



ETUDE APPROFONDIE DE LA CONTRIBUTION DU VOLONTARIAT AU RENFORCEMENT DU SECTEUR DE LA SANTE AU TOGO

Projet de modélisation et standardisation de la
méthodologie d'évaluation de la contribution du volontariat
au développement

Mai 2021

Table des matières

Table des matières	1
Sigles et acronymes	3
RESUME	4
INTRODUCTION	6
1. PROBLEMATIQUE ET CADRE DE RECHERCHE DE L'ETUDE	6
1.1. Contexte et problématique	6
1.2. Questions de recherche	7
1.3. Hypothèses	8
1.4. Objectifs de la recherche	8
2. APPROCHE METHODOLOGIQUE	8
2.1. Préparation	8
2.2. Revue documentaire	8
2.3. Collecte des données	9
2.4. Traitement et analyse des données	10
3. REVUE DOCUMENTAIRE	11
3.1. Aspects géographiques	11
3.2. Contexte démographique et administratif	11
3.3. Contexte économique et social	12
3.4. Volontariat national	12
3.4.1. Volontariat, vecteur du développement et levier à la mise en œuvre des ODD	14
3.4.2. De la nécessité de réimaginer le volontariat dans le monde	15
3.5. Organisation de l'offre de soins et couverture sanitaire	15
3.5.1. Santé maternelle, néonatale, infanto-juvénile et des adolescents	16
3.5.2. VIH/Sida et Paludisme	17
3.5.3. Ressources humaines dans le secteur de la santé	17
3.6. Cadre stratégique de pilotage du secteur	18
3.6.1. Politique de santé	18
3.6.2. Plan national de développement du secteur de la santé (PNDS)	18
4. RESULTATS DE LA RECHERCHE	19
4.1. La contribution des volontaires à la réduction du taux de mortalité due au paludisme au Togo	19
4.2. La part des volontaires dans la réduction du taux de transmission du VIH/SIDA au Togo	22
4.2.1. Nombre de personnes dépistées	23
4.2.2. Nombre de personnes déclarées séropositives	24
4.2.3. Nombres de PVVIH enregistrés et suivies	24
4.3. La contribution des volontaires nationaux dans la prévention de la mortalité maternelle et infantile	25
CONCLUSION :	33
ANNEXE	34
BIBLIOGRAPHIE	37

Liste des tableaux

Tableau 1 : Répartition des volontaires par profil.....	20
Tableau 2 : Nombre de participants aux séances de causeries sur le paludisme	20
Tableau 3 : Nombre ETP individuelles réalisées par les volontaires entre 2018-2019	21
Tableau 4 : Nombre de patients traités pour le paludisme entre 2018-2019 par les volontaires.....	21
Tableau 5 : Cas graves de paludisme reçus en hospitalisation et décès dus au paludisme.....	22
Tableau 6 : Nombre de personnes dépistées du VIH en 2018 et 2019	23
Tableau 7 : Effectifs des volontaires par région en 2018 et 2019.....	23
Tableau 8 : Répartition des personnes dépistées et déclarées séropositives en 2018 et 2019.....	24
Tableau 9 : Répartition des PVVIH enregistrées en 2018 et 2019	24
Tableau 10 : Répartition des PVVIH suivies et mises sous ARV par région	25
Tableau 11 : Analyse de la corrélation des variations des mortalités et du nombre total des VN	28
Tableau 12 : Répartition par région et par préfecture du nombre de décès maternels, néonataux et des volontaires nationaux déployés	29
Tableau 13 : Répartition des consultations prénatales, d'accouchements assistés enregistrés et des consultations postnatales, réalisés par les volontaires en 2018	31
Tableau 14 : Répartition des consultations prénatales, d'accouchements assistés enregistrés et des consultations postnatales, réalisés par les volontaires en 2019	32

Sigles et acronymes

ANVT :	Agence Nationale du Volontariat au Togo
BAC II :	Baccalauréat deuxième partie
BEPC :	Brevet d'Etude du Premier Cycle
CPN :	Consultation Prénatale ou Consultation Postnatale
CRV :	Centre Régional du Volontariat
INSEED :	Institut National de la Statistique, des Etudes Economiques et Démographiques
MILDA :	Moustiquaires Imprégnées de Longue Durée d'Action
ODD :	Objectifs de Développement Durable
ONG :	Organisation Non Gouvernementale
PF :	Planification Familiale/Planning Familial
PND :	Plan National de Développement
PNDS :	Plan National de Développement Sanitaire
PTME :	Prévention de la Transmission Mère-Enfant
TPI :	Traitement Préventif Intermittent du paludisme
TDR :	Test de Diagnostic Rapide
VN :	Volontaire National/Volontaires Nationaux
VNU :	Volontaires des Nations Unies

RESUME

Lors de la phase I de l'Innovation Challenge Fund de l'UNV consacrée à l'étude sur la contribution du volontariat au renforcement des secteurs de l'Education et de la Santé, les données sur les réalisations des volontaires dans le secteur de la Santé n'avaient pas pu être croisées avec les données nationales produites par le ministère de la Santé afin de dégager la part réelle de la contribution des volontaires audit secteur.

Retenue pour la phase II, l'ANVT entend approfondir l'étude de la contribution des volontaires au renforcement du système sanitaire national en procédant à une analyse croisée des données de réalisation des volontaires avec les indicateurs nationaux en la matière.

L'étude aborde une problématique générale partagée par toutes les infrastructures nationales de volontariat, celle d'évaluer la réelle contribution des volontaires à la réalisation des objectifs nationaux, lesquels sont alignés sur les ODD. Plus particulièrement, il s'est agi d'identifier sur la biennale 2018-2019, la part des volontaires nationaux dans le renforcement du secteur de la santé au Togo pour l'atteinte de l'ODD 3. Pour adresser la problématique ci-dessus mentionnée, l'équipe de recherche a adopté une approche méthodologique mixte basée sur la collecte de données primaires et secondaires ou administratives recueillies auprès du Ministère de la santé. L'étude a cherché à vérifier les trois (3) hypothèses suivantes :

- Le déploiement de volontaires contribue à réduire le taux de mortalité due au paludisme ;
- Les actions des volontaires nationaux contribuent à la réduction du taux de transmission du VIH/SIDA au Togo ;
- Le déploiement et l'action des volontaires nationaux contribuent à la réduction des taux de mortalité maternelle et infantile.

D'après les données, au cours des années 2018 et 2019, l'ANVT a mobilisé au profit de 412 formations sanitaires dont 275 relevant de l'administration publique et 129 de la société civile, 218 volontaires nationaux de profils infirmiers et 194 sages-femmes.

L'analyse des données collectées sur la contribution des volontaires a pu identifier les résultats suivants :

Contribution à la réduction du taux de mortalité due au paludisme :

- En matière de prévention du paludisme pour le compte de l'année 2018, 112 infirmiers déployés ont mené 3041 séances de causeries sur le paludisme à l'endroit de 22 420 personnes. Les volontaires de la région Maritime (y compris le Grand Lomé) et ceux des Plateaux ont été ceux ayant touché le plus de personnes par les activités. Il s'agit également des deux régions disposant des nombres importants de volontaires nationaux infirmiers (respectivement 51 et 17) et les plus peuplés du Togo. Bien que le nombre de personnes touchées par les sensibilisations sur le paludisme, rapporté à la population togolaise soit faible (environ 0,3%), il traduit tout de même la plus-value pour le système sanitaire national si ces volontaires n'étaient pas engagés auprès du personnel salarié de la santé ;
- En matière d'écoute thérapeutiques individuelles du patient (ETP), les volontaires infirmiers en ont réalisé 12 302. Cet effectif s'est sensiblement accru entre 2018 et 2019 dans toutes les régions à l'exception des régions Maritime et des Savanes où respectivement une baisse de 36,45% et 11,31 % a été constaté consécutivement à la baisse du nombre de volontaires sur cette même période. Les volontaires Sages-femmes ont, de leur part, procédé durant 2019 à l'administration des trois (3) doses du Traitement Préventif

Intermittent (TPI) à l'endroit de 14 997 femmes enceintes. Au niveau national, l'intervention des volontaires sages-femmes s'est inscrite dans l'accroissement du taux de femmes enceintes ayant reçu les trois doses de sulfadoxine pyriméthamine (TPI 3) pendant la grossesse : 49,44% en 2019 contre 45,50% en 2018 et 34,50% en 2017.

Contribution à la réduction du taux de transmission du VIH/SIDA au Togo :

- Les volontaires nationaux ont dépisté au total 19 068 personnes en 2018 et 11 375 personnes en 2019, soit respectivement 3,9% et 2,5% des totaux de personnes dépistées au niveau national au cours de ces années. Le nombre de personnes déclarées séropositives à l'issu des tests de dépistage du VIH selon les données administratives est de 13 933 en 2018 et de 15 901 en 2019, soit respectivement 2,80% et 3,50% de la population togolaise ;
- Sur les 13 933 personnes déclarées séropositives en 2018, 650 ont été suivies et mises sous ARV par les volontaires nationaux.

Contribution à la prévention de la mortalité maternelle et infantile :

Il est un peu difficile de cerner l'impact de la contribution des volontaires dans la prévention de la mortalité maternelle et infantile au niveau national. Par contre une analyse à l'échelle régionale montre une réduction du nombre de décès maternels et néonataux de 2018 à 2019 dans des régions qui ont accueilli le plus grand nombre de volontaires. C'est le cas de la région de la Kara par exemple où il est observé une réduction, aussi bien au niveau du « nombre de décès maternels » (13 à 08) que du « nombre de décès néonataux » (110 à 47) ; le nombre de volontaires affectés dans cette région étant de 30 en 2018 et 14 en 2019.

D'après les résultats, les hypothèses 2 et 3 ont été confirmées contrairement à l'hypothèse 1. En effet, en matière de lutte contre le paludisme, le choix de renforcer les effectifs d'infirmiers par la mise à disposition de volontaires nationaux afin de contribuer à la réduction de la mortalité notamment des enfants de moins de 5 ans, ne semble pas pertinent dans les conditions actuelles. Les volontaires malgré leurs qualifications professionnelles interviennent sur un sous-secteur, déterminé par la capacité du gouvernement à mobiliser des ressources et à mettre à disposition des produits, et vis-à-vis duquel ces volontaires ont moins d'emprise. De ce fait, pour agir significativement sur la réduction du décès dû au paludisme, l'ANVT devra accroître le nombre de volontaires affectés dans les districts sanitaires et les préfectures en tenant compte des profils du personnel requis. Les effets des interventions des volontaires se sont positivement remarqués au niveau local que national.

Mots-clés : Contribution des volontaires, système sanitaire au Togo.

INTRODUCTION

Le projet « Modélisation et standardisation de la méthodologie d'évaluation de la contribution du volontariat au développement » s'inscrit dans le cadre de la construction et du développement des initiatives d'évaluation de la contribution du volontariat au développement, aux fins de capitalisation. Il fait suite à l'étude sur la contribution des volontaires dans les secteurs de l'éducation et de la santé, réalisée dans le cadre de la phase I de « l'Innovation challenge » du Programme VNU dont a été adjudicataire l'ANVT.

Plus spécifiquement le projet s'est donné comme défi de procéder à la modélisation et standardisation de la démarche d'évaluation de la contribution des volontaires au développement, par la capitalisation de l'expérience développée par l'ANVT en matière d'évaluation de leur contribution aux secteurs de l'éducation et de la santé, en vue de sa répliquabilité dans d'autres contextes. Mais avant, et pour une meilleure capitalisation, le projet s'est proposé d'approfondir l'évaluation de la contribution des volontaires au secteur de la santé.

Ainsi deux grands temps ou composantes marquent la mise en œuvre de cette phase II de l'initiative:

- Une étude approfondie de la contribution des volontaires au renforcement du système sanitaire au Togo (ODD 3), spécifiquement dans (i) la riposte au paludisme, (ii) la lutte contre le VIH/SIDA, (iii) l'amélioration des taux de mortalité néonatale et maternelle. Il s'agit d'approfondir la démarche d'évaluation de la contribution des volontaires au secteur de la santé entamée à la phase 1 du projet ;
- La modélisation et standardisation de la méthodologie d'évaluation de la contribution des volontaires au développement par la capitalisation de l'expérience développée par l'ANVT. Il est donc attendu la production d'un guide méthodologique de l'évaluation de la contribution des volontaires aux objectifs de développement reproductible dans d'autres contextes, et notamment au sein des organisations et communautés de pratiques sur le volontariat.

