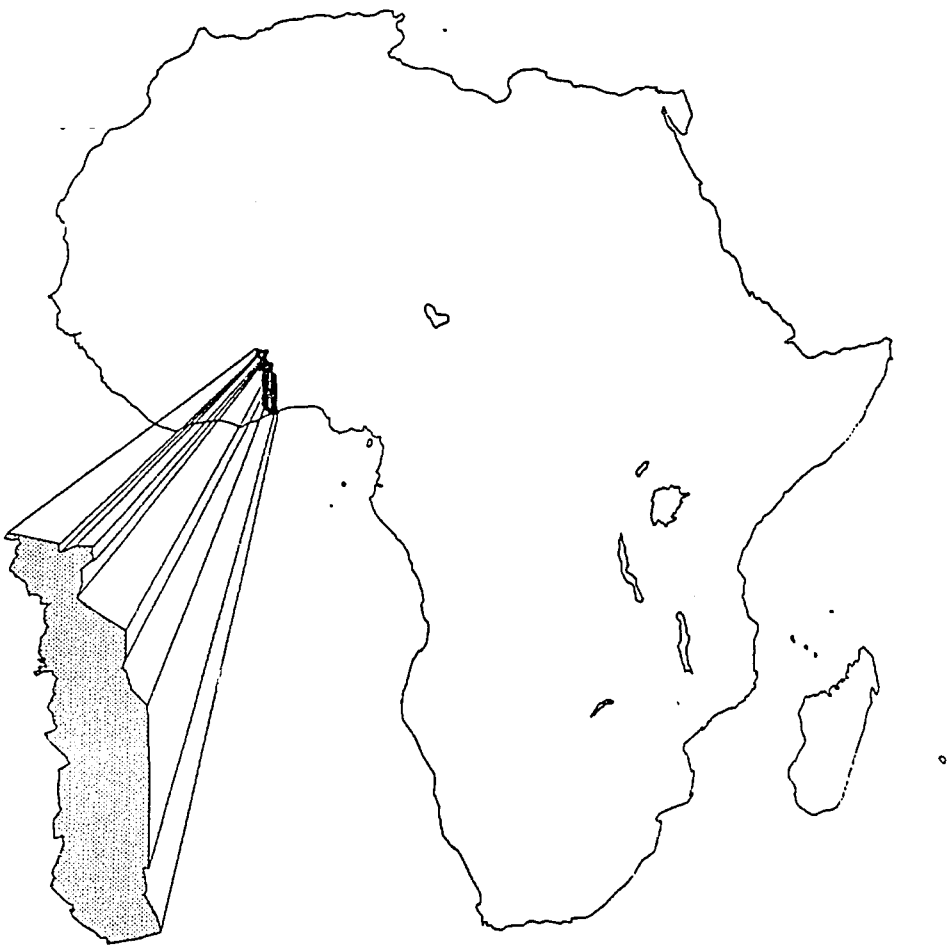
PN-ABR-857
88738

U.S.A.I.D.

ANALYSE DU SECTEUR DE LA SANTE

AU TOGO



JUIN 1990

USAID

Analyse du Secteur de la Santé au Togo

Table des Matières

	Page
Avant-Propos	i
Acronymes et Abréviations	ii
Carte du Togo	iv
Résumé Analytique	1
I. Données de Base	6
A. Les Objectifs de cette Evaluation du Secteur de la Santé	6
B. Contexte Géographique, Démographique, Politique et Socio-économique	7
C. Les Politiques et Stratégies Sanitaires	9
D. Aperçu sur la Situation Sanitaire et les Ressources en Matière de Santé	10
II. Structure du Secteur Sanitaire	18
A. Institutions dans le Secteur de la Santé et leurs Relations	18
B. Organisation du Ministère de la Santé Publique	22
C. Plans de Réorganisation du Ministère de la Santé Publique	39
III. Financement et un Système Auto-Soutenu	42
A. Introduction	42
B. Le Financement des Soins de Santé par le Gouvernement	43
C. Mobilisation d'autres Sources de Financement	50
D. Recouvrement des Coûts et Durabilité	59
IV. Interventions	63
A. Programme Elargi de Vaccination (PEV)	63

B. Paludisme. 72

C. La Lutte Contre les Maladies Diarrhéiques. . . 75

D. Planification Familiale. 78

E. Programmes de Nutrition et d'Alimentation Supplémentaire 88

F. Santé de la Mère/Maternité Sans Risque. . . . 94

G. Dracunculose (Ver de Guinée). 95

H. Le SIDA. 97

I. Infections Respiratoires Aiguës. 100

V. Le Portefeuille Actuel de l'USAID et les Relations avec les Autres Bailleurs de Fonds. 101

VI. Recommandations 107

A. Questions Principales. 107

B. Réorganisation du Ministère de la Santé Publique 108

C. Financement et Durabilité. 115

D. Interventions Relatives à la Survie de l'Enfant et aux Informations Sanitaires. . . . 116

E. Conception du Nouveau Projet 120

TABLEAUX

1. Estimations de la Mortalité Infantile au Togo. 11
2. Raisons Principales de Consultation aux Centres de Santé, 1989 13
3. Personnel Sanitaire, Togo, 1987, 1989. 15
4. Personnel Soignant, Selon le lieu et le type de pratique, 1989. 16
5. Personnel Médical Qualifié, 1989 17
6. Résultats Choisis des Etudes de Vaccination. . 66
7. Résultats Choisis des Etudes sur la Vaccination, Togo 1988-1989, Pourcentage des Enfants Agés 12 à 23 mois vaccinés 67
8. Vaccination anti-tétanique: Résultats des Enquêtes 1988 et 1989. 68
9. Couverture Vaccinale, Togo, 1989 69
10. Réunion de Mobilisation pour le Soutien au Programme National de Lutte Contre le Sida . . 99

TABLEAUX FINANCIERS (CHAPITRE III)

F.1 Dépenses Relatives à la Santé Comme Pourcentages du Budget General de Fonctionnement 44
F.2 Dépenses du Gouvernement pour la Santé suivant les deux Catégories Fonctionnelles . . 46
F.3 Dépenses de fonctionnement du Gouvernement en Matière de Santé. 47
F.4 Dépenses de fonctionnement par Catégories Personnel et Non-Personnel 49
F.5 Dépenses d'Investissement du Ministère de la Santé Publique par type de Programme 51
F.6 Contribution Bilatérale au financement des Soins de Santé au Togo 52
F.7 Contribution des Principaux Bailleurs de Fonds au financement des Dépenses d'Investissement. . .53-54
F.8 La Contribution de l'USAID au financement de la Santé 55
F.9 La Coopération Allemande (GTZ) 1987-1994 . . . 56
F.10 Part de la Santé dans les Dépenses des Familles en Milieu Urbain. 59
F.11 Grille des Droits Appliqués dans les Hôpitaux Publics. 60
F.12 Revenus Réalisés dans les Institutions Publiques de Santé 61

GRAPHIQUES

1. Organigramme du Ministère de la Santé Publique, Togo . . . . . 22 bis
2. Le Système de Santé au Togo des Années 1990. . 25 bis
3. Circuit des Informations - Rapports Mensuels sur les Malades Internes et Externes 32
4. Proposition de Restructuration Organique du Ministère de la Santé Publique . . . . . 39 bis

ANNEXES

Membres de l'Equipe Chargée de Préparer l'Analyse Initiale

Liste des Personnes Rencontrées

Bibliographie

AVANT-PROPOS

Le bureau de l'USAID à Lomé a entrepris cette analyse du secteur de la Santé au Togo en vue de la préparation d'un nouveau projet en matière de survie de l'enfant et de la planification familiale. La rédaction de cette analyse a été faite par une équipe de spécialistes engagés par l'USAID qui ont travaillé étroitement avec des collaborateurs togolais et représentants des autres bailleurs de fonds pendant leur séjour au Togo du 8 Mai au 1er Juin 1990.

Après le départ de cette équipe, le bureau de l'USAID a pu mettre à jour une version anglaise de l'analyse en Juillet 1990 et une traduction préliminaire en français en Septembre qui a été distribuée aux responsables du Ministère de la Santé Publique afin de solliciter des commentaires et des suggestions. Cette distribution de la version française a suscité autant de commentaires que de suggestions de la part de toutes les parties concernées par le secteur de la santé au Togo. Ceci a contribué à la mise à jour de la version finale en français qui a duré jusqu'en Janvier 1991. Toutefois, il est à noter que cette traduction en français qui a été beaucoup améliorée depuis la première version, peut toujours poser quelques petits problèmes de compréhension comme n'importe quelle traduction.

Bien que ce document ait été préparé à des fins propres à l'USAID, il peut être considéré par les autorités togolaises et les autres bailleurs de fonds comme une contribution utile à une meilleure compréhension du secteur de la santé au Togo et à la réflexion sur l'avenir de ce secteur.

Certes, il peut y avoir des passages dans ce document qui peuvent ne pas recevoir l'accord de tout le monde et comporter des points qui ont besoin d'être réexaminés et débattus plus en profondeur. Les impressions et le contenu restent ceux de l'équipe qui a rédigé l'analyse. De toute façon, avec ce document l'USAID a fini avec l'analyse de la situation sanitaire, et entreprend actuellement le document de l'avant-projet pour le nouveau projet qui durera six ans et aura un coût estimatif de 12 millions de dollars E.U. Ce projet doit démarrer avant la fin de l'année 1991.

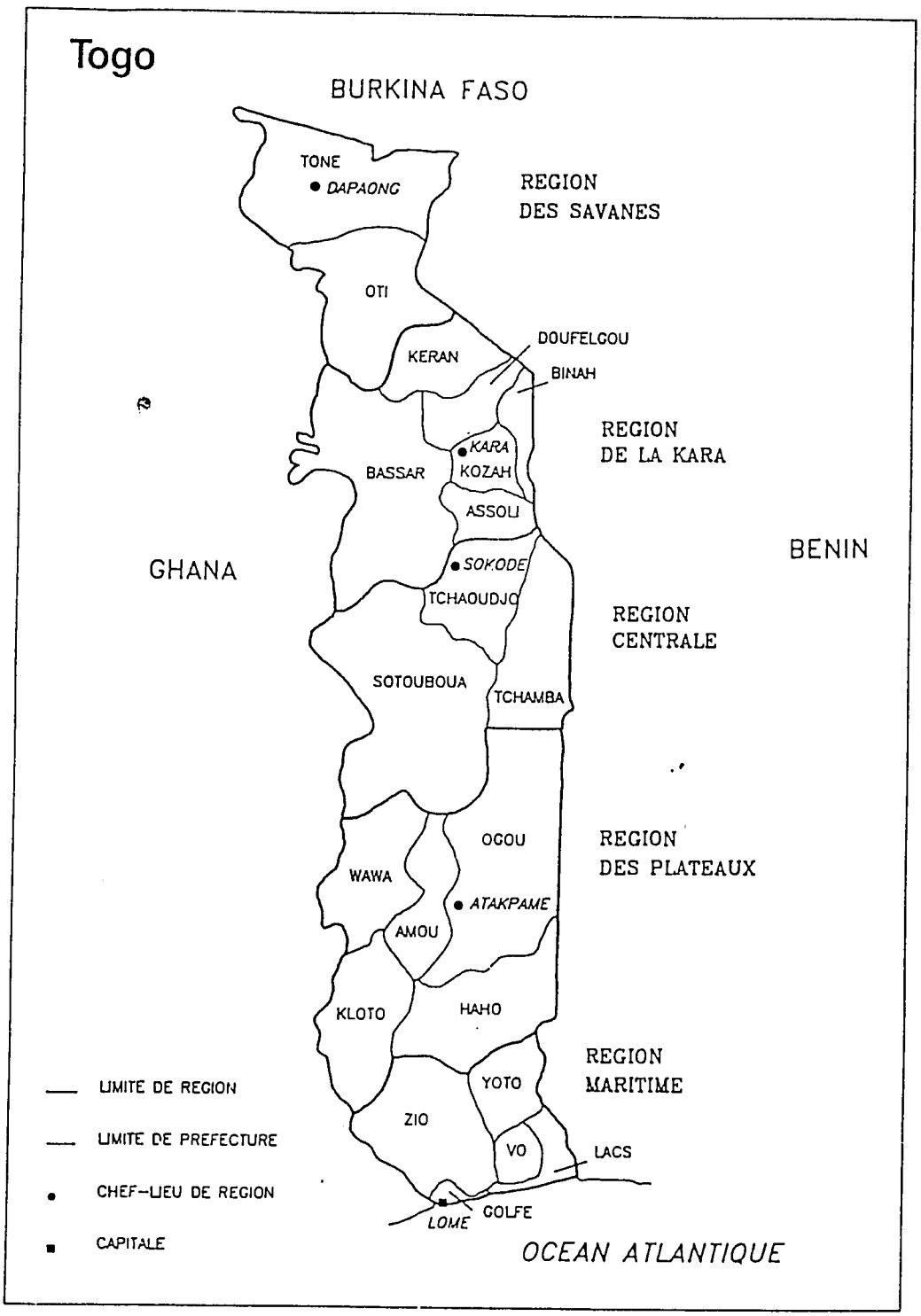
L'USAID voudrait encore une fois remercier les divers agents du Ministère de la Santé Publique et des autres départements du gouvernement togolais et d'autres bailleurs de fonds qui ont aidé à la compilation des informations nécessaires à la préparation de cette analyse. Bien que cette analyse ne puisse pas être faite sans cette assistance fort appréciée, l'USAID accepte toute la responsabilité de ce document.

Le Bureau de l'USAID
Lomé, le 29 Janvier 1991

ACRONYMES/ACRONYMS & ABREVIATIONS

ATBEF	Association Togolaise pour le Bien-Etre Familial Togolese Family Planning Association
AVT	Action Vaccination Togo - Immunization Action Program of Togo
CBD	Distribution Communautaire de Contraceptifs - Community Based Distribution of Contraceptives
CCCD	Lutte Contre les Maladies Infantiles Contagieuses Combatting Childhood Communicable Diseases
CDD	Contrôle des Maladies Diarrhéiques - Controlling Diarrheal Diseases
CPC	Contrôle et Promotion de la Croissance - Growth Monitoring
CNI	Centre de Nutrition Infantile - Child Nutrition Center (Social Affairs/Cathwel)
CUSO	Service Universitaire Canadien à l'Etranger - Canadian University Service Overseas
CVD	Comité Villageois de Développement - Village Developement Committee
DHS	Enquête Démographique et de Santé - Demographic and Health Survey
DME	Division de la Mère et de l'Enfant - Division of Mother and Child Care
DRDR	Direction Régionale du Développement Rural - Ministry of Rural Development (Regional Office)
PEV/EPI	Programme Elargi de Vaccination - Expanded Program of Immunization
FAC	Fonds d'Aide et de Coopération - French Foreign Assistance Agency
FED	Fonds Européen de Développement - EEC Foreign Assistance Agency
FHI-II	Initiatives pour la Santé Familiale - Family Health Initiatives
GOT	Gouvernement Togolais - Government of Togo
GTZ	Aide Allemande au Développement - German Development Assistance
HIS	Système d'Information sur la Santé - Health Information System
H/MIS	Système d'Information pour la Gestion de la Santé Health Management Information System
HSSCS	Projet de Soutien au Secteur de la Santé pour la Survie de l'Enfant - Health Sector Support for Child Survival Projec
IEC	Information, Education et Communication - Information, Education and Communication
KAP	Etudes sur les Connaissances des Attitudes et les Pratique Knowledge, Attitudes and Practices Studies
LMD	Lutte Contre les Maladies Diarrhéiques - Controlling Diarrheal Diseases

MOSAWC	Ministère des Affaires Sociales et de la Condition Féminine Ministry of Social Affairs and Women's Condition
MCH	Santé de la Mère et de l'Enfant - Mother and Child Care
MOPH	Ministère de la Santé Publique - Ministry of Public Health
MSP	Ministère de la Santé Publique - Ministry of Public Health
NGO	Organisations Non Gouvernementales - Non-Governmental Organizations
OCCGE	Organisation de Coordination et de Coopération pour la Lutte Contre les Grandes Endémies - Organization for Coordination and Cooperation for Control of Endemic Diseases
ORS	Sels de Réhydratation Orale - Oral Rehydration Salt
ORT	Thérapie de Réhydratation Orale - Oral Rehydration Therapy
OMS	Organisation Mondiale de la Santé - World Health Organization
PEV	Programme Elargi de Vaccination - Expanded Program of Immunization
PHC	Soins de Santé Primaires - Primary Health Care
PMI	Programme Maternel et Infantile - Mother and Child Program
PNBEF	Programme National pour le Bien-Etre Familial - National Family Planning Programme (Government of Togo)
REDSO/ WCA	Bureau Régional des Services du Développement Economique pour l'Afrique Occidentale et Centrale - Regional Economic Services Office /West and Central Africa (USAID)
RPT	Rassemblement du Peuple Togolais - Togolese People's Party
SMI	Santé Maternelle et Infantile
SNES	Service National de l'Education pour la Santé - National Health Education Service
SSS	Solution Sucrée Salée (recette préparée à la maison pour la TRO - Sugar and Salt Solution (home based recipe for ORT)
UNFPA	Fonds des Nations Unies pour les Activités de Population United Nations Fund for Population Activities
UNICEF	Fonds des Nations Unies pour l'Enfance - United Nations Children's Fund
UPC	Unité de Planification et Coordination - Planning and Coordination Unit
WHO	Organisation Mondiale de la Santé - World Health Organization


Togo
BURKINA FASO
TONE
DAPAONG
REGION
DES SAVANES
OTI
KERAN
DOUFELGOU
BINAH
REGION
DE LA KARA
KARA
KOZAH
BASSAR
ASSOLI
BENIN
GHANA
SOKODE
TCHAOUDJO
REGION
CENTRALE
SOTOUBOUA
TCHAMBA
OGOU
REGION
DES PLATEAUX
WAWA
ATAKPAME
AMOU
KLOTO
HAHO
REGION
MARITIME
YOTO
ZIO
VO
LACS
GOLFE
LOME
OCEAN ATLANTIQUE
LIMITE DE REGION
LIMITE DE PREFECTURE
CHEF-LIEU DE REGION
CAPITALE

RESUME ANALYTIQUE

SITUATION DANS LE DOMAINE DE LA SANTE ET DE LA POPULATION

Les taux élevés de morbidité et de mortalité aussi bien que la croissance démographique rapide demeurent des problèmes prioritaires au Togo. Malgré 12 ans d'efforts louables et d'importants progrès accomplis dans le cadre d'une politique de santé basée sur les soins de santé primaires et un accent particulier sur les initiatives pour la Survie de l'Enfant, la mortalité infantile est toujours estimée se situer entre 80 et 130 pour 1.000 naissances vivantes. Les principales causes de décès continuent d'être le paludisme, les maladies infectieuses et la diarrhée. Des problèmes nutritionnels contribuent aussi à la mortalité. La mortalité maternelle est aussi elevée. La croissance démographique est restée relativement élevée avec un taux constant de 3% par an et un taux de natalité de 45 pour mille.

Le système de santé a largement étendu ses services sur tout le territoire national, avec l'assistance de l'OMS, de l'UNICEF et de l'USAID. Ceci a favorisé une augmentation importante de la couverture vaccinale et une réorientation de la stratégie de traitement du paludisme.

Des dispositions initiales ont été prises dans le domaine de la planification familiale dans le secteur privé aussi bien que dans le secteur public avec le financement et l'assistance technique du FNUAP et de l'USAID.

Des initiatives ont été récemment prises dans les domaines de la surveillance de la croissance, du contrôle des maladies diarrhéiques et de la santé maternelle et infantile. Les bailleurs de fonds soutiennent la lutte contre le SIDA et la dracunculose. Les activités de promotion de la participation communautaire et d'éducation pour la santé sont encouragées dans beaucoup de programmes.

Le recueil des informations épidémiologiques a été amélioré avec l'aide du projet CCCD de l'USAID bien que beaucoup reste à faire pour améliorer la fiabilité des données statistiques et la gestion des informations.

LES CONTRAINTES

Ces efforts sont gênés par deux problèmes majeurs :

1. Le morcellement administratif et la centralisation actuelle du Ministère de la Santé Publique -- l'institution sanitaire dominante du pays;

2. La tendance décroissante du financement national consacré au secteur sanitaire, surtout en ce qui concerne les dépenses pour l'entretien, l'équipement et le matériel;

Le Ministère de la Santé Publique fournit la plus grande partie des services préventifs et curatifs de la santé. Ce service national est complété par celui du secteur privé qui est concentré surtout dans les milieux urbains. L'organisation actuelle du Ministère de la Santé pourrait être améliorée pour une réalisation plus efficace de ses objectifs et de sa politique de santé qui accorde une priorité à la Survie de l'Enfant et à la Planification Familiale. Bien qu'il soit difficile de voir clairement les allocations à travers les budgets actuels des programmes, il apparaît que les services hospitaliers bénéficient d'un appui beaucoup plus grand que les programmes de soins préventifs.

CENTRALISATION

Le Ministère de la Santé Publique est une institution de type "centralisé" dans laquelle la plupart des décisions sont prises à Lomé souvent par le Ministre lui-même. Cette pratique administrative reflète le degré élevé de centralisation du système gouvernemental qui prévaut au Togo. Au ministère comme ailleurs dans le gouvernement, presque toutes les décisions d'ordre programmatique, budgétaire et de gestion du personnel sont prises au niveau central. Les subdivisions sanitaires au niveau des préfecture sont dirigées par des médecins-chefs qui ont une autorité et un pouvoir discrétionnaire limités sur les programmes, le personnel et les budgets. Au niveau périphérique, les prestataires de services sont sujets aux demandes variées des différents programmes verticaux, et à un approvisionnement insuffisant et inadéquat de médicaments et d'équipements de base pour le fonctionnement de leurs centres. Même au niveau central, les décisions sont parfois reportées ou évitées à cause de la surcharge de travail sur un petit nombre de décideurs clés.

Cette centralisation est compliquée par le morcellement du Ministère de la Santé en une série de programmes verticaux tels que le PEV, le Paludisme, l'Education pour la Santé, la Santé maternelle et infantile. Ceci fait que ces programmes coordonnent difficilement leurs propres activités. Certaines activités de formation sont donc parfois répétitives et mal coordonnées. Des conflits sont créés au niveau de l'emploi du temps des prestataires de services par ces différents programmes. Chaque programme a son propre système de collecte de données et de fiches de rapport compliquant ainsi les problèmes d'enregistrement des activités à la périphérie, sans aider à la coordination ou à l'intégration au niveau central.

Le système de financement des bailleurs de fonds a renforcé cette fragmentation en fournissant des budgets et une assistance technique pour des programmes verticaux avec très peu d'initiatives pour stimuler l'intégration.

Certains programmes qui impliquent la participation de plusieurs ministères ou d'ONGs tels que: 1) l'éducation pour la santé qui concerne le Ministère de la Santé Publique, le Ministère des Affaires Sociales et de la Condition Feminine, le Ministère de l'Education Nationale et le Cathwel, ou 2) les activités de planification familiale qui concernent le Ministère de la Santé Publique et l'Association Togolaise pour le Bien-Etre Familial (ATBEF) mais qui sont malheureusement pas conçues pour favoriser la coordination et sont parfois concurrentes sur le terrain.

FINANCEMENT

Le second problème majeur est le financement du secteur de la santé. Bien que la proportion du budget national réservé au secteur de la santé soit demeurée dans la fourchette de 4 à 5%, les dépenses de la santé par tête d'habitant sont restées stables depuis 1978 (1.073 F CFA par tête d'habitant en 1987), mais en termes réels, en prenant en compte la baisse du pouvoir d'achat du Franc CFA, les dépenses récurrentes per capita sont actuellement en baisse de 20% de 1977 jusqu'en 1987. Cette baisse s'est reflétée dans la diminution du personnel du Ministère et par une augmentation progressive de la masse salariale dans le budget récurrent de 69,1% en 1978 à 80,2% en 1987 bien que cette tendance se soit légèrement inversée au cours des années récentes.

Cette baisse des dépenses nationales pour la santé a coïncidé avec une augmentation de la contribution des bailleurs de fonds. Etant donné que la majeure partie de ces fonds est assignée aux activités de Survie de l'Enfant et à la Planification Familiale, cette dépendance vis-à-vis des fonds étrangers est préoccupante. Il n'est pas certain que ces activités prioritaires puissent être soutenues par l'état togolais sans l'aide continue des bailleurs de fonds.

NOUVELLES INITIATIVES ET OPPORTUNITES

Heureusement, ces problèmes sont reconnus par le Gouvernement Togolais et les bailleurs de fonds et récemment des initiatives pour les résoudre ont été entreprises récemment.

Dans le cadre de la conception d'un plan de restructuration du Secteur de la Santé en vue d'obtenir un prêt auprès de la Banque Mondiale, il est prévu de transformer le niveau central en une structure plus intégrée. Il est envisagé par ailleurs une décentralisation des prises de décisions pour les programmes, le personnel et les budgets aux niveaux régional et préfectoral. Ce plan supporte les mécanismes de recouvrement de coûts et une participation plus grande du secteur privé dans les activités de santé.

Une seconde approche est celle de l'Initiative de Bamako financée par l'UNICEF qui a déjà reçu le soutien du gouvernement allemand

sous la forme d'un projet dans une région. Cette approche met l'accent sur le développement des pharmacies villageoises où des médicaments essentiels sont fournis aux bénéficiaires à des prix proches des coûts actuels. De cet effort de recouvrement des coûts pourrait résulter la disponibilité à long terme des médicaments dont le prix serait abordable pour la population.

LES PROGRAMMES DE L'USAID

L'USAID apporte une aide importante aux activités de Survie de l'Enfant et de Planification Familiale au Togo. Cette aide s'exprime sous la forme de quatre projets:

1. Assistance au Secteur de la Santé pour la Survie de l'Enfant: un projet conçu pour renforcer la planification, la prévision budgétaire et la gestion, l'éducation pour la santé et la participation communautaire.

2. Lutte contre les maladies infantiles transmissibles: ce projet fait partie d'une initiative régionale qui soutient les activités du PEV, du paludisme, du SRO et de l'éducation pour la santé avec la formation, l'équipement et l'assistance technique.

3. Projet d'Initiatives pour la Santé Familiale: ce projet apporte une assistance financière et technique au programme de planification familiale du Ministère de la Santé Publique et de l'Association Togolaise pour le Bien-Etre Familial (ATBEF).

4. Programme PL 480 Titre II: ce programme fournit une aide alimentaire supplémentaire, une assistance pour des activités d'éducation nutritionnelle, gérée par le Cathwel, le Ministère des Affaires Sociales et de la Condition Féminine et le Ministère de l'Education Nationale.

Chacun de ces projets a apporté une contribution importante à l'amélioration de la santé des populations. Le projet pour la Survie de l'Enfant a connu des difficultés au cours de sa phase d'initiation mais a réussi le développement d'une formation en éducation sanitaire en coordination avec le Corps de la Paix, le Service National d'Education pour la Santé et le Ministère des Affaires Sociales et de la Condition Féminine. Le projet de lutte contre les maladies infantiles transmissibles en collaboration avec l'UNICEF a contribué à augmenter la couverture vaccinale et a permis le développement d'une stratégie de lutte contre le paludisme. Ce projet a permis aussi une amélioration du système d'informations sanitaires.

Le projet d'Inititatives pour la Santé Familiale a assuré la formation et a fourni l'assistance technique et des contraceptifs tant au secteur public que privé. Le programme Titre II a amélioré l'éducation sanitaire et nutritionnelle dans les centres de

nutrition infantile du Ministère des Affaires Sociales et de la Condition Féminine et a fourni des repas dans des écoles primaires.

Le problème majeur rencontré lors de la mise en place de ces projets est le manque de coordination et d'intégration des activités venant s'ajouter au morcellement du Ministère de la Santé. Ces projets constituent une charge supplémentaire de gestion pour le bureau de l'USAID, particulièrement avec l'augmentation des activités régionales de l'USAID à Lomé. Trois de ces projets se terminent en 1991. Cette analyse du Secteur de la Santé a pour objectif de proposer à l'USAID des domaines d'intervention potentiels au cours des cinq prochaines années.

RECOMMANDATIONS

L'USAID devrait s'appuyer sur les succès des projets actuels pour orienter son assistance et réorganiser la conception de son futur projet de manière à mettre à profit les nouveaux efforts du gouvernement et des bailleurs de fonds dans la restructuration du Secteur de la Santé afin d'améliorer le financement et la pérennisation des activités de santé.

Nous proposons à l'USAID de fusionner les trois projets actuels afin d'en faire un seul projet géré par une firme extérieure de consultation. Cette option va favoriser l'intégration des activités et réduire la charge de gestion qui incombe à l'USAID.

Nous proposons un seul projet avec trois composantes:

1. Appui au système d'information pour la gestion et la planification: la réalisation de cette composante nécessite une redéfinition du Projet pour la Survie de l'Enfant afin de permettre le développement et l'utilisation d'un système unifié et décentralisé d'information pour la gestion qui peut servir de base pour l'intégration des activités, la gestion, la planification et la supervision, surtout au niveau préfectoral. Cette composante comprendra le développement d'un système intégré de gestion financière et des études de financement de la santé. Cette composante comprendra aussi le soutien au recensement de 1991 et à la deuxième enquête démographique et de santé.

2. Intervention pour la Survie de l'Enfant et l'éducation pour la santé: cette composante réorienterait le programme CCCD pour limiter peu à peu l'assistance et favoriser la pérennisation des programmes du PEV et du Paludisme tout en donnant un appui plus important au contrôle de la diarrhée, à la nutrition et à la santé maternelle et infantile qui sont les programmes les moins avancés en ce moment dans l'initiative pour la Survie de l'Enfant. Cette composante contribuera aussi au système

d'information pour la planification, à la gestion et sera intégré aux activités de planification familiale dans le programme global de santé familiale. Ce sous-volet continuerait à soutenir les activités en éducation pour la santé en s'appuyant sur le programme effectif du Projet Survie de l'Enfant, le Corps de la Paix, le SNES et en encourageant l'intégration de l'éducation pour la santé dans tous les programmes.

3. Planification Familiale: l'orientation de cette composante sera d'étendre l'assistance au secteur public et de renforcer son intégration avec les autres activités de la santé maternelle et infantile. L'assistance de l'USAID à l'ATBEF sera réorientée vers les activités de marketing social dans le secteur privé. Un effort particulier de participation des organismes d'assistance technique financés par l'USAID, tels que SEATS, INTRAH, et SOMARC sera encouragé.

Actuellement, l'assistance technique et financière pour les activités dans le domaine du SIDA, de la dracunculose, et les maladies respiratoires s'avère être a un niveau suffisant en ce moment. Etant donné la capacité d'absorption du Ministère de la Santé Publique et l'avantage comparatif que comporte la continuation des anciens programmes, aucune activité nouvelle ne sera initiée dans cette composante. L'avenir du projet PL 480, Titre II et la possibilité de l'intégrer dans le programme global de Santé et Population de l'USAID est à déterminer après l'évaluation complète du programme qui est prévue pour la fin de 1990.

Un projet unifié, avec sa priorité accordée à l'intégration au niveau central et à la décentralisation à travers la mise en place d'un système d'information de gestion apportera une contribution ciblée qui permettra d'atteindre des objectifs sectoriels larges tels que prévus dans le cadre de la réorganisation du secteur de la santé par la Banque Mondiale. Les composantes de la Survie de l'Enfant, et la Planification Familiale poursuivront les efforts complémentaires de l'USAID, de l'UNICEF, du FNUAP, de l'OMS et des autres bailleurs de fonds.

I. DONNEES DE BASE

A. Les Objectifs de Cette Evaluation du Secteur de la Santé

Trois projets de l'USAID relatifs à la santé et à la population prendront fin en 1991. Cette évaluation du secteur de la santé a pour but d'aider l'USAID dans son processus de planification pour la mise sur pied de nouvelles initiatives en matière de santé et de population pour les cinq prochaines années. Ce rapport présente une brève analyse du secteur actuel de la santé au Togo et une étude des plans futurs du gouvernement et d'autres bailleurs de fonds. Sur la

base de cette analyse, nous proposons une approche générale comme guide pour les phases suivantes de la conception du projet.

Cette analyse se fonde sur une étude de quatre semaines (8 Mai - 1er Juin 1990) par une équipe de deux consultants internationaux (experts dans la conception des projets, la planification de la santé, le financement, la gestion et l'épidémiologie), un économiste local des questions sanitaires, un conseiller médical de la planification familiale au niveau régional de SEATS, des représentants du Ministère de la Santé Publique et du Ministère du Plan. L'équipe avait bénéficié également de l'appui des responsables de l'USAID/Lomé et l'USAID/REDSO à Abidjan.

B. Contexte Géographique, Démographique, Politique et Socio-économique

La République Togolaise occupe une étroite bande de terre sur le Golfe du Bénin entre le Ghana et le Bénin, bande qui s'étend sur 600 km au nord jusqu'à la frontière avec le Burkina-Faso. Avec une population estimée à 3,5 millions d'habitants en 1990 sur 56.000 km2, la population togolaise continue de croître au taux élevé de 3% par an (Ministère du Plan et des Mines, Résumés des Analyses du Recensement de 1981; Cadre Micro-Economique 1990).

La géographie change de la région maritime humide au sud du Sahel aride dans les régions septentrionales de la Kara et des Savanes. Entre les deux zones climatiques se trouvent les autres terres fertiles des Plateaux et des régions Centrales où sont cultivés les principaux produits d'exportation, café, cacao et coton.

Quoique la population soit à majorité rurale (74,8% en 1981), les zones urbaines croissent deux fois plus vite (4,4% contre 2,4%) que les zones rurales. Le recensement de 1981 a trouvé que la majeure partie de la population (38,3%) vit dans la région maritime, avec 685.339 habitants dans la capitale, Lomé. D'autres zones urbaines sont Sokodé, Kpalimé, Atakpamé et Kara.

Il est estimé que les groupes ethniques comprennent les Adja-Ewe (44.0%) et les Kabyè-Tem (26,7%). Environ 59% sont animistes, 28% sont chrétiens et 12% musulmans.

Le réseau routier principal s'oriente vers le nord à travers la région centrale et constitue une importante voie de transport pour le frêt maritime des pays enclavés du nord. Ce réseau routier central est en bon état et facilite la logistique sanitaire entre les principaux centres de population. Cependant, les voies de communication qui se détachent de ce système en direction de l'Est ou de l'Ouest sont moins développées et plusieurs communautés restent isolées et ont un accès limité aux formations sanitaires.

L'économie se fonde sur l'agriculture et la plupart des agriculteurs pratiquent l'agriculture de subsistance (manioc, igname, maïs et millet). Les estimations disponibles suggèrent que la quantité de nourriture produite est suffisante pour satisfaire aux besoins alimentaires de la nation pendant la plupart du temps. Le café, le cacao, le coton et les phosphates sont les principaux produits d'exportation et leurs valeurs ont diminué au cours des années 1980. Après une croissance soutenue de 1965 à 1972 à un taux de 7,2%, l'économie a stagné à un taux de croissance de 1,7% dans les années 1970. Avec la chute du prix des matières premières au début des années 1980, l'économie a connu un déclin substantiel de 1981 à 1983 qui a conduit à une série de programmes d'ajustements structurels. Au cours des cinq dernières années, l'économie a enrégistré une croissance réelle modeste de moins de 3%, qui ne compense pas la croissance de la population (Economist Country Review, 1990).

A présent, le Togo est considéré par la Banque Mondiale comme un des pays à bas niveau de revenus en Afrique, avec un revenu par habitant d'environ 400 US$ seulement. (World Bank/Banque Mondiale, 1989).

Depuis 1983, le gouvernement a consenti à quatre programmes successifs d'ajustements structurels avec le FMI qui ont limité les budgets d'état et ont conduit à une libéralisation de l'économie. Ces ajustements ont eu un impact direct sur le système sanitaire national, conduisant à des contraintes budgétaires et à des réductions de personnel.

Les revenus du Gouvernement étaient estimés à 334 millions de dollars américains seulement en 1989, dont seulement 5,1% étaient consacrés à la santé. Le Togo dépend énormément de l'aide étrangère; les flux d'aide étrangère au Togo étaient estimés par l'OCDE à 129,5 millions de US$ en 1987 (Economist 1990). L'USAID est un participant mineur; elle a fourni presque 8 millions de US$ en 1989.

Le système d'administration nationale suit à peu près le modèle d'administration française qui divise le pays en 21 préfectures et 9 sous préfectures chacune ayant un préfet qui représente le gouvernement central. Le préfet dirige un comité de développement composé de responsables locaux de chacun des ministères, y compris la Santé Publique, l'Education Nationale, les Affaires Sociales et la Condition Féminine, et le Développement Rural. Au niveau de la préfecture, le responsable de rang le plus élevé du Ministère de la Santé Publique est le Médecin-Chef de la subdivision sanitaire (l'équivalent de la préfecture pour le Ministère). Les Ministères sont centralisés dans la capitale avec une compétence budgétaire et administrative limitée accordée aux préfectures.

Cinq bureaux régionaux (Maritime, Plateaux, Centrale, Kara, Savanes) ont été établis comprenant les Ministères du Plan, des Affaires Sociales, et du Développement Rural. Les régions sont dirigées par

le préfet de la capitale de chaque région (Lomé, Atakpamé, Sokodé, Kara, Dapaong). A Présent, le Ministère de la Santé Publique ne dispose pas de représentant régional, bien que le médecin-chef de la capitale de la préfecture assiste souvent aux réunions régionales.

C. Les Politiques et Stratégies Sanitaires

Les politiques nationales en matière de santé sont concentrées sur le développement d'un système de santé publique dont la couverture s'est élargie constamment depuis l'indépendance. Ce système public domine le secteur de la santé. Cependant, il existe quatre hôpitaux privés dirigés par des religieux et un nombre croissant de praticiens privés aussi bien en médecine traditionnelle qu'occidentale.

Les stratégies sanitaires ont suivi les grandes lignes des initiatives de l'OMS et de l'UNICEF au niveau continental. La stratégie générale depuis la Conférence d'Alma Ata en 1978 a porté sur l'extension de la couverture vaccinale et des soins de santé primaires. Cependant, des efforts considérables ont été déployés dans la construction et le fonctionnement de grands centres hospitaliers, en particulier le Centre Hospitalier Universitaire de Lomé, qui à lui seul consomme plus du tiers du budget national affecté à la santé.

Actuellement l'accent est mis sur les activités de Survie de l'Enfant y compris une initiative majeure de vaccination dans le cadre du programme élargi de vaccination (PEV) soutenu par l'UNICEF et le Programme de Lutte Contre les Maladies Infantiles Transmissibles (CCCD) parrainé par l'USAID. Cet accent a porté des fruits en permettant d'accroître de 10% en 1984 à presque 50% en 1989, le pourcentage des enfants complètement vaccinés.

Le Togo expérimente également l'Initiative de Bamako, dont la promotion a été assurée par l'UNICEF. Cette Initiative comprend un programme visant à fournir les médicaments essentiels et à mettre sur pied des mécanismes de recouvrement des coûts, en particulier pour les pharmacies de villages.

La planification familiale apparaît comme une priorité nationale; des politiques ont été mises au point, bien qu'aucun engagement officiel à une politique nationale de planification familiale n'ait été prise. Le Ministère de la Santé dispose d'un progamme de Planification Familiale qui se pratique dans une partie des centres de santé publics. L'Association Togolaise pour le Bien-Etre Familial (ATBEF), branche locale de la Fédération Internationale de Planning Familial (International Planned Parenthood Federation/ Foundation) assure la formation des agents de santé dans le secteur public comme dans le secteur privé, fournit des contraceptifs, et assure des services cliniques dans une clinique à Lomé.

Le projet relatif à la santé et à la population pour lequel le Ministère est en train de négocier un prêt sectoriel auprès de la Banque Mondiale a conduit à l'élaboration d'une Nouvelle Politique Nationale de Santé. Cette déclaration de Politique a accordé d'abord la priorité à la Santé Maternelle et Infantile et à la Planification Familiale y compris la Maternité sans risque, le PEV, la lutte contre les Maladies Diarrhéiques (LMD), la nutrition, les infections respiratoires aiguës (IRA) et la planification familiale, suivie du paludisme, de la tuberculose, des maladies parasitaires, des maladies sexuellement transmissibles y compris le SIDA, la médecine dentaire, l'ophtamologie, les maladies cardio-vasculaires et de l'environnement. Il a également exprimé son engagement à l'égard des médicaments essentiels, la collaboration avec le secteur privé, le renforcement des programmes d'information, d'éducation et de communication (IEC) et la formation.

La politique proposée a défini, entre autre, les objectifs suivants pour 1995: réduction de la mortalité maternelle de 500 à 450 pour 100.000 naissances vivantes; réduction de l'anémie chez les femmes enceintes de 46% à 10%; augmentation des prestations de services en planification familiale de 10% à 60% des femmes; accroissement de l'utilisation des contraceptifs de 3 à 15%, réduction de la mortalité due à la diarrhée de 70%; accroissement de la couverture vaccinale à 90%.

La proposition comprend également un engagement pour une réforme administrative du Ministère de la Santé Publique, l'accent étant mis sur l'intégration et la décentralisation de l'administration et la mise sur pied de mécanismes de recouvrement des coûts. Un engagement a été pris également pour l'extension du secteur sanitaire privé.

D. Aperçu sur la Situation Sanitaire et les Ressources en matière de Santé

1. Situation Sanitaire: Des taux de mortalité maternelle et infantile élevés, une prévalence des maladies infectieuses, et une croissance démographique élevée, tels sont les problèmes majeurs de la santé au Togo.

