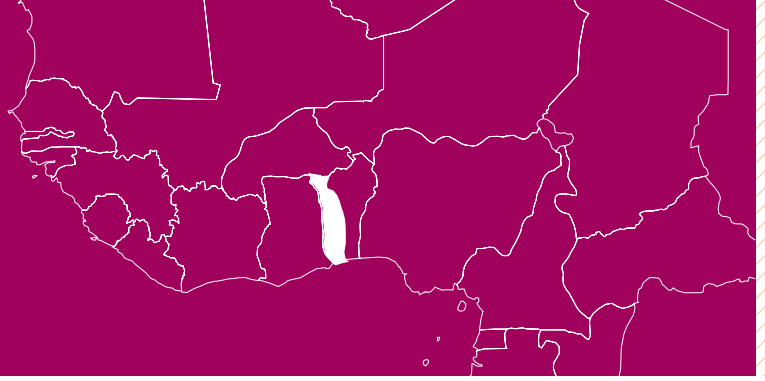


TOGO



Les soins post avortement (SPA) fournissent une approche globale pour la prévention de la morbidité et la mortalité causées par les complications liées à l'avortement (Consortium SPA, 2014). Quant au modèle de SPA de l'Agence Américaine pour le Développement International (USAID), qui représente un volet essentiel des SPA il est en train de fournir un accès à des séances de conseils entre autres services de planification familiale (PF). La fourniture de ces services permet de répondre aux intentions de reproduction des femmes qui manifestent le plus clairement un besoin en PF non satisfait, de réduire les grossesses non désirées, de prévenir les avortements à répétitions, ce qui réduit de ce fait la mortalité maternelle (Curtis, Huber, et Moss-Knight, 2010). Les informations ci-dessous mettent en exergue l'engagement du Togo dans la fourniture de services de SPA et de PF aux femmes qui en ont besoin.

LES POLITIQUES, LE LEADERSHIP, ET LA GOUVERNANCE

La politique nationale de PF et de santé reproductive (SR) du Togo apparait dans un certain nombre de documents, notamment la Loi sur la Santé Reproductive (2006), les politiques et normes dans la Santé Reproductive, la Planification Familiale et les Infections Sexuellement Transmissibles (2009), le Plan National de Développement Sanitaire (2012–2015 (2012), et le Plan d'Action pour le Repositionnement de la Planification au Togo (2013-2017) (2013). Ce dernier document vise à augmenter la demande en produits de PF, à les améliorer quantitativement et qualitativement, à créer un environnement favorable pour la PF (y compris un engagement politique et un financement accrus), et assurer la coordination, la gestion et le suivi de l'ensemble des interventions de PF. Les objectifs primordiaux de la stratégie politique de PF du pays sont d'améliorer la disponibilité, l'accessibilité, et la qualité des services de SR et de créer un environnement social, économique, et juridique en faveur de la santé reproductive des groupes cibles.

Au Togo, le Département de la Santé Familiale du Ministère de la Santé (DSF) s'emploie à accroître l'accès aux séances de conseils et méthodes volontaires de Planification familiale volontaires dans le cadre des SPA, il coordonne également l'ensemble des services de santé maternelle, nutritionnelle, de la santé des

jeunes et de l'enfant (Health Policy Project, 2013). Tandis que les SPA, qui ont été introduits au Togo en 2006, sont intégrés dans la Feuille de Route Nationale pour la Réduction la mortalité maternelle, néonatale et infantile, les documents stratégiques directeurs à l'échelle nationale doivent être échelonnés et appliqués (Turner, Senderowicz, et Marlow, 2016).

Statut juridique de l'avortement

L'avortement est illégal au Togo sauf lorsqu'il s'agit de sauver la vie de la mère ou dans les cas de déficience fœtale, de viol ou d'inceste (Singh et al., 2009).

LA FORMATION ET LES NORMES DES SOINS POST AVORTEMENT

Avant 2010, les formations étaient dispensées au personnel de soins de santé du Togo, mais ces services consistaient principalement en curetage digital ou chirurgical. En 2010, le project d'EngenderHealth, RESPOND, a organisé une série de formations et d'ateliers sur les la prestation de services de PF. Ces ateliers qui ont regroupé les sages-femmes, les docteurs, et les assistants médicaux, ont formé les participants à l'aspiration manuelle sous vide AMSV pour traiter les avortements incomplets, aussi bien que pour les conseils aux clientes sur les méthodes de PF (Fikree, Mugore, and Forrester, 2014a). En outre, en 2016, l'école de sages-femmes du Togo a commencé à dispenser une formation initiale sur l'AMSV.



PAC-FP THE POSTABORTION CARE
FAMILY PLANNING PROJECT
Expanding contraceptive methods and informed choice to PAC clients



USAID
FROM THE AMERICAN PEOPLE



EngenderHealth
for a better life

Néanmoins, le nombre de personnes formées à la fourniture de SPA s'avère insuffisant pour répondre à la demande. Tandis que quand il existe un personnel qualifié disponible, il est mal déployé au niveau des différents secteurs sanitaires (Turner, Senderowicz, et Marlow, 2016).

