



HEALTH FOR ALL NOW!  
**People's Health Movement**  
TOGO

REPUBLIQUE TOGOLAISE  
Travail – Liberté – Patrie



# **EVALUATION DU DROIT A LA SANTE ET AUX SERVICES MEDICAUX AU TOGO**

**CERCLE PHM-TOGO**

Décembre 2008

## **REMERCIEMENTS**

Le cercle PHM-Togo remercie les docteurs, les assistants médicaux, les auxiliaires infirmiers, les infirmiers d'Etat, les internes, les organisations de droits humains et les communautés pour leur contribution à l'élaboration de ce document.

Les remerciements vont particulièrement aux donateurs du PHM-Global.

## ACRONYMES

AFD	Agence française pour le Développement
AM	Assistant Médical
AP	Accoucheuse Permanente
BAD	Banque Africaine de Développement
BID	Banque Islamique de développement
BM	Banque Mondiale
CF	Coopération Française
CHR	Centre Hospitalier Régional
CHU	Centre Hospitalier Universitaire
CMS	Centre Médico-Social
CNAO	Centre National d'Appareillage Orthopédique
DAS	Droit à la Santé
DISER	Division Information Statistique Etude et recherche
FS	Formation Sanitaire
GTZ	Deutsche Gesellshft Fur Technische Zusammenarbeit
HD	Hôpital de District
IAE	Infirmier Auxiliaire d'Etat
IDE	Infirmier Diplômé d'Etat
IP	Infirmier Permanent
MMR	Maternité à Moindre Risque
OCDI	Organisation de la Charité pour un Développement Intégral
OMD	Objectif du Millénaire pour le Développement
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
ONG	Organisation Non Gouvernementale
ONUSIDA	Organisation des Nations Unies pour la Lutte contre le SIDA
PHM	People's Health Movement
PMI	Protection Maternelle et Infantile
SF	Sage -Femme
SIDA	Syndrome de l'Immuno -Déficiency Acquis
SONU	Soins Obstétricaux et Néonataux d'Urgence
SONUB	Soins Obstétricaux et Néonataux d'Urgence de Base
SONUC	Soins Obstétricaux et Néonataux d'Urgence Complets
UE/ADSS	Union Européenne/Appui Décentralisé du Secteur de la Santé
UNICEF	Fonds des Nations Unies pour l'Enfance
USAID	United States Aides of International Development
UNFPA	Fonds des Nations Unies pour la Population
USP	Unité de Soins Périphériques
VIH	Virus de l'Immuno -Déficiency Humaine

# SOMMAIRE

## PREFACE

## INTRODUCTION

### I- ANALYSE DE LA SITUATION

#### 1.1 Contexte

#### 1.2 Généralités

##### 1.2.1 Présentation du pays

##### 1.2.2 Données démographiques

##### 1.2.3 Données socio-économiques et culturelles

##### 1.2.4 Engagements pris par le Togo

#### 1.3 Analyse de la situation sanitaire

##### 1.3.1 Données sanitaires

##### 1.3.2 Organisation du système de santé au Togo

##### 1.3.3 Infrastructures sanitaires

##### 1.3.4 Ressources humaines

##### 1.3.5 Couverture des services

##### 1.3.6 Couvertures spécifiques obtenues

##### 1.3.7 Financement du secteur de santé

### II- RECOMMANDATIONS

### III-CONCLUSION

## ANNEXE

### *Références*

### *Liste des membres du cercle PHM-Togo 2008*

## **PREFACE**

En l'an 2008, un regroupement des organisations de la société civile togolaise et des personnes s'est fait pour la mise en place du cercle PHM – Togo. Ce mouvement a élaboré un plan d'action basé sur la collecte des données afin d'évaluer le droit à la santé et aux services médicaux au Togo.

Le processus d'élaboration du document sur l'évaluation du droit à la santé et aux services médicaux au Togo a été conduit en 2008 par une équipe constituée des membres du cercle PHM-Togo

Cet exercice a été mené sur la base d'une approche participative caractérisée par des consultations élargies aux principales cibles dans les cinq (5) régions du pays.

## **INTRODUCTION**

La santé est un droit fondamental qui influence tous les aspects de la vie d'un individu. Le droit à la santé et aux services médicaux est une priorité et chaque Etat a le devoir de l'assurer pour chaque citoyen. Ainsi la constitution togolaise en son article 34 stipule que « l'Etat reconnaît aux citoyens le droit à la santé. Il œuvre à le promouvoir ».

Indubitablement les stratégies des services de soins primaires sont des meilleures stratégies pour assurer la santé pour tous.

Pour cela, depuis des années, le Togo s'est engagé pour le bien-être des populations. Il s'est inscrit à l'initiative « Santé Pour Tous et Tous pour la Santé » et s'est assigné d'autres engagements tant régionaux qu'internationaux en matière de la santé.

Chaque citoyen togolais devrait bénéficier d'un service adéquat dans les structures sanitaires mais hélas. Et pourtant, l'Etat togolais dispose d'un plan national de développement sanitaire et des moyens nécessaires pour le bien être sanitaire de chaque citoyen togolais.

## **I- ANALYSE DE LA SITUATION**

### **1.1 Contexte**

La santé est un état de bien être complet, physique, mental et social. C'est un droit fondamental qui est en relation étroite avec les autres droits. Le manque de nourriture et de logement rend difficile la vie pour une bonne santé. Le droit à la santé est lié à plusieurs aspects tels que la disponibilité, l'accessibilité, l'acceptabilité et la qualité des services de santé et des déterminants de la santé.

Le Togo s'est engagé, dès son accession à l'indépendance dans un processus de développement sanitaire visant à garantir le meilleur état de santé possible à l'ensemble de la population. C'est ainsi qu'il a fait siens la déclaration d'Alma-Ata de 1978, l'Initiative de Bamako de 1987, le scénario de développement sanitaire en trois phases et d'autres initiatives sur le plan régional et international.

Même, le Togo a souscrit aux Objectifs de Développement du Millénaire, aux recommandations du sommet d'Abuja et au Nouveau Plan d'Action de Partenariat pour le Développement issu du sommet des Chefs d'Etat de l'OUA tenu à Lusaka. Ces nouvelles initiatives à l'échelon africain et mondial offrent une opportunité certaine au pays. En conséquence, l'Etat togolais s'est efforcé de respecter les clauses vis-à-vis des engagements pris en mettant en place des infrastructures sanitaires rapprochant les services de santé des populations. Mais depuis fort longtemps, les indicateurs sociaux se sont détériorés ainsi la majorité de la population togolaise vit dans la précarité et éprouve d'énormes difficultés pour accéder aux soins de santé. L'espérance de vie est aujourd'hui menacée par cette expansion de la pauvreté et des maladies en particulier la tendance actuelle de la pandémie du VIH/SIDA qui continue de faire plus de victimes.

En plus de ces menaces, le Togo ne respecte plus tous les engagements visant à promouvoir le droit à la santé et aux services médicaux.

