



## LES DISPARITES SOCIO-SPATIALES DANS L'ACCES AUX SOINS DE SANTE MATERNELLE ET INFANTILE DANS LA PREFECTURE DE L'OTI (NORD-TOGO)

### SOCIO-SPATIAL DISPARITIES IN ACCESS TO MATERNAL AND CHILD HEALTH CARE IN THE PREFECTURE OF OTI (NORTH TOGO)

<sup>1</sup>LARE Babénoun et <sup>2</sup>OURO-GBELE Zoukouloulou

<sup>1</sup>Docteure, Maître-assistante, Département de Géographie, Université de Kara, babenounlare@yahoo.fr

<sup>2</sup>Docteur, Département de Géographie, Université de Lomé, ogzoul@gmail.com

Babénoun LARE et Zoukouloulou OURO-GBELE, Les disparités socio-spatiales dans l'accès aux soins de santé maternelle et infantile dans la préfecture de l'Oti (Nord-Togo), *Revue Espace, Territoires, Sociétés et Santé* 3 (6), 45-56, [En ligne] 2020, mis en ligne le 31 Decembre 2020, consulté le 2021-01-10 08:39:15, URL: <https://retssa-ci.com/index.php?page=detail&k=130>

#### Résumé

L'accessibilité des soins de santé maternelle et infantile est primordiale dans un pays. Au Togo, des efforts ont été déployés par le gouvernement pour rapprocher les centres de santé des populations. Cependant, des disparités socio-spatiales sont constatées dans l'accès aux soins de santé maternelle et infantile dans la préfecture de l'Oti. L'objectif de cette étude est d'analyser les facteurs qui sont à l'origine de ces disparités dans l'accès aux soins de santé maternelle et infantile.

Une méthodologie de collecte de données a été adoptée. L'échantillon a concerné 245 femmes enceintes dans sept localités, situées à plus de 10

km de la route nationale n°1, l'unique voie praticable en toute saison. Des entretiens ont été menés auprès des agents de santé. Les données quantitatives ont été saisies à partir du logiciel Csp7.4 puis transférées dans le logiciel SPSS 26.0 pour leur analyse. Les données qualitatives ont été traitées dans le logiciel Nudiste 1.71. Les tableaux et graphiques ont été produits dans Excel et des cartes réalisées à partir du logiciel Arc GIS 3.2a.

Il résulte de l'étude que la zone présente une disparité socio-spatiale des infrastructures sanitaires. 45,5% des enquêtées n'ont pas accès aux centres de santé. Aussi, 75,4% évoquent-ils des problèmes liés à l'inégale répartition des centres de santé et du personnel de santé. Ces contraintes contribuent à la détérioration de l'état de santé des femmes enceintes de la Préfecture de l'Oti.

**Mots clés:** Accessibilité, disparité socio-spatiale, soins de santé, santé maternelle, Oti-Togo

#### Abstract

Accessibility of maternal and child health care is paramount in a country. In Togo, efforts have been made by the government to bring health centers closer to the populations. However, socio-spatial disparities are noted in access to

maternal and child health care in the Oti prefecture. The objective of this study is to analyze the factors that are at the origin of these disparities in access to maternal and child health care.

A data collection methodology was adopted. The sample concerned 245 pregnant women in seven localities, located more than 10 km from the national road n° 1, the only road passable in all seasons. Interviews were conducted with health workers. The quantitative data were entered from the Cspro7.4 software and then transferred to the SPSS 26.0 software for their analysis. The qualitative data were processed in the Nudist 1.71 software. Tables and graphs were produced in Excel and maps produced using Arc GIS 3.2a software.

The study shows that the area has a socio-spatial disparity in health infrastructure. 45.5% of respondents do not have access to health centers. Also, 75.4% cite problems linked to the unequal distribution of health centers and health personnel. These constraints are contributing to the deterioration of the state of health of pregnant women in the Prefecture of Oti.

**Keywords:** Accessibility, socio-spatial disparity, health care, maternal health, Oti-Togo

---

## INTRODUCTION

---

L'accès aux services de santé de soins est l'un des facteurs clefs pour améliorer la santé des populations dans le monde (M. Audibert et E. Roodenbeke, 2005, p. vii). D'après les estimations de l'OMS en 1995, environ 80% de la population mondiale n'aurait toujours pas accès aux soins de santé jusqu'en 2000. C'est en Afrique subsaharienne que ce problème d'accès aux soins de santé se pose avec plus d'acuité.

Dans cette partie du monde, les indicateurs de santé maternelle et infantile sont encore alarmants. Le taux de mortalité infantile en 2012 s'élevait à 47,2‰ au Togo, (DGSCN, 2012, p.27- 29). Les problèmes liés à la santé font souvent l'objet des politiques de santé et

programmes qui ont encore du mal à améliorer ces indicateurs de santé dans ces pays en général et au Togo en particulier. Selon l'EDSTIII seulement 41,3% des accouchements sont assistés par un personnel qualifié en zone rurale, contre 91,7% en zone urbaine. En outre, la proportion des femmes des riches ayant accès à un médecin était de 27,1%, elle n'était que de 14,5% pour les pauvres en milieu urbain avec des écarts plus importants en milieu rural (MSPS, 2017, P.10).

