



Travail-Liberté-Patrie

CARTE SANITAIRE DES SOINS OBSTETRICAUX ET NEONATALS D'URGENCE (SONU) DU TOGO



Janvier 2014



MINISTERE DE LA SANTE

REPUBLIQUE TOGOLAISE

Travail-Liberté-Patrie

SECRETARIAT GENERAL

DIRECTION GENERALE DE L'ACTION SANITAIRE

DIRECTION DE LA SANTE DE LA MERE ET DE L'ENFANT

CARTE SANITAIRE DES SOINS OBSTETRICAUX ET NEONATALS D'URGENCE (SONU) DU TOGO

PREFACE

REMERCIEMENT

La carte sanitaire des Soins Obstétricaux et Néonataux d'Urgence (SONU) au Togo a été réalisée avec l'appui technique du Bureau d'Etude NAHAZA du Togo pour le compte du Ministère de la Santé du Togo et du Fonds des Nations Unies pour la Population (UNFPA).

Au nom de toute l'équipe du Bureau d'Etudes NAHAZA, nous adressons nos sincères remerciements au Ministre de la Santé du Togo, au Représentant-Résident de l'UNFPA au Togo et au Conseiller en santé de la Reproduction du Siège de l'UNFPA, Dr BRUN Michel.

Nos remerciements vont également au responsable de la Division de la Santé Familiale du Togo (DSF) et au chargé de programme santé de la mère du bureau de l'UNFPA respectivement Dr Kassouta N'TAPI et Dr Yawo AGBIGBI pour leur appui technique d'une part et d'autre part la confiance renouvelée à notre Bureau.

Nous sommes également reconnaissant envers les personnes ressources particulièrement les membres de l'équipe technique carte sanitaire SONU pour la disponibilité et l'efficacité qui nous ont permis de surmonter toutes les difficultés survenues au cours de la réalisation de notre mission.

Enfin, nos remerciements les plus chaleureux vont aux Directeurs régionaux et préfectoraux de la santé ainsi qu'aux points focaux Santé de la Reproduction des régions et districts pour la disponibilité et l'abnégation dont ils ont fait preuve lors des ateliers régionaux.

Directeur du Bureau d'Etudes NAHAZA

Dr TCHAGAFOU Moukaila.

TABLES DES MATIERES

TABLES DES MATIERES.....	9
SIGLES ET ABREVIATIONS.....	10
LIST DES TABLEAUX.....	11
LISTE DES FIGURES.....	12
LISTE DES CARTES.....	13
RESUME EXECUTIF.....	14
1- INTRODUCTION.....	18
2- CONTEXTE ET JUSTIFICATION.....	19
2.1- Contexte.....	19
2.2- Justification.....	28
3- DEFINITION DU CONCEPT CARTE SANITAIRE SONU.....	29
4- OBJECTIFS DE LA CARTE SANITAIRE SONU.....	30
5- METHODOLOGIE DE REALISATION.....	30
5.1- Réunions préparatoires.....	31
5.2- Organisation des ateliers régionaux.....	31
5.3- Elaboration de la cartographie.....	31
5.4- Validation.....	31
6- STRUCTURES SANITAIRES SONU DU TOGO.....	32
6.1- Structures SONU par type et par région.....	32
6.2- Structures SONU par statut et par région.....	35
6.3- Disponibilité des fonctions essentielles dans les structures SONU.....	40
6.3.1- Disponibilité des fonctions essentielles dans les structures SONU par région.....	41
6.3.2- Disponibilité des fonctions essentielles dans les structures SONU de l'ensemble du pays.....	50
6.4- Conditions logistiques pour les références et liens entre SONUB et SONUC par région.....	52
6.5- Synthèse sur la situation des structures SONU par région sanitaire.....	60
6.6- Cartographie des structures SONUB et SONUC par région.....	72
7- SYNTHESE DES DEFIS A RELEVER POUR AMELIORER LES SONU AU TOGO.....	75
8- CONTRANTES ET DIFFICULTES.....	75
9- SUGGESTIONS ET RECOMMANDATIONS.....	76
Annexe 1.1 : Situation du personnel personnel médical des maternités SONU par région en 2013.....	81
Annexe 1.2 : Situation du personnel paramédical des maternités SONU par région en 2013.....	81
Annexe 1.3 : Situation du Personnel technique des maternités SONU par région en 2013.....	82
Annexe 1.4 : Personnel administratif des maternités SONU par région en 2013.....	83
Annexe 1.5 : Situation du personnel hospitalier d'appui des maternités SONU par région en 2013.....	84
Annexe II- Equipement des structures SONU par service de maternité et par région.....	84
Annexe 2.1 : Nombre d'équipements dans les halls d'attente des maternités SONU par région en 2013.....	84
Annexe 2.2 : Equipements dans les salles de travail d'accouchement des maternités SONU par région en 2013.....	85
Annexe 2.3 : Nombre d'équipements dans les salles d'accouchement des maternités SONU par région en 2013.....	86
Annexe 2.4 : Equipements dans les salles de soins aux nouveau-nés des maternités SONU par région en 2013.....	87
Annexe 2.5 : Nombre d'équipements dans les bureaux des sages-femmes surveillantes des maternités SONU par région en 2013.....	88
Annexe 2.6 : Nombre d'équipements dans les salles de soins après avortement des maternités SONU par région en 2013.....	88
Annexe 2.7 : Autres équipements maternités SONU par région en 2013.....	89

SIGLES ET ABBREVIATIONS

AMDD	<i>Adverting Maternal Death and Disability</i>
AMIU	<i>Aspiration Manuelle Intra-utérine</i>
AVC	<i>Accident Vasculaire Cérébral</i>
CHP	<i>Centre Hospitalier Préfectoral</i>
CHR	<i>Centre Hospitalier Régional</i>
CHU	<i>Centre Hospitalier Universitaire</i>
CHU S.O.	<i>Centre Hospitalier Universitaire Sylvanus Olympio</i>
CMS	<i>Centre Médico-social</i>
COGES	<i>Comité de Gestion</i>
CPC	<i>Contrôle et Promotion de la Croissance</i>
CPN	<i>Consultation Prénatale</i>
CS	<i>Centre de Santé</i>
DDS	<i>Direction/Directeur de District Sanitaire</i>
DGS	<i>Direction Générale de la Santé</i>
DGSCN	<i>Direction Générale de la Statistique et de la Comptabilité Nationale</i>
DISER	<i>Division de l'Information des Statistiques, des Etude et de la Recherche</i>
DPFR	<i>Direction de la Planification, de la Formation et de la Recherche</i>
DPS	<i>Direction/Directeur Préfectoral de la Santé</i>
DRS	<i>Direction/Directeur Régional de la Santé</i>
IRSS	<i>Institut de Recherche en Science de la Santé</i>
DSF	<i>Division de la Santé Familiale</i>
HD	<i>Hôpital de District</i>
HME SOS	<i>Hôpital Mère-Enfant SOS</i>
HTA	<i>Hypertension Artérielle</i>
MEG	<i>Médicaments Essentiels Génériques</i>
MICS	<i>Multi indicators cluster Survey Enquête par grappes à Indicateurs Multiples</i>
MS	<i>Ministère de la Santé</i>
ND	<i>Non Disponible</i>
OMD	<i>Objectifs du Millénaire pour le Développement</i>
PAO	<i>Plan d'Action Opérationnel</i>
PEV	<i>Programme Elargi de Vaccination</i>
PF	<i>Planification Familiale</i>
PIB	<i>Produit Intérieur Brut</i>
PNDS	<i>Plan National de Développement Sanitaire</i>
PROVONAT	<i>Programme de Volontariat National</i>
PTME	<i>Prévention de la Transmission Mère-Enfant du VIH</i>
RCR	<i>Référence Contre Référence</i>
RH	<i>Ressources Humaines</i>
SAA	<i>Soins Après Avortement</i>
SFE	<i>Sage-Femme d'Etat</i>
SONU	<i>Soins Obstétricaux et Néonataux d'Urgence</i>
SONUB	<i>Soins Obstétricaux et Néonataux d'Urgence de Base</i>
SONUC	<i>Soins Obstétricaux et Néonataux d'Urgence Complets</i>
UNFPA	<i>Fonds des Nations Unies pour la Population</i>
USP	<i>Unité de Soins Périphérique.</i>

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1	Les noms des différentes structures de santé retenues par région.....	15
Tableau 2	Distribution de la population selon le groupe d'âges de 2007 à 2013 (%).....	20
Tableau 3	Distribution de la population par sexe de 2007 à 2013.....	20
Tableau 4	Indicateurs économiques.....	21
Tableau 5	Indicateurs macro-économiques.....	22
Tableau 6	Principales causes de morbidité et de mortalité en 2011.....	26
Tableau 7	Evolution des indicateurs clés de la santé au Togo, 1988 – 2010.....	27
Tableau 8	Récapitulatif des structures SONUC et SONUB du Togo.....	32
Tableau 9	Nombre de structures publiques SONU par type et par région en 2013.....	35
Tableau 10	Répartition des structures SONU par statut et par région en 2013.....	35
Tableau 11	Structures SONU par région et en fonction des liens de référence.....	36
Tableau 12	Situation des fonctions essentielles SONU des structures dans la région des Savanes en 2013.....	41
Tableau 13	Situation des fonctions essentielles SONU des structures dans la région de la Kara en 2013.	42
Tableau 14	Situation des fonctions essentielles SONU des structures dans la région Centrale en 2013.....	43
Tableau 15	Situation des fonctions essentielles SONU des structures dans la région des Plateaux en 2013.....	45
Tableau 16	Situation des fonctions essentielles SONU des structures dans la région Maritime en 2013.....	47
Tableau 17	Situation des fonctions essentielles SONU des structures dans la région Lomé Commune en 2013.....	49
Tableau 18	Synthèse des fonctions essentielles SONU des structures pour l'ensemble du pays en 2013.....	50
Tableau 19	Analyse des conditions logistiques pour les références et liens entre SONUB et SONUC dans la région des Savanes en 2013.....	52
Tableau 20	Analyse des conditions logistiques pour les références et liens entre SONUB et SONUC dans la région de la Kara en 2013.....	53
Tableau 21	Analyse des conditions logistiques pour les références et liens entre SONUB et SONUC dans la région Centrale en 2013.....	54
Tableau 22	Analyse des conditions logistiques pour les références et liens entre SONUB et SONUC dans la région des Plateaux en 2013.....	55
Tableau 23	Analyse des conditions logistiques pour les références et liens entre SONUB et SONUC dans la région Maritime en 2013.....	57
Tableau 24	Analyse des conditions logistiques pour les références et liens entre SONUB et SONUC dans la région Lomé Commune en 2013.....	59
Tableau 25	Synthese sur les structures SONU de la region des Savanes.....	60
Tableau 26	Synthese sur les structures SONU de la region Kara.....	61
Tableau 27	Synthese sur les structures SONU de la region Centrale.....	62
Tableau 28	SYnthese sur les structureS SONU de la region des Plateaux.....	63
Tableau 29	Synthese sur les structures SONU de la region Maritime.....	66
Tableau 30	Synthèse sur les structures SONUC de la région Lomé Commune.....	69

LISTE DES FIGURES

Figure 1	Déficit cumulé en FE des maternités SONU de la région des Savanes.....	41
Figure 2	Proportion de maternités déficitaires dans la fonction.....	41
Figure 3	Déficit cumulé en FE des maternités SONU de la région de la Kara.....	42
Figure 4	Proportion de maternités déficitaires dans la fonction dans la région de la Kara.....	43
Figure 5	Déficit cumulé en FE des maternités SONU de la région Centrale.....	46
Figure 6	Proportion de maternités déficitaires dans la fonction dans la région Centrale.....	46
Figure 7	Déficit cumulé en FE des maternités SONU de la région des Plateaux.....	46
Figure 8	Proportion de maternités déficitaires dans la fonction dans la région des Plateaux.....	46
Figure 9	Déficit cumulé en FE des maternités SONU de la région maritime.....	48
Figure 10	Proportion de maternités déficitaires dans la fonction dans la région maritime.....	48
Figure 11	Déficit cumulé en FE des maternités SONU de la région Lomé Commune.....	50
Figure 12	Proportion de maternités déficitaires dans la fonction dans la région Lomé Commune.....	50
Figure 13	Déficit cumulé en FE des maternités SONU pour l'ensemble du pays.....	51
Figure 14	Proportion de maternités déficitaires dans la fonction pour l'ensemble du pays.....	51

LISTE DES CARTES

Carte 1	Les régions sanitaires du Togo en 2013.....	24
Carte 2	Carte des districts sanitaires du Togo en 2013.....	25
Carte 3	Carte des structures SONUB et SONUC de la région des Savanes.....	72
Carte 4	Carte des structures SONUB et SONUC de la région de la Kara.....	72
Carte 5	Carte des structures SONUB et SONUC de la région Centrale.....	73
Carte 6	Carte des structures SONUB et SONUC de la région des Plateaux.....	73
Carte 7	Carte des structures SONUB et SONUC de la région Maritime.....	74
Carte 8	Carte des structures SONUB et SONUC de la région Lomé Commune.....	74

RESUME EXECUTIF

La mortalité maternelle et néonatale demeure une préoccupation majeure pour les pays en développement. Les soins obstétricaux et néonataux d'urgence (SONU) constituent l'une des stratégies reconnues efficaces pour la réduction de cette mortalité maternelle et néonatale. Pour développer cette stratégie, le Togo a retenu l'élaboration de la carte sanitaire obstétricale de ses six régions sanitaires. Cette activité avait pour objectif général d'identifier un certain nombre de structures répondant aux normes minimales internationalement admises, de performance et population desservie, démontrées par l'évaluation des besoins en SONU conduite en 2012, vers lesquelles l'appui en ressources devra être renforcé afin d'assurer un service optimal dans la prise en charge des soins obstétricaux et néonataux d'urgence.

Pour atteindre l'objectif qui consiste à développer le document de carte sanitaire SONU du Togo, le ministère de la santé a bénéficié de l'appui technique de l'UNFPA à travers la visite de travail du conseiller en SR venu du siège de l'organisation. Au cours de la mission du conseiller, un comité a été mis en place et une feuille de route a été retenue qui prévoyait l'organisation de deux (2) ateliers régionaux.

Le Bureau d'Etude NAHAZA a été recruté pour apporter son assistance au comité dans l'organisation des réunions préparatoires des ateliers et dans l'animation desdits ateliers.

Après la visite du conseiller technique, le ministère à travers la DSF et avec l'appui du bureau NAHAZA a organisé trois ateliers préparatoires et deux ateliers régionaux dont un à Kara et l'autre à Kpalimé. L'atelier de Kara a regroupé les participants des régions Savanes, Kara et Centrale. Celui de Kpalimé a regroupé ceux des régions des Plateaux, Maritime et Lomé Commune.

Le but des ateliers était de définir sur la base consensuelle et selon les éléments comme les fonctions SONU, les réalités géographiques et l'importance des activités obstétricales les structures sanitaires pouvant servir de structures SONUC et SONUB dans le pays.

Le Togo a retenu au total, 109 formations sanitaires publiques dont 38 SONUC (35%) et 71 SONUB (65%) réparties comme suit entre les régions sanitaires :

- Région des Savanes : 2 SONUC et 8 SONUB ;
- Région de la Kara : 5 SONUC et 6 SONUB ;
- Région Centrale : 3 SONUC et 7 SONUB ;
- Région des Plateaux : 9 SONUC et 18 SONUB ;
- Région Maritime : 4 SONUC et 22 SONUB ;
- Région Lomé Commune : 15 SONUC et 10 SONUB.

Le tableau récapitulatif ci-dessous illustre les noms des différentes structures de santé retenues par région.

Tableau 1 : Les noms des différentes structures de santé retenues par région

Régions Sanitaires du Togo	STRUCTURES SONUC DU TOGO	STRUCTURES SONUB DU TOGO	OBSERVATIONS
Région des Savanes	CHR Dapaong CHP de Mango	CHP Cinkassé CHP Tandjoaré CHP Mandouri CMS Naki Est USP Sanfatoute Polyclinique de Dapaong CMS Gando CMS Barkoassi	
Région de la Kara	CHU Kara CHR Kara HME SOS CHP Pagouda CHP Bassar	CHP Bafilo CHP Niamtougou CHP Kanté CMS Kétau CMS Kabou CHP Guérin Kouka CMS Djarkpanga*	<i>USP du district de Sotouboua mais utilise le SONUC du district de Bassar</i>
Région Centrale	CHR Sokodé CHP Tchamba CHP Sotouboua	Polyclinique de Sokodé CMS de Kaboli CHP Blitta CMS Bago* CMS Adjengré Hôpital St Luc de Pagala	<i>USP du district de Tchamba mais utilise le SONUC du district de Sotouboua</i>
Région des Plateaux	Hôpital Béthesda Hôpital Ordre de Malte HD Notsè Hôpital Tsiko HD Tohoun CHR Atakpamé Hôpital St Joseph Datcha HD Kpalimé HD Badou	HD Agou USP Kati CMS Morétan USP Wahala CMS Asrama CMS Adéta HD Danyi USP Kpéklémé Polyclinique Atakpamé CMS Anié HD Amlamé CMS Sodo USP Kpadapé USP KpétéBéna USP Zogbégan USP Adogbéhou CMS Kougnohou USP Sérégbéné	

<p>Région Maritime</p>	<p>Hôpital St Jean Afagnan</p> <p>CHP Aného</p> <p>CHP Vogan</p> <p>CHR Tsévié</p> <p>SONUC de Lomé Commune</p>	<p>CMS Attitogon</p> <p>CMS Aklakou USP Togoville CMS Agbodrafo CMS Akoumapé USP Dagbati Hôpital Tabligbo CMS Public Kouvé USP TométyKondji Polyclinique Tsévié USP Gapé Centre CMS Agbélouvé CMS Baguida CMS Adidogomé CMS AgoèNyivé CMS Sanguéra USP Togblékopé USP Agoè Elavagnon Hôpital Regina Pagis CMS Adamavo CMS Kévé HD Assahoun</p>	<p><i>SONUB de la Région maritime qui utilisent les SONUC de La région Lomé Commune en fonction de leurs situations géographiques</i></p>
<p>Région Lomé Commune</p>	<p>CHU Sylvanus Olympio</p> <p>CHR Lomé Commune</p> <p>Hôpital Bê</p>	<p>CS de Lomé CMS Doumasséssé CMS Bê Attikoumé CS Kodjoviakopé CMS KEVE HD Assahoun Hôpital Regina Pagis CMS Sanguéra CMS Adidogomé CHU Campus HD Cacavéli USP Togblékopé CMS AgoèNyivé USP Agoè Elavagnon CS d'Adakpamé HD Bê Kpota CS Amoutivé CMS Gbégnédji CMS Baguida CMS Adamavo</p>	<p><i>SONUB de la Région Maritime</i></p> <p><i>SONUB de la Région Maritime</i></p> <p><i>SONUB de la Région Maritime</i></p>
<p>Structures SONUC du secteur privé lucratif de Lomé Commune</p>	<p>Clinique Alpia Clinique de l'Aéroport Polyclinique St Joseph Clinique la Confiance Clinique de l'Espérance Cliniques des Mères Clinique Autel d'Elie Clinique Biassa Cabinet Médical la Providence Clinique Myoren Clinique Bon Pasteur Polyclin Wossinu et Gbogbo</p>		

Dans un élan de priorisation, les 109 formations sanitaires ont été identifiées sur la base de la gouvernance locale, de l'importance de l'activité obstétricale, des ressources humaines disponibles) des données de population à travers une approche participative. Cette démarche constitue un point très important pour l'appropriation des résultats de la carte par les acteurs du terrain et les décideurs. La carte SONU, ainsi élaborée est un outil de plaidoyer pour le renforcement des ressources, condition sine qua non pour le développement des SONU dans le pays. Elle permettra le développement d'une planification régionale pour une allocation plus rationnelle des ressources, et de faire fonctionner des maternités SONU selon les modalités prévues par les normes internationales et nationales.

INTRODUCTION

Dans les pays à forte mortalité maternelle, la nécessité de développer des maternités capables de prendre en charge les urgences obstétricales et d'en faire le suivi des indicateurs, a introduit la notion de SOU puis de SONU, lorsque la composante néonatale a été à juste titre associée à la composante santé maternelle proprement dite. Tenant compte de la limitation des ressources disponibles, les centres hospitaliers capables de réaliser des césariennes et des transfusions sanguines (SONUC) ont été complétés par des maternités plus en périphérie du système de santé, capables de prendre en charge ou de référer les urgences obstétricales médicales (SONUB) et moins coûteuses. Ce concept de maternités capables d'offrir des soins obstétricaux et néonataux d'urgence de base, les SONUB, centres de première référence était nouveau. En conséquence, les premières enquêtes pour évaluer les besoins en SONU ont très souvent montré un fort déficit en maternités SONUB dotées de leurs sept (7) fonctions essentielles.

Ces évaluations en besoin SONU proposent une image assez complète de la situation en obstétrique d'un pays. Lors des ateliers de présentation des résultats, elles montrent bien les faiblesses du système qu'il faut corriger. Elles provoquent un choc mobilisateur chez les décideurs et les acteurs du système de santé.

Pourtant, il n'est pas toujours suivi d'un agenda d'action précis. Les suites d'une enquête SONU sont donc variées. Parfois l'enquête survient avant un processus de planification et ses résultats peuvent être utilement pris en compte. Parfois certains résultats peuvent induire des actions spécifiques, en particulier ce qui concerne l'équipement des maternités. Dans d'autres cas, l'action ne suit pas et l'effet SONU retombe, l'actualité en santé se déplaçant sur un autre sujet.

Le Togo a conduit une première enquête d'évaluation des besoins en SONU en 2006¹. Grâce aux fonds Muskoka, une seconde enquête a pu être conduite en 2012, appuyée par IRSS.