RENFORCEMENT DE LA PRESTATION DE SERVICES

En 2006, le Togo a introduit les SPA dans les hôpitaux régionaux et nationaux (Dieng et al. 2008). Par le biais du projet AWARE-RH financé par l'USAID, le pays a appuyé la formation des formateurs et des prestataires de service, ainsi que la fourniture d'équipements d'AMSV et de contraceptifs (Fikree, Mugore, and Forrester, 2014b). Le gouvernement a également augmenté le recrutement et l'affectation de sages-femmes qualifiées dans les établissements sanitaires et a fait de sorte que l'ensemble des clients reçoivent la méthode contraceptive de leur choix avant de quitter l'établissement suite à des complications liées à l'avortement. En 2015, le Togo a initié l'échelonnement des services de SPA, ainsi qu'une distribution de contraceptifs et d'activités de soins obstétricaux d'urgence par des bénévoles communautaires dans l'ensemble du pays (FP2020, 2016). Néanmoins, le Togo ne dispose d'aucun groupe multisectoriel pour coordonner les activités de PF du pays. Il existe un Comité Technique Consultatif chargé de l'achat de contraceptifs mais il ne se réunit pas régulièrement (projet de politique sanitaire, 2013).

LES OBSTACLES AUX SPA

Les femmes togolaises font face à de multiples défis pour ce qui est de l'accès aux services de SPA et de PF. Le coût des services contraceptifs, et par conséquent l'incapacité des femmes à payer les méthodes de PF, constitue un obstacle majeur pour les clients de SPA (Fikree, Mugore, et Forrester, 2014b). Alors que certains établissements ont baissé le coût des SPA, le prix demeure souvent trop élevé pour les femmes compte tenu de la modestie de leur bourse, ce qui affecte leur choix ultérieur de méthode contraceptive (Fikree, Mugore, et Forrester, 2014b).

En plus de ces difficultés d'accès, le Togo fait face à de récurrentes ruptures de stock de produits pour la santé de reproduction et les SPA. Dans une analyse contextuelle par Ipas, il a été constaté que le misoprostol était en rupture de stock dans l'ensemble des pharmacies visitées, y compris l'hôpital principal universitaire de Lomé (Turner, Senderowicz, et Marlow, 2016). En plus, parmi les cinq établissements visités dans le cadre du projet Evidence to Action et le Département de la Santé de la Familiale pour l'amélioration de la qualité, deux établissements seulement disposaient de kits AMSV, et quatre sur cinq avaient des capacités limitées pour offrir des choix de méthodes contraceptives complètes (Mugore et al. 2016).

LES MÉCANISMES DE FINANCEMENT

Alors que le Togo ne dispose pas de plan d'assurances qui couvre les produits de SPA et de PF, en 2011, il a réussi à respecter son engagement d'Abuja+12 qui consiste à consacrer 15% des dépenses publiques à la santé, et il dépense 6% du budget total de la santé pour faire face à la mortalité maternelle et néonatale (UNAIDS, 2013; et République du Togo, 2012).

Plus précisément, le total de l'argent dépensé pour les produits contraceptifs a presque doublé ces dernières années, passant de 1,2 millions USD à 2,1 millions USD en 2010 (projet de politique sanitaire 2013). Cependant le Togo dépense moins de 2% de cette somme totale, la majeure partie de ces fonds proviennent des organisations internationales et des donateurs (Health Policy Project, 2013).

Malgré l'augmentation du financement de la PF, les femmes n'ont pas souvent les moyens pour payer leur méthode contraceptive préférée dès leur sortie de l'établissement. En conséquence, toute la gamme de services de SPA n'est pas disponible à la plupart des femmes (Fikree, Mugore, et Forrester, 2014b).