La plupart des données relatives à la morbidité et à la mortalité que nous publions ici sont basées sur les rapports des formations sanitaires. Puisqu'un nombre limité seulement de personnes fréquentent ces formations sanitaires, et aussi pour certaines maladies seulement, et puisque les diagnostics peuvent être mal faits et mal catégorisés par des agents de santé, ces données ne traduisent que partiellement les problèmes de santé au Togo et sont également, sujettes à une certaine marge d'erreur. Cependant, elles donnent une idée de l'importance relative des problèmes de santé.

Les maladies principales pour lesquelles les patients avaient été consultés dans les formation sanitaires en 1989 étaient: (1) le

paludisme (34%), les traumatismes/blessures (10%) les maladies diarrhéiques (8%) les infections des yeux/oreilles (5%) dont trois cinquièmes concernaient les conjonctivites, et les infections respiratoires aiguës (4%). L'incidence du paludisme pour 1000 habitants semble augmenter depuis 1980, mais compte-tenu des irrégularités du système d'information, il peut s'agir d'un "artefact" d'excès d'enregistrement plutôt que d'une augmentation réelle. En outre, le diagnostic du paludisme est souvent un diagnostic présomptif non confirmé par un frottis de sang. Cependant, l'augmentation des cas de paludisme résistant aux médicaments et en particulier à la chloroquine, a été observée et est en progression dans tout le pays. En 1989, les hôpitaux ont fait état de 341 cas de décès dus au paludisme, ce qui fait de ce dernier la cause majeure des décès (14% des décès).

L'anémie comme cause de consultations a constitué seulement 0,5% des consultations (11.588 cas en 1989) mais parmi ceux qui ont été hospitalisés, elle représentait la deuxième cause de décès (7,8%, 189 cas).

Au cours de l'année 1989, 164 cas de tétanos (à l'exclusion du tétanos chez les nouveaux-nés) ont été observés dans les cliniques de consultations externes et 157 cas supplémentaires ont fait l'objet d'hospitalisation pour un total de 321 cas de ce qui est en principe une maladie évitable. Des décès dus au tétanos ont été signalés dans 32 cas.

Depuis 1985, le nombre de cas signalés de schistosomiase s'est situé entre 3.000 à 5.000 par an. Les autres maladies qui présentent un intérêt pour les planificateurs de la santé sont: l'onchocercose, 3773 cas (633 hospitalisations, pas de décès signalé), et la dracunculose (Ver de Guinée) 561 cas (1 hospitalisation, pas de décès signalé).

Les risques pour la santé des enfants sont particulièrement élevés. Les estimations relatives au taux de mortalité infantile oscillent entre 81 et 130 pour 1.000 naissances vivantes. (voir tableau 1). Quel que soit le taux actuel, les chiffres sont suffisamment élevés pour que l'on puisse se rendre compte que le pays a un grave problème de mortalité infantile nécessitant une attention soutenue.

Tableau 1

Estimations de la Mortalité Infantile au Togo(pour 1.000 naissances)

	1973-77	1978-82	1983-87
Enquête Démographique et de Santé au Togo, 1988	107	87	81
Recensement, 1981		130	

Pour les enfants comme pour les adultes, la raison principale des consultations dans les formations sanitaires est le paludisme, qui représente 27,9% des consultations chez les enfants de moins d'un an et s'élève à 31% chez les enfants âgés d'un à quatre ans (voir Tableau 2). En 1988, 43,2% des enfants de moins de cinq ans qui ont fait l'objet d'une étude souffraient de fièvre (paludisme supposé) pendant les deux semaines qui ont précédé l'étude (Enquête Démographique et de Santé, 1988). Cela représente plus de 10 épisodes par enfant et par an, chiffre pas tellement encourageant. En 1989, les infections respiratoires aigues étaient la deuxième cause des consultations chez les enfants de moins de cinq ans (16,7%), suivies des maladies diarrhéiques (14,3%). Encore, dans l'Enquête Démographique et de Santé au Togo, 29,4% des enfants de moins de cinq ans souffraient de diarrhée au cours des deux semaines précédant l'enquête et 14,2% en ont souffert dans les dernières 24 heures. La quatrième cause des consultations chez les enfants est la conjonctivite (7,2%), une maladie qui, non traitée, peut conduire à des problèmes oculaires plus sérieux. Pour les enfants de moins de cinq ans, l'anémie occupe également une place importante dans les causes signalées de consultations (6.627 cas), hospitalisations (1.481 cas) et décès à l'hôpital (117 cas).

La rougeole et le tétanos, deux maladies cibles du programme de vaccination PEV, servent d'indicateurs utiles pour surveiller l'efficacité de ce programme. Les cas de rougeole signalés pour tous les groupes d'âges à travers tout le pays a baissé après 1985, avec une légère remontée en 1988 à 16.464 cas signalés puis une chute subite en 1989 à 3489 cas. Chez les enfants de moins de cinq ans le nombre de cas est tombé de 11.541 cas en 1988 à 2.347 en 1989. Puisque la rougeole est une maladie que l'on diagnostique assez facilement, cette chute est probablement réelle, et dans une grande mesure, elle peut être attribuée au résultat satisfaisant des efforts de vaccination.

Le tétanos est une maladie que l'on peut prévenir chez le nouveau-né si la mère a reçu au moins deux doses de vaccin anti-tétanique, et chez l'enfant s'il a reçu trois doses de DTP dans les intervalles de temps appropriés. En dépit des efforts considérables pour réaliser la couverture vaccinale de toutes les femmes en âge de procréer (couverture vaccinale estimée à plus de 60%, 20% des femmes ayant reçu leur seconde dose au cours de l'année 1989) 75 cas de tétanos chez les nouveaux-nés ont été signalés en 1989. Cependant 59 cas de tétanos chez les enfants de moins de cinq ans ont été signalés.

Depuis la fin d'une sécheresse en 1985, la malnutrition au Togo est principalement chronique. L'Enquête Démographique et de Santé de 1988 a identifié 30,6% d'enfants souffrant de la malnutrition chronique (taille par rapport à l'âge), mais seulement 5,3% souffrent de malnutrition aigue (poids par rapport à la taille).

Tableau 2

Raisons Principales de Consultation aux Centres de Santé, 1989
Nouveaux Cas Signalés d'Enfants de moins de Cinq ans

A. Pourcentage du Total des Nouveaux Cas

MALADIE	AGE Moins Un an	AGE 1-4 ans	TOTAL 0-5 ans
Paludisme	27,9%	33,0%	31,0%
Infection respiratoire (haute et basse)	21,8%	13,4%	16,7%
Maladies Diarrhéiques (y compris amibiase)	15,8%	13,2%	14,3%
Conjonctivites	9,2%	5,9%	7,2%
Trauma/blessures/brûlures	6,5%	8,9%	7,9%
Nombre Total de Cas	289.959	430.099	729.058

B. Nombres de Cas d'Importantes Maladies Choisies

MALADIE	AGE Moins Un an	AGE 1-4 ans	TOTAL 0-5 ans
Tétanos, Consultations			
Néo-natales	55		
Cas hospitalisés	20		
TOTAL	75		
Tétanos, autres consultations	18	29	47
Cas hospitalisés	6	6	12
TOTAL	24	35	59
Rougeole			
Consultations	541	1537	2078
Cas hospitalisés	84	185	269
TOTAL	625	1722	2347
Anémie			
Consultations	1496	3650	5146
Cas hospitalisés	514	967	1481
TOTAL	2010	4617	6627

Source: Statistiques Sanitaires, 1989

Les taux de mortalité maternelle sont élevés, à 700 pour 100.000 accouchements, moyenne obtenue à partir de deux études précédentes. En 1989, 63 décès maternels ont été signalés sur un total de 9056 accouchements dans les maternités, ce qui donne un taux similaire de 655 pour 100.000 naissances.(1) Il est difficile de savoir si ces décès maternels dans les maternités réflètent le taux réel dans le pays. En dehors de Lomé, une petite proportion seulement (7%) des accouchements au Togo se déroule dans les formations sanitaires ou est réalisée par les agents de santé. Le taux de décès des accouchements hospitaliers pourrait être biaisé à la hausse puisqu'il est possible que principalement les femmes avec des grossesses à hauts risques sont celles qui viennent dans les hôpitaux. D'autre part, il y a si peu de possibilités de soins de santé dans certaines régions du pays que les décès maternels peuvent être élevés dans ces régions et pas du tout signalés.

A Lomé, la capitale, le nombre d'accouchements dans les hôpitaux publics a augmenté de 16.353 en 1987 à 18.175 en 1989. Cela représente environ trois-quarts de toutes les naissances.(2)

Selon une étude conduite au Centre Hospitalier Universitaire, les principaux facteurs de risques de décès maternels sont les infections, l'hémorragie, l'avortement provoqué et l'éclampsie. Une des causes principales de morbidité est l'anémie. Selon une étude sur la nutrition réalisée par l'OCCGE en 1985, 48% des femmes enceintes (neuf mois) souffrent d'anémie.

---

(1) Source: Statistiques Sanitaires 1989. Les chiffres sont obtenus à partir de toutes les hospitalisations signalées, et des décès liés à la grossesse, en particulier: accouchement normal, infections non spécifiées liées à la grossesse, avortement, césarienne, dystocie, infection puerpérale, hémorragie/prévia placentaire, pré-éclampsie/éclampsie, rétention placentaire, rupture de l'utérus.

(2) - Centre de Santé-Maternité de Bè, Documentation Statistique, 1989. Ce centre était lui-même le site de 3.671 naissances dans une zone où l'on prévoit 6.750 naissances. Puisque certaines mères se font accoucher par des médecins, sages-femmes et personnel médical privés et puisque les activités de ces derniers ne sont pas signalées

(et pas supervisées) ces chiffres sont probablement une sous-estimation du nombre des accouchements pratiqués.

La fertilité totale a été différemment estimée depuis 1960 à 6,4 en 1961, 6,6 en 1971 (études démographiques) et 6,0 dans le recensement de 1981 (que l'on considère comme une sous-estimation). L'Enquête Démographique et de Santé au Togo en 1988 a estimé la fertilité totale d'une femme à 7,08 durant sa vie. Les zones urbaines avaient un chiffre plus bas (5,83) comparées aux zones rurales (7,51). Il s'agit là d'un taux élevé qui correspond étroitement au taux de croissance observé par le recensement de 1981 de 2,9% (4,4% pour les populations urbaines; 2,5% pour les populations rurales). Cette croissance rapide de la population, si elle n'est pas ralentie, pourrait imposer de sévères contraintes aux ressources économiques et sociales déjà limitées du Togo.

2. Ressources Sanitaires: Le Ministère de la Santé Publique est l'employeur principal du personnel de la santé et l'administrateur des infrastructures sanitaires du pays. En 1989, il employait 5236 agents, une diminution de 7% par rapport aux deux années précédentes. De ce personnel qui comprend des administrateurs et des médecins, 60,1% travaillent dans la périphérie, hors de la capitale, bien que la périphérie représente 86,2% de la population. Le Ministère a déployé des efforts pour rétablir l'équilibre depuis 1987 lorsque la périphérie accueillait seulement 55,9% des agents de santé.

Tableau 3
Personnel Sanitaire, Togo, 1987, 1989

Personnel	1987	1989	Variation en Pourcentage 87-89
Total Public	5631	5236	-7,0%
Lomé	2501	2089	-16,5
Périphérie	3130	3147	+0,5
% Périphérie/Total	55,9%	60,1%	
Total Privé	52	244	369,0%

Source: Statistiques Sanitaires, 1987, 1989

Si l'on examine uniquement le personnel médical (en omettant ceux qui sont employés au Ministère central), les distorsions en faveur des zones urbaines sont encore prononcées, comprenant 32,9% de tous les agents de santé dans le secteur public: 52,4% des médecins travaillent dans les centres de santé de Lomé, 57,1% des dentistes, 40,5% des assistants médicaux, 41,6% des sages-femmes. Même parmi les infirmières qualifiées, 25,9% se trouvent à Lomé. (Tableau 4).

Tableau 4
Personnel Soignant (Catégories Choisies)
Selon le lieu et le type de pratique, 1989

Secteur Public	Méd.	Dent.	Asst Méd.	Sag.Fem.	Inf.	Tot.
Cent.Santé Lomé	85	4	41	112	271	1.542
Périph.en prat. clinique	77	3	60	157	775	3.147
Total	162	7	101	269	1.046	4.689
% Personnel médical à Lomé	52,4%	57,1%	40,5%	41,6%	25,9%	32,9%
Secteur Privé	86	7	1	25	16	244
Total en prat. clini.(public et privé)	248	14	102	294	1.062	4.933
% Pers.clini. à Lomé et grd villes (public et privé)	69%	78,6%	41,1%	46,6%	27%	36,2%

Statistiques Sanitaires, 1989

Cependant, le secteur privé s'est considérablement accru, particulièrement dans le cas des médecins, dentistes et des pharmaciens qui constituent respectivement 31,0; 61,1 et 64,6 pour cent du personnel total au Togo (voir Tableau 5). Le secteur privé est minimal pour d'autres catégories de personnel (7,1% de sages-femmes, 1,4% d'infirmières).

En ajoutant le personnel médical privé au personnel public, la proportion des agents sanitaires qui travaillent à Lomé et dans d'autres villes s'élève à 36,2%, dont les médecins (69,0%), dentistes (78,6%), assistants médicaux (41,1%), sages-femmes (46,6%) et infirmières (27%).

Tableau 5
Personnel dans le Secteur Sanitaire,1989
Personnel Médical Qualifié

	Méd.	Dent.	Pharm.	Asst Méd.	Sag.Fem.	Inf.
Secteur Public						
Centres hors de Lomé	77	3	9	60	157	775
Ministère central et Lomé	114	4	14*	68	169	321
Total Public	191	7	23	128	326	1.096
Secteur Privé	86	11	42	1	25	16
Ensemble Secteur Sanitaire	277	18	65	129	351	1.112
% Privé/Total Secteur Sanit.	31%	61,1%	64,6%	0,8%	7,1%	1,4%

* Y compris 6 à Togopharma

Source: Statistiques Sanitaires, 1989

Ainsi, en dépit des soins de santé primaires dans les zones rurales, la croissance du secteur privé a contribué à favoriser encore les zones urbaines en matière d'accès aux services de santé.

L'évaluation du nombre et type d'infrastructure sanitaire au Togo constitue un défi. Nous n'avons pas été en mesure de trouver une liste nominative de toutes les infrastructures sanitaires selon l'affiliation et le type. Des tentatives en vue de catégoriser les infrastructures se sont révélées difficiles parce que le Ministère ne dispose pas de nomenclature uniforme pour ces infrastructures ou plutôt, plusieurs systèmes d'appelation sont utilisés. Ainsi, ce que le bureau administratif (auprès de qui nous avons obtenu le décompte des infrastructures sanitaires) mentionne comme centre de soins secondaires est ce que d'autres appellent au Ministère centre de soins primaires ou dispensaire. Une complication supplémentaire est que l'Annuaire Statistique de 1989 indique 30 hôpitaux, alors que le tableau de la division administrative en donne seulement 25.

Nous n'avons pas été en mesure de résoudre ces complications au cours de notre consultation et nous recommendons que le Ministère donne la priorité à la mise au point d'une liste nominative des infrastructures sanitaires contenant comme informations minimales, leur type, leur affiliation, leur statut légal et leur nombre de lits. Cependant, nous pouvons seulement donner une estimation des infrastructures : un Centre Hospitalier Universitaire de recherche, quatre hôpitaux régionaux entièrement équipés sur le plan chirurgical, 20 hôpitaux dans les préfectures avec peut-être 7 hôpitaux dans les sous-préfectures. En outre, il y a au moins quatre principaux hôpitaux soutenus par les églises catholiques ou protestantes. Il y a aussi des centres de santé publics et des dispensaires tenus par des infirmiers (éres) dont le nombre dépasse 300. Tous ces centres, nous a-t-on affirmé, dispensent des soins maternels et infantiles préventifs et aussi des soins curatifs. En outre il y a un nombre indéterminé de centres sous le contrôle de religieux et d'individus.

Sur le plan national, il y a 5.307 lits d'hôpitaux ou 1,6 lits pour 1.000 habitants. Vingt-trois pour cent de ces lits appartiennent au Centre Hospitalier Universitaire de Lomé-Tokoin; 37 pour cent de tous les lits d'hôpitaux au Togo sont à Lomé et dans la préfecture environnante.

L'Annuaire Statistique de 1989 indique 48 pharmacies privées et 86 dépôts de vente de Togopharma.

II. STRUCTURE DU SECTEUR SANITAIRE

Le secteur sanitaire est caractérisé par une multitude d'institutions publiques et privées, de programmes et d'activités. Dans cette section l'accent sera mis d'abord sur les principaux acteurs et le rapport de ces institutions avec le Ministère de la Santé Publique. Nous analyserons ensuite l'organisation actuelle du Ministère de la Santé Publique. Nous étudierons aussi le système d'information du Ministère, ses projets de réorganisation, et comment cette proposition de réorganisation peut offrir des chances de résoudre certains des problèmes les plus urgents: l'intégration des programmes verticaux; la mise sur pied et l'utilisation de systèmes d'informations fiables pour la gestion et la planification; et la décentralisation pour permettre la planification dans les zones locales. Nous terminerons par une analyse des perspectives d'institutionnalisation des activités du Ministère de la Santé Publique.

A. Institutions dans le Secteur de la Santé et leurs Relations

Le Ministère de la Santé Publique est l'acteur principal dans le secteur de la santé. Il contrôle la plupart des infrastructures sanitaires et emploie directement la plupart du personnel (voir

Tableau des décomptes du personnel public/privé). Le Ministère s'occupe de presque toutes les activités, de l'hygiène et du contrôle des vecteurs à la prestation directe des soins de santé.

Plusieurs autres Ministères jouent également des rôles significatifs dans le secteur sanitaire. Jusqu'en février de cette année, il y avait un seul Ministère regroupant la Santé Publique, les Affaires Sociales et la Condition Féminine. En dépit de cette union, chaque entité fonctionnait en toute indépendance avec ses directeurs généraux. Lorsque le Ministère a été scindé en deux, en février 1990, tous les services de santé et de planification familiale sont restés comme auparavant sous le contrôle de la Santé Publique. Cependant, le Ministère des Affaires Sociales et de la Condition Féminine garde certaines attributions en matière d'activités relatives à la santé. Par ses Centres de Nutrition Infantile (CNI) à travers le pays (qui sont souvent installés à proximité des formations sanitaires), ce Ministère offre des services aux femmes, aux enfants y compris l'éducation sanitaire et des programmes de nutrition. Avec la réorganisation du Ministère, il reste à voir quelle sera exactement la relation entre les centres sociaux qui s'occupent du contrôle de la nutrition et les centres du Ministère de la Santé Publique qui accomplissent les mêmes tâches. Les responsables du Ministère de la Santé Publique pensent que les mères et les enfants iront plus souvent dans les centres sociaux où des vivres sont également distribués (grâce au programme du Cathwel) que dans les centres de santé où un large éventail de soins préventifs et curatifs est disponible.

Le Ministère de la Santé Publique assure des soins de santé curatifs dans les écoles dirigées par le Ministère de l'Education Nationale. Il assure également l'éducation sanitaire de ces élèves, en mettant l'accent sur les soins préventifs. Il fait en sorte que son programme de vaccination s'applique aux élèves en envoyant des équipes de vaccination dans les écoles.

Deux autres Ministères jouent des rôles importants dans l'élaboration des programmes du Ministère de la Santé Publique. Le Ministère des Finances détermine un plafond au budget de fonctionnement du Ministère. Au cours des dernières années, ces plafonds ont été maintenus aux mêmes niveaux. Le processus apparaît comme une obligation émanant du Ministère des Finances, plutôt qu'un accord négocié. Le Ministère du Plan en fait de même pour le Budget d'Investissement.

La pratique par laquelle le Ministère de la Santé Publique se réfère au Ministère du Plan pour toutes les propositions ou projets qui pourraient avoir des implications politiques ou susciter la moindre controverse est également importante. Si ces projets sont approuvés par le Ministère du Plan, ils peuvent être réexaminés par le Conseil des Ministres et la décision finale doit être prise par le

Président. Il s'agit là d'un processus lent dans lequel les projets ou propositions peuvent se perdre. Par exemple, la déclaration de politique sur le planification familiale qui avait été distribuée en février 1990, a été envoyée au Ministère du Plan en mars. A ce jour, on ignore si une décision a été prise à ce niveau.

Aussi, toute construction dont le Ministère de la Santé Publique souhaite la réalisation est, en fait, réalisée par d'autres Ministères. A une moindre échelle, certaines dépenses du Ministère de la Santé Publique (par exemple les matériaux de construction) sont réexaminées par le Ministère du Plan, ce qui crée un degré élevé de centralisation dans l'administration et diminue l'autonomie du Ministère de la Santé Publique à gérer ses propres activités.

En dehors du Ministère de la Santé Publique, au moins 20 organisations oeuvrent dans le secteur de la Santé. Plusieurs organisations religieuses parrainent des centres de santé qui dispensent directement des soins à la population. Les plus grands centres hospitaliers religieux sont:

- Hôpital Bethesda, à Agou-Nyogbo dans la préfecture de Kloto administré par l'Eglise Evangélique du Togo (l'Hôpital soutient également les agents de santé des villages dans les communautés avoisinantes).

- Hôpital St. Jean, à Afagnan, préfecture des Lacs (Catholique)

- Hôpital St. Luc, Pagala, Préfecture de Sotouboua (Catholique).

- Hôpital Baptiste de Kpélé Tsiko, Préfecture de Kloto

En outre, il y a plusieurs petits centres de santé parrainés par les Eglises Protestantes et Catholiques. Ces formations sanitaires constituent une petite proportion seulement des formations de santé au Togo, mais ils jouent un rôle important. La population locale y recourt souvent de préférence aux centres publics croyant que leurs soins sont supérieurs (ce qui, de l'avis de plusieurs observateurs est vrai). Ils offrent aussi les médicaments nécessaires sans dépenses supplémentaires ce qui permet au malade d'économiser les coûts des médicaments qu'il aurait à payer en se rendant dans les centres publics. Ils font également payer les contraceptifs. Ces hôpitaux perçoivent des droits mais ne suivent pas la grille des droits des hôpitaux publics. Ils ont un avantage sur les hôpitaux publics en ce sens que les fonds recueillis restent dans l'institution alors que les formations sanitaires publiques doivent retourner leurs recettes au Trésor. Cette année, pour la première fois le Service National des Statistiques Sanitaires (SNSS) essaie d'inclure ces centres de santé confessionnels dans son système de

rapport mensuel sur la vaccination, le PMI, et les hospitalisations. Jusqu'à ce jour, leurs activités et les maladies qu'ils traitent n'ont pas été incluses dans les statistiques nationales.

L'ATBEF, filiale à but non lucratif de l'IPPF, a joué un rôle spécial dans le développement des programmes de planification familiale. Avec le soutien de l'USAID, elle gère une clinique de planification familiale à Lomé et un système de distribution de contraceptifs aux dépôts du secteur public dans le pays grâce aux livraisons de l'USAID. A présent, elle est la principale distributrice de contraceptifs aux centres publics et privés. L'ATBEF a également formé 15 "motivatrices" dont la mission dans ce domaine consiste à sensibiliser la population au planning familial et à distribuer les contraceptifs non-médicaux (condoms et spermicides). L'ATBEF rassemble des données sur l'utilisation des contraceptifs aux centres qu'elle ravitaille. Jusqu'à présent, ce système de collecte de données n'a pas été coordonné avec le Ministère de la Santé Publique. En effet, la relation entre le programme de planification familiale de l'ATBEF et celui du Ministère de la Santé Publique (PNBEF) a été plus marquée par moins de coopération que souhaitée. A mesure que le programme public se développe, il assumera certaines des activités de l'ATBEF, telles que la distribution des contraceptifs et la collecte de données dans les formations sanitaires, tandis que l'ATBEF envisage de se tourner davantage vers le secteur privé.

La plupart des bailleurs de fonds opèrent par le canal des institutions publiques en place en assurant une assistance technique, la formation, la construction et l'équipement. En termes de contribution financière, les principaux bailleurs de fonds dans la domaine de la santé sont l'USAID, l'UNICEF, le FNUAP, l'Organisation Mondiale de la Santé et la GTZ. Au nombre des petits bailleurs de fonds figurent le Cathwel, la Croix Rouge Togolaise, le FAC, le FED, le CUSO et le Corps de la Paix.

En particulier, les bailleurs de fonds principaux ont exercé une forte influence sur le Ministère de la Santé Publique en l'aidant à construire, à remettre en état, ou à équiper des centres et à élaborer des programmes prioritaires tels que le contrôle du paludisme, les vaccinations, le contrôle des maladies diarrhéiques et la planification familiale. Plusieurs des petits bailleurs de fonds se sont orientés vers l'action au niveau des villages en encourageant les comités villageois de développement des villages, en formant des agents de santé des villages, et en construisant des postes de santé.

Au Togo, les médicaments sont fournis par le secteur public, et le secteur privé commercial et non lucratif. Presque tous les médicaments sont importés officiellement par le monopole

para-étatique, Togopharma. Le Ministère de la Santé Publique utilise sa propre agence, Pharmapro, pour acheter une liste limitée de médicaments essentiels à Togopharma. Togopharma a également 8 Pharmacies et 91 dépôts de vente dans les zones rurales.

Des 46 pharmacies commerciales privées au Togo (toutes approvisionnées par Togopharma), 73% se trouvent dans la capitale, Lomé. Les médicaments sont également en vente dans n'importe quel marché local. L'USAID fournit les contraceptifs à l'ATBEF, faisant d'elle la principale distributrice au Togo. Le FNUAP fournit également des contraceptifs à l'ATBEF. D'autres organisations ont donné des médicaments aux organismes publics ou privés. Quelques hôpitaux de charité, de même que le projet de la GTZ dans la Région Centrale, achètent directement leurs propres médicaments d'Europe plutôt que de se les procurer à Togopharma où les prix sont plus élevés.

L'organisation du processus d'approvisionnement de la fourniture des médicaments préoccupe le Gouvernement. L'administration de Togopharma et de Pharmapro a souvent été critiquée par les responsables du Ministère. La gestion de Togopharma et de Pharmapro est telle qu'il y avait parfois des ruptures de livraison semi-annuelle de médicaments aux formations sanitaires. Un autre problème concerne la prescription et l'utilisation de médicaments inappropriés et chers. En Avril, le Ministère de la Santé Publique a publié une liste des "médicaments essentiels" dont la plupart sont des produits génériques, à prescrire par les agents de santé aux différents niveaux du système sanitaire. Il a été demandé à Togopharma de stocker régulièrement ces médicaments au lieu de marques utilisées auparavant. Le Ministère espère qu'en utilisant la liste des médicaments essentiels et en utilisant des produits génériques, les agents de santé commenceront à choisir des traitements qui sont plus appropriés et qui reviendront moins chers aux malades et à l'Etat.

Le Ministère de la Santé Publique régit la fonction des médecins et des sages-femmes privés et l'établissement des cliniques et des pharmacies. Un comité technique au sein du Ministère étudie les qualifications et fait des recommandations au Ministre. Une fois que le Ministère de la Santé Publique donne son accord à un médecin ou à une clinique, il ne réglemente plus ou ne supervise plus ses activités. En 1989 on a dénombré 86 médecins travaillant à titre privé, presque tous à Lomé. Ce chiffre est probablement une sous-estimation du nombre actuel pour deux raisons: d'abord, certains médecins privés peuvent exercer la profession sans autorisation officielle; ensuite, il n'est pas inconnu que certains médecins employés par l'Etat peuvent avoir aussi leurs petites officines privées.

B. Organisation du Ministère de la Santé Publique

1. Centralisation: Suivant le degré élevé de centralisation qui prévaut généralement dans le gouvernement, le Ministère de la Santé Publique se caractérise aussi par une structure hiérarchique qui centralise la prise de décision au sommet, au niveau du Ministre et son Directeur de Cabinet. A tous les niveaux du Ministère, les prises de décision sont transférées à un échelon supérieur jusqu'à ce que quelqu'un se décide à prendre ses responsabilités. Dans beaucoup de cas, cette personne est le Ministre.

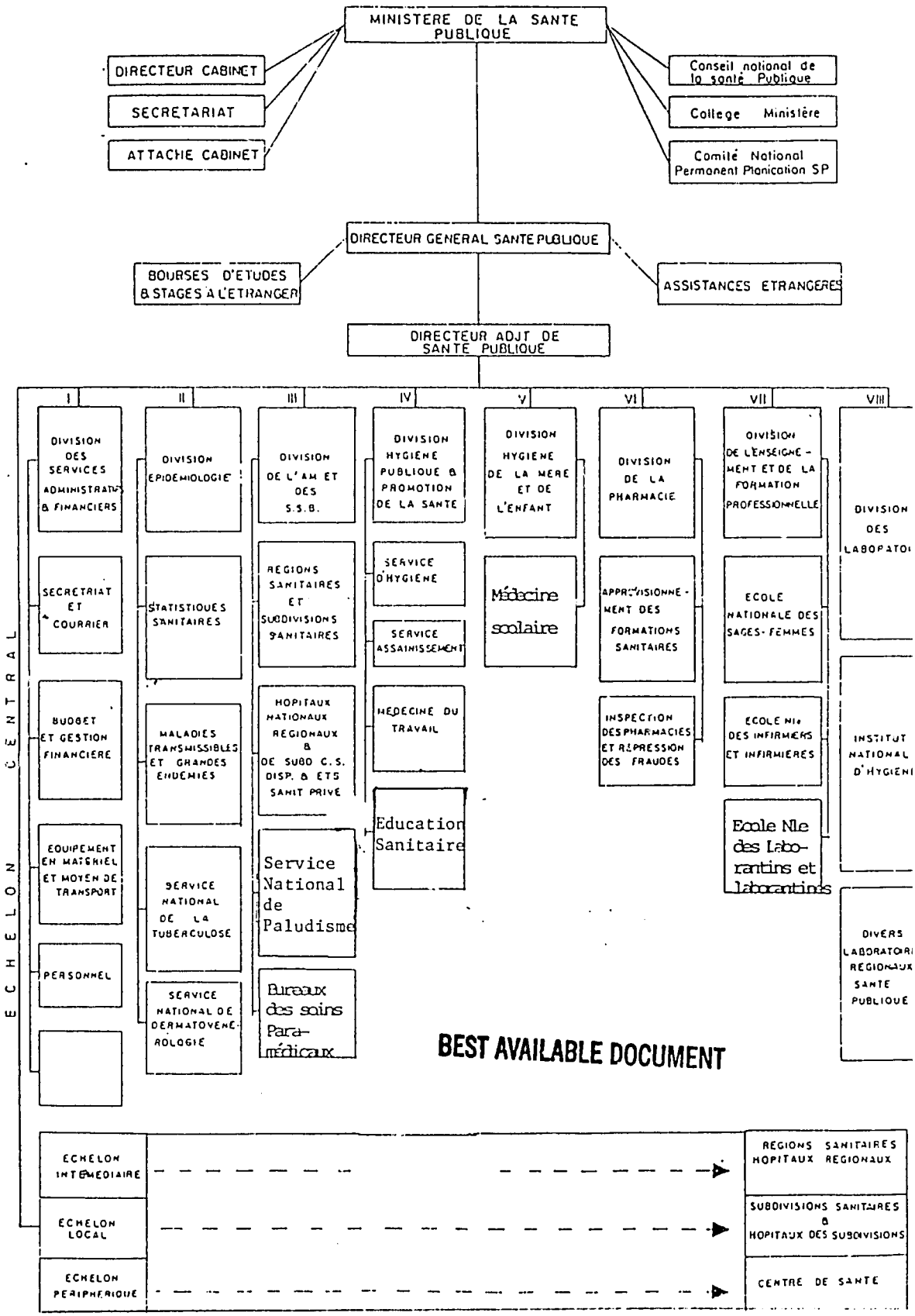
En 1989, lorsque le Ministère a créé son Unité de Planification et de Coordination (UPC), celle-ci fut placée au niveau du Directeur du Cabinet. L'UPC a été créé conformément aux termes d'un accord d'aide de l'USAID qui offrirait une assistance au Ministère pour la planification et la programmation de ses activités. Pendant l'année qui a suivi sa création, l'UPC a peu contribué à la planification au Ministère, et n'a pas été un acteur principal dans l'élaboration de l'étude que le Ministère a préparée à l'intention de la Banque Mondiale. L'UPC a été conçu comme une unité de planification quand le Ministère avait une structure tripartite (Santé, Affaires Sociales et Condition Féminine), mais avec l'éclatement en ces deux directions en Février 1990, les objetifs de l'UPC dans la structure tripartite semblent avoir été remis en cause puisque seule la Santé demeure le Ministère approprié. Ainsi l'UPC se trouve marginalisée dans les limbes administratifs, détachée des bases opérationnelles.

La structure actuelle du Ministère de la Santé Publique fut établie en 1969. Les huit divisions se sont développées graduellement et leurs sous- sections ont été conçues en termes de la logique qui prévalait alors. Ainsi, certaines des divisions ont une cohésion générale; d'autres regroupent des programmes et des services sans logique particulière. La Division des Services Administratifs et Financiers supervise le budget et le personnel, et gère l'équipement. Les décisions touchant au personnel, sont normalement prises par le Ministre, ou au moins passent par son cabinet pour une décision finale.

La Division de l'Epidémiologie est responsable du PEV, ce qui est logique en termes d'épidémiologie, mais inconciliable lorsque le PEV est perçu comme un programme à l'intention des mères et des enfants, et par conséquent plus approprié au sein de la Division de la Mère et de l'Enfant (DME). La Division de l'Epidémiologie abrite l'ancien bureau des Grandes Endémies dont les attributions précédentes semblent avoir été réparties entre une série de services concernant des maladies spécifiques, telles que la tuberculose, la lèpre et le paludisme. Finalement, l'Epidémiologie est le dépositaire des services statistiques du Ministère (SNSS). Ceci explique peut-être, en partie, pourquoi cette unité concentre ses efforts sur les rapports touchants aux maladies et à la

GRAPHIQUE 1

ORGANIGRAMME DU MINISTERE DE LA SANTE PUBLIQUE, TOGO



BEST AVAILABLE DOCUMENT

vaccination. Le Service National du Paludisme se trouve officiellement dans cette division.

La Division de la Mère et de l'Enfant (DME) dirige les programmes de prévention sanitaire de la mère et de l'enfant, y compris les maladies diarrhéiques, la surveillance de la nutrition, la maternité sans risque et la planification familiale. Ces activités sont entreprises dan les formations sanitaires. Puisqu'elle a bénéficié récemment d'un ordinateur de la part du programme CCCD, elle doit être à présent en mesure de réaliser son propre traitement de données.

La Division de l'Hygiène Publique et de la Promotion de la Santé administre les programmes d'assainissement dans le pays, la médecine du travail et les programmes d'éducation sanitaire. C'est la seule Division au Ministère qui dispose de responsables au niveau régional. L'éducation sanitaire est sous le contrôle du Service National d'Education pour la Santé (SNES) qui coopère étroitement avec les agents d'hygiène (également dans la division) au niveau régional et local, mais aussi avec les différents programmes qui s'intéressent à l'éducation sanitaire.

La division de l'Assistance Médicale et des soins de santé de base dirige les subdivisions sanitaires et les infrastructures sanitaires. Les trois divisions restantes sont celles de la Pharmacie, du Laboratoire et de l'Enseignement et de la Formation Professionnelle.

2. Verticalisation. Comme le Ministère s'est engagé dans de nouvelles activités, souvent à la demande des bailleurs de fonds, ces activités se sont insérées dans des unités de programmes nouvellement créées. Ainsi, le Ministère s'occupe à présent de programmes nationaux pour le contrôle du paludisme, le contrôle de la tuberculose, le contrôle de la lèpre, les vaccinations (PEV), la protection sanitaire de la mère et de l'enfant (PMI), la planification familiale (PNBEF), les maladies diarrhéiques et tout récemment, le SIDA.

Dans le domaine des activités de survie de l'enfant, il n'existe pas de division spécifique ayant la charge de tous les programmes appropriés. Le PEV est une activité principale de survie de l'enfant mais se trouve dans la Division de l'Epidémiologie. Lorsque le PEV formait des agents sanitaires pour accomplir des tâches techniques de la vaccination des mères et des enfants, il n'y avait pas eu une fusion de cette formation avec la formation des agents sanitaires dont s'occupe le SNES pour informer les mères sur les programmes de vaccination. Le Service National du Paludisme constitue une singularité organisationnelle comparable à plusieurs autres divisions et services engagés dans la recherche, le contrôle et les analyses dans les laboratoires, la distribution des médicaments, et la collecte des informations -- uniquement sur le paludisme.

Certaines activités d'appui qui s'interpénètrent -- telles que la formation et l'éducation sanitaire devraient être séparées dans la mesure où elles offrent un service nécessaire à différents types de programmes. Néamoins, la structure verticale du Ministère a même empêché cette interpénétration et les programmes qui pouvaient avoir un rôle intégrateur. Le SNES a souvent été négligé dans les programmes de formation orientés vers des actions spécifiques et dans l'élaboration des matériaux d'éducation sanitaire.

Les bailleurs de fonds compliquent le problème de verticalisation en demandant que des unités spéciales soient consacrées aux activités de leur choix. Ceci engendre à son tour une compétition entre les programmes soutenus par les bailleurs de fonds pour la suprématie dans le domaine considéré.

Le Ministère a fait des efforts pour surmonter les problèmes créés par la verticalisation en établissant des commissions intersectorielles de coordination. Quatre de ces commissions ont été formées, sur les maladies infectieuses, l'éducation sanitaire (IEC), la nutrition, la maternité sans risque et la planification familiale. Bien que ces commissions se réunissent tous les deux mois, elles n'ont pas réussi à promouvoir la coordination.

Une structure verticale peut avoir des avantages lorsqu'on lance un nouveau programme parce qu'elle permet au Ministère de centraliser ces activités. Cependant, la poursuite de ces programmes verticaux crée de sérieux problèmes opérationnels, puisque le même petit nombre d'agents au niveau des soins de santé est appelé à servir dans tous les programmes. Ainsi, les programmes verticaux se disputent pour avoir les services des agents de santé. L'agent de santé est amené d'une stratégie à une autre. Par exemple, lorsque le PEV mène ses campagnes de vaccination, les services normaux dans les formations sanitaires, comme dans les autres programmes, sont pertubés. Un second inconvénient des programmes verticaux est la duplication des activités. Les responsables locaux de la santé nous ont parlé de la suite interminable des séminaires auxquels ils ont été conviés, d'abord sur les maladies diarrhéiques, ensuite sur les vaccinations, et puis sur le paludisme. Les médecins-chefs apprennent à superviser le programme de vaccination, mais non la supervision générale et la surveillance des agents locaux de santé.

Un dernier inconvénient des programmes verticaux réside dans l'inefficacité qu'ils créent pour le système d'informations existant. Chaque programme adopte des rapports pour ses propres objectifs sans se rendre compte du fardeau pesant que cela représente pour l'agent de santé local ni du risque de duplication, ni des besoins de gestion au niveau local et régional.

En bref, les agents locaux de santé qui ont la charge des soins sanitaires s'aperçoivent souvent qu'il est impossible de coordonner,

encore moins d'intégrer les programmes disparates que le Ministère central lui-même n'arrive pas à intégrer.

3. Hiérarchie et Culture Bureaucratique: La réorganisation administrative de 1969 a demandé l'établissement de cinq bureaux régionaux avec un directeur. En fait, cette demande n'a jamais été satisfaite bien que les bureaux des programmes d'Education pour la Santé (SNES) et d'Hygiène ont dépêché du personnel dans certaines régions. Ainsi, les unités administratives effectives sur le terrain sont les 21 subdivisions sanitaires qui suivent le découpage en 21 préfectures et neuf sous-préfectures. Le chef de l administation de la subdivision sanitaire est le médecin-chef qui supervise toutes les activités sanitaires dans la préfecture. Cela se révèle une tâche formidable parce que le médecin-chef est aussi souvent le seul médecin dans la préfecture et l'administrateur de l'hôpital de la préfecture. Les médecins-chefs que nous avons interviewés ont déclaré avoir constaté que bien qu'ils aient essayé de réserver deux jours par semaine pour la supervision des cliniques avoisinantes, en fait, ils en avaient rarement le temps même pour un jour. Ils passent la plupart de leur temps à s'occuper du travail clinique. En outre ils organisent des réunions mensuelles avec les infirmières et les sages-femmes des dispensaires périphériques; ils tiennent des réunions mensuelles du personnel de leur hôpital; ils étudient tous les rapports; font des tournées de contrôle; ils programment et gèrent le budget de la subdivision; et ils répondent aux besoins des préfets dans les cas d'urgence.