Sur le plan stratégique, quel que soit le stade du cycle programmatique dans lequel on se trouve, quatre processus post évaluation SONU s'imposent. Il s'agit de :

- Faire la correction des déficits en fonctions essentielles SONU, selon une logique par institution - type intervention ONG - ou en établissant un programme de correction des déficits les plus fréquemment constatés sur le territoire ;
- Mettre en œuvre un monitoring SONU pour suivre les progrès réalisés dans la correction des déficits en fonctions essentielles, en personnel, ou autres selon les priorités définies et les actions décidées ;
- Définir un référentiel national pour les maternités SONUB ;
- Définir une carte sanitaire en obstétrique qui localise et établit les liens SONUC/SONUB.

¹ -Rapport évaluation SONU du Togo 2006 (DSF et ASPT)

C'est dans le cadre de ce dernier processus que le présent document est élaboré. Il comporte un premier point sur le contexte et la justification, les informations socio-sanitaires et démographiques du pays, la méthodologie de l'élaboration de la carte ainsi que les éléments de la carte sanitaire SONU du Pays.

CONTEXTE ET JUSTIFICATION

2.1- Contexte

2.1.1- Contexte géographique

Le Togo est un pays de l'Afrique de l'ouest situé sur la côte du golfe de Guinée. De forme rectangulaire et d'une superficie de 56 600 km², il s'étire sur une distance d'environ 600 km du nord au sud avec une largeur variant entre 50 et 150 km. Il partage ses frontières avec au nord le Burkina Faso, au sud l'océan Atlantique (Golfe de Guinée), à l'est le Bénin et à l'ouest le Ghana.

Le pays jouit de deux types de climats majeurs, un climat subéquatorial dans la moitié sud avec deux saisons de pluie (mars-juillet, septembre-octobre) et une humidité relativement élevée, et un climat subtropical dans la moitié nord avec une seule saison de pluie (mars-octobre) et une humidité relative fluctuante.

2.1.2- Contexte démographique

La population togolaise est estimée à 6 648 000 habitants en 2013 selon la direction de la statistique nationale, répartie inégalement sur l'ensemble du territoire avec une forte densité de population dans les régions Maritime et Lomé Commune (42%). De 1981 à 2010, soit 29 ans, la population a plus que doublé. Plus de la moitié de la population (51,8%) a moins de 20 ans. Seulement 4% de la population a 65 ans et plus. Les femmes en âge de procréer représentent 23,40% alors que les femmes enceintes sont estimées à 3,26% de la population. L'espérance de vie est de 63,3 ans. Le taux de natalité est de 35 naissances pour 1000 habitants. Le taux de mortalité infantile est estimé à 78 décès pour 1000 naissances et celui de la mortalité infanto-juvénile à 124 pour 1000 enfants. Le taux de mortalité maternelle est de 350 pour 100 000 naissances vivantes².

L'accroissement naturel annuel est de l'ordre de 2,84%³ avec une densité moyenne de 98 habitants au km². Cette population est en majorité rurale (62,3%) en dépit d'une urbanisation en progression rapide (5,2%) par an.

La croissance démographique est accompagnée d'un phénomène d'exode rural avec une proportion de la population urbaine qui passe de 25,2% en 1981 à 37,7% en 2010⁴.

²Enquête MICS4- 2010.

³ Recensement général de la population et de l'habitat, novembre 2010, DGSCN.

⁴Recensement général de la population et de l'habitat, novembre 2010, DGSCN

Années	Total	Homme	Femme	Homme/Femme (%)	Taux d'accroissement (%)
2007	5 465 000	2 678 000	2 787 000	96,1	2,40
2008	5 596 000	2 742 000	2 854 000	96,1	2,40
2009	5 731 000	2 810 000	2 921 000	96,2	2,40
2010	6 191 155	3 009 095	3 182 060	94,56	2,84
2011	6 338 000	3 106 000	3 232 380	96%	2,84
2012	6 491 000	3 181 000	3 310 410	96%	2,84
2013	6 648 000	3 264 750	3 383 250	96%	2,84

Tableau 2 : Distribution de la population selon le groupe d'âges de 2007 à 2013 (%).

Source : DGSCN (projection sur la base du 4^{ème} RGHP)

Groupes d'âge	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
< 15 ans	42,2	42,2	42,2	42	42	42	42
15-64 ans	53,4	53,4	53,4	54	54	54	54
65 ans et +	4,4	4,4	4,4	4	4	4	4
Total	100	100	100	100	100	100	100
Population totale	5 465 000	5 596 000	5 731 000	6 191 155	6 338 000	6 491 000	6 648 000

Tableau 3 : Distribution de la population par sexe de 2007 à 2013

Source : DGSCN (projection sur la base du 4^{ème} RGHP)

2.1.3- Contexte économique et social

Selon le rapport de la Banque Mondiale 2012, le Togo détient un fort potentiel de croissance économique grâce à sa richesse en ressources minières, un climat favorable à l'agriculture, un réseau routier relativement dense, un secteur commercial traditionnellement dynamique et un système bancaire fonctionnant assez bien. Malgré ces atouts, la situation économique est fragilisée depuis le début des années 1990. On enregistre une faible performance économique dont l'une des manifestations est la faible croissance du revenu par tête d'habitant qui est de 410 \$US en 2008 contre 973 \$US pour les pays à faible revenu et 818 \$US pour les pays de l'Afrique de l'Afrique Sub-saharienne. En effet, après avoir stagné aux alentours de 1,1% en moyenne annuelle entre 1991 et 2005, soit un niveau largement inférieur à l'accroissement naturel de la population (2,4% par an), la croissance n'a été que de 2,5% en 2009 contre 4% selon les prévisions. Il s'agit de signes encourageants mais des progrès restent à accomplir pour atteindre une moyenne de 6-7%. D'autres indicateurs économiques présentés par le pays entre 2011 et 2012, sont montrés par les tableaux 3 et 4 ci-dessous :

Tableau 4 : Indicateurs économiques

Indicateurs	Valeurs	Dernière année disponible
PIB (milliards US\$)	3,813	2012
Montant de la dette nationale (milliers US\$)	379 872	2011
Montant de l'aide économique (milliers US\$)	557 150	2011
Dépenses publiques en santé (% PIB)	4,18	2011
Revenu annuel par habitant (US\$)	500	2012
% de la population vivant en dessous du seuil de la pauvreté	59%	2011
Taux de malnutrition	26,9	2008

Sources : Rapport Banque Mondiale 2012 (www.banquemondiale.org)

Tableau 5 : Indicateurs macro-économiques

Données économiques	Valeur	Dernière année disponible
PIB (milliards US\$)	3,813	2012
PIB per capita (US\$ courant)	574,11	2012
Croissance annuelle du PIB (%)	5,62	2012
Indice de Gini, revenu	39,3	2011
Valeur ajoutée dans l'industrie (% PIB)	16	2011
Valeur ajoutée dans l'agriculture (% PIB)	31	2011
Valeur ajoutée dans les services (% PIB)	52,82	2011
Recettes courantes hors subvention (% PIB)	18,21	2011
Dette totale (% PIB)	18,06	2011
Intérêt de la dette publique (% PIB)	2,88	2011
Taux de pauvreté	59	2011

Sources : *Rapport Banque Mondiale 2012 (www.banquemondiale.org).*

2.1.4- Contexte sanitaire

2.1.4.1- Organisation administrative du système de santé

L'organisation sanitaire du Togo est calquée sur le découpage administratif en cinq (5) régions administratives pour 6 régions sanitaires, Lomé-Commune étant érigé en région sanitaire (carte 1).

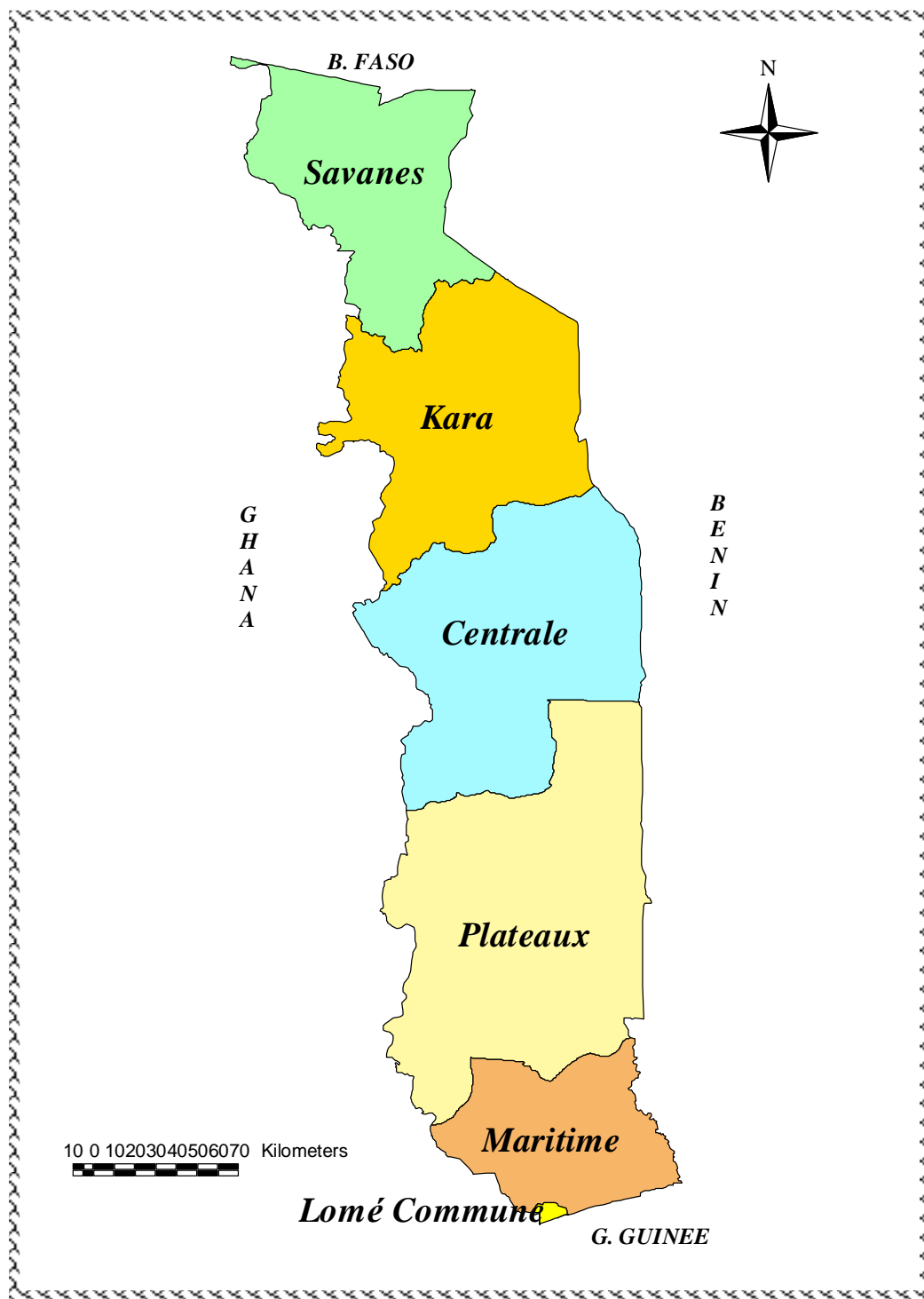
Le système de santé du Togo est organisé en une pyramide sanitaire à trois niveaux : central, intermédiaire et périphérique.

- le niveau central est représenté par le cabinet du ministère, la direction générale de la santé (DGS) et ses cinq directions centrales avec leurs divisions et services, ainsi que les institutions de santé à portée nationale.
- Le niveau intermédiaire comprend 6 directions régionales de la santé (DRS).
- Le niveau périphérique est représenté par le district sanitaire qui constitue l'entité opérationnelle. L'administration des districts sanitaires est assurée par 35 directions préfectorales de la santé (DPS) et les 5 directions de district sanitaire (DDS) de Lomé-Commune

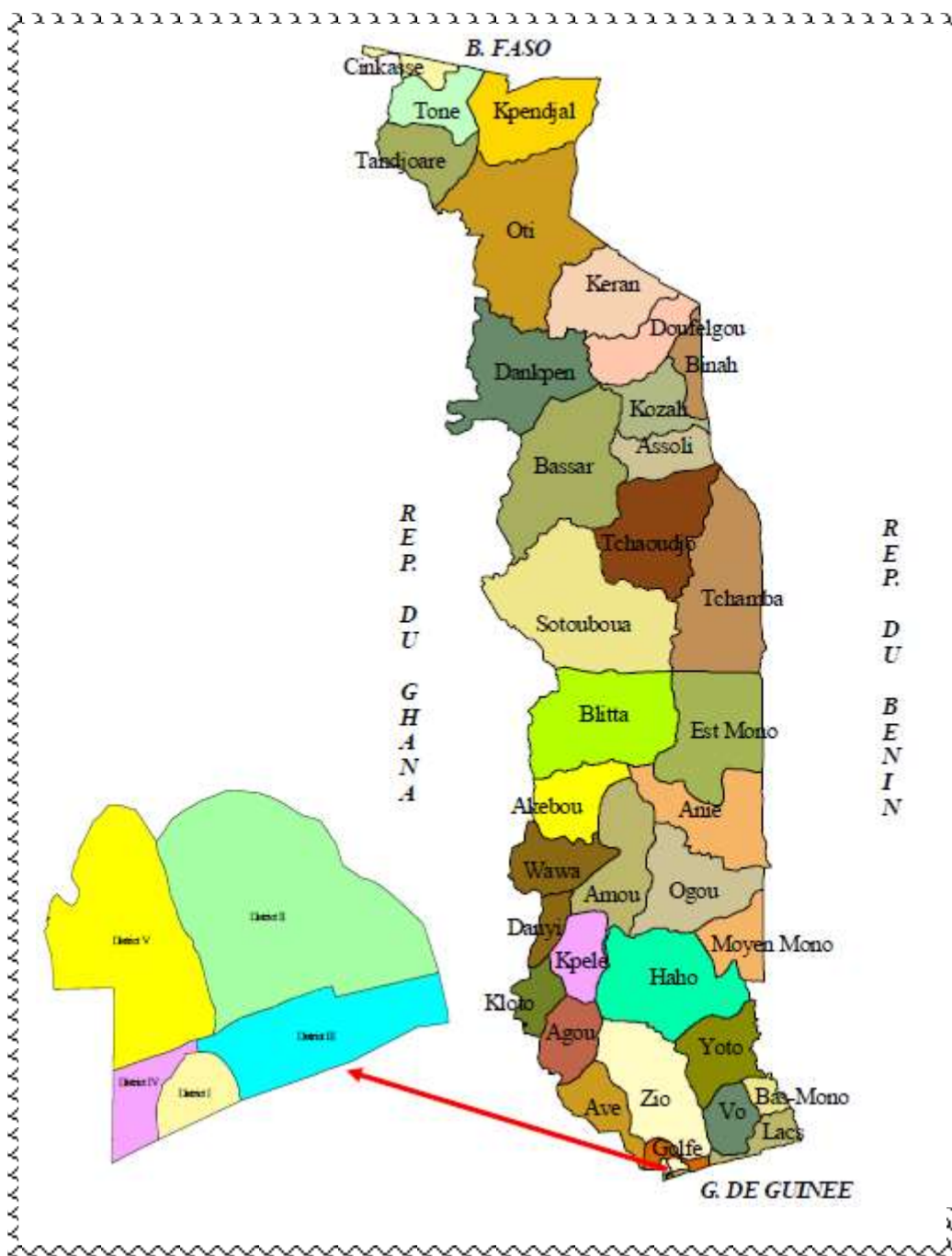
(Carte 2).

Chaque niveau a ses attributions. Cependant, il convient de noter que l'audit organisationnel du ministère de la santé effectué en 2009 a révélé une organisation de l'administration sanitaire inadéquate au regard des défis à relever face aux OMD liés à la santé.

Pour y remédier, un nouvel organigramme avec une redéfinition des missions visant à renforcer le leadership et la gouvernance institutionnelle du ministère de la santé est en cours de validation.



Carte 1 : Les régions sanitaires du Togo en 2013



Carte 2 : Carte des districts sanitaires du Togo en 2013.

2.1.4.2- Organisation du système de soins

Le système de prestations de soins est également organisé en trois niveaux de soins : primaire, secondaire et tertiaire.

- Le niveau primaire est constitué des structures de soins de santé primaires autour du district sanitaire et comprend deux échelons : les structures de soins de base (Unité de Soins périphériques (USP), cabinet privé de soins et PMI) et les structures de soins de première référence (HD) publiques ou privées avec ou sans antenne chirurgicale ;
- Le niveau secondaire est représenté par les Centres Hospitaliers Régionaux (CHR) et hôpitaux spécialisés de référence ;
- Le niveau tertiaire est constitué par les Centres Hospitaliers Universitaires (CHU) et les institutions spécialisées de santé de portée nationale.

2.1.4.3- Profil épidémiologique

L'analyse de la morbidité et de la mortalité montre une prédominance des maladies infectieuses et des maladies non transmissibles évitables.

Tableau 6 : Principales causes de morbidité et de mortalité en 2011

Principales causes de morbidité	Valeur (%)	Principales causes de mortalité	Valeur (%)
1. Paludisme	38,78	1. Paludisme grave	12,6
2. Plaies-traumatismes	8,25	2. AVC	4,6
3. IRA	7,50	3. VIH/SIDA	3,5
4. Parasitoses intestinales	4,69	4. Prématurité	2,7
5. Gastro-entérite	1,89	5. Anémie	2,4
6. Dermatoses	1,76	6. Plaies-traumatismes	2,0
7. Anémie	1,74	7. Pneumonie	1,70
8. Hypertension artérielle	1,47	8. Infections néonatales	1,50
9. Douleurs abdominales	1,27	9. Méningite cérébrospinale	1,2
10. Maladies diarrhéiques	1,22	10. Hypertension artérielle	1
Total partiel	68,57	Total partiel	33,20
Autres causes	31,43	Autres causes	66,80
Total	100	Total	100

Sources : DISER/DPFR/MS Principaux indicateurs de santé Année 2011.

Tableau 7 : Evolution des indicateurs clés de la santé au Togo, 1988 – 2010.

Indicateurs de santé	1988	1998	2006	2010
Espérance de vie à la naissance (années)	55,0	49,0	59,8 (2000)	63,3
Taux brut de mortalité (pour 1.000 habitants)	15,0	13,0	9,6 (2000)	8,1
Mortalité néonatale (pour 1.000 naissances vivantes)	50,4	42	ND	39 (2008)
Mortalité infantile (pour 1.000 naissances vivantes)	80,5	79,7	77	78
Mortalité infanto-juvénile (pour 1.000 naissances vivantes)	158	146	123	124
Mortalité maternelle (pour 100.000 naissances vivantes)	640	478	510 (2005)	300 (2010)
Indice synthétique de fécondité	6,6	5,4	5,1 (2000)	4,8
Prévalence de retards de croissance (%)	37,0	30,0	23,7	29,5
Prévalence de l'Insuffisance pondérale	27,0	25,0	26,0	16,6
Prévalence de la malnutrition aigue	ND	ND	14,3	4,8
Prévalence de diarrhée chez les enfants de moins de 5 ans	29,0	31,0	15,0	20,6
Prévalence des IRA chez les enfants de moins de 5 ans	ND	ND	6,0 %	5,0 %
Prévalence du VIH (% population de 15-49)	1,0 (1987)	5,9	3,3 (2005)	3,2
Prévalence de l'HTA	ND	ND	ND	19 %
Prévalence du diabète	ND	ND	ND	2,6 %
Prévalence du tabagisme	ND	ND	ND	6,8 %

Source : MICS 3 et 4, <http://donnees.banquemondiale.org/indicateur> ; rapport ONUSIDA, 2010. SMART, 2010 ; Enquête Step-Wise 2010

Le taux de mortalité générale estimé à 8,1 ‰, s'explique essentiellement par les taux élevés des mortalités infantile, infanto-juvénile, maternelle et de celle liée au sida.

Le taux de mortalité infanto-juvénile est estimé à 123‰ selon les résultats de l'enquête MICS 2010, inchangé par rapport au MICS de 2006 alors qu'il avait connu une réduction annuelle de 2‰ entre 1998 et 2006. Selon le rapport 2010 de suivi des OMD, le taux de mortalité infanto-juvénile devrait être autour de 60‰ en 2010 (au lieu de 123‰) pour espérer être au rendez-vous de 2015. La mortalité infanto-juvénile est due essentiellement aux maladies infectieuses : près de la moitié des décès (47 %) chez les enfants de moins de 5 ans est liée au paludisme, à la diarrhée et la pneumonie, pour lesquelles des interventions simples ayant un haut impact avéré peuvent facilement être mises en œuvre ; 35 % de la mortalité infanto-juvénile surviennent en périodes néonatales.

La mortalité maternelle se définit comme tous décès maternels liés à une grossesse (ces complications ou aggravation des antécédents) et qui survient au cours de la grossesse, de l'accouchement ou dans les 42 jours qui suivent l'accouchement. Au Togo le taux de mortalité maternel est très élevé : le ratio de décès maternel estimé à 300 pour 100.000 naissances vivantes (Inter Agency Estimates, 2010) demeure largement au-dessus du ratio attendu de 160 pour 100.000 naissances en 2015. Ainsi, ce sont trois femmes qui meurent par jour suite à une complication liée à la grossesse, à l'accouchement ou aux suites de couches. En 2012, 60,5 % des décès maternels étaient dus à des causes directes qui sont par ordre de fréquence : les hémorragies (21,0%), les infections (4,7%), les ruptures utérines (6,5%), les éclampsies (13,1) et les complications de l'avortement (2,8%). Les causes indirectes telles que : le paludisme, l'anémie, le VIH/sida, les cardiopathies, le diabète, représentaient 36,8%

Les décès dans la période néonatale représentent plus du tiers des décès des enfants de moins de 5 ans (35 % des décès interviennent durant les premiers 28 jours de vie). Les causes de décès néonataux sont dominées par la prématurité (32%), les infections sévères (28%), et l'asphyxie périnatale (24%). Cette mortalité néonatale toujours élevée au Togo (39 pour 1.000 naissances vivantes en 2008) témoigne d'une faible performance du système de santé dans la prise en charge des urgences néonatales (Rapport de l'enquête SONU 2006).