Le projet vise à terme à nourrir les réflexions, et à enrichir les expériences et pratiques en matière d'évaluation et d'isolation de la contribution du volontariat aux objectifs de développement au niveau national et mondial, pour plus de reconnaissance et de valorisation.

Le présent rapport d'étape rend compte de la contribution des volontaires au renforcement du système sanitaire au Togo. Elle est structurée en 2 grandes parties consacrées dans l'ordre à (i) la présentation de la problématique et le cadre de recherche de l'étude, (ii) résultats de la recherche. La conclusion fait le point des défis de l'étude.

1. PROBLEMATIQUE ET CADRE DE RECHERCHE DE L'ETUDE

1.1. Contexte et problématique

La résolution des Nations Unies qui vise à intégrer le volontariat aux activités axées sur la paix et le développement : plan d'action pour la décennie à venir et au-delà, adoptée par consensus par l'Assemblée générale des Nations Unies en décembre 2015, reconnaît que le volontariat est un puissant outil pour la mise en œuvre des ODD.

Au Togo, comme dans bien de pays, le volontariat est la forme d'engagement sociale la plus ancrée dans toutes les communautés. Les traditions ont toujours privilégié les actes collectifs ou individuels fondés sur l'engagement personnel au bénéfice des populations. Le Togo a une longue tradition du volontariat dont la forme la plus répandue est largement portée et impulsée par les organisations à base communautaire, les organisations de la société civile et des collectifs d'associations d'accueil de volontaires nationaux et internationaux. Le gouvernement togolais, en identifiant la place du volontariat dans le renforcement de l'engagement citoyen et l'amélioration de l'employabilité des jeunes, a créé un environnement favorable à son développement à travers la mise en place de l'Agence Nationale du Volontariat au Togo en 2014.

Malgré la reconnaissance du volontariat comme levier à la réalisation des objectifs de développement, il est difficile d'évaluer sa réelle contribution à l'amélioration des conditions de vie des communautés et mesurer son impact à l'échelle locale, nationale et mondiale. De ce fait, les organisations de volontariat, les instituts nationaux de statistiques et les décideurs politiques disposent peu de données pouvant rendre compte de l'impact socio-économique du volontariat afin de prendre des décisions en sa faveur.

Par ailleurs, prenant à cœur la problématique de l'évaluation de la contribution du volontariat au développement, l'ANVT a initié depuis 2017 un dispositif de collecte de données sur la contribution du volontariat au développement de quatre secteurs : Education, Santé, Environnement et Agriculture. La collecte de ces informations de concert avec les acteurs concernés, a permis d'enregistrer les réalisations des volontaires dans chacun de ces secteurs. Les données collectées jusque-là n'ont pas été mises en lien avec les cibles nationales afin de déterminer, sur la période sous revue, la contribution du volontariat à la réalisation des objectifs sectoriels nationaux. Les informations collectées se rapportent essentiellement au nombre de volontaires ayant effectué des réalisations (ex. nombre d'accouchement réalisé par des volontaires sages-femmes, taux de réussite des élèves encadrés par les volontaires, etc.).

En cohérence avec la problématique susmentionnée, l'ANVT entend revisiter la démarche méthodologique (modélisation, outils, cadre des indicateurs, grilles d'analyse, etc.) jusque-là adoptée ainsi que les supports informatiques de collecte et de reddition de comptes pour évaluer la contribution des volontaires nationaux à la réalisation des objectifs de développement dans les secteurs de la santé et de l'éducation. La démarche utilisée expérimentalement dans les deux secteurs sera étendue aux autres (à partir des résultats obtenus) et servira de modèle d'évaluation de la contribution socio-économique des volontaires aux ODD, reproductible dans d'autres contextes nationaux.

1.2. Questions de recherche

La question centrale à laquelle l'étude entend apporter une réponse est celle-ci : quelle est la contribution des volontaires à l'amélioration des soins de santé de base au Togo pour l'atteinte de l'ODD3 relatif à la santé et au bien-être.

Plus spécifiquement :

- Quelle est la contribution des volontaires dans la riposte au paludisme au Togo ?
- Quelle est la part des volontaires dans la réduction du taux de transmission du VIH/SIDA au Togo ?
- En quoi l'action des volontaires nationaux dans les formations sanitaires a-t-elle contribué à l'amélioration de la santé maternelle et infantile ?

1.3. Hypothèses

- Hypothèse principale

L'intervention des volontaires de profil santé a contribué à l'amélioration de l'offre de services de soins préventifs et curatifs pour les populations au Togo

- Hypothèses secondaires

- Le déploiement de volontaires contribue à réduire le taux de mortalité due au paludisme ;
- Les actions des volontaires nationaux contribuent à la réduction du taux de transmission du VIH/SIDA au Togo ;
- Le déploiement et l'action des volontaires nationaux contribuent à la réduction des taux de mortalité maternelle et infantile.

1.4. Objectifs de la recherche

L'objectif général est d'évaluer la contribution des volontaires au renforcement du secteur de la santé au Togo pour l'atteinte de l'ODD3.

De façon spécifique la recherche vise à évaluer la contribution des volontaires nationaux à la réduction de :

- Taux de mortalité due au paludisme ;
- Taux de transmission du VIH/SIDA ;
- Taux de mortalité maternelle et infantile.

2. APPROCHE METHODOLOGIQUE

L'approche adoptée dans le cadre de cette recherche est essentiellement quantitative, basée sur la collecte de données primaires et celles secondaires ou administratives auprès du Ministère de la santé. Ainsi, dans la construction de la démarche méthodologique, des techniques et outils opératoires adaptés au contexte de l'étude et à la nature des données collectées, ont été utilisés afin de quantifier la contribution des volontaires nationaux au renforcement du système de santé au Togo.

L'étude a été conduite de façon concertée, inclusive et participative, et suivant la progression chronologique et itérative suivante : (i) préparation ; (ii) revue documentaire ; (iii) collecte des données ; (iv) traitement, analyse des données et rapportage.

2.1. Préparation

A la suite de la validation du document projet, un atelier de cadrage et de mise en route effective de l'étude a été organisé. L'atelier a réuni l'équipe de recherche et a permis de finaliser le cadre des indicateurs, de faire l'état des lieux des données disponibles et celles à rechercher .

2.2. Revue documentaire

La revue documentaire a servi d'étape importante et préparatoire à la conduite effective de l'étude. Elle a permis de faire l'état des lieux des recherches antérieures notamment sur les objectifs de développement, l'engagement citoyen et le volontariat, les politiques et stratégies de renforcement du système de santé. La revue documentaire a permis également de comprendre le contexte et le champ lexical de l'étude, et de mieux circonscrire le sujet et la perspective méthodologique pour aborder la question de la contribution des volontaires au renforcement du système de santé.

La revue documentaire a consisté en la consultation des documents généraux et spécifiques, à leur exploitation et analyse critique par thématique. Les résultats de la revue documentaire sont présentés sous forme d'un exposé sommaire des travaux des auteurs visités, suivi d'une analyse critique en lien avec la recherche.

2.3. Collecte des données

Deux types de données ont été collectées dans le cadre de cette étude. Il s'agit : (i) des données primaires collectées à partir du dispositif mis en place par l'ANVT ; et (ii) celles administratives obtenues auprès du Ministère de la santé. Cette collecte concerne les années 2018 et 2019.

➤ Collecte des données primaires :

La collecte des données primaires s'est faite grâce au dispositif développé par l'ANVT, et dont l'approche est basée sur l'adhésion et l'implication des différents acteurs, notamment les volontaires, les structures d'accueil des volontaires, les services techniques du secteur de la santé. Il s'agit d'un dispositif informatique de collecte des données de réalisations des volontaires de santé en mission dans les formations sanitaires.

De façon pratique, les données proviennent des fiches de collecte renseignées mensuellement par chaque volontaire et authentifiées par sa structure d'accueil (formations sanitaires). Les fiches renseignées sont vérifiées puis intégrées dans l'application informatique conçue à cet effet pour générer des fichiers Excel au niveau régional. Les fichiers ainsi générés sont transmis mensuellement au niveau central pour nourrir la base nationale de données sur les réalisations des volontaires.

La base centrale comporte des feuillets et chaque feuillet concerne un profil donné (sages-femmes/accoucheuses, infirmiers et assistants d'hygiène/génies sanitaires). Les données ou informations sur chaque profil peuvent être regroupées en 3 catégories :

- Identification du volontaire : nom et prénoms, diplôme, le sexe, téléphone, dates du début et de fin du contrat, ville, nom de la structure d'accueil, type de structure d'accueil (publique ou privée), intitulé de la mission, tuteur du volontaire et numéro de la vague d'affectation ;
- Niveau de désagrégation géographique des données collectées : la préfecture et la région ;
- Le cadre des indicateurs qui varie d'un profil à l'autre et porte sur les réalisations des volontaires.

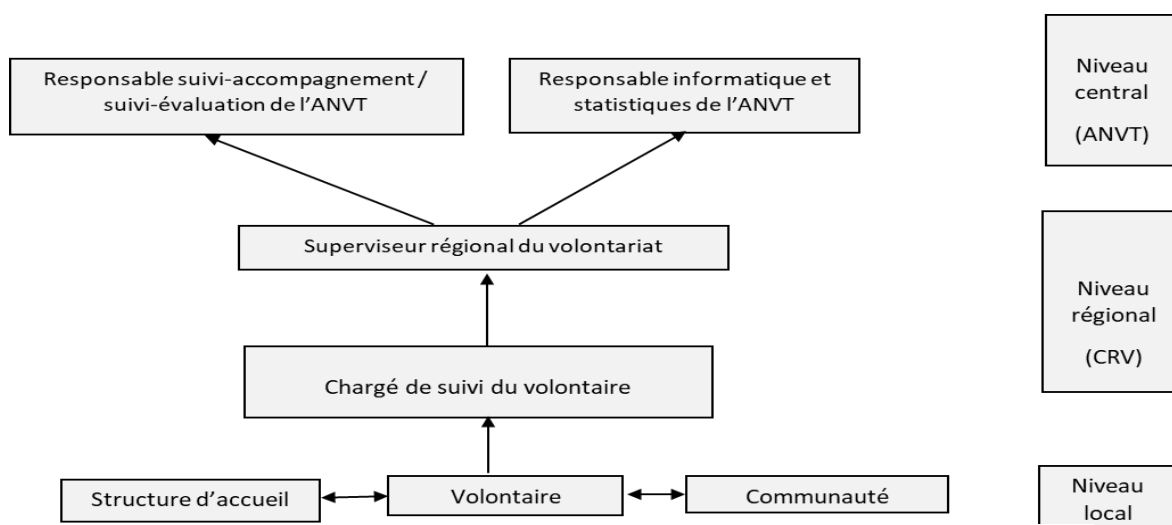


Figure 1 : Circuit de collecte et de centralisation des données

➤ Collecte des données secondaires :

Les données secondaires ou administratives sont celles fournies par le Ministère de la santé. En effet, l'ANVT a sollicité et obtenu auprès des services techniques dudit Ministère les rapports annuels de performance 2018 et 2019, en vue du suivi du progrès conformément au cadre de suivi-évaluation du Plan National de Développement Sanitaire (PNDS) 2017-2022. En dehors de ces 2 rapports une base de données sous Excel extraite de la base générale de données 2018 et 2019 du ministère, en lien avec les données recherchées pour la présente étude, a été mise à notre disposition. Cette base comporte deux grandes parties :

- Niveau de désagrégation géographique des données : région et préfecture ;
- Le cadre des indicateurs sur le paludisme, le VIH/SIDA, la santé maternelle et infantile.