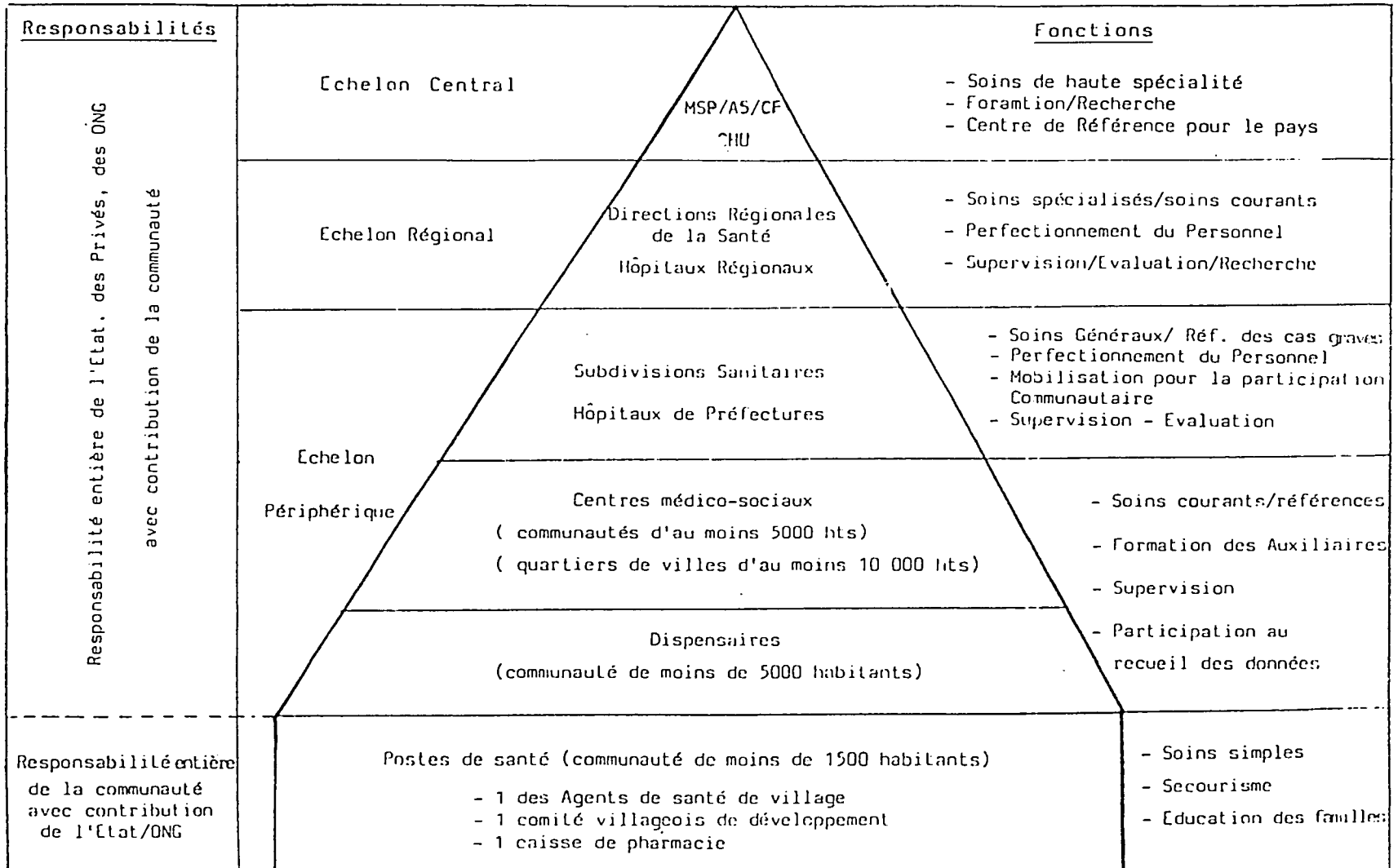
Malgré leurs nombreuses responsabilités, les médecins-chefs ont peu d'autonomie et de soutien pour y faire face. Leurs modestes budgets pour le carburant, l'entretien et les petites réparations, et les médicaments n'ont augmenté que très faiblement au fil des temps; ils n'ont pas de personnel pour leurs tâches administratives; ils sont obligés de se conformer aux rubriques de leur budget; les rubriques budgétaires relatives au carburant pour le véhicule dont le budget est modeste et limite leur possibilité de faire des tournées de contrôle; les réparations des équipements et des infrastructures sont déterminées par le ministère central; enfin, peu de ces médecins-chefs ont reçu une formation en santé publique et en administration, compétences dont ils ont besoin pour accomplir leurs tâches.

Ainsi, la centralisation du ministère au niveau des directions centrales au sommet s'étend également à l'administration locale. Elle décourage les initiatives des médecins-chefs compétents et ferme la porte à la planification au niveau des localités. Bien que ces médecins-chefs aient la possibilité de présenter leurs doléances au Ministère central, ils reçoivent rarement des réponses, encore moins les ressources dont ils ont besoin. Nous n'avons pu discerner dans notre analyse la base sur laquelle des décisions sont prises pour l'allocation des ressources, telles que le personnel.

BEST AVAILABLE DOCUMENT

GRAPHIQUE 2

LE SYSTEME DE SANTE AU TOGO DES ANNEES 90



259

Le haut degré de centralisation crée une culture bureaucratique où le personnel à l'échelon inférieur, même s'il est hautement compétent, n'est pas encouragé à prendre des initiatives. Cela limite alors la capacité d'absorption de l'organisation à initier de nouveaux programmes, ou même à remanier sa façon de travailler.

L'organisation des infrastructures sanitaires suit la structure administrative du pays dans l'ensemble. La graphique 2 montre l'organisation de ces infrastructures telles qu'elles sont envisagées dans l'avenir par le Ministère. L'infrastructure de soins tertiaires, le Centre Hospitalier Universitaire de Lomé (CHU) est le centre de référence de tout le pays. En-dessous se trouvent les quatre hôpitaux régionaux, le CHU représentant aussi l'hôpital régional de sa région. Ces hôpitaux regionaux sont les seuls capables de pratiquer des opérations chirurgicales. Au-dessous du niveau régional se trouvent 20 hôpitaux, un par subdivision sanitaire (préfecture). Ici aussi, le CHU représente l'hôpital de subdivision pour Lomé. Toutes ces infrastructures sont dirigées par un médecin.

Au-dessous de ces infrastructures secondaires, l'image des infrastructures primaires de santé devient moins claire. La Figure 2 montre les centres médico-sociaux dans les villes de plus de 5.000 habitants. Il s'agit de centres de santé où le personnel des services sociaux du Ministère des Affaires Sociales et de la Condition Féminine et le personnel sanitaire du Ministère de la Santé Publique travaillent dans les mêmes bâtiments. Cependant, ces structures existent seulement dans quelques villes. En fait le tableau montre le système prévu plutôt que le système en place. La vérité semble être que la plupart des sous-préfectures disposent de centres de santé dirigés par un assistant médical. Tous ces centres disposent de lits pour les soins internes. Enfin au-dessous de ce niveau il y a les dispensaires dirigés chacun par un (e) infirmier (e) assisté (e) habituellement par une accoucheuse. Certains dispensaires ont également des lits, utilisés particulièrement pour les accouchements.

Le nombre exact des infrastructures de santé primaire décrites au paragraphe précédent est difficile à discerner. On nous a donné des estimations de 315 à 320, mais ces chiffres comprennent aussi les postes de santé qui ne sont pas sous le contôle du Ministère de la Santé Publique. Nous n'avons pas pu obtenir une liste nominative des infrastructures sanitaires du Ministère de la Santé Publique. Certaines des difficultés d'avoir une idée claire du nombre et du type des infrastructures sanitaires proviennent des définitions multiples et ambigües ou même contradictoires. En dépit de ce qu'indique la Graphique 2, il n'y a pas à ce jour un système de classification précise pour les infrastructures sanitaires. Par exemple, dans certains documents, on définit un dispensaire comme un "centre de santé secondaire" alors qu'un centre de santé plus sophistiqué au niveau de la sous-préfecture est appelé "centre de santé primaire", juste le contraire de ce que l'on devrait dire. Le manque de système de classification complique toute tentative de planifier l'allocation des ressources.

Les infrastructures et les services de la santé s'étendent au-dessous du niveau des dispensaires du Ministère de la Santé Publique. Jusqu'à ce jour, le SNES du Ministère de la Santé Publique a été le seul participant du Ministère de la Santé Publique à l'action de mobilisation communautaire, de développement des comités villageois de santé et des postes de santé, et de formation des agents de santé dans les villages. La plupart de ces ativités sont entreprises grâce à l'appui des bailleurs de fonds.

A présent, les agents de santé communautaire n'ont pas de lien formel avec les institutions et le personnel du Ministère. Le Ministère ne rassemble pas les données sur leurs activités. Par exemple, le médecin-chef ne supervise pas (et il n'est pas prévu qu'il le fasse) les agents de santé communautaire. Les infirmières du dispensaire ne sont pas responsables de la supervision des activités des agents communautaires dans leur zone d'opération, bien que quelques unes peuvent le faire de manière ponctuelle (ad hoc.). Cette situation brise les liens entre les unités opérationnelles de secteur sanitaire. Dans l'application de sa stratégie de développement des soins de santé primaires, le Gouvernement n'a pas encore créé un moyen de rattacher les agents de santé communautaire nouvellement institués dans les villages aux dispensaires, leurs points de référence. En réalité, c'est le médecin-chef local qui doit assurer la supervision et l'appui de ces agents.

4. Système d'Information:

Le système d'information du Ministère reflète les résultats négatifs de la centralisation et de la verticalisation excessive. Au lieu d'être un instrument d'intégration des efforts du Ministère en matière de planification et de gestion, il sert plutôt d'instrument de fragmentation. Néanmoins, le système d'information actuel a fait des progrès considérables par rapport à ce qu'il était il y a cinq ans lorsque son évaluation par une consultante du CDC avait été défavorable.

Le Ministère tire des informations de trois sources: les rapports de routine provenant des formations sanitaires; des études périodiques spéciales; et le recensement. Le système des rapports de routine est très développé, complexe et écrasant. Bien qu'il y ait certains éléments qui fonctionnent bien, beaucoup de ces données ne sont pas fiables.

a. Le Système des Rapports de Routine:

Chaque infrastructure de santé, depuis le dispensaire jusqu'au sommet, fait des rapports mensuels au Ministère. Ces rapports sont envoyés au médecin-chef qui les examine et les envoie à la Direction appropriée au Ministère central pour traitement et analyse. Chaque

formation sanitaire dispensant des soins de santé curatifs aux malades externes et des soins préventifs de santé maternelle et infantile (ce qui veut dire virtuellement tous les centres) fait chaque mois au Ministère de la Santé Publique au moins cinq rapports d'une à trois pages chacun. Ces rapports représentent les activités des programmes verticaux. Il s'agit de:

- Relevé Mensuel de Maladies: Nouveaux cas de 50 maladies catégorisées (classification de l'OMS) observés au cours des consultations externes (2 pages). Les données sont présentées par sexe et par chacun des cinq groupes d'âges. Elles sont préparées pour le Service de Statistiques Sanitaires de la Division de l'Epidémiologie;

- Utilisation thérapeutique et prophylactique de la chloroquine: Nouveaux cas de fièvre, de décès, utilisation de la chloroquine (2 pages) préparées pour le Service National du Paludisme;

- Rapport sur les maladies diarrhéiques: Nouveaux cas de diarrhée, de déshydratation, de décès, et le traitement administré (1 page), préparé pour le Programme de Lutte Contre des Maladies Diarrhéiques de la DME.

- Consultations prénatales/postnatales/naissances: Nouvelles et anciennes consultations pour les soins prénatales et soins aux nouveaux-nés; les mères en situation de danger et les transferts suivant trois groupes d'âge; les naissances. Préparées pour le programme SMI de la DME (1 page).

- Vaccinations: doses administrées par vaccin et par groupe d'âges, doses des vaccins stockés (1 page). Préparées pour la Division de l'Epidémiologie qui l'envoie au Service des Statistiques Sanitaires.

Les 40 centres qui offrent des services de planification familiale utilisent un rapport supplémentaire. Ces centres qui reçoivent des contraceptifs de l'ATBEF préparent un rapport sur les stocks envoyés directement à l'ATBEF. Le PNBEF a également introduit un nouveau rapport qui, jusqu'à présent, n'est utilisé que dans une seule préfecture. Finalement, le nouveau programme sur la surveillance de la croissance ajoute un rapport (simple, heureusement).

Les infirmiers(ières) recueillent les données pour les trois premiers rapports mentionnés ci-dessus sur leur registre de consultations curatives. Pour préparer le rapport, elles doivent lire les consultations mensuelles trois fois, une fois pour chaque rapport. Les infirmières, sages-femmes, ou accoucheuses maintiennent des registres ou des agendas pour chacun des autres domaines du programme: consultations prénatales, consultations postnatales, naissances et vaccinations. La préparation des rapports est une

tâche qui demande beaucoup de temps aux agents de santé. Dans un grand centre, cette préparation peut demander 7 jours de travail à l'agent.

Les rapports actuels ont été pour l'essentiel, introduits cette année et il serait prématuré d'évaluer leur degré de fiabilité, d'exactitude et d'exhaustivité. Néanmoins, ils présentent des améliorations considérables par rapport au passé. Le relevé mensuel, par exemple, réduit considérablement le nombre des maladies figurant dans le rapport à un nombre convenable et devrait, par conséquent, permettre une amélioration du rapport. Le nouveau système d'information sur la planification familiale comprenant le registre des malades et le formulaire de rapports mensuels contient aussi un manuel d'instructions.

Nous avons vu sur le terrain les mérites et les faiblesses du système. D'abord, les agents sanitaires sont assidus et tiennent tant bien que mal des registres d'une nature ou autre. Ils font des rapports et les expédient. Mais souvent ils ne savent pas pourquoi ils le font, et pourquoi il y en a autant. Ils font le travail de façon mécanique et ne savent pas que certaines des données qu'ils rassemblent pourraient les aider à gérer leurs propres centres de santé.

Nous avons également observé beaucoup de problèmes que l'on ne peut pas résoudre en améliorant simplement la qualité des rapports. La fiabilité et l'exactitude en particulier des données des registres de consultations curatives sont suspectes. Il n'y a pas de guide national pour la classification des maladies, particulièrement à l'intention des infirmières qui diagnostiquent probablement plus de 90% des cas. Les infirmières ont peu ou pas d'accès aux tests de diagnostics et ont beaucoup moins d'expériences cliniques que les médecins pour qui le système de classification de l'OMS est destiné. Par conséquent, les infirmières ont tendance à faire des diagnostics rapides sur la base des signes et des symptômes qui ne sont pas uniformes. Par exemple, le manque de définition uniforme pour la malnutrition a conduit en 1989 au fait qu'une seule clinique a fait état de 90% des cas de malnutrition au Togo.

Comme les normes des registres ne sont pas harmonisées avec celles du rapport, les agents de santé éprouvent des difficultés à transcrire correctement les données. Les données peuvent par conséquent se perdre, être mal comptées ou mal attribuées. La majeure partie des données soigneusement enregistrées n'est jamais utilisée. Rien que le volume du travail réduit la probabilité que même l'agent de santé le plus consciencieux remplira correctement ces documents détaillés.

Ce qui frappe lorsqu'on observe le travail des centres de santé c'est la fragmentation du travail dans le temps et dans l'espace.

Les visites prénatales peuvent se faire un jour, les visites postnatales un autre jour. Pourtant ce sont les mêmes mères et les mêmes enfants qui viennent au centre et ce sont les mêmes infirmières, sages-femmes et accoucheuses qui dispensent les soins. Même la structure physique de plusieurs des anciennes cliniques nécessite différentes salles pour différents programmes. Le système d'information, lui-même, accentue cette fragmentation en exigeant que chaque type d'activité soit enregistré dans son propre registre ou agenda, habituellement gardé dans des endroits séparés.

Les centres de santé disposant de lits envoient des rapports mensuels des cas traités dans le mois au service des statistiques sanitaires (par le canal du médecin-chef). Les données recueillies comprennent le diagnostic de la maladie quand le malade sort, et le cas échéant, les décès. Le Service des Statistiques Sanitaires dans la Division de l'Epidémiologie attribuera le code approprié de l'OMS. Ce formulaire constitue aussi une nouveauté cette année et devrait permettre une classification plus appropriée des maladies si les hôpitaux inscrivent correctement un diagnostic complet et si le personnel du bureau des statistiques connaît bien les codes médicaux.

On ignore si les malades externes qui sont dirigés sur les hôpitaux sont comptés deux fois. On nous a dit que lorsque la clinique se trouve dans l'hôpital, il est certain que l'on ne compte pas deux fois.

Tous les hôpitaux envoient les rapports sur leurs malades externes et internes au médecin-chef. Les hôpitaux régionaux font exception à cette règle et envoient directement leurs rapports au Ministère central. A présent, les médecins-chefs disent qu'ils étudient les rapports juste pour s'assurer qu'ils sont raisonnablement bien préparés et pour identifier les grandes tendances pathologiques. Si le médecin-chef avait le temps et la formation, et si les rapports étaient suffisamment orientés vers la gestion, il pourrait les utiliser pour planifier et gérer les ressources sanitaires de la subdivision. Par exemple, il pourrait analyser l'ampleur des activités préventives par rapport aux activités curatives; les consultations totales par rapport au personnel disponible; et les zones-cibles où les agents de santé font moins d'activités de soins préventifs par rapport à la population.

Le flux des rapports se complique dès que ces rapports quittent les mains des médecins- chefs. La Figure 3 en donne l'illustration. Les vaccinations, le relevé des maladies, les consultations pré/postnatales, les surveillances de la croissance, et les hospitalisations vont au Service National des Statistiques Sanitaires de la Division de l'Epidémiologie. Les hôpitaux régionaux envoient aussi les rapports de leurs malades internes à ce service. Le rapport sur l'utilisation de la chloroquine pour le

paludisme va au Service National du Paludisme. La planification familiale (actuellement pour une région seulement) et les rapports sur les maladies diarrhéiques vont à la Division de la Mère et de l'Enfant (DME).

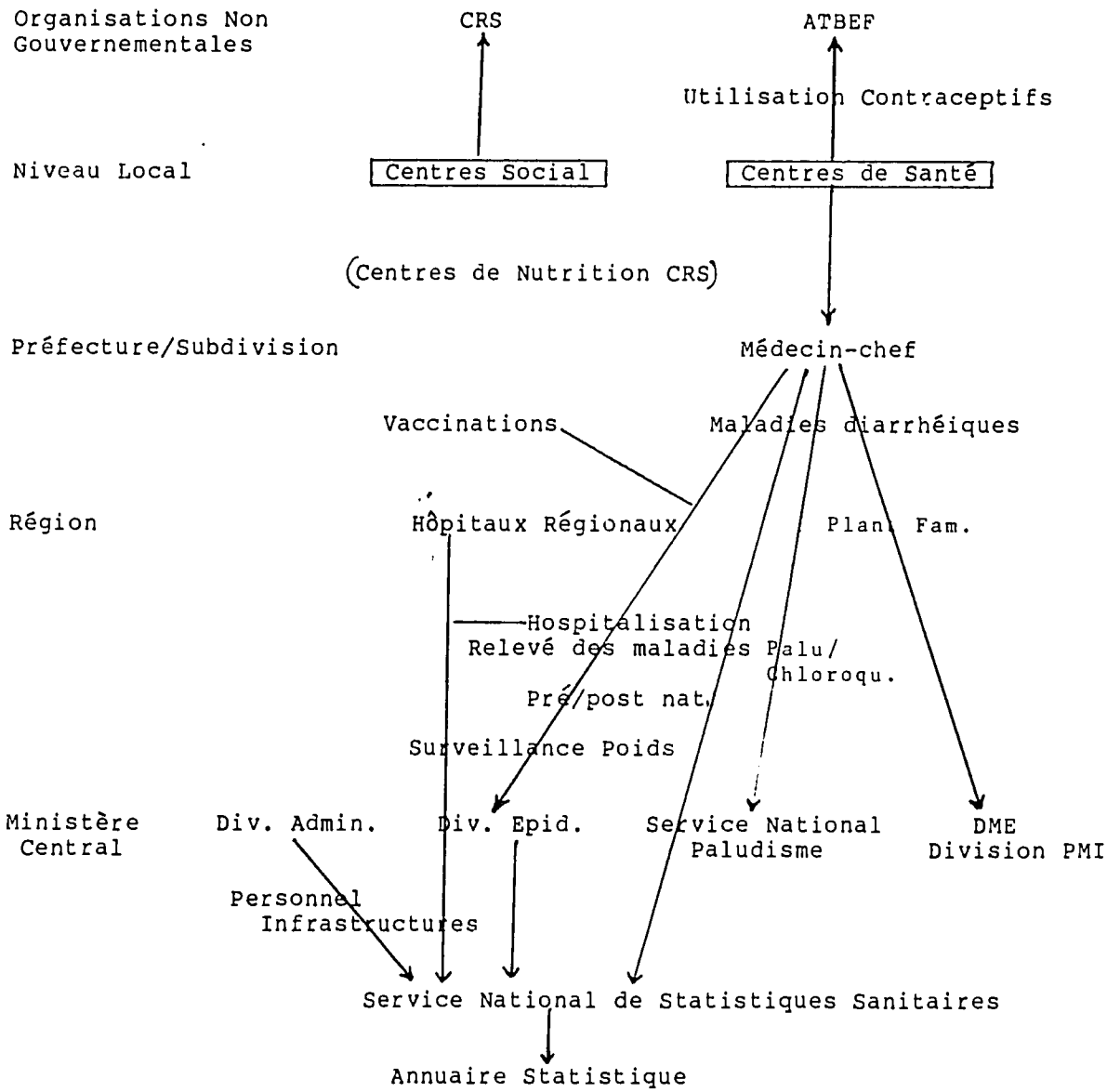
Au moins pour les rapports sur les vaccinations, le bureau des statistiques sanitaires peut indiquer que les rapports viennent à temps au médecin-chef. Dans les deux mois qui suivent les rapports la plupart des dossiers des préfectures émanant des médecins-chefs parviennent au service des statistiques sanitaires. Il ne nous est pas possible de dire avec certitude si toutes les institutions sanitaires dans une préfecture font des rapports tous les mois. On nous a dit que c'est la responsabilité du médecin-chef, mais nous avons trouvé que la plupart des médecins-chefs n'ont pas les moyens de vérifier l'arrivée effective de tous les rapports au SNSS.

En effet, les données au niveau national restent éparpillées entre les programmes verticaux. La fragmentation de l'information va de paire avec la fragmentation des programmes. A présent, seul les rapports envoyés au Service National des Statistiques Sanitaires sont habituellement analysés et publiés. Ils constituent le noyau de l'Annuaire Statistique avec des données supplémentaires sur le personnel, les budgets, et les moyens fournis par la Division Administrative. A l'exception de l'Annuaire les formations sanitaires et les médecins- chefs ne reçoivent pas de feed-back sur les informations pour lesquelles ils ont consacré tant de temps.

Il est évident que ce système d'information fragmenté ne peut pas fournir les données dont le Ministère a besoin pour une planification et une gestion intégrée aux niveaux local, régional, et central. Non seulement la qualité des données constitue un problème, mais l'utilité d'une partie de ces dernières n'est pas claire. A présent, en dehors de l'Annuaire qui présente seulement des données sur la morbidité, les hospitalisations, l'infrastructure, et des données globales sur les budgets et le personnel, aucune des autres données recueillies n'est directement utilisables par le Ministère.

GRAPHIQUE 3

Circuit des Informations
Rapports Mensuels sur les Malades Internes et Externes



b. Etudes Périodiques:

Les études périodiques constituent la deuxième source de données pour le Ministère. Les bailleurs de fonds, en particulier l'USAID et UNICEF, ont financé de nombreuses études, en utilisant fréquemment Unité de Recherche Démographique (URD). La plus extensive de ces études est celle relative à l'Enquête Démographique et de Santé au Togo de 1988 qui présente des données sur la fécondité, la connaissance et l'utilisation de la planification familiale et certaines pratiques sanitaires. L'URD a également fait des études sur la mortalité maternelle en utilisant des registres du Centre Hospitalier Universitaire. L'URD se propose de faire une seconde étude sur la Population et la Santé en 1993, si elle peut trouver le financement.

c. Recensement:

Le dernier recensement qui a eu lieu en 1981 (avec le concours des bailleurs de fonds, principalement le FNUAP et l'USAID) fournit les dénominateurs démographiques pour le calcul des taux d'incidence et de la couverture effective des programmes du Ministère. Le recensement a été réalisé par la Division des Statistiques du Ministère du Plan. A cause des difficultés de traitement des données, les résultats définitifs n'ont pas été disponibles avant plusieurs années. Le Ministère a publié une analyse succincte présentant un intérêt pour des décideurs en 1989. Le Ministère du Plan a également fourni des estimations de la population jusqu'en 1995 sur la base du recensement de 1981. Le Ministère se prépare à entreprendre son prochain recensement à la fin de 1991.

d. Qualité des Données:

La qualité des données obtenues à partir de ces sources varie considérablement. Elle donne lieu à une pléthore d'estimations consignées dans divers documents et transposées d'un document à l'autre sans en contrôler la validité.

Les données relatives à la mortalité sont difficiles à recueillir dans un pays où le système des statistiques vitales ne sont pas encore bien établies. La mortalité infantile, mesure vitale qui permet la comparaison de tous les pays, a été estimée de deux manières, avec des résultats différents. Le recensement de 1981 comprenait un questionnaire sur les décès dans la famille. Un bon nombre de recenseurs ont oublié de poser cette question de sorte que lorsque des décès n'ont pas été mentionnés, cela voulait dire soit qu'il n'y en avait pas, soit que la question avait été omise. Après avoir malaxé les données, leur réestimation de la mortalité infantile était de 130 pour 1.000. Il est difficile de connaître le degré de fiabilité de cette estimation, étant donné le nombre de manipulations nécessaires pour arriver à cette estimation.

Les deuxièmes sources d'estimations de la mortalité infantile sont fournies par l'Enquête Démographique et de Santé au Togo de 1988 où on avait demandé aux mères de faire le récit de dix ans de la vie et du décès de leurs enfants. Le Tableau 1 donne les résultats et indique les différences obtenues en utilisant différentes méthodes. Les études ont tendance à sous-estimer les décès à moins que l'échantillon ne soit suffisamment vaste. L'échantillonnage de l'Enquête Démographique et de Santé au Togo (EDST) bien que suffisamment vaste pour la plupart des questions posées, est probablement insuffisant pour une estimation fiable de la mortalité infantile.

L'estimation de la mortalité maternelle de 700 pour 100.000 fréquemment mentionnée, nous avait-on dit, représente la moyenne des deux études : une étude sur l'ensemble du pays faite par l'URD en 1985-86 a donné un taux de 1.000 pour 100.000; et une étude de mortalité à Lomé en 1986 a donné un taux de 420 pour 100.000.

Comme les études sont chères et ne donnent que des informations périodiques, il serait utile de considérer des méthodes alternatives pour mesurer, au moins les décès maternels. Au minimum, un rapport de routine et une analyse des risques et des décès maternels dans toutes les formations sanitaires, devraient être pris en considération. L'obligation de tenir ces registres en ordre serait également essentielle pour aider une institution à gérer ses services de maternité.

Un dernier aspect des estimations tirées des études: Au cours des interviews, nous nous sommes rendus compte que plusieurs personnes dans le secteur de la santé, Togolais comme expatriés, prenaient scrupuleusement les chiffres des estimations obtenus à partir des études et les utilisaient pour comparer les régions. Les statisticiens indiquent normalement les seuils de tolérance de ces estimations. Par exemple, si le seuil de tolérance du questionnaire de l'Enquête Démographique et de Santé au Togo de 1988 est de 10%, le taux de la mortalité infantile pour 1983-87 n'est pas 81, mais entre 72,9 et 89,1. Ce genre de raffinement n'est pas important si tout ce que l'on souhaite est une idée générale. Mais si les décideurs doivent comparer deux années, ou deux régions, alors ils ont besoin de savoir que les estimations représentent des limites et s'il y a un chevauchement de ces limites, les différences entre elles ne sont pas significatives. Ces limites plutôt que les estimations chiffrées doivent être indiquées.

Les données sur la morbidité obtenues à partir des rapports de routine des institutions sanitaires présentent des problèmes concernant leur qualité, comme nous l'avons dit auparavant. Ces problèmes apparaissent lorsqu'on essaie d'analyser les résultats par exemple, de l'Annuaire Statistique de 1989. Elles présentent aussi des limites, car elles portent naturellement sur les malades qui

peuvent se déplacer ou se faire transporter aux centres de santé. C'est tout comme si l'on estimait la dimension d'un iceberg à parti de son extrémité. Néanmoins, ces données, lorsqu'elles font systématiquement l'objet d'un rapport de routine sont utiles pour l planification et la gestion des services de santé même si elles ne sont nécessairement valables épidémiologiquement, sur la base d'une population.

Le système actuel des données ne donne pas beaucoup d'informations relatives à la gestion. Certaines données importantes pour la gestion ne sont pas présentement recueillies, telles que les stocks de médicaments, ce qui pourrait aider les administrateurs des cliniques à planifier leurs commandes et en évaluer l'utilisation. Les petits hôpitaux n'ont pas une structure qui pourrait les aider à suivre leur recensement journalier. Les données déjà recueillies su les conditions épidémiologiques et les activités des services de santé ne sont alors pas utilisées pour aider les administrateurs à planifier leurs services. Ce qui fait défaut c'est une série d'indicateurs obtenus à partir de ces données pour les aider à évaluer leurs activités.

Un groupe de ces indicateurs pourrait être basé sur la population dans le rayon d'action d'une formation sanitaire en vue d'évaluer la couverture. Cela voudrait dire qu'il faut former les agents de santé de sorte qu'ils connaissent la taille de la population de la zone avoisinante. Lorsque l'on disposera des données du nouveau recensement en 1991, ce ne serait pas une tâche difficile à accomplir. Ces indicateurs comprendraient les vaccinations, les consultations pédiatriques, les consultations prénatales et les naissances enregistrées par la population cible. D'autres indicateurs comprennent le taux des vaccinations complètes; le nombre d'enfants recevant la troisième dose par rapport à ceux qui ont reçu une première dose , ce qui constitue une bonne indication de la capacité d'une formation sanitaire de suivre sa clientèle. Les Médecins-chefs peuvent utiliser les indicateurs pour évaluer les problèmes de la gestion des cliniques, par exemple l'activité des cliniques en rapport avec le nombre de personnel disponible. La mise au point de ces indicateurs à l'intention du personnel sanitaire local, régional et central fournirait non seulement des informations pour la gestion, mais pourrait également aider les agents de santé à comprendre pourquoi les données qu'ils recueillent sont importantes. Ceci, à son tour, pourrait améliorer la qualité des données recueillies.

Comme indiqué auparavant, le système d'information s'est considérablement amélioré pendant ces dernières années. Ceci est dû en grande partie aux activités du programme du CCCD qui a installé des ordinateurs au Service National des Statistiques Sanitaires, assuré la formation, et fourni l'assistance technique. Il faut également rendre hommage au chef de ce service qui a opéré ces

changements. Cependant, il est handicapé par le fait qu'il est le seul dans son bureau à avoir ce niveau de formation. Il n'y a personne d'autre dans le service avec une formation sanitaire adéquate bien que certains agents continuent de classifier des maladies. Ce qui est encore plus inquiétant, c'est que ce chef indispensable au Service de Statistiques doit prendre sa retraite cette année et jusqu'à présent aucune mesure n'a été prise pour assurer son remplacement.

L'Annuaire des Statistiques représente le point culminant des travaux du Service, et en tant que tel, représente à la fois la force et la faiblesse du système en vigueur. Parmi ce qui fait sa force, il y a le fait que le Bureau a réussi à publier un tel document pendant trois années successives en moins de six mois après la fin de l'année précédente. Ce n'est pas une chose facile. La version 1988 constitue une amélioration considérable par rapport à celle de 1987. L'Annuaire de 1989 peut également représenter une amélioration mais nous ne sommes pas en mesure d'émettre un jugement puisque seul le premier volume, comportant des données épidémiologiques et des données globales sur le personnel et les infrastructures et quelques tableaux du second volume sont disponibles au moment où nous écrivons ce document. Au cours des deux dernières années, les Annuaires ont judicieusement utilisé des graphiques pour présenter les tendances des maladies.

Nous avons également noté d'importantes faiblesses dans la manière dont les données ont été analysées et présentées. Par exemple, le nouveau relevé devrait produire une liste de 50 maladies, qui devraient permettre aux décideurs d'analyser les problèmes sanitaires les plus importants dans le pays. Néanmoins, les infirmières avaient été autorisées à en produire d'autres en supplément. L'Annuaire publie cette compilation des 50 maladies originales plus une collection douteuse de presque 200 diagnostics qui auraient dû être tous catégorisés suivant les classifications des maladies originales. Cette méthode adoptée pour faire les rapports est une tentative de classification des maladies, mais il reste beaucoup de travail à faire pour mettre en place un système standarisé.

L'Analyse des données pathologiques chez les enfants est aussi difficile parce que les données sont présentées non seulement par groupe d'âge mais aussi par sexe. Ainsi pour connaître le nombre d'enfants de moins d'un an qui ont eu la rougeole, il faut d'abord additionner les garçons et les filles. Cette présentation ne permet pas aux décideurs qui n'ont pas la formation de statisticiens de faire les calculs facilement. En outre, pour les enfants, au moins le besoin d'informations pathologiques suivant le sexe n'est pas évident. Les colonnes et les lignes supplémentaires engendrent plus d'erreurs, moins de conformité et finalement ne donnent pas d'informations susceptibles d'être utilisées couramment pour la planification et/ou la gestion.

Les données présentées pourraient également faire l'objet d'une meilleure édition pour éviter des erreurs évidentes comme celles qu consistent à identifier deux fillettes de moins de cinq ans comme s'étant présentées à la consultation pour des grossesses prolongées. Les tableaux relatifs à la couverture des vaccinations comportent des résultats bizarres indiquant que dans certaines régions plus de 100 % des enfants ont été vaccinés, par exemple, pour le BCG.

Que ceci résulte des sous-estimations de la population ou à la revaccination des mêmes enfants, ou des deux à la fois, cela suggère aussi bien le besoin d'améliorer la méthode des rapports que le besoin d'utiliser les données pour superviser les activités sur le terrain.

e). Problèmes relatifs à l'élaboration du système d'information:

Les améliorations au système de gestion ont été significatives. Elles peuvent former la base d'un système efficace d'informations sur la gestion pour le développement du Ministère. Cependant il y a encore beaucoup de travail à faire pour surmonter la verticalité du système actuel, la duplication des rapports, et pour créer un système intégré qui puisse servir aux besoins de gestion du Ministère à tous les niveaux. Ce qui se passe à présent est que chaque programme se préoccupe étroitement de ses propres besoins. En outre, les programmes ont une tendance à la rivalité entre eux, dans la crainte peut-être que si certains programmes dominent d'autres , ils ne pourront jamais avoir les données dont ils ont besoin. Cette approche compétitive ne fait que compliquer la tâche de l'agent de santé à l'échelon inférieur de la chaîne qui doit intégrer tous ces différents programmes.

On pourrait ne pas tenir compte de la verticalité si, au moins, le système d'informations fournissait des données de routine fiables aux décideurs aux niveaux local et central de manière opportune et sous une forme utilisable. Notre expérience nous prouve que cette qualité est rare. Des informations de base sur l'infrastructure sanitaire, telle que la liste de toutes les institutions sanitaires au Togo n'est pas facile à obtenir. Le Ministère ne possède pas une source centrale de ces données. Ceux qui sont à la recherche d'informations vont souvent d'un bureau à l'autre. Les seules informations disponibles dans un document central est l'Annuaire Statistique. Même si ce rapport présente des progrès par rapport aux années précédentes, il comporte des limitations dans la mesure où les données sont présentées de manière difficile à interpréter. L'expérience récente du Ministère dans son analyse du projet de la Banque Mondiale démontre la difficulté qu'il éprouve à mobiliser des données adéquates pour la planification. On nous a parlé des difficultés qu'éprouvent ceux qui sont chargés de la préparation des

documents à trouver des données consistantes et fiables sous une forme utilisable.

Pourquoi le système d'informations fonctionne-t-il de la sorte et que peut-on faire pour l'améliorer? Les raisons pour lesquelles il fonctionne de la sorte sont:

- La verticalité des programmes renforce la verticalité des informations

- La centralisation joue un rôle, comme chaque programme essaie de renforcer son contrôle sur ses activités en monopolisant les informations.

- Le système actuel n'est pas orienté vers la compétence de ceux qui le créent et de ceux qui l'utilisent. Les obligations qu'il impose aux agents de santé en matière de connaissance diagnostique et de compétence en arithmétique sont extrêmement élevées en particulier si l'on considère que le but principal de leur activité est de s'occuper des malades et non de remplir des formulaires.

- Le système n'est pas conçu pour répondre aux besoins de gestion des décideurs aux niveaux local, régional et central. Si les informations qu'il recueille péniblement pourraient l'aider en réalité à gérer sa clinique, l'agent de santé serait motivé pour les recueillir et les transmettre correctement. Si les informations recueillies répondaient aux besoins de gestion des médecins-chefs (et si ceux-ci avaient quelque autonomie en matière de planification), ils seraient motivés pour superviser plus attentivement et pour répartir les ressources plus judicieusement.

Un système d'informations peut constituer un instrument puissant pour intégrer les activités des services de santé. Cette intégration, cependant, ne peut être réalisée que par la création d'un consensus au sein du Ministère sur les besoins d'informations et comment on peut mieux y répondre. Cela suggère la négociation et la sélection dans un processus orienté vers la réduction et la simplification des rapports. Parvenir à un tel consensus est un processus long. Aucun système d'informations ne peut répondre aux besoins de tous les programmes. En vue de permettre des services intégrés, chaque programme doit devoir céder quelque chose. Dans le processus de la création de compromis, les directeurs des programmes doivent se rencontrer pour mettre sur pied un système intégré d'informations. Ce processus, en soi, peut contribuer à la création de l'intégration nécessaire des programmes verticaux.

5. Résumé des Contraintes et des Limitations:

Comme nous l'avons vu, le Ministère de la Santé Publique fait face à un certain nombre de problèmes d'organisation qui sont nés des impacts historiques de la centralisation administrative, de la verticalisation des programmes en réponse aux pressions internes et externes, et un système d'informations qui complique ces problèmes au lieu d'aider les décideurs à en trouver les solutions. Les responsables locaux de la santé ont besoin d'assistance pour accomplir leurs fonctions de supervision, alors que les soins de santé communautaires ne sont pas rattachés au système sanitaire. Il y a aussi des personnes compétentes à tous les niveaux du Ministère et une prise de conscience qu'elles doivent se mettre au travail pour intégrer leurs activités jusqu'ici disparates.

C. Plans de Réorganisation du Ministère de la Santé Publique

Dans l'élaboration du processus de mise au point du Prêt Sectoriel auprès de la Banque Mondiale pour la Santé et la Population, le Ministère de la Santé Publique et les Missions de la Banque Mondiale ont préparé en Décembre 1989 (Pré-Evaluation) et en Avril-Mai 1990 (Evaluation) une série de plans de réorganisation. Il s'agissait d'un processus répété dans lequel différentes options ont été suggérées et commentées par les deux parties au cours des négociations.

Après la mission de Novembre, le Ministère de la Santé a entrepris un effort intense et détaillé pour préparer un plan de réorganisation à présenter à la mission d'Avril. L'effort de préparation a concerné presque toutes les divisions et tous les services du Ministère, ainsi que l'Université et le CHU. Le Ministère du Plan était partiellement concerné, mais pas autant que la mission de Novembre. Des membres de l'UPC y participaient également mais n'ont pas joué le rôle central que l'on pourrait attendre d'une unité de planification.

