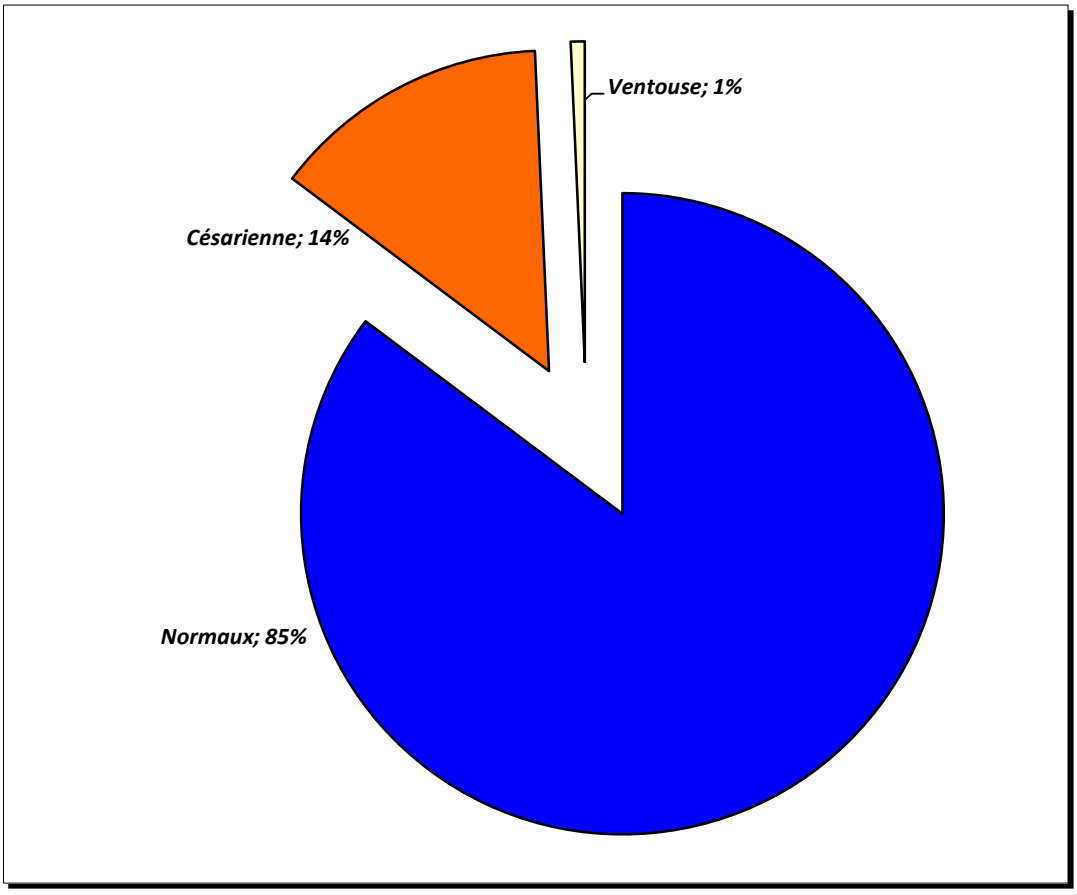
Des données collectées dans les maternités des FS échantillonnées permettent d'estimer :

- le nombre total d'accouchements normaux ;
- le nombre total, d'accouchements par césarienne ;
- le nombre total d'accouchements par ventouse/forceps.

Dans le cadre du renforcement des SONU au Togo, depuis 2014, des prestataires des maternités ont été formés et des matériels adéquats également fournis. Ces appuis ont été soutenus financièrement et techniquement par UNFPA/Togo.

D'après les résultats (Tableau 3.14), il ressort qu'en 2014, dans les FS échantillonnées, il y a eu au total 102 306 accouchements assistés dont 86 935 accouchements normaux (85,0%), 14 660 accouchements par césarienne (14,3%) et une proportion relativement faible (0,7%) d'accouchements par ventouse. Le nombre d'accouchements par ventouse (711 cas) laisse supposer que cette technique commence à être utilisée dans les FS.

Graphique 3.14: Données sur les accouchements de 2014



3.12.1 Accouchements assistés

i. Accouchements normaux

Dans les FS échantillonnées, il y a eu 86 935 accouchements normaux en 2014. L'analyse suivant le type des FS montre que les FS Publiques primaires ont enregistré 69650 cas d'accouchements normaux, soit 80% des accouchements assistés en 2014. Selon les régions, la région des Plateaux a enregistré plus de cas d'accouchements normaux en 2014 (23471cas soit 27%). Cette région est suivie des régions Maritime et de Lomé Commune avec respectivement 18185 et 13482 cas d'accouchements normaux en 2014. La région Centrale est celle qui enregistre moins d'accouchements assistés en 2014 (8 426 cas). Selon le milieu de résidence, il y a plus d'accouchements assistés en milieu urbain qu'en milieu rural. En effet, il y a eu 55 771 (55%) accouchements assistés en milieu urbain contre 31 164 cas (45%) en milieu rural.

ii) Accouchements par césarienne

En 2014, il y a eu 14 660 accouchements par césarienne, dont 4156 cas enregistrés dans les FS tertiaires (28,3%); 4275 cas dans les FS secondaires (29,1%) ; 5045 cas dans les FS primaires (34,4%).
L'analyse suivant les régions montre que les FS de Lomé Commune ont enregistré plus d'accouchements par césarienne. En effet, il y a eu 6 721 accouchements par césarienne dans la Commune de Lomé (45,8%). Elle est suivie des régions des Plateaux et Maritime avec respectivement 16,6% et 15,3% des accouchements par césarienne. Cependant, les régions Savanes et Centrale sont celles qui ont enregistré un faible taux d'accouchements par césarienne.

La quasi-totalité des accouchements par césarienne ont été faite en milieu urbain soit 99,1%.

Tableau 3.21: Détails sur les accouchements de 2014

	Nombre total d'accouchement normaux en 2014	Nombre total d'accouchement par césarienne en 2014	Nombre total d'accouchement par ventouse en 2014	Nombre total d'accouchement assisté en 2014	Nombre total de femmes enceintes suivies par PTME en 2014
Type de Formation Sanitaire					
FS Publique primaire	69 650	5 045	144	74 839	2 729
FS Publique secondaire	8 151	4 275	429	12 855	185
FS Publique tertiaire	1 813	4 156	51	6 020	158
FS Privé	7 321	1 184	87	8 592	292
Région					
Lomé Commune	13 482	6 721	343	20 546	1 108
Maritime	18 185	2 240	49	20 474	1 085
Plateaux	23 471	2 431	48	25 950	481
Centrale	8 426	951	83	9 460	235
Kara	10 822	1 441	14	12 277	393
Savanes	12 549	876	174	13 599	62
Milieu					
Urbain	55 771	14 541	621	70 933	2 376
Rural	31 164	119	90	31 373	988
Ensemble	**86 935**	**14 660**	**711**	**102 306**	**3 364**

3.13 Bénéficiaires des méthodes PF

Il ressort qu'en 2014, dans les FS échantillonnées, il y a eu au total 210 068 bénéficiaires des méthodes PF dont 31,3% sont nouvelles acceptrices. La région des Plateaux est la région qui enregistre le nombre de bénéficiaires de méthodes PF le plus élevé (20,8%). A l'inverse la région Centrale est la région dans laquelle, l'utilisation des services PF est le faible (13,2%). La plupart des bénéficiaires des méthodes PF résident en milieu urbain (66%). Le tableau 3.19 indique les résultats de l'analyse ci-dessus.

Tableau 3.19: Effectif des accouchements en 2014

	Nombre total d'accouchement normaux en 2014	Nombre total d'accouchement par césarienne en 2014	Nombre total d'accouchement par ventouse en 2014	Nombre total d'accouchement assisté en 2014	Nombre total de femmes enceintes suivies par PTME en 2014
Type de Formation Sanitaire					
FS Publique primaire	69 650	5 045	144	74 839	2 729
FS Publique secondaire	8 151	4 275	429	12 855	185
FS Publique tertiaire	1 813	4 156	51	6 020	158
FS Privé	7 321	1 184	87	8 592	292
Région					
Lomé Commune	13 482	6 721	343	20 546	1 108
Maritime	18 185	2 240	49	20 474	1 085
Plateaux	23 471	2 431	48	25 950	481
Centrale	8 426	951	83	9 460	235
Kara	10 822	1 441	14	12 277	393
Savanes	12 549	876	174	13 599	62
Milieu					
Urbain	55 771	14 541	621	70 933	2 376
Rural	31 164	119	90	31 373	988
Ensemble	**86 935**	**14 660**	**711**	**102 306**	**3 364**

PARTIE IV : PERCEPTION DES CLIENTS SUR LES PRESTATIONS DE SERVICES EN PLANIFICATION FAMILIALE

La qualité des services constitue un élément important de l'utilisation des services PF par les clients. Cette section traite de la perception des clients sur les aspects techniques, organisationnels, relationnels et les résultats obtenus des services de la planification dans les formations sanitaires enquêtées.