2.4. Traitement et analyse des données

L'exercice d'analyse a consisté à apprécier, à partir des données recueillies, la variation (hausse/baisse) des taux de mortalité due au paludisme, le taux de transmission du VIH/SIDA, les taux de mortalité maternelle et infantile dans les préfectures d'intervention des volontaires. Spécifiquement, il s'est agi de recueillir les données de réalisations des volontaires (nombre de cas traités, nombre de dépistage, etc.) suivant les indicateurs ci-dessous mentionnés :

Variable expliquée : Amélioration de l'offre de services de soins préventifs et curatifs

Indicateurs associés à la variable expliquée :

- Taux de mortalité due au paludisme ;
- Taux de transmission au VIH/SIDA ;
- Taux de mortalité maternelle et infantile.

Variable explicative : L'intervention des volontaires

Indicateurs associés à la variable explicative :

- Nombre ETP individuelles réalisées par les volontaires
- Nombre de patients traités pour le paludisme par les volontaires
- Nombre de personnes dépistées au VIH par les volontaires
- Nombre de PVVIH prises en charge par les volontaires
- Nombre de consultations prénatales réalisées par les volontaires
- Nombre d'accouchements réalisés par les volontaires
- Nombre de consultations postnatales réalisées par les volontaires
- Nombre de volontaires en mission dans la région

Le traitement des données a été précédé de l'harmonisation des variables dans les bases de données. En effet deux types de variables ont été identifiées, la variable expliquée et la variable explicative, auxquelles sont associés des indicateurs. Par déploiement des volontaires, l'équipe de travail entend la mise à disposition d'un contingent de volontaires dans un secteur, sur une problématique. Le terme fait davantage référence à la taille et à la « quantité » de volontaires nationaux présents dans un secteur sur une période de temps et un espace géographique précis. Donc le déploiement renvoie donc au nombre de volontaires.

L'action des volontaires pour sa part, fait référence au niveau d'investissement et d'implication des volontaires dans la réalisation de sa mission. Elle renvoie dans le cadre de cette étude à l'adéquation

entre les profils des volontaires (les actions individuelles) et l'objet de leur mission. Ce terme renvoie beaucoup plus au nombre de volontaires de profil spécifique agissant sur une mission correspondant aux compétences recherchées ou à la problématique précise.

Ainsi donc, dans le cadre de la présente étude, la variable « intervention des volontaires » désigne à la fois la taille des volontaires, tout profil confondus, mis à disposition au secteur de la santé afin d'agir sur l'amélioration des offres de services de soins du paludisme, du VIH/SIDA, de la santé maternelle et infantile, sur un espace géographique donné.

Pour l'analyse des données en vue d'évaluer la part des volontaires, il a été procédé ainsi :

- Détermination de la variation (écart) d'une année à un autre (2018-2019) par région ou préfecture : il s'est agi de parcourir systématiquement les données administratives (en lien avec les cibles mortalité maternelle et néonatale), notamment les indicateurs : « nombre de décès maternels » et « nombre de décès néonataux » ;
- Sur la base des différentes variations, il est identifié les zones (régions et préfectures) où la réduction est constatée d'une année à l'autre (Confère tableau 14). Dans ce tableau il est également intégré le nombre de volontaires par préfecture et par année ;
- Pour ces zones, l'on a déterminé les réalisations des volontaires en 2018 et en 2019 (confère tableaux 12 et 13.

3. REVUE DOCUMENTAIRE

Cette partie présente brièvement à partir de la documentation consultée, le contexte du pays dans ses grandes lignes afin de faciliter la compréhension de l'environnement social, des enjeux de développement ainsi que des différentes stratégies sectorielles. A cet effet, cette partie décrit également le profil sanitaire du Togo notamment sur les thématiques relatives à (i) la politique nationale de santé, (ii) au cadre stratégique du système de santé togolais et (iii) les planifications pour les années prochaines. Par ailleurs, cette partie présente aussi le cadre institutionnel et stratégique d'intervention du volontariat national. Les informations exploitées dans la présente partie proviennent du document du Plan National de Développement, du Plan national de développement de la santé, du plan stratégique de l'ANVT et d'autres documents de travail cités en annexe.

3.1. Aspects géographiques

Le Togo est situé en bordure méridionale de l'Afrique Occidentale avec une superficie de 56 600 km². Il s'étire entre le Burkina Faso au nord, le Golfe de Guinée au sud, le Bénin à l'est et le Ghana à l'ouest. Le climat est de type tropical variant sensiblement de la région méridionale à la zone septentrionale. Il est subdivisé en deux grandes zones : une zone de type soudanien au sud avec de vastes terres productives et une zone de type sahélien recouvrant la moitié nord caractérisée par une pénurie de terres fertiles. Chaud et humide, ce climat est favorable à la prolifération de vecteurs de maladies et est en partie responsable du profil épidémiologique national dominé par les maladies infectieuses et parasitaires.

3.2. Contexte démographique et administratif

Le Togo affiche une croissance démographique élevée de 2,4% par an avec un indice de fécondité de 4,8 enfants par femme. L'effectif de la population a ainsi plus que doublé en moins de 30 ans avec une population estimée à 6,8 millions d'habitants en 2010 contre 2,7 millions en 1981. **La population togolaise, estimée à 7 552 318 d'habitants en 2015 dont 51,4% de femmes, 42% d'enfants de moins de 15 ans et 60% de moins de 25 ans [Perspectives démographiques du Togo 2011-2031]. Cette population double tous les 24 ans, conséquence d'une croissance**

rapide de la population (2,84%)¹. C'est une population majoritairement jeune (60% sont âgés de moins de 25 ans et 42% ont moins de 15 ans) et rurale (62%), inégalement répartie sur le territoire national (Lomé et sa périphérie concentrent 24% de la population). La croissance démographique élevée entraîne une forte pression sur les infrastructures et les services sociaux de base tels que l'éducation, la santé, l'accès à l'énergie et à l'eau potable, la sécurité alimentaire.

Au plan administratif, la dernière réforme a réparti le pays en 5 régions administratives (du nord au sud : Savanes, Kara, Centrale, Plateaux et Maritime), 39 préfectures et 117 communes. La capitale Lomé a été établie en District Autonome et subdivisée en 13 communes.

3.3. Contexte économique et social

Portée par les gains de productivité dans le secteur agricole et par l'investissement public dans les infrastructures de transport, la croissance économique au Togo est restée à des niveaux élevés au cours des cinq dernières années, au-dessus de la croissance démographique. En 2015, elle s'établissait à 5,5%, et devrait se maintenir à un niveau similaire pour les prochaines années. Toutefois, au plan budgétaire le pays a connu en 2014 un déficit de 4,9% du produit intérieur brut. La dette publique est passée de 48,6% du PIB en 2011 à 75,4% en 2015 soit un ratio d'endettement supérieur au plafond de 70% du PIB fixé par l'Union économique et monétaire ouest-africaine (UEMOA).

Sur le plan social, le Togo n'a pas enregistré des avancées significatives. Selon le rapport mondial sur le développement humain 2015, l'Indice de développement humain (IDH) du Togo est évalué à 0,484, le classant au 162^{ème} rang sur 188 pays. Cela met en exergue le déficit important en matière d'investissement, entre autres, dans les domaines sociaux de base (santé, éducation, eau/assainissement, protection sociale) qui sont les éléments clés du développement humain. Les secteurs de l'éducation et de la santé représentent une part conséquente des dépenses publiques mais en deçà des normes internationales ou africaines, notamment en ce qui concerne l'éducation (14,2 % du budget en moyenne entre 2009 et 2014 contre une norme de 20 % selon l'engagement de Dakar), la Santé (6,8% contre une norme de 15 % d'après l'engagement d'Abuja). Des efforts supplémentaires s'avèrent donc nécessaires pour accroître ces ressources, remédier aux fortes disparités régionales dans l'affectation de ces ressources et les utiliser avec une meilleure efficacité et efficience.

Par ailleurs, bien que l'incidence de la pauvreté ait régressé sur la période 2011 à 2015 au niveau national, la pauvreté y est encore très répandue. En 2015, plus de la moitié des ménages (55,1%) vivaient en dessous du seuil de pauvreté monétaire, principalement en zone rurale (environ 68,9%) et parmi les ménages dirigés par une femme (57,5%).

3.4. Volontariat national

Initié par le Ministère du Développement à la Base, de l'Artisanat, de la Jeunesse et de l'Emploi des Jeunes (MDBAJEJ), le volontariat national au Togo est régi par la loi n° 2014-011 rectifiant la loi n°2011-001 du 17 février 2011 portant institution et réglementation du volontariat national au Togo. Le volontariat national est destiné à tout Togolais actif pour l'accomplissement d'une mission d'intérêt général dans des domaines d'interventions reconnus prioritaires pour la Nation : solidarité nationale, santé, éducation, environnement, agriculture, développement communautaire, protection sociale donnant lieu au versement d'une indemnité forfaitaire. L'engagement volontaire peut être effectué auprès d'organismes à but non lucratif ou de personnes morales de droit public au Togo.

Le développement du volontariat national au Togo s'est inscrit dans un contexte international précis. Entre 2004 et 2006, sous l'égide des Nations Unies et de quelques partenaires au développement, des Etats africains tels que le Niger, le Mali et le Burkina Faso ont mis en place

¹ PND, 2018

des corps nationaux de volontariat. Les premières idées de projets de corps nationaux de volontariat ont mis au cœur de leur démarche le fait que le volontariat puisse contribuer efficacement au bien-être des populations. Ceci passe par une reconnaissance effective du volontariat dans ces pays et par la mise en place d'institutions efficaces capables de gérer des volontaires nationaux.

Au Togo, le développement du volontariat national a été implémenté au travers du Programme de Promotion du Volontariat National (PROVONAT) de 2011 à 2015. L'évaluation finale du PROVONAT a permis de relever son efficacité et sa pertinence pour la promotion de la jeunesse, l'atteinte des défis liés au développement durable, à la promotion et au renforcement des valeurs citoyennes ainsi qu'à l'amélioration de l'employabilité des jeunes, d'où la nécessité de pérenniser l'initiative à travers la création d'une agence. Depuis 2015, le volontariat national est géré par l'Agence Nationale de Volontariat au Togo (ANVT), créée par décret présidentiel N°2014-151/PR du 09 Juillet 2014. Elle est un établissement public doté de personnalité morale et d'autonomie financière. L'ANVT poursuit trois objectifs principaux à savoir :

- mettre en place un mécanisme de mobilisation et de valorisation sociale des ressources humaines disponibles dans le pays ;
- promouvoir et valoriser l'engagement volontaire à travers la participation aux solutions de développement du pays ; et
- améliorer les conditions de vie des populations pauvres en créant une meilleure capacité aussi bien au niveau des communautés que des structures d'appui.

Le dispositif de pilotage de l'ANVT est constitué de (i) un conseil de surveillance, (ii) un conseil d'administration et (iii) une direction générale. Le conseil de surveillance est l'organe d'orientation et de contrôle de l'Agence. Le conseil d'administration est l'organe d'administration et de décision de l'Agence. A ce titre, il veille au respect des règles et procédures en vigueur et assure la supervision générale de la gestion de l'Agence. La direction générale est l'organe de gestion de l'Agence. Elle est placée sous l'autorité d'un directeur général qui en assure la gestion et la représente dans tous les actes de la vie civile. A un niveau régional, les Centres Régionaux de Volontariat (CRV) assurent la gestion du volontariat à travers la promotion, la mobilisation et le suivi-accompagnement régulier et rapproché des volontaires et des structures d'accueil.

La gestion du volontariat national s'articule autour des quatre actions suivantes :

- la mobilisation des volontaires nationaux (VN) et des structures d'accueil (SA) ;
- le recrutement, la formation et le déploiement des VN ;
- le suivi-accompagnement et l'évaluation des VN en cours de mission ;
- l'appui-accompagnement à l'insertion et la gestion post-volontariat.