Comme nous l'avons signalé auparavant, la plupart des observateurs du Ministère -- tant internes qu'externes -- ont trouvé que le Ministère souffre de deux maux principaux d'organisation: trop de centralisation aux niveaux supérieurs de l'administration et trop de fragmentation des programmes en projets verticaux qui ne sont pas coordonnés entre eux. Le plan de réorganisation présenté par le Ministère répondait aux exigences de la Banque Mondiale de s'attaquer à ces deux problèmes. La réorganisation envisagée a réduit le nombre des grandes divisions du Ministère de huit à trois directions, et offre une base plus rationnelle pour l'intégration des programmes. Il a également préparé des descriptions de tâches détaillées pour chaque Direction, Division et Service, et la qualification requise pour leurs chefs. Au cours de la mission d'Avril, les négociations se sont poursuivies et la Banque a révisé

GRAPHIQUE 4

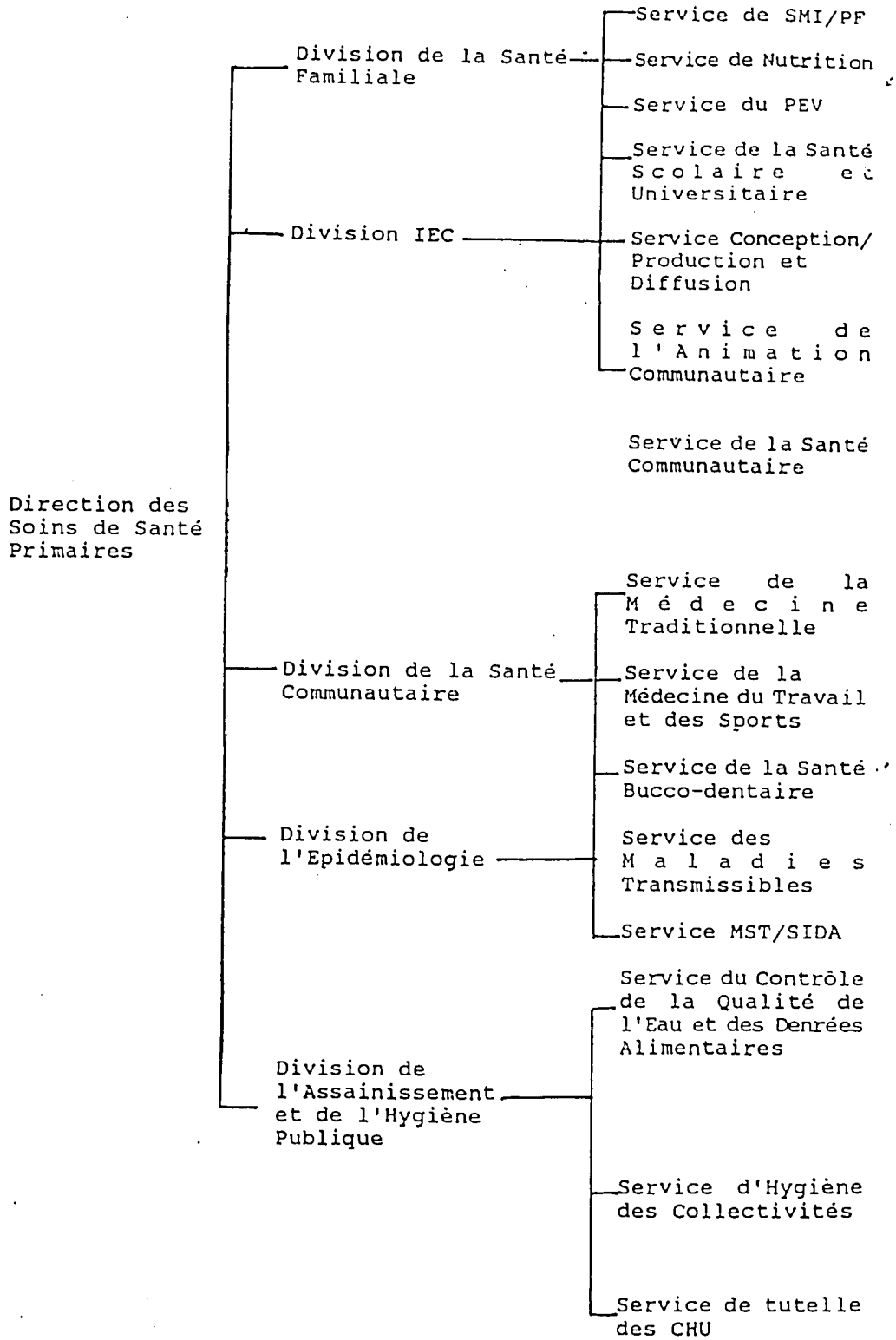
PROPOSITION DE RESTRUCTURATION ORGANIQUE

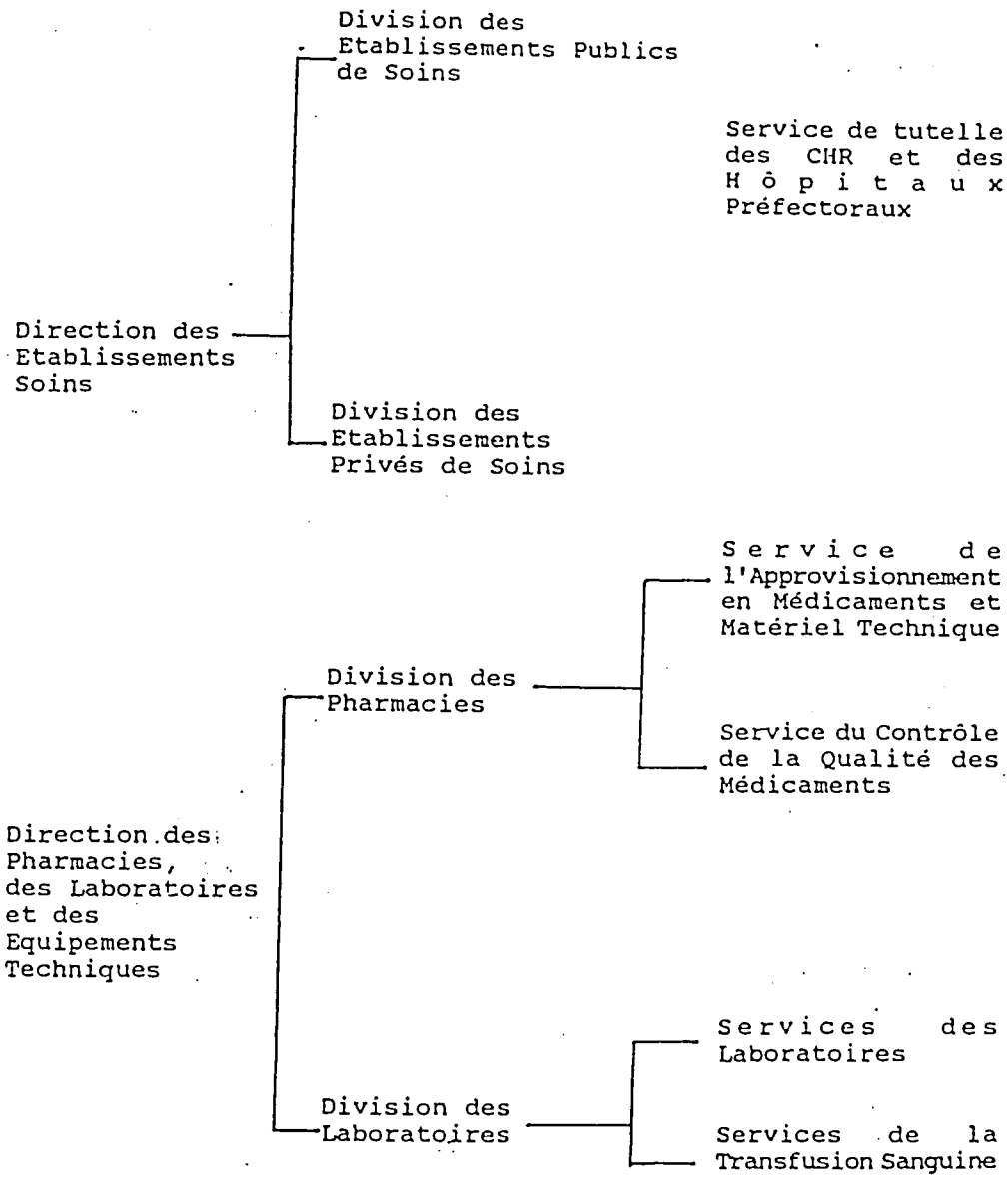
DU MINISTERE DE LA SANTE PUBLIQUE

CABINET

DIRECTION GENERALE DE LA SANTE

- Unité de Législation Sanitaire
- Direction de la Planification et de la Formation du Personnel
  - Division Etudes, Planification et Programmation
    - Service Etudes et Recherches
    - Service Planification/ Programmation
  - Division de la Formation du du Personnel
    - Service Formation de Base
    - Service Formation en Cours d'Emploi
    - Service de Documentation
  - Division des Statistiques
    - Service des Statistiques Sanitaires
    - Service de la Carte Sanitaire
- Direction de l'Administration et des Finances
  - Division de l'Administration
    - Service du Personnel
    - Service des Infrastructures, de l'Equipement et de l'Entretien
  - Division des Finances
    - Service de la Paye
    - Service du Budget


Direction des Soins de Santé Primaires
Division de la Santé Familiale
Service de SMI/PF
Service de Nutrition
Service du PEV
Service de la Santé Scolaire et Universitaire
Division IEC
Service Conception/ Production et Diffusion
Service de l'Animation Communautaire
Service de la Santé Communautaire
Division de la Santé Communautaire
Service de la Médecine Traditionnelle
Service de la Médecine du Travail et des Sports
Service de la Santé Bucco-dentaire
Division de l'Epidémiologie
Service des Maladies Transmissibles
Service MST/SIDA
Division de l'Assainissement et de l'Hygiène Publique
Service du Contrôle de la Qualité de l'Eau et des Denrées Alimentaires
Service d'Hygiène des Collectivités
Service de tutelle des CHU


Direction des Etablissements Soins
Division des Etablissements Publics de Soins
Service de tutelle des CHR et des Hôpitaux Préfectoraux
Division des Etablissements Privés de Soins
Direction des Pharmacies, des Laboratoires et des Equipements Techniques
Division des Pharmacies
Service de l'Approvisionnement en Médicaments et Matériel Technique
Service du Contrôle de la Qualité des Médicaments
Division des Laboratoires
Services des Laboratoires
Services de la Transfusion Sanguine

le plan en vue de la création de cinq Directions. A la fin de la mission d'Avril, l'équipe de la Banque Mondiale a laissé un Mémorandum indiquant la perception du plan de réorganisation par la mission. La Figure 4 montre la toute dernière proposition de réorganisation. Cette proposition sera le sujet des négociations finales pendant la mission de Pré-Evaluation du Projet, prévue pour le mois de Juillet.

Il n'est pas sûr que le gouvernement puisse réaliser entièrement les pré-conditions qui ont été posées dans le cadre de la mission de Pré-Evaluation mais il semble que la réorganisation telle qu'elle figure dans le Mémorandum, paraît bénéficier du consensus général du Ministère.

Le plan de réorganisation comprend plusieurs éléments qui, à notre avis, pourraient contribuer à surmonter les principaux problèmes d'organisation du Ministère.

En premier lieu, le plan est logique dans son organisation des cinq Directions et dans sa réorganisation des services. Cette organisation permettra d'intégrer les programmes prioritaires de la santé de la mère et de l'enfant. Il semble judicieux de placer toutes les activités opérationnelles et d'appui sous le Directeur Général, qui peut à présent se charger au niveau central de la coordination de toutes les activités sous la direction stratégique du Cabinet du Ministre. La Direction de la Planification et de la Formation réunira plusieurs activités d'appui qui sont essentielles à toutes les autres directions opérationnelles: 1) la planification, la programmation et la recherche; 2) les statistiques; 3) la formation avant le service et pendant le service.

La direction des Soins de Santé Primaires réunira toutes les activités de santé primaires et sera séparée de la Direction des Etablissements Médicaux -- le secteur hospitalier.

La direction des Soins de Santé Primaires aura plusieurs Divisions importantes qui sont logiquement organisées pour des programmes prioritaires. L'amélioration la plus importante est le placement de toutes les activités relatives à la santé de la mère et de l'enfant dans la Division de la Santé de la Famille. Cette division réunira les services suivants: a) Santé de la Mère et de l'Enfant et Planification Familiale, b) Nutrition, c) PEV, d) Santé Scolaire et Universitaire. Bien qu'il ne figure pas dans le tableau les documents originaux de discussions ont placé le programme de contrôle de la diarrhée également dans cette Division. Si on applique cette méthode d'organisation, toutes les activités de Survie de l'Enfant et de Planification Familiale, à l'exception du paludisme seront formellement intégrées dans une seule Division.

Les deux autres directions -- L'eau et l'Hygiène, les Laboratoires et les Pharmacies, représentent aussi des moyens adéquats pour l'administration de ces activités.

Quelques discussions sont en cours qui laissent entendre que plusieurs des changements proposés se heurteront à une résistance et que des alternatives seront proposées pendant les négociations finales avec la Banque Mondiale. On ne sait pas au juste si le PEV, actuellement un programme central et efficace qui bénéficie d'une assistance considérable des bailleurs de fonds et dont les dirigeants font preuve de beaucoup d'énergie, passera sans difficultés de la Division de l'Epidémiologie à la Division de la Santé de la Famille. Comme nous le préciserons dans les recommandations à la fin de ce rapport, l'USAID pense que le plan de réorganisation du Mémorandum, qui place le PEV là où il peut être mieux intégré aux autres programmes de Survie de l'Enfant, est une exigence essentielle pour l'amélioration des services de santé.

L'autre problème qui fait actuellement l'objet de discussions est la responsabilité supplémentaire de la coordination des bailleurs de fonds qui incombe à la Division de la Planification, de la programmation et de la recherche. Ce rôle supplémentaire constituerait une amélioration importante dans le projet de réorganisation contenu dans le Mémorandum.

Enfin, le Mémorandum ne précise pas clairement si le Service National d'Education Sanitaire (SNES) continuera à fonctionner comme une entité distincte. Aucune des descriptions de tâches ne met l'accent sur l'éducation sanitaire. Nous pensons que l'éducation sanitaire devrait être une priorité et devrait être intégrée, dans tous les programmes de survie de l'enfant et de planification familiale. Un service distinct d'éducation sanitaire doit être poursuivi et amélioré pour donner à cette activité essentielle d'appui l'importance appropriée dans tous les programmes. Sans une unité distincte, il y a une tendance à dévaluer l'éducation sanitaire et les compétences appropriées ne sont pas développées. Il serait logique de maintenir le SNES comme service distinct sous la Division de la Formation.

En résumé, le plan de réorganisation proposé dans le Mémorandum, constituerait une amélioration significative dans l'intégration des programmes importants. Nous avons orienté nos recommandations de sorte que l'USAID puisse apporter un appui à ce processus et contribuer à sa réalisation. Cependant, puisque le plan définitif de réorganisation n'est pas encore mis en oeuvre, nos propositions ne dépendent pas du plan actuel.

L'autre objectif contenu dans le Mémorandum encourage une plus grande décentralisation du Ministère. A la différence de la conception d'un Ministère central réorganisé, les propositions pour

la décentralisation pourraient être mieux articulées. Leurs grandes lignes suggèrent un transfert de compétence en matière de décisions budgétaires, de programmes et du personnel aux niveaux des régions et des préfectures. Le Mémorandum met l'accent sur l'établissement de bureaux régionaux, qui avaient été légalement institués dès la réorganisation de 1969, mais qui n'ont pas été mis en pratique. Comme nous l'avons indiqué dans nos recommandations , nous croyons qu'un bureau régional ne contribuera pas beaucoup au processus de décentralisation, et que la préfecture (la subdivision) devrait être le centre principal d'activité et d'appui. Le plan de réorganisation encourage la décentralisation à ce niveau. Il comprend aussi les structures juridiques proposées qui sont nécessaires à l'établissement des entités juridiques dans les centres de santé ce qui leur permettrait de gérer leurs fonds et leurs activités par le biais d'un comité de direction élu.

Comme nous l'avons indiqué ci-dessus dans la section sur l'information en matière de gestion, le Mémorandum de la Banque Mondiale met également l'accent sur l'importance de la mise sur pied d'un système efficace d'information en matière de gestion comme partie d'un processus de renforcement et de réorganisation de l'administration. Dans nos recommandations, nous avons montré comment la contribution de l'USAID dans ce domaine pourrait compléter et renforcer cet aspect des propositions de la Banque Mondiale.

La réorganisation prévoit aussi des changements significatifs dans le financement -- accroissement des ressources budgétaires nationales affectées au secteur sanitaire, et déploiement de gros efforts pour le recouvrement des coûts. Nous aborderons ces aspects dans la Section III qui suit.

III. FINANCEMENT ET UN SYSTEME AUTO-SOUTENU

A. - Introduction

Depuis l'indépendance en 1960, le Gouvernement s'est engagé à assurer la gratuité des soins de santé à la population qui à son tour considère les soins de santé publique comme un droit du citoyen.

Actuellement le Gouvernement demeure la plus importante source de financement de la santé dans le pays. Néanmoins, il y a aussi d'importantes contributions de la part des bailleurs de fonds, des organisations non-gouvernementales (ONG), des familles et du secteur privé. Tandis que le gouvernement et les familles financent la plupart des dépenses de fonctionnement, les bailleurs de fonds jouent un rôle important dans le financement des dépenses d'investissement.

Au cours des dernières années, des difficultés macro-économiques ont sérieusement affecté la capacité du gouvernement de consacrer des ressources adéquates au secteur de la santé. L'accumulation de déficits budgétaires et une croissance inquiétante et rapide de la dette extérieure ont conduit le Gouvernement à adopter des Programmes d'Ajustements Structurels et de Stabilisation Financière du FMI et de la Banque Mondiale, qui entre autres dispositions, demandent au Gouvernement de réduire ses dépenses. Bien que la part consacrée à la santé dans les dépenses globales du gouvernement n'ait pas beaucoup changé à la suite de la restriction fiscale, les dépenses réelles de fonctionnement par habitant ont connu une baisse d'environ 20 % entre 1977 et 1987. Par conséquent, on estime qu'il faut trouver des ressources alternatives de financement pour compléter les ressources du Gouvernement.

Pour aider le Gouvernement à établir et à appliquer certains programmes fondamentaux de santé et à répondre à la demande croissante de soins de santé, plusieurs bailleurs de fonds et ONG ont intensifié leur assistance au pays en finançant et/ou en réalisant plusieurs projets ou programmes de soins de santé primaires.

Cependant, l'aide ne résoud pas entièrement le problème de financement. Il est clair maintenant que la situation financière actuelle ne peut pas permettre au gouvernement d'améliorer la situation qui se dégrade dans les institutions de santé publique, et pour faire face à la demande qui croît rapidement.

En outre, la pérennisation de la plupart des projets qui bénéficient du soutien des bailleurs de fonds est actuellement un problème majeur. Les bailleurs de fonds sont vivement préoccupés de l'avenir de leurs projets lorsque les financements seront arrêtés. Plusieurs bailleurs de fonds tels que la GTZ, le CUSO et récemment l'UNICEF par l'Initiative de Bamako, et la Banque Mondiale par le Projet sur la Santé et la Population, incluent des mécanismes de recouvrement des coûts dans les accords relatifs à leurs projets. Ils conseillent également au gouvernement de mettre sur pied et d'appliquer des programmes de recouvrement des coûts dans les institutions publiques. Récemment, certains bailleurs de fonds ont même mentionné le recouvrement des coûts dans leurs conditions préalables. En conséquence, et malgré son hésitation initiale, le gouvernement déploie des efforts accrus pour mettre sur pied un système de recouvrement des coûts pour faire face aux besoins actuels de fonds.

B - Le Financement des Soins de Santé par le Gouvernement

La santé représente environ 5 % de toutes les dépenses du Gouvernement. Voir Tableau F-1. Les dépenses du Gouvernement pour la Santé sont financées par les budgets du Ministère de la Santé

Publique et du Centre Hospitalier Universitaire (CHU). Ces budgets ont deux composantes: les budgets de fonctionnement contrôlés par le Ministère des Finances et les budgets d'investissement contrôlés par le Ministère du Plan.

Le Ministère de la Santé exécute son budget principalement par le canal de la Division des Affaires Administratives et Financières au niveau central, et par les médecins-chefs de subdivision au niveau des subdivisions sanitaires. Sur le plan financier, les Centres Hospitaliers Universitaires sont entièrement indépendants du Ministère de la Santé; par conséquent, l'exécution de leur budget ne concerne pas directement le Ministère de la Santé Publique.

TABLEAU F-1

DEPENSES RELATIVES A LA SANTE COMME POURCENTAGES DU BUDGET GENERAL DE FONCTIONNEMENT

	Min.Santé AS & CF (1) F mil.	(2) F mil.	Min.San.+ AS & CF (3) F mil	TOTAL Budget Général (4) F mil.	(1)/(4) %	(2)/(4) %	(3)/(4) %
1975	1252,2	189	1441,2	30514,7	4,1	0,6	4,7
1976	1584,5	261,9	1846,4	35768,9	4,4	0,7	5,2
1977	1770,2	274,6	2044,8	39850,8	4,4	0,7	5,1
1978	2578	333,1	2911,1	45034,6	5,7	0,7	6,5
1979	2496	350,7	2846,7	52142,2	4,8	0,7	5,5
1980	2837,9	402,8	3240,7	59873,2	4,7	0,7	5,4
1981	2724,1	364,7	3088,8	66665,7	4,1	0,5	4,6
1982	3488,1	480,5	3968,6	72037	4,8	0,7	5,5
1983	3403,3	468,2	3871,5	71979,8	4,7	0,7	5,4
1984	3347,1	490,9	3838	73263,2	4,6	0,7	5,2
1985	3477,8	459,5	3937,3	78290	4,4	0,6	5
1986	3500	474,2	3974,2	82282,8	4,3	0,6	4,8
1987	3485,6	455,4	3941	89691,5	3,9	0,5	4,4
1988	4204,7	553,5	4758,2	86392,1	4,9	0,6	5,5
1989	4573,4	553,1	5126,5	89026,9	5,1	0,6	5,8
1990							

Source: Ministère de la Santé Publique

1. Le Système de Financement du Ministère de la Santé

Les mécanismes financiers du Ministère de la Santé Publique sont "décentralisés" au niveau des préfectures (subdivision sanitaire).

L'exécution du budget du Ministère de la Santé Publique est essentiellement assurée à ce niveau par le Médecin-Chef de la Subdivision. Chaque Subdivision Sanitaire reçoit un budget du niveau central. Cependant, le budget de fonctionnement de la Subdivision comporte des rubriques rigides; des fonds ne peuvent pas être transférés des rubriques relativement excédentaires aux rubriques relativement déficitaires ou plus actives. Si les fonds affectés à une rubrique ne sont pas totalement dépensés, ils doivent être restitués au Trésor. De la même manière, toutes les recettes faites par les institutions publiques sont automatiquement et directement transférées au Trésor qui seul a le pouvoir de décider de leur affectation.

Bien que le Médecin-Chef de Subdivision ait une certaine discrétion en ce qui concerne l'utilisation des fonds alloués aux différentes rubriques, la règle suivant laquelle des fonds ne peuvent être transférés d'une rubrique à l'autre réduit l'efficacité du système.

Les Préfets -- chaque Subdivision Sanitaire correspond géographiquement à une préfecture -- sont chargés des vérifications de compte et du contrôle du budget dans les Subdivisions Sanitaires. Ce type de décentralisation au niveau préfectoral est à peine une décentralisation puisque le préfet n'est rien d'autre que le représentant du gouvernement central au niveau de la préfecture et agit uniquement en qualité de vérificateur des comptes. Au niveau central du Ministère de la Santé Publique un tel système de contrôle n'existe pas.

2. Le Système de Financement des Centres Hospitaliers Universitaires.

Les Centres Hospitaliers Universitaires ont une autonomie financière et obtiennent leurs budgets directement du Ministère des Finances qui contrôle l'exécution de ce budget. En 1990, le budget des deux CHUs représentait 2,4 milliards de francs CFA, ce qui represente plus du tiers du budget total du Ministère de la Santé Publique.

Comme pour toute autre institution de santé publique, toutes les recettes des CHUs sont transférées au Trésor.

3.- Les Dépenses du Ministère de la Santé Publique

a.- La Structure des Dépenses du Ministère de la Santé Publique.

Comme l'indique le tableau F-2., les dépenses de fonctionnement représentent 84-95 % des dépenses totales du Ministère de la Santé Publique. Les dépenses de fonctionnement sont principalement financées par le Gouvernement tandis que les bailleurs de fonds jouent un rôle primordial dans le financement des dépenses d'investissement.

Suivant les années, 28 à 72 % des dépenses totales d'investissement sont supportées par les bailleurs de fonds. Voir tableau F-6 et F-7.

Il faut noter cependant qu'il y a eu au cours des dernières années une tendance à confondre les budgets de fonctionnement et d'investissement. On note, preuve à l'appui que les salaires afférents aux projets sont payés sur les budgets d'investissement même si l'activité relèverait du budget de fonctionnement selon les définitions précédentes. Le tableau F-2 montre une augmentation du budget d'investissement en pourcentage du budget total affecté à la santé à compter de 1987, ce qui peut refléter cette tendance à inclure les coûts de fonctionnement.

Tableau F-2

DEPENSES DU GOUVERNEMENT POUR LA SANTE SUIVANT LES DEUX CATEGORIES FONCTIONNELLES.

	Dép.Fonct. Santé (1) F mil.	Investis-sement (2) F mil.	Total Santé (3) F mil.	Total invest. (4) F mil.	(1)/(3) %	(2)/(3) %	(2)/(4) %
1975	1252,2						
1976	1584,5						
1977	1770,2						
1978	2578,0						
1979	2496,0						
1980	2837,9						
1981	2724,1						
1982	3488,1						
1983	3403,3						
1984	3347,1						
1985	3477,8	198,1	3675,9	4439,4	94,6	5,4	4,5
1986	3500,0	216,6	3716,6	6314,1	94,2	5,8	3,4
1987	3485,5	655,3	4140,9	14327,4	84,2	15,8	4,6
1988	4204,7	366,5	4571,2	8816,5	92,0	8,0	4,2
1989	4573,4	622,3	5195,7	10786,0	88,0	12,0	5,8

Source : Ministère de la Santé Publique

b.- Tendances des Dépenses de Fonctionnement du Ministère de la Santé Publique.

Bien que les dépenses d'investissement aient été caractérisées par une tendance à la hausse dans la seconde moitié des années 1980, les dépenses globales du Ministère de la Santé Publique ont connu une

baisse significative en termes de dépenses réelles per capita au cours de la décennie écoulée. En particulier, comme l'indique le Tableau F-3, les dépenses réelles de fonctionnement per capita sont tombées de 20,1 % entre 1977 et 1987. La tendance à la baisse des dépenses de fonctionnement du Ministère de la Santé Publique doit se poursuivre au moins dans la première partie des années 1990 selon le budget de 1990 et les prévisions pour les années suivantes. Il est clair que la capacité du Gouvernement de répondre à la demande croissante en matière de santé et d'élever le niveau du service dans les institutions publiques de santé s'en ressent et il faut remédier à cette situation.

Tableau F-3

DEPENSES DE FONCTIONNEMENT DU GOUVERNEMENT EN MATIERE DE SANTE

	Population (000)	Dépenses nominales F mil.	Dépenses nominales par hab.	CPI (1970=100)	Dépenses réelles F mil.	Dépenses réelles par hab. F	Taux de croissance dépense par hab. %
1975	2198,7	1252,2	569,5	158,3	791	359,8	
1976	2255,6	1584,5	702,5	176,6	897,2	397,8	10,6
1977	2312,1	1770,2	765,6	216,3	818,4	354	-11,0
1978	2371,1	2578	1087,3	217,3	1186,4	500,3	41,4
1979	2436,4	2496	1024,5	233,6	1068,5	438,6	-12,4
1980	2498,9	2837,9	1135,7	262,5	1081,1	432,6	-1,4
1981	2729,5	2724,1	998	314,2	867	317,6	-26,6
1982	2809,8	3488,1	1241,4	349,1	999,2	355,6	12,0
1983	2892,5	3403,3	1176,6	382,9	888,8	307,3	-13,6
1984	2977,6	3347,1	1124,1	368,8	907,6	304,8	-0,8
1985	3065,2	3477,8	1134,6	361,8	961,2	313,6	2,9
1986	3155,4	3500	1109,2	376,7	929,1	294,5	-6,1
1987	3248,3	3485,6	1073,1	376,9	924,8	284,7	-3,3
1988	3343,9	4204,7	1257,4				
1989	3442,3	4573,4	1328,6				

Source : Ministère de la Santé; BCEAO pour CPI

La tendance à la baisse des dépenses de fonctionnement n'est pas spécifique au secteur de la santé, dans la mesure où la part de la santé dans les dépenses globales du Gouvernement n'a pas beaucoup changé. La diminution des dépenses en matière de santé est

simplement le résultat d'un processus général d'une réduction des dépenses imposée au Gouvernement par les Programmes de Stabilisation Financière et d'Ajustements Structurels qu'il a adoptés depuis 1982 en vue d'améliorer sa situation financière globale. En fait, il est intéressant de voir qu'au Togo ces programmes n'ont pas conduit à un transfert net de ressources du secteur de la santé et d'autres secteurs sociaux vers les secteurs dits de croissance et de devises étrangères comme ce fut le cas dans d'autres pays. Ce qui est encore plus intéressant, c'est l'aide que le secteur de la santé tirera (a) du Quatrième Programme d'Ajustement Structurel qui est en cours de préparation et que l'on suppose donnera plus d'importance aux secteurs sociaux, et (b) le Projet Sectoriel sur la Santé et la Population soutenu par la Banque Mondiale, également en cours de préparation, projet qui demande au Gouvernement d'accroître progressivement ses dépenses de santé de 6-8 % par an entre 1991 et 1994.

Il faudrait noter, cependant, que le projet du budget approuvé pour 1991 pour la santé ne reflète pas cette recommandation puisqu'il indique un taux de croissance nominale zéro par rapport à l'année précédente. En outre, même si le budget réel du Ministère de la Santé Publique était augmenté de 8 % par an, il faudrait toutes les cinq années du projet pour atteindre tout juste le niveau par tête de 1978.

c. La Structure des Dépenses du Ministère de la Santé Publique par Catégories: Personnel et Non-Personnel.

Les coûts en personnel représentent 70-82 % des dépenses totales de fonctionnement du Ministère de la Santé Publique. Encore plus inquiétant est le fait que cette proportion a connu une tendance à la hausse entre la fin des années 1970 et la fin des années 1980 en dépit des efforts du gouvernement pour réduire les coûts en personnel dans le secteur public depuis 1980. Le Tableau F-4 ci-dessous décrit l'évolution de ces catégories de dépenses de fonctionnement du Ministère de la Santé Publique depuis le milieu de l'année 1975.

Tableau F-4

DEPENSES DE FONCTIONNEMENT PAR CATEGORIES PERSONNEL ET NON-PERSONNEL DU MINISTERE DE LA SANTE PUBLIQUE

	Personnel (1) F.mil.	Non personnel (2) F.mil.	Total (3) F.mil.	Ratios (1)/(3) %	Ratios (2)/(3) %	Taux de croissance (1) %	Taux de croissance (2) %
1975	960	292,2	1252,2	76,7	23,3	-	-
1976	1184,6	399,9	1584,5	74,8	25,2	23,4	36,9
1977	1349,8	420,4	1770,2	76,3	23,7	13,9	5,1
1978	1780,5	797,5	2578	69,1	30,9	31,9	89,7
1979	1762,3	733,7	2496	70,6	29,4	-1	-8
1980	2015,9	822	2837,9	71	29	14,4	12
1981	2053,6	670,5	2724,1	75,4	24,6	1,9	-18,4
1982	2653,5	834,6	3488,1	76,1	23,9	29,2	24,5
1983	2630,8	772,5	3403,3	77,3	22,7	-0,9	-7,4
1984	2698,1	649	3347,1	80,6	19,4	2,6	-16
1985	2834,5	643,3	3477,8	81,5	18,5	5,1	-0,9
1986	2864,3	635,7	3500	81,8	18,2	1,1	-1,2
1987	2796,4	689,2	3485,6	80,2	19,8	-2,4	8,4
1988	3338,1	866,6	4204,7	79,4	20,6	19,4	25,7
1989	3435,2	1138,2	4573,4	75,1	24,9	2,9	31,3

Source: Ministère de la Santé Publique

Les dépenses qui ne concernent pas le personnel sont plus sévèrement touchées par la baisse générale des budgets du Ministère de la Santé Publique que les dépenses relatives au personnel: les dépenses réelles per capita ne concernant pas le personnel ont connu une baisse de 65,5 % entre 1978 et 1986 avant d'amorcer une augmentation en 1987.

La part peu élevée et décroissante des dépenses du budget de fonctionnement ne concernant pas le personnel reflète dans une certaine mesure la situation généralement mauvaise dans les institutions publiques de santé. En particulier, en 1989, les médicaments, les vaccins et autres produits pharmaceutiques ont représenté environ 11 % des dépenses totales de fonctionnement du Ministère de la Santé Publique.

d. La Structure des Dépenses de Fonctionnement du Ministère de la Santé Publique par Niveau de Soins.

Des informations adéquates n'existent pas sur la manière dont les dépenses de fonctionnement du Ministère de la Santé sont réparties

entre les soins de santé primaires et les programmes hospitaliers ou d'autres niveaux élevés de soins de santé. Le Niveau Central décide seulement de l'allocation du budget aux Subdivisions Sanitaires qui à leur tour décident du montant à allouer aux différents niveaux de soins de santé. Il est à noter que le Niveau Central ne sait pas toujours comment ces allocations se font au niveau local.

Seuls les budgets des Centres Hospitaliers Régionaux (CHR) sont connus ; ceux des quatre hôpitaux de Plein Emploi et des treize Hôpitaux de Subdivision sont inclus dans les budgets globaux des Subdivisions. En 1990, le budget combiné des deux Centres Hospitaliers Universitaires se chiffrait à 2, 4 milliards de Francs CFA, ce qui représentait 40 % des dépenses du Ministère de la Santé Publique. De la même manière, les trois CHRs ont reçu 51 % du budget de la santé dans leurs régions respectives; un gros morceau des 49 % restants est allé aux Hôpitaux de Plein Emploi et de Préfecture, ce qui signifie que seule une infime portion du budget du Ministère de la Santé Publique est destinée au financement des programmes de santé primaires.

Il est possible, grâce à une amélioration du Système d'information sur la gestion comprenant des données financières, d'avoir des informations plus détaillées aux niveaux locaux. Il est également désirable que le Niveau Central commence à recueillir des informations sur la répartition des dépenses des Subdivisions et leurs activités en rapport avec les différents niveaux de soins de santé. Heureusement, la restructuration du Ministère proposée par la Banque Mondiale simplifiera cette tâche.

Dans le cas des dépenses d'investissement, il y a des informations détaillées sur l'allocation des fonds au niveau des principaux programmes de santé. Ces informations sont résumées dans le Tableau F-5. Cette analyse démontre clairement que les principaux hôpitaux absorbent une grande partie du budget d'investissement.

C. Mobilisation d'Autres Sources de Financement

Le budget du Gouvernement ne constitue pas la seule source de financement des dépenses relatives à la santé. Les autres sources principales de financement sont:

- les bailleurs de fonds ;
- les ONG; et
- les familles

D'autres sources comprennent les systèmes d'assurance privée qui ne sont pas encore bien développés, et le système de sécurité sociale financé par le gouvernement administré par la Caisse Nationale de Sécurité Sociale (CNSS). LA CNSS est un système d'assurance sociale pour les travailleurs et leurs familles.

Tableau F-5

DEPENSES D'INVESTISSEMENT DU MINISTERE DE LA SANTE PUBLIQUE
PAR TYPE DE PROGRAMME DE SANTE OU D'ACTIVITE

	1985	1986	1987	1988	1989
CHU & CHR (1)	80,2	67,7	41,8	59,9	234.6
Hop. Plein Emploi (2)	16,9	24,7	8,2	19,9	28,9
Centre Santé et Matern.(3)	18,7	27,7	58,9	59,5	80 .
Dispensaires (4)	38,3	59,2	63,7	49,2	88,6
Programme de santé (5)	44	38,9	31,3	69,3	84,6
Appui au Sect. Santé (6)	0	0	38,7	59,2	105,6
CNSS (7)	0	0	409,6	49,5	0
Total (8)	198,1	218,2	652,2	366,5	622,3
(1)/(8)	40,5	31	6,4	16,3	37,7
(2)/(8)	8,5	11,3	1,3	5,4	4,6
(3)/(8)	9,4	12,7	9	16,2	12,9
(4)/(8)	19,3	27,1	9,8	13,4	14,2
(5)/(8)	22,2	17,8	4,8	18,9	13,6
(6)/(8)	0	0	5,9	16,2	17
(7)/(8)	0	0	62,8	13,5	0
((1)+(2))/(8)	49	42,3	7,7	21,8	42,3

1. Les Bailleurs de Fonds

En général les bailleurs de fonds financent les dépenses d'investissement et d'assistance technique par le financement et/ou la réalisation de différents projets. Ils mettent relativement peu l'accent sur les dépenses de fonctionnement. En particulier, la Coopération Allemande, par la GTZ, a clairement fait comprendre au Gouvernement qu'elle ne finance pas les dépenses de fonctionnement.

En 1988, les contributions des bailleurs de fonds se sont élevées à 1,3 milliard de Francs CFA ce qui correspondait à 26 % des dépenses totales du Ministère de la Santé Publique. En 1989, le financement par les bailleurs de fonds a connu une augmentation en particulier

en raison du renforcement de certains programmes tels que le programme sur le contrôle du SIDA: l'aide des bailleurs de fonds était estimée à 5 milliards de Francs CFA, ce qui correspondait à 96% du budget total du Ministère de la Santé Publique. Cela représente un taux de dépendance très élevé et a des implications importantes pour la pérennisation de la plupart des projets soutenus par les bailleurs de fonds. En effet, le taux de dépendance élevé implique que le pays pourrait avoir des difficultés à trouver les ressources nécessaires pour financer les dépenses de fonctionnement de ces projets si les financements par les bailleurs de fonds diminuaient ou s'arrêtaient.

Le fait que le taux de dépendance semble augmenter doit être perçu comme une préoccupation majeure compte tenu du contexte macro-économique actuel du pays et compte tenu de la difficulté à laquelle le Gouvernement semble faire face pour mettre sur pied des systèmes alternatifs de financement. (voir ci-dessous).

Le Tableau F-6 ci-dessous décrit la contribution totale des bailleurs de fonds au financement des soins de santé au cours des deux dernières années. Le Tableau F-7 décrit la contribution des bailleurs de fonds aux dépenses d'investissement au cours des cinq dernières années.

Tableau F-6

CONTRIBUTION BILATERALE AU FINANCEMENT DES SOINS DE SANTE AU TOGO

en million de Francs CFA

	USAID	GTZ	CUSO	FAC	FED	UNICEF	OMS	TOTAL
1988	810	226,7	107,5	---	229,5	211,2	360	1946
1989	1660,2	1261,7	71,6	200	---	353,8	1452	5000

Sources : Ministère de la Santé Publique; USAID

Tableau F-7

CONTRIBUTION DES PRINCIPAUX DONATEURS AU FINANCEMENT
DES DEPENSES D'INVESTISSEMENT

en millions de francs

A : PROJETS BILATERAUX

		1985	1986	1987	1988	1989
USAID	Soc.& San.	0,0	13,6	165,9	0,0	0,0
	Survie de l'Enfant	--	--	--	56,0	56,0
	Total	0,0	13,6	165,9	56,0	56,0
CUSO						
RFA/GTZ	Cent. Soc.& Matern.	0,0	147,6	31,6	28,3	0,0
FAC	Hopitaux	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
	Hôp. et Maternités	0,0	1,1	0,8	0,0	0,0
	Appui Sect. Santé	0,0	0,0	0,0	0,0	42,6
	Total	0,0	1,1	0,8	0,0	42,6
FED	Cent. Sant et Matern.	0,0	0,0	0,0	134,2	76,9
Autres						
Total Proj. Bilat.(1)		0,0	162,3	198,3	218,5	175,5

Tableau F-7 (Suite)

B. PROJETS MULTILATERAUX

		1985	1986	1987	1988	1989
BAD	Hôpitaux	507	264,0	0,0	0,0	0,0
	Hôpitaux	0,0	0,0	70,3	85,3	27,3
FED	Dispens.	11,5	7,4	1,7	22,2	22,8
	Total	11,5	7,4	72	107,5	50,1
IDA	Appui Sect Santé	0,0	0,0	0,0	38,0	16,5
Total	Mutilat. (2)	518,5	271,4	72,0	145,5	66,6
Total	Baill. de Fonds (3)	518,5	433,7	270,3	364,0	242,1
Total	Gouvernement (4)		198,1	216,6	655,3	366,5
622,3						
TOTAL	(5)	716,6	650,3	925,6	730,5	864,4

POURCENTAGE

(1)/(5)	0	25	21,4	29,9	20,3
(2)/(5)	72,4	41,7	7,8	19,9	7,7
(3)/(5)	72,4	66,7	29,2	49,8	28
(4)/(5)	27,6	33,3	70,8	50,2	72

Source : Ministère du Plan

Les programmes bilatéraux aussi bien que les programmes multilatéraux jouent un rôle actif dans le financement de la santé au Togo.

a. Programmes Bilatéraux

Les principaux bailleurs de fonds au titre des programmes bilatéraux sont :

- l'USAID
- la GTZ
- le CUSO; et,
- le FAC.

(1) USAID

L'USAID est généralement le plus grand bailleur de fonds au titre des programmes bilatéraux dans le domaine de la santé. L'aide de l'USAID vient principalement de trois projets, le projet CCCD, le projet d'Appui au Secteur de la Santé pour la Survie de l'Enfant et le projet d'Initiatives pour la Santé Familiale II. Le Tableau F-8 résume ces projets et leurs budgets. L'USAID intervient également de manière indirecte par le biais de certaines organisations soutenues par le Gouvernement Américain telle que le Corps de la Paix et par le soutien à certaines ONGs telles que le Service de Secours Catholique (CRS/Cathwel - Agence de la Communauté Catholique Américaine pour le Développement)

En 1989, la contribution totale de l'USAID au secteur de la santé au Togo (y compris le programme Cathwel) était estimée à 1,4 milliard de francs CFA, ce qui correspondait au tiers de la contribution totale des bailleurs de fonds, et la plus grosse des contributions faites par tous les bailleurs de fonds, aussi bien sur le plan bilatéral que multilatéral. Ce niveau de dépendance financière vis-à-vis d'un seul bailleur de fonds pose certains problèmes de la durabilité des projets de l'USAID à long terme. (voir ci-dessous)

Tableau F-8

LA CONTRIBUTION DE L'USAID AU FINANCEMENT DE LA SANTE
dépenses en milliers de dollars U.S.

	1988	1989	1990	1991
HSSCS	110	1004	1500	1886
CCCD	202	148	422	788
FHI-2	169	533	301	497
PL 480 (CRS)	2219	4059	3313	3592
TOTAL	2700	5744	5536	6763

Source: USAID

(2) GTZ

En 1989, la GTZ était le deuxième grand bailleur de fonds sur le plan bilatéral avec une contribution estimée à 1,3 milliard de francs CFA, et le troisième pour l'ensemble des contributions. Actuellement la GTZ est engagée dans cinq projets dans le pays :

- Le projet de la Maternité de Bè;
- Le projet de Santé Primaire dans la Région Centrale;
- Le projet d'Assistance Technique au CHU;
- Le projet de Contrôle du SIDA; et
- Le projet Santé et Population également financé par la Banque Mondiale.

Le Tableau ci-dessous résume les projets actuels de la GTZ et leurs budgets.