4.1 Renseignements sur les clients

4.1.1 Répartition selon l'âge et le sexe

L'enquête sur la perception des clients sur la disponibilité des services de planification familiale a porté sur 1620 personnes en majorité de sexe féminin (98,5%), résidents essentiellement en milieu urbain (53,6%) comme le montre le tableau 4.1.

Par rapport à la région, seuls 6,6% des hommes utilisent les services de PF dans la région de Kara, 1,8% des régions de Plateaux et 1,2% de la Maritime.

En considérant le type de formation sanitaire, on constate que les hommes visitent davantage les formations sanitaires privé (7,5%). Pour les formations sanitaires publiques, seules les formations de type primaire font l'objet de visite par les hommes.

Tableau 4.1 : Répartition des clients selon le sexe

	Sexe		
	Masculin	**Féminin**	Effectif
Type			
FS Publique primaire	0,9	99,1	1355
FS Publique secondaire	0,0	100,0	81
FS Publique tertiaire	0,0	100,0	23
FS Privé	7,5	92,5	161
Région			
Lomé Commune	0,4	99,6	257
Maritime	1,2	98,8	329
Plateaux	1,8	98,2	451
Centrale	0,0	100,0	130
Kara	6,6	93,4	167
Savanes	0,0	100,0	286
Milieu de résidence			
Urbaine	2,2	97,8	869
Rurale	0,7	99,3	751
Gestionnaire			
Public	0,8	99,2	1459
Privé à but lucrative	23,1	76,9	52
Privé à but non lucratif	0,0	100,0	109
Ensemble	**0,3**	**99,7**	**1620**

La répartition selon les tranches d'âge résumée dans le tableau 4.2 révèle que 64,6% des interviewés sont des adultes âgés de 25 à 39 ans. Les personnes de moins de 25 ans représentent 25,4% des clients alors que 9,8% sont âgés de 40 à 49 ans.

Tableau 4.2 : Répartition des clients par groupe d'âges

	Groupe d'âges (ans)								
	10-14	15 - 19	20 – 24	25 - 29	30 – 34	35 - 39	40 - 44	45 - 49	50 et +
Type									
FS Publique primaire	0,3	6,1	21,0	27,6	21,5	13,3	7,5	2,4	0,4
FS Publique secondaire	0,0	7,4	9,9	33,3	25,9	16,1	6,2	1,2	0,0
FS Publique tertiaire	0,0	4,4	4,4	17,4	39,1	30,4	0,0	4,4	0,0
FS Privé	0,0	1,9	16,2	28,6	26,7	19,3	5,6	1,2	0,6
Région									
Lomé Commune	0,0	1,2	15,2	29,6	26,5	18,3	7,0	1,6	0,8
Maritime	0,0	3,0	21,0	32,2	21,3	12,8	7,6	1,5	0,6
Plateaux	0,4	8,4	22,2	28,2	25,3	11,3	3,3	0,9	0,0
Centrale	0,0	4,6	23,9	24,6	16,9	14,6	9,2	5,4	0,8
Kara	0,0	4,8	24,6	25,8	16,2	16,8	8,4	3,6	0,0
Savanes	0,7	9,8	13,6	23,4	22,0	15,4	10,8	3,9	0,4
Milieu									
Urbain	0,0	5,0	19,7	29,3	22,3	14,6	6,7	2,1	0,4
Rural	0,5	6,7	19,7	26,1	22,6	13,9	7,6	2,5	0,4
Gestionnaire									
Public	0,3	6,2	20,1	27,8	22,0	13,7	7,3	2,4	0,3
Privé à but lucratif	0,0	3,9	19,2	32,7	21,2	11,5	9,6	1,9	0,0
Privé à but non lucratif	0,0	0,9	14,7	26,6	29,4	22,9	3,7	0,9	0,9
Ensemble	**0,3**	**5,7**	**19,7**	**27,8**	**22,5**	**14,3**	**7,1**	**2,3**	**0,4**

4.1.2 Situation matrimoniale

Le tableau 4.3 montre la répartition des clients selon leur statut matrimonial. Il ressort de l'analyse de ce tableau que 70,4% des interviewés sont mariés, 15,2% vivent en union libre, 11,0% sont des célibataires et 3,4% sont divorcés, séparés ou veuves ou veufs.

Tableau 4.3 : Répartition (%) des clients selon la situation matrimoniale

	Situation matrimoniale				
	Célibataire	Union libre	Marié(e)	Divorcé(e)/séparé(e)/ veuf/veuve)	Effectif
Type					
FS Publique primaire	10,8	14,9	70,9	3,5	1355
FS Publique secondaire	9,9	29,6	56,8	3,7	81
FS Publique tertiaire	8,7	0,0	91,3	0,0	23
FS Privé	13,7	12,4	70,8	3,1	161
Région					
Lomé Commune	6,1	15,5	76,9	2,0	257
Maritime	17,5	21,5	57,4	1,5	329
Plateaux	5,4	16,9	76,2	3,6	451
Centrale	16,2	5,4	71,9	1,5	130
Kara	8,4	10,1	75,9	6,6	167
Savanes	11,0	15,2	70,4	5,6	286
Milieu					
Urbain	12,8	16,3	68,2	2,7	869
Rural	8,9	13,9	73,0	4,3	751
Gestionnaire					
Public	10,7	15,5	70,4	3,4	1459
Privé à but lucrative	32,7	26,9	36,5	3,9	52
Privé à but non lucratif	4,6	5,5	87,2	2,8	109
Ensemble	**11,0**	**15,2**	**70,4**	**3,4**	**1620**

4.1.3 Niveau d'instruction

Les résultats du tableau 4.4 montrent que la plupart des interviewés ont un niveau d'instruction assez bas : les clients ayant le niveau primaire représentent 34,8% des personnes enquêtées ; ceux qui n'ont jamais été à l'école représentent 26,1%; ceux qui ont atteint un niveau entre la classe de 6ème et celle de 3ème représentent 27,8%. Très peu des interviewés ont atteint un niveau entre la classe de 2nde et la classe Terminale (8,2%) ou ont fait des études universitaires (3,2%).

Par rapport au type de formation sanitaire, on constate que les formations sanitaires de type primaire et secondaire sont en majorité fréquentées par des clients qui n'ont jamais fréquenté ou n'ont que le niveau primaire. Dans les formations sanitaires de type primaire la proportion des clients n'ayant jamais fréquenté est de 28,7% et celle des clients n'ayant que le niveau primaire de 36,2%. Dans les formations de type secondaire, ces deux catégories représentent respectivement 17,3% et 33% des cas. Dans les formations de type tertiaire ou privé, on observe une forte proportion (supérieur à la moyenne) des clients qui ont atteint le niveau 2nde-Terminale ou Supérieur. En effet, 13,0% et 17,4% des clients des formations de type tertiaire ont respectivement le niveau 2nde – Terminale et Supérieur. Dans les formations de type privé, ces proportions sont de 15,5% et 16,2%.

Dans les régions, le niveau d'instruction des clients se situe majoritairement entre le niveau Primaire et le niveau 6e – 3e, à l'exception de la région des Savanes où près de la moitié (49,3%) des clients n'ont jamais été à l'école. Si le niveau d'instruction de la majorité des clients se situe entre Primaire 6e – 3e, la répartition entre ces deux niveaux varie suivant les régions. Dans les régions Maritime, Plateaux et Kara, la proportion des clients de niveau primaire est plus élevée 35,6%, 41,9% et 37,1% respectivement, que celle des clients de niveau 6e – 3e qui sont respectivement 31,0%, 28,4% et 24,6%. La proportion des clients ayant atteint les niveaux 2nde – Terminale ou Supérieur est plus élevée à Lomé Commune et dans les régions de la Kara et Maritime.