L'ANVT met en œuvre, quatre formes de volontariat, à savoir :

- le volontariat Junior ou de compétences, destiné aux jeunes diplômés sans emploi et primo-demandeurs d'emploi,
- le Volontariat d'Engagement Citoyen (VEC) destiné aux Jeunes Déscolarisés et Semi-scolarisés (JDS) mobilisés essentiellement en faveur des actions d'intérêt communautaire ;
- le volontariat Senior ou d'expertise ; et
- le volontariat International de Réciprocité (VIR) mis en œuvre dans une optique d'échanges de volontaires entre le Togo et d'autres pays.

Le passage du PROVONAT à l'ANVT et les réformes introduites ont permis de faire du volontariat national un outil de développement du pays et pérenniser l'initiative. Dans ce sens, le volontariat est perçu comme un outil innovant dans :

- * La manière d'analyser l'environnement afin d'identifier les enjeux et problématiques que le volontariat peut adresser en se positionnant comme levier de réalisation des objectifs sectoriels de développement. Quand le volontariat est intégré dans les stratégies sectorielles et à tous les niveaux de gouvernance, le potentiel des volontaires peut être réellement reconnu et l'impact de leurs actions dans le développement durable constatées au niveau communautaire ;
- * L'identification et la planification des missions. Il s'agit de décider désormais d'affecter les volontaires sur des missions de développement plutôt que sur des postes. Cela introduit auprès des acteurs une réflexion interne sur l'articulation de leurs projets de volontariat avec les politiques et stratégies nationales de développement ainsi que les ODD ;
- * La mise en place d'un dispositif de suivi-évaluation de la contribution des volontaires au développement des secteurs prioritaires notamment l'éducation, la santé, l'agriculture, l'environnement, etc.

S'agissant de la dernière raison, bien que de taille et de portée importantes, il est difficile d'avoir une image complète des contributions que les volontaires apportent à nos sociétés. Il est observé que les volontaires peuvent apporter des contributions indirectes et directes, à la fois par les tâches ou activités spécifiques qu'ils accomplissent, mais aussi indirectement par l'amélioration de la santé et du bien-être, l'augmentation des compétences et de la confiance, et en renforçant la confiance, la coopération et l'innovation dans les communautés, etc.

3.4.1. Volontariat, vecteur du développement et levier à la mise en œuvre des ODD

Le volontariat est un moyen puissant d'inciter les populations à collaborer pour mettre à exécution le Programme de développement durable à l'horizon 2030 (Programme 2030) et de bâtir un monde écologiquement durable, en paix, débarrassé de la pauvreté, de la faim et des inégalités et où personne n'est laissé pour compte.

Selon les estimations, plus d'un milliard de personnes travaillent comme volontaires dans le monde en fournissant des soins médicaux, en contribuant à l'action climatique, en apportant une assistance technique ou encore en assurant le suivi des efforts de reconstruction après un désastre. Le volontariat est essentiel afin de garantir que les actions pour le développement dans le monde sont l'affaire de tous, qu'elles sont mises en œuvre par tous et que tous en bénéficient.

Le 25 septembre 2015, les 193 Etats membres des Nations unies ont adopté l'Agenda 2030 qui fixe 17 Objectifs de développement durable (ODD). Ces objectifs universels, donc applicables à l'ensemble des pays, visent à éradiquer la pauvreté, protéger la planète et garantir la prospérité. Chaque objectif a des cibles spécifiques à atteindre, à l'horizon 2030.

La mobilisation forte des organisations de volontariat rassemblées au sein d'une alliance globale (Volunteer Groups Alliance) tout au long des négociations a permis d'inscrire le volontariat comme levier puissant et transversal de l'atteinte des 17 ODD.

Les ODD, basés sur les principes d'universalité et d'inclusion, ont pour ambition de placer l'humain en leur cœur. Le partenariat global doit alors être étendu à l'ensemble des parties-prenantes des secteurs public, privé et solidaire, et les moyens traditionnels de mise en œuvre doivent être renforcés afin de donner la capacité aux individus d'y prendre part activement. Le volontariat dans sa diversité a un rôle crucial à jouer dans ce nouvel agenda du développement durable. Il peut en effet contribuer à mobiliser le public et à faire participer la population à l'élaboration des plans

d'action nationaux et à la réalisation des objectifs de développement durable. Il sera impossible d'atteindre les objectifs mondiaux sans la participation d'un vaste éventail de personnes à toutes les étapes, à tous les niveaux et de façon permanente. Le volontariat est un moyen puissant pour attirer davantage d'individus dans le processus.

Le Programme 2030 reconnaît le rôle essentiel que les volontaires jouent partout sur la planète. Après le lancement du programme en 2015, l'Assemblée générale des Nations Unies a adopté par résolutions un plan d'action élaboré par les États membres des Nations Unies pour aider les acteurs du volontariat à améliorer la reconnaissance et l'intégration du volontariat dans les ODD. En s'appuyant sur les efforts conjugués des volontaires, des gouvernements, de la société civile, du secteur privé et des Nations Unies, le plan d'action vise à renforcer l'appropriation du Programme 2030 par les populations, à intégrer et généraliser le volontariat dans les stratégies et les politiques nationales et à mesurer plus efficacement l'influence des volontaires.

3.4.2. De la nécessité de réimaginer le volontariat dans le monde

Au plan international, les organisations de volontariat notamment France Volontaires, OIF, ONU Volontaires, IVCO, etc., se sont essentiellement intéressées, à la veille de la décennie 2020-2030, aux réflexions prospectives pour réimaginer le volontariat pour la réalisation de l'Agenda 2030.

Il ressort de la consultation des différents acteurs (politiciens, chercheurs, OSC, etc.) les tendances suivantes qui caractériseront certainement le volontariat au niveau régional, africain et international:

- * Le volontariat est pensé comme un accélérateur des ODD : considérant ses contributions spécifiques, comment le volontariat peut-il être utilisé pour aborder les défis mondiaux, tels que les inégalités et le changement climatique ;
- * Le volontariat constitue une source de mobilité croisée et de rapprochement entre les jeunes de tous les peuples ;
- * De la nécessité de la professionnalisation de la pratique du volontariat : mise en place de mécanisme de certification et de labellisation des dispositifs de volontariat afin de promouvoir les bonnes pratiques de gestion et de gouvernance des organisations de volontariat. Certaines institutions telles que l'OIF et l'UA sont en train de mettre en place des labels reconnaissant l'efficacité et la pertinence des programmes de volontariats développés. De même, d'autres institutions telles que l'UNV, l'UA et CVJC (volontariat de la CEDEAO) travaillent à mettre en place des plateformes informatisées de présentation et de partage d'expériences en matière de management du volontariat ;
- * Mesurer le volontariat pour les ODD : il s'agit principalement de : (i) explorer et développer des options de mesure de la contribution du volontariat aux ODD ; et (ii) mettre en place des outils pour orienter les débats publics et porter des plaidoyers efficaces pour le soutien du volontariat.

3.5. Organisation de l'offre de soins et couverture sanitaire

Les soins de santé sont fournis aux populations dans des structures publiques et privées (libérales et confessionnelles). Le système de soins est organisé selon trois niveaux : primaire, secondaire, tertiaire. Les soins de premier contact sont structurés autour de trois échelons à savoir : (i) l'Agents de Santé Communautaire (ASC) qui assure par délégation les soins au niveau familial et des communautés et qui est appelé à jouer le rôle d'interface entre la communauté et les services de santé ; (ii) l'Unité de Soins Périphérique (USP) comme base du système de soins et à partir de laquelle sont menées des activités de proximité en stratégie fixe et vers les populations; (iii) l'Hôpital de district qui constitue le premier niveau de référence. Le deuxième niveau de référence et de recours est animé par les Hôpitaux de région (CHR). Les soins de santé tertiaires sont dispensés

dans les trois Centres Hospitaliers Universitaires (CHU) que compte le pays et dans des hôpitaux spécialisés de référence.

Dans l'option stratégique de renforcement des Soins de Santé Primaire (SSP), l'USP est appelée à servir de cadre de dispensation de soins intégrés, tandis que l'hôpital doit jouer le rôle majeur d'orientation-recours. On constate cependant que la recherche de cette situation optimale d'un système de soins cohérent se heurte toujours à des problèmes. La plupart des hôpitaux nationaux et régionaux continuent de dispenser les soins de premiers recours normalement dévolus aux structures périphériques.

En ce qui concerne la couverture sanitaire, d'après les résultats provisoires de la carte sanitaire 2015, les soins de santé sont fournis par le secteur public (59%) et privé (41%). Ce dernier est surtout libéral, dynamique et surtout concentré dans les grands pôles urbains principalement à Lomé où l'on enregistre une plus grande solvabilité de la demande. Il est toutefois peu régulé surtout dans son implantation géographique et pas toujours pris en compte dans la planification de l'offre des services. A cette offre, il faut ajouter, la présence d'un secteur traditionnel assez influent surtout en milieu rural mais mal connu au niveau des services de soins offerts à la population.

3.5.1. Santé maternelle, néonatale, infanto-juvénile et des adolescents

Selon les résultats des EDSTIII, 2013-2014, les estimations de mortalité maternelle, néonatale et infantile demeurent très élevées au Togo au regard des cibles des OMD :

- Le taux de mortalité maternelle est estimé à 401 décès pour 100.000 naissances vivantes ; le ratio de mortalité maternelle attendu pour 2015 selon l'OMD 6 étant de 160 pour 100.000 naissances ; les $\frac{3}{4}$ des décès maternels sont dus aux causes obstétricales directes telles que les hémorragies (36,4%), l'éclampsie (23,5%), les complications d'avortement (16,9%), les infections du post-partum (14%) et la dystocie (22,3%).
- Le taux de mortalité néonatale est de 27 pour 1000 naissances vivantes pour une cible OMD de 25‰ attendue en 2015 ;
- Le taux de mortalité infanto-juvénile est de 89 pour 1000 naissances vivantes contre une cible OMD fixée à 50‰ en 2015 ;

Cette mortalité élevée est en partie liée à des taux de couverture en soins préventifs et curatifs essentiels toujours trop bas malgré les progrès qui ont pu être observés en matière de couverture en soins essentiels de l'enfant notamment :

- i) l'amélioration des conditions d'hygiène d'eau et d'assainissement,
- ii) l'amélioration de la qualité de la prise en charge et du suivi de l'enfant atteint de maladie telle que le paludisme, la pneumonie et la diarrhée,
- iii) l'amélioration de la couverture vaccinale, ainsi que la prévention de la transmission du VIH de la mère à l'enfant.

Les décès maternels sont dus en partie à i) des progrès insuffisants accomplis dans l'opérationnalisation des sites SONU pour assurer une couverture sur l'ensemble du territoire en matière de prise en charge des complications obstétricales (la cartographie des SONU a prévu 109 structures SONU potentielles dont l'effectivité en terme de fonctionnalité en 2015 ne dépasse pas 65%) ; ii) la faible disponibilité des médicaments essentiels et produits sanguins pour sauver la vie des mères et des enfants, iii) la faiblesse de l'offre de services PF (la prévalence contraceptive moderne estimée à 16,8% en 2014 est parmi les plus faibles au monde) ; iv) la faible accessibilité financière aux services de soins

Les problèmes de santé touchant les adolescents sont surtout les problèmes de santé sexuelle et de la reproduction y compris les IST et le VIH. Dans cette tranche d'âge, on note un taux de grossesse

précoce de 17% (MICS4, 2010), une prévalence du VIH forte et nettement plus élevée chez les filles que chez les garçons (0,4% contre 0,1% chez les 15-19 ans ; 1,3% contre 0,5% chez les 20-24 ans) ; une consommation élevée de substances nocives à la santé (tabac, alcool et autres substances).

Globalement, en matière de santé des femmes, des enfants et des adolescents, le pays dispose d'un cadre politique cohérent. Toutefois, celui-ci peine à être appliqué en raison en partie de l'insuffisance de ressources allouées par l'Etat et des faiblesses de pilotage et de gestion du secteur.