Ainsi, selon le Programme National de Développement (PND, 2018, p.35), plusieurs femmes en milieu rural au Togo, meurent en donnant la vie. C'est la raison pour laquelle le Fond des Nations Unies pour la Population (UNFPA) cherche à réduire le taux de cette mortalité en rendant facile l'accès aux soins prénatals, en mettant en place un personnel qualifié pour les accouchements et un service de planification familiale.

Malgré les efforts consentis par l'État en mettant en place des infrastructures sanitaires, des inégalités géographiques et sociales dans l'accès aux soins persistent dans tout le pays (PNDS, 2017) en général et en particulier dans la Préfecture de l'Oti. Elle est faiblement dotée d'infrastructures sanitaires comparativement aux autres Préfectures du pays. A titre d'exemple, on dénombre 1,5 unité de santé pour 10 000 personnes dans les Régions Maritime et des Plateaux, 1,8 unité de santé pour 10 000 personnes dans les Régions centrale et de la Kara contre 1,1 unité de santé pour 10 000 personnes dans l'aire d'étude (Ministère de la santé, 2015, p.53)). A cela s'ajoute la distance parcourue par les populations pour atteindre les centres de santé. Pour une meilleure accessibilité, l'OMS recommande que les formations sanitaires de premier niveau se situent dans un rayon de 5 km. D'après l'annuaire statistique de 2012 du Plan Nationale Sanitaire du Togo (P N S.T, 2012, p.59) 45,7% de la population bénéficient de cette distance contre 88% qui se situent à plus de 5 km d'une structure de soins. Ces distances constituent un facteur de démotivation surtout

que ces longues distances vont de pair avec l'état défectueux des routes. Les Unités de Soins Périphériques (USP) délabrées, sous équipées et pauvres en personnel de santé sont moins fréquentées

La faible fréquentation des centres de santé reste dès lors préjudiciable à la population. ce qui entraîne des taux élevés de mortalité infantile et infanto-juvénile aussi bien à l'échelle du pays qu'au niveau des régions et des préfectures. Evalué à 83 décès pour 1 000 naissances comme moyenne nationale, le taux de mortalité infantile dans la préfecture de l'Oti est estimé à 101 décès pour 1 000 naissances (INSEED, 2014, p.107). Le taux de mortalité infanto-juvénile, pour sa part, est estimé à 149 décès pour 1000 naissances dans cette préfecture contre 115 décès pour 1000 naissances au plan national (Ministère de la santé, 2015, p.53). Ces taux élevés de mortalités restent préoccupants dans ces zones pauvres où le niveau des dépenses en soins de santé les plonge dans une situation d'extrême pauvreté avec au plus de 1,90 dollar (US\$) par jour pour survivre (OMS, 2017).

Dans ces zones, les inégalités socio-spatiales en matière de recours aux soins sont reconnues, du fait que les femmes enceintes n'ont pas accès aux services de santé. Il a été démontré que des disparités sociales et géographiques existantes entre les milieux, entraînent une diversité d'accès aux soins de santé

L'objectif de cette étude est d'analyser les facteurs qui sont à l'origine de ces disparités dans l'accès aux soins de santé maternelle et infantile dans la Préfecture de l'Oti.

---

## 1. Matériels et méthodes

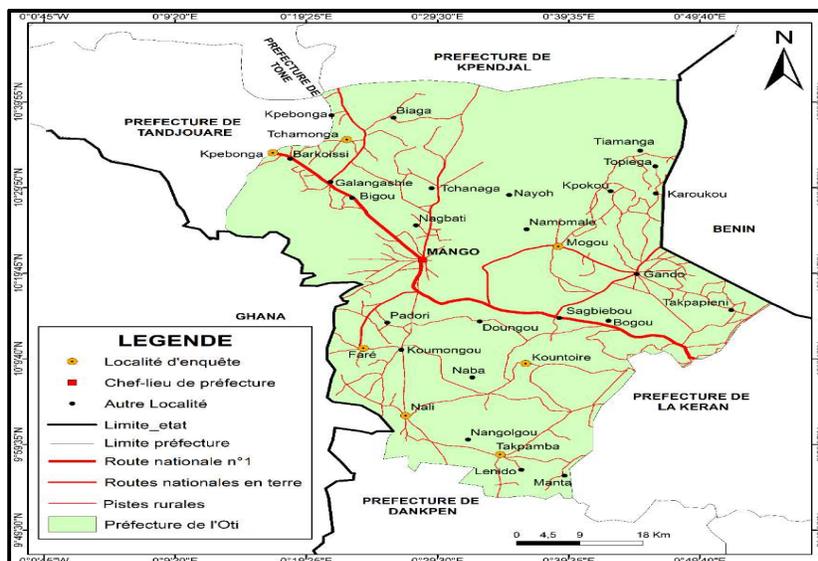
---

Pour atteindre l'objectif, une méthodologie de collecte de données a été adoptée: La documentation, les observations, la collecte des données.