Tableau 4.4: Répartition (en pourcentage) des clients selon le niveau d'étude

	Niveau instruction					
	Jamais fréquenté	Primaire	6e en 3e	2nde en Tle	Supérieur	Effectif
Type						
FS Publique primaire	28,7	36,2	26,7	6,9	1,5	1355
FS Publique secondaire	17,3	33,3	34,6	13,6	1,2	81
FS Publique tertiaire	17,4	13,0	39,1	13,0	17,4	23
FS Privé	9,3	27,3	31,7	15,5	16,2	161
Région						
Lomé Commune	12,5	30,0	33,5	13,2	10,9	257
Maritime	19,2	35,6	31,0	11,9	2,4	329
Plateaux	24,4	41,9	28,4	5,1	0,2	451
Centrale	29,2	32,3	33,1	4,6	0,8	130
Kara	22,8	37,1	24,6	9,6	6,0	167
Savanes	49,3	26,9	17,5	5,2	1,1	286
Milieu						
Urbain	18,8	32,0	32,8	11,2	5,3	869
Rural	34,5	38,1	22,0	4,8	0,7	751
Gestionnaire						
Public	27,9	35,6	27,4	7,4	1,7	1459
Privé à but lucratif	7,7	25,0	34,6	13,5	19,2	52
Privé à but non lucratif	10,1	28,4	30,3	16,5	14,7	109
Ensemble	**26,1**	**34,8**	**27,8**	**8,2**	**3,2**	**1620**

4.1.4 Périodicité des visites pour les services de planification familiale

Une bonne périodicité des visites permet un bon suivi des clients PF. Il ressort du tableau 4.5 que la majorité des enquêtés visitent les services de PF tous les trois mois soit 32,3%. Ceux qui étaient à leur première visite représentait 28,8% des enquêtés contre, 10,0% qui viennent tous les deux mois et 10,2% tous les mois. Par ailleurs, 18,6% des enquêtés n'ont pas une périodicité fixe. Cette tendance observée sur l'ensemble se reflète quand on considère le type de gestionnaire, le milieu de résidence, la région et le type de formation sanitaire.

Tableau 4.5 : Répartition (en pourcentage) des clients selon la fréquence des visites au centre de prestation de services pour bénéficier de services de planification familiale

	Première fois	1 fois par mois	Tous les 2 mois	Tous les 3 mois	Autres	Effectif
Type						
FS Publique primaire	28,1	9,7	10,0	32,9	19,3	1355
FS Publique secondaire	27,2	14,8	16,0	34,6	7,4	81
FS Publique tertiaire	34,8	17,4	13,0	21,7	13,0	23
FS Privé	34,8	11,8	6,2	27,3	19,9	161
Région						
Lomé-Commune	33,1	11,3	7,8	31,1	16,7	257
Maritime	32,2	4,9	8,2	39,5	15,2	329
Plateaux	30,8	12,0	9,3	27,1	20,8	451
Centrale	20,8	0,8	12,3	30,8	35,4	130
Kara	41,3	6,6	8,4	30,5	13,2	167
Savanes	14,3	19,2	15,0	35,0	16,4	286
Milieu						
Urbain	30,1	9,3	9,8	34,9	15,9	869
Rural	27,3	11,3	10,3	29,3	21,8	751
Gestionnaire						
Public	28,2	10,1	10,4	32,8	18,5	1459
Privé à but lucratif	30,8	25,0	7,7	21,2	15,4	52
Privé à but non lucratif	36,7	5,5	5,5	30,3	22,0	109
Ensemble	**28,8**	**10,2**	**10,0**	**32,3**	**18,6**	**1620**

4.2 Perception des clients sur la prestation des services de planification familiale

La motivation des clients bénéficiaires des services de planification familiale à revenir dans le centre de même que la référence de leurs amis et partenaires dans la formation sanitaire pour bénéficier des services PF, dépend en partie de leur perception sur la qualité des prestations des services de planification familiale offerts dans la formation sanitaire.

L'étude s'est principalement intéressée aux opinions des clients sur les aspects techniques, organisationnels, relationnels et aux résultats obtenus des services de planification familiale dans la formation sanitaire.

4.2.1 Aspects techniques

Par rapport à l'opinion des clients sur les aspects techniques, le résumé des résultats est contenu dans le tableau 4.6 ci-dessous. L'analyse de ce tableau montre que globalement les clients des services PF ont une très bonne perception sur les aspects techniques des services liés au PF. La quasi-totalité des indicateurs examinés dans le tableau se situent au-delà de 90%. Toutefois, on peut mentionner qu'au niveau des FS privées à but

lucratif, la perception sur l'information des effets secondaires ou de la démarche à suivre en cas d'effets secondaires et des complications, la valeur de ces indicateurs se situe dans l'ordre de 75%.

Tableau 4.6 : Indicateurs (%) relatif à l'opinion des clients sur les aspects techniques des services de planification familiale

	Service dispensé avec la méthode de leur choix	Prise en compte des préférences et des attentes des clients par le prestataire	Le client a appris à utiliser la méthode	Informé des effets secondaires courants de la méthode	Informé de la démarche à suivre en cas d'effets secondaires de la méthode	Informé de la démarche à suivre en cas de complications graves	RDV pour contrôle et/ou remise de fournitures supplémentaires	Effectif
Type								
FS Publique primaire	98,7	99,7	98,7	96,2	97,1	95,3	94,6	1355
FS Publique secondaire	98,8	100,0	95,1	95,1	96,3	92,6	98,8	81
FS Publique tertiaire	100,0	95,7	95,7	82,6	87,0	91,3	91,3	23
FS Privé	98,8	100,0	94,4	92,5	93,2	92,5	91,3	161
Région								
Lomé-Commune	98,8	99,6	99,2	94,9	96,9	96,9	96,9	257
Maritime	99,1	99,4	98,2	94,8	97,6	94,8	88,4	329
Plateaux	97,6	99,8	98,0	96,2	96,2	94,9	95,8	451
Centrale	99,2	99,2	98,5	92,3	93,1	89,2	95,4	130
Kara	98,8	100,0	94,6	94,0	93,4	92,8	90,4	167
Savanes	100,0	100,0	99,0	98,6	99,0	96,5	99,0	286
Milieu								
Urbain	98,5	99,8	97,6	95,3	95,7	94,6	95,9	869
Rural	99,1	99,6	98,7	96,0	97,5	95,1	92,8	751
Gestionnaire								
Public	98,8	99,7	98,5	96,0	96,9	95,1	94,8	1459
Privé à but lucratif	98,1	100,0	82,7	76,9	78,8	76,9	78,8	52
Privé à but non lucratif	99,1	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	97,2	109
Ensemble	**98,8**	**99,7**	**98,1**	**95,6**	**96,5**	**94,8**	**94,4**	**1620**

4.2.2 Aspects organisationnels

Sur les aspects organisationnels, les opinions des clients présentés dans le tableau 4.7 révèlent que 26,1% des clients jugent le temps d'attente trop long. Se référant au jugement des clients, le temps est visiblement plus long dans les formations de type tertiaire (43,5%) et privé (38,5%), surtout dans les formations privées à but non lucratif (48,6%). Près de la moitié des clients de Lomé Commune (49,8%) trouvent que le temps d'attente est trop long contre 18,8% des clients dans la région Maritime. Par rapport au milieu, le temps d'attente est plus long en milieu urbain (31,2%) qu'en milieu rural (20,2%).

Concernant la propreté des lieux, on note que les clients sont globalement satisfaits à 96,0%. Les taux de satisfaction sont plus élevés dans les formations de type tertiaire (100%) ; dans les formations privées à but non lucratif (100%) contre 95,9% dans les FS du type primaire. Pour la satisfaction des clients concernant le temps consacré à la visite, le taux de satisfaction atteint 98,1%. Les taux de satisfaction sont plus élevés dans les formations de type tertiaire (100,0%) et dans les formations privées à but non lucratif (100%); dans la région de la Kara , ce taux de satisfaction des clientes est de 99,4% alors que la région centrale a enregistré le plus faible taux (93,8%).

Tableau 4.7 : Indicateur (%) relatif aux opinions des clients sur les aspects organisationnels des services de planification familiale

	Trouvé l'attente trop longue	Satisfait de la propriété de l'établissement	Satisfait de la confidentialité/ intimité	Satisfait du temps consacré	Effectif
Type					
FS Publique primaire	24,4	95,9	98,8	98,0	1355
FS Publique secondaire	25,9	97,5	98,8	97,5	81
FS Publique tertiaire	43,5	100,0	100,0	100,0	23
FS Privé	38,5	95,7	97,5	99,4	161
Région					
Lomé-Commune	49,8	97,3	97,3	98,8	257
Maritime	18,8	96,7	99,1	98,8	329
Plateaux	22,6	92,2	98,2	97,8	451
Centrale	24,6	96,9	99,2	93,8	130
Kara	24,0	97,0	100,0	99,4	167
Savanes	20,6	99,0	99,3	98,6	286
Milieu					
Urbain	31,2	96,3	98,7	98,2	869
Rural	20,2	95,6	98,7	98,1	751
Gestionnaire					
Public	24,7	96,0	98,8	98,0	1459
Privé à but lucrative	17,3	86,5	96,2	98,1	52
Privé à but non lucratif	48,6	100,0	98,2	100,0	109
Ensemble	**26,1**	**96,0**	**98,7**	**98,1**	**1620**

4.2.3 Aspects relationnels

L'analyse des résultats de l'opinion des clients sur les aspects relationnels est contenue dans le tableau 4.8. La lecture de ce tableau révèle que la majorité (98,5%) des clients indique avoir été traité avec courtoisie et respect par le personnel de la formation sanitaire. Cette proportion est très élevée quel que soit le type de formation sanitaire, la région, le milieu de résidence et le gestionnaire de l'établissement.