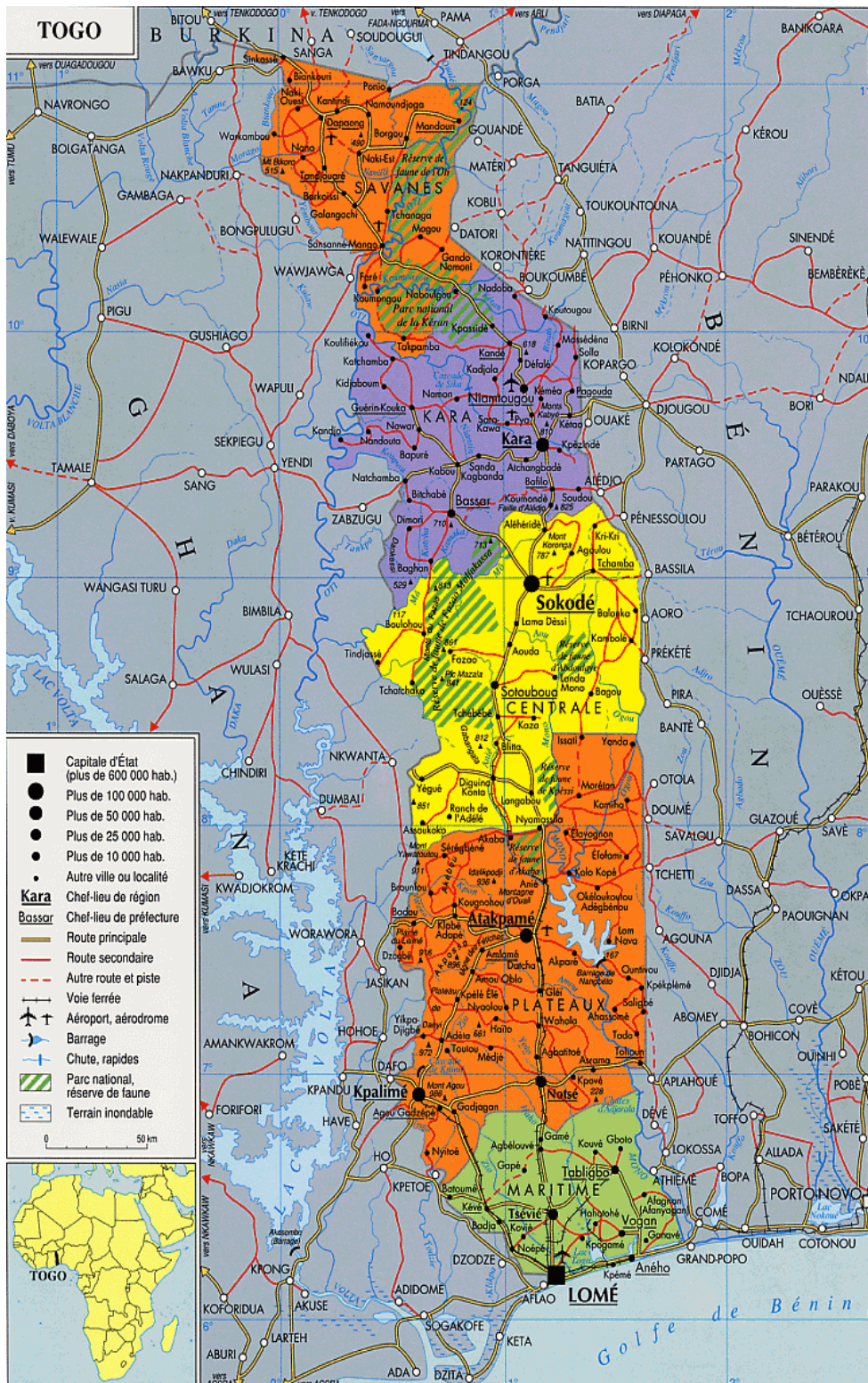
C'est dans ce contexte que l'élaboration de ce document a été initiée pour faire l'état des lieux de la situation du droit à la santé et aux soins médicaux au Togo.

## 1.2 Généralités

### 1.2.1 Présentation du pays

Le Togo est un pays d'Afrique de l'Ouest d'une superficie de 56785 km<sup>2</sup>, qui s'étire entre le Bénin à 14 km est et le Ghana à l'Ouest sur près de 60km. Il est limité au nord par le Burkina Faso. Le Togo s'ouvre au sud sur le Golfe de Guinée par un littoral de 50 km environ.

#### CARTE ADMINISTRATIVE DU TOGO





### **1.2.2 Données démographiques**

La population togolaise, avec un taux d'accroissement de 2,4%, est estimée en 2007 à 5.465.088 habitants et ainsi répartie :

- Les femmes sont plus nombreuses que les hommes (51,3% de femmes et 48,7% d'hommes)

- Les enfants moins de 15ans représentent à eux seuls la moitié de la population

- Les jeunes de 15 à 24 ans représentent 17% de cette population

Selon le rapport de la Direction Générale de la Statistique et de la Comptabilité Nationale (DGSCN) :

- Le taux de natalité est de 2,4%

- Le taux brut de mortalité est de 13%

### **1.2.3 Données socio-économiques et culturelles**

Terre de traditions et de cultures diversifiées, le Togo est un riche contraste des croyances et des pratiques des savanes africaines, de celles des peuplades de forêt est enfin des divinités du littoral africain.

Au Togo, la polygamie est autorisée par la loi selon le code des personnes et de la famille : ainsi, environ 54% des femmes mariées sont dans une union polygame. Par ailleurs, certaines pratiques rituelles subsistent encore, notamment le sororat (Système social qui oblige un veuf à prendre pour épouse la sœur de sa femme), le lévirat (Coutume selon laquelle le frère d'un homme mort sans (ou avec) enfant devait en épouser la veuve), l'excision et les scarifications rituelles. Les us et coutumes ont une influence sur la santé de la population. Le taux de prévalence des mutilations génitales féminines chez les femmes de 15 à 49 ans est de 6%.

Les principales religions sont : l'animisme, le Christianisme et l'Islam.

En matière d'éducation, le taux de scolarisation des filles de 6 à 12 ans est de 64% et celui des garçons du même âge de 76%. Les femmes de 15 à 49 ans non scolarisées représentent 48%.

Le Togo est confronté depuis ces dernières années à une grave crise économique et financière accentuée par les troubles socio-politiques et la dévaluation du francs CFA survenue en Janvier 1994.

Les conditions de vie des populations continuent de se détériorer par manque de financement des programmes de santé, de réhabilitation des infrastructures socio-économiques, sanitaires et l'insuffisance du personnel qualifié.

Cette situation a pour conséquences, l'effondrement du pouvoir d'achat de la population, la paupérisation des couches les plus vulnérables, l'aggravation du chômage des jeunes et le ralentissement de l'offre de l'emploi dans le secteur public.

#### **1.2.4 Engagements pris par le Togo**

Adoptée en 1946, la Constitution de l'OMS proclame : «La possession du meilleur état de santé qu'il est capable d'atteindre constitue l'un des droits fondamentaux de tout être humain, quelles que soient sa race, sa religion, ses opinions politiques, sa condition économique ou sociale.» Deux ans plus tard, l'article 25, paragraphe 1, de la Déclaration Universelle des droits de l'Homme a jeté les bases du cadre juridique international du droit à la santé. Depuis lors, le droit à la santé a été inscrit dans de nombreux traités internationaux et régionaux juridiquement contraignants relatifs aux droits de l'homme.

L'article 12 du Pacte International relatif aux droits économiques, sociaux et culturels est la pierre angulaire de la protection du droit à la santé dans la législation internationale.

Des garanties supplémentaires destinées à protéger le droit à la santé des groupes marginalisés sont énoncées dans les traités internationaux spécialement conçus pour des groupes déterminés.

La Convention Internationale sur l'élimination de toutes les formes de discrimination raciale (à l'alinéa IV du paragraphe) de l'article 5, institue en faveur des groupes raciaux et ethniques des garanties concernant la protection du droit à la santé et aux soins médicaux.