3.5.2. VIH/Sida et Paludisme

VIH/Sida : selon EDSTIII, la séroprévalence de l'infection à VIH est de 2,5% chez les adultes de 15 à 49 ans ; Elle est deux fois plus élevée chez la femme (3,1%) que chez l'homme (1,7%) La prévalence reste très élevée dans certains groupes à haut risque¹ : 11,7% chez les professionnels de sexe au niveau national avec 13,4% à Lomé² ; 13,0% chez les HSH au niveau national et 22,4% chez les HSH³ vivant à Lomé, et 5,5% chez les usagers de drogues injectables (dont 84,9% se retrouvent à Lomé)⁴.

S'agissant de la prise en charge, le pourcentage de femmes enceintes séropositives ayant reçu les ARV pour réduire la TME du VIH est passée de 66,6% en 2012 à 90% en 2015. Malgré ces résultats significatifs, des progrès restent à réaliser en rapport avec les ambitions affichées dans le cadre de l'élimination de la transmission mère enfant du VIH.

Paludisme : Le paludisme représente 44,9% des consultations externes, 26,4% des hospitalisations et 19,1% des causes de mortalité hospitalière en 2015. L'analyse des tendances montre une incidence du paludisme en hausse (de 1 024 000 à 1 530 000 nouveaux cas sur la période 2014-2015) avec cependant une régression du taux de mortalité spécifique.

Près de la moitié des décès (47%) chez les enfants de moins de 5 ans est due au paludisme qui reste le problème majeur de santé publique au Togo. En matière de lutte contre le paludisme, malgré une tendance de couverture en MILDA relativement satisfaisante (le pourcentage des ménages avec au moins une MII étant passé de 56,7% à 65% entre 2010 et 2014), l'utilisation effective, appréciée par le pourcentage d'enfants de moins de 5 ans ayant dormi sous MILDA la nuit dernière, a régressé passant de 57% en 2010 à 43% en 2014 avec d'importantes disparités selon les régions. Aussi, il faut noter que le traitement préventif intermittent du paludisme chez la femme enceinte est gratuit depuis 2013. Il en est de même pour le traitement du paludisme simple chez les enfants de moins de 5 ans excepté pour le paludisme grave.

3.5.3. Ressources humaines dans le secteur de la santé

Les ressources humaines du secteur de la santé se caractérisent par une diversité de statuts et une pluralité de corps de métiers et de catégories. On retrouve :

- i) les fonctionnaires : ce sont des agents recrutés par l'Etat et soumis au statut général de la fonction publique togolaise ;
- ii) le personnel du service de santé des armées mis à la disposition du ministère en charge de la santé par le ministère de la défense et le ministère de la sécurité et de la protection civile ;
- iii) les contractuels : ce sont des agents recrutés et payés sur le budget autonome des établissements de soins, des collectivités locales, des projets, des COGES et des programmes. Ils bénéficient d'un statut hybride. Ils sont assujettis aux dispositions du code du travail et certaines règles du statut général ;
- iv) les volontaires et les primo demandeurs d'emploi mis à la disposition du ministère en charge de la santé par l'Agence Nationale du Volontariat au Togo (ANVT) et l'Agence Nationale pour l'Emploi (ANPE).

Le concours sectoriel de recrutement de personnel organisé en décembre 2018 et proclamé en août 2019 a permis de renforcer l'effectif du personnel passant de 10 911 à 11 555 au 31 décembre 2019. L'effectif du personnel du ministère de la santé a connu une augmentation de 644 agents en fin 2019.

L'analyse de la performance des ressources humaines en santé (RHS) montre que l'effectif du personnel de santé augmente progressivement chaque année.

En matière de volontariat dans le secteur de la santé, en plus des volontaires nationaux, les Agents de Santé Communautaire (ASC) interviennent au sein des communautés pour leur offrir les soins primaires. Ils sont des bénévoles mobilisés au sein de leurs communautés et ayant reçu une formation pour promouvoir la santé ou pour pratiquer certains soins de santé, sans être professionnel de santé.

3.6. Cadre stratégique de pilotage du secteur

3.6.1. Politique de santé

Depuis 2010, le Togo a entamé une réforme du cadre politique et stratégique de son système de santé en s'appuyant sur les initiatives de partenariat pour la santé au niveau régional et international, notamment Health Harmonisation in Africa (HHA), IHP+. Cela s'est traduit par l'élaboration d'une nouvelle politique nationale de santé (PNS) à horizon 2022. La PNS trouve son fondement dans la Constitution de la IV^{ème} République qui garantit aux citoyens togolais le droit à la santé.

La vision de la politique de santé est d'« assurer à toute la population le niveau de santé le plus élevé possible en mettant tout en œuvre pour développer un système basé sur des initiatives publiques et privées, individuelles et collectives, accessible et équitable, capable de satisfaire le droit à la santé de tous en particulier les plus vulnérables ». La politique de santé reste basée sur les soins de santé primaires et prend en compte les engagements internationaux du Togo vis-à-vis des organisations sous régionales, régionales et mondiales en matière de santé. Dans le souci d'apporter des réponses efficaces aux problèmes sanitaires des populations, plusieurs politiques et plans stratégiques ont été développés en conformité avec les orientations de la PNS (PNDS, 2012-2015 ; politique nationale et plan stratégique des IBC, 2015 ; politique nationale pharmaceutique, 2012 ; plan de repositionnement de la Planification Familiale, 2013-2017 ; ...).

3.6.2. Plan national de développement du secteur de la santé (PNDS)

Le PNDS 2017-2022 se décline en cinq (5) axes stratégiques en cohérence avec les priorités nationales et internationales, les enjeux et les défis majeurs du secteur. Il s'agit de :

- Axe stratégique 1 : Accélération de la réduction de la mortalité maternelle, néonatale et infantojuvénile et renforcement de la planification familiale et de la santé des adolescents ;
- Axe stratégique 2 : Renforcement de la lutte contre les maladies transmissibles ;
- Axe stratégique 3 : Amélioration de la sécurité sanitaire et la réponse aux épidémies et autres urgences de santé publique ;
- Axe stratégique 4 : Renforcement de la lutte contre les maladies non transmissibles et promotion de la santé ;
- Axe stratégique 5 : Renforcement du système de santé vers la Couverture Sanitaire Universelle (CSU) y compris la santé communautaire.

Les deux premiers axes concernent directement la présente étude. La mise en œuvre de l'axe stratégique 1 « Accélération de la réduction de la mortalité maternelle, néonatale et infanto-juvénile et renforcement de la planification familiale et de la santé des adolescents » va surtout permettre de réduire la mortalité maternelle, néonatale et infanto-juvénile pour atteindre les cibles de 250 décès maternels pour 100.000 naissances vivantes, de 17 décès néonataux et de 59 décès d'enfants

de moins de 5 ans pour 1.000 naissances vivantes en fin 2022. Ces cibles correspondent à une réduction annuelle de 7,0% pour ce qui concerne la mortalité maternelle et néonatale et de 5,0% pour la mortalité infanto-juvénile. A cet effet, il s'agira d'élaborer et de mettre en œuvre un plan national intégré pour l'accélération de la réduction de la mortalité maternelle, néonatale et infanto-juvénile et le renforcement de la planification familiale et de la santé des adolescents en cohérence avec la Stratégie mondiale (2016-2030) pour la santé de la femme, de l'enfant et de l'adolescent.

En ce qui concerne le deuxième axe stratégique « Renforcement de la lutte contre les maladies transmissibles », il sera question de réduire d'ici à 2022 : la prévalence du VIH chez les 15 à 49 ans de 2,5% à 1,8% ; la mortalité spécifique du VIH de 83,2 à 30,6 pour 100 000 habitants ; l'incidence du paludisme de 161,0 à 40,0 ‰ ; l'incidence de la tuberculose de 58,0 à 23,0 ‰ et la prévalence des schistosomiasis de 5,0 à 0,2%. Pour y parvenir, les plans stratégiques des différents programmes, plus particulièrement ceux liés au contrôle du paludisme, du VIH/SIDA, des hépatites et de la tuberculose, ainsi que celui lié à l'élimination des principales maladies tropicales négligées (MTN), seront actualisés et mis en œuvre.

4. RESULTATS DE LA RECHERCHE

4.1. La contribution des volontaires à la réduction du taux de mortalité due au paludisme au Togo

Le paludisme représente 44,9% des consultations externes, 26,4% des hospitalisations et 19,1% des causes de mortalité hospitalière en 2015. L'analyse des tendances montre une incidence du paludisme en hausse (de 1 024 000 à 1 530 000 nouveaux cas sur la période 2014-2015) avec cependant une régression du taux de mortalité spécifique (PNDS, 2017).

Près de la moitié des décès (47%) chez les enfants de moins de 5 ans est due au paludisme qui reste le problème majeur de santé publique au Togo. En effet, le paludisme représente la première cause de morbidité et de mortalité dans les formations sanitaires. Il est endémique avec une transmission qui dure presque toute l'année sur l'ensemble du territoire national

En matière de lutte contre le paludisme, malgré une tendance de couverture en MILDA relativement satisfaisante (le pourcentage des ménages avec au moins une MII étant passé de 56,7% à 65% entre 2010 et 2014), l'utilisation effective, appréciée par le pourcentage d'enfants de moins de 5 ans ayant dormi sous MILDA la nuit dernière, a régressé passant de 57% en 2010 à 43% en 2014 avec d'importantes disparités selon les régions.

Dans le Plan national de développement sanitaire (PNDS) de 2017-2022, le Gouvernement a défini les principales stratégies suivantes pour renforcer la lutte contre le paludisme :

- Renforcement des capacités communautaires de prévention et de traitement du paludisme simple au niveau communautaire et des USP ;
- Renforcement de la mise en œuvre des interventions de lutte anti vectorielle dans une approche multisectorielle ;
- Amélioration de l'accès aux MILDA vers la couverture universelle ;
- Renforcement de la communication de proximité et de suivi pour une meilleure utilisation des MILDA ;
- Renforcement de la surveillance de la maladie.
- Renforcement de la capacité opérationnelle des Formations Sanitaires pour assurer le traitement adéquat du paludisme grave.

S'agissant du renforcement de la capacité opérationnelle des formations sanitaires, l'ANVT a mobilisé au profit de 412 formations sanitaires dont 275 relevant de l'administration publique et 129 de la société civile, 218 volontaires nationaux de profils infirmiers et 194 sages-femmes.

Les interventions des volontaires ont consisté, entre 2018 et 2019, en la prise en charge des cas de paludisme, et l'organisation des activités de prévention du paludisme (causeries, l'administration des Traitements Préventifs Intermittents (TPI) aux femmes enceintes, l'organisation des ETP, etc.).

Tableau 1 : Répartition des volontaires par profil

Étiquettes de lignes	2018	2019	Total général
IDE	112	106	218
SAGE FEMME D'ETAT	93	101	194
Total général	205	207	412

Ces différentes interventions visaient conformément à l'ambition du gouvernement, à contribuer à la réduction de la mortalité spécifique due au paludisme. Pour rappel, la mortalité due au paludisme désigne le nombre de morts, rapporté à une population de référence (par exemple, nombre de morts de la maladie concernée par millier/million d'habitants). Ainsi, le taux de mortalité due au paludisme est le nombre de décès imputables ou liés au paludisme pour 100 000 habitants, par an. Le Gouvernement s'attendait à réduire d'ici 2022 (i) l'incidence du Paludisme (p.1000) de 153,0 à 40,0 (ii) la mortalité spécifique due au paludisme (p.100.000) de 0.2 à 0.1.

De ce fait, la présente partie rendra compte des réalisations des volontaires notamment en matière de prévention de la transmission du paludisme et de la prise en charge des patients de paludisme.

En 2018, 112 volontaires nationaux, déployés dans 26 préfectures ont contribué à la prévention et au traitement de nombreux patients atteints du paludisme dans leurs différentes zones de travail. D'abord en matière de prévention du paludisme pour le compte de l'année 2018, les 112 infirmiers déployés ont mené 3041 séances de causeries sur le paludisme à l'endroit de 22 420 personnes.

Selon une analyse par région, les volontaires de la région Maritime (y compris le Grand Lomé) et ceux des Plateaux ont été ceux ayant touché le plus de personnes par les activités. Il s'agit également des deux régions disposant des nombres importants de volontaires nationaux infirmiers (respectivement 51 et 17) et les plus peuplés du Togo.