TABLEAU F-9

LA COOPERATION ALLEMANDE (GTZ) 1987-1994
en millions de Deutsche Marks

	Maternité Bè	AT au CHU	SSP Cntrl R	Cntrl SIDA	S&POP avec IDA	TOTAL
PERIODE	87-92	87-90	88-94	89-91	92-94	87-94
1987	0,8	0,1				0,9
1988	1	0,2	0,2			1,4
1989	1	0,2	0,9	0,2		2,3
1990	1	0,1	0,9	0,4		2,4
1991	1		0,9	0,2		2,1
1992	1		1		1,8	3,8
1993			1		1,8	2,8
1994			0,8		1,8	2,6
PROJET						
TOTAL	4,8	0,5	5,7	0,8	5,5	17,3

Sources: GTZ

(3) CUSO

Le CUSO est principalement actif à travers son Projet d'Eau, le projet d'hydraulique villageoise, dans deux préfectures de la région Maritime, Yoto et Zio. Le CUSO participe également aux activités du PEV dans toute la région maritime où il assure la formation, l'IEC et a fourni trois voitures et 10 motocyclettes au programme.

(4) FAC

La Coopération Française participe aux activités d'appui du PEV (motocyclettes), offre des bourses pour la formation des médecins et autres agents de santé qualifiés en France, et offre une assistance technique aux hôpitaux.

b. Programmes Multilatéraux

Il y a cinq principaux bailleurs de fonds au Togo sur le plan multilatéral :

- l'OMS;
- l'UNICEF;
- le FNUAP;

- La Banque Mondiale grâce à son Projet sur la Santé et la Population. Il s'agit d'un projet évalué à $ 30 millions couvrant une période de cinq ans à compter de 1990. La Banque Mondiale y contribue pour 14 millions de dollars, et la République Fédérale d'Allemagne pour environ 4 millions de dollars. Le reste du financement est fourni par le Gouvernement et d'autres sources.

- le FED grâce à trois principaux projets:

  le projet sur la planification familiale d'un montant de 176.000 Ecus pour la période 1988-1994;

  le projet d'infrastructure de santé primaire à Bassar, d'un montant de 170.000 Ecus pour la période 1990-1994; et,

  le programme de contrôle du SIDA dont le budget s'élève à 468.000 Ecus pour la période 1990-1992.

3. ONGs

Il y a un nombre important d'ONGs qui travaillent dans le secteur de la santé au Togo; cependant, des données comparables de financement par les ONGs ne sont généralement pas disponibles. (voir Evlo, 1989, Inventaire).

4. Familles et Secteur Privé

a. Le Secteur Privé et les Prestations de Soins de Santé
Il existe à Lomé un secteur privé relativement important constitué par des cliniques et des centres de santé privés. Il existe aussi au Togo quatre hôpitaux privés dirigés par différentes organisations religieuses :

- L'Eglise Catholique à Afagnan;
- L'Eglise Evangélique à Agou-Nyogbo;
- L'Eglise Baptiste à Kpélé Tsiko;
- L'Eglise St. Jean de Pagala.

Cependant, on ignore l'importance des activités du secteur privé sur le plan bugétaire.

b. Les Familles et le Financement des Soins de Santé.

En dépit de l'opinion générale que les services de santé doivent être dispensés gratuitement à la population par le Gouvernement, les familles et les individus participent au financement de la santé par le paiement de différents types de droits perçus pour les services et le paiement des médicaments et autres fournitures dans les institutions de santé aussi bien publiques que privées. Les patients payent le coût total des services dans les cliniques privées en ville et la plupart des frais dans les hôpitaux religieux. Ils payent aussi pour les médicaments dans la plupart des hôpitaux publics. En outre, il existe des droits pour la consultation et d'autres types de droits dans les hôpitaux publics comme nous le verrons dans les sections suivantes.

La participation des familles a lieu également dans le cadre de diverses activités communautaires mises sur pied ou soutenues par certaines ONGs telles que le CUSO, les Voisins Mondiaux, l'Association Française des Volontaires du Progrès et la Croix Rouge.

Une étude récente de la Direction de la Statistique et du FED a montré que les familles dans les zones urbaines consacrent 4% de leur dépense totale à la santé. L'étude indique également que la part de la santé dans la dépense totale croît avec le niveau des revenus; cela confirme d'autres études qui ont montré que la demande des soins de santé dans les pays en voie de développement a une élasticité de revenu supérieure à un.

Par conséquent, les soins de santé apparaissent à cet égard comme "un produit de luxe". Cela a des implications importantes pour la politique de la santé et le recouvrement des coûts; en particulier, cela implique une dépendance relativement élevée des familles à bas revenus vis-à-vis du Gouvernement et d'autres institutions pour les services de santé.

L'étude n'indique cependant pas, les tendances des types de dépenses dans les familles pour permettre l'analyse de l'évolution de la part de la santé dans les dépenses totales des familles.

TABLEAU F-10

PART DE LA SANTE DANS LES DEPENSES DES FAMILLES EN MILIEU URBAIN

Groupe de revenus	Lomé	Autres villes
Bas	3,6	3,7
Moyens	4,2	4,5
Elevés	5,0	5,0
Total	4,1	4,2

Source: FED/Direction de la Statistique, Enquête Budget Consommation, Avril 1990.

D. Recouvrement des Coûts et Durabilité

Les bailleurs de fonds se préoccupent de plus en plus de la durabilité des projets futurs après que le financement par ces bailleurs de fonds sera terminé. La question de la durabilité a été particulièrement considérée dans le pays pendant les cinq dernières années en raison de l'influence des bailleurs de fonds et du processus global de restructuration de l'économie du pays que connaît le pays depuis que le Gouvernement a adopté les programmes d'ajustement dans la première moitié des années 1980.

De plus en plus de bailleurs de fonds incluent des mécanismes de recouvrement des coûts dans les activités de leurs projets. De la même manière, la plupart des ONGs ont des programmes suffisamment efficaces de recouvrement des coûts dans les projets qu'elles dirigent. Finalement, en dépit des hésitations initiales, le Gouvernement déploie des efforts considérables en vue de mettre sur pied un programme généralisé de recouvrement des coûts dans les institutions publiques.

1. Le Gouvernement et le Recouvrement des Coûts

Jusqu'à présent, il n'existe pas un programme général de recouvrement des coûts dans les institutions publiques de santé. Le

Gouvernement a toujours considéré les services de santé gratuits particulièrement dans les institutions publiques comme son devoir et un droit civil de la population. Cependant, il y a eu un système de recouvrement des coûts pour certains types de soins de santé.

En premier lieu le Gouvernement a défini des droits pour une grille de soins de santé dans les CHUs et d'autres hôpitaux. En second lieu, même dans les centres de santé et dans les dispensaires, les malades payent pour certains des médicaments qu'on leur prescrit. Le Tableau F-11 ci-dessous décrit la grille des droits dans les hôpitaux.

Tableau F-11

GRILLE DES DROITS APPLIQUES DANS LES HOPITAUX PUBLICS

en francs CFA

		CHU Campus	CHU Tokoin	CHR & HPE
Année d'institution				
1982	Consultations		600-1.800	300-1800
	Hospitalisations (par jour)			400-2000
	Accouchements		500	500
1988	Consultations	2.000-3.000		
	Hospitalisations	3.000-7.000		

Source: Ministère de la Santé Publique; Ministère des Finances.

Comme l'indique le Tableau F-11 ci-dessus les droits perçus dans les hôpitaux n'ont pas changé depuis 1982, à l'exception du CHU Campus qui ne fonctionnait pas en 1982.

En dehors des hôpitaux, d'autres institutions publiques rapportent au Gouvernement grâce au système de recouvrement des coûts. En dehors des CHUs, l'institution qui rapporte le plus est l'Institut National d'Hygiène (INH) qui procure le tiers des revenus réalisés dans toutes les institutions publiques en dehors des CHUs. L'INH est un laboratoire national qui fait également des vaccinations à des coûts relativement élevés. Le Tableau F-12 ci-dessous résume les revenus réalisés dans les institutions du Ministère de la Santé Publique (à l'exception des CHUs).

Tableau F-12

REVENUS REALISES DANS LES INSTITUTIONS PUBLIQUES DE SANTE
(à l'exception des CHUs)

en millions de francs CFA

	1987	1988	1989
Revenus	66,5	73,2	87,3

Source: Ministère de la Santé Publique.

Le système actuel de recouvrement des coûts va être élargi pour couvrir plus d'institutions de santé et de programmes. Le Gouvernement étudie à l'heure actuelle en collaboration avec l'UNICEF et l'OMS la manière d'appliquer le programme de recouvrement des coûts de l'Initiative de Bamako. L'Initiative de Bamako qui est conçue et soutenue par l'UNICEF et l'OMS est selon l'UNICEF, une façon d'appliquer le plan d'Alma Ata visant à assurer les soins de base pour tous. C'est un programme de recouvrement des coûts fondé sur la vente de certains médicaments essentiels qui sont fournis sous des noms génériques et à des prix relativement bas par l'UNIPAC. Dans d'autres pays où l'Initiative s'applique déjà, tels que la Guinée, il y a une hausse qui atteint jusqu'à 150% du coût UNIPAC des produits, et le surplus réalisé est utilisé pour le financement d'autres dépenses de fonctionnement.

Dans le cas du Togo, la stratégie n'est pas encore bien définie. Cependant, on va bientôt démarrer une expérience avec 21 villages-pilotes (un dans chaque préfecture) avec un budget initial de 300.000 dollars offerts par l'UNICEF pour couvrir les premiers achats de médicaments.

En cas de résultat positif, le programme de l'Initiative de Bamako pourra aider le Gouvernement à générer des recettes non seulement dans les hôpitaux mais aussi dans les centres de santé primaire. Compte tenu du fait que les malades ne s'opposent généralement pas au paiement des médicaments, le programme de recouvrment des coûts de l'Initiative de Bamako pourra être efficace. Cependant, sa base est trop étroite -- seulement la vente des médicaments essentiels -- et pose également quelques problèmes fondamentaux d'équité et d'efficacité économique. Un système idéal comprendrait d'autres mécanismes de recouvrement des coûts tels que les droits pour les services et le prix, dans la mesure du possible, de chaque catégorie de service à sa juste valeur.

Le projet relatif à la Santé et la Population soutenu par la Banque Mondiale s'efforce également de mettre sur pied un système de recouvrement des coûts. Cependant, la Banque Mondiale cherche un programme plus large de recouvrement des coûts.

Dans tous les cas, l'atmosphère au Ministère est beaucoup plus propice maintenant au recouvrement des coûts à tous les niveaux des soins de santé publics.

Outre l'Initiative de Bamako soutenue par l'UNICEF/OMS, il y a d'autres expériences de recouvrement des coûts par d'autres bailleurs de fonds tels que la GTZ et le CUSO et quelques ONGs telles que le Service de Secours Catholique, l'Association Française des Volontaires du Progrès, la Croix-Rouge, les Voisins Mondiaux et autres.

2. Les Expériences de Recouvrements de Coûts dans Quelques Projets des Bailleurs de Fonds ou des ONGs.

Les plus connues de ces expériences sont :

- Le Projet d'Hydraulique Villageoise (PHV) du CUSO; et
- Le Projet de Maternité Sans Risque de Bè et de Santé Primaire dans la Région Centrale de la GTZ.

a. Les Projets de la GTZ

La GTZ a réussi à incorporer dans ses projets des mécanismes de recouvrement des coûts. La GTZ a toujours fait savoir au Gouvernement qu'elle offrirait une assistance technique mais qu'elle ne financerait pas les dépenses de fonctionnement.

Cela a probablement contribué à prévoir dans ces projets des mécanismes de recouvrement des coûts.

A la Maternité de Bè, il est perçu 2.000 F CFA par accouchement. Selon certaines estimations, on recueille environ 7 millions de francs CFA, soit 42% des coûts de fonctionnement de la Maternité, hormis les salaires, grâce aux droits perçus pour les accouchements.

Il y a aussi d'autres droits tels que les analyses de laboratoire et des droits pour d'autres services spécifiques. Malheureusement, les droits perçus à la Maternité sont versés au Trésor qui les gère ou les dépense.

Dans le cadre du Projet de Soins de Santé Primaires dans la Région Centrale, la GTZ fait une expérience semblable à l'Initiative de Bamako. La GTZ a financé l'achat d'un premier stock de médicamments à vendre et le surplus sera donné pour payer des salaires à concurrence de 3.000 - 7.000 francs CFA pour l'agent sanitaire du village dans les centres de santé du village où se déroule le projet.

b. Le CUSO

Le CUSO a également incorporé des mécanismes de recouvrement des coûts dans son Projet d'Hydraulique Villageoise dans les préfectures de Yoto et du Zio. Le CUSO a introduit des activités communautaires génératrices de recettes en vue de collecter les fonds pour couvrir les dépenses de fonctionnement du projet lorsque le financement par le CUSO prendra fin. Les recettes perçues sont placées dans des Caisses Villageoises qui sont gérées par les Comités Villageois de Développement. Lorsque les fonds d'une caisse atteignent un certain niveau, ils sont placés dans une Banque à Lomé. En Novembre 1989, les villages avaient plus de 27 millions de francs CFA à la banque. Ces fonds sont disponibles et peuvent être utilisés par les villages pour acheter des pièces de rechange ou réparer les pompes installées par le projet.

Sur la base des expériences actuelles de recouvrement des coûts, quels sont les projets qui peuvent se pousuivre sans être continuellement subventionnés? Très peu en tous cas. Même les programmes les plus réussis de recouvrement des coûts tels que ceux de la GTZ et du CUSO récupèrent seulement une fraction des coûts de fonctionnement.

En général, les projets visent à récupérer seulement les dépenses de fonctionnement n'appartenant pas à la rubrique des salaires. Maintenant, compte-tenu du fait que les salaires représentent environ 80% des dépenses de fonctionnement du Ministère de la Santé Publique, un système de recouvrement des coûts qui ne tiendrait pas compte des salaires négligerait une question fondamentale de durabilité.

Bien que le Gouvernement soit sur le point de démarrer une expérience sur le programme de recouvrement des coûts dans le cadre de l'Initiative de Bamako, il reste toujours à trouver un système suffisamment large de recouvrement des coûts qui comprendrait, entre autres, la perception de droits pour les services en plus du paiement des médicaments.

IV. INTERVENTIONS

Dans cette section nous parlerons des interventions spécifiques en matière de santé de l'enfant qui ont eu lieu au Togo au cours des dernières années, leurs activités actuelles, les contributions des bailleurs de fonds, leur efficacité et leur impact, et enfin, les questions soulevées par chacune de ces interventions par rapport aux projets futurs.

A. Programme Elargi de Vaccination (PEV)

Le PEV a commencé au Togo en 1980 par des vaccinations dans la région située à l'extrême nord, les Savanes. Vers 1984, le programme s'est graduellement étendu vers le sud de sorte qu'il couvre toutes les cinq régions du pays, y compris la capitale, Lomé.

Des équipes mobiles ont assuré la plupart des vaccinations sauf dans les grands centres urbains. Vers 1984, la couverture vaccinale était estimée à 10% seulement des enfants. A la fin de 1986-début 1987, le Togo a commencé sa première campagne de mobilisation pour la vaccination pour répondre à la proclamation de l'année 1986 par l'OMS comme Année Africaine de la Vaccination. Ces activités ont culminé en 1988 par l'organisation d'une grande campagne dénommée Action Vaccination Togo (AVT). Les éléments de cette stratégie ont été les suivants:

- Mobilisation sociale, préparation des affiches et des prospectus; cartes de vaccination, participation des média, éducation du public;

- Formation des équipes de coordination et des vaccinateurs dans les préfectures;

- Mise sur pied d'un programme pour donner la priorité aux enfants de moins de deux ans et aux femmes en âge de procréer (12 à 45 ans);

- Mise sur pied d'une stratégie pour équiper toutes les institutions de santé pour permettre aux patients de se faire vacciner tous les jours (stratégie fixe), tout en maintenant les équipes mobiles dans les régions plus éloignées (stratégie mobile) et en développant parallèlement la capacité d'extension des centres de santé (stratégie avancée).

- Développement d'un programme national de vaccination.

Le PEV se trouve administrativement dans les locaux de la Division de l'Epidémiologie du Ministère de la Santé Publique; le Directeur de la Division est en même temps le Directeur du Programme. Le PEV supervise le bon fonctionnement de la chaîne de froid, la distribution des vaccins, et forme les agents locaux de santé. Le Médecin-chef supervise les activités dans sa préfecture, mais reçoit un appui logistique considérable du Ministère central en termes de carburant pour les véhicules en particulier. Le démarrage du programme prioritaire du PEV comportant des campagnes annuelles a, dans ses périodes de pointe, perturbé le travail de routine du Ministère, et même celui d'autres programmes prioritaires. En outre, une étude de Lancon en 1988 a montré que les campagnes de vaccination ne sont pas plus efficaces en termes de coûts que les vaccinations de routine.

Les principales sources de soutien au programme sont deux bailleurs de fonds: l'UNICEF et l'USAID. En 1985, les allocations de fonds entre les bailleurs de fonds et le gouvernement étaient estimées comme suit: l'UNICEF a contribué pour 26%, l'USAID pour 58%, et le

Ministère pour 16%. On a éprouvé de nombreuses difficultés à évaluer les allocations actuelles comme l'indique le rapport d'évaluation du CCCD pour 1990. L'USAID a fourni au moins 250.000 dollars par an à travers le programme CCCD depuis 1983, des contributions supplémentaires étant venues d'autres bailleurs de fonds. La contribution de l'USAID se fait en termes d'assistance technique (long et court terme), l'appui logistique et de gestion, le carburant, les véhicules et les vaccins contre la rougeole. L'UNICEF a fourni tous les autres vaccins aussi bien que l'équipement et les imprimés. Le niveau de sa contribution se situant en moyenne à 540.000 dollars par an entre 1987 et 1989. On ignore en ce moment si la contribution du Ministère au programme comprend d'autres éléments que le personnel et du carburant. Deux autres bailleurs de fonds, le CUSO et le Corps de la Paix ont contribué à l'éducation sanitaire dans le cadre de ces activités en formant des agents de santé communautaire. Le CUSO soutient également tout le programme de vaccination dans la région maritime. L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) et le FAC soutiennent aussi les activités au niveau central.

Depuis le lancement de l'Action Vaccination Togo (AVT) en 1988, le Ministère de la Santé Publique a réussi à créer des endroits de vaccination permanents dans plus de 300 centres de santé que compte le pays. Il a également réussi à élever les niveaux de vaccination des enfants et des femmes en âge de procréer à travers le pays. En 1988 et 1989, des études ont estimé que la proportion d'enfants de 12 à 23 mois qui ont reçu au moins une vaccination dépassait 90% pour l'ensemble du pays et pour les régions (voir Tableau 6). En 1988, presque la moitié des enfants entre un et deux ans ont été complètement vaccinés (estimation ponctuelle 48%). Ce niveau était maintenu en 1989 (estimation ponctuelle 43%), sans grande différence par rapport à l'année précédente -- (voir Tableau 7).

Au cours de la même période, des études ont montré qu'entre 60 et 70% des femmes en âge de procréer n'avaient guère reçu au moins deux doses de vaccin anti-tétanique (voir Tableau 8). Au cours de la seule année 1989, 18,8 % des femmes en âge de procréer ont reçu leur deuxième dose de vaccin anti-tétanique. Que le programme ait été capable de maintenir ce niveau de vaccination deux années de suite montre qu'il commence à avoir la capacité de soutenir ses activités.

Tableau 6
Résultats Choisis des Etudes de Vaccination

Pourcentage des enfants de 12-23 mois recevant au moins une vaccination

REGION (BCG) (n'importe quel vaccination)	Enquête Démogr. & Santé 1988 (autre vaccinat.)	1988 AVT (BCG)	1989 Evaluation
Lomé commune	-	92,0	92,0
Maritime	92,0	96,0	94,0
Plateaux	93,0	96,0	88,0
Centrale	96,9	95,0	96,0
Kara	100,0	96,0	97,0
Savanes	87,4	92,0	94,0
TOTAL Togo	93,3	95,0	91,0

Source: 1988 DHS: Enquête Démographique et de Santé au Togo 1988
1988 ACT: Action Togo Vaccination, 1988
1989 Evaluation: Rapport d'Evaluation du Programme Elargi de Vaccination, du Programme LMD et du Programme de Lutte Contre le Paludisme.

TABLEAU 7
Résultats Choisis des Etudes sur la Vaccination, Togo 1988-1989
Pourcentage des Enfants Agés de 12 à 23 mois vaccinés

	1988 (Pourcentage Vaccinés)						1989 (Pourcentage Vaccinés)					
Région	BCG	DTP 1	DTP 2	DTP 3	Rougeolè	Complètement Vaccinés	BCG	DTP 1	DTP 2	DTP 3	Rougeole	Complètement Vaccinés
Lomé Commune	92	82	69	53	55	36	92	79	75	61	62	51
Maritime	96	95	79	52	82	46	94	88	75	52	61	42
Plateaux	96	92	85	66	77	51	88	78	64	47	62	38
Centrale	95	94	84	63	76	52	96	95	83	58	68	45
Kara	96	95	84	66	78	50	97	92	83	57	62	41
Savanes	92	93	88	75	69	50	94	90	85	68	68	53
Total Togo	95	92	81	62	74	48	91	84	74	55	62	43

Source: Action Vaccination Togo, 1988; Rapport d'Evaluation Nationale du PEV, LMD, et LP, 1989

Tableau 8
Vaccination anti-tétanique:
A. Résultats des Enquêtes 1988, 1989: Pourcentage de Femmes en âge de procréer (12-45 ans) vaccinées

Région	1988			1989		
	Vat1	Vat2	Vat3	Vat1	Vat2	Vat3
Lomé commune	76	59	37	67	51	26
Maritime	94	83	83	81	67	35
Plateaux	90	82	40	78	64	39
Centrale	92	77	39	91	76	42
Kara	93	82	39	84	65	38
Savanes	83	66	23	73	61	20
Total Togo	83	72	33	77	63	33

Source: 1988, Action Vaccination Togo
1989, Rapport d'Evaluation National du PEV,LMD et du LP

B. Doses de Vaccinations anti-tétaniques administrées en pourcentage de la population des femmes en âge de procréer (12-45 ans)

Région	1989		
	Vat 1	Vat2	Vat 3
Lomé Commune	15,1	8,0	11,5
Maritime	27,2	17,8	21,1
Plateaux	22,7	20,0	24,5
Centrale	20,4	16,3	25,0
Kara	21,2	17,2	22,8
Savanes	26,7	24,5	19,0
Total Togo	24,5	18,8	22,3

Source: Rapport sur les vaccinations, Bureau des Statistiques et des Estimations de la Population du Ministère du Plan

L'estimation de la couverture vaccinale des enfants de moins d'un an par le nombre de doses administrées aux enfants comparés à la population à risque donne des chiffres supérieurs à 100% (voir tableau 9). Cela est possible si les agents de santé vaccinent deux fois les mêmes enfants, ou si les estimations de la population sont inférieures à la réalité ou si les agents de santé ne relèvent pas correctement le nombre de doses administrées. La dose finale (troisièmes doses de DTP administrées comparées aux premières doses) de 65% est un bon résultat.

Tableau 9
Couverture Vaccinale, Togo, 1989
Enfants en dessous d'un an vaccinés comme
pourcentage de tous les enfants de moins d'un an

Région	BCG	DTP1	DTP2	DTP3	ROUGEOLE	Taux d'achèvement de DTP: DTP 3 en % de DTP 1 (DTP3/DTP1)
Lomé Com.	66,1%	51,7%	46,3%	40,3%	31,7%	78,3%
Maritime	124,7	109,0	86,5	68,2	54,4	62,5
Plateaux	104,3	107,7	81,7	61,5	53,2	57,1
Centrale	117,7	113,1	94,9	70,3	66,2	69,2
Kara	95,3	98,2	81,5	67,4	69,2	68,7
Savanes	126,8	133,7	122,5	106,8	119,7	79,9
Tot.Togo	115,3	110,9	90,0	72,5	65,7	65,4

Source: Rapports du Bureau des Statistiques sur les Vaccinations

La meilleure méthode d'évaluer l'efficacité du PEV consiste à examiner les taux de mortalité. Les cas connus de rougeole sont en constante diminution depuis 1984 à l'exception d'une forte poussée en 1988. Une telle poussée ne s'est pas produite en 1989. Malgré une vaccination extensive des femmes en âge de procréer, 55 cas de tétanos ont été constatés chez les nouveaux-nés dans des centres de santé et 18 autres ont été signalés dans des hôpitaux. Ce chiffre élevé indique qu'il faut continuer de travailler pour élever les niveaux de vaccination contre le tétanos.

Grâce à l'assistance du projet CCCD, le système d'information sur la gestion du PEV et la chaîne de froid ont été considérablement améliorés. Le programme a adopté un rapport uniforme sur les enfants vaccinés et les vaccins utilisés pour les formations sanitaires et les équipes mobiles. Ces rapports sont recueillis par la Division de l'Epidémiologie qui assure une surveillance régulière. Dans le but d'aider le Médecin-Chef à superviser les centres de santé, le Projet a mis au point une liste de contrôle en matière de supervision, liste affichée dans tous les centres de santé et qui rappelle aux agents de santé leurs responsabilités.

En ce qui concerne la chaîne de froid, des évaluations récentes indiquent qu'elle fonctionne bien dans la plupart des centres mais exigerait une supervision et une surveillance constantes. Un exemple typique de problèmes logistiques se présente comme suit: lorsqu'un réfrigérateur tombe en panne, et que da réparation nécessite beaucoup de temps en suivant la filière bureaucratique, le directeur du centre doit souvent avancer de sa propre poche une somme importante pour éviter que les vaccins ou autres médicaments se détériorent. Un second problème, échappant au contrôle de l'agent de santé et affectant le financement du système concerne la politique de vaccination quotidienne qui fait que plusieurs doses de vaccins sont perdues à la fin de chaque jour, ce qui engendre des coûts élevés. Le projet CCCD a entrepris une étude dans la préfecture de l'Ogou pour examiner les coûts relatifs du maintien des vaccinations quotidiennes. Les résultats de cette étude de deux ans n'étaient pas disponibles au moment de la rédaction de ce rapport. Le projet d'étude aurait pris la préfecture de l'Ogou comme groupe expérimental où les vaccinations seraient faites sur une base quotidienne, en comparaison avec des préfectures témoins avec des jours fixes de vaccination. Cependant, il s'est avéré au cours de nos visites sur le terrain que presque toutes les formations sanitaires avaient adopté les vaccinations quotidiennes, de sorte qu'aucun groupe de référence ne pouvait être disponible pour cette étude.

Le projet CCCD a également joué un rôle considérable dans la formation à travers des séminaires à l'intention des agents de santé des localités et des préfectures. Une lacune de la formation dans le cadre de ce projet est qu'elle a été si tellement axée sur la livraison des

vaccinations qu'on a perdu des occasions peut-être de former les agents de santé pour informer leurs clients sur l'importance des vaccinations ou pour intégrer leurs activités de vaccination aux autres soins préventifs qu'ils dispensent.

1. Problèmes pour l'Avenir

On doit se poser trois questions sur l'avenir du PEV. D'abord, en considérant les résultats obtenus à ce jour, est-ce que l'aide étrangère doit continuer au profit du PEV? A présent, la contribution du Gouvernement se limite uniquement à la fourniture du personnel; les vaccins et les équipements sont fournis par les bailleurs de fonds tout comme les dépenses courantes pour le transport. La formation et la supervision semblent avoir porté leurs fruits, mais les superviseurs Togolais ne seront pas capables de poursuivre leurs activités sans des fonds pour le transport et l'entretien des équipements (sans parler de leur renouvellement). Ainsi, une certaine continuation de l'aide sera nécessaire, mais à un niveau inférieur à ce qui se fait actuellement. Si à l'avenir, l'UNICEF réduit son appui aux programmes de vaccination, comme prévu, le fossé à combler par le Gouvernement et/ou d'autres bailleurs de fonds sera plus large.

En second lieu, jusqu'à quel point le PEV devra-t-il dépendre des études plutôt que des données recueillies de façon routinière pour contrôler la réalisation? La collecte des données suivant la routine se déroule bien et les rapports parviennent à temps et les données traitées sont disponibles rapidement pour être analysées, au moins au niveau central. Ces données fournissent de bonnes estimations sur les activités. Leurs estimations de la couverture doivent être raffinées, comme nous l'avons dit auparavant, mais cela n'est pas compliqué à faire. On a besoin des données de routine pour administrer le programme et elles seront recueillies sans trop se soucier des détails. Si elles peuvent être utilisées pour estimer la couverture, alors le coût des études pourra être évité. Les projets de l'UNICEF, de l'OMS et du CCCD ont contribué aux études en 1988 et 1989. Dans les deux cas des données ont été recueillies sur deux interventions supplémentaires, le paludisme et les maladies diarrhéiques. Les études constituent une méthode coûteuse de collecte des données, même si l'on utilise la méthode modifiée de Henderson (OMS) qui se révèle relativement moins chère.

En outre, à moins que l'on s'en tienne rigoureusement à l'échantillonnage au hasard des familles, des erreurs peuvent se produire rendant les résultats moins fiables. Pour ces trois interventions, il serait préférable d'essayer de tirer l'estimation de la couverture en l'utilisant à partir des données recueillies par la routine. Cette même technique d'estimation pourrait être enseignée aux agents des centres de santé pour qu'ils soient en mesure d'évaluer le niveau de couverture vaccinale dans leurs propres zones d'opération. Ces données recueillies par routine

peuvent être complétées tous les quatre ou cinq ans par des études.

En troisième lieu, dans quelle mesure le Ministère pourra-t-il continuer de pratiquer la politique consistant à vacciner tous les jours, même lorsqu'il y a un seul enfant à vacciner de sorte que les 19 autres doses restantes dans le flacon se perdent? Le programme doit analyser étroitement l'incidence financière d'une telle politique. Si l'assistance des bailleurs de fonds en matière de vaccins venait à diminuer, il serait nécessaire de trouver des compromis pour avoir des vaccins à un coût abordable.

En quatrième lieu, est-ce que le Ministère a réussi à passer d'une stratégie mobile à une stratégie fixe de vaccination? Les informations dont nous disposons ne nous permettent pas d'évaluer l'importance des activités entreprises par des équipes fixes par rapport aux équipes mobiles. Un changement important est, cependant, que les équipes mobiles du Togo ne sont pas des équipes classiques mobiles permanentes des Grandes Endémies. Au contraire, ce sont des agents de santé des centres fixes qui vont à tour de rôle sur le terrain pendant une semaine ou deux.

B. Paludisme

Le Service National du Paludisme a été créé en 1952 à un moment où on pensait que le paludisme, en tant que maladie, pouvait être supprimé. Dès le début des années 1960 il était devenu évident que l'éradication était impossible et le service s'orienta davantage vers la recherche. En 1983-84, grâce à l'assistance du CDC le service entreprit le test in vivo de la sensibilité du parasite, le plasmodium falciparum, à la chloroquine. En 1988, on s'aperçut qu'il y avait déjà une résistance au médicament à la dose courante de 10mg/kg de poids et même à des doses de 25mg/kg sur trois jours.

Le paludisme représente une raison principale des consultations dans les formations sanitaires, constituant un tiers des diagnostics (34% -- 730.162 cas) en 1989, selon l'Annuaire des Statistiques. En 1987, ce pourcentage atteignit 38,5%. Cependant, le Service National du Paludisme dans son rapport de 1989 sur le nombre de cas de paludisme par préfecture, recensa un total de 1.251.340 cas dans tout le pays (total de toutes les préfectures)[1].

---

[1]Puisque que les deux rapports ont la même source, les régistres des infirmières dans les dispensaires, il est difficile de comprendre l'origine des différences de chiffres. De toute évidence, ce que les infirmières marquent sur leur relevé mensuel ne correspond pas à ce qu'elles marquent sur le relevé du Service National du Paludisme. Ceci rend l'interprétation des données sur les cas de paludisme et l'utilisation de la chloroquine difficile.

Parmi les enfants âgés de moins de cinq ans, il est également la raison majeure des consultations (31,0%) environ 225.701 cas signalés en 1989. Des enfants de moins de cinq ans qui ont fait l'objet de l'Enquête Démographique et de Santé, (1988), 41 à 46% avaient eu un cas de fièvre au cours des deux semaines précédentes. Parmi ceux-ci, plus de 50% ont été traités avec nivaquine (chloroquine). Des cas similaires ont été signalés dans le Rapport d'Evaluation, (1989). Cette étude a estimé que chaque enfant a eu 11 épisodes de fièvre par an et qu'environ trois quarts de ces enfants ont reçu des médicaments contre le paludisme.

Des 4.765 frottis de sang examinés par le laboratoire du Service de Paludisme en 1989, 47,8% étaient positifs et de ceux-ci, 99 % avaient été identifiés comme contenant du plasmodium falciparum.

En 1989, le Service du Paludisme a réuni les principaux médecins du pays à Kpalimé et a lancé un nouveau programme en quatre points. En premier lieu, il a institué une nouvelle politique en matière de posologie utilisant une dose plus élevée de chloroquine de 25mg/kg. Le Service a mis au point une affiche voyante à l'intention des infirmières dans les centres de santé leur permettant en un clin d'oeil de déterminer la dose correcte pour chaque groupe d'âge. En outre, l'objectif consistait à rééduquer les agents de santé afin qu'ils utilisent la chloroquine par voie orale et qu'ils aient recours à la quinine injectable seulement quand le malade ne peut pas recevoir une médication par voie orale. En second lieu l'administration de la chloroquine à titre prophylactique à toutes les femmes enceintes qui reçoivent des soins dans les centres de santé devait être instituée. En troisième lieu, le programme devait collaborer avec les agents de développement des villages pour transmettre au niveau du village l'information sur les doses appropriées. Enfin, le service devait instituer un programme de surveillance passive utilisant des médecins choisis à des sites de garde pour surveiller la résistance aux médicaments en prenant des gouttes épaisses de tous leurs malades.

Le Service a une certaine autonomie au sein du Ministère. Officiellement il se trouve dans la Division de l'Epidémiologie (bien qu'il n'apparaisse sur l'organigramme), mais il maintient son propre laboratoire et dirige sa propre clinique. Cette dernière est conçue pour s'occuper principalement des cas de paludisme mais, en fait, sert simplement comme une clinique ordinaire, vestige du vieux système colonial des Grandes Endémies.

Le Service de paludisme distribue de la chloroquine aux formations sanitaires en supplément des livraisons que reçoivent les formations des magasins du Ministère central. En 1989, le Service a obtenu 3 millions de tablettes de 155mg de l'OMS et 7 millions de tablettes de 100 mg de l'UNICEF. Par le programme CCCD, le service a reçu 7

millions de tablettes de 100 mg en 1988 et 8,5 millions de tablettes en mai 1990. Le Service a déclaré dans son propre rapport de 1989 qu'il a distribué 5,5 millions de tablettes durant cette année. Au cours de nos visites sur le terrain nous avons observé qu'il y avait au moins deux sources d'approvisionnement et qu'il y avait une certaine confusion à leur sujet.

Le Service a institué deux rapports mensuels. Le premier suit le nombre de nouveaux cas de paludisme diagnostiqués et la quantité de chloroquine administrée. Le second rapport note le nombre de femmes enceintes traitées à titre prophylactique à la chloroquine. Le Service produit un rapport annuel. Leurs données sur le nombre de cas de paludisme sont presque deux fois plus nombreux que ceux relevés par le Service des Statistiques (1,25 millions contre 0,73 million). Puisque les sources des données sont les mêmes (le registre des infirmières consultantes) ces résultats divergents indiquent la mesure des erreurs mécaniques des méthodes de rapports dans les deux systèmes.

Le Service reçoit l'appui de plusieurs bailleurs de fonds, en particulier l'UNICEF, l'OMS, l'USAID et le FAC. Le projet CCCD a apporté son soutien à la fourniture de chloroquine et à la gestion logistique. Il a également apporté son assistance technique aux études in-vivo.

1. Problèmes pour l'Avenir

Un problème majeur concernant le programme est sur le plan organisationnel, le degré de son autonomie vis-à-vis des autres programmes. Cette verticalité a créé des problèmes pour ses activités maintenant qu'il participe aux soins de santé primaires et à l'éducation sanitaire. Il ne semble pas y avoir de raison de maintenir la séparation entre son système de distribution des médicaments et l'allocation de routine des médicaments par le Ministère, pas plus qu'il ne doit maintenir son propre système d'information et même des moyens cliniques séparés. Tous les nouveaux programmes des bailleurs de fonds, ou même les extensions des activités existantes doivent considérer la possibilité de les intégrer à d'autres activités connexes du Ministère dans le domaine de l'éducation sanitaire, des systèmes d'information et de la distribution des médicaments.

Un second problème concerne l'ampleur de l'effort à déployer pour la recherche in-vivo afin d'identifier la résistance aux médicaments. Selon les responsables du Service du paludisme le système actuel de sites de garde ne fonctionne pas bien jusqu'à présent. Seulement 1.269 tests ont été reçus l'année dernière. Un tel programme revient cher à maintenir puisque les médecins doivent procéder à de fréquents frottis de sang sur leurs malades et que le Service doit être en mesure de s'assurer que ces tests de laboratoire sont fiables. On a avancé l'argument que sans les études précédentes, la

décision d'accroître la dose de traitement par la chloroquine n'aurait jamais été prise. En effet l'augmentation du dosage avait été décidée sur le plan international depuis quelque temps et avait été adoptée comme une mesure de routine dans d'autres pays. Le paludisme résistant aux médicaments est un phénomène international et peut être étudié dans plusieurs pays. Ces études peuvent, à long terme, fournir des données précieuses qui peuvent permettre d'améliorer le traitement du paludisme, mais les résultats seront principalement intéressants pour les épidémiologistes du monde, non aux planificateurs Togolais de la santé. Par conséquent, nous ne recommanderons pas que ces programmes de recherche soient activement soutenus.

C. La Lutte Contre les Maladies Diarrhéiques

1. Activités Actuelles

Le programme du Ministère de la Santé Publique concernant la Lutte Contre les Maladies Diarrhéiques (LMD) a commencé en 1983 comme l'une des trois initiatives du Projet CCCD. L'activité du ministère central dans le cadre du programme est placée sous la Division de la Mère et de l'Enfant (DME) qui est responsable de la définition de la politique nationale, de la planification et de la supervision de son application et de l'évaluation des résultats. Le programme reçoit un soutien significatif de l'UNICEF par le don des sels de réhydratation orale (SRO), la formation, et l'appui aux activités relatives à l'IEC. Un comité Intersectoriel ad hoc sur la Lutte Contre les Maladies Diarrhéiques fut mis sur pied en 1987 et incorporé à la commission sur les maladies transmissibles sous la commission Nationale de Survie de l'Enfant, créée en mars 1989.

La stratégie centrale de la LMD consiste à promouvoir l'utilisation des sachets de SRO et lorsqu'ils ne sont pas disponibles, une solution de sucre et de sel (SSS) préparée à la maison. Cette stratégie est réalisée grâce à l'initiation des prestataires de soins à l'utilisation de la Thérapeutique de Réhydratation par voie Orale (TRO). Un gros effort a été fait pour décourager l'utilisation des traitements autrefois privilégiés qui comprenaient la guanidine, le charbon et des antibiotiques.

Les Médecins-Chefs et les Chefs de service ont été initiés en 1989 au programme fondamental de TRO. D'autres programmes d'éducation sanitaire, comprenant le programme du Corps de la Paix, le programme pilote du Service National d'Education Sanitaire et les Centres de Nutrition Infantile du service de Secours Catholique (CRS)/Ministère des Affaires Sociales, ont incorporé la TRO comme volet principal d'éducation communautaire.

Le Projet CCCD a des fonds pour apporter un soutien à la construction d'une unité nationale de formation et de démonstration en matière de la TRO au Centre Hospitalier Universitaire à Lomé, cependant la construction de cette unité n'a pas encore été achevée compte tenu des exigences architecturales de l'USAID. Des unités analogues dans des hôpitaux régionaux à Sokodé et à Kara ne sont pas opérationnelles non plus bien qu'elles aient été dotées d'équipements et de fournitures nécessaires. Des emplacements prévus pour la TRO dans les centres de santé périphériques n'ont pas été aménagés bien que le personnel ait été formé à ce niveau pour faire fonctionner les centres de TRO.

L'UNICEF envisage de continuer de fournir des sachets de SRO gratuitement dans son programme pour les cinq prochaines années. Le budget de l'UNICEF sur cinq ans pour les matériaux et les activités de la TRO se chiffre à 300.000 dollars U.S.

2. Efficacité et Impact

Le programme de LMD n'a pas progressé aussi bien que prévu. L'utilisation du SRO est encore faible, les centres de santé traitent seulement un faible pourcentage des cas de diarrhée et beaucoup ne dispensent pas des traitements adéquats. Les documents d'IEC ne sont pas toujours disponibles.

L'Enquête Démographique et de Santé de 1988 a trouvé que 29,4% des enfants de moins de 5 ans avaient eu de la diarrhée pendant les deux semaines précédentes. On a signalé l'utilisation des paquets de SRO dans 20,4% des cas, tandis que la solution de sucre et de sel a été signalée dans 3,2% des cas. L'utilisation de SRO dans les zones rurales était considérablement moins élevée que dans les centres urbains: dans 21% des cas dans les zones rurales les mères ont eu recours soit au SRO soit à la solution de sucre et de sel préparée à la maison contre 31,7% de cas dans les centres urbains. L'Evaluation Nationale du PEV, LMD et Paludisme de 1989 a trouvé une moyenne de 5,3 épisodes de diarrhée par enfant dont 69,1% ont été traités d'une certaine manière. De ceux qui ont été traités, seulement 13% l'ont été avec SSS ou une solution préparée à la maison, tandis que 47,1% l'ont été par l'administration des comprimés -- guanidine, charbon ou tétracycline. 1,6% seulement ont indiqué qu'ils ont utilisé une solution préparée à la maison, ce qui suggère que la promotion de la solution de sucre et de sel (SSS) n'a pas grand effet.