La Convention sur l'élimination de la discrimination à l'égard des femmes comporte plusieurs dispositions, en particulier les articles qui garantissant le droit des femmes à la santé.

La Convention relative aux droits de l'enfant contient des dispositions complètes et détaillées sur le droit de l'enfant à la santé, notamment l'article 24, qui est entièrement consacré au droit de l'enfant à la santé.

D'autres normes, qui concernent des groupes spécifiques, sont énoncées dans d'autres instruments, notamment les principes pour la protection des personnes atteintes de maladie mentale et pour l'amélioration des soins de santé mentale et la Déclaration sur l'élimination de la violence à l'égard des femmes.

D'autres instruments internationaux relatifs aux droits de l'homme contiennent des garanties concernant le droit à la santé dans divers contextes, environnements et processus, y compris les conflits armés, le développement, les lieux de travail et la détention.

Des engagements d'une portée considérable relatifs aux droits à la santé ont été formulés dans les documents finaux de nombreuses conférences mondiales des Nations Unies.

Dans les normes internationales, le droit à la santé est reconnu dans les traités régionaux relatifs aux droits de l'homme, y compris dans la Charte Africaine des droits de l'homme et des peuples (article 16); et la Charte Africaine des droits et du bien-être de l'enfant (article 14)

Le droit à la santé est un droit global, dans le champ duquel entrent non seulement les prestations de soins de santé appropriées en temps opportun, mais aussi les facteurs fondamentaux déterminants de la santé tels que l'accès à l'eau salubre et potable et à des moyens adéquats d'assainissement, l'hygiène du travail et du milieu et l'accès à l'éducation et à l'information relatives à la santé, notamment la santé sexuelle et génésique.

Le Togo est membre des Nations Unies et de l'Union Africaine. Il a, à ce titre, ratifié plusieurs instruments de promotion et de protection des droits de l'homme tant sur le plan international que régional.

La situation de quelques ratifications se présente comme suit :

	<b>Ratification</b>	<b>Entrée en vigueur</b>
<b>ICERD<sup>1</sup></b>	01 septembre 1972	01 septembre 1972
<b>ICCPR<sup>2</sup></b>	24 mai 1984	24 août 1984
<b>ICCPR - OP1<sup>3</sup></b>	30 mars 1988	30 juin 1988
<b>CESCR<sup>4</sup></b>	24 mai 1984	24 août 1984
<b>CEDAW<sup>5</sup></b>	26 septembre 1983	26 octobre 1983
<b>CAT<sup>6</sup></b>	18 novembre 1987	18 décembre 1987
<b>CRC<sup>7</sup></b>	01 août 1990	02 septembre 1990

- 1-Convention sur l'élimination de toutes les formes de discrimination raciale.
- 2-Pacte international relatif aux droits civils et politiques.
- 3-Protocole facultatif se rapportant au Pacte international relatif aux droits civils et Politiques
- 4-Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels.
- 5-Convention sur l'élimination de toutes les formes de discrimination à l'égard des femmes.
- 6- Convention contre la torture et autres peines ou traitements cruels, inhumains ou dégradants.
- 7-Convention relative aux droits de l'enfant.

Le Togo, dispose depuis le 14 décembre 2005, de la loi n° 2005 – 012 portant protection des personnes en matière du VIH et du SIDA. Ce document est aujourd'hui en étude pour harmoniser certains articles.

### **1.3 Analyse de la situation sanitaire**

#### **1.3.1 Données sanitaires**

Le Togo compte six régions sanitaires. Il s'agit du sud au Nord, des régions : Lomé-Commune, Maritime, Plateaux, Centrale, Kara et Savanes. Chaque région est subdivisée en districts sanitaires. Le pays compte 35 districts sanitaires.

#### **1.3.2 Organisation du système de santé**

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

##### ***Niveau central***

Le niveau central est chargé de la définition et du suivi de la mise en œuvre des grandes orientations de la politique sanitaire du pays en tenant compte des principaux axes de développement socio-économique du gouvernement et des problèmes prioritaires de Santé Publique. En outre, Il est chargé de l'élaboration des politiques et normes, de la mobilisation de ressources, du contrôle de gestion et de l'évaluation des performances.

Ce niveau est avec le Cabinet du Ministère, la Direction Générale et ses directions centrales, divisions et services.

### ***Niveau intermédiaire***

Le niveau intermédiaire est chargé de faire appliquer la politique nationale de santé et d'assurer l'appui technique et logistique aux districts sanitaires.

La principale structure responsable de ces fonctions est l'équipe cadre régionale qui inclut des responsables du secteur de la santé et ceux des autres secteurs notamment, la Direction Régionale du Plan, la Direction Régionale des Affaires Sociales, la Direction Régionale de l'Education, la Direction Régionale des Statistiques..., et les représentants de la société civile, ainsi que des ONG et Associations.

La non-disponibilité de certains membres pour participer activement aux rencontres de concertation et de prise de décision freine l'opérationnalité des équipes cadres régionales.

Par conséquent, l'application de la politique nationale de santé n'est alors pas totalement effective.

### ***Niveau périphérique***

Ce niveau organisé en 35 districts sanitaires correspondant aux préfectures. Il est chargé de la mise en place des interventions de santé visant à atteindre les objectifs de la politique sanitaire. C'est là également que s'exprime la volonté politique d'accroître la participation des communautés à l'effort de développement sanitaire local. Le district sanitaire constitue l'entité opérationnelle du système de santé.

La mise en œuvre et le suivi de ces interventions est à la charge de l'équipe cadre de district qui est aussi multi-sectorielle. Le problème de participation active des membres de cette équipe aux activités sanitaires du district constitue la principale faiblesse de l'opérationnalité du district sanitaire. Par conséquent, l'effort d'atteindre les objectifs de la politique sanitaire s'amenuise.

En pratique, des réaménagements sont intervenus sans que l'organigramme issu de l'arrêté d'application des décrets 90-158, 90-159 du 02 octobre 1990 ait subi une mise à jour conséquente. La structuration de l'organigramme aux niveaux intermédiaire et

périphérique n'est pas encore effective. Ce qui compromet le bon fonctionnement du système de santé.

L'obsolescence du texte régissant le secteur privé de la santé, dans un contexte marqué par la forte expansion de celui-ci, commande une large prise en compte de ce secteur dans le document du code de la santé.

Par rapport à la participation des communautés, l'inexistence de cadre juridique réglementaire ralentit leur implication réelle à l'effort de développement sanitaire local. Par conséquence, la régression de la fréquentation des formations sanitaires augmente.

L'organisation actuelle du système national de santé découle des décrets n° 90/158/PR du 2 octobre 1990 portant organisation et attributions du Ministère de la Santé, puis le n°90/159/PR du 2 octobre 1990 portant organisation des services de la Direction Générale de la Santé Publique et l'arrêté d'application n° 11/91/MSP du 27 mars 1991 portant organisation des services des Directions Centrales, Régionales et Préfectorales de la Santé.

Le texte réglementant le secteur privé de la santé date de juillet 1961 (la loi n° 20-61 du 25 juillet 1961).