### 1.1. Site de l'étude

L'une des 5 préfectures de la région des Savanes, l'Oti s'étend sur une superficie de 3946,9 km<sup>2</sup> soit 46,46% de la région et 6,9% du pays. Géographiquement, la préfecture de l'Oti est comprise entre 10°00 et 10°30 de latitude nord et entre 0°15 et 0°45 de longitude est. Elle est limitée au nord par la préfecture de Tandjoaré, au sud par la région de la Kara, à l'est par le Bénin et à l'ouest par le Ghana et compte administrativement 16 cantons : Mango, Gando, Koumongou, Mogou, Nali, Nagbèni, Takpamba, Tchanaga, Galangashi, Kountoire, Barkoissi, Faré, Kpétonga, Tchamonga, Sagbiébou, Sadori dont sept localités rurales ont été enquêtées (Carte n° 1). Avec 178 135 habitants de la Région, la préfecture de l'Oti compte 18 595 ménages.

Carte n°1: Localités rurales enquêtées dans la Préfecture de l'Oti



Source : INSEED, carte modifiée par ADRIKA, 2020

## 1.2 Données de l'étude

La collecte des données constitue la charpente de toute recherche. Pour la présente étude, les sources de données secondaires et primaires ont été utilisées. La recherche documentaire dans les centres de documentation et dans les bibliothèques du pays a concerné les livres, les articles, les revues, les données administratives, les mémoires, les thèses de doctorat, les registres de consultations prénatales ainsi que les rapports d'étude ayant pour centre d'intérêt la problématique de l'accès aux soins de santé. Les recherches sur internet ont été d'un apport important.

Cette documentation a permis de cerner davantage les contours du sujet et de façon judicieuse, les concepts clés à utiliser afin de mieux comprendre la problématique développée.

Les données primaires sont celles issues des enquêtes de terrains constituées des observations, de l'administration des questionnaires et des entretiens.

Une grille d'observation a été mise au point. Cette phase a permis d'observer l'état des infrastructures sanitaires, l'état des voies routes,

des équipements sanitaires, le comportement du personnel vis-à-vis des femmes enceintes, l'attitude de ces femmes par rapport aux agents de santé, le temps mis pour être reçues, l'accueil qui leur est réservé.

Pour obtenir les données qualitatives, des entretiens semi-directs ont été menés auprès de sept agents de santé. Ce qui a permis d'avoir des informations détaillées et d'approfondir les investigations sur le sujet de recherche. (Tableau n°1).

Tableau n°1: Agents de santé interviewés

Centre sanitaire	Agents de santé interviewés
USP Faré	1
USP Kountoire	1
USP sadori	1
USP payoka	1
USP Nali	1
USP Tchanaga	1
USP Tchamonga	1

Source : Enquêtes de terrain, novembre 2018

Comme l'indique le tableau n°1, les interviews ont été menées avec les agents de santé des USP (Unité de Soins Périphériques) des localités enquêtées. La prise en compte des agents de

santé a permis d'avoir des informations sur le degré de fréquentation.

Les interviews ont été complétées par une enquête par questionnaire. Ces questionnaires ont pris en compte la répartition des centres de santé et celle des agents de santé, des renseignements sur les agents de santé, les services offerts dans les maternités, les consultations prénatales, les soins pendant et après l'accouchement. La collecte a concerné une femme enceinte par ménage. Pour plus d'efficacité, il a été privilégié les femmes enceintes de 5 à 7 mois. Il a été montré que de 5 à 7 mois, les femmes enceintes ont déjà fait une consultation prénatale (CPN) dans un centre de santé (Ministère de la santé, 2015, p.53).

L'enquête s'est déroulée du 5 septembre 2017 au 12 février 2018. Elle a porté sur sept localités (Carte n°1) des 16 cantons de la préfecture de l'Oti en tenant compte des critères de la distance parcourue, de la répartition spatiale des centres de santé, du temps qu'un patient met pour atteindre le centre de santé, de l'inexistence des centres de santé, de l'éloignement de la population des centres de santé.

Les femmes enceintes constituent la population cible. Pour avoir la taille de l'échantillon, il a été appliqué la formule inspirée de SCHWARTZ D. (1969):

$$n = \frac{t_a^2 p(1-p)}{d^2} (1+a)$$

$t_a$  est le quantile d'ordre  $1-\alpha$  avec  $\alpha$  le niveau de confiance que l'on se fixe. En général, l'on prend ce niveau égal à 5% ce qui correspond à 1,96 (arrondi à 2) pour la valeur de  $t_a$ ;  $P$  désigne la couverture des soins de santé des ménages dans la zone d'étude ( $P=17,6\%$ );  $a$  est le taux de non réponses anticipées qui équivaut à 10%. Pour cette étude la précision souhaitée est de 5%. Sur

la base de ces calculs, le nombre (N) des enquêtés est de 245,13 qu'on a arrondi par défaut à 245 femmes enceintes, tiré au hasard à raison de 35 femmes enceintes par localité. Etant donné que ces femmes enceintes sont dans des ménages, il a été choisi une femme enceinte par ménage de façon aléatoire pour couvrir les 35 ménages par localité

### 1.3. Méthode de traitement des données collectées

Les données quantitatives ont été saisies à partir du logiciel Csp7.4 puis transférées dans le logiciel SPSS 26.0 pour leur traitement et leur analyse. Ainsi, nous avons utilisé une analyse descriptive faisant référence à des types de structures sanitaires et d'agents de santé. Les résultats montrent la proportion du niveau de répartition spatiale des formations sanitaires et la distribution des agents de santé, de l'état des équipements techniques des USP de l'Oti et les services offerts dans ces centres. Les tableaux et graphiques ont été produits dans Excel.