En gros dans 22,4% seulement des cas la mère fait traiter l'enfant dans un dispensaire (et 8,6% à l'hôpital). (Rapport d'Evaluation Nationale du PEV, LMD, Paludisme -- voir ci-dessus section I.D. pour les commentaires sur la qualité des données dans ce rapport et dans l'Enquête Démographique et de Santé).

L'évaluation nationale PEV, LMD et Paludisme de 1989 s'est également penchée sur les institutions de santé et a trouvé en général que ce n'est pas tous les cas de diarrhée que l'on amène dans les intitutions de santé que l'on traite au SRO. Dans la région Maritime, 94% étaient traités au SRO; cependant dans d'autres régions le pourcentage de traitement au SRO était plus faible, les Savanes ayant le niveau le plus faible: 73%. L'étude a trouvé que presque la moitié des traitements de la diarrhée comprenait d'autres médicaments outre le SRO -- ce qui suggère que les agents de santé ne suivent pas pleinement la stratégie nationale. Dans toutes les régions plusieurs institutions de santé de l'échantillon ont signalé des pénuries de paquets de SRO au cours de l'année précédente.

L'évaluation a également découvert que le marché était la source principale des traitements (55,2%): même pour les sachets de SRO (64,3%). Cependant, cette donnée porte sur un échantillon très petit et n'est pas fiable. Il semble peu probable que les sachets de SRO qui sont distribués gratuitement dans les institutions de santé s'achètent en de si grandes quantités au marché.

3. Problèmes pour l'Avenir

Certainement de gros efforts sont nécessaires pour ce programme. Une stratégie nationale reste à établir et à rendre publique; des documents sur l'éducation sanitaire n'ont pas été mis au point et distribué à grande échelle. Il faut déployer de gros efforts pour accroître l'accessibilité du SRO dans les foyers -- par des mécanismes de marketing social et une distribution au niveau communautaire.

La politique visant à promouvoir les solutions préparées à la maison doit être réévaluée. Des études sur les niveaux de salinité des solutions de sucre et de sel dans d'autres pays indiquent une forte probabilité d'intoxication par le sodium. Des solutions alternatives préparées à la maison doivent être évaluées. Des études dans le domaine de recherches opérationnelles doivent être initiées pour déterminer les moyens en vue de former les prestataires de soins de santé à la périphérie pour enseigner aux mères comment préparer et utiliser les solutions.

Nous croyons que le Ministère doit se préoccuper principalement de mettre le SRO à la portée des foyers (par une distribution libre dans les institutions de santé, au niveau communautaire et sur le marché) et d'utiliser aussi l'éducation sanitaire pour mettre l'accent sur l'utilisation de tout liquide et de l'allaitement au sein, plutôt que de promouvoir la solution compliquée de sucre et de sel préparée à domicile. Dans tous les cas, il convient de définir une politique claire dès que possible.

La LMD a été la plus faible des trois principales interventions du projet CCCD. Dans l'avenir, l'effort du Projet CCCD ou d'un projet

similaire (ou un volet du projet) doit se concentrer davantage sur la LMD et lui fournir une assistance technique. Une attention spéciale sera accordée aux problèmes d'IEC dans la TRO.

Il est également important que les efforts dans ce domaine s'intégrent aux efforts deployés dans d'autres programmes du Ministère de Santé Publique, en particulier le Service National d'Education pour la Santé (SNES), Surveillance de la Croissance et de la Nutrition, aussi bien que les programmes extra-ministériels, tels que les centres de Nutrition Infantile soutenus par le Service de Secours Catholique et le Ministère des Affaires Sociales.

Dans le plan de réorganisation du Ministère de la santé Publique décrit dans le Mémorandum de la Banque Mondiale, aucune unité spécifique n'a la responsabilité du programme de TRO. Cependant, la stratégie envisagée met effectivement l'accent sur ce programme. On peut penser qu'il fera partie du Service de Santé Maternelle et Infantile.

D. Planning Familial

1. Politique de la Population

La loi du 31 Juillet 1920 interdisant l'avortement provoqué et la propagation des informations sur la contraception, constitue la politique officielle déclarée du gouvernement. Cependant, le gouvernement a toujours adopté une attitude positive à l'égard des activités de planification familiale (PF). La création d'un programme national de Bien-Etre Familial au Ministère de la Santé Publique (PNBEF) et d'une branche privée de planification familiale pour le Bien-Etre Familial (ATBEF) affiliée à la Fédération Internationale pour la Planification Familiale (IPPF), dans le but de promouvoir les activités de planification familiale au niveau national, est la preuve que le Gouvernement Togolais souhaite associer la planification familiale à ses efforts de développement. Bien qu'un document de politique nationale, ne soit pas encore approuvé, une conférence sur ce thème a eu lieu en Septembre 1987 à Lomé. Cette conférence a reçu un appui technique et financier du programme RAPID/NAPRO. Ce programme est financé au Togo par le FNUAP, l'Agence Américaine pour le Développement Internationale (USAID) et la Société pour la Population Mondiale. Cette conférence tenue en 1987 a défini les objectifs nationaux pour l'amélioration des conditions de vie de la population en vue de lui permettre de participer pleinement au développement socio-économique en harmonisant le taux de croissance démographique et le développement économique. Une deuxième conférence organisée en Septembre 1988 à Kpalimé a également permis de formuler les directives du gouvernement en matière des activités de la population. Pour réaliser cet objectif, le gouvernement envisage de:

a. Susciter une prise de conscience des problèmes de la population et des conséquences qu'une croissance démographique rapide pourrait avoir sur le développement social et économique au Togo;

b. Donner à chaque citoyen des informations nécessaires et l'éducation sur les avantages du planning familial;

c. Eduquer la jeunesse dans le domaine des problèmes démographiques, de la sexualité, de l'espacement des naissances et du planning familial en vue de maintenir une procréation responsable;

d. Fournir à la population un programme d'espacement des naissances à des coûts raisonnables, qui réponde aux besoins de la population; et,

e. Améliorer la méthode de collecte et d'analyse des données démographiques en vue de mieux intégrer les facteurs démographiques au processus de planification sociale et économique.

2. Les Activités de Planification Familiale

Les activités de planification familiale sont principalement entreprises par les deux institutions: Le programme National pour le Bien-Etre Familial (PNBEF) et l'Association Togolaise pour le Bien-Etre Familial (ATBEF). Le PNBEF gère quarante centres de santé appartenant à l'Etat qui offrent toutes les méthodes de soins de planification familiale. Aussi, un tiers des 350 cliniques du MSP fournissent des contraceptifs non-médicaux (spermicides et condoms). Le PNBEF a commencé un projet pilote dans deux des cinq régions économiques du Togo (région de la Kara et région Maritime) avec l'appui financier et technique du FNUAP. L'objectif de ce projet consiste à réaliser une consolidation technique et matérielle du PNBEF en vue de renforcer et d'étendre les prestations de services de planification familiale à 120 sites au niveau des deux régions. Le PNBEF envisage de standardiser les procédures cliniques et d'améliorer la gestion des données statistiques ayant trait aux activités de planification familiale. Il envisage également de superviser la distribution des contraceptifs et des équipements par la Pharmapro. Un conseiller technique du FNUAP aide le PNBEF dans la réalisation de ce projet.

L'ATBEF, branche de l'IPPF a une clinique de planification familiale à Lomé qui sert de centre de formation en prestation de services. Sept coordonnateurs régionaux travaillent pour l'ATBEF au niveau national. L'ATBEF emploie 15 motivatrices qui mènent des activités de sensibilisation et de prestation de services basées sur les méthodes non cliniques au niveau des villages. L'ATBEF entrepose et distribue des contraceptifs dans tous les centres de santé du MSP

offrant des services de planification familiale. Elle reçoit des rapports mensuels sur l'utilisation des contraceptifs dans tout le pays sauf dans la préfecture du Golfe où le PNBEF a lancé un nouveau système de collecte des données sur les activités de planification familiale. En général, la planification familiale au Togo n'a pas encore été intégrée aux activités de soins maternels et infantiles. La supervision des activités n'existe presque pas en raison du manque de système de gestion, de ressources humaines et matérielles. Il n'existe pas un secteur privé structuré pour les prestations de services en matière de planification familiale. La plupart des 46 cliniques privées et hôpitaux religieux offrent des services de planification familiale, mais ces activités sont difficiles à quantifier à cause de l'absence de documentation uniforme. Quelques ONGs telles que les Voisins Mondiaux, le Fonds Chrétien pour l'Enfance (CCF) incorporent les activités de planification familiale dans leurs programmes.

3. La Contribution des Bailleurs de Fonds:

USAID: 1987-1991

Le projet d'Initiatives pour la Santé Familiale (FHI - II) a fourni une aide de 1,5 millions de dollars de 1987 à 1990 pour les activités de plannification familiale.[2] Le projet assure le financement de la formation des prestataires des services de santé dans 27 centres de santé.

Les 27 centres de santé comprennent trois centres pour la santé de la mère et de l'enfant à Lomé, 4 hôpitaux régionaux et 19 centres de soins de la mère et de l'enfant dans les préfectures. INTRAH a apporté son assistance technique principalement dans le domaine de la formation. INTRAH a constitué une équipe de formateurs nationaux pour accroître la capacité institutionnelle de la Division de la Mère et de l'Enfant (DME) d'organiser des cours de formation. L'ATBEF entrepose et distribue les contraceptifs fournis par le projet. Une aide financière a été également fournie pour la mise au point d'une politique de population. Le projet a financé la distribution au niveau communautaire des contraceptifs par les huit motivatrices de l'ATBEF (sept autres motivatrices sont financées par IPPF).. Les activités de l'ATBEF an matière d'IEC ont été renforcées grâce aux assistants techniques relevant d'un Contractant Privé. Enfin, des cours de formation de courte durée pour le personnel de l'ATBEF ont été financés pour le personnel responsable de l'IEC, de la logistique et de l'administration du programme.

---

[2] Une extention sans frais du projet est prévue jusqu'en septembre 1991.

FNUAP: 1989 - 1993

L'objetif du programme consiste à renforcer la Division de la Mère et de l'Enfant (DME) en vue de coordonner et d'administrer les activités de planification familiale au Togo. A la fin du projet, l'unité de planification familiale de la DME aura bénéficié de la formation du personnel, des machines pour la reproduction de documents, des équipements informatiques, et des véhicules. Deux médecins ont été recrutés pour la supervision; un administrateur et un chauffeur ont été engagés. La formation de 90 infirmières au niveau opérationnel permettra à ces infirmières d'assurer toutes les méthodes de planification familiale sauf pour les techniques d'insérer les dispositifs intra-utérines dans la région de la Kara et dans la région Maritime. 45 centres dans la région de la Kara et 45 centres dans la région Maritime seront équipés et seront opérationnels pour assurer les services de planification familiale dès à présent et ce jusqu'en 1992. 40 postes de santé dans la région de BIANKOURI seront équipés pour les prestations de services dans le domaine de la planification familiale non médicale. Un système intégré de surveillance/supervision sera institué dans les deux régions.

Le projet envisage l'intégration de la documentation statistique de la planification familiale à la documentation statistique du Ministère de la Santé Publique et l'établissement de traitement des données à la DME.

Après 1991 un programme de formation en planification familiale sera intégré aux cours fondamentaux à l'intention des médecins, sages-femmes, infirmières et assistants médicaux. Le projet envisage d'inclure les contraceptifs et l'équipement médical dans les canaux habituels de distribution de la pharmacie centrale. Enfin, le projet étudie le financement de la construction d'un centre pilote de planification familiale à Lomé capable d'assurer tous les services de planification familiale. Le FNUAP envisage la création d'une Unité d'Information, d'Education et de Communication (IEC) au sein du Ministère des Affaires Sociales et de la Condition Féminine.

L'aide au recensement général de la population est également prévue et l'intégration des études démographiques au programme des écoles est également envisagée. Voici la planification du budget pour la période 1990-1994:

	DOLS US
a. Santé de la Mère et de l'Enfant et Planification Familiale	1.350.000
b. Information, Education et Communication	900.000

c. Recensement de la Population	1.000.000
d. Formulation d'une Politique de Population	600.000
e. Dynamique de la population	500.000
f. Femmes, Population et Développement	450.000
g. Réserve du programme	200.100
TOTAL	5.000.000

INTRAH: 1987-1991

Dans le cadre du projet d'Initiatives pour la Santé Familiale, INTRAH est chargé de fournir l'assistance technique pour la formation au profit du PNBEF.

Les objectifs du financement étaient :

a. fournir l'assistance à la constitution d'une équipe nationale de formateurs

b. former 260 prestataires de services (sages-femmes, infirmières et travailleurs sociaux)

c. contribuer à la création des équipes régionales de formateurs.

Pour réaliser ces objectifs, INTRAH a mis au point, en collaboration avec le PNBEF des programmes de formation en IEC, en clinique de planification familiale et administration; elle a organisé une série de séminaires de formation à l'intention des formateurs aux niveaux central et régional et a assuré la formation pratique des moniteurs dans quatre cliniques à Lomé. INTRAH a également mis à la disposition du PNBEF pour une période de neuf mois un conseiller résident pour superviser la réalisation d'un inventaire de ressources disponibles dans les 27 centres du projet. Le choix inapproprié des participants aux cours de formation et l'absence de moniteurs nationaux ont empêché les équipes de formateurs d'être pleinement efficaces. INTRAH a par conséquent réorganisé sa stratégie d'aide en donnant la priorité à la préparation d'une politique et des standards nationaux de planification familiale. Ces normes ont été approuvées récemment par le Ministre de la Santé Publique mais attendent toujours l'accord des instances supérieures du Gouvernement.

INTRAH se propose d'organiser avec la DME, un atelier pour disséminer ces normes au cours des prochains mois. Cet atelier implique la préparation d'un protocole, la mise au point d'un

nouveau programme de formation qui viendra en supplément à la formation prévue par le FNUAP, une révision des programmes et l'institution d'un système approprié de supervision.

Enfin, INTRAH envisage de recruter un assistant technique pour aider la DME à réaliser ces nouveaux objectifs.

SEATS/John Snow, Inc.: 1990-1994

Pendant la période 1990-1994, le projet de SEATS envisage son appui à la planification familiale en deux phases. La première phase, (Juin 1990 à Juillet 1991) ou phase de consolidation, a pour objectif d'aider à créer au niveau du PNBEF des instruments de gestion et des mécanismes nécessaires pour renforcer et étendre les services au niveau national. A cette fin, SEATS:

a. financera la formation en matière de technique de supervision de deux médecins superviseurs dans la région de la Kara et dans la région Maritime;

b. apportera son appui technique à la préparation d'un protocole de supervision des cliniques et un plan de supervision des activités de planification familiale dans les deux régions pilotes;

c. financera la formulation de procédures uniformes de gestion financière et administrative et le recrutement d'un directeur administratif et financier pour la DME;

d. apportera son appui technique à la conception, l'établissement, le suivi et l'évaluation d'un système standardisé d'information en matière de gestion de planification familiale intégré au système d'information de la Santé Publique; et,

e. fournira au PNBEF un consultant au PNBEF qui contribuera à la formulation d'une politique de recouvrement des coûts en collaboration avec l'UNICEF, le projet de Survie de l'Enfant, la GTZ et l'ATBEF. Une consultation est également prévue pour l'étude sur le transfert des responsabilités de la distribution des contraceptifs au niveau national de l'ATBEF à la PHARMAPRO.

SOMARC: 1990-1994

Une étude menée en Avril 1990 par une équipe de SOMARC à révélé qu'il existe un climat politique et social favorable pour un programme de marketing des contraceptifs dans le secteur privé au Togo. L'objetif du programme consistera à accroître l'utilisation des méthodes modernes de contraception au sein de la classe moyenne

dans les centres urbains et dans les zones rurales à concurence de 50% pour les condoms et spermicides et de 15% pour les pilules au cours des quatre prochaines années; à commercialiser ces méthodes contraceptives dans un secteur commercial privé structuré et à former les négociants sur les caractéristiques de ces méthodes; à concevoir des mécanismes de recouvrement des coûts pour rendre le programme autonome à long terme.

L'ATBEF est l'institution proposée pour coordonner les activités de ce programme dont le coût local est estimé à 200.000 dollars. Des contraintes liées à la réalisation de ce programme comprennent les lois restreignant la publicité sur les contraceptifs, sur la prescription des contraceptifs médicaux, le monopole de Togopharma sur l'importation et la distribution des produits pharmaceutiques et finalement les réseaux limités des moyens de distribution dans le secteur commercial.

LE FONDS EUROPEEN DE DEVELOPPEMENT (FED): 1988-1993

Le Fonds Européen de Développement finance actuellement un projet de planification familiale dans la région des Savanes par l'intermédiaire de l'ATBEF. Ce projet couvre la période 1988-1993 pour un montant de 176.000 ECUS. Dans le cadre de ce projet, l'ATBEF assure les activités de formation du personnel médical et les activités de sensibilisation de la population.

4. Efficacité et Impact du programme de planification familiale

Après quinze ans d'activité de planification familiale au Togo, l'Enquête Démographique et de Santé au Togo de 1988 a révélé que la grande majorité des Togolais connaît au moins une méthode contraceptive (93,5%), et une source d'approvisionnement (81,3%). Cependant, seulement 3% des femmes utilisaient des méthodes modernes de contraception au moment où l'étude avait été faite.

La connaissance générale sur les contraceptifs ne signifie pas une utilisation généralisée. Le nombre limité des cliniques de planification familiale, les barrières légales et la centralisation ont constitué des obstacles à la diffusion rapide des méthodes hormonales (pilules) par rapport aux méthodes de barrières (condoms et spermicides). Les activités de planification familiale se concentrent dans les villes et dans les chefs-lieux de préfectures. Des méthodes contraceptives de longue durée et la contraception chirurgicale représentent une infirme portion des services de planification familiale offert aux clients. Le maintien des services de planification familiale gratuits dans le secteur public est une pratique qui menace l'existence du programme et son autonomie dans la mesure où elle empêche la récupération partielle des coûts relatifs à ses activités.

5. Problèmes pour l'Avenir

Des études menées par l'Unité de Recherche Démographique (URD) montrent que des contraintes socio-culturelles restent importantes au Togo. Le fait d'avoir un grand nombre d'enfants est considéré comme un signe de richesse au Togo. D'autre part, la religion semble avoir une influence plus limitée sur les décisions concernant la taille de la famille. Une autre contrainte concerne le rôle dominant des hommes dans la société. Bien qu'aucune loi ne l'exige, les épouses sont toujours tenues de présenter un accord écrit de leur mari avant de recevoir des services de planification familiale. La vente libre des contraceptfs, le plus souvent périmés, sur les marchés contribue à la mauvaise réputation de planification familiale. Le nombre de sites de la planification familiale à l'intérieur des formations sanitaires est inférieur à la demande.

La loi de 1984 empêche les écoliers, les écolières et les apprentis(es) de se prémunir contre les grossesses non souhaitées et les avortements. La centralisation du système hiérarchisé empêche toute initiative au niveau régional ou périphérique. La faiblesse institutionnelle du PNBEF (personnel limité, et manque d'expérience, manque d'instruments de gestion (protocoles de supervision dans les cliniques, gestion des systèmes d'information) et manque d'intégration des activités de SMI/PF) constitue un handicap pour une extention rapide des activités de planification familiale au niveau national.

D'autre part, l'approbation récente d'un document de politique et standards des prestation de service de planification familiale par le Ministère de la Santé Publique, son intention de décentraliser et d'intégrer les services de planification familiale aux activités préventives en matière de santé avec le soutien de la Banque Mondiale, l'installation à Lomé par l'USAID d'un Bureau Régional de la Population, et le soutien du FNUAP pour la réorganisation du PNBEF sont les atouts majeurs du succès du programme de planification familiale.

a. Choix de l'Institution Locale

L'ATBEF a continué de recevoir le financement des bailleurs de fonds quinze années durant, principalement de l'IPPF. L'ATBEF reçoit aussi le financement de l'USAID dans le cadre du projet d'Initiatives pour la Santé Familiale (FHI-II) pour l'éducation sanitaire (IEC) dans le domaine de PF, la distribution des contraceptifs dans les formations sanitaires contrôlées par l'Etat, et la distribution sur le plan communautaire de contraceptifs par les motivatrices du terrain. Différentes évaluations conduites par l'USAID et l'IPPF ont montré que l'ATBEF est une ONG dynamique, bien gérée et qui contribue d'une manière significative aux activités de

planification familiale au Togo. D'autre part, le PNBEF, avec le soutien sporadique des bailleurs de fonds, n'avait pas été en mesure de développer une capacité institutionnelle suffisante pour une gestion saine des activités de planification familiale.

Néanmoins, depuis le début du projet du FNUAP avec la DME, le secteur public a acquis un dynamisme nouveau. La DME se renforce sur le plan des ressources humaines et matérielles et des instruments de gestion de la planification familiale sont en voie d'établissement. Le projet visant à la réorganisation du Ministère de la Santé Publique (financé par un prêt de la Banque Mondiale) vise à l'intégration de toutes les activités préventives en particulier la santé maternelle et infantile et la planification familiale.

Grâce à ce nouveau soutien, la DME envisage une extension progressive des sites de prestation de services de planification familiale au niveau national. Il est recommandé que l'USAID participe à ces activités de consolidation des institutions. La DME doit être considérée comme l'organe principal d'exécution des activités relatives à la santé de la mère et de l'enfant. Par conséquent, l'objectif d'aide supplémentaire à l'ATBEF doit consister à compléter les activités du Ministère de la Santé Publique en orientant l'ATBEF vers le secteur privé et en renforçant ses activités d'éducation sanitaire.

b. Intégration et Décentralisation des Départements

Le système actuel de prestation de services en matière de planification familiale n'est pas le même dans toutes les formations sanitaires. La planification familiale est considérée comme une activité mineure ou un service de luxe. Un des objectifs prioritaires à poursuivre dans le cadre du nouveau projet devrait être l'intégration effective de toutes les activités de SMI/PF. Le résultat escompté serait que tous les services de SMI/PF seraient dispensés tous les jours. La nécessité d'avoir un programme de formation planifié et intégré pour les professionnels de la santé est urgente. La décentralisation prévue dans le cadre du projet de la Banque Mondiale donnerait plus de responsabilités aux médecins-chefs qui pourraient alors superviser ces activités plus complètement.

c. Système d'Information en Matière de Santé

Le système d'information en matière de santé des activités de SMI/PF n'est ni efficace ni adapté aux besoins du programme. Il y a une duplication et une multiplicité de supports statistiques qui ne facilitent pas la gestion du système. La plupart des données sur la planification familiale ont été envoyées à l'ATBEF au moment où le projet FNUAP a commencé. Les informations nécessaires à

l'amélioration du programme ne sont pas disponibles. Un nouveau système de collecte des données a été initié par le projet du FNUAP dans la préfecture du Golfe. Une structure coordonnée est nécessaire au niveau central pour superviser l'application du nouveau système intégré d'information sur la santé qui comprendra des données sur la SMI/PF. Une des premières tâches de cette structure sera la synthèse et la simplification des formulaires de rapports en prenant en considération les besoins de chaque échelon du programme. Ce nouveau programme doit permettre l'auto-évaluation des prestations de services à la périphérie, la supervision au niveau régional et l'évaluation des objectifs et des ressources au niveau central.

d. Les Contraceptifs

Au Togo, les contraceptifs proviennent de plusieurs sources. La plus grande partie est fournie par l'USAID conformément au projet d'Initiatives de Santé Familiale. Environ 350.000 dollars US sont dépensés chaque année dans ce domaine au Togo par l'USAID pour l'achat des contraceptifs. Ce coût élevé est lié au profil de l'utilisation des contraceptifs, utilisation orientée en particulier vers les condoms et les spermicides. L'IPPF et le FNUAP fournissent des quantités moins importantes de contraceptifs. Le FNUAP distribue aussi le Noristerat (injectable) sur lequel une recherche opérationnelle est en cours.

La coordination entre les bailleurs de fonds, l'ATBEF et le PNBEF pour la fourniture des contraceptifs fait défaut. A l'avenir, l'USAID doit agir de concert avec d'autres bailleurs de fonds en ce qui concerne son assistance à long terme. Dans le but d'étendre le programme de planification familiale, il est approprié d'initier un système de recouvrement des coûts des contraceptifs dans les secteurs publics et privés dans la cadre de l'Initiative de Bamako. Il est également approprié de considérer la possibilité de transférer les responsabilités de la distribution des contraceptifs de l'ATBEF au Ministère de la Santé Publique ou à Togopharma. Le financement de ce transfert facilitera le flux des contraceptifs par les canaux à travers lesquels les médicaments de base sont distribués aux médecins-chefs. Un tel système de distribution contribuerait à l'établissement d'une politique nationale de recouvrement des coûts.

e. Extension des Services de Planification Familiale

L'Enquête Démographique et de Santé au Togo menée en 1988, a démontré que les activités de sensibilisation se sont révélées positives. La grande majorité des femmes avaient entendu parler des méthodes modernes de contraception, mais seulement trois pour cent utilisent ces méthodes. Par conséquent, il y a un besoin potentiel de services de planification familiale car 70% de celles-ci désirent

utiliser une de ces méthodes à l'avenir. Le soutien à l'extension des services de planification familiale est nécessaire aux trois régions non couvertes par le projet du FNUAP. Ce soutien apparaît sous la forme de l'aide à la formation du personnel médical et para-médical, au renfocement de l'équipe nationale des formateurs, à la fourniture d'équipement standardisé pour les activités de SMI/PF et à la création d'un système intégré et standardisé d'information sur la santé. Le soutien à l'ATBEF pour l'extension au niveau national des activités de planification familiale en direction du secteur privé est souhaitable en vue de diversifier les sources d'approvisionnement de contraceptifs. L'initiative de marketing social qui sera administré par l'ATBEF doit être soutenue et étendue au secteur informel de la distribution des contraceptifs.

f. Recherche - Evaluation

Pour permettre une évaluation continue de la dynamique de la population Togolaise, et pour faciliter une intégration des données démographiques à la planification du développement, il est souhaitable qu'une aide financière soit apportée pour contribuer au projet de recensement général de la population. Un soutien financier et technique est également nécessaire pour mener la seconde Enquête Démographique et de Santé en 1993. Ce soutien fournira le moyen d'évaluer le développement des services de SMI depuis la première Enquête en 1988.

E. Programmes de Nutrition et d'Alimentation Supplémentaire

1. Situation en matière de Nutrition

L'Enquête Démographique et de Santé au Togo de 1988 a trouvé que 30,6% des enfants de moins de 3 ans ont souffert de malnutrition chronique (mesurée par la taille par rapport à l'âge). Seulement 5,3% ont souffert de malnutrition aiguë (mesurée par le poids par rapport à la taille) au moment de l'Etude qui eut lieu après la période des récoltes. Cependant, les variations régionales étaient importantes. La région des Savanes a enresgistré 41,8% de malnutrition chronique et 23,7% de malnutrition aiguë, tandis que la région Maritime enregistrait 25% de malnutrition chronique et 1,8% de malnutrition aiguë.

L'étude a également révélé que la plupart des cas de maladies infantiles (à l'exception de ARI/IRA Acute Respiratory Infection Infection Respiratoire Aiguë) étaient associées à la malnutrition.

L'anémie est une maladie majeure causée au Togo par la malnutrition. Selon une étude de l'OCCGE en 1985-72 sur la nutrition, 6% des enfants âgés de 6 à 60 mois, 30,5% des nouveaux-nés, et 48% des femmes enceintes (à neuf mois de grossesse) sont anémiés.

Actuellement, les statistiques de routine dans les hôpitaux montrent que 10% des hospitalisations et 14% des décès dans les hôpitaux sont causés par l'anémie. Le goître endémique est également répandu dans cinq préfectures et dans quelques poches du pays.

2. Activités Actuelles

L'activité principale du Ministère de la Santé Publique en matière de nutrition incombe à l'unité de surveillance et de promotion de la croissance au sein de la Division de la Mère et de l'Enfant. Cette unité participe à la Commission Nationale de la Nutrition qui comprend le Ministère du Plan, le Ministère du Développement rural et le Ministère de l'Education, et bénéficie du soutien de l'UNICEF, du CRS (Service de Secours Catholique) de l'OCCGE, de la FAO et de l'OMS. En 1989 cette Commission a préparé et publié un ouvrage sur la politique nationale de l'alimentation et de la nutrition qui comprend à la fois des volets sur la nutrition et sur la sécurité alimentaire.

Une des dernières réussites dans la surveillance et la promotion de la croissance est la mise au point d'une carte nationale standardisée de surveillance de la croissance. La carte est basée sur le modèle de l'OMS, adapté aux besoins nationaux et a été testée sur le terrain en Décembre 1989. Cette carte remplacera les différents modèles particuliers actuellement en circulation. Ce sera la première fois que le Ministère de la Santé Publique aura une carte de surveillance de la croissance, bien que les institutions du Ministère de la Santé Publique aient eu des programmes de pesées dans les unités de PMI.

Dans les unités de PMI des dispensaires et des centres périphériques de santé le programme de pesées utilisera les Bascules Salter fournies par l'UNICEF (actuellement seulement 20 Dispensaires environ possèdent de ces bascules) tandis que les programmes communautaires utiliseront dans les communautés les balances Talc qui permettent aux mères de placer la Carte de surveillance de croissance dans la bascule et de marquer directement le poids sur la carte. Le Ministère de la Santé Publique a eu des programmes de formation à l'intention du personnel du PMI.

Le programme communautaire est en cours d'élaboration avec le Ministère des Affaires Sociales et de la Condition Féminine et sera introduit progessivement dans tout le pays sur une période de trois ans. En 1990, on prévoit que le programme couvrira les régions de la Kara et la région Maritime, suivies l'année prochaine par la région Centrale et la région des Savanes; la région des Plateaux sera couverte en 1992.

La plupart des programmes de nutrition du Ministère de la Santé Publique ont été financés par l'UNICEF avec une aide complémentaire fournie par l'OMS.

L'allaitement au sein est une pratique courante; cependant, une perte importante de poids tend à se produire au moment du sevrage. La Division de la Nutrition et de la Technologie Alimentaire du Ministère du Développement rural a mis au point deux formules d'aliments de sevrage. Cependant, il faudrait encore qu'il y ait un programme national pour les promouvoir. La Division de la Mère et de l'Enfant envisage de former des sages-femmes pour faire la démonstration et la promotion de ces bouillies de sevrage. Le Service de Secours Catholique a également travaillé à la recherche de plusieurs formules de bouillies de sevrage.

Le Plan National de Nutrition a établi des objectifs pour faire face aux carences de fer et de vitamines. Le Plan demande également la création de 27 centres de réhabilitation en matière de nutrition (Nutrition Recupération Centers/CREN), pour traiter la malnutrition causée par des déficiences en protéines et en calories chez les enfants atteints de malnutrition grave. Néanmoins, aucune action précise n'a encore été entreprise. Pour faire face au problème d'anémie chez les femmes enceintes, l'UNICEF a fourni des comprimés contenant du fer et de l'acide folique que la DME se prépare à distribuer aux unités du PMI.

La restructuration du Ministère de la Santé Publique ne changera pas la situation de l'unité chargée de la nutrition. Le service de la nutrition sera dans la Division de la Santé Familiale à la Direction des soins de santé primaire.

Les Programmes PL 480 Titre II

Le programme PL 480 Titre II est administré par le Service de Secours Catholique/Catholic Relief Service (CRS) et ses homologues nationaux, le Ministère des Affaires Sociales et de la Condition Féminine, le Ministère de l'Education Nationale et Caritas/Togo.

Leur initiative principale concerne 83 Centres de Nutrition Infantile (CNI) rattachés aux Centres Sociaux du Ministère des Affaires Sociales et de la Condition Féminine. Ces Centres bénéficient de suppléments alimentaires (blé bulgur, mélange de blé et de soja et de l'huile de cuisine). Le programme national est supervisé par des équipes de superviseurs régionaux comprenant des superviseurs du service du Secours Catholique et des superviseurs du Ministère des Affaires Sociales et de la Condition Féminine. Le Centre est géré par des agents des Affaires Sociales et disposent d'agents auxiliaires dans les villages associés. Le programme encourage la formation des comités de mères pour participer à la gestion des centres.

Le programme couvre 93.000 personnes avec une ration mensuelle distribuée aux mères inscrites ayant des enfants de moins de cinq ans. Chaque mère paye une contribution de 200 F CFA par mois pour

un paquet de 5 kg de nourriture comprenant du blé bulgur, un mélange de blé et de soja et de l'huile donnés dans le cadre du programme PL 480. Pendant la saison sèche, cette ration a été parfois doublée dans les zones affectées. Les coûts de l'administration et de transport de ce programme sont couverts par la vente d'une partie des aliments donnés.

Lorsque les mères se présentent avec leurs enfants pour leur ration alimentaire, les enfants sont pesés et on donne aux mères des conseils sur la santé et la nutrition. Le programme vient de publier un guide sur l'Education Sanitaire et la Nutrition, qui sera distribué à tous les centres pour aider les agents des Affaires Sociales à préparer leurs causeries sur l'Education Sanitaire. Les thèmes retenus dans le guide couvrent la nutrition de base, les maladies contre lesquelles on doit se faire vacciner, la diarrhée, le paludisme, l'eau potable, les parasites intestinaux et la planification familiale. Les Centres disposent également de jardins de démonstration.

Le programme de distribution des denrés alimentaires a été le sujet de deux années de projet de recherche opérationnelle qui a identifié des méthodes plus performantes d'organisation des séances d'éducation sanitaire et donné un essor à la méthode de résolution des problèmes locaux et aux techniques de supervision plus adaptées.

La seconde initiative d'alimentation supplémentaire offre un repas à (17.000 élèves) dans 72 écoles primaires dans le pays. Cela represente une petite proportion seulement du nombre total d'écoles. Les écoles reçoivent des repas dans le cadre du programme PL 480 Titre II. Chaque élève apporte une contribution mensuelle de 100 F CFA pour 20 repas. La moitié de cette contribution couvre la viande, le poisson ou la volaille ajoutés au repas. Les écoles bénéficient aussi d'une assistance technique pour leurs jardins. Le CRS collabore avec le Ministère du Développement Rural pour promouvoir les méthodes de culture en allées pour la fertilisation des sols des jardins avec des produits azotés dans 10 écoles pilotes.

Le CRS et le Ministère des Affaires Sociales et de la Condition Féminine gèrent également un petit programme d'aide humanitaire axé sur la distribution de rations du PL 480 pendant les calamités. Ce programme fournit une aide à environ 6.000 bénéficiaires chaque année.

3. Problèmes pour l'avenir

a. Surveillance de la Croissance et Education sur la Nutrition

Le programme de surveillance de la croissance du Ministère de la Santé Publique vient à peine de démarrer de sorte qu'il est prématuré d'évaluer son efficacité. Cependant, il est clair, que de

plus gros efforts pour renforcer le programme de pesée du PMI et pour améliorer la variété des possibilités d'éducation sur la nutrition dans le cadre du PMI, dans les communautés, dans les écoles et au CNI sont nécessaires. Même au CNI où un accent particulier a été mis sur l'éducation en matière de nutrition et le conseil aux mères, le contact avec les mères avoisine une moyenne de 43 secondes par mois selon les études de recherches opérationnelles. L'amélioration des moyens d'utiliser effectivement ces possibilités et d'évaluer leur impact sur l'évolution des comportements en matière de nutrition dans les foyers doit constituer le centre des interventions spécifiques des projets à venir.

Compte-tenu de la relation étroite entre la malnutrition et les maladies diarrhéiques et la présence à la fois de la nutrition et de la LMD dans la même division, une plus grande coordination de la formation et de l'éducation sanitaire doit être soutenue.

La surveillance et la promotion de la croissance et les activités d'éducation en matière de nutrition par le CNI semblent avoir été renforcées par le projet de recherche opérationnelle et constitueront probablement les programmes les plus consistants d'éducation en matière de nutrition dans le pays. Cependant, leurs objectifs sont limités aux bénéficiaires du programme d'alimentation. Le modèle d'éducation qu'ils utilisent doit être évalué en vue d'une incorporation aux programmes de nutrition du Ministère de la Santé Publique. S'agissant des rapports sur les données de surveillance de la croissance, le CNI ne fait actuellement pas de rapports au service des statistiques du Ministère de la Santé Publique. Avec l'établissement d'une carte nationale de surveillance de la croissance, ces rapports doivent être possibles.

En effet, comme nous le verrons dans ce qui suit, il convient de stimuler des échanges plus fréquents entre le programme du CNI et le programme du Ministère de la Santé Publique.

b. Programmes Alimentaires

Les programmes alimentaires PL 480 Titre II posent plusieurs problèmes importants.

D'abord, le programme du CNI offre des rations sans tenir compte d'aucun critère de référence. L'éligibilité au programme ne se limite pas aux groupes ayant les revenus les plus bas, ni aux familles ayant des problèmes spécifiques de nutrition. Le gouvernement se montre réticent à l'égard de l'élaboration d'un test portant sur les moyens ou sur d'autres mécanismes pour affecter les vivres à ceux qui en ont le plus besoin. Il convient néanmoins d'explorer la possibilité d'établir un certain lien avec le programme de pesée.

Le CNI assure également un service incomplet de surveillance de la croissance mais ne dispose ni de la compétence ni des moyens pour identifier et traiter des problèmes de nutrition et de diarrhée. Il peut identifier la perte de poids et conseiller la mère. Cependant il ne peut pas assurer un examen clinique et traiter le cas. Ce diagnostic et le traitement doivent pouvoir se faire dans les centres de santé du Ministère de la Santé.

Plusieurs options pour amener le programme à se préoccuper de ce problème doivent être considérées.

1) Le gros (peut-être 80%) du programme alimentaire pourrait être transféré aux institutions du Ministère de la Santé Publique où il encouragerait les mères à effectuer des pesées et où l'examen des cas et un traitement pourraient être assurés pour les cas de malnutrition. Le CNI pourrait alors se consacrer aux cas identifiés (peut-être 20%) et offrir une éducation sur la santé et la nutrition appropriée à ce groupe cible. Cette nouvelle division du travail pourrait mieux profiter des compétences du personnel du CNI en matière d'éducation.

2) Même en poursuivant le programme alimentaire actuel au CNI, on pourrait établir une politique plus claire de transfert et d'échange d'informations entre le CNI et les formations sanitaires locales. Tous les cas qui ne se conforment pas au gain de poids escompté selon le diagramme pourraient être renvoyés à la formation sanitaire la plus proche. Des rapports mensuels du CNI doivent être établis d'office et envoyés au centre le plus proche et au médecin-chef.

A un niveau plus fondamental, on ne sait pas au juste si le programme alimentaire est beaucoup plus qu'un transfert de revenu vers une population non visée. A l'exception de la possibilité de dispenser un enseignement sur la nutrition, il ne s'agit réellement pas d'un programme de nutrition. En outre, il peut avoir des implications préjudiciables de dépendance, en particulier dans la mesure où il fournit des vivres que l'on ne peut pas produire dans le pays.

Il existe cependant, d'autres objectifs de développement que l'on pourrait réaliser par la distribution de produits alimentaires à un plus grand nombre d'établissements scolaires. Dans d'autres pays, il a été démontré que les programmes alimentaires à l'intention des écoles, lorsqu'ils procurent une énergie suffisante pour compenser la perte économique du travail de l'enfant, peut constituer un moyen efficace pour réduire les taux de déperdition scolaire. Lorsqu'on leur offre le petit déjeuner, les élèves ont tendance à mieux suivre les cours de la matinée et à mieux les assimiler. Si le

programme PL 480 met plus d'accent sur le volet scolaire, il pourrait exercer une plus grande influence sur les objectifs scolaires.

La difficulté inhérente à cette approche, comme à l'approche qui transfert les ressources du PL 480 du CNI aux institutions du Ministère de la Santé Publique résulte des complications bureaucratiques. Actuellement, le Ministère des Affaires Sociales et de la Condition Féminine est le principal homologue du programme du Service de Secours Catholique et il y a de fortes chances qu'il s'oppose à tout transfert de ressources vers d'autres Ministères. Un programme progressif d'élargissement du rôle des autres Ministères pourrait cependant, conduire à une plus grande intégration et une utilisation plus efficace des ressources.

F. Santé de la Mère/Maternité Sans Risque

L'initiative du Ministère de la Santé Publique concernant la maternité sans risque forme le volet principal de son programme de santé maternelle et infantile (SMI). Au cours de ces dernières années, le Ministère a progressivement élargi son programme de SMI pour y inclure plus des 300 formations sanitaires à travers le pays. Les buts du programme consistent à accroître à 80% le nombre de femmes enceintes qui se rendent en consultations dans les formations sanitaires pendant la grossesse, à améliorer la qualité de la surveillance et les accouchements par la formation, et à améliorer le suivi. Des plans sont en cours d'élaboration non seulement pour donner une nouvelle formation aux accoucheuses, mais aussi pour former les accoucheuses traditionnelles en vue d'augmenter le nombre de personnel qualifié participant à l'accouchement.