*Déclaration d'un membre d'un comité de santé : « Pour son intérêt personnel à mon avis, le directeur préfectoral de la santé a dissout le COSAN (Comité de Santé) et le COGES (Comité de Gestion) de notre centre de santé »*

*Déclaration d'un membre d'un autre comité de gestion : « Notre centre de santé est géré comme une propriété privée du chef centre et la santé des populations est bafouée. Lorsque j'ai porté l'affaire auprès de notre directeur préfectoral de la santé, j'ai été chassé du comité de gestion par le chef centre »*

#### **△ Violations du DAS :**

 **Exclusion des communautés dans la gestion des structures de santé.**

 **Inapplication des politiques et normes sanitaires existantes.**

### 1.3.3 Infrastructures sanitaires

Le système de santé Togolais est fourni en infrastructures de santé. D'après l'analyse de la situation conduite en 2003, environ 88% de la population se situent à moins de 5 km d'une structure de soins. Le répertoire des infrastructures du secteur privé et public au 24 mai 2008 selon les données de la Direction des Etablissements de Soins du Ministère de la santé compte 1103 formations sanitaires réparties comme suit :

- Secteur privé (356)
  - Hôpitaux confessionnels : 08
  - CMS/Dispensaires : 64
  - Cliniques/Cabinets : 284
- Secteur public (747)
  - CHU : 03
  - CHR : 06
  - HD : 35
  - CMS : 60
  - Dispensaires : 427
  - PMI : 11
  - Cases de santé : 205

Malgré cette bonne accessibilité géographique aux structures sanitaires et la mise en œuvre de politiques et stratégies de développement sanitaire, le système de santé togolais est loin de répondre efficacement et de manière satisfaisante à la demande des populations en soins de santé.

Dans le secteur public, 625 formations sanitaires assurent le paquet minimum en mortalité à moindre risque et aux soins obstétricaux et néonataux d'urgence soit 84% et 436 font la planification familiale soit 57%.

Il est à signaler que la fréquentation de ces structures de soins par les populations est faible du fait de :

- ✚ L'état vétuste des bâtiments et des équipements (90% des structures sont dans un état de délabrement)

- ✚ L'inaccessibilité financière des populations aux soins et services

- ✚ La non-disponibilité permanente des médicaments dans les formations sanitaires

✚ L'insuffisance du personnel qualifié (plus de la moitié des structures sanitaires à la périphérie sont tenues par des agents formés sur le tas)

✚ La non-disponibilité permanente de certains chefs centres (qui sont souvent impliqués dans des séminaires d'information et de recyclages)

*92% des agents de santé interrogés ont une mauvaise appréciation sur leur condition.*

*92% des agents de santé interrogés ont déclaré que les frais médicaux constituent un obstacle au droit à la santé et aux services médicaux.*

*25% des populations déclarent acceptable la gestion des centres de santé alors que 75% la déclarent passable*

*Un agent de santé a déclaré : « Chaque matin en quittant ma maison pour venir au service ici j'ai de la peine car c'est inadmissible d'apporter l'assistance médicale pour une personne dans ces locaux ».*

*« Si l'assistant médical était présent au service dans cette semaine là mon grand frère n'allait pas mourir. Chaque temps qu'on vient à ce centre de santé, on nous dit le praticien de soins de santé primaire est allé faire une formation » nous déclarait un patient.*

*Une autre déclaration : « Je me demande si c'est encore une pharmacie que nous avons dans notre centre de santé. Chaque temps, on vous dit que ce médicament n'est pas là alors que c'est eux même qui nous font les ordonnances ».*

### **△ Violation du DAS :**

 **L'inexistence des médicaments dans les formations sanitaires et la fréquente absence du staff.**

#### **1.3.4 Ressources humaines**

Le système de santé du Togo souffre d'une insuffisance chronique de ressources humaines. Cette insuffisance est plus remarquable pour le personnel médical et paramédical qualifié en dépit de la présence sur place d'écoles de formation de base (faculté mixte de médecine et pharmacie, école des infirmiers, école des sages femmes).

Les ratios du personnel soignant pour 1000 habitants se présentent comme suit :






- 0,07 médecins,
- 0,15 infirmiers diplômés d'Etat
- 0,06 sages femmes

La pénurie de personnel de santé est aggravée par la répartition géographique inadéquate du personnel, la fuite des cerveaux liée à l'absence de motivation, le non remplacement des départs à la retraite. A titre illustratif, entre 2004 et 2006, environ 716 agents sont partis à la retraite et n'ont pas été remplacés et de 2007 à 2012, environ 1324 agents iront à la retraite.

L'effectif du personnel du secteur public au 31 décembre 2007 selon la Division des Ressources Humaines du Ministère de la Santé est de 7724 repartit comme suit :

- Médecins (108 généralistes, 178 spécialistes dont 18 Gynécologues, 22 Chirurgiens, 16 Pédiatres et 122 autres) : 286
- Paramédicaux (230 AM, 681 IDE, 469 IAE, 96 IP, 327 SF, 310 AE, 260 AP et 2413 autres agents) : 4786
- Administratifs : 2652

#### **△ Violations du DAS :**

-  **Mal distribution du personnel qualifié dans différentes régions.**
-  **L'émigration du personnel qualifié.**
-  **Pénurie du personnel de santé.**

### **1.3.5 Couverture des services**

#### **1.3.5.1 Services médicaux**

Au plan des prestations des soins et services, l'accessibilité géographique à moins de 5km est de 88%.

Malgré la création des comités de santé (COSAN) devant susciter une plus grande mobilisation autour des problèmes de santé dans le cadre de la généralisation de l'Initiative de Bamako (IB), les activités promotionnelles sont peu développées dans les formations sanitaires. Les soins réadaptatifs sont dispensés dans les centres hospitaliers régionaux (CHR), dans les Centres Hospitaliers Universitaires (CHU) ainsi que dans les centres spécialisés tels que le CNAO (Centre National d'Appareillage Orthopédique) et ses antennes de Kara et de Dapaong.

Les services de santé de la reproduction sont offerts à tous les niveaux du système de soins. Cependant, les activités de

prestations de service en planification familiale ne sont dispensées que dans 436 sur 625 FS/MMR/SONU en 2007 soit 70%.

Au Togo, selon une étude faite en 2007, sur les 141 formations sanitaires de SONU potentielles évaluées, seules 11 (9 SONUC : « Soins Obstétricaux et Néonataux d'Urgence Complètes » et 2 SONUB : « Soins Obstétricaux et Néonataux d'Urgence de base ») soit environ 8% dispensent effectivement des SONU.

On constate amèrement que la fréquentation des formations sanitaires décroît d'année en année. C'est ainsi que le taux de fréquentation qui était de 63% en 1990, 40% en 1994, 24% en 2001 est de 25% en 2006 (DISER).

L'évolution dégressive de la fréquentation des services publics résulterait d'une part de la faiblesse de l'offre de service, de la qualité des prestations et d'autre part de la faiblesse du pouvoir d'achat de la majeure partie de la population.

Selon la revue des activités de santé en 2003, le coût moyen de traitement par pathologie dans les formations sanitaires est de 1868,38 F. Ce coût varie entre 1081,76 F et 3069 F d'une région à l'autre.


Les partogrammes pour la prise en charge des femmes en travail sont utilisés dans 37% des formations sanitaires et les ordinogrammes de prise en charge des malades ainsi que le guide thérapeutique à l'usage du personnel de santé sont disponibles dans 67% des formations sanitaires mais sont peu utilisés par les prestataires.