A la question, « *L'un des prestataires de soins vous a-t-il forcé (e) à accepter la méthode de planification familiale dont vous avez bénéficié aujourd'hui ou a-t-il insisté pour que vous l'acceptiez ?* », 9,1% des clients ont répondu affirmativement. Cette proportion est estimée 10,5% dans la région Lomé commune, 12,6% dans les régions des Savanes et 14,6% dans la région Centrale. Elle est également forte dans les formations sanitaires privées à but non lucratif (11,0%).

Par ailleurs, presque tous les clients (99,1%) sont satisfaits de l'attitude du prestataire de santé à leur égard. Le taux de satisfaction est cependant plus faible dans la région Centrale (97,7%) et dans les formations privées à but lucratif (94,2%)

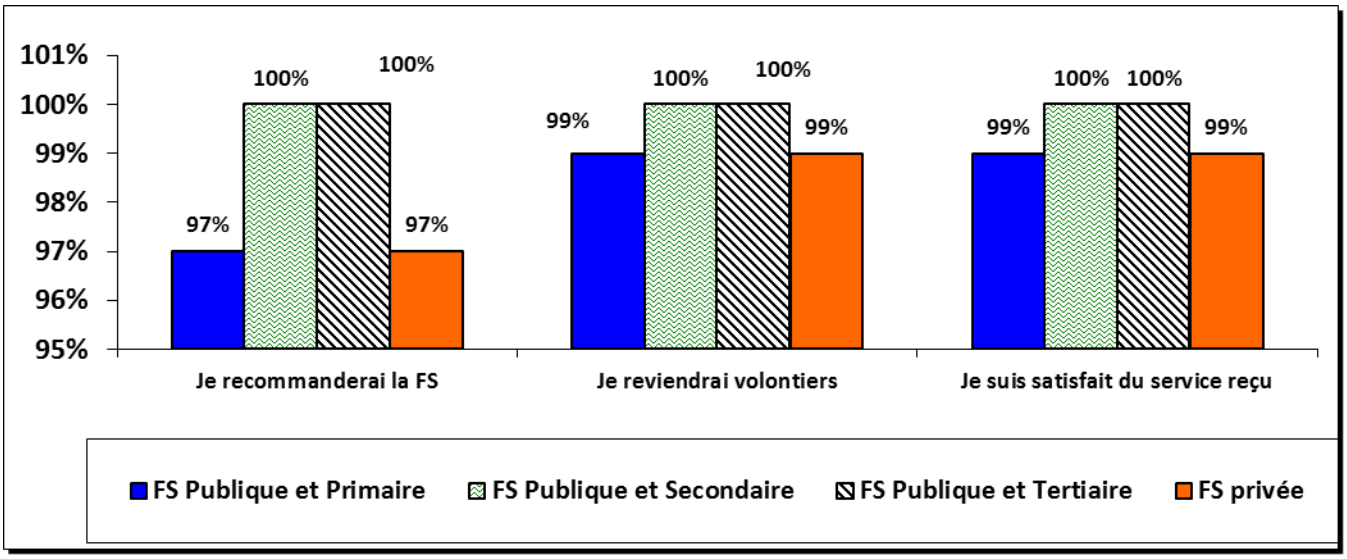
Tableau 4.8 : Répartition (%) des clientes selon leurs opinions sur les aspects relationnels des services de planification familial et quelques caractéristiques

	Traité avec Courtoisie et respect	Forcé à accepter la méthode de PF	Satisfait de l'attitude du prestataire	Effectif
Type				
FS Publique primaire	98,7	9,3	99,3	1355
FS Publique secondaire	100,0	7,4	98,8	81
FS Publique tertiaire	100,0	4,3	100,0	23
FS Privé	95,7	9,3	98,1	161
Région				
Lomé-Commune	97,7	10,5	98,8	257
Maritime	98,5	5,5	99,7	329
Plateaux	97,8	8,2	98,4	451
Centrale	100,0	14,6	97,7	130
Kara	98,2	6,6	100,0	167
Savanes	99,7	12,6	100,0	286
Milieu				
Urbain	98,5	9,3	99,2	869
Rural	98,4	8,9	99,1	751
Gestionnaire				
Public	98,8	9,1	99,2	1459
Privé à but lucrative	94,2	5,8	96,2	52
Privé à but non lucratif	96,3	11,0	99,1	109
Ensemble	**98,5**	**9,1**	**99,1**	**1620**

4.2.4 Opinions sur les services de planification familiale

La répartition des clients en fonction de leurs opinions sur les résultats des services de planification familiale est contenue dans le graphique 4.1. De l'analyse des résultats, il ressort que 99,3% des clients sont satisfaits du service reçu ; 99,0% ont déclaré qu'ils reviendront volontiers dans la formation sanitaire et ; 97,5% sont prêts à recommander un membre de leur famille ou un de leurs amis à se rendre dans la formation sanitaire afin de bénéficier des services de planification familiale.

Graphique 4.1: Répartition (en pourcentage) des clients en fonction de leurs opinions sur les services de planification familiale



Les clients de la région Centrale sont les plus satisfaits des formations sanitaires de planification familiale. En effet, 100% des clients de cette région sont satisfaits du service reçu; ils reviendraient volontiers dans la formation sanitaire ; et recommanderaient bien leur formation sanitaire à quelqu'un d'autre.

Tableau 4.9 : Répartition (%) des clientes selon leurs opinions sur les aspects relationnels des services de planification familial et quelques caractéristiques

	Satisfait du service reçu	Reviendrez-vous dans cette FS	Recommanderiez-vous cette FS	Effectif
Type				
FS Publique primaire	99,3	99,0	97,4	1355
FS Publique secondaire	100,0	100,0	100,0	81
FS Publique tertiaire	100,0	100,0	100,0	23
FS Privé	98,8	98,8	96,9	161
Région				
Lomé-Commune	99,2	99,2	97,7	257
Maritime	100,0	97,9	94,2	329
Plateaux	98,2	98,4	97,1	451
Centrale	100,0	100,0	100,0	130
Kara	99,4	100,0	99,4	167
Savanes	100,0	100,0	99,7	286
Milieu				
Urbain	99,4	99,1	97,7	869
Rural	99,2	98,9	97,3	751
Gestionnaire				
Public	99,4	99,0	97,6	1459
Privé à but lucratif	98,1	100,0	90,4	52
Privé à but non lucratif	99,1	98,2	100,0	109
Ensemble	**99,3**	**99,0**	**97,5**	**1620**

Les clients qui visitent les formations de type secondaire et tertiaire sont les plus satisfaits de leur formation sanitaire: 100% des clients sont satisfaits du service reçu; ils reviendraient volontiers dans la même formation; recommanderaient leur formation à d'autres personnes.

4.3 Évaluation par les clients du coût des services de planification familiale

Les coûts de déplacements, de prestations et de financement des services de planification familiale sont les composantes du coût des services de planification familiale. Ces coûts peuvent êtres des déterminants pour l'utilisation des services de planification familiale.

4.3.1 Recouvrement de coûts des prestations de services PF

Les résultats du tableau 4.10 montrent que 76,3% des clients qui ont visité les formations sanitaires ont déclaré avoir payé le service de planification familiale. En moyenne les clients ont déclaré avoir payé 257 FCFA pour le carnet, 894 FCFA pour les examens de laboratoire, 1038 FCFA pour le coût des contraceptifs remis par le prestataire de soins, 1162 FCFA pour l'achat des contraceptifs à la pharmacie et 728 FCFA pour la consultation soit un total de 4079 FCFA.