Ce programme a été particulièrement soutenu par l'UNICEF et l'OMS dont la contribution s'inscrit dans la publication des documents. L'UNICEF poursuit son programme jusqu'en 1994 avec une contribution annuelle estimée à 250.000 dollars par an dont deux tiers sont consacrés au programme prénatal. La GTZ prend en charge la maternité de Bè à Lomé (maternité urbaine modèle) et les programmes de formation des sages-femmes et des accoucheuses associées à cette institution. Tout le programme de SMI nous a-t-on déclaré, survit

en fait en marge des programmes verticaux connexes, tels que le PEV, les maladies diarrhéiques, et la planification familiale. Par exemple, le FNUAP a mis un conseiller technique à la DME pour apporter son concours à la planification familiale, mais il apporte aussi son concours à toutes les activités relatives à la santé de la mère et de l'enfant dont les soins de maternité forment le plus gros volet.

A présent, les données sur l'impact du programme sont limitées. Au cours de l'année 1988, 75.472 accouchements ont été signalés dans toutes les formations sanitaires du MSP. Cela représente environ 55% de tous les nouveaux nés. Au milieu de 1989, l'UNICEF a parrainé une étude sur la qualité des soins maternels et infantiles dans 30 dispensaires de village choisis au hasard. Les auteurs ont trouvé que dans les cliniques faisant l'objet de l'étude seulement 36% (+ ou - 31 %) des naissances ont été signalés. Puisque l'erreur portant sur l'écart médian est si élevée, le chiffre actuel se trouve entre 5 et 65 pour cent. Cela ne donne pas le degré de précision que l'on aimerait avoir pour évaluer l'efficacité du programme.

Les femmes seraient plus tentées d'aller aux consultations prénatales dans les formations sanitaires plutôt que d'accoucher dans ces formations, 69 % d'entre elles (+ ou - 20%) se rendant effectivement aux consultations. Les observateurs ont noté que les soins tendent à être dispensés comme à la chaîne dans les cliniques et que bien qu'on fasse des tests d'urine dans 95% des cas, plusieurs autres activités tendent à être négligées: pesée (56%), examen pour déceler l'anémie (34%), contrôle de la tension artérielle (26%). Dans seulement 65% des cas, les accoucheuses vérifient la vaccination contre le tétanos. Des doses de chloroquine ont été distribuées à 86% des patientes à des fins prophylactiques, mais aucune n'a reçu de suppléments de fer. Le rapport conclut que les accoucheuses doivent être régulièrement supervisées de sorte qu'elles mettent en pratique les connaissances théoriques qu'elles acquièrent.

Problèmes pour l'Avenir

Puisque ce programme est étroitement lié au programme de planification familiale en termes des populations qu'ils servent et les agents de santé qu'ils emploient, nous recommanderons qu'un certain soutien de l'USAID dans ce domaine contribuerait à intégrer ces deux programmes.

G. Dracunculose (Ver de Guinée)

L'infection par le Ver de Guinée a acquis une ampleur endémique dans certaines régions du Togo, posant dans certaines zones un problème important de santé publique. Les données récentes concernant une

étude menée en Novembre 1989, et analysée par l'UNICEF en Mars 1990 ont démontré que le Ver de Guinée est endémique dans 16 des 21 préfectures. Quoique irrégulières et isolées, plusieurs autres études épidémiologiques de 1984 à 1988 ont donné des estimations qui comprennent les taux d'incidence de 30 à 65 pour cent dans les villages dans certaines régions.

La maladie est généralement courante dans les zones rurales où les populations dépendent des marécages contaminés ou des puits peu profonds pour leur approvisionnement en eau potable. La période de pointe de la maladie se situe en plein milieu de la saison agricole causant une mortalité particulièrement sévère au moment où les agriculteurs doivent se trouver dans leurs champs.

Faisant partie d'un effort global, le Gouvernement Togolais a lancé cette année un plan national d'action pour l'éradication du Ver de Guinée. Le plan utilise une approche multi-sectorielle impliquant les Ministères de la Santé Publique, des Affaires Sociales, du Développement Rural et de l'Equipement, des Postes et Télécommunications. Un comité national (CNEVG) établi suivant un décret du mois d'Avril 1990 doit définir la politique du gouvernement.

Le coût estimatif du plan national sur cinq ans (1990-91-1995/96) se chiffre à 494.920 dollars. On n'a pas encore identifié les sources de financement. La principale stratégie envisagée par le plan consiste à mobiliser et à éduquer la population affectée sur les causes et la prévention du Ver de Guinée et d'amener l'eau potable aux communautés rurales.

Les bailleurs de fonds soutiennent des programmes qui peuvent avoir une influence sur la maladie. L'UNICEF a un programme d'adduction d'eau potable et de promotion de l'éducation sanitaire dans les villages dans la région de la Kara et dans la région centrale. Le CUSO fournit des pompes à eau dans des villages et s'occupe de l'éradication du Ver de Guinée dans la région Maritime. Le Corps de la Paix et les Voisins Mondiaux mènent des études épidémiologiques et contribuent à l'éradication du Ver de Guinée dans la préfecture de Bassar.

Problèmes pour l'Avenir

Compte tenu du fait que d'autres bailleurs de fonds s'occupent déjà de cette activité et que la soutenir entrainerait l'USAID dans de nouvelles directions, nous ne recommandons pas que la mission envisage des activités dans ce secteur. Cependant, l'USAID doit encourager le SNES à incorporer des messages sur le Ver de Guinée à son programme intégré.

H. Le SIDA

Activités Actuelles

Le SIDA se propage rapidement depuis que l'identification de deux cas a été confirmée en 1987. Il y avait 15 cas en 1988, 39 cas en 1989 et 15 cas dans les quatre premiers mois de 1990. Les cas confirmés représentent probablement une sous-estimation des cas existants, compte tenu des stigmates que l'on attache à la maladie.

Quelques études seulement ont été faites sur l'infection par le virus (VIH). Les études sur la séropositivité (utilisant uniquement le test ELISA) chez les donneurs de sang à Lomé ont enregistré une augmentation constante de 1,85% en 1987 à 2,1% en 1989. Une étude sur des femmes enceintes à Lomé en 1988 a identifié 1,5% de séropositivité. Dans l'une et l'autre étude l'échantillon n'était pas suffisamment large, et en plus les cas positifs n'étaient pas confirmés par un test connu comme le Western Blot test. Par conséquent, les résultats nous renseignent peu sur l'incidence du virus VIH dans la population.

Le Programme National pour la Lutte Contre le SIDA suit la stratégie de l'OMS/GPA et a mis au point un Plan à Moyen Terme bien défini en Octobre 1989. Le programme est localisé au Ministère de la Santé Publique et est supervisé par un comité regroupant plusieurs institutions du Programme National pour la Lutte Contre le SIDA dirigé par un Médecin du Ministère et comprend des représentants de la plupart des ministères et d'autres organes du gouvernement et du parti. La responsabilité opérationnelle incombe à une Commission Technique et à son Bureau des Programmes.

Le programme se consacre à l'éducation sanitaire, à la fourniture de condoms, la protection de la banque de sang, la surveillance et l'identification des groupes les plus vulnérables et la recherche épidémiologique et opérationnelle. Le programme national, utilisant le financement national a préparé et distribué des prospectus, organisé des séances d'éducation sanitaire auprès des groupes les plus exposés (prostituées et prisonniers), dans toutes les écoles et mené des activités dans chaque préfecture, en particulier pendant la Journée Mondiale du SIDA. Le programme a distribué un petit nombre de condoms gratuitement aux groupes les plus exposés, cependant il n'y en avait pas assez pour continuer la distribution gratuite.

L'OMS/GPA a contribué au programme pour un montant de 366.205 dollars en 1989. La GTZ a fourni des équipements, l'assistance technique, et la formation au diagnostic du VIH à l'Institut National d'Hygiène à Lomé et au dépistage de VIH à l'hôpital régional de Dapaong dans la région des Savanes. Elle a également fourni des tests de dépistage rapide aux préfectures et quelques

documents d'IEC. La GTZ a consacré 635.000 dollars à cette activité depuis 1987. La France apporte son soutien au Laboratoire de l'Hôpital de Lomé et a fourni des équipements pour les tests. La CEE offre 408.000 dollars U.S. pour soutenir le volet IEC du programme.

Le Plan à Moyen Terme demande un budget de trois ans d'un montant de 2,5 millions de dollars. En plus de la fourniture d'une variété d'assistance technique, l'OMS se propose de fournir un épidémiologiste pour contribuer à la mise au point du système de surveillance à l'intention des donneurs de sang, des femmes enceintes, des malades souffrant du MST, des malades atteints de TB et des prostituées. Un effort principal sera également consenti en direction de l'IEC avec un financement de la CEE. La GTZ continuera à soutenir les laboratoires, la formation et l'éducation sanitaire. L'USAID a accepté de fournir 1,5 million de condoms en 1990 et a encouragé la participation de SOMARC pour apporter une assistance technique à la promotion de l'utilisation des condoms et au recouvrement des coûts. (voir Tableau 10).

Dans le plan de réorganisation du Ministère de la Santé Publique décrit dans le Mémorandum de la Banque Mondiale, le Programme National sur le SIDA ferait partie du Service MST/SIDA dans la Division de l'Epidémiologie, bien qu'il y ait des indications que le Ministère s'oppose à ce transfert.

Problèmes pour l'Avenir

Le Plan à Moyen Terme propose un programme bien défini et la plupart des bailleurs de fonds ont défini leurs rôles dans le plan. A présent le problème central à évaluer concerne les moyens appropriés pour la fourniture des condoms au programme. Les coûts des condoms sont trop élevés lorsqu'on les envisage à une grande échelle, bien que l'on puisse distribuer des condoms gratuitement aux groupes les plus exposés tels que les prostituées au moins jusqu'à ce que leur utilisation devienne une routine.

Actuellement l'USAID fournit 1,5 million de condoms et explore le moyen d'un marketing social des condoms pour le SIDA. L'USAID est en collaboration avec SOMARC à l'initiative dans ce domaine. Entre temps, plusieurs autres distributeurs de condoms gratuits peuvent faire une livraison initiale, bien que portant sur des quantités très réduites.

L'USAID étudie également une assistance à court terme de CDC ou des projets centralement financés de SIDA pour le développement d'un système de surveillance épidémiologique. Ce soutien doit être coordonné avec les efforts de l'OMS pour éviter la duplication ou des avis conflictuels.

Tableau 10

REUNION DE MOBILISATION POUR LE SOUTIEN AU PROGRAMME NATIONAL DE LUTTE CONTRE LE SIDA AU TOGO
LOME, 30-31 JANVIER 1990

Annonce des Contributions
(Chiffres en USD)

PARTIES	PREMIERE ANNEE			ANNEES SUIVANTES	GRAND TOTAL
	Par OMS	Bilatérales	Total		
CEE*		408.000	408.000	72.000	408.000
PNUD	300.000		300.000		300.000
USAID		55.000	55.000	110.000	165.000
RFA (GTZ**)		234.000	234.000		234.000
UNICEF		33.000	33.000	62.000	95.000
FRANCE***		40.000	40.000		40.000
O.M.S.	350.000		350.000		
FNUAP		à préciser			
IPPF		à préciser			
ISRAEL		à préciser			
ATBEF		à préciser			
CROIX ROUGE		à préciser			
			1.420.000	244.000	1.664.000

* Contribution de 400.000 faite en ECU ici au taux de 1,2 par rapport au dollar.

** Contribution enregistrée en CFA soit 70.000.000 de F.CFA à 300 F par dollar.

*** Contribution minimum.

Toute autre participation supplémentaire de l'USAID devra probablement attendre la mise au point d'une meilleure information sur la surveillance de sorte que les groupes les plus exposés soient identifiés et que les activités d'IEC soient orientées en direction de ces groupes. La surveillance épidémiologique doit être en ce moment supportée par l'OMS/GPA et un soutien supplémentaire de l'USAID dans ce domaine est limité par les accords USAID-GPA. La CEE, avec l'aide technique de l'OMS dominera probablement dans les efforts d'IEC à moyen terme, rendant inutile une activité supplémentaire de l'AID.

Pendant que le programme sur le SIDA continue à faire l'objet de surveillance et que l'on continue de soutenir à une échelle limitée (par l'intermédiaire de SOMARC) le marketing des condoms, l'USAID ne doit pas en ce moment envisager un volet important pour le SIDA dans son nouveau projet.

I. Infections Respiratoires Aiguës

Les infections respiratoires aiguës constituent la deuxième raison principale des consultations pédiatriques. En 1989, 122.000 enfants de moins de cinq ans ont été amenés en consultation dans les formations sanitaires pour cette raison (Statistiques Sanitaires). Au Service Pédiatrique du Centre Hospitalier Universitaire, la pneumonie a constitué la quatrième ou la cinquième cause de décès chez les enfants hospitalisés de moins de 15 ans chaque année depuis 1985 (environ 40 décès par an).

Le Ministère se préoccupe de la maladie et l'a classée comme programme prioritaire pour l'avenir. Actuellement, les seules activités sont les soins dispensés aux malades externes et aux hospitalisés. Il n'existe pas de protocoles pour le traitement à l'échelle nationale, et il est peu probable qu'il y ait suffisamment d'antibiotiques pour entreprendre un tel programme. Les chercheurs à l'Université pensent qu'il faut encore beaucoup de travaux avant que l'on adopte et applique tout protocole sur les infections respiratoires aiguës.

Les principaux thèmes de recherche sont d'abord d'évaluer le degré des infections bactériennes par opposition aux infections virales puisque seules les premières peuvent être traitées; en second lieu, d'évaluer les types prédominants de bactéries dans le pays et les médicaments (antibiotiques) efficaces contre eux; en troisième lieu, d'évaluer s'il est possible et économiquement rentable d'appliquer une stratégie nationale qui comprendrait des protocoles de traitement, la disponibilité des antibiotiques, l'établissement d'un système de référence, et le niveau des équipements pour le traitement aux centres de référence. Actuellenent il n'y a aucune recherche en cours dans ces domaines.

Etant donné le grand nombre de programmes prioritaires déjà en voie de réalisation au Togo (paludisme, vaccination, maladies diarrhéiques, surveillance de la croissance, planification familiale, maternité sans risque, et SIDA), et compte tenu des difficultés que rencontrent certains de ces programmes à leur phase initiale de réalisation, le lancement d'un autre programme prioritaire ne sera pas opportun avant que ceux qui sont en cours ne soient bien établis, au moins cinq ans à partir de maintenant.

V. LE PORTEFEUILLE ACTUEL DE L'USAID ET LES RELATIONS AVEC LES AUTRES BAILLEURS DE FONDS

Comme nous l'avons dit en détail auparavant dans chaque intervention appropriée, les activités de l'USAID et du Corps de la Paix en matière de santé et de nutrition ont joué un rôle important dans la plupart des programmes sur la survie de l'enfant et la planification familiale dans le pays. A présent, nous allons étudier brièvement les projets pour définir leurs forces et leurs faiblesses ainsi que leur rapport avec les projets des autres bailleurs de fonds.

Projet Soutien au Secteur de la Santé pour la Survie de l'Enfant (HSSCS)

Le projet posant le plus de problèmes dans le portefeuille de l'USAID est le Projet d'Appui au Secteur de la Santé pour la Survie de l'Enfant. Les volets du projet avaient pour objectifs initiaux :

1) former une unité de planification et de coordination (UPC) pour constituer une source de planification et de budgétisation au Ministère de la Santé Publique,

2) fournir un soutien aux formations sanitaires pour la formation des équipes d'éducation sanitaire en matière d'IEC pour les activités au niveau communautaire.

3) encourager les activités d'extension communautaire de former les agents communautaires et de créer des comités villageois de développement (CVD) dans deux régions (Plateaux et Savanes).

Après deux années de démarrage difficile ce projet commence enfin à établir sa présence dans les activités de planification et de formation. Il a entrepris des séminaires destinés à fixer les priorités pour permettre au Ministère de la Santé Publique d'établir chaque année ses priorités pour les divers projets à être financés par les bailleurs de fonds. Actuellement le projet finance un programe nouveau de formation au niveau de tout le pays pour les activités d'éducation sanitaire dans les villages. Cette année le projet se propose également d'organiser une série de séminaires sur la planification, la budgétisation et la gestion pour former les responsables de la santé aux niveaux national et préfectoral.

L'UPC éprouvait beaucoup de difficultés pour définir son rôle et pour obtenir l'engagement des homologues lui permettant d'assumer le rôle qui lui revient dans le processus de planification. Finalement rattachée au cabinet du Ministère, elle a été éloignée des activités opérationnelles du Ministère. La décision initiale de placer une unité de planification au-dessus de la Direction Générale aurait pû avoir une certaine logique lorsque le Ministère comprenait les Affaires Sociales et la Condition Féminine parce qu'il y avait trois Directeurs Généraux à ce moment qui auraient pu être coordonnés par une unité efficace à un niveau supérieur. Cependant, maintenant que le Ministère n'a qu'une seule Direction Générale, il est plus logique de placer une unité de planification plus près des opérations -- soit dans le bureau du Directeur Général soit dans une Direction de la Planification et de la Formation prévue dans le plan de réorganisation du Ministère.

Les objectifs de ce programme pour renforcer les activités de planification, de budgétisation et de gestion sont toujours pertinents et conformes à la politique des réformes du Ministère de la Santé Publique et des autres bailleurs de fonds, en particulier la Banque Mondiale, bien que la localisation appropriée de l'UPC n'ait pas encore été définie. Le fait de rattacher des activités opérationnelles qui ne font pas nécessairement partie du processus de planification à l'UPC semble nuire au succès de l'UPC, sans beaucoup faciliter la réalisation des activités au niveau des villages.

Un projet de planification serait mieux rattaché aux activités opérationnelles d'amélioration et de simplification du système d'information et de gestion du Ministère de la Santé Publique et apporterait une contribution à une série d'études sur le financement de la santé et les réformes du système financier, comme nous le verrons plus loin.

Lutte Contre les Maladies Infantiles Contagieuses -- CCCD

Comme partie d'un programme régional de Lutte Contre les Maladies Infantiles Contagieuses (CCCD) pour l'Afrique, réalisé par un Contrat avec le Centre Américain de Contrôle des Maladies (CDC)/Atlanta, le projet au Togo s'est effectivement préoccupé du renforcement et de l'extension des programmes de PEV et du paludisme, et a aidé la Division des Statistiques Sanitaires dans un grand effort pour informatiser le système d'information épidémiologique et pour améliorer sa qualité. Grâce à un financement effectif au titre de l'assistance technique et de la formation, le projet a complété l'effort principal de financement consenti par l'UNICEF pour le PEV et le paludisme, et l'on doit rendre en partie hommage à l'UNICEF pour la réussite de ces interventions.

Le projet n'a cependant pas mis au point une méthode appropriée de renforcement des efforts du Ministère de la Santé Publique en matière de lutte contre les maladies diarrhéiques. Le responsable technique n'a pas pu établir le mêmes relations avec l'unité chargée de la LMD qu'il a pu réaliser avec la division de l'épidémiologie.

En renforçant seulement deux interventions, le projet contribue à la nature verticale des activités au sein du Ministère, aggravant ainsi la fragmentation du Ministère de la Santé Publique au lieu de la réduire. L'exemple de l'absence d'initiatives pour coordonner la formation en PEV et en LMD avec l'UPC montre le manque d'intégration même entre les projets de l'USAID au sein du Ministère de la Santé Publique. L'approche de la formation, même dans le cas du PEV, qui met l'accent sur l'utilisation des responsables nationaux de haut niveau et des experts internationaux comme formateurs, n'est pas la meilleure approche pour un développement institutionnel. On ne peut ni la reproduire ni la soutenir.

Le Projet CCCD (Lutte Contre les Maladies Infantiles Contagieuses) a exercé des influences considérables sur le plan de l'efficacité sur deux interventions mais a été moins efficace dans un renforcement général des institutions du Ministère. Comme nous l'indiquons plus loin, un d'accent sur la TRO et la nutrition et leur incorporation à un projet unique intégré comme actuellement prévu pourrait permettre de surmonter ces faiblesses.

Planification Familiale

Le projet de l'USAID sur la Santé Familiale a apporté son soutien aussi bien aux programmes du gouvernement qu'aux programmes privés. Il fournit l'assistance technique, le financement pour les activités de formation et d'IEC, et des produits principalement pour l'ATBEF et le PNBEF. Des soutiens sont également apportés dans le cadre des projets INTRAH, SEATS et SOMARC financés au niveau central. SOMARC met au point un programme pour le marketing social des contraceptifs.

Les activités en matière de population exigent en Afrique une activité initiale considérable de promotion et un engagement national important avant d'avoir un impact. Le niveau actuellement bas d'utilisation des contraceptifs ne doit pas être considéré comme des indices de la faillite du projet. Cependant, le programme du gouvernement semble suffisamment mûr pour bénéficier du soutien accru de l'USAID. L'USAID doit considérer la possibilité de réorienter son assistance vers le secteur public. Les efforts du secteur privé doivent porter sur les activités de marketing social.

Programme PL 480 Titre II

Ce programme est réalisé par le Service de Secours Catholique et ses homologues Togolais, le Ministère des Affaires Sociales et de la

Condition Féminine, le Ministère de l'Education Nationale et Caritas/Togo. Il gère plus de 3 millions de dollars de produits, pour le compte de trois projets: Promotion de l'Alimentation Supplémentaire et la Nutrition dans les Centres de Nutrition Infantile du Ministère des Affaires Sociales; Programme de repas scolaires; et l'assistance humanitaire. Le programme d'alimentation supplémentaire représente environ 80% du projet. La vente d'une partie des livraisons de blé a permis de financer les déficits des opérations. Les plans actuels prévoient le transfert de la responsabilité des opérations aux homologues en vue de réaliser les objectifs de l'implantation des institutions.

Le programme s'est consolidé dans la nutrition et l'éducation sanitaire--ayant réalisé grâce aux recherches opérationnelles plusieurs changements importants dans l'application et la supervision des programmes d'éducation sanitaire, et ayant publié un Guide pour l'Education Sanitaire et la Nutrition.

Le projet connaît des déficiences relatives à l'identification des bénéficiaires et manque d'intégration et système de référence vers les formations sanitaires. L'étude de plusieurs options pour changer l'optique du programme en l'orientant vers les centres de santé et/ou les écoles a été exposée auparavant à la Section IV.E.

Le programme Titre II sera évalué à la fin de 1990 et les activités futures seront déterminées à la lumière de cette évaluation.

Corps de la Paix

Le Corps de la Paix a bien coordonné ses activités avec le sous-volet le plus efficace du projet de Soutien au Secteur de la Santé pour la Survie de l'Enfant (HSSCS) -- l'activité de soutien aux formations sanitaires -- et a bien coopéré avec deux ministères différents -- le Ministère des Affaires Sociales et de la Condition Féminine et le SNES du Ministère de la Santé Publique. Les Volontaires du Corps de la Paix, travaillant avec deux coordinnateurs de l'éducation sanitaire de chacune des 21 préfectures et 9 sous-préfectures ont réalisé un programme pilote d'éducation communautaire dans les 36 villages pilotes. Ce programme s'est concentré sur les organisations communautaires au niveau des villages et l'éducation sanitaire pour le PEV, la LMD et le paludisme. Au cours des trois dernières années, le programme a fonctionné avec 23 Coordinnateurs Volontaires du Corps de la Paix (VCP), 60 coordinnateurs des préfectures et 5 Agents Régionaux du SNES. Environ 540 volontaires et 36 comités villageois de développement ont été formés. Cette activité coordonnée semble avoir bien fonctionné; néanmoins elle a posé des problèmes concernant la possibilité de la reproduire et de la soutenir. Il est peu probable que tous les 4.000 villages que compte le Togo puissent être servis par le même modèle intensif (deux éducateurs de santé formés et payés par village).

Les plans en cours de réalisation 1990-91 nécessitent un budget de US$ 400.000 pour continuer la formation des éducateurs et des nouvelles sessions pour mettre sur pied des équipes régionales en vue de réaliser un programme de formation en cascade et de supervision et d'étendre les sujets d'éducation sanitaire pour inclure le planification familiale, la nutrition et d'autres interventions. Cette approche régionale, cependant, pourrait être mieux considérée dans le contexte d'une approche mieux intégrée en matière de formation, d'éducation sanitaire et de supervision dans laquelle toutes les activités de soins de santé primaires sont bien coordonnées au niveau de la Préfecture, et sous le contrôle d'une seule équipe d'Assistants Médicaux, d'Educateurs de la Santé, et d'Infirmières de Préfecture.

Ce projet a été l'un des quelques exemples de coordination effective entre les activités du projet dans différents Ministères et différentes activités du projet de l'USAID. Une coordination continue de la coopération entre le Corps de la Paix et d'autres initiatives du projet doivent être encouragées.

Coordination avec les Projets de Développement Rural de l'USAID.

Le portefeuille du Développement Rural comprend :

1) un projet avec CARE pour créer des coopératives de crédit pour les agriculteurs et les petites entreprises ;

2) un Projet d'Epargne et de Prêt avec la Fédération des Unions des Coopératives d'Epargne et de Crédit du Togo ;

3) une assistance technique pour le suivi et l'évaluation des Projets du développement rural.

Les projets pour l'avenir comprennent un nouveau projet sur la gestion de l'environnement et des ressources naturelles pour aider les ONGs à promouvoir des activités dans ces domaines.

Il y a eu peu de coordination entre les activités des projets de la santé et du développement rural. Bien qu'une telle coordination soit souvent difficile compte tenu des objectifs différents des activités du projet, une plus grande considération doit être accordée à l'impact de la nutrition dans les programmes de Développement Rural. Les objectifs de la nutrition et les indicateurs des programmes agricoles ont été établis par cette coordination dans d'autres missions de l'USAID. Il serait utile de faire établir des objectifs et des indicateurs par l'assistance technique en matière de nutrition pour le nouveau projet sur l'environnement et les ressources naturelles.

Relations avec d'autres Bailleurs de Fonds

Comme dans la plupart des pays, au Togo les bailleurs de fonds coordonnent peu étroitement leurs activités par le biais de communications irrégulières et des invitations aux activités qu'ils financent respectivement. Il y a des domaines où la coordination s'est faite sans accroc dans des programmes spécifiques -- tels que les programmes du PEV et du paludisme où le CCCD, l'UNICEF et l'OMS semblent bien collaborer. Cependant, cette coordination accroît seulement la dépendance du Ministère vis-à-vis du soutien extérieur pour ces activités, bien qu'il soit peu probable que plusieurs bailleurs de fonds se retirent en même temps.

De toute évidence, les principaux bailleurs de fonds envisagent tous de continuer d'apporter leurs concours aux efforts pour la Survie de l'Enfant et la Planification Familiale. L'UNICEF s'est engagée à continuer les activités en cours dans le cadre du PEV, du paludisme, et de la TRO, bien que des démarches initiales aient été envisagées pour encourager le gouvernement à assumer une plus grande responsabilité financière au moins pour le PEV. L'UNICEF espère également obtenir un financement supplémentaire pour soutenir les programmes de pharmacies dans les villages conformément aux objectifs de l'Initiative de Bamako. L'OMS continuera de soutenir tout l'éventail des programmes de soins de santé primaire avec peut-être un plus grand accent sur le SIDA maintenant que le gouvernement a établi son plan à Moyen Terme. La GTZ envisage de continuer son programme de soins de santé primaires dans la Région Centrale, dont une partie concerne les pharmacies de villages prévues dans l'Initiative de Bamako. Elle continuera également de soutenir les activités relatives au SIDA, et la Maternité dans l'arrondissement de Bè à Lomé. Une nouvelle activité concernera le financement pour la reconstruction des infrastructures comme partie de l'initiative de la Banque Mondiale. Le FNUAP continuera de soutenir la Division de la Santé de la Mère et de l'Enfant par l'octroi d'une assistance technique pour le soutien à la formation et à l'IEC, et la fourniture de marchandises. Le FED continuera de soutenir la planification familiale et a pris un nouvel engagement pour l'IEC dans le cadre du Plan à Moyen Terme de la lutte contre le SIDA.

Pendant qu'une nouvelle division du travail plutôt stable semble s'instaurer entre les bailleurs de fonds , le nouveau venu sur la scène est la Banque Mondiale. Ces efforts se sont cependant concentrés sur les objectifs de politique générale et la consolidation des institutions. Les 14 millions de dollars qu'elle compte débloquer n'ont pas encore été affectés à une activité spécifique. Un financement analogue des bailleurs de fonds actuels doit être probablement complété par des fonds prêtés par la Banque, plutôt que de remplacer les dons. La Banque Mondiale estime qu'il faudra 16 millions de dollars de financement complémentaire pour réaliser ses objectifs.

Dans les discussions avec les responsables de la Banque Mondiale, ceux du Ministère de la Santé Publique, et les autres donateurs, il semble qu'il y a lieu de continuer les programmes actuels de l'USAID; les plans de réorganisation et de décentralisation établis par le gouvernement pour les prêts de la Banque Mondiale offrent de nouvelles occasions pour des initiatives de consolidation des institutions.

VI. RECOMMANDATIONS

A. Questions Principales

Ces recommandations se réfèrent aux activités futures envisagées par l'USAID en ce qui concernent les facteurs principaux qui empêchent à un degré ou à un autre le progrès dans le développement du secteur de la santé au Togo. Ces facteurs se placent sous les rubriques suivantes:

1. Réorganisation du Ministre de la Santé

   a. Intégration des activités de soins de santé primaires à tous les niveaux, entre les ministères du Gouvernement Togolais, et entre les bailleurs de fonds

   b. Décentralisation au profit des Préfectures ou subdivisions sanitaires

2. Auto-Financement et Pérennisation des Activités dans le domaine de la Santé

3. Sous-Secteurs Clés d'Interventions Techniques à viser: Survie de l'Enfant, Nutrition, Planification Familiale et autres

4. Quelle Structure du Projet sera la meilleure pour exécuter les Activités Futures de l'USAID en matière de Santé et de Population?

Dans cette discussion nous exposerons nos arguments sur les différentes approches et les options qui pourraient être suivies. Nous espérons que ces suggestions pourront servir de guide qui pourra être suivi d'une étude plus spécifique dans le Document initial du projet et dans le développement du Document Final.

Initialement, il est tout à fait raisonnable que l'USAID intervienne dans des domaines qui sont ceux des quatre projets, HSSCS, CCCD, Planification Familiale et PL 480. Ces projets satisfont à des besoins importants au Togo et méritent un soutien continu -- bien

qu'il sera recommandé d'importants changements au niveau des activités dans chacun de ces domaines pour surmonter des difficultés et surtout profiter des opportunités qu'offriront les nouvelles initiatives du Prêt Sectoriel de la Banque Mondiale et de l'Initiative de Bamako. Il est recommandé également que soient méditées des interventions supplémentaires dans le cadre de la Survie de l'Enfant.

Un point important que le nouveau projet de l'USAID devrait soutenir est le renforcement de la capacité institutionnelle en vue de poursuivre les progrès déjà réalisés par les projets actuels de l'USAID et de commencer à présenter de nouvelles options pour l'auto-financement local. Le renforcement de la capacité institutionnelle et le financement devront contribuer à la durabilité du projet à long terme.

Le développement d'un système intégré d'information pour la gestion et la planification comprenant l'information sur l'épidémiologie, la gestion, le personnel et le financement est jugé aussi comme nécessité institutionnelle essentielle. Un tel système d'information pourrait renforcer le processus de réorganisation, contribuer à la pérennisation des services, et simultanément adhérer à l'exécution des initiatives prises dans le cadre des projets actuels de l'USAID.

B. Réorganisation du Ministère de la Santé

Les projets futurs de l'AID seront influencés par les résultats du processus de réorganisation en cours qui était entreprise en réponse aux propositions de prêt sectoriel de la Banque Mondiale (décrit à la Section II.B). Comme l'accord final et la mise en oeuvre de cette réorganisation est actuellement en flux, nous allons essayer de développer les options qui peuvent s'adapter aux différents résultats attendus de ce processus. Notre objectif est de renforcer de telles initiatives, mais, comme ces initiatives ne sont pas encore clairement définies, nous pensons qu'il est nécessaire de développer les activités du projet qui ne dépendent pas nécessairement de tels changements.

La restructuration est espérée placer la plupart des activités de Survie de l'Enfant sous une division unique -- la Division des Soins de Santé Primaires; créer une Division de la Planification pour inclure le système national d'information sanitaire; et établir des bureaux régionaux avec des Directeurs Régionaux.

La Banque Mondiale envisage de fournir 14 millions de dollars qui ne sont pas spécifiquement affectés actuellement. Le soutien de la Banque Mondiale semble assez flexible, au moins à ce point, permettant un cofinancement d'environ 16 millions de dollars d'autres donateurs. Les autres donateurs ont déjà accepté de

fournir un cofinancement dans des domaines spécifiques -- par exemple la GTZ programme 4 à 5 millions de Marks allemands pour la construction d'infrastruture. Comme il est probable que l'USAID continue d'être le plus grand bailleur de fonds dans le secteur, après la Banque Mondiale, -- elle doit être en mesure de définir son rôle avec suffisamment de clarté pour les années à venir.

1. Intégration

L'un des problèmes administratifs les plus évidents dans l'organisation actuelle du Ministère de la Santé Publique est le manque d'intégration des activités de ses programmes. Le Ministère fonctionne excessivement à partir d'initiatives séparées par le biais de programmes verticaux qui répondent généralement aux projets financés par des bailleurs de fonds. Ces initiatives isolées aboutissent souvent à des activités compétitives, à la duplication de la formation, et à l'absence d'orientation précise dans la supervision et la coordination. Des programmes conçus sous une forme verticale ont de fortes chances de décourager l'émergence des compétences en vue d'une gestion appropriée aux échelons inférieurs de la structure administrative et de freiner la gestion rationnelle au niveau central. (Voir Section II.B)

Les propositions relatives à une nouvelle réorganisation contenues dans le projet de la Banque Mondiale permettront au Ministère de la Santé Publique d'être plus intégré au niveau central que ne le permet son organisation actuelle. Tous les Programmes de Survie de l'Enfant et de la Planification Familiale seront regroupés dans une seule division -- la Division des Soins de Santé Primaires.

La nouvelle réorganisation encouragerait une plus grande communication et coordination des initiatives nationales en matière du PEV, du Paludisme, du TRO, du Contrôle et de la Promotion de la Croissance, et de la Planification Familiale, secteurs qui concernent les activités prévues pour le projet de l'USAID. En conséquence il s'avère que les nouveaux projets portant sur la santé de la mère et de l'enfant seraient également intégrés à cette division. Puisque d'autres bailleurs de fonds ont également concentré leur aide financière sur ces initiatives, une seule division permettrait au Ministère de mieux coordonner en même temps les activités des bailleurs de fonds.

Comment l'USAID pourra-t-elle concevoir son programme futur de santé et de population pour pouvoir contribuer effectivement à l'intégration proposée?

D'abord, une activité principale du projet qui aidera le Ministère à créer un système d'information unifié de gestion et de planification pourrait fournir une activité intégrée qui encourage un plus grand échange d'information, de planification et de gestion au sein du

Ministère. Cette activité s'appuyerait et combinerait les initiatives de l'UPC dans le Projet Soutien au Secteur de la Santé pour la Survie de l'Enfant et l'appui au système d'information sanitaire du Projet CCCD. Cette initiative exigerait la participation de toutes les unités principales du Ministère de la Santé Publique aux niveaux central, régional et local dans le processus de sélection des données appropriées et préparerait un nombre réduit de formulaires comportant des informations plus sélectionnées. Elle fournirait également une occasion pour la formation à l'utilisation des données à des fins de planification, la budgétisation, le contrôle et la surveillance à tous les niveaux. En mettant l'accent sur les besoins et l'utilisation d'un système d'information plus intégré, le projet permettrait une approche plus intégrée et fournirait une base opérationnelle pour les activités de planification et de formation qui ont été initiées dans le cadre de l'actuel programme de l'UPC. Un système d'information bien conçu et décentralisé de gestion et de planification serait utile aux agents à tous les niveaux -- préfectoral, régional et national voire même au niveau du dispensaire. Cette activité servirait le ministère tout entier et ne pourrait pas être limitée à la Direction des Soins de Santé Primaires -- il combinerait uniquement les problèmes d'intégration pour concentrer le système d'information uniquement sur les interventions choisies. Cependant, il serait un élément principal qui renforcerait l'intégration des interventions de Survie de l'Enfant et de la Planification Familiale au sein du Ministère de la Santé Publique.

Deuxièmement, l'USAID pourra concevoir les activités de son projet en vue de développer ses propres moyens d'intégration des activités dans la Direction des Soins de Santé Primaires. Comme l'indiquent les discussions qui suivent, l'option la plus logique consisterait à fusionner la plupart des projets en cours en un projet unique.

Troisièmement, l'intégration devrait être encouragée aussi bien dans le cadre des activités d'appui que d'intervention (par ex: l'éducation sanitaire devrait être intégrée dans tous les programmes de maladie spécifique) et l'activité de vulgarisation (par ex: agents de Santé Communautaire) devrait être intégrée au niveau du dispensaire.

2. Décentralisation

Les propositions actuelles de réorganisation vont aider la décentralisation du Ministère de la Santé Publique. Actuellement le Ministère de la Santé Publique détient trop le pouvoir de décision aux échelons supérieurs. Cette concentration freine souvent la prise de décision, ne tient pas compte des problèmes et des inégalités des ressources ni des besoins sur le du terrain, encourage des décisions injustifiables dans la répartition du

personnel et des ressources, et décourage le développement des méthodes appropriées de solution aux problèmes des échelons inférieurs de l'administration.

Comme premier pas dans le processus de décentralisation, les plans de réorganisation du projet de la Banque Mondiale ont donné la priorité à l'établissement des bureaux régionaux et de Directeurs Régionaux, fonctions prévues dans la réorganisation administrative de 1969 mais jamais mises en pratique. Les propositions prévoient également un cadre juridique de la décentralisation jusqu'au niveau des formations sanitaires.

Alors que la décentralisation devrait constituer une priorité majeure, il n'est pas certain que la régionalisation contribuera de manière significative à cet objectif -- en particulier dans un pays disposant de peu de ressources. Il y a aussi des incertitudes quant à la nécessité de la régionalisation dans un pays qui ne compte que 21 subdivisions sanitaires, disposant d'un bon système de communications entre les bureaux centraux et préfectoraux.

Les bureaux régionaux peuvent servir de canaux de coordination des activités entre plusieurs subdivisions sanitaires et de moyens de coordination des activités sanitaires au niveau régional d'autres programmes de développement des bureaux régionaux d'autres ministères tels que le Plan, la DRDR etc). Il convient de noter qu'un bureau régional efficace pourrait constituer une dépense supplémentaire importante en matière de création d'infrastructures matérielles, de recrutement de personnel, et de coûts relatifs à la logistique et au transport. En termes économiques, le coût de création d'un bureau régional pourrait ne pas procurer des bénéfices suffisants pour justifier sa réalisation.

Plusieurs changements majeurs seraient nécessaires pour permettre à un bureau régional de santé d'apporter une contribution effective à la solution des problèmes sanitaires et d'autres problèmes de développement:

a. Les bureaux régionaux devraient disposer d'un personnel suffisant possédant des compétences techniques et de gestion adéquates et de support logistique pour apporter un appui aux domaines principaux d'interventions et aux systèmes administratifs et financiers.

Ceci signifierait qu'un bureau régional devrait comporter plusieurs spécialistes de santé primaire, des spécialistes d'éducation sanitaire, des spécialistes de l'administration et des finances, outre le Directeur Régional. Ce personnel devrait avoir à sa disposition des moyens de transport adéquats pour assurer la supervision et la formation au niveau de toute la région. Au minimum, un tel projet nécessiterait des équipes régionales de 5 à 6

personnes au minimum avec au moins deux véhicules par région et une quantité de carburant pour les activités régulières et fréquentes sur le terrain. Il est peu probable que le budget national de fonctionnement actuel puisse supporter un personnel suffisant et assurer un appui logistique.

Même s'il faut compléter le personnel du Ministère de la Santé Publique, comme prévu par la Banque Mondiale, les insuffisances en qualité et en quantité du personnel au niveau inférieur -- dispensaires, subdivisions sanitaires -- doivent recevoir une attention prioritaire.

b. Au niveau de l'administration régionale, il devrait y avoir une compétence en matière de budget et de personnel pour prendre des décisions autonomes relatives à des fonds plus importants et aux actions du personnel. A moins qu'une sorte de subvention globale sur le fond central ne soit accordée aux régions, il est peu probable que le niveau régional soit à même de prendre des initiatives significatives qui justifient le coût de la mise en place des équipes régionales. Le système actuel ne permet pas au Médecin-Chef d'être responsable pour les importantes ressources budgétaires.

Un avantage substantiel des bureaux régionaux est qu'ils offrent un moyen de coordination entre plusieurs subdivisions. Cette coordination pourrait être réalisée à moindre coût, cependant, par des réunions régulières de coordination autorisées au niveau central (tous les mois) au cours desquelles les Médecins-Chefs se rencontreraient pour discuter des activités de coordination et feraient des rapports à la direction centrale. De même, il y a de fortes chances que les bureaux régionaux soient laissés pour compte -- parce qu'ils ne disposent pas de personnel qualifié, de ressources financières, et/ou d'autorité -- ou qu'ils deviennent une nouvelle structure bureaucratique qui crée plus d'obstacles et freine les processus de communication et d'approbation entre les niveaux inférieurs et la direction centrale.

Cependant, vu qu'il est probable que les bureaux régionaux verront le jour dans le cadre du projet de réorganisation, l'USAID pourra considérer deux options:

1. Soutenir le processus de régionalisation grâce à un financement substantiel qui permettra le placement d'équipes régionales fortes et expérimentées disposant de moyens de transport adéquats et une autorité accrue en matière d'administration et de budget.

2. Créer des possibilités de décentralisation au niveau des subdivisions sanitaires qui soient compatibles avec et complètent la réalisation éventuelle du plan de régionalisation.