2.2- Justification

Les Soins Obstétricaux et Néonataux d'Urgence (SONU) constituent l'une des stratégies clés pour la réduction de la mortalité maternelle et néonatale. Le Ministère de la Santé du Togo en est conscient et a opté pour le développement des SONU dans son Plan de Développement Sanitaire 2012-2015. D'ores et déjà, le chantier de développement des SONU a démarré, avec l'importante activité d'identification des besoins conduite en 2012.

Aussi, dans la logique du processus de planification des SONU, le Ministère de la Santé a retenu l'élaboration d'un référentiel national SONUB (normes, organisation des soins), de protocoles de prise en charge des urgences obstétricales et néonatales, le monitoring des SONU, et l'élaboration des cartes sanitaires SONU de base les six (6) régions du pays. Les principaux avantages de l'élaboration d'une telle carte peuvent se résumer en ses termes :

- permettre une organisation sanitaire rationnelle et coût / efficiente
- prioriser le développement des SONUB et corriger les déficits en affectant les ressources adéquates
- définir les liens entre SONUB et SONUC mais aussi entre SONUB et institutions périphériques
- documenter le coût du système (en lien avec modélisation du SONUB) et en facilite le financement
- faciliter le monitoring

3-DEFINITION DU CONCEPT CARTE SANITAIRE SONU

La notion de carte sanitaire regroupe plusieurs concepts selon l'usage fondamental que l'on en fera.

Dans le cadre des SONU, la carte sanitaire est vue comme un instrument de planification et d'orientation pour rendre rationnelle et performante l'organisation des maternités des structures sanitaires. Elle a pour finalité d'établir une meilleure adéquation quantitative et qualitative entre les besoins en SONU, l'offre, la demande et les ressources disponibles et mobilisables.

La carte sanitaire SONU ou carte sanitaire obstétricale n'est pas seulement une notion de cartographie mais aussi de couverture de population en services de santé de la mère et de l'enfant. Au-delà de la considération géographique (accessibilité), la carte sanitaire doit intégrer des dimensions sociologique, démographique, technique et économique (efficience des moyens).

Par ailleurs, la carte sanitaire obstétricale sert de référence à tous les acteurs intervenant dans le secteur de la santé concernant les besoins en infrastructures sanitaires, en équipements et en ressources humaines.

La carte sanitaire permet de faire des prévisions en termes de ressources matérielles, humaines et financières. Elle facilite le calcul des indicateurs de couverture, et alimente les indicateurs sur les activités des services de santé.

Dans notre contexte, il s'agit aussi d'une ligne de base des formations sanitaires en termes d'infrastructures, de matériel et équipement, de ressources humaines, capables de faire des prestations de SONU dans un environnement organisationnel rationnel, cohérent et performant.

4- OBJECTIFS DE LA CARTE SANITAIRE SONU

L'élaboration de la carte sanitaire SONU ou encore obstétricale du Togo vise à contribuer à :

- une meilleure maîtrise de la couverture sanitaire en assurant une disponibilité des informations sur la répartition géographique des infrastructures sanitaires existantes, l'état de conformité de ces infrastructures aux exigences normatives et leur adéquation avec la distribution spatiale de la population ;
- une organisation rationnelle, cohérente et performante du système de santé à travers un meilleur équilibre entre accessibilité des SONU et qualité des soins, par un renforcement de pôles de soins publics et privés moins nombreux mais plus efficaces ;
- une plate-forme de communication et un outil de négociation entre les acteurs (bailleur, prestataires privés et publics, bénéficiaires) ;
- une meilleure programmation d'actions à mener pour améliorer l'accès des populations aux SONU de premier contact et de référence.

5- METHODOLOGIE DE REALISATION

La démarche d'élaboration d'une carte sanitaire rationalisée de l'offre de soins obstétricaux et néonataux d'urgence est le résultat d'une analyse de la situation portant sur l'évaluation des besoins, de l'offre et de la demande de soins (enquête SONU 2012) et d'un processus de sélection des structures SONU.

Après la publication des résultats de l'enquête SONU du Togo et dans le souci de développer une carte nationale SONU répondant aux normes internationales, le Togo a bénéficié de l'assistance technique du conseiller en santé de la reproduction venu du siège de l'UNFPA pour l'orientation des cadres du ministère sur l'élaboration des cartes régionales SONUB. Cet atelier d'orientation a permis d'ébaucher un canevas d'élaboration et de mettre en place un comité technique. Le Bureau d'Etudes NAHAZA a été recruté comme structure nationale d'appui à la mise en œuvre du processus ébauché lors de l'atelier d'orientation. Avec l'appui du bureau, le comité a organisé trois réunions préparatoires et les deux ateliers régionaux prévus dans la feuille de route.

5.1- Réunions préparatoires

Deux réunions préparatoires entre les membres du comité technique carte sanitaire obstétricale et les consultants du Bureau d'Etudes NAHAZA ont permis de valider la méthodologie d'élaboration de la carte sanitaire SONU et de passer en revue les documents à mettre à la disposition des équipes régionales et les districts avant les ateliers régionaux.

Afin de faciliter l'analyse situationnelle aux régions et aux districts, le Bureau d'Etudes NAHAZA a mis d'avance à leur disposition les documents nécessaires notamment : la base de données SONU de chaque région, les cartes physiques de relief, les données démographiques 2013, les informations à collecter ainsi qu'un ensemble d'outils de collecte de données à pré remplir selon les canevas bien déterminés. L'ensemble de ces supports a été joint aux invitations pour les ateliers.

La troisième réunion préparatoire a été l'occasion de planifier les interventions au cours du deuxième atelier régional organisé à Kpalimé.

5.2- Organisation des ateliers régionaux

Deux ateliers régionaux ont été organisés à Kpalimé et à Kara. L'atelier de Kpalimé a regroupé les participants des régions Lomé-commune, Maritime et Plateaux. Celui de Kara quant à lui a vu la participation des représentants des régions Centrale, de la Kara et des Savanes. La liste et le profil des participants à ces ateliers ont été consignés les rapports des ateliers. A l'issue des deux ateliers, les structures SONU dans chaque région sanitaire et réparties en fonction de leur catégories (SONUC et SONUB).

5.3- Elaboration de la cartographie

Toutes les données provenant des listes de SONUB et SONUC ainsi que les liens établis entre eux pour chaque région ont été analysés puis matérialisés sur des fonds de cartes des régions en prenant en compte le nouveau découpage sanitaire (nouveaux districts), le relief lorsqu'un fonds de carte existe, l'hydrographie, les voies de communication etc.

5.4- Validation

Le présent document ainsi que les différentes cartes ont été validés et, les observations et suggestions de tous les acteurs, intégrées au cours d'un atelier national de deux (2) jours.

6- STRUCTURES SANITAIRES SONU DU TOGO

6.1- Structures SONU par type et par région

Tableau 8 : Récapitulatif des structures SONUC et SONUB régionales retenues pendant les ateliers régionaux

Régions	SONUC	SONUB
Région des savanes	CHR Dapaong	CHP Cinkassé CHP Tandjoaré CHP Mandouri CMS Naki Est USP Sanfatoute Polyclinique de Dapaong
	CHP de Mango	CMS Gando CMS Barkoassi
Région de Kara	CHU Kara CHR Kara HME SOS	CHP Bafilo CHP Niamtougou, CHP Kanté,
	CHP Pagouda	CMS Kétao
	CHP Bassar	CHP Guérin Kouka, CMS Kabou

Région centrale	CHR Sokodé	Polyclinique de Sokodé
	CHP Tchamba	CMS de Kaboli CMS Bago
	CHP Sotouboua	CHP Blitta Hôpital St Luc de Pagala CMS Adjengré CMS Djarkpanga
Région des plateaux	Hôpital Bethesda	HD Agou USP Kati
	Hôpital Ordre de Malte	CMS Morétan
	HD Notsè	CMS Asrama USP Wahala
	Hôpital Tsiko	CMS Adéta HD Danyi
	HD Tohoun	USP Kpéklémé
	CHR Atakpamé Hôpital St Joseph Datcha	Polyclinique Atakpamé CMS Anié HD Amlamé CMS Sodo
	HD Kpalimé	USP Kpadapé
HD Badou	USP Zogbégan USP Kpété Béna USP Adogbénou CMS Kougnohou USP Sérégbéné	

Région Maritime	Hôpital St Jean Afagnan	CMS Attitogon CMS Aklakou
	CHP Aného	USP Togoville CMS Agbodrafo
	CHP Vogon	USP Dagbati CMS Akoumapé Hôpital Tabligbo CMS Public Kouvé USP Tométy Kondji
	CHR Tsévié	Polyclinique Tsévié USP Gapé Centre CMS Agbélouvé.
	SONUC de la Région Lomé Commune	CMS Kévé, HD Assahoun CMS Baguida CMS Adidogomé CMS Agoè Nyivé CMS Sanguéra USP Togblékopé USP Agoè Elavagnon Hôpital Regina Pacis CMS Adamavo
Région Lomé Commune	Clinique Alpia, CHR Lomé Commune Clinique de l'Aéroport Polyclinique St Joseph Clinique la Confiance Clinique de l'Espérance Cliniques des Mères Hôpital Bè Clinique Autel d'Elie, CHU Sylvanus Olympio, Clinique Biassa, Cabinet Médical la Providence, Clinique Myoren, Clinique Bon Pasteur, Polyclinique Wossinu et Gbogbo	CS de Lomé, CS d'Adakpamé HD Bè Kpota CS Amoutivé CMS Gbégnédji CS Kodjoviakopé HD Cacavéli CMS Bè Attikoumé CMS Doumasséssé CHU Campus

Tableau 9 : Nombre de structures publiques SONU *par type et par région* en 2013

Types \ Régions	Régions							Normes	Ecart par rapport à la norme
	Savanes	Kara	Centrale	Plateaux	Maritime	Lomé	Total		
SONUC	2	5	3	9	4	15	38	14	24
SONUB	8	6	7	18	22	10	71	53	18
Total	10	11	10	27	26	25	109	67	42

En considérant la norme des structures SONU en fonction de la population à savoir 5 SONU dont 1 SONUC et 4 SONUB pour 500000 habitants, il ressort dans le tableau ci-dessus que le Togo compte un excédent de 42 structures SONU dont 24 SONUC et 18 SONUB. Cette situation est liée principalement à l'état actuel des plateaux techniques des formations sanitaires et à la répartition géographique.

6.2- Structures SONU par statut et par région

Tableau 10 : Répartition des structures SONU *par statut et par région* en 2013.

Régions	Public	Privé lucratif	Privé non lucratif	Total
Savanes	10	0	0	10
Kara	10	0	1	11
Centrale	9	0	1	10
Plateaux	21	0	6	27
Maritime	25	0	1	26
Lomé	13	12	0	25
Total	88	12	9	109
%	80,73	11,01	8,26	100

Les structures privées lucratives ayant un statut de SONU se retrouvent uniquement dans la région de Lomé commune. Les structures privées non lucratives sont en majorité des structures confessionnelles et le plus grand nombre est dans la région des plateaux (2/3)

Tableau 11 : Structures SONU par région et *en fonction des liens* de référence

REGIONS SANITAIRES DU TOGO	STRUTURES SONUC DU TOGO	STRUCTURES SONUB DU TOGO	OBSERVATIONS
Région des Savanes	CHR Dapaong	CHP Cinkassé CHP Tandjoaré CHP Mandouri CMS Naki Est USP Sanfatoute Polyclinique de Dapaong	
	CHP de Mango	CMS Gando CMS Barkoassi	
Région de la Kara	CHU Kara CHR Kara HME SOS CHP Pagouda	CHP Bafilo CHP Niamtougou CHP Kanté CMS Kétau	
	CHP Bassar	CMS Kabou CHP Guérin Kouka CMS Djarkpanga*	USP du district de Sotouboua mais utilise le SONUC du district de Bassar
Région Centrale	CHR Sokodé CHP Tchamba	Polyclinique de Sokodé CMS de Kaboli	
	CHP Sotouboua	CHP Blitta CMS Adjengré Hôpital St Luc de Pagala	

Région des Plateaux	Hôpital Béthesda	HD Agou USP Kati
	Hôpital Ordre de Malte	CMS Morétan
	HD Notsè	USP Wahala CMS Asrama
	Hôpital Tsiko	CMS Adéta HD Danyi
	HD Tohoun	USP Kpékplémé
	CHR Atakpamé Hôpital St Joseph Datcha	Polyclinique Atakpamé CMS Anié HD Amlamé CMS Sodo
	HD Kpalimé	USP Kpadapé
	HD Badou	USP KpétéBéna USP Zogbégan USP Adogbénou CMS Kougnohou USP Sérégbéne

Région Maritime	Hôpital St Jean Afagnan	CMS Attitogon CMS Aklakou	
	CHP Aného	USP Togoville CMS Agbodrafo	
	CHP Vogan	CMS Akoumapé USP Dagbati Hôpital Tabligbo CMS Public Kouvé USP TométyKondji	
	CHR Tsévié	Polyclinique Tsévié USP Gapé Centre CMS Agbélouvé	
	SONUC de Lomé Commune	CMS Baguida CMS Adidogomé CMS AgoèNyivé CMS Sanguéra USP Togblékopé USP Agoè Elavagnon Hôpital Regina Pagis CMS Adamavo CMS Kévé HD Assahoun	<i>SONUB de la Région maritime qui utilisent les SONUC de La région Lomé Commune en fonction de leurs situations géographiques</i>

Région Lomé Commune	CHU Sylvanus Olympio	CS de Lomé CMS Doumasséssé CMS Bè Attikoumé CS Kodjoviakopé CMS KEVE HD Assahoun Hôpital Regina Pagis CMS Sanguéra CMS Adidogomé	SONUB de la Région Maritime
	CHR Lomé Commune	CHU Campus HD Cacavéli USP Togblékopé CMS AgoèNyivé USP Agoè Elavagnon	SONUB de la Région Maritime
	Hôpital Bè	CS d'Adakpamé HD Bè Kpota CS Amoutivé CMS Gbégnédji CMS Baguida CMS Adamavo	SONUB de la Région Maritime
Structures SONUC du secteur privé lucratif de Lomé Commune	Clinique Alpia Clinique de l'Aéroport Polyclinique St Joseph Clinique la Confiance Clinique de l'Espérance Cliniques des Mères Clinique Autel d'Elie Clinique Biassa Cabnet Médical la Providence Clinique Myoren Clinique Bon Pasteur Polyclin Wossinu et Gbogbo		

6.3- Disponibilité des fonctions essentielles dans les structures SONU

Les fonctions essentielles SONU sont des services de santé rendus obligatoires pour toutes structures SONU car elles ont un lien direct avec le pronostic vital de la femme ou du nouveau-né. Elles sont désignées par convention par la lettre F en majuscule. Ces fonctions sont au nombre de 9. Toutes les 9 fonctions sont obligatoires pour une structure de soins obstétricaux et néonataux d'urgence complet (SONUC). Mais pour les structures de soins obstétricaux et néonataux de base (SONUB), seulement les 7 premières fonctions sont obligatoires. Il est désigné sous le vocable de déficit SONU si l'un des services de santé n'est pas offert dans une structure donnée. Au nombre de services non disponibles correspond le nombre de déficit SONU. Ces différents services de santé désignés sous le langage de fonctions essentielles sont :

- F1** : Administration par voie parentérale d'antibiotiques au cours des 3 derniers mois
- F2** : Administration par voie parentérale d'utéro-toniques ocytociques au cours des 3 derniers mois
- F3** : Administration par voie parentérale d'anticonvulsivants au cours des 3 derniers mois
- F4** : Délivrance artificielle /Révision utérine pratiquée au cours des 3 derniers mois
- F5** : L'évacuation des produits résiduels pratiquée au cours des 3 derniers mois
- F6** : L'accouchement par voie basse par extraction instrumentale pratiqué au cours des 3 derniers mois
- F7** : La réanimation du nouveau-né avec ballon et masque pratiquée au cours des 3 derniers mois
- F8** : Une transfusion sanguine pratiquée au cours des 3 derniers mois
- F9** : Césarienne pratiquée au cours des 3 derniers mois

La situation des fonctions essentielles des différentes formations sanitaires retenues comme structure SONU au Togo dans la présente carte est résumée dans les différents tableaux ci-dessous en fonction des régions sanitaires. Dans ces tableaux, les fonctions 8 et 9 ne s'appliquant pas au SONUB, il est marqué non applicable (NA). Elles ne sont pas prises en compte dans le total des déficits des SONUB.

6.3.1-Disponibilité des fonctions essentielles dans les structures SONU par région

Tableau 12 : Situation des fonctions essentielles SONU des structures dans la région des Savanes en 2013.

Formations sanitaires	F1	F2	F3	F4	F5	F6	F7	F8	F9	DEFICIT SONUB
HP CINKASSE	OUI	OUI	OUI	OUI	NON	NON	OUI	N/A	N/A	2
CMS NAKI EST	OUI	OUI	OUI	OUI	OUI	NON	OUI	N/A	N/A	1
CHP MANGO	OUI	OUI	OUI	OUI	OUI	NON	OUI	OUI	OUI	1
CMS BARKOISSI	OUI	OUI	OUI	OUI	NON	NON	OUI	NA	NA	2
CMS GANDO	OUI	OUI	OUI	NON	NON	NON	NON	NA	NA	4
CHP MANDOURI	OUI	OUI	OUI	OUI	NON	NON	OUI	NA	NA	2
CHP TANDJOARE	OUI	OUI	OUI	OUI	NON	NON	OUI	NA	NA	2
CHR DAPAONG	OUI	OUI	OUI	OUI	OUI	OUI	OUI	OUI	OUI	0
POLY. DAPAONG	OUI	OUI	OUI	OUI	NON	NON	NON	NA	NA	3
USP SANFATOUTE	OUI	OUI	NON	OUI	OUI	NON	NON	NA	NA	3
Total "NON"	0	0	1	1	6	9	3			

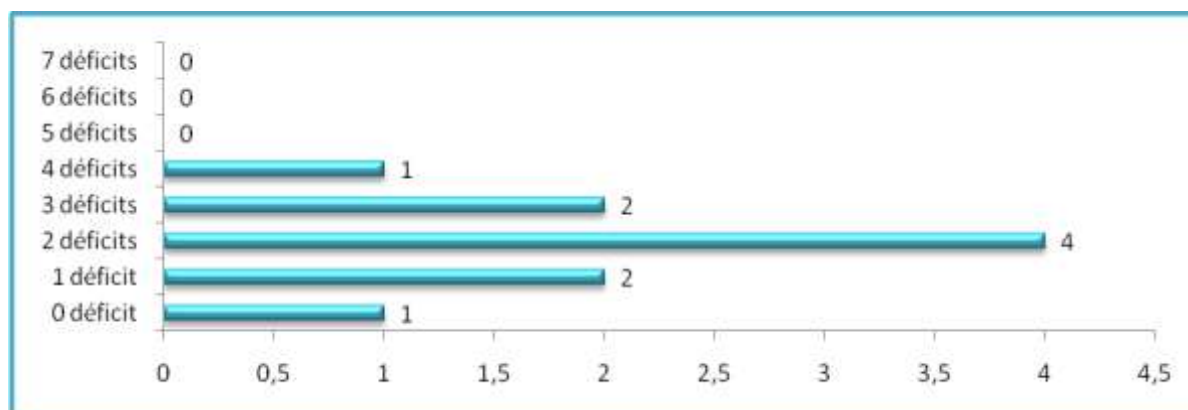


Figure 1 : Déficit cumulé en FE des maternités SONU de la région des Savanes

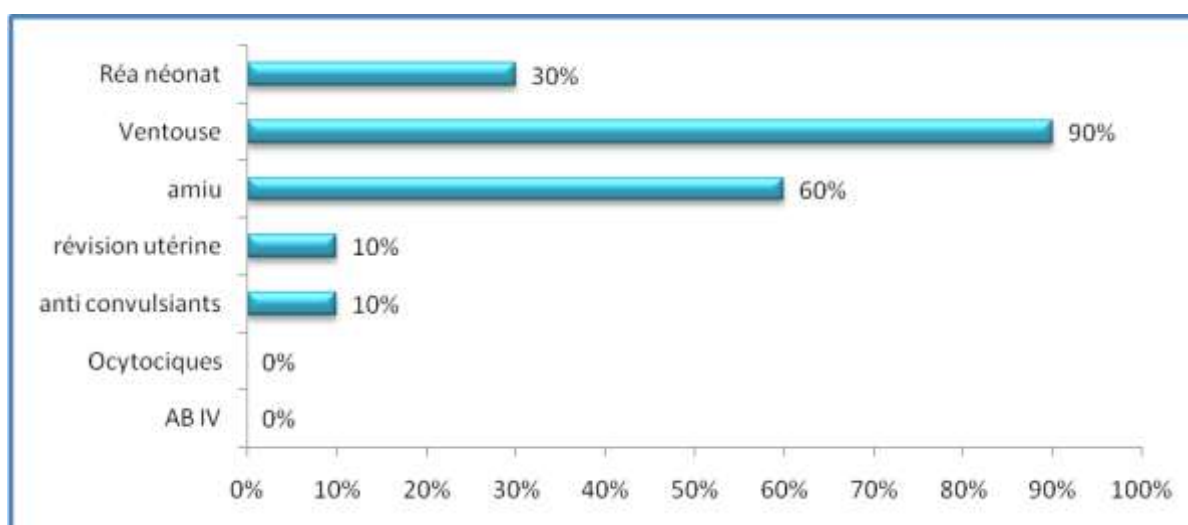


Figure 2 : Proportion de maternités déficitaires dans la fonction

La plupart des formations sanitaires SONU (7/10) de la région des Savanes ont moins de 3 déficits en fonctions essentielles. Cependant, le CMS de Gando dans le district de l'Oti mérite qu'on lui accorde une importance particulière l'utilisation de l'AMIU, de la ventouse et la réanimation néonatale respectivement dans 60%, 90% et 30% des cas.. Il totalise le nombre le plus élevé de déficit (4). Les besoins essentiels des formations sanitaires sont relatifs aux fonctions essentielles 4, 5 et 6 respectivement

Tableau 13 : Situation des fonctions essentielles SONU des structures dans la région de la Kara en 2013.