*Témoignage : « Si j'avais de l'argent, j'allais sauver cette petite fille de 5ans qui a rendu l'âme à cause de 800 FCFA. Le matin vers 11heures, la mère a amené l'enfant au centre de santé pour des soins. Elle n'avait que 1000 FCFA dans sa trousse. Après avoir payé la consultation à 300 FCFA, le reste des soins s'élève à 1500 FCFA. Elle n'a pas pu et elle a promis revenir. Vers 15heures, elle revient en courant l'enfant au dos en suppliant l'infirmier qu'elle n'a pas pu trouver le reste. L'infirmier a pris tout son temps et lorsqu'il a décidé de faire le nécessaire, l'enfant a rendu l'âme ».*


#### **△ Violations du DAS :**

 **Prestations de service en planification familiale limitées.**

 **Mauvaise qualité des prestations dans les formations sanitaires.**

 **Coût de traitement élevé par rapport à la situation financière des groupes vulnérables.**

 **La vétusté des appareils d'imagerie ou l'absence de certains services d'imagerie dans le secteur public comme le scanner et l'imagerie par résonance entraînant ainsi un coût élevé de ces services par rapport à la bourse du togolais.**

 **Existante des cliniques informelles dites sauvages détenues par des gens non qualifiés dans certains coins reculés du pays.**

 **Très faible dispensation des prestations de SONU dans les formations sanitaires de SONU potentiels**

 **Fréquentation décroissante des formations sanitaires par les populations**

 **Très faibles activités promotionnelles dans les formations sanitaires**

 **Les soins réadaptatifs ne sont pas accessibles à tous.**

### **1.3.5.2 Services pharmaceutiques**

Le secteur public initialement composé de la PHARMAPRO et TOGOPHARMA (avec ses 8 pharmacies d'Etat et 90 dépôts) n'est plus opérationnel depuis 1992. Actuellement la couverture est assurée par :

- 1 grossiste répartiteur communautaire à gestion autonome, CAMEG-Togo, s'occupe de l'approvisionnement des formations sanitaires en produits pharmaceutiques, principalement des médicaments essentiels génériques à moindre coût. Il est relayé au niveau régional par des dépôts régionaux d'approvisionnement ; les pharmacies de l'ensemble des formations sanitaires publiques du pays s'approvisionnent essentiellement auprès de ce dernier.
- 4 grossistes répartiteurs à but lucratif : SOCOPHARM, GTPHARM SOTOMED et UNIPHART
- 1 grossiste dépositaire confessionnel CAPHECTO (OCDI) ;
- 117 officines privées de pharmacie dont 104 à Lomé ;
- 33 dépôts pharmaceutiques agréés ;

On note par ailleurs l'existence de deux usines de fabrication privées GGIA et TONG MEI.


Les ONG et les confessionnels s'approvisionnent en médicaments génériques par des dons de leurs organismes de tutelle, des achats auprès de sociétés à but lucratif, des grossistes nationaux et internationaux. Les structures sanitaires confessionnelles sont souvent approvisionnées en médicaments sous forme de dons par leur institution mère. Cette situation favorise indirectement le commerce illicite des médicaments c'est-à-dire compromet l'état de santé des populations les plus défavorisées.

Le secteur pharmaceutique est confronté à de nombreux problèmes.


*Premier témoignage : « Je suis délégué médical. Le Togo ne dispose pas des appareils adéquats pour l'authenticité des médicaments et le ministère de la santé a en son sein une équipe chargée de faire suivant certaines procédures cette vérification mais il suffit de faire une enveloppe et tes produits passent avec des papiers en règle. A cause de ça, des médicaments de même composition ayant des noms différents pullulent dans les pharmacies ».*


*Deuxième témoignage : « Moi je vais souvent au Nigéria pour acheter des médicaments à vendre. Ces produits sont moins chers pour la population. Comme je sais lire, je donne les instructions aux personnes qui viennent acheter chez moi. Mes enfants et moi ne fréquentons plus les centres de santé qui prescrivent les mêmes médicaments que je vends ».*

#### **△ Violations du DAS :**

 **Le coût excessif des médicaments sous nom de marque et en particulier pour ceux figurant sur la liste des médicaments essentiels ;**

 **Le développement du marché illicite de médicaments d'origine non contrôlable et des points de vente sauvage ;**

 **L'insuffisance des activités de promotion de l'utilisation des médicaments génériques en particulier par les praticiens hospitaliers.**

 **L'insuffisance de formation continue pour les prescripteurs et les dispensateurs de soins à la bonne gestion des produits pharmaceutiques ;**



## **La faible performance des éléments constitutifs du système d'assurance de qualité : autorisation de mise sur le marché, inspection, contrôle de qualité et information objective sur les médicaments et autorisations professionnelles.**

### **1.3.5.3 Médecine traditionnelle**

La médecine traditionnelle se pratique de manière très active sur le terrain. Mais il y a un grand cafouillage sur le terrain ainsi le droit à la santé des populations est violé. Les statistiques sur le nombre de thérapeutes traditionnels ne sont pas fiables, la plupart d'entre eux travaillant dans l'informel. Et, parfois ce qui est étonnant, bon nombre parmi eux prétendent guérir toutes les maladies même le Sida dans le but d'escroquer les patients en aggravant leur état de santé. Toutefois, on distingue des pratiques thérapeutiques traditionnelles assez développées et organisées qui associent la démarche scientifique.

D'une manière générale, la plupart des thérapeutes traditionnels sont plus enclins à se soucier des questions quelquefois purement à but lucratif que de celles relatives au respect de la déontologie médicale. D'autre part, la distinction entre la vraie médecine traditionnelle et les pratiques occultes n'est pas souvent visible. Sur le terrain, les thérapeutes traditionnels sont mal organisés ceci complique l'existence d'interlocuteur représentatif et consensuel avec lequel le ministère peut discuter.

Soucieux de susciter une meilleure collaboration entre la médecine moderne et traditionnelle, le Ministère de la santé a créé en son sein un service chargé de cette discipline. Jusqu'à ce jour, ce service n'est pas opérationnel.

*Déclaration d'une victime : « lorsque j'ai été déclarée séropositive, le tradithérapeute m'a demandé de lui donner 200.000 FCFA que je lui ai remis. Il m'a préparé une potion dans un bidon de 5 litres. Je me suis sentie très bien à l'aise et il m'a dit que dans un an tout finira. Je l'ai cru. Et chaque mois je lui paie 20.000 FCFA pour d'autres potions durant une année. Après un an et demi, j'ai eu un malaise et j'ai été transférée dans une formation sanitaire où le test de dépistage a été encore fait. Le résultat est toujours positif. Depuis ce jour, j'ai cherché un centre de prise en charge des PVVIH pour prendre soin de mon corps en utilisant moins de d'argent ».*

## **△ Violations du DAS :**

 **Fragile collaboration entre la médecine moderne et traditionnelle.**

### **1.3.6 Couvertures spécifiques obtenues**

#### **1.3.6.1 Paludisme**

Le Paludisme est l'endémie de premier rang des pathologies parasitaires rencontrées au Togo tant sur le plan de la morbidité que de la mortalité. Il est holoendémique et stable car sa transmission dure presque toute l'année ; le paludisme sévit de la même façon sur toute l'étendue du territoire.

Le Togo dispose d'une politique nationale de lutte contre le paludisme, mise en œuvre par le Ministère de la Santé Publique à travers un Programme National de Lutte contre le Paludisme. Après le développement de deux plans quinquennaux et la mise en œuvre accélérée de la lutte antipaludique, les autorités se sont engagées à développer l'initiative « Faire reculer le paludisme » et ont participé au sommet africain des Chefs d'Etats et de Gouvernement tenu à Abuja, Nigeria le 25 avril 2000. Deux interventions majeures résument la lutte contre le paludisme dans un but d'impact. Il s'agit de la réduction du contact Homme - vecteur et de la prise en charge des cas. Ces interventions sont développées au niveau des USP, des HD et des CHR. Elles sont intégrées aux activités de SSP des formations sanitaires. Pour ce qui concerne la promotion des moustiquaires, il existe 82 centres d'imprégnation. Toutefois, le taux de ré imprégnation est de 4%.