Les données qualitatives ont été traitées avec la technique de l'analyse de contenu dans le logiciel Nudiste 1.71. Des cartes thématiques ont été réalisées à partir du logiciel Arc GIS 3.2.

---

## 2. Résultats

---

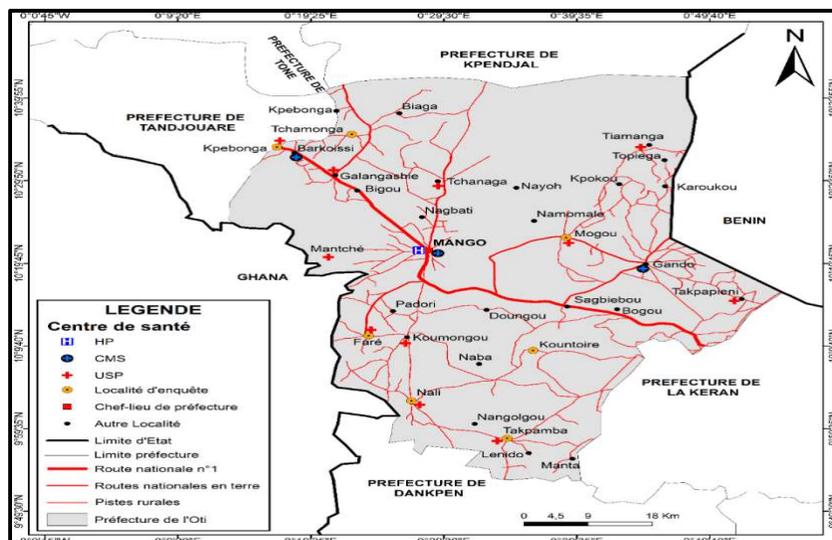
Les résultats de cette étude se rapportent à la répartition spatiale des formations sanitaires, la distribution du personnel de santé, les services offerts dans les maternités et les contraintes d'accès aux soins de santé maternelle.

### 2.1. Inégale répartition des structures de santé dans la Préfecture de l'Oti

Les structures de santé sont inégalement réparties dans la Préfecture de l'Oti. On dénombre sept Unité des Soins Périphériques (USP) et quatre centres médico-sociaux (CMS) (Carte n° 2).

Les disparités socio-spatiales dans l'accès aux soins de santé maternelle et infantile dans la préfecture de l'Oti (Nord-Togo)

Carte n°2 : Répartition spatiale des centres de santé dans la Préfecture de l'Oti



Source : INSEED, carte modifiée par ADRIKA, 2020

Au regard de la carte n°2, les centres de santé les plus équipés sont situés à Mango et aux Chefs-lieux des cantons. Les unités de soins périphériques (USP) sont délabrées, sous équipées et pauvres en personnel de santé. Ce qui contraint les patients des zones périphériques à recourir aux soins traditionnels et à l'automédication.

Les centres de santé les plus équipés sont concentrés dans les Chefs-lieux de canton laissant la périphérie aux tradipraticiens et aux accoucheuses traditionnelles. À l'insuffisance des structures de santé mère-enfant, s'ajoute l'insuffisance du professionnel de l'accouchement dans la Préfecture de l'Oti (Tableau n°2)

L'inégale répartition des structures sanitaires est un facteur essentiel dans l'accessibilité des soins

Tableau n°2: Type des structures sanitaires et du personnel soignant

Cantons	Dénomination de la structure	Structures				Personnel soignant						
		P	PL	PC	COM	AS	AC	Mat	Inf.	S-F	AM	M
Nali	USP Nali	X				1	1	1	1	0	0	0
Takpamba	CMS Takpamba	X				0	0	1	1	0	0	0
Mogou	CMS mogou	X				1	0	1	1	0	1	0
Kountoiré	USP Kountoiré	X		X		1	1	0	0	0	0	0
Tchamonga	USP	X				1	0	1	0	1	1	0
Faré	USP	X		X		0	0	0	0	0	0	0
Mango	Hopital	X				2	1	1	1	1	2	1
Gando	CMS	X				1	0	1	0	0	1	0
Koumongou	CMS	X				1	0	1	1	0	0	0
Sadori	USP	X		X		1	0	1	0	0	0	0
Payoka	USP	X				1	0	1	1	0	0	0
Tchanaga	USP	X				1	1	0	1	1	0	0

Source : Enquêtes de terrain, 2018

P=public ; PL= professionnel laïcs ; PC=professionnel confessionnels ; COM = communautaire ; AS= agent de santé ; AC = agent communautaire ; Mat=matrone ; Inf.=infirmier ; S-F =sage-femme ; AM =assistant médical ; M=médecin ;

Le tableau n°2 présente les types de structure sanitaires, l'effectif et la qualité de leurs personnels soignants. Dans la Préfecture de l'Oti, les infrastructures sanitaires et le personnel soignant sont peu représentés. Ces centres de santé et ce personnel soignant sont mal répartis à l'échelle préfectorale défavorisant les populations rurales.