Formations Sanitaires	F1	F2	F3	F4	F5	F6	F7	F8	F9	DEFICIT SONUB
HP BAFILO	OUI	OUI	OUI	OUI	NON	NON	OUI	NA	NA	2
CHP BASSAR	OUI	OUI	OUI	OUI	OUI	NON	OUI	OUI	OUI	1
CMS KABOU	OUI	OUI	OUI	OUI	OUI	NON	OUI	NA	NA	1
CHP PAGOUDA	OUI	OUI	OUI	OUI	OUI	NON	OUI	OUI	OUI	1
CMS KETAO	OUI	OUI	OUI	OUI	NON	NON	NON	NA	NA	3
HP GUERIN KOUKA	OUI	OUI	OUI	OUI	OUI	NON	NON	NA	NA	2
CHP NIAMTOUGOU	OUI	OUI	OUI	OUI	NON	NON	OUI	NA	NA	2
HP KANTE	OUI	OUI	OUI	OUI	OUI	NON	NON	NA	NA	2
CHU KARA	OUI	OUI	OUI	OUI	OUI	NON	OUI	OUI	OUI	1
CHR KARA	OUI	OUI	OUI	OUI	OUI	NON	OUI	OUI	OUI	1
HME SOS KARA	OUI	OUI	OUI	OUI	OUI	OUI	OUI	OUI	OUI	0
Total "NON"	0	0	0	0	3	10	3			

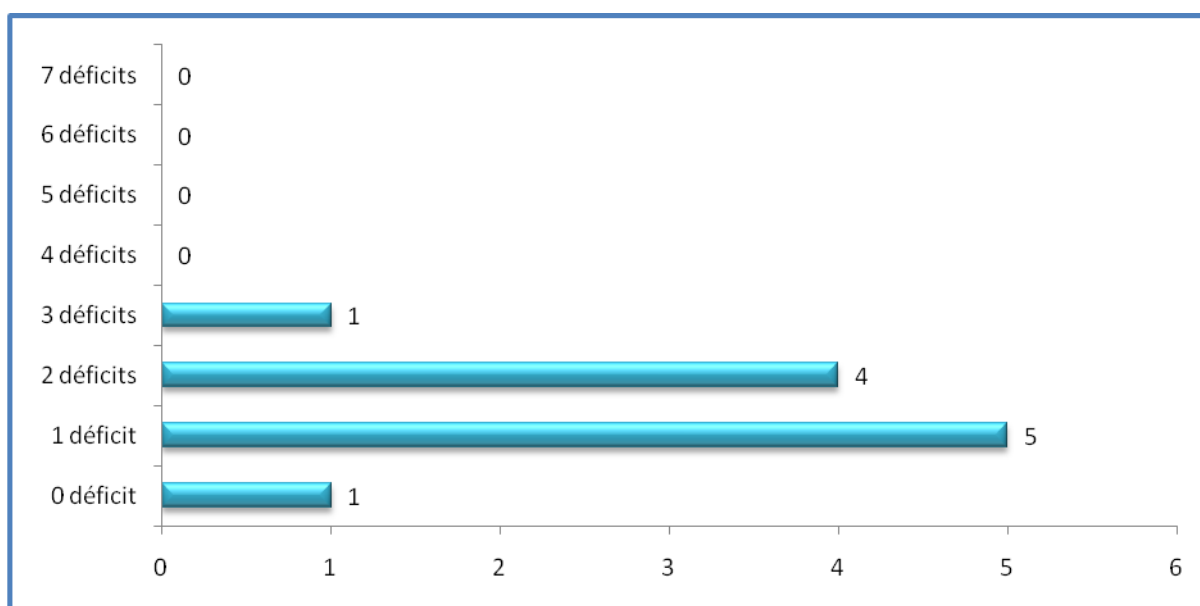


Figure 3 : Déficit cumulé en FE des maternités SONU de la région de la Kara

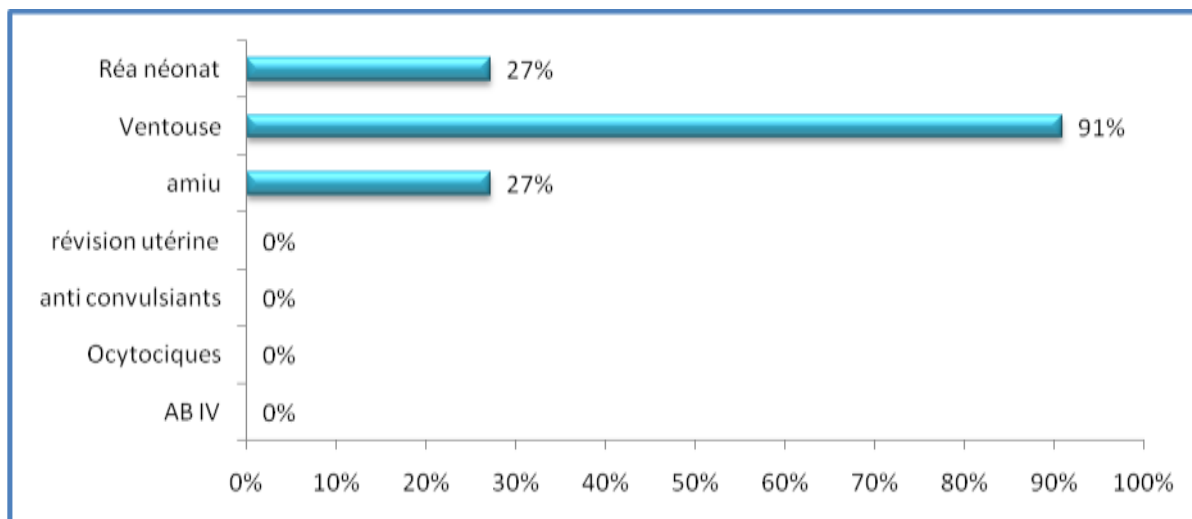


Figure 4 : Proportion de maternités déficitaires dans la fonction dans la région de la Kara.

Le déficit en fonctions essentielles SONU est relativement bas dans la région de la Kara. En dehors du CMS Kétau dans le district de la Binah, toutes les autres formations sanitaires ont moins de 3 déficits. La correction des déficits en utilisation de l'AMIU, de la ventouse et en réanimation néonatale aura un impact visible sur la réduction de la mortalité maternelle et néonatale dans cette région.

Tableau 14 : Situation des fonctions essentielles SONU des structures dans la région Centrale en 2013.

Formations sanitaires	F1	F2	F3	F4	F5	F6	F7	F8	F9	DEFICIT SONUB
HP BLITTA	OUI	OUI	OUI	OUI	OUI	NON	OUI	NA	NA	1
HOP. DE PAGALA	OUI	OUI	OUI	OUI	OUI	NON	OUI	NA	NA	1
CHP SOTOUBOUA	OUI	OUI	OUI	OUI	OUI	NON	OUI	OUI	OUI	1
CMS ADJENGRE	OUI	OUI	OUI	OUI	NON	NON	OUI	NA	NA	2
CMS DJARKPANGA	OUI	OUI	OUI	OUI	NON	NON	NON	NA	NA	3
CHP TCHAMBA	OUI	OUI	OUI	OUI	OUI	NON	OUI	OUI	OUI	1
CMS KABOLI	OUI	OUI	OUI	OUI	NON	NON	OUI	NA	NA	2
USP BAGO	OUI	OUI	OUI	OUI	NON	NON	NON	NA	NA	3
CHR SOKODE	OUI	OUI	OUI	OUI	OUI	OUI	OUI	OUI	OUI	0
POLY. SOKODE	OUI	OUI	OUI	OUI	NON	NON	NON	NA	NA	3
Total "NON"	0	0	0	0	5	9	3			

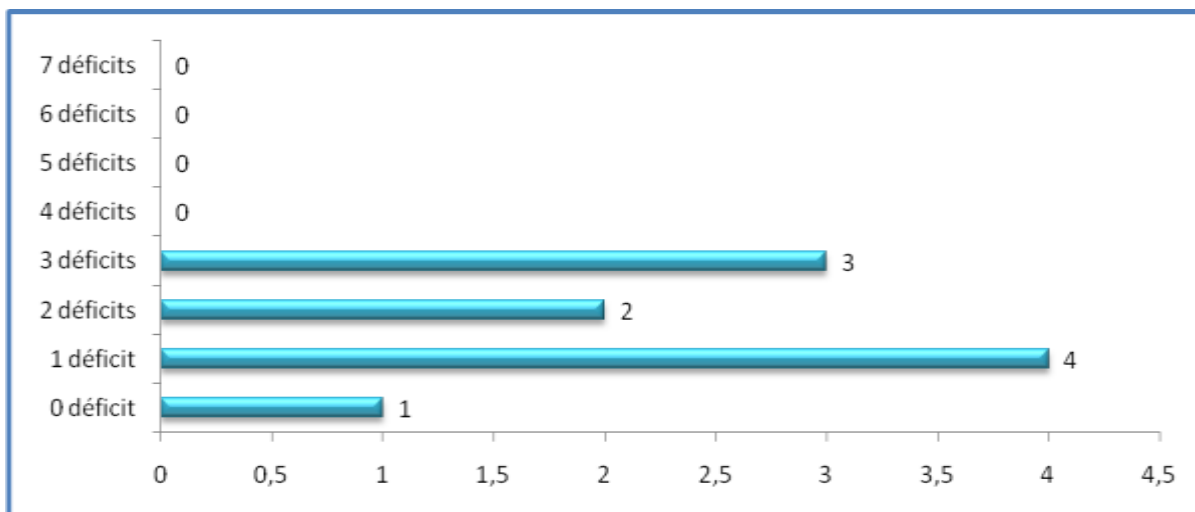


Figure 5 : Déficit cumulé en FE des maternités SONU de la région Centrale.

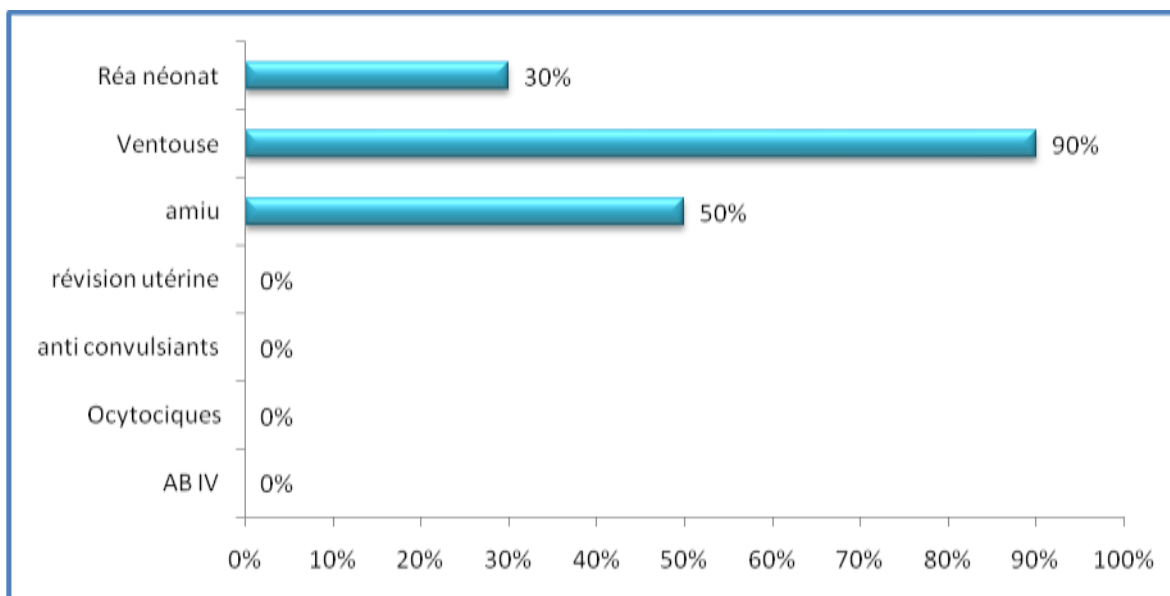


Figure 6 : Proportion de maternités déficitaires dans la fonction dans la région Centrale.

Les formations sanitaires de Bago et de la polyclinique de Sokodé ont de plus grand nombre de déficits (3 déficits) alors que les autres formations n'ont qu'un seul déficit.

Les défis à relever dans la région Centrale pour améliorer la prise en charge des urgences obstétricales sont entre autre l'utilisation de la ventouse (90%), l'utilisation de l'AMIU (50%) et la réanimation néonatale (30%).

Tableau 15 : Situation des fonctions essentielles SONU des structures dans la région des Plateaux en 2013.

Formations sanitaires	F1	F2	F3	F4	F5	F6	F7	F8	F9	DEFICIT SONUB
HOP. BETHESDA	OUI	OUI	OUI	OUI	OUI	OUI	OUI	OUI	OUI	0
HD AGOU	OUI	OUI	OUI	OUI	OUI	OUI	NON	NA	NA	1
USP KATI	OUI	OUI	OUI	OUI	NON	NON	NON	NA	NA	3
CMS KOUGNOHOU	OUI	OUI	OUI	OUI	OUI	OUI	OUI	NA	NA	0
USP SEREBENE	OUI	OUI	NON	OUI	OUI	NON	NON	NA	NA	3
CMS SODO	OUI	OUI	OUI	OUI	OUI	OUI	NON	NA	NA	1
HD AMLAME	OUI	OUI	NON	OUI	OUI	NON	NON	NA	NA	3
CMS ANIE	OUI	OUI	OUI	OUI	OUI	OUI	NON	NA	NA	1
USP ADOGBENOU	OUI	OUI	NON	OUI	NON	NON	NON	NA	NA	4
HOPITAL DANYI	OUI	OUI	OUI	OUI	OUI	OUI	NON	NA	NA	1
H. ORDRE DE MALTE	OUI	OUI	OUI	OUI	OUI	OUI	OUI	OUI	OUI	0
CMS MORETAN	OUI	OUI	OUI	OUI	OUI	NON	NON	NA	NA	2
HD NOTSE	OUI	OUI	OUI	OUI	OUI	OUI	OUI	OUI	OUI	0
CMS ASRAMA	OUI	OUI	OUI	OUI	NON	NON	OUI	NA	NA	2
CMS WAHALA	OUI	OUI	OUI	OUI	OUI	NON	OUI	NA	NA	1
HOPITAL KPALIME	OUI	OUI	OUI	OUI	OUI	NON	OUI	OUI	OUI	1
CMS KPADAPE	OUI	OUI	OUI	OUI	OUI	NON	NON	NA	NA	2
HOPITAL TSIKO	OUI	OUI	OUI	OUI	OUI	OUI	OUI	OUI	OUI	0
CMS ADETA	OUI	OUI	OUI	OUI	NON	NON	OUI	NA	NA	2
HD DE TOHOUN	OUI	OUI	OUI	OUI	OUI	NON	OUI	OUI	OUI	1
USP KPEKPLEME	OUI	OUI	OUI	OUI	NON	NON	NON	NA	NA	3
CHR ATAKPAME	OUI	OUI	OUI	OUI	OUI	OUI	OUI	OUI	OUI	0
HS JOSEPH DATCHA	OUI	OUI	OUI	OUI	OUI	NON	OUI	OUI	OUI	1
POLY. ATAKPAME	OUI	OUI	OUI	OUI	OUI	NON	NON	NA	NA	2
CHP DE BADOU	OUI	OUI	OUI	OUI	OUI	OUI	OUI	OUI	OUI	0
USP KPETEBENA	OUI	OUI	OUI	OUI	OUI	NON	NON	NA	NA	2
USP ZOGBEGAN	OUI	OUI	OUI	OUI	OUI	NON	NON	NA	NA	2
Total "NON"	0	0	3	0	5	16	14			

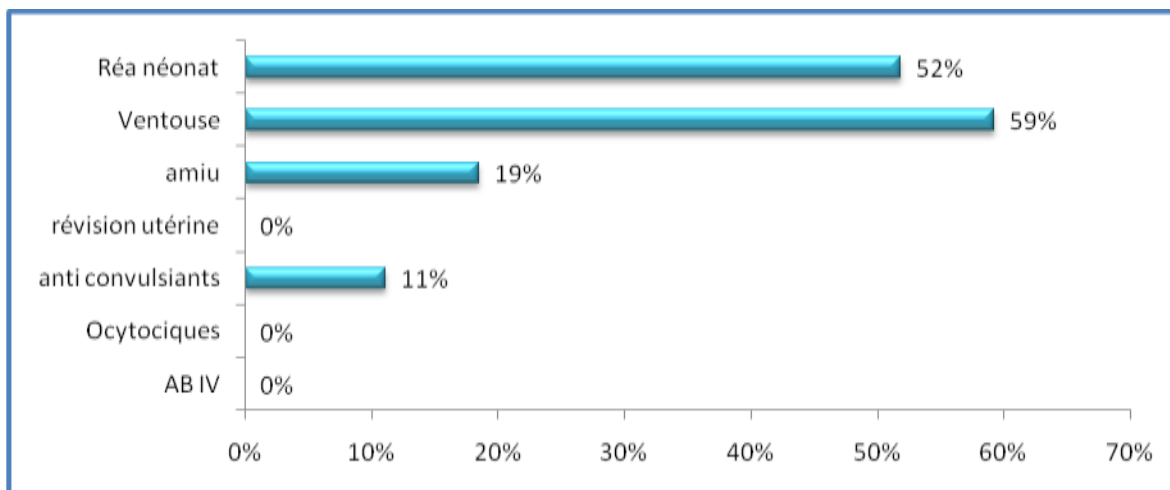


Figure 7 : Déficit cumulé en FE des maternités SONU de la région des Plateaux.

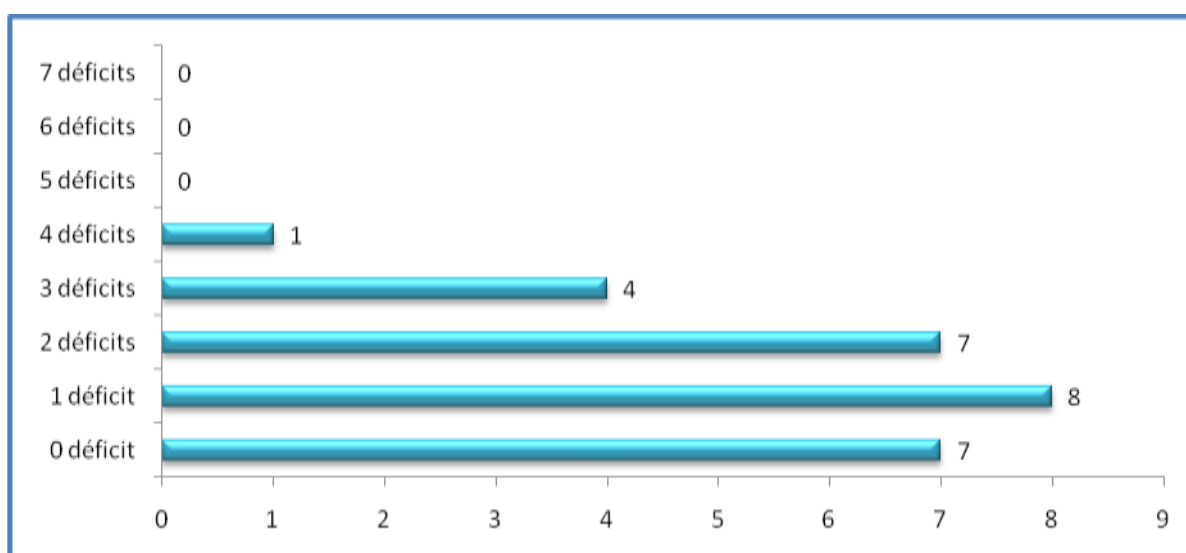


Figure 8 : Proportion de maternités déficitaires dans la fonction dans la région des Plateaux.

Dans la région des plateaux, 4 structures ont trois (3) déficits et une structure présente 4 déficits. Comme dans les régions précédentes, les déficits sont observés au niveau des fonctions F5, F6 et F7.

Tableau 16 : Situation des fonctions essentielles SONU des structures dans la région Maritime en 2013.