TOGO		Année	Source	
Indicateurs démographiques/contextuels				
Population	8,074,867	2018	Nations Unies	
Taux global de fécondité	4.8	2013	Enquête démographique et sanitaire, 2013-14	
Age lors de la première maternité	18			
Taux de mortalité maternelle pour 100,000 naissances vivantes	401			
Mortalité des nouveaux-nés pour 1,000 naissances vivantes	27			
Mortalité infantile pour naissances vivantes	49			
Mortalité des enfants de moins de cinq ans pour 1,000 naissances vivantes	88			
Pourcentage d'accouchements effectués dans les établissements sanitaires	73%			
Au moins une visite prénatale lors de la grossesse précédente	73%			
Au moins une visite post natale lors de la grossesse précédente	71%			
Indicateurs liés à l'avortement et à la Planification familiale				
Nombre de grossesses non désirées	164,000	2017-18	Indicateurs de base FP2020, fiche de synthèse, 2017-18	
Nombre de grossesses non désirées qui ont été évitées grâce à des méthodes contraceptives modernes	163,000	2017-18	Indicateurs de base FP2020, fiche de synthèse, 2017-18	
Nombre d'avortements non sécurisés qui ont été évités grâce à des méthodes contraceptives modernes	58,000	2017-18	Indicateurs de base FP2020, fiche de synthèse, 2017-18	
Nombre de décès maternels qui ont été évités grâce à l'utilisation de méthodes contraceptives modernes	400	2017-18	Indicateurs de base FP2020, fiche de synthèse, 2017-18	
Taux de prévalence des méthodes contraceptives (l'ensemble des femmes en âge de procréer)	23.3%	2017-18	Indicateurs de base FP2020, fiche de synthèse, 2017-18	
Connaissances de la planification familiale	97.6%	2010	Enquête démographique et sanitaire, 2013-14	
Utilisation des contraceptifs par type				
Méthodes à long-terme et méthodes permanentes				
Stérilisation (femelle)	1.2%	2017-18	Indicateurs de base FP2020, fiche de synthèse, 2017-18	
Stérilisation (mâle)	0.0%			
DIU	3.6%			
Implant	20.4%			
Méthodes à courte-terme				
Injection (intramusculaire et sous-cutanée)	30.5%	2017-18		
Comprimés	11.4%			
Préservatifs (mâle)	32.3%			
Préservatifs (femelle)	0.0%			
MAMA/ autres méthodes modernes	0.6%			
Besoin en planification familiale non satisfait (2018)	34.4%	2017-18		
Besoin en espacement des naissances non satisfait	22.2%			
Besoin en limitation des naissances non satisfait	12.2%			
Pourcentage de l'ensemble des femmes qui ont reçu des informations sur la planification familiale lors de leur dernière visite chez un prestataire de service sanitaire (2016)	38.0%	2017-18		

Les femmes qui ont un besoin non satisfait sont fécondes et sexuellement actives mais elles n'utilisent aucune méthode contraceptive, et elles déclarent qu'elles ne désirent plus avoir d'enfants ou qu'elles veulent retarder leur prochaine maternité. Le concept de besoin non satisfait renvoie à l'écart entre les intentions de reproduction des femmes et leur comportement contraceptif.

RÉFÉRENCES

Curtis, C., Huber, D., et Moss-Knight, T. 2010. Planification familiale post avortement: Gestion des cycles de grossesse non désirées à répétitions et de l'avortement. *Perspectives Internationales sur la Santé Sexuelle et Génésique* 36(1):44–48. doi: 10.1363/ipsrh.36.044.10.

Dieng, T., Diadhiou, M., Diop, J. N., and Faye, Y. 2008. Evaluation des progrès de l'initiative des soins post avortement en Afrique Francophone Washington, DC: Frontières dans la Santé Reproductive (FRONTIERS)/Population Council. Récupéré à: http://pdf.usaid.gov/pdf_docs/Pnadh826.pdf.

Planification Familiale 2020 (FP 2020). 2016. *Togo*. Auteur d'engagement depuis 2014. Washington, DC. Récupéré à: <http://www.planificationfamiliale2020.org/entités/94>

Fikree, F., Mugore, S., and Forrester, H. 2014a. Renforcement de la Planification post avortement au Togo. Mobilisation des ressources. Projet de la Preuve à l'Action. Récupéré à: www.e2aproject.org/instrumentsde diffusion/pdfs/renforcement-spa-pf-togo.pdf.

Fikree, F., Mugore, S., et Forrester, H. A. 2014b. Soins post avortement: Evaluation des services de soins post avortement dans les pays d'Afrique de l'Ouest Francophones. Projet de la Preuve à l'Action. Récupéré à: www.e2aproject.org/outilsde diffusion/pdfs/spa-pf-rapport d'évaluation.pdf.

Health Policy Project (HPP). 2013. Repositionnement de la Planification familiale au Togo Etat d'avancement des programmes

de Planification familiale au Togo. *Policy Brief*. Récupéré à: www.projetdepolitique sanitaire.com/ns/docs/Togo_WestAfricaBriefs_Final.pdf.

Mugore, S., et al. 2016. Amélioration de la qualité des services de soins post avortement au Togo. Accroissement de l'adoption de la contraception. *Santé Mondiale: Science et Pratique*, 4(3):495–505. DOI: 10.9745/GHSP-D-16-00212.

Soins Post Avortement (SPA) Consortium. 2014. *Misoprostol pour les soins après avortement: Extension des prestations de services de SPA et de l'accès à un traitement très efficace pour l'avortement incomplet*. Consortium SPA.

République du Togo. 2012. *Togo Plan National de Développement Sanitaire 2012–2015*. Lomé. Récupéré à: <http://apps.who.int/medicinedocs/documents/s21005fr/s21005fr.pdf>.

Singh, S., et al. 2009. *Avortement dans le monde. Une décennie de progrès inégaux*. New York: Guttmacher Institute.

Turner, K. L., Senderowicz, L., et Marlow, H. M. 2016. *Besoins globaux en soins post avortement et les opportunités en Afrique de l'Ouest Francophone: Résultats de l'évaluation situationnelles*. Chapel Hill, NC: Ipas.

Programme Commun des Nations Unies sur le SIDA (UNAIDS). 2013. *Abuja +12: Construire l'Avenir de la Santé en Afrique*. Récupéré à: www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/JC2524_Abuja_rapport_en_0.pdf.