## **2.2. Déficit du personnel de soins de santé maternelle**

Dans la Préfecture de l'Oti, la compétence du personnel soignant est faible et ne correspond pas parfois à leur cahier de charge. Le personnel de santé maternelle est remarquable par son insuffisance quantitative et une inégale répartition. En effet, les enquêtes ont révélé qu'en 2002, 56% des centres médico-sociaux disposaient d'un personnel qualifié avec au moins un infirmier diplômé d'État alors que 44% des USP étaient gérées par un personnel non qualifié.

Le secteur de santé est caractérisé par un déficit en personnel qualifié. Par personnel qualifié, on désigne un médecin, un infirmier ou une infirmière d'État, un infirmier ou une infirmière auxiliaire, une sage-femme d'État. Cette répartition géographique est caractérisée par une forte concentration du personnel qualifié au CHP de Mango, chef-lieu de la préfecture de l'Oti. Le seul médecin dans le District est employé au CHP avec des assistants médicaux, des sages-femmes, des aides-soignants contre une aide-soignante et une matrone à l'USP de Kountoiré pour 5 454 habitants. C'est le seul agent de santé formé par l'État pour des soins de santé primaires comme les pansements, les injections dans ce canton. Ce qui ne répond pas aux normes de l'OMS qui recommande un dispensaire pour 5 000 habitants.

D'autres sont formés sur le tas ou par les organisations Non Gouvernementales (ONG) présents dans la Préfecture de l'Oti. La mise en place de ces comités de gestion de santé (COGES) a pour ambition de concilier les difficultés relatives à la santé et les préoccupations des populations en matière de santé. Pour ce faire, la création d'un organe susceptible de répondre à ces deux axes est apparue nécessaire aux yeux de l'ONG Association d'Appui aux Activités de Santé Communautaire (3ASC). Ils sont composés des agents de santé communautaire et des accoucheuses.

Les maternités de la Préfecture de l'Oti connaissent un déficit en personnels qualifiés pour les accouchements.

Les infirmiers accoucheurs sont les plus représentés parmi les professionnels d'accouchement. Les autres professionnels de la maternité comme les sages-femmes sont représentés en nombre infime (une sage-femme ou zéro dans certaines structures). L'absence ou l'insuffisance des équipements dans les maternités sont une raison supplémentaire pour que les femmes enceintes ne puissent bénéficier des soins adéquats.

## **2.3. État des équipements et infrastructures dans les centres de santé**

L'état des équipements est pour la plupart mauvais.

### **2.3.1. Équipements dans les maternités**

Selon le plan de développement sanitaire de l'Oti, 60% des formations sanitaires sont équipées. Le niveau de vétusté des équipements est observé à partir de leur état par rapport à tous les équipements de la formation sanitaire (Tableau n°3).

**Tableau n°3: Répartition par niveau de l'état des équipements techniques des USP de l'Oti**

Désignation	Quantité	État			
		Bon		Mauvais	
		Eff	%	Eff	%
<b>MOBILIER DE BUREAU et MEDICAL</b>					
Table simple	30	28	93,3	2	7
Chaise simple	30	6	20	2	7
Étagère	8	5	62,5	3	38
Table de bureau	77	19	24,6	56	73
Chaise roulante	19	11	57,8	8	42
Banc en bois	11	3	27,2	5	45
Armoire en bois	35	12	34,2	3	9
Lits	58	49	84,3	9	16
Matelas	58	28	48,2	15	27
Potence à perfusion	43	10	23,2	33	77
Table gynéco	10	2	20	8	80
Table d'examen	12	12	100	0	0
Table d'accouchement métallique	12	8	66,6	4	33
Table d'accouchement en bois	8	4	50	4	50
Table d'accouchement en ciment	5	4	80	1	20
<b>MOBILIER MEDICAL</b>					
Stéthoscope	178	170	95,7		4
Médical	24	19	70,3		21
De pinard	16	15	93,7		6
Poissonnière	17	14	82,3		18
Poupinel	8	8	100		0
Plateau GM	1	1	100		0
Plateau moyen	44	44	100		0
Plateau PM	36	36	100		0
Bassin haricot	38	38	100		0
Bassin de lits	62	60	96,7		3
Réchaud à gaz	16	15	93,3		6
Réchaud à pétrole	3	3	100		0
Cocotte-minute	15	15	100		0
<b>INSTRUMENT DE LABORATOIRE</b>					
Microscope binoculaire	1	1	100		0
<b>INSTRUMENT MEDICAL CHIRURGICAL</b>					
Matériel de pansement	14	12	-		14
Porte aiguille	71	64	-		10
Hystéromètre	135	118	-		13

Source : Archives de l'hôpital de l'Oti, 2018.