Formations sanitaires	F1	F2	F3	F4	F5	F6	F7	F8	F9	DEFICIT SONUB
CMS KEVE	OUI	OUI	OUI	OUI	OUI	NON	NON	NA	NA	2
HOPITAL D'ASSAHOUN	OUI	OUI	OUI	OUI	OUI	NON	NON	NA	NA	2
HOPITAL AFAGNAN	OUI	OUI	OUI	OUI	OUI	OUI	OUI	OUI	OUI	0
CMS ATTITOGON	OUI	OUI	OUI	OUI	NON	NON	NON	NA	NA	3
CMS BAGUIDA	OUI	OUI	OUI	OUI	NON	NON	NON	NA	NA	3
CMS ADAMAVO	OUI	OUI	OUI	OUI	NON	NON	NON	NA	NA	3
CMS ADIDOGOME	OUI	OUI	OUI	OUI	NON	NON	NON	NA	NA	3
CMS AGOE	OUI	OUI	OUI	OUI	NON	NON	OUI	NA	NA	2
CMS SANGUERA	OUI	OUI	OUI	OUI	NON	NON	NON	NA	NA	3
HOP. REGINA PACIS	OUI	OUI	OUI	OUI	NON	NON	NON	NA	NA	3
USP AGOE ELAVAGNON	OUI	OUI	OUI	OUI	NON	NON	NON	NA	NA	3
USP TOGBLEKOPE	OUI	OUI	OUI	OUI	NON	NON	NON	NA	NA	3
CMS AGBODRAFO	OUI	OUI	OUI	OUI	NON	NON	NON	NA	NA	3
CHP ANEHO	OUI	OUI	OUI	OUI	OUI	NON	OUI	OUI	OUI	1
CMS AKLAKOU	OUI	OUI	OUI	OUI	OUI	NON	NON	NA	NA	2
HD DE VOGAN	OUI	OUI	OUI	OUI	OUI	NON	OUI	OUI	OUI	1
CMS AKOUMAPE	OUI	OUI	OUI	OUI	NON	NON	NON	NA	NA	3
USP DAGBATI	OUI	OUI	OUI	OUI	NON	NON	NON	NA	NA	3
USP TOGOVILLE	OUI	OUI	OUI	OUI	NON	NON	NON	NA	NA	3
CMS PUBLIC DE KOUVE	OUI	OUI	OUI	OUI	OUI	NON	NON	NA	NA	2
HD TABLIGBO	OUI	OUI	OUI	OUI	OUI	NON	OUI	NA	NA	1
USD TOMETY-KONDJI	OUI	OUI	OUI	OUI	NON	NON	NON	NA	NA	3
CHR TSEVIE	OUI	OUI	OUI	OUI	OUI	NON	OUI	OUI	OUI	1
CMS AGBELOUVE	OUI	OUI	OUI	OUI	NON	NON	NON	NA	NA	3
POLY. DE TSEVIE	OUI	OUI	OUI	OUI	NON	NON	NON	NA	NA	3
USP GAPE CENTRE	OUI	OUI	OUI	OUI	NON	NON	NON	NA	NA	3
Total "NON"	0	0	0	0	17	25	20			

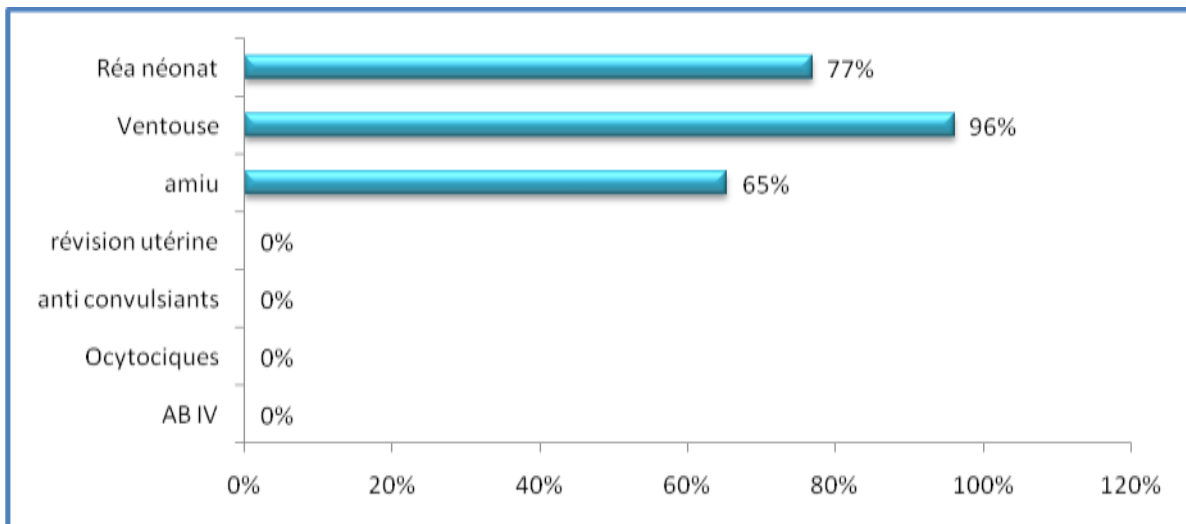


Figure 9 : Déficit cumulé en FE des maternités SONU de la région maritime

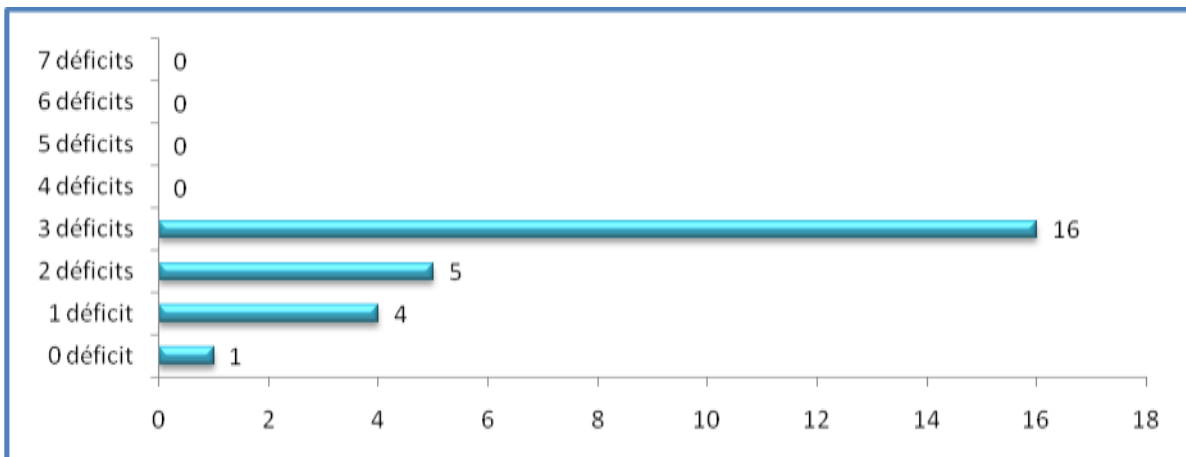


Figure 10 : Proportion de maternités déficitaires dans la fonction dans la région maritime

La situation des fonctions essentielles SONU est préoccupante dans la région maritime car 16 FS sur les 26 retenues (ont 3 déficits en FE SONU). Les fonctions déficitaires sont presque identiques à celles des autres régions. Il s'agit de l'insuffisance de compétences pour l'utilisation de l'AMIU, de la ventouse et de la réanimation néonatale.

Tableau 17 : Situation des fonctions essentielles SONU des structures dans la région Lomé Commune en 2013.

Formations sanitaires	F1	F2	F3	F4	F5	F6	F7	F8	F9	DEFICI T SONUB
C.S. DE LOME	OUI	OUI	OUI	OUI	OUI	NON	NON	NA	NA	2
CHR LOME COMMUNE	OUI	OUI	OUI	OUI	OUI	NON	OUI	OUI	OUI	1
CLINIQUE DE L'AEROPORT	OUI	OUI	OUI	OUI	OUI	OUI	OUI	OUI	OUI	0
CLINIQUE DE L'ESPERANCE	OUI	OUI	OUI	OUI	OUI	OUI	OUI	OUI	OUI	0
CLINIQUE DES MERES	OUI	OUI	OUI	OUI	OUI	OUI	OUI	OUI	OUI	0
CLINIQUE LA PROVIDENCE	OUI	OUI	OUI	OUI	OUI	NON	NON	NON	NON	4
C.S. ADAKPAME	OUI	OUI	OUI	OUI	NON	NON	NON	NA	NA	3
HD DE BE-KPOTA	OUI	OUI	OUI	OUI	NON	NON	NON	NA	NON NA	3
HOPITAL DE BE	OUI	OUI	OUI	OUI	OUI	OUI	OUI	OUI	OUI	0
CLINIQUE AUTELE D'ELIE	OUI	OUI	OUI	OUI	OUI	OUI	OUI	OUI	OUI	0
POLY. INTERN. ST JOSEPH	OUI	OUI	OUI	OUI	OUI	OUI	OUI	OUI	OUI	0
LA CONFIANCE	OUI	OUI	OUI	OUI	OUI	NON	OUI	NON	OUI	2
CLINIQUE MYOREN	OUI	OUI	OUI	OUI	OUI	OUI	OUI	OUI	OUI	0
CMS AMOUTIVE	OUI	OUI	OUI	OUI	NON	NON	NON	NA	NA	3
CMS GBEGNEDJI	OUI	OUI	OUI	OUI	NON	NON	NON	NA	NA	3
CLINIQUE BIASA	OUI	OUI	OUI	OUI	OUI	OUI	OUI	OUI	OUI	0
CLINIQUE ALPIA	OUI	OUI	OUI	OUI	OUI	OUI	OUI	OUI	OUI	0
C.S. KODJOVIAKOPE	OUI	OUI	OUI	OUI	OUI	NON	NON	NA	NA	2
CHU SYLVANUS OLYMPIO	OUI	OUI	OUI	OUI	OUI	OUI	OUI	OUI	OUI	0
CLINIQUE BON PASTEUR	OUI	OUI	OUI	OUI	OUI	OUI	OUI	OUI	OUI	0
POLY. WOSSINU ET GBOGBO	OUI	OUI	OUI	OUI	OUI	OUI	OUI	OUI	OUI	0
CHU CAMPUS	OUI	OUI	OUI	OUI	OUI	OUI	OUI	NA	NA	0
CMS BE ATIKOUME	OUI	OUI	OUI	OUI	NON	NON	NON	NA	NA	3
CMS DOUMASSESE	OUI	OUI	OUI	OUI	NON	NON	NON	NA	NA	3
HD CACAVELI	OUI	OUI	OUI	OUI	NON	NON	NON	NA	NA	3
Total "NON"	0	0	0	0	7	12	10			

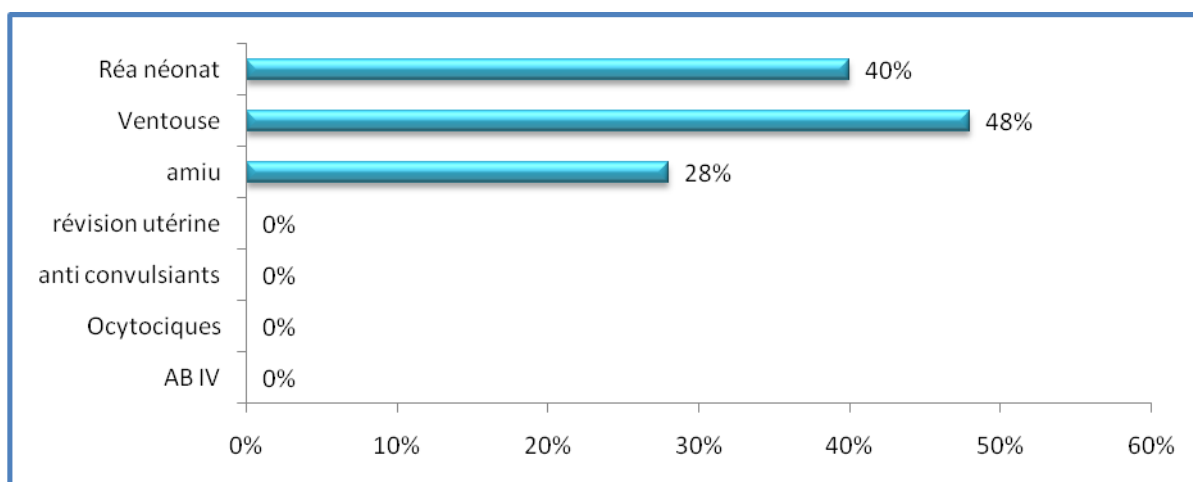


Figure 11 : Déficit cumulé en FE des maternités SONU de la région Lomé Commune

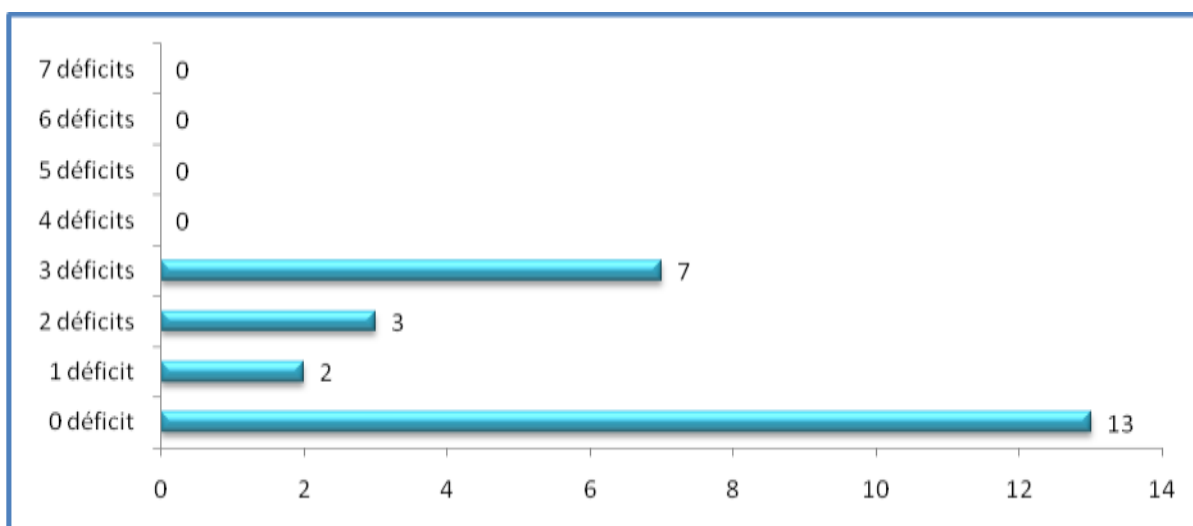


Figure 12 : Proportion de maternités déficitaires dans la fonction dans la région Lomé Commune

6.3.2-Disponibilité des fonctions essentielles dans les structures SONU de l'ensemble du pays

Tableau 18 : Synthèse des fonctions essentielles SONU des structures pour l'ensemble du pays en 2013.

Régions	F1	F2	F3	F4	F5	F6	F7	F8	F9
Savanes	0	0	1	1	6	9	3	0	0
Kara	0	0	0	0	3	10	3	0	0
Centrale	0	0	0	0	5	9	3	0	0
Plateaux	0	0	3	0	5	16	14	0	0
Maritime	0	0	0	0	17	25	20	0	0
Lomé Commune	0	0	0	0	7	12	10	0	0
Total "NON"	0	0	4	1	43	81	53	0	0

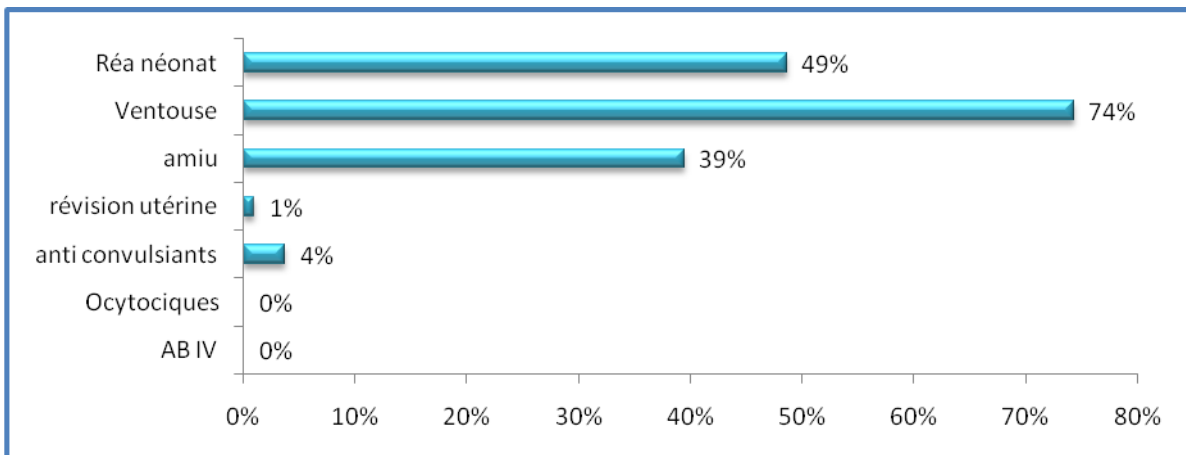


Figure 13 : Déficit cumulé en FE des maternités SONU pour l'ensemble du pays.

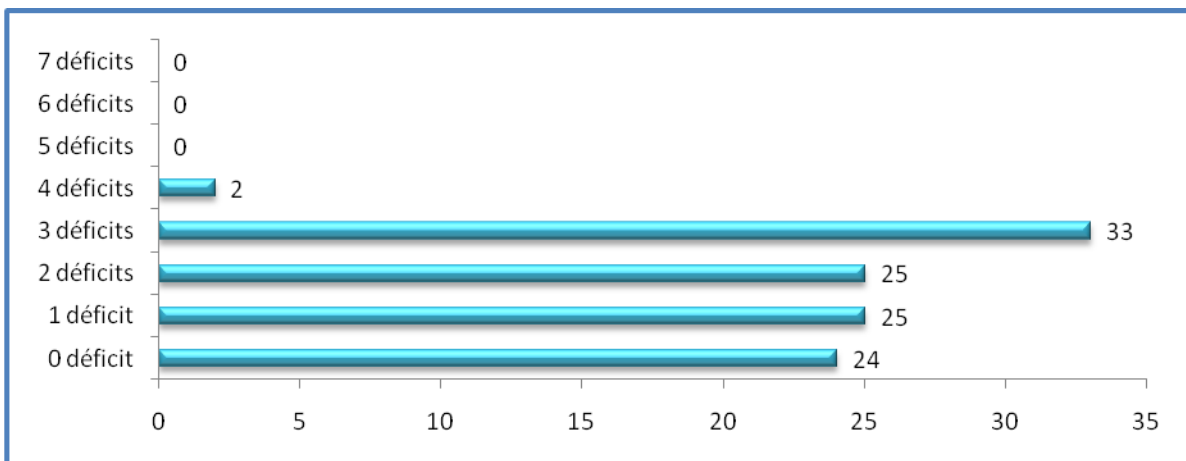


Figure 14 : Proportion de maternités déficitaires dans la fonction pour l'ensemble du pays.

Pour l'ensemble du Togo qui compte en tout 109 structures SONU dont 38 SONUC et 71 SONUB, les déficits sont très importants au niveau des fonctions 5, 6 et 7 correspondant dans l'ordre à :

- L'évacuation par ventouse (F6) : 74%
- La réanimation néonatale (F7) : 49%
- L'évacuation utérine par aspiration manuelle intra-utérine (F5) : 39%

Dans le souci de l'amélioration des conditions des mères et des nouveaux nés, une action urgente s'impose pour tout intervenant dans le domaine de la santé de la mère et de l'enfant.

6.4- Conditions logistiques pour les références et liens entre SONUB et SONUC par région

Tableau 19 : Analyse des conditions logistiques pour les références et liens entre SONUB et SONUC dans la région des Savanes en 2013.

SONUC	SONUB	Durée d'un transfert (en heure)		Moyen existant pour la référence vers la structure SONUC	Qualité des liens	Recommandation pour améliorer la situation
		Saison sèche	Saison des pluies			
CHR Dapaong	CHP Tandjoaré	0,34	0,34	Voiture ambulance		Renforcer le système de référence contre référence
	CHP Cinkassé	0,75	0,75	Taxi brousse		Equiper le CHP en voiture ambulance, Renforcer le système de référence contre référence
	CMS Naki Est	1	1	Moto ambulance		Equiper le centre en voiture ambulance, Renforcer le système de référence contre référence
	CHP Mandouri	3,5	4	Moto, voiture ambulance, taxi brousse		Equiper le centre en voiture ambulance, Aménager la route, Renforcer le système de référence contre référence Eriger le CHP en SONUC
	USP Sanfatoute	0,75	1	Moto		Equiper le centre en voiture ambulance, Renforcer le système de référence contre référence
	Polyclinique de Dapaong	0,25	0,25	Moto, voiture ambulance, taxi brousse		Equiper la polyclinique en voiture ambulance Renforcer le système de référence contre référence
CHP Mango	CMS Gando	3	3,5	Moto, taxi brousse		Equiper le centre en ambulance Renforcer le système de référence contre référence
	CMS Barkoissi	0,5	0,67	Moto, taxi brousse		Equiper le centre en voiture ambulance Renforcer le système de référence contre référence

Tableau 20 : Analyse des conditions logistiques pour les références et liens entre SONUB et SONUC dans la région de la Kara en 2013.

SONUC	SONUB	Durée d'un transfert (heure)		Moyen existant pour la référence vers la structure SONUC	Qualité de la liaison	Recommandation pour améliorer la situation
		Saison sèche	Saison des pluies			
- CHU KARA - CHR KARA - HME SOS Kara	CHP Niamtougou	0,5	0,5	Ambulance/ Taxi brousse		Subventionner le déplacement des indigents, Mettre en place une assurance maladie universelle, Doter la structure d'une nouvelle ambulance
	CHP Kanté	1	1	Ambulance/ Taxi brousse		Subventionner le déplacement des indigents, Mettre en place une assurance maladie universelle, Doter la structure d'une nouvelle ambulance
	CHP Bafilo	0,5	0,5	Ambulance/ Taxi brousse		Subventionner le déplacement des indigents, Mettre en place une assurance maladie universelle, Doter la structure d'une nouvelle ambulance
CHP Bassar	CHP Guérin Kouka	1	1,5	Ambulance/ Taxi brousse		Subventionner le déplacement des indigents, Mettre en place une assurance maladie universelle, Doter la structure d'une nouvelle ambulance
	CMS Kabou	0,25	0,25	Ambulance/ Taxi brousse		Subventionner le déplacement des indigents, Mettre en place une assurance maladie universelle,
CHP Pagouda	CMS Kétao	0,25	0,25	Ambulance/ Taxi brousse		Subventionner le déplacement des indigents, Mettre en place une assurance maladie universelle.

Tableau 21 : Analyse des conditions logistiques pour les références et liens entre SONUB et SONUC dans la région Centrale en 2013.