Bien que le nombre de personnes touchées par les sensibilisations sur le paludisme, rapporté à la population togolaise soit faible (environ 0,3%), il traduit tout de même la plus-value pour le système sanitaire national si ces volontaires n'étaient pas engagés auprès du personnel salarié de la santé.

Tableau 2 : Nombre de participants aux séances de causeries sur le paludisme

Étiquettes de lignes	2018	Total général
REGION CENTRALE	3452	3452
REGION DE LA KARA	2864	2864
REGION DES PLATEAUX	5739	5739
REGION DES SAVANES	725	725
REGION MARITIME	9640	9640
Total général	22420	22420

En matière d'écoute thérapeutiques individuelles du patient (ETP), les volontaires infirmiers en ont réalisé 12 302. Cet effectif s'est sensiblement accru entre 2018 et 2019 dans toutes les régions à l'exception des régions Maritime et des Savanes où respectivement une baisse de 36,45% et 11,31 % a été constaté consécutivement à la baisse du nombre de volontaires sur cette même période.

Tableau 3 : Nombre ETP individuelles réalisées par les volontaires entre 2018-2019

Étiquettes de lignes	2018	2019	Total général
REGION CENTRALE	111	276	387
REGION DE LA KARA	200	931	1131
REGION DES PLATEAUX	326	560	886
REGION DES SAVANES	187	168	355
REGION MARITIME	5507	4036	9543
Total général	6331	5971	12302

Par ailleurs, les volontaires Sages-femmes ont, de leur part, procédé durant 2019 à l'administration des trois (3) doses du Traitement Préventif Intermittent à l'endroit de 14 997 femmes enceintes. Au niveau national, l'intervention des volontaires sages-femmes s'est inscrites dans l'accroissement du taux de femmes enceintes ayant reçu les trois doses de Sulfadoxine pyriméthamine (TPI 3) pendant la grossesse : 49,44% en 2019 contre 45,50% en 2018 et 34,50% en 2017. En effet, cette performance nationale est due à la disponibilité constante des intrants, à la réalisation des stratégies avancées en CPN et une amélioration des consultations précoces des femmes enceintes. Au titre de l'amélioration des consultations précoces des femmes enceintes, le déploiement des volontaires en appui au personnel de santé notamment dans les milieux urbains caractérisés par une forte densité humaine et la prévalence du Paludisme (par exemple le Grand Lomé rassemble 30% de l'effectif de volontaires affectés et c'est dans cette zone où, au niveau national, 56% des femmes enceintes vues en CPN 1, ont pris les trois doses de TPI.

En matière de **prise en charge** des patients atteints de paludisme, les volontaires ont pris en charge 84 815 patients dont 56897 en 2018 et 27918 en 2019 dont 1576 cas grave. Suivant une répartition régionale des cas graves, les volontaires des régions Maritime et Kara ont concentré sur la période plus de la moitié des cas de paludisme pris en charge par les volontaires. Au niveau national, les cas grave s'élèvent à 31381, 39840 respectivement pour 2018 et 2019.

Tableau 4 : Nombre de patients traités pour le paludisme entre 2018-2019 par les volontaires

Étiquettes de lignes	2018	2019	Total général
REGION CENTRALE	11 153	5 486	16 639
REGION DE LA KARA	11 182	2 112	13 294
REGION DES PLATEAUX	11 743	11 367	23 110
REGION DES SAVANES	2 171	892	3 063
REGION MARITIME	20 648	8 061	28 709
Total général	56 897	27 918	84 815

D'après les données du Ministère de la santé (Tableau 5) on constate au niveau national, une hausse de 21,23% des cas graves de paludisme pris en charge en hospitalisation entre 2018-2019 à l'exception de la région de la Kara où il y a eu une légère baisse de 4,34% des cas. Les décès dus au

paludisme suivent également la tendance nationale des cas graves reçus en hospitalisation malgré l'intervention des volontaires : entre 2018 et 2019, les décès dus au paludisme ont augmenté de 30,19% à l'exception des régions de la Kara et Plateaux où les taux de décès ont baissé respectivement de 9,76%, 7,52%. En d'autres termes, l'intervention des volontaires nationaux de compétences au sein des formations sanitaires n'a pas suffi, à elle seule, pour agir sur la réduction de la mortalité due au paludisme. Pour information, les enfants de moins de 5 ans représentent respectivement 58% des hospitalisations et 73% des décès sur la période. De ce fait, les enfants de moins de 5 ans restent la tranche de la population la plus touchée par le paludisme grave avec un taux de létalité de 4,01% en 2019 contre 3,50% en 2018. Cette régression serait due à l'insuffisance des ressources mobilisées auprès des partenaires pour couvrir le 3^{ème} cycle de CPS (Ministère de la santé, 2019).

Toutefois, selon les données du Ministère de la Santé, aucune femme enceinte n'est décédée de paludisme en 2019 en raison de l'administration rigoureuse des doses de TPI lors des consultations prénatales devenues presque systématiques auprès des femmes enceintes.

Tableau 5 : Cas graves de paludisme reçus en hospitalisation et décès dus au paludisme

Régions	Cas de paludisme en hospitalisation 2018	Décès Paludisme grave 2018	Cas de paludisme en hospitalisation 2019	Décès Paludisme grave 2019
Centrale	5417	154	6087	217
Kara	5580	135	5348	123
Lomé	3549	119	4566	239
Maritime	3051	104	4948	170
Plateaux	8844	329	10304	306
Savanes	4940	114	8587	313
Total général	31381	955	39840	1368

Source : Ministère de la santé, 2019

En somme, le choix de renforcer les effectifs d'infirmiers par la mise à disposition de volontaires nationaux afin de contribuer à la réduction de la mortalité notamment des enfants de moins de 5 ans, ne semble pas pertinent dans les conditions actuelles. En effet, les volontaires malgré leurs qualifications professionnelles interviennent dans un environnement institutionnel vis-à-vis duquel ils ont moins d'emprise : les facteurs de réduction de la mortalité due au paludisme surtout des aspects institutionnels tels que la mobilisation de ressources pour la disponibilité des produits de traitement des cas grave.

Toutefois, il convient, dans la mesure où l'ANVT s'engage à aligner l'intervention des volontaires sur la réduction du décès dû au paludisme, d'accroître le nombre de volontaires affectés dans les districts sanitaires et les préfectures en tenant compte des profils du personnel requis. En effet, les effets des interventions des volontaires se sont positivement remarqués au niveau local que national. Ainsi sur la base des estimations du Ministère de la Santé, il serait nécessaire à l'ANVT de procéder au déploiement de volontaires infirmiers à hauteur d'au moins 20% de l'effectif total des infirmiers en s'appuyant sur la carte sanitaire afin de réduire les disparités. Les volontaires représentent actuellement à peine 10% de l'effectif des infirmiers.

4.2. La part des volontaires dans la réduction du taux de transmission du VIH/SIDA au Togo

L'exercice d'analyse a consisté à apprécier, à partir des données recueillies, la variation (hausse/baisse) du taux de transmission du VIH/SIDA dans les préfectures d'intervention des volontaires. Spécifiquement, il s'est agi de recueillir les données de réalisations des volontaires (nombre de cas traités, nombre de dépistage, etc.) en analysant les variations observées entre 2018-2019 au niveau national.

Le taux de prévalence du VIH/SIDA est le nombre de personnes vivant avec le VIH/SIDA existant dans une population déterminée, sans distinction entre les cas nouveaux et les cas anciens, soit à un moment précis, soit au cours d'une période donnée.

4.2.1. Nombre de personnes dépistées

Tableau 6 : Nombre de personnes dépistées du VIH en 2018 et 2019

Année	2018			2019		
	Nombre de personnes dépistées du VIH			Nombre de personnes dépistées du VIH		
Région	VN	Togo	%	VN	Togo	%
Maritime	3 464	113 076	3,1	1 053	105 134	1,0
Plateau	4 876	126 522	3,9	3 715	101 957	3,6
Centrale	1 334	53 574	2,5	1 471	53 624	2,7
Kara	2 836	62 578	4,5	1 308	68 033	1,9
Savanes	431	61 040	0,7	945	57 005	1,7
Lomé	6 127	74 473	8,2	2 883	65 983	4,4
Total	19 068	491 263	3,9	11 375	451 736	2,5

Source : Données de l'ANVT et administratives du Ministère de la santé

Tableau 7 : Effectifs des volontaires par région en 2018 et 2019

Région	Effectifs des volontaires par région en 2018	Effectifs des volontaires par région en 2019
Maritime	10	4
Plateaux	17	26
Centrale	15	11
Kara	16	15
Savanes	13	12
Lomé	41	38
Total	112	106

Sources : Données de l'ANVT

D'après les données ci-dessus, 491 263 personnes ont été dépistées au Togo en 2018. Cet effectif en 2019 est 451 736 personnes.

Les volontaires nationaux ont dépisté au total 19 068 personnes en 2018 et 11 375 personnes en 2019. En termes de proportion, les VN ont dépisté 3,9% des personnes en 2018 ; Cette proportion est de 2,5% en 2019.

Une analyse selon les régions montre que la proportion de personnes dépistées par les VN de Lomé (8,2%) est plus élevée que les autres régions en 2018. Il en est de même pour 2019 où les VN de Lomé ont dépisté 4,4% des personnes qui ont fait le dépistage à Lomé.

En effet, le nombre important de volontaires « infirmiers » de Lomé (41 en 2018) et (38 en

2019) ont permis de dépister plus de personnes à Lomé que dans d'autres régions.

Les volontaires participent donc à la réduction du taux de transmission du VIH/SIDA en permettant aux populations de faire leur test de dépistage du VIH, seul moyen de connaître le statut sérologique.

4.2.2. Nombre de personnes déclarées séropositives

Tableau 8 : Répartition des personnes dépistées et déclarées séropositives en 2018 et 2019

Année	2018			2019		
Indicateur	Nombre de personnes déclarées séropositives			Nombre de personnes déclarées séropositives		
Région	Nombre dépisté	Nombre positifs	Taux de séropositivité	Nombre dépisté	Nombre positifs	Taux de séropositivité
Lomé commune	74 473	3 491	4,69%	65 983	4 907	7,40%
Maritime	113 076	4 409	3,90%	105 134	5 068	4,80%
Plateaux	126 522	2 875	2,27%	101 957	2 581	2,50%
Centrale	53 574	1 249	2,33%	53 624	1 322	2,50%
Kara	62 578	1 435	2,29%	68 033	1 344	2,00%
Savanes	61 040	474	0,78%	57 005	679	1,20%
Total	491 263	13 933	2,84%	451 736	15 901	3,50%

Sources : Données administratives du Ministère de la santé

Le tableau ci-dessus présente la répartition des personnes dépistées et le taux de séropositivité selon les régions sanitaires du Togo. Le nombre de personnes déclarées séropositives à l'issue des tests de dépistage du VIH selon les données administratives est de (13 933 en 2018) et (15 901 en 2019). Les personnes dépistées séropositives représentent 3,50% en 2019 contre 2,80% en 2018.

Ces personnes déclarées séropositives vont suivre des traitements pour éviter la contamination à d'autres personnes.

Les réalisations des volontaires sur la période sous revue (2018-2019) avec un nombre important de volontaires « infirmiers » de Lomé (41 en 2018) et (38 en 2019) a permis d'enregistrer les personnes séropositives. L'apport des volontaires sur toute la chaîne a été d'une importance capitale à la réduction du taux de transmission du VIH/SIDA.

4.2.3. Nombres de PVVIH enregistrés et suivies

Tableau 9 : Répartition des PVVIH enregistrées en 2018 et 2019

Année	2018		2019	
Région	PVVIH enregistrées	Pourcentage	PVVIH enregistrées	Pourcentage
Lomé commune	30 885	42,00%	33 707	43,00%
Maritime	20 742	29,00%	22 976	29,00%
Plateaux	8 301	11,00%	8 401	11,00%
Centrale	3 749	5,00%	4 353	6,00%
Kara	5 875	8,00%	6 268	8,00%

Savanes	3 193	4,00%	3 280	4,00%
Total	72 745	100,00%	78 985	100,00%

Sources : Données administratives du Ministère de la santé

En 2018, 72 745 PVVIH contre 78 985 en 2019 sont inscrites aux soins et régulièrement suivies dans les structures de prise en charge. Le tableau ci-dessus montre la répartition par région.