L'analyse du tableau n°3 permet de rendre compte de l'état des équipements des formations sanitaires. Le matériel d'équipement a été classé en fonction des niveaux de priorité. La priorité P1 concerne le mobilier de bureau et médical qu'il faut totalement équiper puisque 72,7% des chaises de bureau, 76,7% de la potence à perfusion, 80% de tables gynéco, 50% de tables

d'accouchement en bois sont vétustes. La priorité P2 concerne le mobilier médical à renouveler du fait que 6% à 20% des équipements ne sont pas en bon état. Les priorités P3 et P4, les instruments de laboratoire, les instruments médicaux de la chirurgie sont à renouveler pour permettre aux agents d'offrir des services de qualité dans les rares formations sanitaires.

Ces formations sanitaires sont constituées de salles de consultation, d'accouchement et de salle d'hospitalisation. Les enquêtes de terrain ont permis d'inventorier les tables d'accouchement, le stéthoscope, le pèse-bébé, la table d'examen. La vétusté du matériel dans les formations sanitaires reste un problème.

### 2.3.2 Vétustés des infrastructures des services de maternité

Certaines formations sanitaires comme celle de payoka sont vétustes (Photo n°1).

#### Photo n°1 : Vétusté de l'unité de soins périphériques de payoka



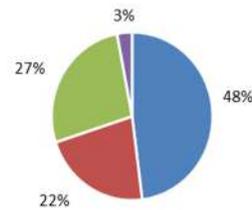
Source : LARE B., vue prise en novembre 2018

La photo n°1 présente l'état délabré des locaux de l'USP de Payoka. Les murs sont dans un mauvais état et le tôle attaquée par la rouille. Il se pose également un problème d'hygiène dans les bâtiments abritant les services maternels. Ce qui décourage les femmes enceintes à s'y rendre pour des visites prénatales.

### 2.3.3. Facteurs et choix des formations sanitaires

Les types de soins offerts aux femmes enceintes dans les différentes formations sanitaires sont les consultations prénatales, les soins au cours de l'accouchement et les soins post-partum. Les pourcentages de fréquentation de ces structures sanitaires dépendent des facteurs (Graphique n°1).

### Graphique n°1 : Pourcentage de fréquentation des types de structures sanitaires selon certains facteurs



■ Etat des routes ■ Moyens de transport ■ moyns financiers ■ Autres

Source : Enquêtes de terrain, juillet 2018

Le graphique n°1 montre le pourcentage de fréquentation des centres de santé. L'état défectueux des routes et les problèmes de moyens de transport sont mentionnés par 70% des enquêtés comme les empêchant de fréquenter les centres de santé. Seulement 27% évoquent l'onérosité des produits pharmaceutiques. Le choix d'une formation sanitaire est déterminé par les facteurs tels que l'efficacité des services, les coûts des soins, l'état des routes et les moyens de transport. La formation confessionnelle est sollicitée à hauteur de 52% à cause de l'accueil qu'elle offre et le prix des soins abordable. Les formations sanitaires publiques sont fréquentées à un taux de 45%. Les prix exorbitants, les pratiques de corruption et le détournement des médicaments dont sont victimes les femmes enceintes au moment de leur accouchement, ont souvent été l'objet des tiraillements dans les formations sanitaires. Ce qui a entraîné l'abandon des établissements de santé public au profit des structures confessionnelles et des accoucheuses traditionnelles (Photon°2).

#### Photo n°2 : Une accoucheuse traditionnelle détectant le bruit du bébé



Source : BANTOU G, photo prise en février 2018

La photo n°2 présente une accoucheuse traditionnelle usant de son ouïe pour détecter le bruit du bébé. Les femmes ont accès aux soins contre le paiement d'une petite somme (en moyenne 200f). Le paiement peut se faire en nature ou en espèces voire gratuit. 3% des femmes enceintes vont chez l'accoucheuse traditionnelle à cause des contraintes.

#### **2.3.4. Contraintes d'accès aux soins de santé maternelle dans la Préfecture de l'Oti**

Plusieurs contraintes comme socioculturelles, économiques et spatiales et physiques, influencent l'accès aux soins de santé. Les contraintes socioculturelles concernent l'identité, le statut, la religion, le niveau d'instruction. Quant aux contraintes économiques, on note un faible revenu des femmes enceintes, les coûts élevés de transports et des services de soins. Pour les contraintes spatiales et physiques, des enquêtes de terrain ont montré d'abord que les localités sont situées à plus de 10 km, soit au-delà du double de la norme de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) qui est de 5 km. Ensuite l'inégale répartition des formations sanitaires, la dégradation des routes et le relief entravent leur sollicitation par ces femmes enceintes