#### **1.3.6.2 IST/VIH/SIDA**

La prévalence moyenne de l'infection VIH (source ONUSIDA 2005) est de 3,2%. Plusieurs facteurs de vulnérabilité et de risque comme l'augmentation du nombre de jeunes non scolarisés, le taux élevé du chômage, la pauvreté, le statut social et économique faible de la femme, le multi partenariat sexuel, la précocité des premiers rapports sexuels, les pratiques socioculturelles néfastes, la prévalence élevée des Infections Sexuellement Transmissibles (IST), la migration, la prostitution, les croyances religieuses, favorisent la persistance et l'aggravation de l'épidémie.

*Témoignage d'une victime : « J'ai confié ma séropositivité à mon pasteur (confession religieuse) qui m'a demandé à ce que j'amène 100.000 FCFA pour qu'il puisse me préparer une potion ce qui fut fait. J'ai été soumise aux jeûnes et prières. Les premiers mois, j'étais en bonne forme mais la suite n'était du tout facile pour moi*

**△ Violation du DAS :**

**Insuffisances des programmes Paludisme et VIH/SIDA.**

### **1.3.6.3 Prise en charge des infections sexuellement transmissibles (IST)**

Le personnel de la Santé, en particulier du niveau périphérique a été formé à la prise en charge selon l'approche syndromique. Il dispose à cet effet, d'un guide révisé de prise en charge des infections. Compte tenu des moyens limités, le guide n'est pas largement diffusé. L'automédication et le refus de certains malades de faire traiter leurs partenaires sexuels constituent les principaux obstacles rencontrés.

*J'avais une infection et je suis allé en consultation chez l'agent de santé qualifié du centre de santé de notre localité. Franchement j'ai été traité d'une manière qui m'a énormément marquée. J'avais honte de moi-même. J'ai pu avoir satisfaction avec les traitements traditionnels. »*

### **1.3.6.4 Prise en charge du VIH/SIDA**

La prise en charge psychosociale est dispensée par des équipes médicales préparées à cet effet. Elle cible aussi bien les personnes vivant avec le VIH/SIDA que les malades du SIDA. Il existe à Lomé un centre national de conseils et de dépistage volontaire et anonyme gratuit. Toutefois, des efforts doivent être faits afin de créer des centres de relais à l'intérieur du pays pour résoudre le problème d'accessibilité géographique. Les principales contraintes sont surtout dues à un retard de recours aux structures de santé, à l'inaccessibilité financière aux médicaments et à l'insuffisance dans l'organisation de cette prise en charge. Par ailleurs, il n'existe pas une prise en charge pour les malades démunis et les orphelins du SIDA. La prise en charge à base communautaire et à domicile n'est pas encore développée. Aujourd'hui, indubitablement, la stigmatisation associée au VIH et au Sida trouve son origine dans

les préjudices liés au sexe, à la pauvreté, à la sexualité, à la race et à d'autres facteurs et renforcent ces préjudices. La stigmatisation et la discrimination à l'encontre des personnes atteintes du VIH et du Sida influent de plusieurs manières cruciales sur la propagation et l'impact de la maladie. Il est à noter que par peur d'être identifiés comme séropositifs ou atteints du sida empêche les gens de chercher à consulter et de se soumettre spontanément au dépistage VIH (examens de laboratoire) or c'est ce qui est indispensable pour la prévention, les soins et le traitement.

Le constat est toujours amer quant-à ce qui concerne l'accès aux soins médicaux des PVVIH dans les structures sanitaires publiques. Parfois les ordonnances sont faites sans consulter la PVVIH.

Malgré la gratuité des ARV au Togo, on est loin des accès universel aux soins. Le bilan initial est à la charge des patients. A part les malades Fonds Mondial, les autres PVVIH sont obligées de faire leur bilan de suivi à leurs frais propre faisant ainsi deux catégories de PVVIH au Togo. Les centres d'éducatons thérapeutiques sont aussi presque inexistantes. Pour les soins primaires, les droits des PVVIH sont bafoués.

En ce qui concerne les politiques, lois et règlements ; il y a eu une nette progression de 2005 à 2007. Cela s'explique par la promulgation de la loi portant protection des personnes en matière du VIH/SIDA qui a été largement diffusée et qui fait l'objet de promotion au sein de la population, notamment les PVVIH. Quant à l'application des lois et politiques, la situation reste stationnaire et inquiétante et les victimes de violations de tout genre de droits humains ne sont non seulement en mesure de dénoncer les auteurs de violations de la loi, mais aussi parce que les textes d'application prévus par la loi ne sont pas encore pris.

*Déclaration d'un accompagnant de malade : « J'avais amené ma nièce au centre de santé de notre localité. Nous avons croisé au portail, le chef centre qui demandait à l'un de ses employés si ce monsieur qui a le sida est toujours vivant. Ce propos m'a beaucoup choqué car provenant d'un assistant médical et pire encore devant beaucoup de gens. »*

*Témoignage d'une PVVIH : « Tout ce qui me tue ce sont les frais d'analyses »*



### **△ Violation du DAS :**

 ***La discrimination et la stigmatisation des personnes atteintes du VIH dans les structures sanitaires publiques.***

 ***Manque des testes d'applications des lois et politiques pour la protection des personnes vivant avec le VIH.***

#### **1.3.6.5 Sécurité transfusionnelle**

Un Centre National de Transfusion Sanguine à Lomé et un Centre Régional de Transfusion Sanguine à Sokodé couvrent tout le pays. Les indications de transfusion sont limitées aux cas d'extrême urgence. Des ruptures fréquentes des stocks de réactifs de VIH ainsi que du matériel de transfusion sont constatées.

D'autre part, les donateurs bénévoles s'amenuisent et les quantités de sang collectées deviennent insuffisantes. Par ailleurs, après les tests rapides, il est nécessaire de poursuivre la confirmation diagnostique et informer les donateurs séropositifs de leur statut sérologique. Tout ceci commande un renforcement en réactifs de laboratoire et en moyens de motivation et de prise en charge des donateurs.

#### **1.3.6.6 Prévention de la transmission mère-enfant (PTME)**

Le risque de transmission du VIH en milieu de soins et au cours des pratiques traditionnelles persiste. Il est constaté une insuffisance en matériel de protection, en produits de désinfection et une faiblesse des mesures d'hygiène ainsi qu'un non-respect des précautions universelles.

En 2006, 617 femmes enceintes infectées par le VIH ont reçu les antirétroviraux pour réduire le risque de transmission mère-enfant sur 10 087 attendues soit 6,1%. Durant le premier semestre 2007, 436 femmes enceintes séropositives ont bénéficié du traitement ARV sur 10 329 attendues soit 4,2%. Ces chiffres bien qu'étant en nette progression par rapport à ceux de 2004 et 2005 (respectivement 152/10 295 et 314/10 554) sont largement en dessous des cibles. Sur 24 116 femmes enceintes reçues en consultations prénatales en 2006 dans les 34 sites PTME, seulement 19 031 ont fait le dépistage du VIH (70,5%) dont 1 334 étaient séropositives.

En dehors des 34 sites PTME existants, 7 nouveaux sites PTME ont été créés en 2007 dont 3 sont fonctionnels.