SONUC	SONUB	Durée d'un transfert (en heure)		Moyen existant pour la référence vers la structure SONUC	Qualité des liens	Recommandation pour améliorer la situation
		Saison sèche	Saison des pluies			
CHR DE SOKODE	POLYCLINIQUE DE SOKODE	0,25	0,25	Taxi		Doter la Polyclinique d'une ambulance médicalisée / Subventionner les frais de transport / Renforcer le système de référence et contre référence
HOPITAL DE SOTOUBOUA	CMS ADJENGRE	0,5	0,5	Taxi		Doter le CMS d'une ambulance médicalisée / Subventionner les frais de transport / Renforcer le système de référence et contre référence
	HOPITAL DE BLITTA	1	1	Ambulance / Taxi		Doter l'hôpital d'une ambulance médicalisée / Subventionner les frais de transport / Renforcer le système de référence et contre référence
	HOPITAL DE PAGALA	2	2	Ambulance / Taxi		Doter l'hôpital d'une ambulance médicalisée / Subventionner les frais de transport / Renforcer le système de référence et contre référence
	USP BAGO	2	3	Moto ambulance		Doter l'USP d'une ambulance médicalisée / Subventionner les frais de transport / Renforcer le système de référence et contre référence / Améliorer l'état des routes
HOPITAL TCHAMBA	CMS KABOLI	1	1	Moto ambulance/Ambulance		Doter le CMS d'une ambulance médicalisée / Subventionner les frais de transport / Renforcer le système de référence et contre référence / Améliorer l'état des routes
HOPITAL BASSAR (région Kara)	CMS DJARKPANGA	2	3	Moto Ambulance		Doter l'USP d'une ambulance médicalisée / Subventionner les frais de transport / Renforcer le système de référence et contre référence / Améliorer l'état des routes

Tableau 22 : Analyse des conditions logistiques pour les références et liens entre SONUB et SONUC dans la région des Plateaux en 2013.

SONUC	SONUB	Durée d'un transfert (heure)		Moyen existant pour la référence vers la structure SONUC	Qualité du lien	Recommandation pour améliorer la situation
		Saison sèche	Saison des pluies			
HOPITAL BETHESDA AGOU-NYOGBO	HOPITAL D'AGOU	0.50	0.50	TAXI BROUSSE		Améliorer la collaboration entre le secteur public et le secteur privé
	USP KATI	1.00	2.00	TAXI BROUSSE		Mettre une ambulance à la disposition du district d'Agou
HOPITAL DE L'ORDRE SOUVERAIN DE MALTE	CMS MORETAN	1.00	2.00	AMBULANCE		Améliorer la collaboration entre l'hôpital de district et les structures périphériques
HOPITAL DE NOTSE	CMS ASRAMA	1.00	1.50	AMBULANCE		Aménager les routes qui relient les différents points de prestation
	CMS WAHALA	0.50	0.50	AMBULANCE		Doter l'USP d'une ambulance médicalisée
HOPITAL KPALIME	CMS KPADAPE	0.50	1.00	AMBULANCE		Doter l'USP d'une ambulance médicalisée
HOPITAL BAPTISTE BIBLIQUE DE TSIKO	CMS ADETA	0.25	0.25	AMBULANCE		Doter l'USP d'une ambulance médicalisée
	CHP DANYI APEYEME	0.50	1.00	TAXI BROUSSE		Doter l'USP d'une ambulance médicalisée
CHP TOHOUN	USP KPEKPLEME	1.50	2.00	TAXI MOTO		Doter l'USP d'une ambulance médicalisée Subventionner les frais de transport
HOPITAL ST JOSEPH DE DATCHA	POLYCLINIQUE D'ATAKPAME	0.50	0.75	AMBULANCE		Doter l'USP d'une ambulance médicalisée Subventionner les frais de transport

CHR ATAKPAME	CMS SILOAH DE SODO	1.50	2.00	TAXI BROUSSE		Doter l'USP d'une ambulance médicalisée Subventionner les frais de transport
	HD AMLAME	1.00	1.50	AMBULANCE		Doter l'USP d'une ambulance médicalisée Subventionner les frais de transport
	CMS ANIE	1.00	1.00	TAXI BROUSSE		Doter l'USP d'une ambulance médicalisée AMELIORATION DE LA COLLABORATION
	USP ADOGBENOU	2.00	3.00	TAXI BROUSSE		Doter l'USP d'une ambulance médicalisée
CHP BADOU	CMS KOUGNOHOU	2.00	3.00	TAXI BROUSSE		Doter l'USP d'une ambulance médicalisée Aménager les routes qui relient les différents points de prestation
	USP KPETE BENA	1.50	2.00	TAXI BROUSSE		Doter l'USP d'une ambulance médicalisée
	USP ZOGBEGAN	1.00	1.50	TAXI BROUSSE		Aménager les routes qui relient les différents points de prestation
	USP SEREBENE	1.50	2.00	TAXI BROUSSE		Doter l'USP d'une ambulance médicalisée

Tableau 23 : Analyse des conditions logistiques pour les références et liens entre SONUB et SONUC dans la région Maritime en 2013.

SONUC	SONUB	Durée d'un transfert (heure)		Moyen existant pour la référence vers la structure SONUC	Qualité de la liaison	Recommandation pour améliorer la situation
		Saison sèche	Saison des pluies			
CHR TSEVIE	CMS AGBELOUVE	¾ H	¾ H	TAXI BROUSSE		Doter le centre d'ambulance
	POLYCLINIQUE TSEVIE	¼ H	¼ H	MOTO-TAXI		Faire le plaidoyer auprès du CHR pour les services de l'ambulance
	USP GAPE CENTRE	1H (45km)	1H30 mn	MOTO-TAXI		Doter le centre d'ambulance/ Réhabiliter la piste
	CMS PUBLIC KOUVE	1H30mn (40km)	2H	TAXI-MOTO/TAXI BROUSSE		Doter le centre d'ambulance/ Réhabiliter la route
	HD TABLIGBO	1H30mn (45km)	2H	TAXI BROUSSE		Doter le centre d'ambulance/ Réhabiliter la route
	USP TOMETY KONDJI	2H30 (80km)	3H	TAXI MOTO/TAXI BROUSSE		Réhabiliter la piste/demander les services de l'ambulance de Tabligbo
HD VOGAN	USP DAGBATI	3/4 H (30km)	1H	AMBULANCE/TAXI-MOTO/TAXI BROUSSE		renforcer la collaboration avec l'ambulance de l'HD Vogan et subventionner le transport
	CMS AKOUMAPE	1/2H (12km)	1/2H	AMBULANCE/TAXI-MOTO/TAXI BROUSSE		renforcer la collaboration avec l'ambulance de l'HD Vogan et subventionner le transport
HSJD AFAGNAN	CMS ATTITOGON	1/2H (11km)	3/4H	TAXI-MOTO		Doter le centre en moto-ambulance/Réhabiliter la piste
	CMS AKLAKOU	1H (30km)	1H30 mn	TAXI MOTO		Doter le centre en moto-ambulance/Réhabiliter la piste
	CMS AGBODRAFO	1/2H (30km)	1/2H	TAXI BROUSSE/TAXI MOTO		Faire le plaidoyer auprès du CHP Aného pour les services de l'ambulance/subventionner le transport
	USP TOGOVILLE	1H	1/2H (10km)	AMBULANCE/TAXI-MOTO/TAXI BROUSSE		Faire le plaidoyer auprès de l'HD Vogan pour les services de l'ambulance/subventionner le transport

CHU S.O	CMS KEVE	1H30mn (50km)	1H30mn (50km)	TAXI BROUSSE		Réparer l'ambulance /Subventionner le transport
	HOPITAL D'ASSAHOUN	1H30mn (50km)	1H30mn (50km)	TAXI BROUSSE		Réparer l'ambulance /Subventionner le transport
	HOPITAL REGINA PAGIS	3/4H (14km)	3/4H (14km)	TAXI BROUSSE/TAXI MOTO		Doter le district du Golfe en ambulance/Subventionner le transport
	CMS SANGUERA	1H (20km)	1H (20km)	TAXI BROUSSE		
	CMS ADIDOGOME	3/4H (12km)	3/4H (12km)	TAXI BROUSSE		
HOPITAL DE BE	CMS BAGUIDA	1/2H (12km)	1/2H (12km)	TAXI BROUSSE		Doter le district du Golfe en ambulance/Subventionner le transport
	CMS ADAMAVO	1/2H (10km)	1/2H (10km)	TAXI BROUSSE		
CHR LOME-COMMUNE	USP TOGBLECOPE	3/4H (17km)	3/4H (17km)	TAXI BROUSSE		Doter le district du Golfe en ambulance/Subventionner le transport
	USP AGOE ELAVAGNON	3/4H (17km)	3/4H (17km)	TAXI BROUSSE		
	CMS AGOENYIVE	1/2H (12km)	1/2H (12km)	TAXI BROUSSE		

Tableau 24 : Analyse des conditions logistiques pour les références et liens entre SONUB et SONUC dans la région Lomé Commune en 2013.

SONUC	SONUB	Durée d'un transfert (heure)		Moyen existant Pour la référence vers la structure SONUC	Qualité/Facilité de la liaison (couleur vert, orange, rouge)*	Recommandation pour améliorer la situation
		HEURE CREUSE	HEURE DE POINTE			
CHU S.O.	CS LOME	15min (7km)	30min	TAXI		Doter chaque district d'une ambulance
	CMS DOUMASSESE	20min (10km)	30min	TAXI		
	CMS BE-ATTIKOUME	15min (7km)	20min	TAXI		
	CS KODJOVIAKOPE	20min (10km)	40min	TAXI		
CHR LOME	CHU CAMPUS	5min (5km)	10min	AMBULANCE		
	HD CACAVELI	10min (8km)	15min	TAXI		
HD DE BE	CS ADAKPAME	15min (10km)	25min	TAXI		
	HD BE-KPOTA	10min (8km)	15min	TAXI		
	CMS AMOUTIVE	10min (6km)	15min	TAXI		
	CMS GBEGNEDJI	8min (3km)	12min	TAXI		

6.5- Synthèse sur la situation des structures SONU par région sanitaire

Tableau 25 : Synthèse sur les structures SONU de la région des Savanes

FS	Région	District				Personnel				
Nom de l'établissement	Région	Nom du district	Césarienne	Nombre d'accouchements par mois	Déficit en SONU	Sages femmes	à compléter	Forces	Faiblesses	Liens physiques SONUC
CHR DAPAONG	SAVANES	TONE	596	356	F5;F6	5	3	leadership du service de Gynéco-obstétrique	stock out	
Hôpital Cinkassé	SAVANES	CINKASSE		85	F5;F6	1	2	bonne accessibilité, près marché, médecin	salle post abortum	45' ; Taxi
USP Santafoute	SAVANES	TONE		50	F3;F6;F7	0	3	cohésion équipe, beaucoup d'USP	Salle travail pas adapté, pas salle SPA	1h ; moto taxi
CHP TANDJOARE	SAVANES	TANDJOARE		22	F5;F6	1	3	ambulance	salle post abortum	20'
POLYCLINIQUE DAPAONG	SAVANES	TONE		153	F5;F6;F7	4	1	leadership SF,		
CHP Mandouri	SAVANES	KPENDJAL		29	F5;F6;F7	1	2	cohésion équipe, beaucoup d'USP		4h, ambulance en mauvaise état
Naki Est	SAVANES	KPENDJAL		38	F6; F7	1	2	leadership SF	salle travail	1h moto-taxi
CHP Mango	SAVANES	OTI	97	117	0	2	3	plateau technique	pas d'obstétricien gynécologue, besoins de réhabilitation	
CMS GANDO	SAVANES	OTI		52	F4;F5;F6;F7	0	3	AM, monitoring		3h ; moto taxi
CMS Barkossi	SAVANES	OTI		52	F5;F6;F7	0	3	infrastructure en bon état	Salle SPA	30'-40'

Tableau 26 : Synthèse sur les structures SONU de la Région Kara

FS										
Nom de l'établissement	Région	Nom du district	Césarienne	Nombre d'accouchements par mois	Déficit en SONU	Sages femmes	à compléter	Forces	Faiblesse	liens physique SONUC
CHU KARA	KARA	KOZAH	655	222	F6	10	0			
CHR KARA	KARA	KOZAH	291	121	F6	6	0			
HOPITAL MERE ENFANT SOS KARA	KARA	KOZAH	63	123	0	2	4	autonomie de gestion, adhère à politique MSP, infrastructure en bon état, extension possible	césarienne non 24h/7	
CHP Niamtougou	KARA	DOUFELGOU		51	F5;F6	2	1		60% USP ont un accès difficile	
HOPITAL PREFECTORAL BAFILO	KARA	ASSOLI		53	F5;F6	1	2	bon accès des USP	salle d'attente et counselling	30'
HOPITAL DE DISTRICT DE KANDE	KARA	KERAN		48	F6;F7	0	3	staff régulier, approvisionnement intrants, salles disponibles		1h
CHP Bassar	KARA	BASSAR	343	160	F6	4	2		salles pas disponibles	
CMS KABOU	KARA	BASSAR		53	F6	2	1			30'
HP GUERIN KOUKA	KARA	DANKPEN		54	F6;F7	1	2	projet réhabilitation route	pas électricité 24h/24h	1h30
CMS DJARKPANGA	CENTRALE	SOTOUBOUA		20	F5;F6;F7	0	3	système astreinte, infrastructure en bon état	faible capacité à recruter, pas de laboratoire	2h-3h Taxi/moto
CHP PAGOUDA	KARA	BINAH	57	42	F6	1	3			
CMS Kétao	KARA	BINAH		82	F5; F6	1	2	staff réguliers organisés, infrastructure en bon état	adhésion communautaire	15'

Tableau 27 : Synthèse sur les structures SONU de la Région Centrale

FS	Région	District				SFE				
Nom de l'établissement	Région	Nom du district	Césarienne	Nbre d'accchts par mois	Déficit en SONU	Sages femmes	à compléter	Forces	Faiblesse	Lien SONUC
CHP SOTOUBOUA	CENTRALE	SOTOUBOUA	213	130	F6	1	5			
HOPITAL DE DISTRICT DE BLITTA	CENTRALE	BLITTA		52	F9	2	1	capacité à recruter, pas de rupture de stock, infrastructures en bon état	personnel peu motivé	
HOPITAL ST LUC DE PAGALA GARE	CENTRALE	BLITTA		76	0	1	2	capacité à recruter, bonne activité, pas de rupture de stock	Catholique donc n'offre pas la PF	
CMS ADJENGRE	CENTRALE	SOTOUBOUA		51	F5;F6	1	2	système astreinte et permanence	faible capacité à recruter	30'
USP BAGO	CENTRALE	TCHAMBA		56	F5;F6;F7	0	3		personnel peu motivé, locaux vétustes	2h-3h moto/ambulance
CHP TCHAMBA	CENTRALE	TCHAMBA	90	136	F6	3	2	bonne activité	approvisionnement sang, vétusté locaux	
CMS KABOLI	CENTRALE	TCHAMBA		51	F5;F6	1	2	nouvelle maternité avec équipement	personnel peu motivé	1h
CHR SOKODE	CENTRALE	TCHAOUJJO	476	301	0	8	0	autonomie gestion, 24h/7	stock out, locaux, espace consultation,	
POLYCLINIQUE SOKODE(HOPITAL)	CENTRALE	TCHAOUJJO		65	F6;F7	3	0	infrastructure en bon état	pas de supervision interne, système de référence peu performant, mauvais état de la salle de travail et d'accouchement	15' ; Taxi

Tableau 28 : Synthèse sur les structures SONU de la Région des Plateaux

FS	Région	District				SFE				
Nom de l'établissement	Région	Nom du district	Césarienne	Nombre d'accouchements par mois	Déficit en SONU	Sages femmes	à compléter	Forces	Faiblesse	Lien SONUC
HOPITAL BETHESDA AGOU-NYOGBO	Plateaux	AGOU	86	34,83	0	4	2	Disponibilité en intrants, Mise en œuvre des activités obstétricales	Dysfonctionnement du système de référence et contre référence Insuffisance de ressources humaines qualifiées	
HOPITAL D'AGOU	Plateaux	AGOU	0	34,67	F7	2	1	bonne gouvernance disponibilité en intrants	insuffisance en infrastructures	30' Taxi
USP KATI	Plateaux	AGOU	0	34,67	F5, F6, F7	0	3	Mise en œuvre des activités obstétricales	Absence de compétences dans plusieurs FE	1 h 30' Taxi
HOPITAL DE L'ORDRE SOUVERAIN DE MALTE	Plateaux	Est Mono	100	84,50	0	1	5	bonne gouvernance Absence de déficit en FE SONU	Insuffisance en ressources humaines qualifiées Dysfonctionnement du système de référence et contre référence	
CMS MORETAN	Plateaux	Est Mono	0	30,67	F6,F7	1	2	disponibilité en intrants, Mise en œuvre des activités obstétricales	Absence de compétences dans plusieurs FE Etat défectueux des routes	1h 30' Taxi
HOPITAL DE NOTSE	Plateaux	HAHO	275	190,33	0	6	0	bonne gouvernance Absence de déficit en FE SONU	Dysfonctionnement du système de référence et contre référence	
CMS ASRAMA	Plateaux	HAHO	0	62,33	F5,F6	0	3	disponibilité en intrants, système de recouvrement des coûts	Insuffisance en ressources humaines qualifiées Etat défectueux des routes	1h30 ambulance
CMS WAHALA	Plateaux	HAHO	0	87,33	F6	1	2	idem	Insuffisance de RH qualifiées	30' Ambulance

Tableau 28 : Synthèse sur les structures SONU de la Région des Plateaux (Suite)

FS	Région	District				SFE				
Nom de l'établissement	Région	Nom du district	Césarienne	Nombre d'accouchements par mois	Déficit en SONU	Sages femmes	à compléter	Forces	Faiblesse	Lien SONUC
HOPITAL KPALIME	Plateaux	KLOTO	566	279,50	F6	15	0	Bonne gouvernance Bonne disponibilité en intrants	Dysfonctionnement du système de référence et contre référence	
CMS KPADAPE	Plateaux	KLOTO	0	30,33	F6,F7	1	2	disponibilité en intrants, système de recouvrement des coûts	Insuffisance en RH qualifiées Etat défectueux des routes	30' Ambulance
HOPITAL BAPTISTE BIBLIQUE DE TSIKO	Plateaux	KPELE	263	95,50	0	1	5	Disponibilité en intrants, Bonne gouvernance	Insuffisance en RH qualifiées	
CMS ADETA	Plateaux	KPELE	0	56,33	F5,F6	1	2	Bonne gouvernance Mise en œuvre des activités obstétricales	Absence de compétences pour certaines FE	25' Ambulance
CHP DANYI APEYEME	Plateaux	DANYI	0	30,17	F7	3	0	Mise en œuvre des activités obstétricales	Mauvaise accessibilité géographique	1h Taxi
CHP TOHOUN	Plateaux	MOYEN MONO	34	41,33	F6	1	2	Disponibilité en intrants, Bonne gouvernance	Mauvaise accessibilité géographique Insuffisance de RH qualifiées	
USP KPEKPLEME	Plateaux	Moyen mono	0	16,83	F5,F6,F7	0	3	Mise en œuvre des activités obstétricales	Mauvaise accessibilité géographique Absence de compétences pour certaines FE	2h Moto
HOPITAL ST JOSEPH DE DATCHA	Plateaux	OGOUE	58	39	F6	2	3	Bonne gouvernance	Insuffisance de RH qualifiées	
POLYCLINIQUE D'ATAKPAME	Plateaux	OGOUE	0	66	F6,F7	4	0	Disponibilité en intrants	Dysfonctionnement du système de référence et contre référence Absence de compétences pour certaines FE	30' Ambulance

Tableau 28 : Synthèse sur les structures SONU de la Région des Plateaux (Fin)

FS	Région	District				SFE				
Nom de l'établissement	Région	Nom du district	Césarienne	Nombre d'accouchements par mois	Déficit en SONU	Sages femmes	à compléter	Forces	Faiblesse	Lien SONUC
CHR ATAKPAME	Plateaux	OGOUE	444	177	0	7	0	Mise en œuvre des activités obstétricales	Dysfonctionnement du système de référence et contre référence	
CMS SILOAH DE SODO	Plateaux	AMOU	0	30	F7	1	2	Disponibilité en intrants, Bonne gouvernance	Mauvaise accessibilité géographique Insuffisance de RH qualifiées	2h Taxi
HD AMLAME	Plateaux	AMOU	0	37,17	F5,F6,F7	1	2	Disponibilité en intrants	Dysfonctionnement du système de référence et contre référence Absence de compétences pour certaines FE	1h30' Ambulance
CMS ANIE	Plateaux	ANIE	0	107,17	F7	3	0	Bonne gouvernance Bonne disponibilité en intrants	Dysfonctionnement du système de référence et contre référence	1h Taxi
USP ADOGBENOU	Plateaux	ANIE	0	22,83	F3,F5,F6, F7	0	3	Disponibilité en intrants	Insuffisance de RH qualifiées Absence de compétences pour certaines FE	2h Taxi
CHP BADOU	Plateaux	WAWA	102	83,83	0	2	4	Mise en œuvre des activités obstétricales	Insuffisance de RH qualifiées Autoclave non fonctionnel	
CMS KOUGNOHOU	Plateaux	AKEBOU	0	34,5	0	1	2	Disponibilité en intrants, Bonne gouvernance	Mauvaise accessibilité géographique Insuffisance de RH qualifiées	2h Taxi
USP KPETE BENA	Plateaux	WAWA	0	24,17	F6,F7	0	3	idem	idem	2h Taxi
USP ZOGBEGAN	Plateaux	WAWA	0	19,17	F6,F7	0	3	idem	idem	1h 30 Taxi
USP SEREBENE	Plateaux	AKEBOU	0	11,83	F3,F6,F7	0	3	idem	idem	2 h Taxi