Tableau 4.10 : Proportion de clients indiquant avoir payé le service et montant moyen payé, par type de point de prestation de services, par région sanitaire, milieu de résidence par gestionnaire de la FS

	Proportion des clients ayant payé les services de PF	Montant moyen payé (FCFA)					Effectif
		Coût Carte/carnet	Coût Examen de laboratoire/radio graphie	Coût Contraceptif remis par le prestataire	Coût Contraceptif acheté à la pharmacie	Coût consultation	
Région Sanitaire							
Lomé-Commune	89,5	548	1400	2472	1180	951	257
Maritime	75,1	214	685	844	1227	448	329
Plateaux	72,9	203	944	561	944	560	451
Centrale	76,2	307	2233	1264	993	791	130
Kara	73,7	205		1422	804	183	167
Savanes	72,7	178	233	578	1627	623	286
Milieu de résidence							
Urbain	83,3	308	924	1140	1134	772	869
Rural	68,2	207	816	860	1209	597	751
Formation sanitaire							
FS Publique primaire	73,3	229	742	908	1136	565	1355
FS Publique secondaire	95,1	194	1875	810	2085	345	81
FS Publique tertiaire	82,6	968	2800	1043	1150	1867	23
FS Privé	91,3	455	200	2974	917	1312	161
Gestionnaire							
Public	74,6	237	923	903	1215	556	1459
Privé à but lucratif	86,5	848	300	3875	587	2794	52
Privé à but non lucratif	93,6	246	100	1321	1038	924	109
Ensemble	**76,3**	**257**	**894**	**1038**	**1162**	**728**	**1620**

4.3.2 Coût du déplacement

Pour se rendre dans les formations sanitaires, les clients utilisent divers moyens de déplacement entre autres la marche, le vélo, la moto, la voiture soient respectivement la marche dans une proportion de 52,2%, le taxi moto 32,4%, les motos privées 7,5% et les bus ou taxi 3,2%. Les voitures privées 0,6% sont utilisées par une proportion très faible de clients. En moyenne les clients payent 319 FCFA pour assurer l'itinéraire lieu de résidence-formation sanitaire- lieu de résidence dont l'aller est estimé en moyenne à 3 km par l'ensemble des clients. Les clients fréquentant les formations sanitaires publiques (8 km), les formations sanitaires privées (7 km) et les gestionnaires privés à but non lucratifs (8 km) sont ceux qui parcourent une distance dépassant la norme de l'aire sanitaire fixée au Togo (5 km).

Tableau 4.11 : Répartition (en pourcentage) des clients par mode de transport, par distance parcourue et par coût du transport

	Marche	Vélo	Taxi moto	Moto privée	Bus/taxi	Voiture privée	Autres (préciser)	Distance entre votre résidence et la FS (Km)	Coût moyen Aller/Retour	Effectif
	%	%	%	%	%	%	%	Moyenne	Moyenne	
Région Sanitaire										
Lomé-Commune	19,8	0,0	57,6	13,6	6,6	2,3	0,0	6	608	257
Maritime	43,8	0,9	41,9	7,0	5,5	0,9	0,0	3	294	329
Plateaux	60,1	2,0	32,2	3,8	2,0	0,0	0,0	3	277	451
Centrale	60,8	0,0	29,2	10,0	0,0	0,0	0,0	3	264	130
Kara	66,5	3,6	18,0	9,6	2,4	0,0	0,0	3	196	167
Savanes	66,1	17,1	9,1	6,3	1,4	0,0	0,0	2	251	286
Milieu de residence										
Urbain	35,9	1,6	47,0	9,6	4,9	1,0	0,0	4	433	869
Rural	71,0	7,1	15,6	5,2	1,2	0,0	0,0	3	187	751
Formation sanitaire										
FS Publique primaire	57,5	4,6	29,0	5,8	2,9	0,3	0,0	3	261	1355
FS Publique secondaire	29,6	1,2	54,3	11,1	2,5	1,2	0,0	4	648	81
FS Publique tertiaire	21,7	0,0	34,8	21,7	17,4	4,3	0,0	8	800	23
FS Privé	23,0	2,5	49,7	18,6	4,3	1,9	0,0	7	576	161
Gestionnaire										
Public	55,4	4,3	30,5	6,3	3,1	0,4	0,0	3	291	1459
Privé à but lucratif	36,5	7,7	30,8	19,2	3,8	1,9	0,0	3	372	52
Privé à but non lucratif	16,5	0,0	58,7	18,3	4,6	1,8	0,0	8	673	109
Ensemble	**52,2**	**4,1**	**32,4**	**7,5**	**3,2**	**0,6**	**0,0**	**3**	**319**	**1620**

4.3.3 Temps passé dans les formations sanitaires pour les services PF

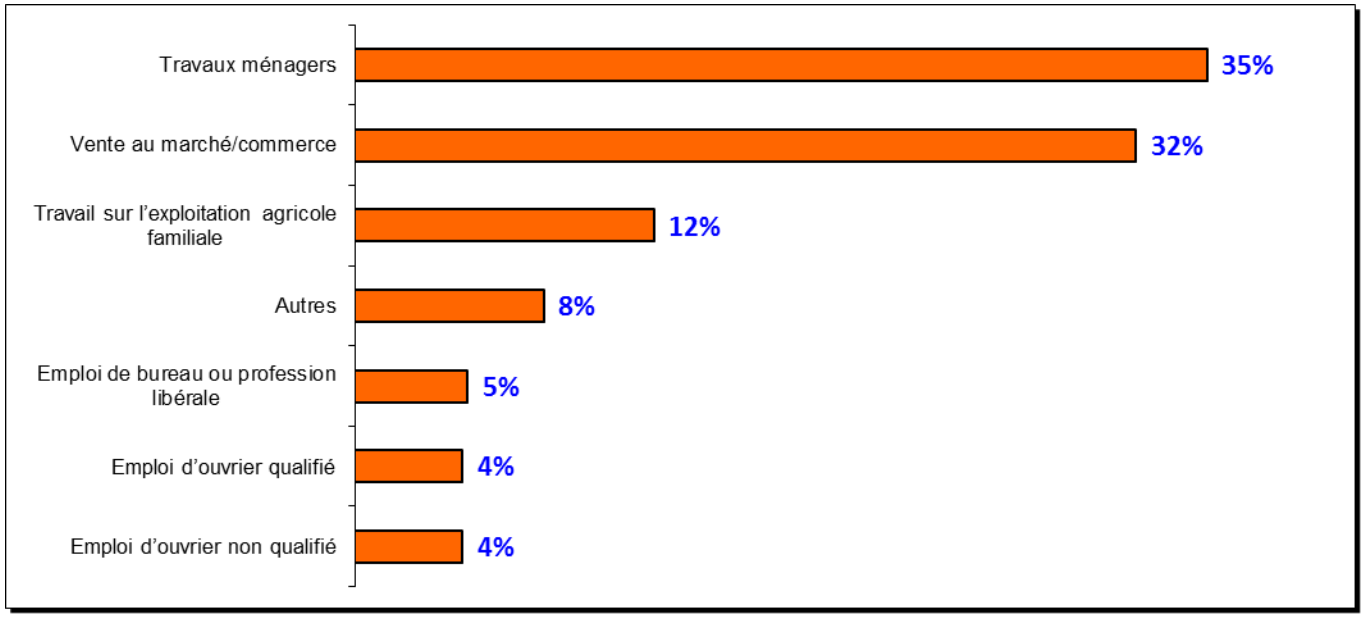
Le tableau 4.12 présente le temps moyen passé dans la FS pour bénéficier des services de planification familiale. Ce temps passé correspond au temps que met le client de sa résidence à la formation sanitaire, additionné au temps d'attente pour bénéficier des services de PF et au temps de retour à sa résidence. Il ressort du tableau 4.12 qu'en moyenne les clients, pour bénéficier des services de PF passent environ 1h30 min (90 min) pour recevoir les soins d'un prestataire soit environ 30 min pour chaque composante de l'indicateur. En considérant la région sanitaire, les clients passent en moyenne plus de temps pour recevoir les services relatifs à la PF dans Lomé Commune (113,8 min) et dans la Centrale (103,1 min). Le temps d'attente le plus court se retrouve dans la région maritime (75,9 min)

Tableau 4.12 : Temps passé en moyenne dans les FS pour bénéficier des services de planification familiale

	Durée moyen du trajet résidence à la FS	Délai moyen d'attente dans la FS	Durée moyen du trajet retour FS-résidence	Total
Région				
Lomé-Commune	25,3	62,6	25,9	113,8
Maritime	26,7	20,9	28,2	75,9
Plateaux	28,5	31,2	29,7	89,4
Centrale	28,8	43,5	30,8	103,1
Kara	29,6	24,3	30,9	84,8
Savanes	37,5	22,1	38,5	98,0
Milieu				
Urbain	27,3	39,5	28,5	95,3
Rural	31,7	25,0	33,0	89,7
Formation sanitaire				
FS Publique primaire	29,8	29,7	31,2	90,7
FS Publique secondaire	29,4	29,6	29,0	88,1
FS Publique tertiaire	27,7	69,0	27,0	123,7
FS Privé	25,5	54,9	26,7	107,0
Gestionnaire				
Public	29,8	30,3	31,0	91,1
Privé à but lucrative	22,5	32,1	24,5	79,1
Privé à but non lucratif	26,9	65,7	27,8	120,4
Ensemble	**29,4**	**32,8**	**30,6**	**92,7**

Les réponses fournies par les clients, relatives à ce qu'ils devraient faire comme activité le temps passé à la formation sanitaire (Graphique 4.2) montre que les clients dans une grande proportion devraient se consacrer aux travaux ménagers (34,5%), aux ventes au marché ou commerce (31,9%) et à l'activité agricole familiale (12,2%). Par ailleurs chacune des activités à savoir emploi d'ouvrier non qualifié, emploi d'ouvriers qualifiés et emploi de bureau ou de profession libérale est citée par près de 4,4% des clients. Les autres activités ont été citées par 7,7% des clients.