*Témoignage d'une victime : « Si je tiens à vous dire ce qui m'est arrivé c'est pour aider les autres femmes. En cette année, j'ai été déclarée séropositive dans mon 7ème mois de grossesse. Je fréquentais un centre médico-social public où je devrais accoucher or ce centre ne disposait pas de sage femme qualifiée pour le programme PTME. Comme, j'ai été avisée par une amie qui était dans cette situation des procédures pour sauver l'enfant. Dans le 8ème mois, j'ai commencé par demander aux sages femmes les précautions à prendre. La responsable des sages femmes a saisi le chef centre pour la situation mais ce dernier a ordonné à ce qu'on me fait l'accouchement comme toute femme enceinte. C'était inadmissible pour moi qui suis avisée. J'ai immédiatement cherché à accoucher mon enfant dans un centre reconnu pour cet accouchement. J'ai été satisfaite et j'attends les 18 mois pour voir le cas de mon enfant »*

**△ Violation du DAS :**

 **Le droit aux services adéquats pour la femme enceinte séropositive est bafoué.**

 **Insuffisance des services de programme PTME**

### **1.3.6.7 Tuberculose**

La stratégie DOTS appliquée depuis 1996, est fondée sur la détection prioritaire des cas contagieux et leur traitement par une chimiothérapie de courte durée directement observée au moins pendant la phase initiale du traitement. De nos jours, on préconise la prise en charge et le suivi du traitement des patients par leur famille dans la communauté.

La prise en charge de la co-infection TB/VIH n'est pas encore systématisée. Le Plan conjoint de prise en charge TB/VIH, élaboré en août 2007 n'est pas encore mis en œuvre. Toutefois, les cas 42 de co-infection TB/VIH notifiés sont pris en charge de manière concertée avec les spécialistes des deux programmes (PNLT et PNLS-IST). En 2006, 44 cas de co-infection ont bénéficié à la fois d'une thérapie ARV et antituberculeuse dont 24 hommes et 20 femmes sur un total de 18 700 cas de co-infection TB/VIH selon les estimations de l'OMS.

**△ Violation du DAS :**

 **Faible prise en charge systématique de la co-infection TB/VIH**

### 1.3.6.8 Santé en milieu carcéral

Il existe au Togo quatorze (14) prisons civiles dont trois (3) sont hors fonction. La population carcérale très fluctuante tourne actuellement autour de trois mille (3.000) détenus et un centre spécialisé pour l'accueil des mineurs (Brigade pour mineurs à Lomé). En matière d'organisation et de ressources humaines, il est noté une insuffisance en quantité et en qualité du personnel pénitentiaire. Ce personnel exécute des tâches spécifiques auxquelles il n'est pas formé. Sur le plan financier, des crédits complémentaires ou spéciaux sont sollicités chaque année pour couvrir les dépenses. Sur le plan des Infrastructures, plus de 80%, des infrastructures sont vétustes, délabrées, sans équipements et installations sanitaires. On note également une insuffisance de médicaments de premiers soins, d'équipements médicaux, techniques et de véhicules pour des activités spécifiques.

*Témoignage d'un ancien détenu : « Ce n'est pas tout le monde qui est en prison qui est fautif parfois on est innocent. Malgré tout, un prisonnier est humain et il a ses droits. J'ai fait une année en prison sans être une fois soigné convenablement. Je suis désolé de le dire, on considère les prisonniers au Togo comme des animaux sauvages. La prison n'est qu'une maison à mon entendement où on est privé de nos habitudes quotidiennes mais on doit nécessairement respecter nos droits en particulier ceux sanitaires ».*

#### △ **Violation du DAS :**

 **Le droit aux services adéquats pour les détenus est bafoué.**

 **Inexistence des services de soins sanitaires dans toutes les prisons**

### 1.3.6.9 Santé de l'enfant, des jeunes et des adolescents

Les activités de la Prise en Charge Intégrée des Maladies de l'Enfance (PCIME) sont à une phase d'expérimentation et couvrent 23% du pays. Un pool de formateurs a été mis en place puis formé pour encadrer les équipes de santé de district en matière de prise en charge intégrée du paludisme, des maladies diarrhéiques, des infections respiratoires aiguës, de la malnutrition, etc. Un système de surveillance intégrée des maladies a été mis en place avec accent

sur les maladies à potentiel épidémique et les maladies à éradiquer/éliminer comme la poliomyélite, la dracunculose, le tétanos néonatal, etc. Les prestations de services cliniques offertes aux Jeunes et Adolescents s'effectuent dans les formations sanitaires et en particulier celles intégrant la Santé de la Reproduction. La plupart des agents des formations sanitaires et du Service National de la Santé des Jeunes et Adolescents (SNSJA) n'ont pas toutes les compétences requises pour une prise en charge efficace de leurs problèmes de sexualité. On ne dispose pas de données statistiques pour apprécier l'utilisation de ces centres par les Jeunes. Le droit à la santé des jeunes et adolescents est minimisé. Ce qui nous amène à parler de la violation du droit à la santé des jeunes et des adolescents.

Beaucoup d'ONGs et Associations participent activement à la promotion de la santé des jeunes et des adolescents. Parmi elles on peut citer : l'Association Togolaise pour le Bien-être Familial (ATBEF), la Santé familiale et Prévention du Sida (SFPS), Population Service International (PSI) et la Coopération Technique Allemande (GTZ).

Même le concept « USP, amie des jeunes » appuyé financièrement par l'UNICEF qui avait bien commencé est aujourd'hui en veilleuse. Or, ce concept qui est initié pour permettre aux jeunes et adolescents de bénéficier d'une prise en charge des IST et d'avoir des informations exactes pour leur bien être est mal conçu et géré par certains CMS.

*Déclaration d'un jeune : « on nous a parlé de ce centre des jeunes de notre de centre de santé qui sans doute va nous permettre d'avoir toutes les informations nécessaires sur notre bien être sanitaire même des soins adéquats mais lorsqu'on se présente au centre la prestataire est toujours occupée ailleurs et on n'est pas satisfait»*

#### **△ Violations du DAS :**

 **Faible prise en charge de la santé des jeunes et adolescents**

 **Manque de personnel adéquat pour la santé sexuelle et reproductive des jeunes et adolescents**

 **Manque d'environnement sain et de soutien pour les jeunes et les adolescents.**

### 1.3.6.10 Santé de la mère

Il existe une politique nationale de population et un document de politique, standards et protocole de planification familiale. Un programme national de santé de la femme et celui de la reproduction sont mis en œuvre. La qualité des soins est renforcée dans les services de planification familiale. Le taux de prévalence contraceptive est de 24% pour toutes les méthodes confondues. Les femmes enceintes bénéficient d'un suivi pendant la grossesse (82%) et d'une assistance à l'accouchement (59%). Par ailleurs, 49% des accouchements ont lieu dans les formations sanitaires (EDST-1998). Deux (2) accouchements sur cinq (5) se font encore à domicile par des personnels mal qualifiés et/ou sans aucune qualification. Toutes les huit (8) heures, on enterre une mère suite à une complication liée à la grossesse, à l'accouchement ou aux suites de couches.

Des études faites au CHU Tokoin au Togo ont révélé comme principales causes directes de mortalité maternelle :

- les hémorragies : 27,9%
- les infections : 26,3%
- les dystocies ou accouchements difficiles : 11%

Cette mortalité est en réalité due :

- au retard dans la prise de décision au niveau de la femme, de la famille et de la communauté
- au retard dans l'accès à la formation sanitaire
- au retard dans l'accès aux soins de qualité

Pendant qu'une femme meurt de grossesse, 20 à 30 autres souffrent d'invalidités (fistules obstétricales, infertilité, prolapsus génitaux, incontinence d'urine, anémie, épuisement maternel) parfois permanentes, discriminatoires et honteuses. Les indicateurs de la santé maternelle et infantile ne sont pas satisfaisants.