Suivant la répartition des PVVIH par région, environ 72% sont enregistrées dans les régions Lomé Commune et Maritime. Pour espérer parvenir à l'élimination de l'infection à VIH au Togo à l'horizon 2030, des interventions à haut impact doivent être concentrées dans ces deux régions. Selon la répartition des PVVIH sous ARV par région, plus des 2/3 sont suivies dans Lomé commune et Maritime. Le tableau ci-dessous montre la répartition des PVVIH sous ARV.

Tableau 10 : Répartition des PVVIH suivies et mises sous ARV par région

Année	2018			2019		
	PVVIH sous ARV			PVVIH sous ARV ²		
Région	VN	Togo	%	VN	Togo	%
Lomé commune	324	28 344	1,1	0	34 221	0,0
Maritime	75	18 158	0,4	0	21 090	0,0
Plateaux	43	7 370	0,6	0	8 072	0,0
Centrale	105	3 690	2,8	0	4 345	0,0
Kara	97	5 338	1,8	0	6 108	0,0
Savanes	6	1 942	0,3	0	2 394	0,0
Total	650	64 842	1,0	0	76 230	0,0

Sources : Données de l'ANVT et administratives du Ministère de la santé

La prise en charge pédiatrique est l'une des priorités dans la thérapeutique antirétrovirale. En ce qui concerne la riposte contre le VIH/SIDA, les volontaires nationaux ont suivi au total 650 PVVIH en 2018. Suivant la répartition des PVVIH suivies par les volontaires par région, environ 324 sont enregistrées dans Lomé. L'on observe que suivant la répartition des PVVIH par région selon les données administratives, 28 344 sont enregistrées en 2018 et 34 221 en 2019 dans Lomé Commune. Une analyse selon les régions montre que la proportion des PVVIH sous ARV est élevée dans Lomé commune que ce soit au niveau des volontaires que des données administratives. Ceci montre que le nombre important de volontaires « infirmiers » de Lomé est un indicateur qui permet la riposte contre le VIH/SIDA.

4.3. La contribution des volontaires nationaux dans la prévention de la mortalité maternelle et infantile

La mortalité maternelle est définie comme le décès d'une femme au cours de la grossesse ou dans un délai de 42 jours après sa terminaison, quel qu'en soit la durée ou la localisation, pour une cause quelconque déterminée ou aggravée par la grossesse ou les soins qu'elle a motivés, mais ni accidentelle ni fortuite.

Le rapport de la mortalité maternelle représente le risque associé à chaque grossesse, ou risque obstétrical. Il s'agit du nombre de décès maternels survenant pendant une année donnée pour 100 000 naissances vivantes pendant la même période.

² Cet indicateur n'avait pas été renseigné en 2019 par l'ANVT

Bien qu'on ait toujours parlé de taux à ce sujet, il s'agit en fait d'un rapport qui est maintenant désigné comme tel par les chercheurs :

Nombre de décès maternels en une année x 100 000 / Nombres de Naissances vivante

La mortalité néonatale est définie comme le décès d'enfants âgés de moins de 28 jours. Elle est qualifiée de précoce pour les décès durant la première semaine, et de tardive pour ceux des trois semaines suivantes. C'est le nombre de décès d'enfants âgés de moins de 28 jours enregistrés durant une année donnée pour 1000 naissances vivantes.

Les consultations prénatales (CPN) sont très importantes pour les femmes enceintes car elles permettent un suivi régulier de la grossesse desdites femmes. Il est évident que la CPN permet de garantir et d'améliorer la santé de la mère et de l'enfant. Cet indicateur permet ainsi de réduire la mortalité maternelle et néonatale.

L'exercice d'analyse a consisté à apprécier, à partir des données recueillies, la variation (hausse/baisse) des taux de mortalité due à la mortalité maternelle et néonatale dans les préfectures d'intervention des volontaires.

Spécifiquement, il s'est agi d'analyser les données secondaires en comparant les variations observées entre 2018-2019 et en les confrontant au nombre et aux réalisations des volontaires par préfecture ou région afin d'évaluer leur contribution.

Dans la région de la Kara, de 2018 et 2019, il est observé une réduction, aussi bien au niveau du « nombre de décès maternels » (13 à 08) que du « nombre de décès néonataux » (110 à 47). Au même moment, un nombre important de volontaires sont intervenus (30 en 2018) et (14 en 2019) dans la même région, notamment dans l'ensemble des préfectures de la région.

De profils « sages-femmes et accoucheuses » d'une part, et « Infirmiers », d'autre part, les volontaires sont intervenus sur plusieurs indicateurs importants à la réduction des taux de mortalité maternelle et néonatale. Ainsi, en termes de réalisations sur les différents indicateurs, on note :

En 2018 :

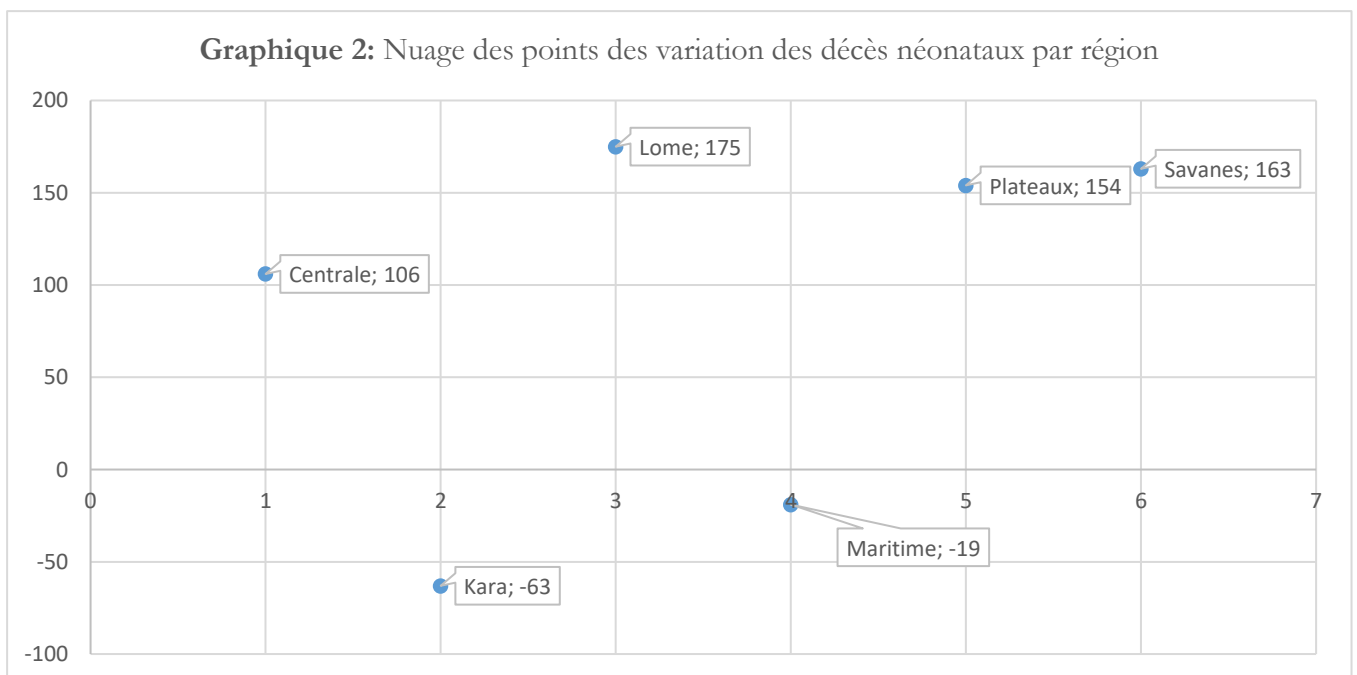
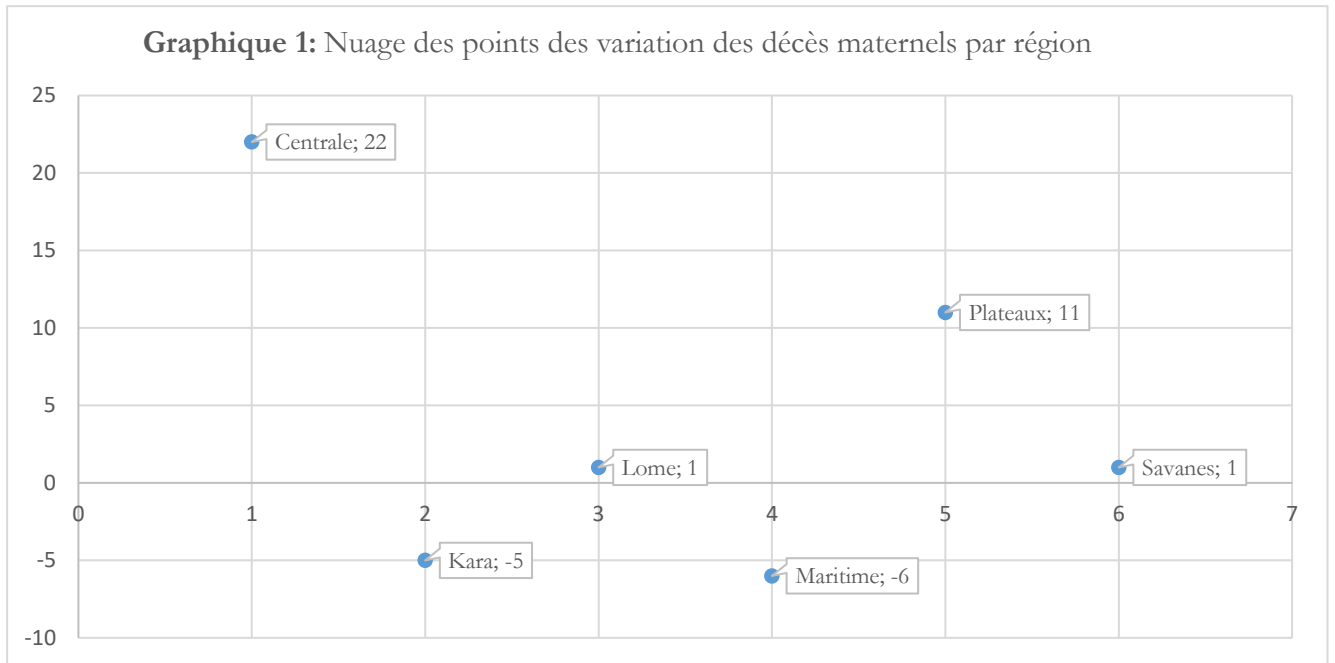
- Nombre de consultations prénatales : 1 422
- Nombre d'accouchements réalisés : 556
- Nombre de consultations postnatales : 347

En 2019 :

- Nombre de consultations prénatales : 1 422
- Nombre d'accouchements réalisés : 556
- Nombre de consultations postnatales : 347

Dans le système sanitaire, d'une année à une autre, l'objectif visé est la réduction des décès maternels et néonataux. Il est à noter que sur le plan national, malgré l'apport des volontaires nationaux, sur le plan national, les décès maternels et néonataux ont augmenté entre 2018 et 2019.

Deux régions se distinguent en termes de réduction de ces indicateurs. Il s'agit de la région maritime et de la région de la Kara. Selon les graphiques 1 et 2, les décès maternels ont diminué respectivement de 6 et de 5 dans la région maritime et dans la région de la Kara. Les décès néonataux ont diminué respectivement de 19 et de 63 dans les mêmes régions.



Dans l'analyse, l'on a voulu voir la corrélation entre la variation de la mortalité maternelle entre 2018 et 2019 et la variation de la mortalité néonatale au cours de la même période. La corrélation entre ces deux variations et le nombre total de volontaires nationaux. L'analyse a porté sur les données préfectorales sur la mortalité maternelle et néonatale. La variation est calculée en faisant la différence entre les nombres de 2019 et 2018.