Graphique 4.2: Répartition (en pourcentage) des clients par activités qu'ils auraient effectuées pendant le temps nécessaire à la prestation des services de planification familiale



Les résultats du tableau 4.13 montrent que pour près de sept clients sur dix (69,9%) personnes ne s'est occupée de l'activité qu'ils auraient effectuée pendant le temps nécessaire à la prestation des services de planification familiale. Par ailleurs 20,6 % et 6,7 % de clients affirment que ce sont respectivement les membres de la famille et collègues qui se sont chargé des activités à leur place.

Tableau 4.13 : Répartition (en pourcentage) des clients selon la personne qui aurait effectué son activité pendant le temps nécessaire à la prestation des services de planification familiale

	Membre de la famille	Collègue	Personne	Autres	Effectif
	%	%	%	%	
Sexe					
Homme	16,7	20,8	62,5	0	24
Femme	20,6	6,5	70,1	2,9	1596
Tranche d'âges					
10-14 ans	0	0	100	0	4
15-19 ans	9,7	5,4	78,5	6,5	93
20-24 ans	13,8	7,8	75,9	2,5	319
25-29 ans	21,3	5,8	71,2	1,8	451
30-34 ans	19,2	6,9	70,3	3,6	364
35-39 ans	28,6	9,5	58	3,9	231
40-44 ans	31,3	3,5	64,3	0,9	115
45-49 ans	29,7	2,7	64,9	2,7	37
50 ans et +	16,7	0	83,3	0	6
Situation matrimoniale					
Célibataire	11,2	9	75,8	3,9	178
Union libre	13	3,7	79,3	4,1	246
Marié(e)	23,6	6,9	67	2,5	1141
Divorcé(e)/séparé(e)/veuf/veuve)	21,8	7,3	69,1	1,8	55
Niveau d'instruction					
Jamais fréquenté	30,8	5	63,3	0,9	422
Primaire	19,3	5,9	72	2,8	564
6e en 3e	14,4	5,8	74,9	4,9	450
2nde en Tle	18	13,5	66,9	1,5	133
Supérieur	9,8	19,6	66,7	3,9	51
Ensemble	**20,6**	**6,7**	**69,9**	**2,8**	**1620**

Plus spécifiquement, en considérant la répartition des clients par rapport aux personnes qui ont exercé l'activité à leur place et le type d'activité dans le tableau 4.14 ci-dessous, on constate que pour les travaux ménagers, le travail sur l'exploitation agricole familiale, la vente au marché ou le commerce, les clients ont légué leur activité à un membre de la famille. Les autres activités n'ont été assurées pratiquement par personne en l'absence des clients.

Les clients payent en moyenne 925 FCFA pour les travaux sur l'exploitation agricole, 700 FCFA pour des emplois d'ouvrier qualifié, 100 FCFA pour l'emploi d'ouvrier non qualifié, 1186 FCFA pour la vente au marché ou le commerce et 2375 FCFA pour les travaux ménagers.

Tableau 4.14 : Répartition (%) des clients selon la personne qui a réalisé l'activité à leur absence (bénéficier des services de planification familiale) et le montant moyen payé pour la réalisation du travail

	Membre de la famille	Collègue	Personne	Autres	Montant moyen	Effectif
	%	%	%	%		
Activité que le client aurait réalisée pendant le temps passé pour bénéficier des services de PF						
Travaux ménagers	22,7	0,9	74,8	1,6	2375	563
Travail sur l'exploitation agricole familiale	20,8	2,0	75,6	1,6	925	197
Vente au marché/commerce	29,8	9,3	59	1,9	1186	517
Emploi d'ouvrier non qualifié	4,2	12,5	80,6	2,7	100	72
Emploi d'ouvrier qualifié	2,8	15,3	76,4	5,5	700	72
Emploi de bureau ou profession libérale	4,1	31,1	56,8	8,0	750	74
Autres	1,6	6,4	82,4	9,6	667	125
Ensemble	**20,6**	**6,7**	**69,9**	**2,8**	**1269**	**1620**

4.3.4 Source de financement des services de planification familiale

Le tableau 4.15 présente la répartition des clients par source de financement des services de planification familiale. Il ressort dans 61,9% des cas que les clients financent eux même les services de PF auxquels ils ont recours. Les conjoints ont été cités par 42,5% des clientes ; les membres de la famille autre que le conjoint ont été cités dans 4,8% des cas.

Tableau 4.15: Répartition (en pourcentage) des clients par source de financement des services de planification familiale

	Moi-même	Conjoint(e)	Membre de la famille autre que con-joint(e)	Autre	Effectif
Sexe					
Homme	100,0	0,0	0,0	0,0	24
Femme	61,6	42,9	4,8	0,6	1596
Tranche d'âge					
10-14 ans	50	50	50	0	4
15-19 ans	46,1	33,3	30,6	4,3	93
20-24 ans	54,7	46,5	7,4	0,5	319
25-29 ans	61,9	44,6	1,2	0,3	451
30-34 ans	64,9	43,2	2,4	0,0	364
35-39 ans	66,7	41,5	1,3	0,7	231
40-44 ans	75,3	35,1	1,4	0,0	115
45-49 ans	66,7	30,4	4,3	0,0	37
50 ans et +	100	0,0	0,0	0,0	6
Situation conjugale					
Célibataire	70,2	14,4	21,6	1,7	178
Union libre	62,7	44,2	7,1	0,0	246
Marié(e)	59,4	47,4	1,6	0,5	1141
Divorcé(e)/séparé(e)/veuf/veuve)	88,2	13,3	3,3	0;0	55
Niveau instruction					
Jamais fréquenté	62,1	44,9	2,3	0,0	422
Primaire	67,1	37,9	5,1	0,8	564
6e en 3e	57,0	45,0	6,7	0,9	450
2nde en Tle	56,6	47,0	4,0	0,0	133
Supérieur	64,1	41,0	2,5	0,0	51
Ensemble	**61,9**	**42,5**	**4,8**	**0,6**	**1620**

4.3.5 Revenu et dépenses mensuels des ménages

Les clients de la PF vivent dans des ménages de 6 personnes en moyenne (Tableau 4.16). Selon le type de formation sanitaire, il ressort que les clients des FS publiques primaires ont une taille moyenne de ménage la plus élevé avec 6 personnes suivi des FS publiques secondaires, publiques tertiaires et des FS privées avec 5 personnes respectivement.

Par rapport aux régions, l'analyse montre que les ménages de la région Centrale et de la région des Savanes sont de rang plus élevé (7 personnes en moyenne par ménage) suivi de la région de la Kara (6); Lomé commune, Maritime et Plateaux qui ont une taille moyenne de 5 personnes par ménage.

Tableau 4.16: Répartition (en pourcentage) des clients par taille de leur ménage

	1 – 5	6 – 10	11 ou +	Taille moyenne	Effectif
Région					
Lomé-Commune	72,0	25,7	2,3	5	257
Maritime	62,2	35,4	2,5	5	329
Plateaux	60,2	37,1	2,7	5	451
Centrale	45,7	42,6	11,6	7	130
Kara	58,7	34,7	6,6	6	167
Savanes	40,5	50,4	9,2	7	286
Milieu					
Urbain	63,4	32,7	3,9	5	869
Rural	51,1	43,0	5,9	6	751
Formation sanitaire					
FS Publique primaire	55,8	39,0	5,1	6	1355
FS Publique secondaire	58,0	38,3	3,7	5	81
FS Publique tertiaire	82,6	13,0	4,3	5	23
FS Privé	69,6	27,3	3,1	5	161
Gestionnaire					
Public	56,4	38,6	5,0	6	1459
Privé à but lucratif	76,9	21,2	1,9	4	52
Privé à but non lucratif	66,1	30,3	3,7	5	109
Etat matrimonial					
Célibataire	63,8	34,5	1,7	5	178
Union libre	63,7	33,1	3,3	5	246
Marié(e)	55,0	39,1	5,9	6	1141
Divorcé(e)/séparé(e)/veuf/veuve)	66,7	33,3	0,0	5	55
Niveau d'instruction					
Jamais fréquenté	37,2	53,6	9,2	7	422
Primaire	57,9	38,0	4,1	6	564
6e en 3e	68,5	29,2	2,2	5	450
2nde en Tle	78,6	19,1	2,3	4	133
Supérieur	76,0	18,0	6,0	5	51
Ensemble	**57,7**	**37,5**	**4,8**	**6**	**1620**