Tableau 29 : Synthèse sur les structures SONU de la Région Maritime

FS	Région	District				SFE				
Nom de l'établissement	Région	Nom du district	Césarienne	Nombre d'accouchements par mois	Déficit en SONU	Sages femmes	à compléter	Forces	Faiblesse	Lien SONUC
CHR TSEVIE	MARITIME	ZIO	416	211,67	F6	8	0	Disponibilité en intrants	Dysfonctionnement du système de référence et contre référence	
CMS AGBELOUVE	MARITIME	ZIO	0	65,17	F5,F6,F7	1	2	Disponibilité en intrants	Insuffisance de RH qualifiées Absence de compétences pour certaines FE	1h Taxi
POLYCLINIQUE TSEVIE	MARITIME	ZIO	0	104,83	F5,F6,F7	1	2	idem	idem	15' Moto
USP GAPE CENTRE	MARITIME	ZIO	0	3,83	F5,F6,F7	0	2	idem	idem	1h 30 Moto
CMS PUBLIC KOUVE	MARITIME	YOTO	0	54,83	F6,F7	0	2	Mise en œuvre des activités obstétricales	Insuffisance de RH qualifiées Absence de compétences pour certaines FE	2h Taxi ou Moto
HD TABLIGBO	MARITIME	YOTO	0	49,83	F6	1	2	Disponibilité en intrants	Insuffisance de RH qualifiées	2h Taxi ou Moto
USP TOMETY KONDJI	MARITIME	YOTO	0	36,5	F5,F6,F7	0	2	Disponibilité en intrants	Insuffisance de RH qualifiées Absence de compétences pour certaines FE	3h Moto
HD VOGAN	MARITIME	VO	278	126,67	F6	5	1	Mise en œuvre des activités obstétricales	Dysfonctionnement du système de référence et contre référence	
USP DAGBATI	MARITIME	VO	0	25,17	F5,F6,F7	0	2	Disponibilité en intrants	Insuffisance de RH qualifiées Absence de compétences pour certaines FE	1h TaxiMoto
CMS AKOUMAPE	MARITIME	VO	0	40	F5,F6,F7	1	2	Idem	idem	30' TaxiMoto
HSJD AFAGNAN	MARITIME	BAS MONO	543	171	0	4	2	Bonne gouvernance Absence de déficit en FE SONU	Dysfonctionnement du système de référence et contre référence	
CMS ATTITOGON	MARITIME	BAS MONO	0	57,33	F5,F6,F7	1	2	Disponibilité en intrants	Insuffisance de RH qualifiées Absence de compétences pour certaines FE	45'Moto
CMS AKLAKOU	MARITIME	LACS	0	54,50	F6,F7	1	2	Idem	idem	1h30 Taxi

Tableau 29 : Synthèse sur les structures SONU de la Région Maritime (Suite)

FS	Région	District				SFE				
Nom de l'établissement	Région	Nom du district	Césarienne	Nombre d'accouchements par mois	Déficit en SONU	Sages femmes	à compléter	Forces	Faiblesse	Lien SONUC
CHP ANEHO	MARITIME	LACS	0	179,5	F6	7	0	Mise en œuvre des activités obstétricales	Dysfonctionnement du système de référence et contre référence	
CMS AGBODRAFO	MARITIME	LACS	0	44,33	F5,F6,F7	1	2	Disponibilité en intrants Bonne gouvernance	Insuffisance de RH qualifiées Absence de compétences pour certaines FE	30' Taxi ou Moto
USP TOGOVILLE	MARITIME	VO	0	19,17	F5,F6,F7	0	2	Idem	idem	30' Taxi ou Moto
CHU S.O	Cf. Région de Lomé Commune									
CMS KEVE	MARITIME	AVE	0	42,5	F6,F7	1	2	Disponibilité en intrants Bonne gouvernance	Insuffisance de RH qualifiées Absence de compétences pour certaines FE	1h 30' Taxi
HOPITAL D'ASSAHOUN	MARITIME	AVE	0	43,50	F6,F7	1	2	Idem	idem	1h 30' Taxi
HOPITAL REGINA PACIS	MARITIME	GOLFE	0	65,5	F5,F6,F7	1	2	Idem	idem	45' Taxi ou Moto
CMS SANGUERA	MARITIME	GOLFE	0	67,83	F5,F6,F7	2	1	Idem	idem	1h Taxi ou Moto
CMS ADIDOGOME	MARITIME	GOLFE	0	158,5	F5,F6,F7	6	0	Disponibilité en intrants Mise en œuvre des activités obstétricales	Absence de compétences pour certaines FE	45' Taxi
CMS AGOENYVE	MARITIME	GOLFE	0	454,17	F6,F7	11	0	Idem	idem	30' Taxi
USP AGOE ELAVAGNON	MARITIME	GOLFE	0	65	F5,F6,F7	0	3	Disponibilité en intrants Bonne gouvernance	Insuffisance de RH qualifiées Absence de compétences pour certaines FE	1h Taxi

Tableau 29 : Synthèse sur les structures SONU de la Région Maritime (Fin)

FS	Région	District				SFE				
Nom de l'établissement	Région	Nom du district	Césarienne	Nombre d'accouchements par mois	Déficit en SONU	Sages femmes	à compléter	Forces	Faiblesse	Lien SONUC
HOPITAL DE BE	Cf. Lomé Commune									
CMS BAGUIDA	MARITIME	GOLFE	0	83,17	F5,F6,F7	2	1	Disponibilité en intrants	Absence de compétences pour certaines FE	30' Taxi
CMS ADAMAVO	MARITIME	GOLFE	0	78,17	F5,F6,F7	4	1	Idem	idem	30' Taxi
CHR LOME-COMMUNE	Cf. Lomé Commune									
USP TOGBLECOPE	MARITIME	GOLFE	0	115,33	F5,F6,F7	1	2	Disponibilité en intrants Bonne gouvernance	Insuffisance de RH qualifiées Absence de compétences pour certaines FE	45'Taxi
USP AGOE ELAVAGNON	MARITIME	GOLFE	0	65	F6,F7	0	3	Idem	idem	45'Taxi
CMS AGOENYIVE	MARITIME	GOLFE	0	454,17	F5,F6,F7	11	0	Disponibilité en intrants Mise en œuvre des activités obstétricales	Absence de compétences pour certaines FE	30'Taxi

Tableau 30 : Synthèse sur les structures SONUC de la Région Lomé Commune

FS	Région	District				SFE				
Nom de l'établissement	Région	Nom du district	Césarienne	Nombre d'accouchements par mois	Déficit en SONU	Sages femmes	à compléter	Forces	Faiblesse	Lien SONUC
CHU S.O.	LC	D5	3255	1239,67	0	54	0	Bonne gouvernance Absence de déficit en FE SONU	Dysfonctionnement du système de référence et contre référence	
CS LOME	LC	D1	0	300,83	F6, F7	11	0	Disponibilité en intrants Mise en œuvre des activités obstétricales	Absence de compétences pour certaines FE	30' Taxi
CMS DOUMASSESE	LC	D5	0	61,67	F5,F6,F7	6	0	Idem	idem	30' Taxi
CMS BE-ATTIKOUME	LC	D5	0	66,5	F5,F6,F7	6	0	Idem	idem	20' Taxi
CS KODJOVIAKOPE	LC	D4	0	39,84	F6,F7	4	0	Idem	idem	40' taxi
CHR LOME	LC	D2	699	327	F6	11	0	Disponibilité en intrants	Absence de compétences pour certaines FE	
CHU CAMPUS	LC	D5		47	0	9	0	Bonne gouvernance Absence de déficit en FE SONU	Dysfonctionnement du système de référence et contre référence	10' Ambulance
HD CACAVELI	LC	D5		119,33	F5,F6,F7	6	0	Disponibilité en intrants Bonne gouvernance	Absence de compétences pour certaines FE	15' Taxi
HD DE BE	LC	D3	845	361	0	21	0	Bonne gouvernance Absence de déficit en FE SONU	Dysfonctionnement du système de référence et contre référence	
CS ADAKPAME	LC	D2		208,5	F5,F6,F7	7	0	Mise en œuvre des activités obstétricales	Insuffisance de RH qualifiées Absence de compétences pour certaines FE	25' Taxi
HD BE-KPOTA	LC	D2		182	F5,F6,F7	5	0	Idem	idem	15' Taxi
CMS AMOUTIVE	LC	D3		130,5	F5,F6,F7	7	0	Idem	idem	15' Taxi
CMS GBEGNEDJI	LC	D3		111,5	F5,F6,F7	3	0	Idem	idem	10' Taxi

Tableau 30 : Synthèse sur les structures privées lucratives SONUC de Lomé Commune (Fin)

FS	Région	District				SFE				
Nom de l'établissement	Région	Nom du district	Césarienne	Nombre d'accouchements par mois	Déficit en SONU	Sages femmes	à compléter	Forces	Faiblesse	Lien SONUC
CLINIQUE ALPIA	LC	D4	6	2,83	0	1	2			
CLINIQUE DE L'AEROPORT	LC	D2	101	32	0	4	0			
POLYCLINIQUE INTERNATIONALE ST JOSEPH	LC	D3	45	18,67	0	1	2			
CLINIQUE DE L'ESPERANCE	LC	D2	24	8,33	0	0	3			
CLINIQUE DES MERES	LC	D2	8	3,83	0	0	3			
CLINIQUE AUTEL D'ELIE	LC	D3	85	29,17	0	0	3			
CLINIQUE LA CONFIANCE	LC	D3	30	37,17	F6,F8	1	2			
CLINIQUE BIASSA	LC	D4	57	34	0	11	0			
CLINIQUE LA PROVIDENCE	LC	D5	2	7,17	F6, F7, F8, F9	0	2			
CLINIQUE MYOREN	LC	D3	16	10,33	0	2	1			
CLINIQUE BON PASTEUR	LC	D5	97	17,17	0	0	3			
POLYCLINIQUE WOSSINU & GBOGBO	LC	D5	63	22,33	0	0	3			

Structure privée à but lucratif dont l'analyse n'a pas été approfondie

Faible proportion de référence des clientes des structures publiques SONUB vers les structures SONUC privés

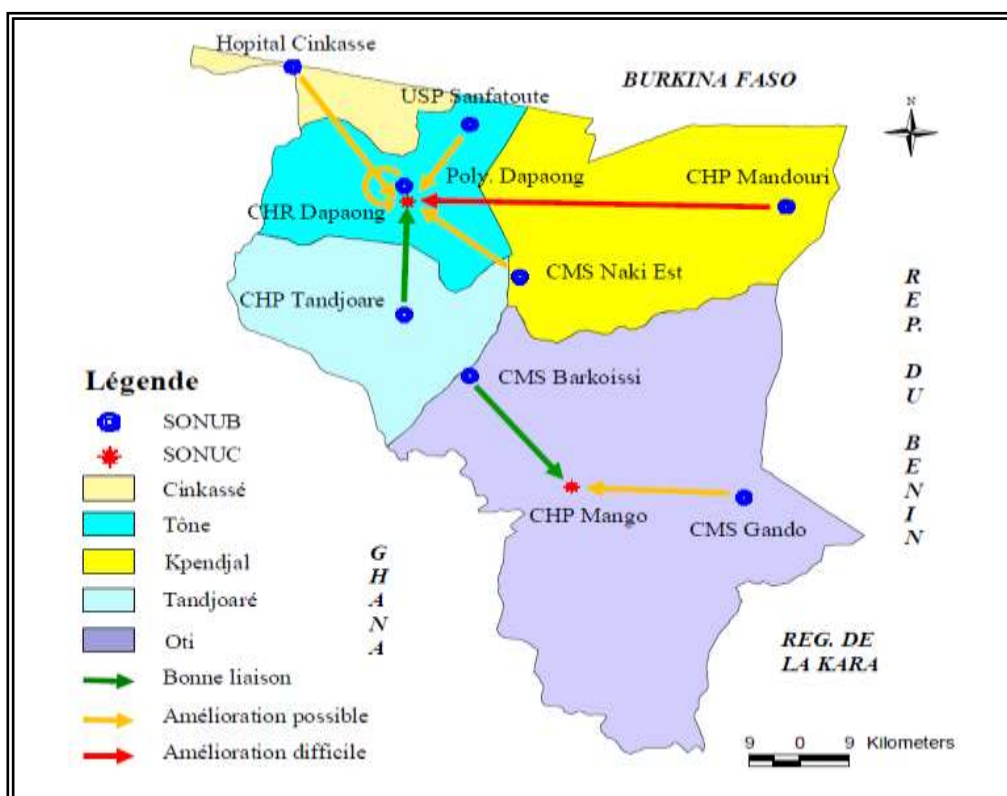
La durée moyenne de transfert d'un SONUB à un SONUC de référence varie d'une région à une autre. Elle est en moyenne d'une heure trente minutes (1h 30 mn). Les durées de transport entre les SONUB et leurs SONUC les plus longues vont au-delà de 3 heures de route et elles concernent les SONUB suivants :

- CHP de Mandouri (4 heures),
- CMS Gando (3 heures 30 minutes),
- USP Bago (4 heures),
- CMS Djarkpanga (3 heures),
- USP Sérégbéné (4 heures),
- CMS Kougnohou (4 heures),
- USP Adogbénou (3 heures).

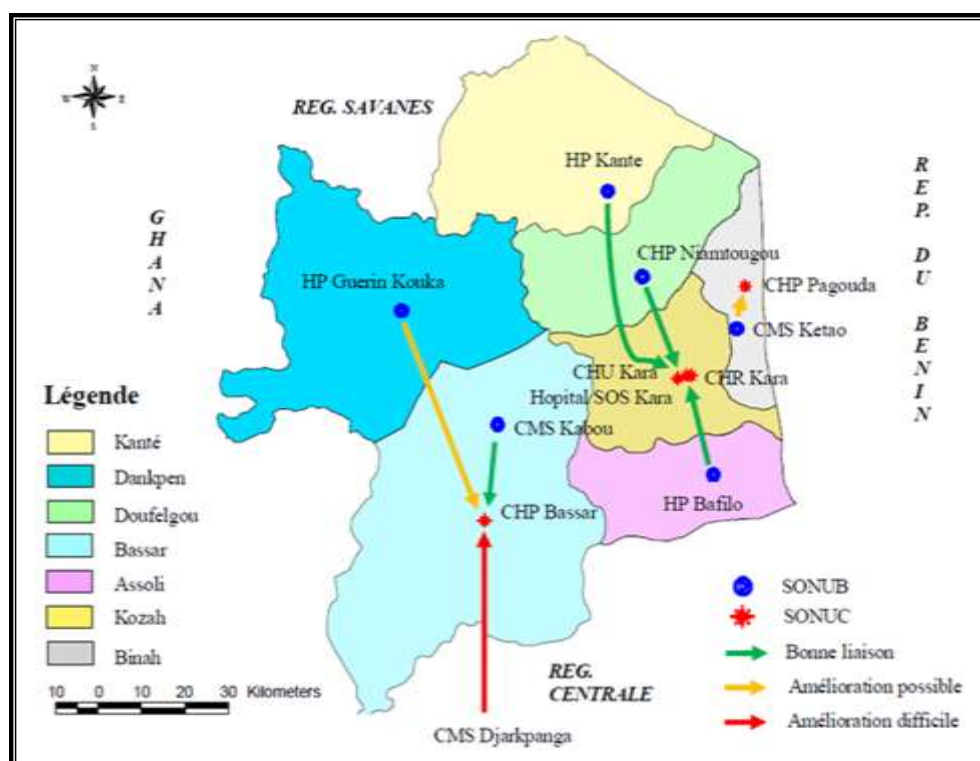
Le problème le plus important concerne l'état des routes. Il s'agit en majorité des pistes rurales non aménagées qui sont difficilement praticables en saison de pluie. La Motocyclette ou le taxi brousse est le moyen de déplacement le plus utilisé par ces structures pour référer les parturientes vers les SONUC.

Dans la perspective du développement d'un système de SONU bien organisé capable de réduire les taux de mortalité maternelle et néonatal ces structures SONUB méritent qu'on leur accorde une attention particulière. Les pistes de plaidoyer devront comporter, entre autres, sur l'aménagement des routes, la dotation en ambulance équipée, le renforcement des compétences des personnels à charge du transfert, et sur des mesures d'allègement des frais de transport (subvention des frais d'évacuation).

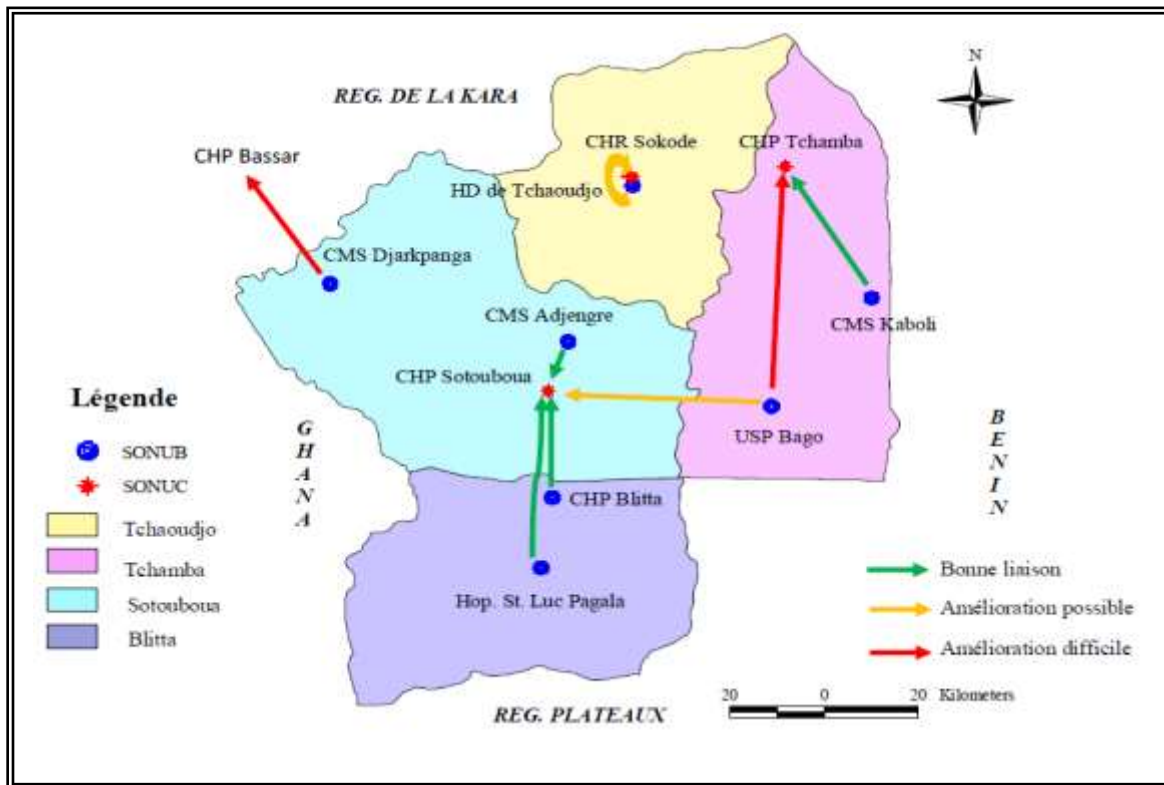
6.6- Cartographie des structures SONUB et SONUC par région



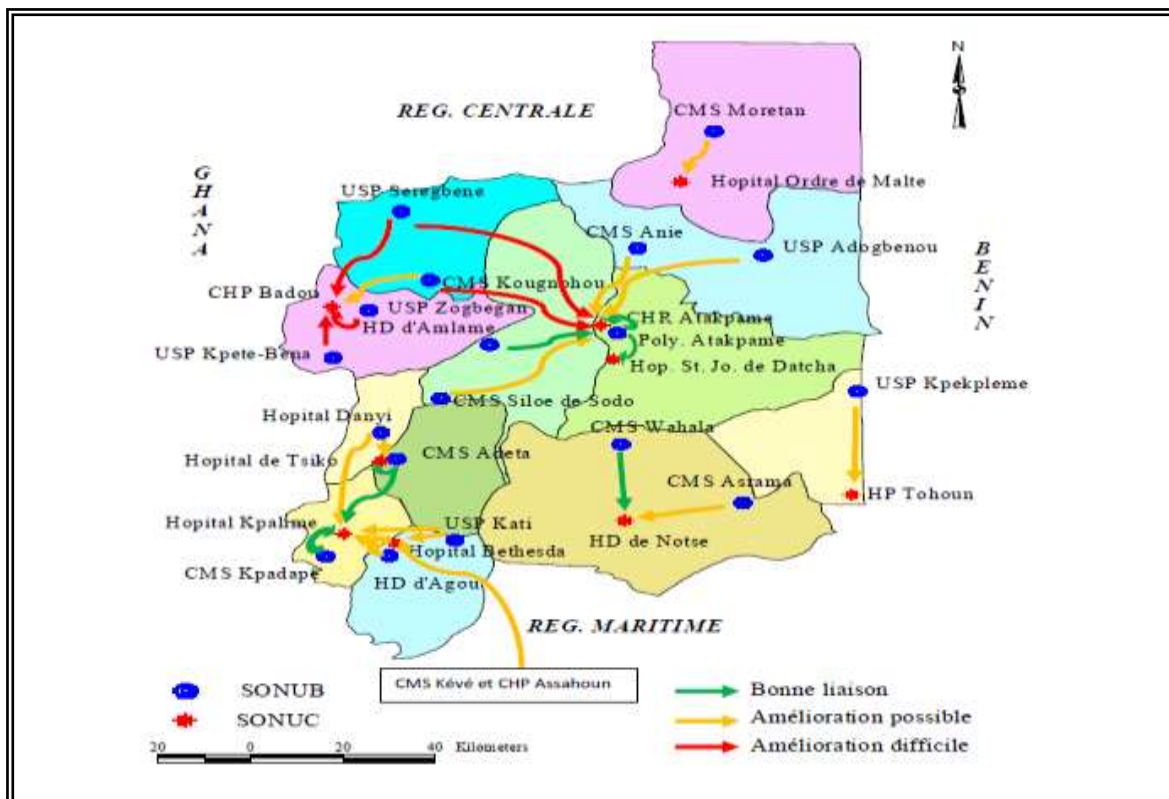
Carte 3 : Carte des structures SONUB et SONUC de la région des Savanes.