- Taux de césarienne : 1% (normes internationales : 5 à 15%)
- Taux de mortalité maternelle : 478/100000 naissances vivantes

■ Taux de mortalité néonatale : 42/1000 naissances vivantes

■ Taux de mortalité infantile : 80/1000 naissances vivantes

La persistance des violences liées au genre appelle au renforcement des stratégies de lutte contre les comportements et pratiques néfastes à la santé.

*Déclaration d'une adolescente mariée : « J'ai 17 ans et j'ai une petite fille de 18 mois. Par manque d'argent, je n'ai jamais été à l'hôpital pour la naissance de ma fille. Elle a vu le jour à la maison et n'a jamais été vaccinée »*

*Témoignage d'une autre adolescente mariée : « J'ai 19 ans et je suis en ma quatrième grossesse ».*

#### **△ Violations du DAS :**

 **Violences liées au genre**

 **Accès aux soins de la santé maternelle et infantile de qualités limitées.**

#### **1.3.6.11 Autres problèmes de santé**

Le Togo est confronté à d'autres problèmes de santé tels que :

- l'Onchocercose,
- la poliomyélite, (Quelques cas de souche sauvage avaient été isolés au nord du pays il y a de cela deux ans)
- la dracunculose,
- le tétanos-materno-néonatal,
- la lèpre,
- l'ulcère de Burili,
- le pian,
- la trypanosomiase,
- les maladies non-transmissibles recrudescents (maladies cardio-vasculaires, maladies bucco-dentaires, maladies métaboliques, maladies mentales, etc.),
- la drogue, le tabagisme et l'alcoolisme dont le développement prend une ampleur de plus en plus inquiétante surtout chez les jeunes en milieu urbain,
- la filariose lymphatique, la bilharziose, etc

#### **1.3.7 Financement du secteur de santé**

Le système de santé au Togo est financé par l'Etat, les partenaires et la communauté. En ce qui concerne l'Etat, on assiste à une maigre augmentation du budget général affecté à la santé depuis 2004 (5,2% du budget total en 2004 ; 6,4% en 2005 et 7,6% en 2006). Par conséquent, l'augmentation réelle du budget est de 1,2% et il convient de signaler que ce financement reste toujours faible

par rapport aux 15% du budget des Etats, recommandés à la conférence des chefs d'Etat d'Abuja (Nigéria).

La part de l'Etat représente 43% des dépenses de santé en 2006. Les partenaires ont contribué à hauteur de 34% (OMS, UNICEF, UNFPA, Plan Togo, USAID, BID, BAD, ONUSIDA, GTZ, BM, GAVI, AFD, CF, Fonds Mondial, UE/ADSS).

Alors que 75,8% de la population togolaise sont pauvres, la communauté participe énormément au financement du système de la santé à travers le recouvrement des coûts. En 2006, l'apport des pauvres populations représente les 23% du budget soit 6 837 332 102 FCFA.

### **△ Violations du DAS :**

 ***Faible appui financier du gouvernement togolais dans le système de la santé***

 ***Participation financière énorme des couches pauvres de la communauté dans le système de la santé.***

## **II- Conclusion**

Malgré, toutes ces ratifications et l'existence d'un plan national de développement sanitaire, la population togolaise n'est pas épargnée de la violation du droit à la santé et aux services médicaux en plusieurs volets car les services sanitaires et les prestations de services ne sont pas toujours au point.

L'Etat togolais s'est engagé pour le bien être de ses populations, il faut coûte que coûte qu'il honore à son engagement. Il a le devoir capital d'assurer le bien être sanitaire de chaque citoyen et ceci passe par le respect strict des engagements.

En tant que cercle PHM, nous travaillerons pour organiser les bénéficiaires à devenir de véritables détenteurs des droits (claim holders) afin de demander des changements dans les politiques de santé du Togo. On travaillera aussi avec les détenteurs d'obligations (duty bearers) dans la recherche des mesures concrètes pour résoudre les violations du droit à la santé et aux services médicaux.

## *Références*

- ❖ *Feuille de route pour la réduction de la mortalité maternelle, néonatale et infanto-juvénile au Togo. Période 2008-2012*
- ❖ *Plan stratégique national de lutte contre le VIH/SIDA et les IST 2007-2010*
- ❖ *Plan national de développement sanitaire 2002-2006*
- ❖ *Constitution nationale togolaise*



## LISTE DES MEMBRES DU CERCLE PHM-TOGO 2008

Nom et Prénoms	Titre	Adresse	Association
<b>ZEKPA Apoté Tovinyéawu</b>	Directeur Exécutif du CILSIDA Coordonnateur National PHM-Togo	Adamavo 924 20 34 / 941 78 93 320 25 50/ 234 22 35 <a href="mailto:cilsida@yahoo.fr">cilsida@yahoo.fr</a> <a href="http://www.cilsida.e-monsite.com">www.cilsida.e-monsite.com</a>	<b>CILSIDA</b> (Club Initié pour la Lutte contre le <b>SIDA</b> )
<b>ASSOU-ALIPOE Koami Elom</b>	Directeur exécutif de l'AST	Baguida 905 62 74 /943 94 02 271 12 10 <a href="mailto:asttogo@yahoo.fr">asttogo@yahoo.fr</a>	<b>AST (Action Santé pour Tous)</b>
<b>Mlle WETI Akossiwa</b>	Responsable JFO	Kpalimé 999 94 41 <a href="mailto:wetakos@yahoo.fr">wetakos@yahoo.fr</a>	<b>JFO (Jeune Fille Orientée)</b>
<b>AKOLLY Kafui Kofi</b>	Directeur Exécutif	Avépozo 930 63 74 /878 78 70 235 56 08 <a href="mailto:av_jeunes@yahoo.fr">av_jeunes@yahoo.fr</a>	<b>AV-Jeunes</b>
<b>AHONDO Ambroise</b>	Sociologue	982 06 25 <a href="mailto:yambroise1@yahoo.fr">yambroise1@yahoo.fr</a>	Membre PHM
<b>AGBETOHO Luc</b>	Membre Inter Africa Togo	924 17 10 <a href="mailto:ameluc2002@yahoo.fr">ameluc2002@yahoo.fr</a>	Membre PHM
<b>SEGBEAYA Kossi Apéléké</b>	Médecin	918 29 69 <a href="mailto:pougate@yahoo.fr">pougate@yahoo.fr</a>	Membre PHM
<b>MESSAN –KPAKA Paulin</b>	Membre Inter Africa Togo	909 18 19 <a href="mailto:kangni80@yahoo.fr">kangni80@yahoo.fr</a>	Membre PHM
<b>OURORO-TAGBA Rafiatou</b>	Directrice Exécutive de l'AFPT	907 59 79 <a href="mailto:ourorafi7@yahoo.fr">ourorafi7@yahoo.fr</a>	<b>AFPT</b>
<b>DAGBA-ATAKU Désiré</b>	Secrétaire Exécutif	9133057 <a href="mailto:J_fojfo@yahoo.fr">J_fojfo@yahoo.fr</a>	<b>JFO (Jeune Fille Orientée)</b>
<b>BEKLEY Richmond</b>	Président AJITEC	910 39 86 <a href="mailto:ajitec2001@yahoo.fr">ajitec2001@yahoo.fr</a>	<b>AJITEC</b>