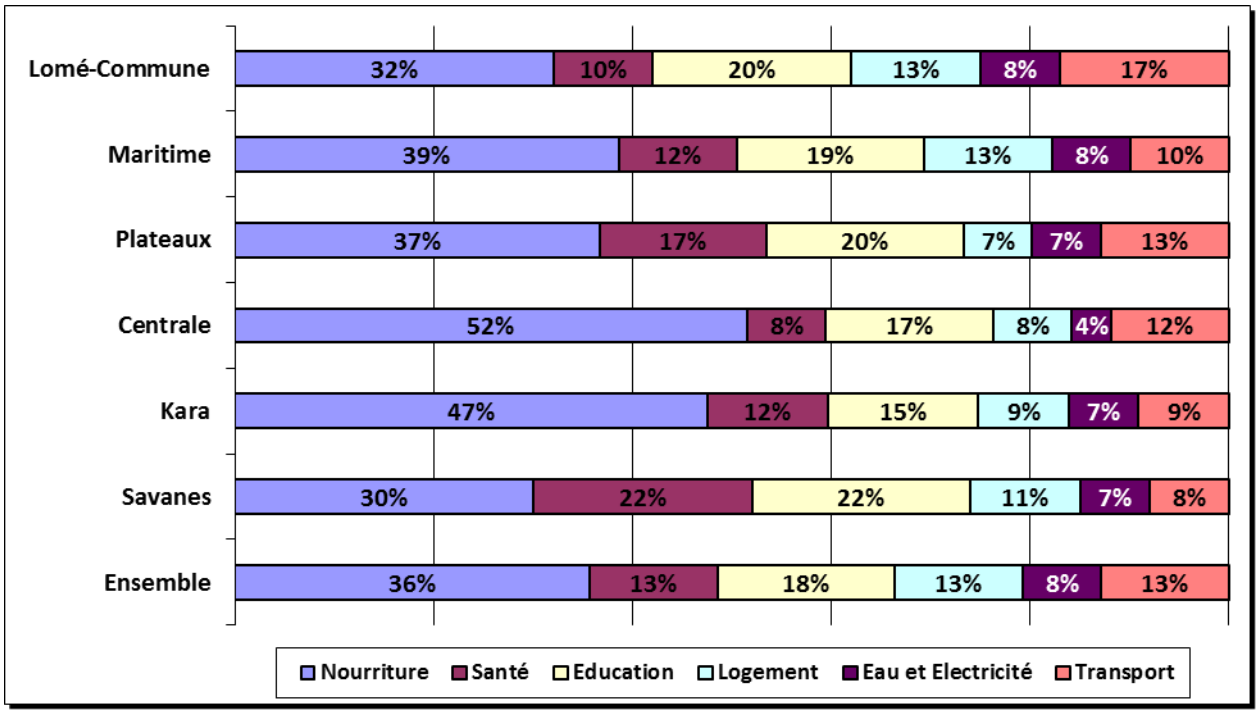
Par ailleurs, en considérant les tranches en fonction de la taille des ménages, on remarque que la plupart des ménages ont une taille comprise entre 1 et 5 personnes. En effet, 57,7% des clients déclarent vivre dans des ménages de 1 à 5 personnes, suivis de 37,5% des clients qui vivent dans des ménages de 6 à 10 personnes. Par

rapport au niveau d'instruction, la plupart des clients vivant dans des ménages de 1 à 5 personnes ont au moins le niveau primaire tandis que ceux qui n'ont jamais fréquenté vivent beaucoup plus dans des ménages de 6 à 10 personnes.

L'analyse des dépenses des ménages (Tableau 4.17 et Graphique 4.3) révèle que les dépenses alimentaires occupent une grande partie des dépenses des ménages. De façon générale, elles représentent près de 36% des dépenses moyennes des ménages. Ces dépenses sont suivies des dépenses d'éducation (18,2%) ; des dépenses de transport (13,2%) ; des dépenses de santé (12,5%) et des dépenses de logement (12,6%). Les dépenses d'eau et d'électricité occupent la dernière place dans les dépenses des ménages (7,7%).

Dans les régions, on note de grandes disparités. Dans les régions Centrale (51,5%) et de la Kara (47,1%), les dépenses alimentaires représentent près de la moitié des dépenses moyennes des ménages des clients. Dans les régions des Savanes (22,0%) et des Plateaux (17,3%), les dépenses de santé représentent une part plus importante (au-dessus de la moyenne) dans les dépenses moyennes des ménages. Les dépenses de logement prennent une part plus importante des dépenses des ménages à Lomé Commune que celle qu'elles occupent dans les dépenses moyennes pour l'ensemble.

Graphique 4.3 : Structure des dépenses des ménages des clients par région sanitaire



Par ailleurs, l'analyse du revenu montre que le revenu moyen mensuel des clients est de 31 521 FCFA, en deçà du salaire minimum garanti au Togo (SMIG) qui est de 35 000 FCFA. En dehors des clients de Lomé Commune (40 463 FCFA) et Maritime (64 105 FCFA) qui ont un revenu supérieur au SMIG, les clients des autres régions ont un revenu largement en deçà du SMIG. C'est dans la région des Savanes (11 999 FCFA) qu'on retrouve les revenus les plus bas ; suivie de la région Centrale (17 592 FCFA). Les revenus des clients du milieu urbain sont au-dessus (40 207 FCFA) du SMIG alors que ceux des clients du milieu rural sont en deçà du SMIG (21 501 FCFA).

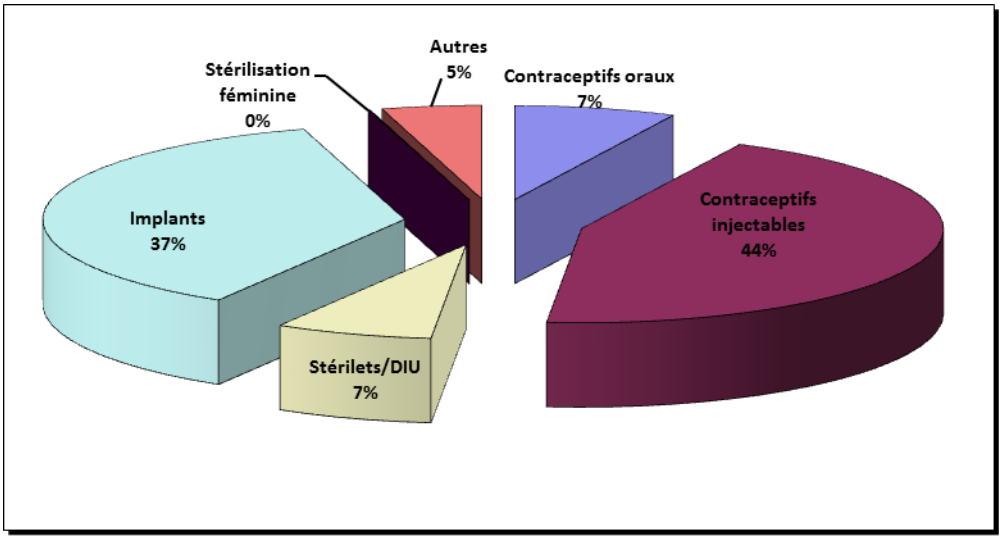
Tableau 4.17 : Dépense et revenu moyens mensuels des clients et des ménages.