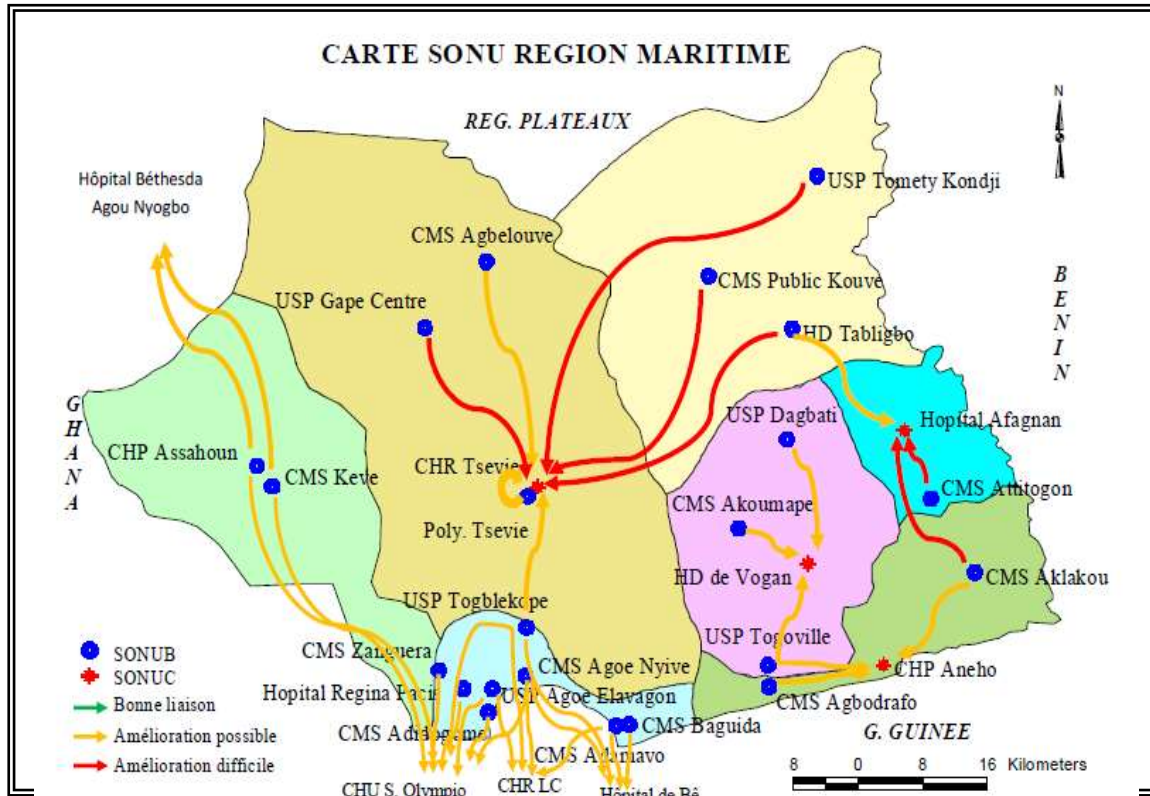
Carte 4 : Carte des structures SONUB et SONUC de la région de la Kara.



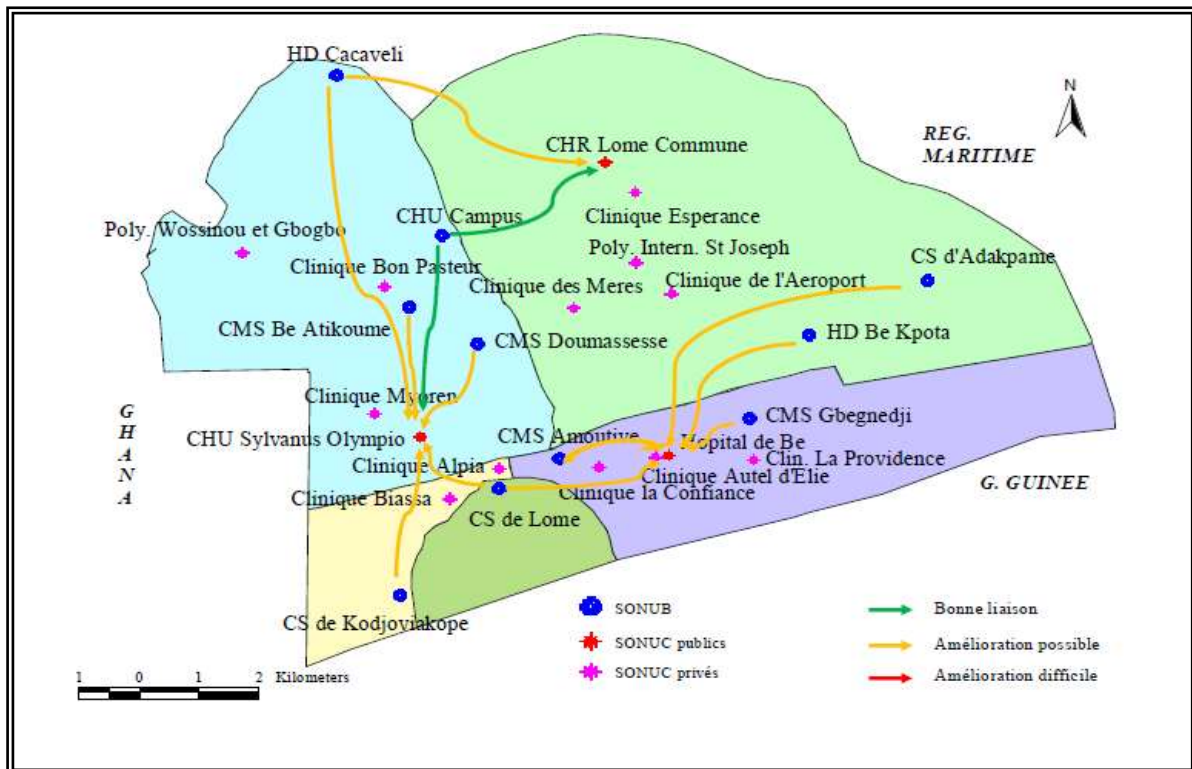
Carte 5 : Carte des structures SONUB et SONUC de la région Centrale.



Carte 6 : Carte des structures SONUB et SONUC de la région des Plateaux.



Carte 7 : Carte des structures SONUB et SONUC de la région Maritime.



Carte 8 : Carte des structures SONUB et SONUC de la région Lomé Commune.

7- SYNTHÈSE DES DÉFIS À RELEVER POUR AMÉLIORER LES SONU AU TOGO

La réduction de la mortalité maternelle et néonatale au Togo passe essentiellement par cinq défis importants à relever qui impliquent des efforts conjugués multisectoriels notamment :

- Le renforcement du système de référence et contre référence : subvention des frais de transfert, dotation en ambulance, amélioration du réseau téléphonique entre SONUB et SONUC etc.
- Le recrutement, le déploiement et le renforcement des compétences du personnel qualifié sages-femmes, gynécologues, pédiatres etc. : L'état actuel des ressources humaines dans l'ensemble des structures SONU est disponible à l'annexe I du présent document. Il peut être utilisé pour déterminer les efforts à accomplir dans ce domaine.
- L'amélioration des conditions de vie et de travail du personnel: Une situation a été faite sur les infrastructures des maternités SONU (Annexe II) elle pourra servir de référence à cet effet.
- La mise en place d'un système de motivation permettant de garder le personnel qualifié dans des localités les plus éloignées des SONUC.
- L'aménagement des routes.
- L'appropriation effective de la carte SONU par les décideurs.

Il s'agit là des défis qui dépassent le seul secteur de la santé qu'un plaidoyer planifié et méthodique permettra de relever

8- CONTRANTES ET DIFFICULTES

Les difficultés rencontrées peuvent se résumer entre autre à :

- La non disponibilité des fonds de carte de relief du Togo ;
- Le manque d'informations contradictoires par rapport à celles fournies par les responsables des structures de soins et l'administration sanitaire des régions. Il aurait été judicieux qu'une collecte d'information sur ces structures soit réalisée par des sources indépendantes.

9- SUGGESTIONS ET RECOMMANDATIONS

A l'issue de cette activité d'élaboration des cartes SONUB du Togo les différentes suggestions formulées par les différents acteurs peuvent se résumer comme suit:

- ✓ Disposer des formats géants (poster) de cartes sanitaires obstétricales pour les six régions sanitaires du pays,
- ✓ Assurer une large diffusion et dissémination de la carte sanitaire obstétricale,
- ✓ Sensibiliser les acteurs intervenant dans le domaine de la santé sur l'utilisation de la carte sanitaire obstétricale comme outils d'aide à la planification et à la programmation,
- ✓ Mettre à jour régulièrement la carte sanitaire obstétricale (tous les 2 ans),
- ✓ Renforcer le système de référence et contre référence,
- ✓ Recruter, déployer et renforcer des compétences du personnel qualifié sages-femmes, gynécologues, pédiatres etc.,
- ✓ Améliorer les conditions de vie et de travail du personnel pour assurer un service optimal,
- ✓ Aménager les routes pour réduire à minima la durée de transfert entre les SONUB et les SONUC
- ✓ Se servir de cette carte pour le plaidoyer en vue des actions intersectoriel, notamment l'aménagement routier, pour assurer une effectivité de la référence et contre référence dans le cadre des SONU



REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- 1-** Ministère de la Santé (2011). Principaux indicateurs de santé, année 2011.
- 2-** Direction Générale de la Statistique et de la Comptabilité Nationale (2010). Recensement Général de la population et de l'habitat, novembre 2010 (<http://www.stat-togo.org>).
- 3-** Ministère de la Santé (2012). Profil en Ressources Humaines pour la Santé au Togo, 2012, validé en décembre 2012.
- 4-** ONUSIDA (2010). Enquête MICS4-2010.
- 5-** Ministère de la Santé (2013). Estimation des populations, année 2013.
- 6-** Ministère de la santé 2013). Rapport d'évaluation des besoins en soins obstétricaux et néonataux d'urgence SONU et cartographie de l'offre des services de SONU au Togo, juillet 2013.
- 7-** Région sanitaire des Plateaux (2004). Cartographie de l'offre des services et de la demande des soins, année 2004.
- 8-** UNFPA (2013). Rapport de l'atelier post enquête SONU au Togo, mai 2013.



ANNEXES

Annexe I : Situation des Ressources humaines de l'ensemble des structures SONU des différentes régions sanitaires

Annexe 1.1 : Situation du Personnel médical des maternités SONU par régions en 2013.

Personnel / Régions	Savanes	Kara	Centrale	Plateaux	Maritime	Lomé	Total
Médecin de santé publique	0	2	1	1	1	2	7
Médecin généraliste	5	11	6	12	17	6	57
Médecin gynécologue	1	2	1	1	2	4	11
Médecin pédiatre	0	1	1	2	2	4	10
Médecin chirurgie générale/chirurgie d'urgence	0	1	2	5	2	0	10

Annexe 1.2 : Situation du personnel paramédical des maternités SONU par région en 2013.

Personnel	Régions						Total
	Savanes	Kara	Centrale	Plateaux	Maritime	Lomé	
Technicien supérieur d'Ophthalmologie	1	4	11	5	8	4	33
Technicien supérieur en santé mentale	0	1	0	9	0	1	11
Technicien supérieur prothèses dentaires	0	0	0	1	0	1	2
Technicien supérieur d'Odontostomatologie	0	1	1	0	2	3	7
Technicien supérieur d'ORL	0	1	1	1	0	0	3
Technicien supérieur d'Anesthésie Réanimation	1	8	7	11	8	5	40
Technicien supérieur d'instrumentation chirurgicale	2	7	6	10	1	5	31
Technicien supérieur de radiologie et d'imagerie médicale	2	3	2	8	3	4	22
Technicien supérieur santé-environnement	6	12	17	5	3	0	43
Ingénieur des Travaux Biologiques	1	5	4	6	2	12	30
Infirmiers diplômés d'Etat	17	40	31	44	45	46	223
Sage-Femme d'Etat	16	21	24	30	49	59	199
Accoucheuse Auxiliaire d'Etat	24	26	37	40	35	38	200
Infirmier Auxiliaire d'Etat	13	38	50	41	46	16	204
Masseur Kinésithérapeute	3	11	14	11	6	2	47
Orthophoniste	0	0	0	2	2	0	4
Orthoprothésiste	0	0	0	3	1	0	4
Technicien supérieur de biologie médicale ou Techniciens de laboratoire	5	17	17	26	18	10	93
Assistant d'hygiène d'Etat	8	16	14	19	17	23	97
Technicien supérieur en nutrition	0	0	0	0	6	0	6
Pharmacien ou Auxiliaire de pharmacie	2	5	1	4	2	8	22

Annexe 1.3 : Situation du Personnel technique des maternités SONU par région en 2013.

Personnel	Régions						Total
	Savanes	Kara	Centrale	Plateaux	Maritime	Lomé	
Ingénieur des travaux statistiques	0	0	0	2	0	0	2
Technicien supérieur en électrotechnique	0	1	2	2	0	0	5
Technicien supérieur de génie électrique	0	0	4	1	0	0	5
Technicien supérieur de maintenance biomédicale	0	0	0	2	0	0	2
Technicien supérieur de maintenance informatique	0	0	1	2	0	1	4
Technicien biomédical	0	0	1	0	0	1	2
Technicien supérieur de génie civil	0	0	3	1	2	0	6

Annexe 1.4: Personnel administratif des maternités SONU par région en 2013

Personnel	Régions						Total General
	Savanes	Kara	Centrale	Plateaux	Maritime	Lomé Commune	
Administrateur ou Gestionnaire des services de Santé	0	4	3	6	3	0	16
Gestionnaire	2	9	4	6	1	8	30
Agent de pharmacie communautaire ou Distributeur de produit MEG	23	21	30	39	40	20	173
Secrétaire de direction	1	3	0	3	5	3	15
Secrétaire	5	8	9	11	3	8	44
Standardiste	0	0	3	3	2	2	10
Opérateur de saisie	6	7	24	5	4	12	58
Comptable	5	13	15	18	12	13	76
Assistant RH	0	0	0	2	2	1	5
Agent de promotion sociale	1	3	4	2	3	10	23
Employé de bureau	4	6	19	18	3	9	59
Chauffeur	7	8	15	16	6	7	59
Ambulancier	3	6	3	6	4	3	25
Magasinier	0	1	2	8	1	2	14
Plombier	0	2	1	5	1	1	10
Agent de sécurité	10	15	26	46	19	19	135
Blanchisseur	0	4	4	12	2	0	22
Frigoriste	0	0	0	0	2	2	4
Archiviste/Documentaliste	0	0	0	1	0	0	1
Jardinier	0	4	4	9	1	0	18
Technicien de surface/Agent d'entretien	21	22	25	71	22	29	190
Logisticien	0	0	0	1	0	0	1

Annexe 1.5 : Situation du personnel hospitalier d'appui des maternités SONU par région en 2013

Régions Personnel	SAVANES	KARA	CENTRALE	PLATEAUX	MARITIME	LOME COMMUNE	TOTAL GENERAL
Morguier	0	0	2	8	0	0	10
Garde Malade	35	4 1	129	51	56	17	329
Brancardiers	0	1	2	5	0	3	11

Annexe II- Equipement des structures SONU par service de maternité et par région

Annexe 2.1 : Nombre d'équipements dans les halls d'attente des Maternités SONU par région en 2013.

Régions Désignations	SAVANES	KARA	CENTRALE	PLATEAUX	MARITIME	LOME COMMUNE	TOTAL GENERAL
Bancs rembourrés avec dossier	0	2	0	5	1	0	8
Poste téléviseur	5	6	5	6	5	7	34
Lecteur de DVD	4	3	3	5	0	2	17
Tableau d'affichage	5	3	7	18	6	8	47
Poubelle hygiénique à pédale	4	8	9	13	11	9	54
Fauteuil roulant	2	7	19	12	5	1	46
Chariot Brancard	2	11	10	8	4	5	40
Placard/armoire	2	3	12	9	3	9	38
Echéancier CPN	5	6	13	16	15	7	62
Echéancier CPC	2	2	11	6	5	8	34

Annexe 2.2 : Equipements dans les salles de travail d'accouchement des maternités SONU par région en 2013.

Régions Désignations	SAVANES	KARA	CENTRALE	PLATEAUX	MARITIME	LOME COMMUNE	TOTAL GENERAL
Lit d'hospitalisation avec matelas et table de chevet	13	65	49	82	56	59	324
Potence + panier	12	38	52	53	25	28	208
Bassin de lit	8	12	14	58	18	14	124
Alèze	64	152	300	9	39	6	570
Pantographe	533	107	185	540	127	3	1495
Bock laveur complet	2	1	0	5	7	3	18
Poubelle hygiénique à pédale	5	4	9	12	4	6	40
Chronomètre	4	6	1	4	3	5	23
Appareil à tension	6	17	13	31	11	11	89
Gants	78	417	500	641	694	3	2333
Stéthoscope obstétrical	13	27	15	32	19	15	121
Détecteur du Pouls fœtal	3	12	4	5	4	0	28
Mètre ruban	11	31	13	35	19	21	130
Oxygène Mural /Poste d'oxygénothérapie mobile	6	0	3	11	4	5	29
Garrot	6	22	7	36	10	17	98
Réfrigérateur	2	6	7	8	1	5	29

Annexe 2.3 : Nombre d'équipements dans les salles d'accouchement des maternités SONU par région en 2013.

Régions Désignations	SAVANES	KARA	CENTRALE	PLATEAUX	MARITIME	LOME COMMUNE	TOTAL GENERAL
Pendule	9	8	10	17	14	8	66
Table d'accouchement	15	26	19	46	31	17	154
Escabeau	15	16	7	28	23	15	104
Extracteur (ventouse)	2	5	1	5	3	0	16
Chariot d'instruments	5	13	5	20	9	12	64
Tambour GM	12	13	13	23	16	17	94
Tambour PM	30	14	12	23	19	14	112
Plateaux rectangulaire Inox (28 x 15)	10	10	18	23	10	15	86
Plateaux rectangulaire Inox (22 x 14)	8	10	12	17	19	8	74
Haricot inox	20	22	20	29	30	12	133
Bassin de lit	15	14	11	31	37	33	141
Boîte d'accouchement	15	20	29	37	29	16	146
Potence + panier	10	31	42	24	29	19	155
Garrot	8	11	10	17	15	15	76
Oxygène Mural/Poste d'oxygénothérapie Mobile	6	3	3	15	5	6	38
Boîte d'épisiotomie	5	9	9	11	9	9	52
Pèse-bébé	9	14	9	16	20	9	77
Poubelle hygiénique à pédale	5	6	7	13	10	5	46
Mètre ruban	13	24	15	29	29	16	126
Stéthoscope obstétrical	13	18	19	22	30	17	119
Bassines avec couvercle	15	8	11	14	19	11	78
Barrières de protections	10	18	9	23	42	8	110
Aspirateur	7	8	5	10	5	6	41
Lampe d'examen ou baladeuse	2	8	6	9	3	5	33

Annexe 2.4 : Equipements dans les salles de soins aux nouveau-nés des maternités SONU par région en 2013.

Régions Désignations	SAVANES	KARA	CENTRALE	PLATEAUX	MARITIME	LOME COMMUNE	TOTAL GENERAL
Table de réanimation du nouveau-né	1	2	2	5	3	2	15
Pèse bébé	5	6	5	12	8	10	46
Plateau rectangulaire inox (22 x 14)	4	5	0	4	5	3	21
Haricot inox	7	11	2	2	2	4	28
Poubelle hygiénique à pédale	1	3	1	3	2	1	11
Tambour	4	7	1	6	0	5	23
Toise	1	2	1	7	0	5	16
Thermomètre	4	6	1	19	6	1	37
Oxygène Mural/Poste d'oxygénothérapie Mobile	0	1	1	4	2	2	10
Aspirateur	0	3	2	24	5	2	36
Tabouret	0	2	0	4	2	1	9
Pissette à alcool	2	3	0	2	4	6	17
Bassines avec couvercle	2	3	1	5	1	3	15
Barrières de protections	1	3	17	23	3	0	47
Armoire/Placard	2	3	0	3	5	14	27

Annexe 2.5 : Nombre d'équipements dans les bureaux des sages-femmes surveillantes des maternités SONU par région en 2013.

Régions Désignations	Régions						TOTAL GENERAL
	SAVANES	KARA	CENTRALE	PLATEAUX	MARITIME	LOME COMMUNE	
Fauteuil	5	2	4	13	3	3	30
Chaise visiteurs	20	13	13	25	21	9	101
Armoire	10	5	2	9	8	4	38
Registres	46	16	14	30	28	9	143
Outils informatique	1	0	0	5	2	0	8
Poubelle hygiénique à pédale	10	5	4	5	10	0	34

Annexe 2.6 : Nombre d'équipements dans les salles de soins après avortement des maternités SONU par région en 2013.

Régions Désignations	Régions						TOTAL GENERAL
	SAVANES	KARA	CENTRALE	PLATEAUX	MARITIME	LOME COMMUNE	
Table	0	0	0	3	0	0	3
Chaise	0	0	0	5	0	0	5
Armoire/Placard	0	2	0	1	0	0	3
Table gynécologique	0	2	0	4	2	0	8
Lit d'observation	0	2	0	6	4	7	19
Kit d'AMIU	0	1	2	3	3	0	9
Appareil à tension	0	1	0	3	2	1	7
Oxygène Mural/Poste d'oxygénothérapie Mobile	0	1	0	1	1	0	3
Potence+Panier	0	1	0	2	3	4	10
Registres	0	1	1	4	2	1	9
Bassines avec couvercle	0	2	0	2	2	0	6
Barrières de protections	0	26	1	3	2	10	42
Poubelle hygiénique à pédale	0	1	1	2	0	0	4

Annexe 2.7 : Autres équipements maternités SONU par région en 2013

Régions							TOTAL GENERAL
Désignations	SAVANES	KARA	CENTRALE	PLATEAUX	MARITIME	LOME COMMUNE	
Echographe	2	1	2	3	3	4	15
Banque de sang	1	2	2	1	0	1	7



**CARTES SANITAIRES DES SOINS OBSTETRICAUX
ET NEONATALS D'URGENCE (SONU) DU TOGO**