#### **2.4. Perspectives pour l'accès équitable aux soins de santé maternelle dans la Préfecture de l'Oti**

Dans une perspective, il peut être procédé à l'augmentation de la part du budget alloué au secteur de la santé pour une répartition équitable des formations sanitaires. L'accroissement du potentiel financier des ménages avec la promotion des activités génératrices de revenus est une solution. L'augmentation de la demande de soins de santé peut être assurée au moyen d'une action sur la distance. Cela nécessite la mise à la disposition des femmes enceintes et de leur famille des modes de transports à un prix abordable, leur permettant de se rendre dans des structures sanitaires. La réhabilitation des centres de santé devra s'accompagner d'un renforcement

du matériel existant. Un accent doit être mis sur la construction des centres de santé dans les localités où il n'en a pas afin de permettre aux femmes enceintes d'être bien suivies. En termes d'équipements médicaux, une dotation est souhaitable pour augmenter la capacité d'accueil dans les différentes formations sanitaires. L'augmentation concerne aussi le nombre d'agents de santé qualifiés permettant de contribuer à l'amélioration de la qualité des soins maternels. Évidemment, il resterait à mettre en œuvre des mesures incitatives pour maintenir le personnel dans les lieux déshérités et s'assurer qu'il bénéficie des ressources adéquates. Le renforcement de la qualité des soins de santé est un élément capital dans le choix des centres de santé.

---

### **3. DISCUSSION**

---

Les travaux dans l'accès aux soins de santé maternels ont fait couler beaucoup d'encre. Le difficile accès aux soins de santé maternelle et infantile dans la Préfecture de l'Oti est lié à plusieurs causes : les moyens financiers sont avancés par des chercheurs comme S. Haddad et *al.* (2004, p. 97-103). Ils indiquent que « les individus ayant de bas revenus sont plus sensibles aux coûts des soins que ceux ayant de hauts revenus ». M. Bahati et *al.* (2009, p.47) souligne que « l'impact négatif des prix sur la demande se traduisait par une diminution de la demande des soins surtout si cette augmentation de prix est brusque ». Parlant de l'état des routes, S. Agbere, (2008, p. 77) souligne que « les routes non bitumées et surtout les pistes rurales sont difficilement praticables en saison des pluies en Afrique Subsaharienne ». En milieu rural, non seulement les routes sont en mauvais état, « les moyens de transport, quand ils existent, sont rudimentaires » (Y. Coulibal. et *al.* 2008, p. 29). Selon E. Dorier et E. Morand (2011, p. 67), « plus d'un tiers de la population du département du Pool en République Démocratique du Congo vit dans un périmètre supérieur à 50 km de toute structure hospitalière », ce qui est à l'origine du renoncement aux soins de santé moderne par la

population. « La prévalence de l'automédication est élevée en rural à cause des coûts des médicaments modernes et de la distance » (A. Nitiema et al, 2013, pp.237-256). « Ce qui les conduit à l'automédication et à l'auto-prescription d'attitudes préventives ou curatives face aux problèmes de santé que l'on rencontre sans l'assistance d'un spécialiste » (K., Mewezinon 2010, p. 95).

L'insuffisance des moyens financiers contraint les ménages à faire d'autres choix que de se soumettre à la consultation divinatoire et des clairvoyants dont le coût des prestations n'est souvent que symbolique. G. Beninguisse (2001, p. 67) soutient que « le manque de ressources financières au sein des ménages défavorisés ne leur permet pas d'accéder aux formations sanitaires modernes ». Tous ces auteurs se sont intéressés qu'aux indicateurs de la santé. Ils ne se sont pas interrogés sur la qualité du personnel intervenant dans le domaine de la santé et la qualité d'équipements utilisés dans les maternités. « La qualité du matériel de nos centres de santé éloigne les femmes enceintes car toute structure qui naît et qui apporte un plus à l'humanité doit être maintenue pour pouvoir évoluer » (P. Soglohoun et J. A. Houngnonvi, 2013, pp.135-487). Les femmes enceintes sont obligées d'abandonner l'accès aux soins de santé moderne pour les accoucheuses traditionnelles. Ces résultats sont confirmés par les recherches de K. Mewezinon (2014, p. 95) dans le District d'Akebou et S. Agbere (2018, p. 77) dans la Région Centrale du Togo.

L'inégale répartition des structures de santé a souvent fait l'objet de plusieurs recherches dans le monde, mais dans le domaine de la santé mère-enfant, il reste encore un domaine flou du système de soins de santé au Togo.

Les résultats de cette étude sont identiques à ceux des autres auteurs, en ce qui concerne les conditions d'accessibilité des centres de santé par les populations rurales. Ainsi, dans la Préfecture de l'Oti, les populations sont en marge des soins de santé de qualité. Il est important, comme l'a souligné N. Mangue, (2014, p. 81), que « les gouvernements allouent des fonds qui

permettront de rapprocher les unités sanitaires aux pulpatons enclavées ». Si l'on veut que la santé soit l'affaire de tous comme le préconise l'OMS en 2013, il faut que tous aient un droit de regard sur l'offre des services.

## CONCLUSION

L'étude sur les disparités socio-spatiales dans l'accès aux soins de santé maternelle et infantile dans la Préfecture de l'Oti a pour objectif l'analyse des disparités socio-spatiales. Elles se caractérisent d'abord par une inégale répartition spatiale des structures sanitaires, ensuite par l'insuffisance et la mauvaise qualité des services dans les formations sanitaires. Cette étude a permis aussi d'identifier l'existence des formations sanitaires publiques et privées, inégalement répartis dans la Préfecture de l'Oti. L'étude a fait ressortir, les types de soins qu'une femme enceinte reçoit au cours de l'accouchement et les soins post-partum (postnatal) offerts dans les formations sanitaires. Malgré la diversité des soins offerts, l'accès à ces services est limité par plusieurs contraintes socio-économiques et spatiales.