	Dépenses moyennes par poste						Revenu moyen client	Revenu moyen ménage
	Nourriture	Santé	Education	Logement	Eau et électricité	Transport		
Région								
Lomé-Commune	43 217	13 989	26 758	17 100	10 779	22 831	40 463	117 810
Maritime	31 811	10 211	15 282	10 378	6 640	8 136	64 105	114 498
Plateaux	16 510	7 800	9 023	2 974	2 928	5 839	21 363	49 172
Centrale	48 478	7 560	15 753	7 135	4 137	10 978	17 592	76 999
Kara	26 818	6 869	8 748	5 380	3 770	5 365	26 379	67 690
Savanes	11 264	8 304	8 400	4 152	2 692	3 043	11 999	29 650
Milieu								
Urbain	31 641	10 231	17 168	10 779	6 811	12 951	40 207	91 420
Rural	20 806	8 181	9 610	5 072	3 460	5 476	21 501	53 368
Formation sanitaire								
FS Publique primaire	24 363	8 578	12 344	7 559	4 606	7 768	31 080	67 946
FS Publique secondaire	35 213	8 071	10 760	10 522	4 751	8 786	28 067	75 755
FS Publique tertiaire	39 717	14 818	43 059	19 233	10 845	28 523	66 157	160 209
FS Privé	39 143	14 387	19 873	15 626	11 994	20 211	31 677	108 056
Gestionnaire								
Public	25 215	8 654	12 737	8 105	4 759	8 260	31 506	69 819
Privé à but lucratif	30 096	10 777	21 830	8 176	6 289	17 088	31 250	66 635
Privé à but non lucratif	43 459	15 976	19 073	18 753	14 818	21 652	31 875	127 817
État matrimonial								
Célibataire	16 892	6 585	13 128	5 399	4 824	7 033	36 051	59 767
Union libre	21 739	8 206	8 295	6 230	3 258	8 460	24 089	49 164
Marié(e)	29 368	9 867	14 488	11 037	6 480	10 604	32 650	81 982
Divorcé(e)/séparé(e)/veuf/veuve)	21 284	8 796	14 448	5 679	3 950	4 856	27 514	50 634
Niveau d'instruction								
Jamais fréquenté	26 140	9 132	12 021	6 594	5 177	7 299	22 040	58 728
Primaire	24 314	8 498	12 039	6 361	4 482	9 332	26 108	62 399
6e en 3e	27 751	9 123	15 096	10 506	5 948	9 401	27 847	75 450
2nde en Tle	27 787	10 942	14 747	11 922	6 840	9 446	61 024	105 016
Supérieur	42 902	16 235	26 887	23 118	12 722	29 390	124 115	227 072
Taille des ménages								
1 - 5	24 998	8 244	11 447	9 157	5 323	9 199	33 059	74 206
6 - 10	25 950	10 193	14 579	9 853	6 000	10 890	29 750	71 954
11 ou +	51 371	14 312	23 115	10 229	10 793	8 997	27 062	83 580
Ensemble	**26 631**	**9 277**	**13 502**	**9 383**	**5 712**	**9 775**	**31 521**	**73 820**

4.3.6 Méthodes PF reçues par les clients

Le graphique 4.4 présente les différentes méthodes dont les clients ont pu bénéficier lors de leur visite dans les formations sanitaires. Il indique que la première méthode est l'injectable (45%) suivie des implants (37%). En dehors de ces deux méthodes, les autres ont été moins choisies par clients. Il s'agit du stérilet/DIU (7%), les pilules (7%), etc. Ces données jouent un rôle important dans l'approvisionnement des formations sanitaires et des commandes pour l'ensemble du pays.

Graphique 4.4: Méthode PF reçue par les clients



CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS

Cette étude est la deuxième édition que le Togo vient de réaliser après celle de 2013. L'objectif est d'évaluer la disponibilité des produits et services de santé de la reproduction et la perception des prestations de services de planification familiale par les clients. Elle a porté sur deux cibles à savoir les formations sanitaires avec une taille de l'échantillon de 277 et des bénéficiaires avec un échantillon de 1620 personnes venues solliciter des méthodes contraceptives le jour de l'enquête. Elle a été réalisée grâce au concours techniques de l'Institut National de la Statistique et des Études Économiques et Démographiques (INSEED), sous la supervision administrative de la Division de la Santé Familiale (DSF) avec l'appui technique et financier de l'UNFPA/Togo.

L'analyse des résultats obtenus a révélé que :

- La quasi-totalité des formations sanitaires publiques offrent des services de planification familiale et font des accouchements. Au niveau du privé, même si la proportion des FS faisant l'accouchement est élevée, il faut noter qu'elles restent nombreuses à ne pas offrir des services de PF à leurs clients.
- Par rapport à 2013, on note que la proportion de formations sanitaires offrant au moins trois méthodes de planification familiales (voire quatre ou cinq) a progressé que ce soit avec ou sans préservatifs.
- En ce qui concerne la rupture des moyens contraceptifs au cours des 6 derniers mois précédant l'enquête et même le jour de l'enquête, l'étude précédente avait relevé des taux assez élevé. Les résultats de cette année montrent une nette amélioration de la disponibilité des produits SR/PF sur le terrain. Cependant, certaines raisons ont été évoquées par les prestataires pour justifier l'absence de certaines méthodes contraceptives dans les formations sanitaires. Il a été cité entre autre, la demande faible ou nulle de certaines méthodes, le retard de commande de réapprovisionnement des moyens contraceptifs et l'absence de personnel formé pour la dispensation de certaines méthodes contraceptives.
- Le même constat est fait au niveau de la disponibilité de sept (7) médicaments vitaux de santé maternelle. La situation de 2014 s'est nettement améliorée par rapport à 2013.
- Il a été noté aussi que les différents documents notamment sur les normes, politiques et protocoles en matière de santé de la reproduction ont été mis à la disposition des formations sanitaires par la DSF avec l'appui des partenaires techniques et financiers.

Ces résultats encourageants découlent de la mise en œuvre des recommandations de l'étude de l'année 2013. L'analyse des données a prouvé que les produits contraceptifs et les médicaments pour la santé maternelle connaissent très peu de rupture dans la région Maritime qui bénéficie depuis août 2014 de l'initiative IPM qui vise l'objectif « Zéro rupture! ». Ce projet est mis en œuvre avec l'appui de l'UNFPA à travers les Fonds Bill & Melinda Gates Fondation et EngenderHealth-Togo à travers le projet AgirPF de l'USAID Ce projet dont l'évaluation est en cours de préparation pourra être mise à l'échelle en fonction des résultats et grâce à l'appui d'autres partenaires comme le Fonds Mondial et EngenderHealth.

Par rapport aux clients, plusieurs indicateurs ont permis d'évaluer leur perception sur les prestations des services. Tous les clients rencontrés sont satisfaits du service reçu et la quasi-totalité a pu bénéficier de la méthode souhaitée. En ce qui concerne le temps d'attente, il est variable en fonction du niveau de la formation

sanitaire mais dans l'ensemble acceptable pour les clients. Les méthodes PF préférées par les clients ont été les injectables et les implants. Enfin, les clients ont indiqué avoir été traités avec courtoisie et respect par les prestataires. Tous estiment pouvoir revenir dans la formation sanitaire ou recommander ces services à une tierce-personne.

Aux termes de cette analyse, il peut être formulé les recommandations suivantes :

À l'endroit du MS/DSF

- Etudier la faisabilité et porter à échelle le mécanisme opérationnel de disponibilité des médicaments SR et des produits contraceptifs avec la vision de zéro rupture dans les formations sanitaires ;
- Réviser les documents de Politique et Normes en SR/PF/IST et les protocoles de service à la lumière de la Liste des Médicaments Essentiels de la DPML
- Promouvoir l'utilisation des TIC dans l'offre et la demande de service en SR/PF,
- Elaborer et mettre en œuvre une stratégie opérationnelle de supervision intégrée et facilitante respectant les normes organisationnelles,
- Poursuivre le renforcement de capacités des prestataires de services en SR/PF
- Prendre toutes les dispositions à tous les niveaux pour éviter la péremption des médicaments.

A l'endroit des DDS/ ONG/ASSOCIATIONS

- Intensifier des séances de sensibilisation de la population sur les méthodes de contraception modernes pour dissiper les rumeurs, apporter la bonne information et impliquer davantage les hommes (conjoints et époux).

A l'endroit des Partenaires

Appuyer la mise à échelle sur le plan technique et financier

ANNEXE

LISTE DES AGENTS ENQUETEURS PAR REGION

LOME COMMUNE

ABDOULAYE Adamou
KOUPOGBE Elonla
NOUSSOUGNON Emefa
PINDRA Yabo Ablavi
SEWONU Komi Séna
TSOLENYANU Abra Kafui
WLETOU Leroy
KPASSEMRE Tasm
QUASHIE K. Enyo
AKPEMADO Kwami Lébéné
MARITIME
EWOUAME Fulbertine

AGOSSOU Massanvi
AMEDJIKO Togbédji Améwouho Adja
BOKOTSE Dogbeda
AMENOUDJI Ameyo Ahoefa Christine
MAOUIGNON Innocent

REGION DE LA KARA

EFFALO Abra
MAYIMBO Gado
MEBA Abidé
KPANOUGOU Simthaoui B.
KOUSSANTA Bayen
FANKEBA Kpandjapou

REGION DES PLATEAUX

ELABA Tchilalo
ADJESSOM Kossi
AFANOU Anani Mawoupémon
AGBEKA Nathanels
ALINON Yawavi Rosalie
DZINAKU Yawo Senanu
FASSINOU Yaovi Emmanuel
FIAWOO Ayaovi Dodjiko
KOUAMENOU Yao David
LONGA Moise Yendina
MENSAH Kodjo Edem Raymond
NOUNKOUNON Kokoé Ablavi

REGION CENTRALE

MIGNOUNA Kemba
ABOTSI Akouvi Elom
BAYOGDAH Awanta
OURO-AKPO Akim

TALL Djamilata

REGION DES SAVANES

LARE Babénoun
Kodjo Komi
N'GUISSAN Kossi
KOLANI Lamissa Tchabliman
DOUNWOURGUE Nagbampo
LARYALI Lamanmè