Il est probable que la seconde option se présente comme un programme qui a de fortes chances de succès, qui justifie ses coûts, et qui puisse faire appel aux moyens actuels de l'USAID dans ce domaine. Une concentration des ressources et des compétences au niveau des subdivisions pourrait également renforcer l'approche d'intégration préconisée au niveau central et décrite auparavant, en offrant le cadre approprié pour les systèmes d'information et de gestion, de prise de décisions et de solution des problèmes. Cette approche permettrait également au programme de l'USAID de se poursuivre si la mise en application de la réorganisation souffre d'un retard important.

Concentration des efforts au niveau des subdivisions sanitaires.

Comme il a été indiqué auparavant, le Médecin-Chef est le maillon principal dans le système sanitaire et ce poste a souvent attiré des agents fort compétents. Ce niveau constitue un niveau crucial pour la supervision et la formation du personnel dans les centres de santè et dans les dispensaires de la subdivision sanitaire.

C'est à ce niveau que des ressources supplémentaires pour le transport seraient plus efficaces. Comme il a été dit ci-dessus dans la Section II.B. le manque de moyens suffisants de transport pour la supervision est une lacune fondamentale du système actuel. Des ressources supplémentaires de l'USAID pourraient être offertes de façon décroissante dans le cas où l'accord de prêt de la Banque Mondiale prévoit par étape un budget national supplémentaire pour le secteur de la santé.

En outre, l'amélioration des capacités de gestion et des finances au niveau des subdivisions sanitaires renforcerait la capacité du système sanitaire à faire face aux différentes situations épidémiologiques et à la répartition des ressources disponibles aux niveaux des localités. Un système d'information pour la gestion et des finances à ce niveau (recevant de la rétro-information à partir du niveau national) peut contribuer au développement des capacités de gestion et de planification. Un volet de projet d'information sur la gestion et la planification pourrait être conçu autour de la collecte des données appropriées pour la gestion dans les subdivisions sanitaires. Il doit être conçu de manière à inclure des modules de formations comprenant des exercices utilisant les données propres aux subdivisions sanitaires pour identifier les problèmes, trouver les solutions, contrôler et évaluer ces interventions. Par exemple, des quantités limitées d'approvisionnement en médicaments pourraient être plus rationnellement distribuées aux dispensaires si les données sur la densité de la population dans les zones de soins, la demande de consultations, les types de cas par mois et l'utilisation actuelle des médicaments étaient constamment à la disposition du Médecin-Chef.

Les actions ci-dessus renforceraient les activités au niveau local, que la réorganisation prévue soit réalisée ou non. Mais si elle est réalisée, le système d'information pour la gestion et la planification pourrait constituer un élément essentiel au niveau des subdivisions sanitaires pour les prises de décisions d'ordre opérationnel. Dans la situation actuelle, le Médecin-Chef doit avoir l'accord du cabinet du Ministre avant de prendre les décisions les plus anodines touchant à son personnel. Bien qu'il doive y avoir quelque contrôle pour empêcher les abus potentiels au niveau inférieur, une souplesse de l'administration en matière de placement du personnel, des congés, et des avancements donnerait au Médecin-Chef un instrument significatif de gestion pour l'affectation du personnel aux postes les plus indiqués, pour évaluer les performances, donner des encouragements et des sanctions en vue d'améliorer la qualité des prestations. Cette possibilité est liée à un système d'information adéquat en matière de gestion à ce niveau, à des observations effectuées au moyen des contrôles, et au transfert à ce niveau de l'autorité en matière de prise de décisions touchant au personnel.

Supervision au niveau des subdivisions sanitaires.

Le Médecin-Chef est le superviseur au niveau du terrain qui est responsable de la prestation effective de services par les Assistants Médicaux, Infirmières, Sages-Femmes, et Auxiliaires. Une faiblese importante à ce niveau est le manque d'une politique de supervision plus efficace et systématique. Alors que le Médecin-Chef est supposé être responsable de la supervision, il a rarement le temps ou les moyens de transport pour visiter les formations sanitaires comme une opération courante. Il n'y a pas de programmes arrêtés pour la supervision. Il n'a pas non plus de formation suffisante pour l'acquisition des compétences essentielles en vue d'une supervision effective.

Un système d'information pour la gestion approprié au niveau de la subdivision sanitaire peut contribuer au développement d'un système de supervision plus efficace. Elle peut fournir les indicateurs importants pour l'identification des problèmes et l'élaboration des solutions. Des données comparatives avec d'autres établissements pourraient également offrir une motivation en vue de l'amélioration des services.

Plusieurs questions relatives à la supervision doivent être abordées également. Le rôle actuel du Médecin-Chef requiert qu'il consacre beaucoup de temps aux consultations curatives. Il est peu probable que n'importe quel médecin dans cette situation puisse éviter de telles responsabilités d'autant plus qu'il est souvent le seul médecin de la préfecture. A cet égard, des améliorations pourraient être réalisées en affectant des médecins supplémentaires et du personnel administratif pour aider les médecins-chefs.

Au lieu de concevoir un programme de supervision qui prenne beaucoup plus de temps au Médecin-Chef, la création des équipes de supervision -- comprenant l'Assistant Médical, le Coordinnateur d'éducation sanitaire, et une des infirmières expérimentées -- doit être envisagée. Un nouveau projet pourrait aider le Ministère à mettre sur pied une stratégie nationale en matière de supervision qui assure la formation de cette équipe, l'appui logistique, et la préparation de listes de contrôles réguliers ainsi que des formulaires de rapports.

Recensement et Enquête Démographique et de Santé II

Le gouvernement a l'intention d'initier un recensement en 1991 et l'USAID a promis son soutien à cet effort. En outre, il existe également un second projet d'Enquête Démographique et de Santé pour évaluer à long terme en 1993 les données depuis l'étude effectuée en 1988. Cet effort doit être soutenu parce qu'une amélioration des données démographiques des deux sources contribuera aux activités de gestion et de planification.

C. Financement et Durabilité

Le financement actuel du secteur de la santé peut être modifié de manière significative par les accords de prêt de la Banque Mondiale. Si les négociations débouchent sur un accord prévu, des ressources budgétaires nationales accrues seront disponibles au secteur de la santé. Les objectifs actuels consistent à accroître la proportion du budget national consacrée à la santé d'au moins 6 à 8%. L'incitation à la décentralisation du contrôle du budget au niveau des régions et des subdivisions sanitaires en fera également partie.

Finalement, une plus grande considération sera donnée au recouvrement des coûts et à l'auto-financement, y compris l'expansion du secteur privé. L'initiative de Bamako de l'UNICEF encourage également l'auto-financement, principalement par le biais du développement des pharmacies de village pour les médicaments essentiels.

Le projet futur de l'USAID pourrait renforcer le prêt de la Banque Mondiale et l'Initiative de Bamako de diverses manières.

1. En renforçant les conditions en matière de politique du prêt de la Banque Mondiale. L'USAID pourrait stipuler des conditions préalables pour son nouveau projet de manière à encourager le Gouvernement à adopter une législation appropriée et des réglementations pour stimuler la décentralisation et la réorganisation. En particulier l'USAID devra utiliser les conditions préalables pour encourager le gouvernement à apporter son soutien:

a. aux accroissements du budget national alloué à la santé,

b. à l'autonomie budgétaire au niveau des régions et des subdivisions sanitaires.

c. aux efforts pour permettre la rétention des tarifs par les centres de santé qui les perçoivent -- ce qui représente un changement essentiel si les incitations à l'amélioration de la qualité de la gestion et la réduction des coûts doivent porter leurs fruits.

d. aux accroissements dans les dépenses récurrentes ne concernant pas le personnel.

2. En soutenant une variété d'études économiques et de financement peut être à partir des projets financés par le siège de l'USAID -- pour contrôler les niveaux de financement et de répartition des fonds au sein du Ministère de la Santé Publique et pour déterminer les besoins des bénéficiaires et leur capacité à payer.

3. En fournissant une assistance technique pour l'élaboration des mécanismes appropriés de comptabilité et de vérification des comptes spécialement au niveau des subdivisions.

4. En soutenant des études sur l'état actuel des pratiques privées y compris celles des accoucheuses traditionnelles. Ces études doivent explorer la possibilité de transférer le gros des soins curatifs aux privés de sorte que l'on consacre davantage de ressources publiques aux soins de santé primaires. Ces études doivent également explorer la possibilité de réglémenter le secteur privé en vue d'assurer la qualité en particulier en ce qui concerne les immunisations.

D. Interventions relatives à la Survie de l'Enfant et aux Informations Sanitaires.

Les secteurs actuels de Survie de l'Enfant qui ont constitué le centre des projets actuels (HSSCS, CCCD, FHI-2) doivent être poursuivis en tant qu'activités principales des programmes du nouveau projet. La préoccupation est que ces activités soient mieux intégrées dans le cadre du ministère de la Santé Publique.

Nous proposons une réorientation de ces activités de manière qu'elles concentrent l'assistance technique, la formation et

l'appui logistique sur les activités d'intégration de la Direction des Soins de Santé Primaires (comme prévu dans le plan de réorganisation). Ceci signifierait plusieurs modifications dans les programmes en cours.

Réorientation des activités de CCCD

Dans le nouveau projet, les interventions dans le cadre du projet CCCD actuel doivent mettre moins d'accent sur le PEV et le paludisme et mettre plus d'accent sur les maladies diarrhéiques et de nutrition. Le PEV et le paludisme ont reçu un appui significatif de la part de CCCD aussi bien que de l'UNICEF, et l'USAID est d'accord avec l'UNICEF qu'il est temps d'envisager une réduction de cet appui et d'encourager le gouvernement à en assurer une plus grande responsabilité. Ce retrait graduel de financement pour ces deux interventions doit s'opérer pendant la durée du nouveau projet.

Des études de pérennisation réitèrent l'importance de déplacer le soutien budgétaire des bailleurs de fonds au gouvernement durant la durée du projet. Le Ministère doit être encouragé à déplacer les ressources des dépenses curatives vers des domaines prioritaires pour diminuer le taux de dépendance des programmes essentiels. Les priorités budgétaires doivent refléter les priorités fixées par la politique nationale.

Le retrait progressif du financement du CCCD et de l'UNICEF au PEV et à la lutte contre le paludisme ne doit pas signifier qu'il y a une minimisation de ces programmes. Le PEV est maintenant bien développé et les activités de formation d'éducation continuent a être nécessaires pour maintenir la qualité qui doit être intégrée dans les autres activités de formation de la Direction des Soins de Santé Primaires. Un accent plus grand mis sur la routine et le programme AVT doit remplacer les coûteuses unités mobiles. L'assistance technique de CCCD et son appui pour l'achat des vaccins doivent être progressivement réduits pour que le gouvernement soit encouragé à accroître son appui budgétaire pour ce programme.

De façon identique, la fourniture de la chloroquine pour le programme de lutte contre le paludisme doit aussi être réduite progressivement au cours de la durée du nouveau projet, un encouragement au gouvernement à déplacer son budget pour couvrir ces frais. Cependant, le programme du paludisme, a toujours besoin de surveillance et d'études techniques, particulièrement des tests in vitro. CDC/Atlanta a exprimé son intérêt dans la continuation des études sur le paludisme et l'utilisation de ces études pour établir des politiques plus appropriées pour le contrôle de cette maladie difficile. Le nouveau projet financera encore des recherches dans ce domaine.

Le volet concernant les maladies diarrhéiques n'a pas été aussi bien soutenu que le PEV et la lutte contre le paludisme. Pour renforcer ce programme et encourager son intégration à d'autres activités de soins de santé primaires et de la nutrition, il serait approprié de placer l'assistance technique de CDC/Atlanta actuel dans la Direction des Soins de Santé Primaires et de concentrer davantage de moyens financiers sur ces efforts.

Il importe de souligner que les interventions directes ont leurs limites et que l'approche verticale doit être évitée si possible. Cette réorientation des activités du Projet CCCD doit accorder une priorité au renforcement des institutions et une intégration des activités du programme au sein de la Direction des Soins de Santé Primaires. L'intervention dans le cadre du contrôle de la diarrhée doit simplement constituer un centre qui oriente une partie de l'activité. L'effort fondamental doit consister à utiliser ces ressources pour renforcer tout le savoir-faire et la prestation de services intégrés de santé de la mère et de l'enfant. L'intervention du contrôle de la diarrhée doit simplement être un moyen qui oriente certaines des activités. L'effort initial devrait être d'utiliser ces ressources pour renforcer l'ensemble des connaissances et la prestation intégrée de l'activité des soins de santé primaires. L'assistance technique doit être domiciliée dans la Direction des Soins de Santé Primaires et, par le mécanisme d'un projet unique, ce sous-volet doit être coordonné avec le système d'information pour la gestion et la planification et la planification familiale.

Soutien au Secteur de la Santé pour la Survie de l'Enfant et Corps de la Paix: Education pour la Santé et Santé Communautaire

L'activité conjointe d'éducation sanitaire du projet HSSCS et du Corps de la Paix se révèle un succès dans les villages pilotes qui ont été choisis. L'expansion actuelle de ces efforts en une cascade de programmes de formation à l'intention des équipes d'éducation sanitaire dans les préfectures, des équipes de zone et de vulgarisation dans les villages pourrait offrir un modèle efficace pour les activités des projets futurs. L'impact de cette initiative récente doit être évalué dans le courant de l'année prochaine.

Par ailleurs, il est important de poursuivre cette activité, mais de l'orienter vers une plus grande intégration des activités de Survie de l'Enfant et de Planification Familiale. Actuellement les activités d'éducation sanitaire tendent à se concentrer sur une ou deux interventions seulement. Cette approche pourrait être nécessaire pour une exposition initiale

-- pour que des thèmes isolés puissent être facilement regroupés et compris à la fois par les éducateurs en matière de santé et par les mères. Cependant, plusieurs activités d'éducation sanitaire pourraient être combinées dans des sessions de formation, et dans des programmes de causeries sur la santé et l'éducation sanitaire dans les formations sanitaires. L'approche effective à l'éducation sanitaire qui s'est dégagée du programme du CNI au Ministère des Affaires Sociale et du CRS pourrait être utilisée comme modèle possible. Son dernier Guide pour l'Education en matière de Santé et de Nutrition traite les interventions principales en un seul ouvrage.

Ce volet doit s'appuyer sur la coordination relativement efficace du Service National d'Education Sanitaire (SNES), du Ministère des Affaires Sociales, du Corps de la Paix et de l'UPC. Ces activités doivent être également coordonnées avec la Division de la Santé de la Mère et de l'Enfant.

Planification Familiale

Le projet actuel a apporté son soutien à l'ATBEF comme support des activités du secteur public. L'ATBEF assure la formation et la distribution des contraceptifs au secteur public. Bien que cette approche puisse avoir un sens aux étapes initiales de la promotion du planification familiale, il est actuellement opportun de commencer à transférer la responsabilité de la formation et la distribution et de l'intégrer pleinement au programme public du Ministère.

Puisqu'il existe un consultant du FNUAP qui fournit une assistance technique à long terme au PNBEF du Ministère de la Santé Publique, le financement de l'USAID devrait compléter cette assistance technique en accordant une aide financière aux activités de formation et d'IEC, ainsi que la fourniture des contraceptifs. A court terme, l'assistance technique du bureau régional des projets régionaux financés par le siège de l'USAID à Washington (SEATS, INTRAH, SOMARC) pourrait apporter un appui aux besoins des projets spécifiques dans la plupart des secteurs.

Le soutien à l'ATBEF doit porter sur un transfert de son accent sur la formation et la distribution au profit du secteur public vers une orientation plus prononcée sur le secteur privé -- en particulier le marketing social. L'utilisation de SOMARC dans ce domaine restera adéquate.

Alimentation Supplémentaire

Comme il a été indiqué ci-dessus aux Sections IV.E et V, il y a plusieurs options que l'on pourrait considérer pour la

réorientation du programme PL 480 Titre II. Nous estimons cependant que les décisions concernant le rôle futur de ce programme doivent attendre l'évaluation complète prévue par l'USAID pour la fin de l'année 1990.

Autres Interventions

Nous avons passé en revue d'autres interventions possibles dans le cadre des activités futures de l'USAID: la lutte contre le SIDA, la Dracunculose et l'IRA. Comme nous l'avons dit à la Section V, plusieurs autres bailleurs de fonds apportent une aide au plan à Moyen Terme de lutte contre le SIDA et il ne semble pas y avoir de raison pour le moment que l'USAID entreprenne un effort d'envergure dans ce domaine. La situation est la même en ce qui concerne la dracunculose, un appui potentiel venant du Global 2000, du FED et de l'UNICEF.

Alors que l'IRA est un problème majeur qui pourrait être envisagé dans le cadre d'un projet intégré, la communauté internationale ne dispose pas d'informations suffisantes quant à la meilleure approche à adopter dans ce domaine. Il serait peut-être mieux de se concentrer sur les activités actuelles en matière de survie de l'enfant plutôt que d'essayer de lancer un nouveau programme sans une vision claire de la stratégie appropriée. Dans l'intérêt d'améliorer l'intégration des interventions en cours, l'addition de nouvelles initiatives pourrait conduire à une dispersion des efforts et empêcher les tentatives d'intégration. Par ailleurs, on peut considérer un soutien dans la recherche opérationnelle qui pourrait servir comme base pour définir les actions futures.

E. Conception du nouveau projet

Il est recommandé qu'une approche sectorielle ne soit pas suivie. La conception d'un projet unique qui intègre les trois projets actuels sur la Survie de l'enfant et la Planification Familiale et les réoriente pour répondre aux objectifs du renforcement des institutions et de leur auto-financement se voit comme la meilleure option. Cependant, il faut préconiser certaines mesures de prudence concernant cette approche. L'approche appropriée au programme d'alimentation PL 480 pourrait envisager certaines options innovatrices qui pourraient être expérimentées mais il faut attendre son évaluation complète vers la fin de l'année 1990.

1. Approche Sectorielle Contre Approche par Projet

Les différences entre l'approche sectorielle et l'approche par projet sont les suivantes:

a. L'approche sectorielle met l'accent sur la fourniture des fonds au budget national pour aider le gouvernement à réaliser des indicateurs spécifiques cibles -- principalement au niveau de la définition de la politique nationale. La subvention se ferait en plusieurs tranches permettant la rétention de fonds jusqu'à la réalisation des indicateurs cibles. Des fonds pourraient cependant, être fournis pour l'assistance technique, mais ne doivent pas être liés aux activités spécifiques du projet.

b. L'approche par projet met plus spécifiquement l'accent sur des activités choisies et fournit une aide financière liée et une assistance technique pour ces activités. Ces activités peuvent comporter des objectifs cibles mais le défaut de réalisation de ces objectifs ne conduirait pas nécessairement à une suspension du financement.

Puisque le prêt de la Banque Mondiale suit une approche sectorielle nous pensons qu'il serait prudent que l'USAID fournisse des financements orientés plus vers des projets spécifiques et une assistance technique pour soutenir des activités qui aideront le Gouvernement Togolais à réaliser les objectifs du prêt sectoriel de la Banque Mondiale. Les objectifs du prêt de la Banque Mondiale sont compatibles avec les objectifs de l'USAID relatifs au renforcement des institutions et à l'auto-financement, et ils encouragent le financement dans les domaines de survie de l'enfant. Si l'USAID suivait une approche sectorielle similaire elle ne modifierait que très modestement ces objectifs.

Puisque le Gouvernement Togolais optera probablement pour l'approche sectorielle définie dans le cadre du prêt de la Banque Mondiale, il n'est pas nécessaire que l'USAID utilise aussi un prêt sectoriel pour renforcer ses efforts concernant la définition d'une nouvelle politique. Les discussions se déroulent et le gouvernement prendra ses engagements suivant le processus de la Banque Mondiale. Il semble que des ressources supplémentaires pour aboutir à des résultats foncièrement identiques seraient mieux investies dans des activités spécifiques déterminées qui seront nécessaires au Gouvernement Togolais pour réaliser ces objectifs.

2. Projet Unique

Le portefeuille actuel destiné à la santé et à la population comprend quatre projets distincts: le projet relatif au Renforcement du Secteur de la Santé pour la Survie de l'Enfant; La Lutte Contre les Maladies Transmissibles de l'Enfant; La Planification Familiale; PL 480. Cette activité multiforme des projets a eu quelques désavantages précis. Le plus important peut-être, est qu'elle n'encourage pas l'intégration des initiatives distinctes, mais contribue plutôt davantage à la fragmentation des activités sanitaires du Gouvernement Togolais en projet aux activités verticales. En outre, elle place un fardeau important de gestion sur le bureau de l'USAID.

La raison majeure pour la combinaison des activités des projets actuels en un projet unique est de créer un mécanisme supplémentaire pour l'intégration des activités de soins de santé primaires. Alors que le projet devra comporter des sous-volets, il aura également une structure de communication pour la gestion, comprenant un rapport de routine et des réunions sur la gestion, qui encourageraient des programmes compatibles et des activités conjointes. Ce mécanisme offrirait un moyen d'échanges de connaissance sur les activités qui se déroulent au sein du Ministère de la Santé Publique, le Ministère des Affaires Sociales et la Condition Féminine, l'ATBEF, etc.

Un projet unique serait conçu pour incorporer trois des projets en cours en un projet unique qui serait géré par un contractant. Ce contractant serait responsable de tous les sous-volets bien qu'il puisse sous-traiter différents sous-volets à d'autres contractants ou dans le cas des activités actuelles de CCCD, il pourrait être responsable de la coordination de l'activité de PASA. Ce mécanisme de contrat transférerait certains des fardeaux administratifs du bureau de l'USAID au contractant et présenterait une plus grande souplesse financière et d'action.

Il existe cependant, plusieurs mesures de prudence à observer dans la création d'un projet unique.

Le plus important peut-être, c'est la difficulté de localiser le projet à un niveau effectif dans la structure administrative du Ministère de la Santé Publique et de choisir l'homologue national approprié. Beaucoup de projets ne réussissent pas par suite d'une mauvaise localisation ou du choix inapproprié d'un directeur national. Avec plusieurs projets on étend le risque de blocage, alors qu'un seul grand projet peut subir de

sérieuses contraintes en raison d'une mauvaise localisation ou du choix inapproprié des principaux responsables.

Un projet unique combinant des systèmes d'information sur la gestion et la planification, des interventions dans le domaine de la Survie de l'Enfant, de la Planification Familiale et d'Education Sanitaire doit être plus convenablement localisé au niveau du Directeur Général ou de la Direction de la Planification. Cette localisation permet la direction opérationnelle nécessaire à toutes les activités.

Les arrangements pour le choix de l'homologue doivent considérer plusieurs options. Si le projet est localisé au niveau du Directeur Général ou de la Direction de la Planification, le Directeur Général ou le Directeur de la Planification pourrait être choisi comme homologue national dirigeant le projet. Si le nouveau projet suit ce schéma d'homologue, puisque le Directeur Général ou de la Planification cumulerait d'autres responsabilités, il serait indiqué d'avoir un autre homologue national pour agir en son nom pour les activités de routine du Projet. Dans d'autres pays, des co-directeurs (un national et un expatrié) travaillent sous la direction d'un Directeur de la Planification ou du Directeur Général.

La deuxième source de préoccupation est de savoir comment le contrat peut être arrangé si le projet doit inclure le CCCD. On ne sait pas comment les contrats peuvent être passés entre un PASA et un contractant privé. Le bureau de l'USAID doit étudier ce problème à la lumière des changements potentiels dans le projet régional du CCCD. Les problèmes de coordination entre CDC/Atlanta, USAID/Washington, USAID/Lomé pourraient être compliqués par le fait d'avoir un contractant comme intermédiaire supplémentaire. Il peut y avoir des contraintes légales sur un PASA qui empêcheraient sa subordination à un contractant principal privé. Il est clair, cependant qu'un sous-volet du projet pour les opérations de Survie de l'Enfant peut être conçu pour suivre l'activité courante du Projet CCCD, sans nécessairement avoir recours à un PASA avec le CDC en tant que mécanisme de réalisation. Plusieurs firmes de consultants privés ont les connaissances et l'expérience analogues pour la réalisation de ces sous-volets. Cependant, le Projet CCCD a établi une excellente réputation et la participation prolongée de CDC pourrait s'appuyer sur cette base positive.

3. Conception du Projet Envisagé

Un projet unique avec 3 volets est proposé:

a. Appui au Système d'Information pour la Gestion et la Planification

Ce sous-volet impliquerait une redéfinition de l'activité du Projet Survie de l'Enfant pour mettre davantage d'accent sur

l'élaboration et l'utilisation d'un système d'information unifié et décentralisé de gestion qui pourra servir de base à l'intégration des opérations, de la gestion, de la planification et de la supervision, en particulier au niveau des prestations de service dans les subdivisions sanitaires. Une assistance technique d'information doit être fournie aussi bien pour la conception du système d'information que pour l'utilisation de ce système pour la prise de décisions en matière de gestion et de planification. L'appui aux ateliers, aux tests sur le terrain et à la recherche opérationnelle pour aboutir à un système bien conçu et à des formes simplifiées sera également nécesssaire. Finalement, une série de sessions de formation doit recevoir une assistance pour développer les compétences en matière d'identification et de solution des problèmes.

Ce sous-volet comprendrait également le développement de systèmes financiers intégrés et d'études sur le financement de la santé. Une assistance technique pourrait être fournie soit par une consultation à long terme soit par le biais de projets de financement de la santé financés au niveau central. Une sous-traitance d'une firme locale ou régionale de comptabilité pourrait contribuer à l'élaboration de systèmes de contrôle appropriés dans un système budgétaire décentralisé.

Ce volet doit également inclure l'aide au Recensement de 1991 et à la Deuxième Enquête Démographique et de Santé.

b. Opérations de Survie de l'Enfant, Nutrition et Education Sanitaire

Ce volet réorienterait le programme de CCCD dans le sens de son élimination graduelle des programmes du PEV et du paludisme qui sont déjà effectifs, et mettrait parallèlement un plus grand accent sur le contrôle des maladies diarrhéiques, la nutrition et la santé de la mère et de l'enfant qui constituent actuellement les programmes peu développés de Survie de l'Enfant. Malgré les bonnes relations établies dans le pays par le CCCD, on ignore ce que l'avenir réserve au projet régional futur. L'USAID devrait organiser son programme de manière à ne pas dépendre du CCCD, mais sans interrompre l'assistance commencée sous ce projet. Une alternative réaliste serait d'avoir recours à d'autres firmes de consultants ayant une expérience en matière de projets de Survie de l'Enfant.

Ce sous-volet contribuerait également au système d'information pour la gestion et de planification et intégrerait ses activités et celles de la Planification Familiale au programme plus vaste de la Santé de la Mère et de l'Enfant.

En s'appuyant sur le programme efficace d'éducation sanitaire du Projet Survie de l'Enfant, du Corps de la Paix, et du Service National d'Education Sanitaire, ce sous-volet continuerait à soutenir ces activités et à encourager l'intégration des activités d'éducation sanitaire de toutes les interventions. Une assistance technique doit être fournie au SNES.

c. Planification Familiale

L'orientation de ce sous-volet consisterait à étendre l'appui au programme du secteur public et à renforcer son intégration au sein du système d'information pour la gestion et les activités du programme de santé de la mère et de l'enfant. L'appui de l'USAID à l'ATBEF mettrait plus d'accent sur les activités de marketing social. Alors qu'une assistance technique à long terme à la planification familiale n'est pas nécessaire -- puisque le FNUAP fournit les services à long terme d'un consultant à la Division de la Santé de la Mère et de l'Enfant -- de plus gros efforts pour obtenir une assistance plus substantielle des projets régionaux tels que SOMARC, SEATS, INTRAH, pourraient s'avérer utiles.

A présent, un effort suffisant et un appui de bailleurs de fonds sont consacrés aux opérations relatives à la lutte contre le SIDA, la dracunculose et l'IRA. Compte tenu de la capacité limitée d'absorption du Ministère de la Santé Publique et l'avantage comparatif de continuer à s'appuyer sur les efforts des projets antérieurs, il n'est pas forcément nécessaire de concevoir un sous-volet d'activité dans ces secteurs.

L'avenir du projet PL 480 doit être déterminé à la fin d'une évaluation complète prévue pour la fin de l'année 1990.

Ce nouveau projet unique de l'USAID mettant principalement l'accent sur l'intégration et la décentralisation par la création d'un système d'information pour la gestion et la planification, constituerait un centre d'appui à la réalisation d'objectifs sectoriels plus larges de la réorganisation du Ministère prévue comme partie du Prêt Sectoriel de la Banque Mondiale au Secteur de la Santé et de la Population. Le sous-volet d'auto-financement pourrait contribuer à la décentralisation et aux objectifs de recouvrement des dépenses aussi bien pour le Prêt de la Banque Mondiale que pour l'Initiative de Bamako. Les volets relatifs à la Survie de l'Enfant et au Planning Familial poursuivraient les efforts entamés auparavant par les activités complémentaires de l'USAID, l'UNICEF, le FNUAP, l'OMS et d'autres bailleurs de fonds.

ANNEXES

MEMBRES DE L'EQUIPE CHARGEE DE PREPARER L'ANALYSE INITIALE

Les six personnes ci-après mentionnées ont travaillé ensemble pendant la période du 8 Mai au 1er Juin 1990 pour achever la mouture de la première version en anglais de l'analyse.

- Dr. Thomas Bossert, Chef d'Equipe, Spécialiste en élaboration des projets de santé.
- Dr. Anne-Marie Foltz, Spécialiste en Planification Sanitaire et Epidémiologiste.
- Dr. Alain Damiba, Médecin spécialisé en matière de planification familiale.
- Dr. Kodjo Evlo, Economiste, professeur à l'Université du Bénin à Lomé.
- M. Kodjo Zoland, Démographe, représentant du Ministère du Plan et des Mines.
- Dr. Frank Osei Asibeh, Médecin, conseiller chargé des programmes de survie de l'enfant au Bureau Régional de l'USAID à Abidjan.

La première version anglaise de l'analyse a été préparée pour l'USAID/Togo sous contrat avec University Research Corporation, Bethesda, Maryland, U.S.A.

PERSONNES CONTACTEES

Ministère de la Santé Publique, Gouvernement Togolais

Lomé

Prof. Aissah Agbétra, Ministre
Bini Kilim, Directeur de Cabinet
Dr. Siamévi Komlan, Directeur Général
Dr. Dévo Vignon, Directeur de l'UPC
De Souza Dzidzossé, Directeur des Affaires Administratives et Financières
Dr. Karsa Tchasseu, Directeur de la Division de l'Epidémiologie
Dr. Birrégah Saka, Directeur de la Division de l'Hygiène Publique et de la Promotion de la Santé
Dr. Salami Latifou, Directeur de la Division de la Mère et de l'Enfant (DME)
Dr. Akolly E., Directeur du SNES
Dr. Awissi D., Directeur du Programme SIDA
Mr. Glikpo, Chef du Service des Statistiques Sanitaires
DME: Mme Hounzah Noélie, Planification Familiale
Mme Korodowou Nadia, Nutrition
Mme Moustapha Sossou Dovi, Sage Femme, Surveillance de la Croissance
Mme Capo-Chichi Dévi, Maternité Sans risque
Mr. Akogo, Coordinateur du Programme Contrôle des Maladies Diarrhéiques
Prof. Assimadi Kossi, Chef du Service de Pédiatrie, CHU
Fitzgibbon Brian, Conseiller Technique du Projet CCCD
Dr. Frazzica Pina, Conseiller Technique du Projet HSSCS
Dr. Legrain Gaston, DME, Conseiller Technique du FNUAP
Mr. Souleyman, PHARMAPRO

Hors de Lomé

Dr. Tairou El Hadj, Médecin-chef, Sotouboua
Dr. Kpangou, Directeur du Projet GTZ, Sokodé
Dr. Aflaga, Médecin-chef, Préfecture de Tchaoudjo, Sokodé
Village de Koumaniadé, agent de santé villageois, accoucheur
Village de Aleheridé: Mr. Amah. infirmier
Dr. Pana Assinawe, Médecin-chef, Préfecture de Doufelgou, Niamtougou
Mr. Abala, Directeur du bureau régional du SNES, Kara
Dr. Batchassi Essossolem, Médecin-chef de la préfecture de la Kozah, Kara
Badabah Gnanseh, infirmier, dispensaire, Sarakawa
Vidzro Komi. assistant médical, Centre de santé de Yadè-Bohou
Dr. Nabiliou Komlan, Médecin-chef, préfecture de l'Ogou, Atakpamé

Autres personnes et organisations

Dr. Kabamba, OMS, Lomé
Winnigah Koffi, Banque Mondiale, Lomé
Lassonde Louise, Directeur FNUAP
GTZ: Siebrecht Detleff, Coordinateur des activités GTZ
Dr. Schmidt-Ehry Gertrud, Chef du projet GTZ de Soins Maternels Centre de Santé de Bè
Bergsdorf Seven, FED
Dr. Sonoko, UNICEF
Frenette Lynda, CUSO
Segnanou Kokou, Administrateur, Hôpital Bethesda, Agou-Gare
URD: Mme Agounke Akoua, chercheur
Assogba Messan, chercheur
Gbétoglo Dodji, chercheur
Pilon Marc, chercheur
Mme Nomenyo Adeowavi, Bibliothécaire
Corps de la Paix
Nicholas Robert, Directeur
Bamazé Tchao, APDC
CRS (Cathwel): Deidrick John, Directeur Associé
Kanfor Laré-Kolka, chef Nutrition/Santé
Canamuncio Ann, Bureau du Recensement, Washington

USAID/Lomé

Wentling Mark, Directeur
McLeod Evelyn, Chargée de Programme
Ehmer Paul, Chargé des activités de Santé/Population/Nutrition
Panther Dennis, Chargé du Développement Rural

BIBLIOGRAPHIE

Assimadi, K., et. al. Consultations Pédriatriques et Santé des Enfants au Togo, URD, Juillet 1989.

Baas, Belen. Aspects Financiers du Secteur de la Santé au Togo. Septembre 1986.

_____.Le Secteur de la Santé au Togo: Rapport Préliminaire. Août 1986.

Banque Centrale des Etats de l'Afrique de l'Ouest, Bulletins d'Information. Avril 1989.

Banque Mondiale. Aide-Mémoire: Mission de Pré-Evaluation du Projet Santé et Population en République Togolaise. Décembre 1989.

_____.Programme d'Ajustement Sectoriel: Population et Santé. Aide-Mémoire. Mai 1990.

Bryant, Malcom. Rapport de Mission: Projet de Soutien au Secteur de la Santé pour la Survie de l'Enfant, Togo. Mars 1990.

Services de Secours Catholique, (CATHWEL), Programme Titre II, Togo: Rapport Annuel à l'USAID sur l'Activité de l'Année Fiscale 1989. Mai 1990

_____.Soumission de l'Année Fiscale 1990 à l'USAID. Avril 1989.

_____.Mise à jour du Plan Opérationnel Multi-année (1987-1991). Mai 1990

Centre International de l'Enfance. Point Sur la Préparation de l'Initiative de Bamako au Togo à Partir des Donnés Disponibles. Août 1989.

CUSO. Revue du Programme du Pays -- Togo. Janvier 1990.

Eglise Evangélique du Togo. Hôpital Bethesda Agu-Nyogbo: Rapport d'Activité, Année 1986.

Evlo, Kodjo. Inventaire des activités de Survie de l'Enfant au Togo. (Unité de Planification et de Coordination). Février 1990.

Gaffikin, Lynne. Une Evaluation du Système d'Information Sanitaire du Togo dans le Context du Projet CCCD. CDC/ASPH. Octobre 1985.

Hung, M. et al. Initiatives pour la Santé Familiale II: Sous-Projet, Evaluation à Mi-Terme. Mai 1989.

Janssens, Marja. Mémo sur la fiabilité d'étude sur le Togo. Unité de Recherche Démographique. Octobre 1985.

Koroma, C. Matrice de l'Evaluation à Mi-Terme du Projet d'Initiatives pour la Santé Familiale. Février 1990.

Lancon, Frederic. Incidence de "l'Action de Vaccination-Bé" sur le Programme Elargi de Vaccination. Centre International de l'Enfance. Mars, 1988.

Lent, Drew. Rapport final de l'enquête sur les besoins des installations sanitaires au Togo. Projet CCCD. Juin 1988.

Locoh, Thérèse. Unité de Recherche Démographique (URD) de l'Université du Bénin (Lomé, Togo): Dix ans d'expérience dans le domaine de la formation et de la recherche. 1989.

Ministère du Plan et des Mines. Analyse des données du Recensement général de la population et de l'Habitat, 9-22 Novembre 1981: Résumés des Analyses du Recensement 1981. Février 1989.

_____. Cadre Macro-Economique (1991-1995). Avril 1990

_____. Programme d'Investissement Public. 1990.

_____. Télégramme: Enquête Budget Consommation. Juin 1989, Avril 1990.

Ministère de la Santé Publique, des Affaires Sociales et de la Condition Féminine, et al. Guides de Causeries Educatives. 1990.

_____. Participation des mères dans la surveillance et promotion de la croissance de leurs enfants: une étude de 4 centres de nutrition infantile. Décembre 1989.

_____. Plan d'Action pour l'Elimination de la Dracunculose au Togo dans le Cadre des Soins de Santé Primaires au Togo. Avril 1990.

_____. Plan d'Action de la Lutte Contre la Dracunculose dans le Cadre des Soins de Santé Primaires au Togo. Novembre 1989.

_____. Politique Nationale d'Alimentation et de Nutrition. Mars 1989.

_____. Réunion de Mobilisation des Ressources, Programme National de Lutte Contre le SIDA. Janvier 1990.

Ministère de la Santé Publique (et des Affaires Sociales et de la Condition Féminine.) Action Vaccination Togo, 1988.

_____. Echos de Santé Publique. No. 16. Avril 1990.

_____. Perspectives de développement sanitaire au Togo: Quelques réflexions en vue de lever les contraintes économiques et sociales à l'accélération de la mise en oeuvre des soins de santé primaires. Document de travail. Avril 1990.

_____. Plan d'Action de la Lutte Antipaludique dans le cadre des soins de santé primaires au Togo. Août 1989.

_____. Politique et standards des services de planification familiale au Togo. Mars 1990.

_____. Projet d'Education Pour la Santé Communautaire en Faveur de la Survie de l'Enfant: Plan d'extension des activités dans les régions de la Kara, Centrale et Maritime. n.d.

_____. Projet de Soutien au Secteur de la Santé pour la Survie de l'Enfant: Plan à Moyen Terme (1990-1992). Octobre 1989.

_____. Programe National de Lutte Contre le SIDA, République du Togo: Plan à Moyen Terme (1990-1992). Octobre 1989.

_____. Rapport annuel des activités du service régional de l'éducation pour la santé: Année 1989. Service Régional de l'Education pour la Santé de Kara (Kozah). n.d.

_____. Rapport annuel 1989. Subdivision Sanitaire de la Kozah. n.d.

_____. Rapport des activités de la réduction de l'endémie palustre au Togo: Année 1989. n.d.

_____. Rapport d'évaluation nationale du Programme Elargi de Vaccination, du Programme de Lutte Contre les Maladies Diarrhéiques, et du Programme de Lutte Contre le Paludisme. Décembre 1989.

_____. Statistiques Sanitaires 1987, 1988, 1989.

Price Waterhouse. Revue des systèmes de gestion financiére des coûts en monnaie locale du Projet de Soutien au Secteur de la Santé pour la Survie de l'Enfant (No. 693-0228); du Projet de Lutte Contre les Maladies Infantiles Contagieuses No. 698-0421.02); du Projet d'Initiatives pour la Santé Familiale (FHI-II) No. 698-0462.93). Novembre 1989.

Projet d'Expansion des Services et d'Asssitance Technique en Planification Familiale (SEATS), et. al. Développement d'une stratégie en matière de planification familiale au Togo. Mars 1990.

Raleigh, John, et. al. Evaluation Externe du Projet ASCI-CCCD en République Togolaise. Atlantic Resources Corporation, Janvier 1990.

Sherwin Walter, et. al. Evaluation du Projet de Soutien au Secteur de la Santé pour la Survie de l'Enfant, Togo. University Research Corporation, 1989.

_____. Mini-Evaluation: Projet de Soutien au Secteur de la Santé pour la Survie de l'Enfant (No. 693-0228) Togo. Janvier 1990.

Toro, Vivian. Rapport de Mission, Lomé, Togo: 5-7 Mars, 1990.
Bureau du Recensement, Département du Commerce des Etats-Unis. Avril 1990.

UNICEF. Document relatif à la recommandation concernant le programme de pays -- Togo: Projet pour le financement supplémentaire, Initiative de Bamako, Plan sectoriel -- santé materno-infantile. Octobre 1988.

_____. Recommandation concernant le programme de pays: Togo. Mars 1989.

Unité de recherche démographique, Université du Bénin, Lomé; IRD/Westinghouse. Enquête Démographique et de Santé au Togo. mars 1990.

Unité de Recherche Démographique, Université du Bénin, Lomé. Programme Quinquennal d'Activités: 1991-1995.

Van Steirtegham, Viviane. Rapport de l'Enquête sur la Qualité des Soins Materno-Infantiles dans les Dispensaires Périphériques au Togo. UNICEF, Lomé, Juin-Juillet 1989.

Projet Eau et Assainissement pour la Santé (WASH). Evaluation Finale du Projet USAID/Togo d'Approvisionnement en Eau et Assainissement. Février 1988.

Banque Mondiale. Afrique Sub-Saharienne: De la Crise à une Croissance Soutenue, Etude de la Perspective à Long Terme. Washington, D.C. 1989.