En définitive, il existe de véritables disparités dans l'accès aux soins de santé maternelle et infantile. Le nombre insuffisant du personnel qualifié fait que les femmes enceintes, vivant dans des zones reculées, ont moins de chance à recevoir des soins de qualité et adéquats. Les résultats de cette étude amènent à suggérer aux différents décideurs de la santé, d'augmenter la part du budget accordée au secteur de la santé. La répartition appropriée du budget alloué à la région doit atteindre tous les Districts Sanitaires. Il s'agit aussi d'encourager la mise en place des activités génératrices de revenus (petit commerce, agriculture, coopératives), pour accorder plus d'importance aux facteurs d'accès aux structures de soins de santé. Il faut porter une attention particulière aux femmes, les êtres, les plus vulnérables en renforçant les mesures de réduction des frais au moment de l'accouchement. Nous suggérons enfin de stimuler la demande des services de santé en

informant et sensibilisant la population sur les  
services offerts par les structures de soins.

---

## REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

---

AGBERE Sitou, 2008, *Qualité des soins de santé modernes dans les structures sanitaires en Afrique Subsaharienne* : Recherche bibliographique, Mémoire de DEA de géographie, Université de Lomé, Lomé, 102 p.

AUDIBERT Martine et DE ROODENBEKE Eric, 2005, *Utilisation des services de santé de premier niveau au Mali : Analyse de la situation et perspectives*, Département du développement humain Région Afrique Banque mondiale, 115p

ATLAS du Togo, 1986, « Jeune-Afrique-Togo » 76 p.

BAHATI Modeste, 2009, *Accessibilité financière aux soins de santé : Cas spécifique de la population de la Zone de santé de Goma*. Licence en santé publique, Institut supérieur des techniques médicales de Goma, Goma, 89 p.

BENINGUISSE Gervais, NIKIEMA Béatrice, FOURNIER Pierre, HADDAD Slim 2004, « L'accessibilité culturelle : une exigence de la qualité des services et soins obstétricaux en Afrique », Université de Montréal, 266 p.

COULIBALY Yé Lassina., 2008, *Anthropologie d'une pratique de santé publique : Cas de la planification familiale au Mali*, Thèse de doctorat, centre Norbert Elias, Bamako, 343p.

DGSCN, 2012, *MICS – Résultats de l'enquête nationale à indicateurs multiples Suivi de la Situation des Enfants et des Femmes*, Rapport final, Lomé, 369 p.

DORIER Elisabeth. et MORAND Erwan., 2012 « Accessibilité aux services de soins en situation post conflit, République du Congo ». In : *Bulletin de l'Association des Géographes Français*, Paris, pp. 289-312. HADDAD Slim., NOUGTARA Adrien., et RIDDE Valéry., 2004, « Les inégalités d'accès aux services de santé et leurs déterminants au Burkina Faso », *santé, société et solidarité*, N° 2, décembre 2004, Vol. 55, p. 97-103.

NSEED, 2014, *Troisième Enquête Démographique et de Santé au Togo (EDST-III)*, Rapport final, Lomé, 606 p.

MANGUE Nouguinboame, 2014, *Les structures de soins de santé en milieu rural au Togo : cas de la préfecture de Kpendjal*, Mémoire de maîtrise de géographie, Université de Kara, Kara, 94p.

MEWEZINON Elom. Komlan., 2014, *Accessibilité et recours aux soins modernes de santé en pays Akébou dans l'Ouest de la Région des Plateaux au Togo*. Mémoire de master, pp 90-106.

MINISTERE DE LA SANTE, 2018, Programme National de Développement (PND), Lomé, Togo, 75 p.

MINISTERE DE LA SANTE, 2015, rapport définitif, Lomé, 53 p.

MINISTERE DE LA SANTE, 2012, Plan National de Développement sanitaire. Lomé- Togo, 90 p.

MINISTERE DE LA SANTE ET DE LA PROTECTION SOCIALE (MSPS), 2017, Plan National de Développement Sanitaire (2017-2022) Lomé, 99 p.

NITIEMA Abdoulaye., RIDDE Valéry et GIRARD Jacques., 2013, « L'efficacité des politiques publiques de santé dans un pays de l'Afrique de l'Ouest : le cas du Burkina Faso », *International Political Science Review*, pp. 237-256.

ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTE (OMS), 2017, Stratégie de l'OMS en faveur des systèmes de santé, Genève, Suisse 33p.

ORGANISATION NON GOUVERNEMENTALE 3ASC, *les archives de l'ONG*, Dapaong, 2015, 30 p.

ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTE (OMS), 2017, la moitié de la population de la planète n'a pas accès aux services de santé essentiels, communiqué de presse, Tokyo.

SOGLOHOUN Pascal et HOUNGNONVI Jacques. Akpovi., 2013, *Appui à la structuration des organisations communautaires en matière de santé au nord Togo*. Région des savanes. pp. 135-48.