Le Tau-B de Kend³all et le Rho de Spearman montrent une corrélation positive significative entre la variation de la mortalité néonatale et la variation de la mortalité maternelle. Ce qui signifie que quand la mortalité maternelle augmente, celle néonatale augmente aussi (et vice versa).

Il existe une corrélation entre ces deux variations et le nombre de volontaires nationaux, mais cette corrélation n'est pas significative. Cela voudrait qu'à priori, l'on ne pourra pas affirmer avec certitude que le nombre de VN permet de réduire ou d'augmenter la mortalité maternelle et néonatale. En plus de la participation des volontaires, d'autres facteurs pourront mieux expliquer la variation des mortalités maternelles et néonatales.

Tableau 11 : Analyse de la corrélation des variations des mortalités et du nombre total des VN

			Variation de la mortalité néonatale	Variation de la mortalité maternelle	Nombre de VN
Tau-B de Kendall	Variation de la mortalité néonatale	Coefficient de corrélation	1,000	,311**	0,181
		Sig. (bilatéral)		0,006	0,107
		Nombre d'observations	44	44	44
	Variation de la mortalité maternelle	Coefficient de corrélation	0,311**	1,000	0,007
		Sig. (bilatéral)	0,006		0,950
		Nombre d'observations	44	44	44
	Nombre de VN	Coefficient de corrélation	0,181	0,007	1,000
		Sig. (bilatéral)	0,107	0,950	
		Nombre d'observations	44	44	44
Rho de Spearman	Variation de la mortalité néonatale	Coefficient de corrélation	1,000	0,394**	0,206
		Sig. (bilatéral)		0,008	0,180
		Nombre d'observations	44	44	44
	Variation de la mortalité maternelle	Coefficient de corrélation	0,394**	1,000	-0,004
		Sig. (bilatéral)	0,008		0,980
		Nombre d'observations	44	44	44
	Nombre de VN	Coefficient de corrélation	0,206	-0,004	1,000
		Sig. (bilatéral)	0,180	0,980	
		Nombre d'observations	44	44	44

**). La corrélation est significative au niveau 0.01 (bilatéral).

³ Le tau de Kendall est défini par :

$$T = (\# \text{ concordances} - \# \text{ discordances}) / \text{nombre total de paires}$$

Pour un petit n (n < 10), la probabilité exacte peut être calculée. Les valeurs tabulées se trouvent dans Siegel et Castellan. Toutefois, la distribution d'échantillonnage exacte de T suit une distribution normale très rapide dès lors que la taille n augmente. Pour n = 10 ou plus, consultez la distribution normale (Hays, 1988).

Le tau de Kendall est équivalent à la statistique du R de Spearman vis à vis des hypothèses sous jacentes. Il est également comparable en terme de puissance statistique. Par conséquent, Le R de Spearman et le tau de Kendall ne sont habituellement pas identiques en amplitude parce leur logique sous jacente, ainsi que leurs formules de calcul sont très différentes. Siegel et Castellan (1988) expriment la relation de deux mesures en terme d'inégalité : $-1 < 3 * \text{tau de Kendall} - 2 * R \text{ Spearman} < 1$

Tableau 12 : Répartition par région et par préfecture du nombre de décès maternels, néonataux et des volontaires nationaux déployés

Niveau de désagrégation	Décès maternels			Décès néonataux			Nombre de VN déployés		
	Nb décès maternels 2018	Nb décès maternels 2019	Ecart 1	Nb décès néonataux 2018	Nb décès néonataux 2019	Ecart2	2018	2019	Total
Togo	166	190	-24	641	1157	-516			0
Centrale	18	40	-22	82	188	-106	25	22	47
Blitta	0	0	0	1	0	1	1	0	1
Mo	0	1	-1	1	7	-6	1	1	2
Sotouboua	2	3	-1	1	6	-5	2	0	2
Tchamba	1	1	0	18	29	-11	5	5	10
Tchaoudjo	15	35	-20	61	146	-85	16	16	32
Kara	13	8	5	110	47	63	30	14	44
Assoli	1	0	1	1	0	1	0	0	0
Bassar	1	2	-1	16	24	-8	1	1	2
Binah	0	0	0	4	1	3	0	0	0
Dankpen	1	4	-3	1	2	-1	2	1	3
Doufelgou	0	1	-1	1	3	-2	5	3	8
Keran	0	0	0	8	0	8	5	2	7
Kozah	10	1	9	79	17	62	17	7	24
Lome	5	6	-1	9	184	-175	4	3	7
District I	0	0	0	0	0	0			0
District II	1	0	1	0	0	0			0
District III	2	4	-2	0	0	0			0
District IV	2	2	0	4	1	3			0
District V	0	0	0	5	183	-178			0
Maritime	56	50	6	148	129	19	95	45	140
Agoe Nyive	1	0	1	0	0	0	14	7	21
Ave	3	1	2	5	4	1	1	1	2
Bas Mono	24	16	8	50	34	16	2	2	4

Golfe	2	1	1	0	0	0	53	21	74
Lacs	11	11	0	56	38	18	4	3	7
Vo	6	11	-5	1	4	-3	5	2	7
Yoto	2	1	1	15	6	9	6	5	11
Zio	7	9	-2	21	43	-22	10	4	14
Plateaux	64	75	-11	282	436	-154	33	16	49
Agou	2	1	1	1	4	-3	3	1	4
Akebou	0	4	-4	15	4	11	1	0	1
Amou	0	1	-1	3	3	0	1	1	2
Anie	0	0	0	3	1	2	0	0	0
Danyi	1	0	1	1	4	-3	1	1	2
Est Mono	3	3	0	4	48	-44	6	4	10
Haho	6	15	-9	17	31	-14	2	2	4
Kloto	11	18	-7	153	196	-43	9	2	11
Kpele	0	2	-2	11	11	0	1	1	2
Moyen Mono	2	0	2	0	1	-1	2	1	3
Ogou	37	27	10	65	113	-48	7	3	10
Wawa	2	4	-2	9	20	-11	0	0	0
Savanes	10	11	-1	10	173	-163	18	5	23
Cinkasse	0	0	0	0	0	0	1	1	2
Kpendjal	9	1	8	0	2	-2	1	0	1
Kpendjal Ouest	0	1	-1	0	2	-2	0	0	0
Oti	0	0	0	0	1	-1	0	0	0
Oti Sud	0	1	-1	0	0	0	0	0	0
Tandjoare	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Tone	1	8	-7	10	168	-158	16	4	20

Source : Données administratives du Ministère de la santé et données de l'ANVT

Tableau 13 : Répartition des consultations prénatales, d'accouchements assistés enregistrés et des consultations postnatales, réalisés par les volontaires en 2018

Région/Préfecture	Somme de Nombre de consultations prénatales enregistrées	Somme de Nombre d'accouchements assistés enregistrés	Somme de Nombre de consultations post-natales effectuées
KARA	3 063	794	696
BASSAR	988	148	150
DANKPEN	765	206	189
KOZAH	1 310	440	357
REGION CENTRALE	2 940	899	1 053
BLITTA	-	32	-
PLAINE MO	1 115	221	433
SOTOUBOUA	251	46	117
TCHAMBA	791	167	170
TCHAOU DJO	783	433	333
REGION DE LA KARA	1 422	556	347
DOUFELGOU	721	182	127
KERAN	270	149	128
KOZAH	431	225	92
REGION DES PLATEAUX	9 227	3 197	3 757
AGOU	140	38	28
AKEBOU	393	172	108
AMOU	174	33	34
DANYI	49	4	4
EST-MONO	3 110	766	629
HAHO	2 475	669	2 117
KLOTO	1 386	334	251
KPELE	233	45	47
MOYEN MONO	33	15	-
OGOUE	1 234	1 121	539
REGION DES SAVANES	1 115	519	317
CINKASSE	80	35	8
KPENDJAL	3	1	-
TONE	265	67	63
TÔNE	767	416	246
REGION MARITIME	18 266	6 879	7 353
AGOE	102	24	9
AGOE NYIVE	702	133	104
AGOE-NYIVE	70	15	13
AVE	768	226	461
BAS MONO	856	127	287
GOLFE	9 938	3 899	3 607
GOLFE DISTRICT 4	-	-	-

LACS	1 183	268	933
LOME COMMUNE	1 206	1 052	808
VO	731	251	183
YOTO	2 285	731	841
ZIO	425	153	107
Total général	36 033	12 844	13 523

Source : Données de l'ANVT

Tableau 14 : Répartition des consultations prénatales, d'accouchements assistés enregistrés et des consultations postnatales, réalisés par les volontaires en 2019

Étiquettes de lignes	Somme de Nombre de consultations prénatales enregistrées	Somme de Nombre d'accouchements assistés enregistrés	Somme de Nombre de consultations post-natales effectuées
KARA	2 908	745	611
REGION CENTRALE	2 587	742	862
PLAINE MO	1 115	221	433
TCHAMBA	789	164	170
TCHAOUDJO	683	357	259
REGION DE LA KARA	1 366	489	253
DOUFELGOU	715	182	125
KERAN	220	82	36
KOZAH	431	225	92
REGION DES PLATEAUX	7 956	2 680	3 479
AGOU	132	34	24
AMOU	174	33	34
DANYI	49	4	4
EST-MONO	2 751	586	571
HAHO	2 475	669	2 117
KLOTO	1 099	210	173
KPELE	233	45	47
MOYEN MONO	33	15	-
OGOUE	1 010	1 084	509
REGION DES SAVANES	1 005	496	243
CINKASSE	80	35	8
TONE	265	67	63
TÔNE	660	394	172
REGION MARITIME	18 189	6 782	7 315
AGOE	102	24	9
AGOE NYIVE	697	132	101
AGOE-NYIVE	70	15	13
AVE	768	226	461
BAS MONO	856	127	287
GOLFE	9 884	3 841	3 577
LACS	1 175	265	933

LOME COMMUNE	1 206	1 052	808
VO	729	246	179
YOTO	2 285	731	841
ZIO	417	123	106
Total général	34 011	11 934	12 763

Source : Données de l'ANVT

CONCLUSION :

En confrontant les données collectées et les données administratives du secteur de la Santé sur la période 2018 - 2019, l'ANVT est parvenue à évaluer la contribution de ses volontaires au renforcement dudit secteur à travers les indicateurs suivants :

- Taux de mortalité due au paludisme ;
- Taux de transmission au VIH/SIDA ;
- Taux de mortalité maternelle et infantile.

Les effets des interventions des volontaires se sont positivement remarquables au niveau local que national. Pour un impact beaucoup plus visible au niveau national et selon les estimations du Ministère de la Santé, il serait nécessaire à l'ANVT de procéder au déploiement de volontaires infirmiers à hauteur d'au moins 20% de l'effectif total des infirmiers en s'appuyant sur la carte sanitaire afin de réduire les disparités. Les volontaires représentent actuellement à peine 10% de l'effectif des infirmiers.

Ces résultats de la contribution des volontaires au renforcement du secteur de la Santé, sont l'aboutissement de l'étude débutée depuis la première phase du défi. A présent l'on dispose des données nécessaires sur la contribution réelle du volontariat aux secteurs de l'Education (dont l'étude a été finalisée à la phase I) et de la Santé, et dont l'approche méthodologique d'évaluation va servir de base de travail de la composante 2 qui porte sur « la modélisation et standardisation de la méthodologie d'évaluation de la contribution des volontaires au développement par la capitalisation de l'expérience développée par l'ANVT ».

ANNEXE

Répartition par préfecture du nombre de décès maternels, néonataux et des volontaires nationaux déployés

préfecture	Nb décès maternels 2018	Nb décès maternels 2019	Variation décès maternelle	Nb décès néonataux 2018	Nb décès néonataux 2019	Variation décès néonatale	SONU_DCD_Nbre décès maternels notifiés 2018	SONU_DCD_Nbre décès maternels notifiés 2019	Nb de VN en 2018	Nb de VN en 2019	Total VN
Blitta	0	0	0	1	0	-1	0		1	0	1
Mo	0	1	1	1	7	6	0		1	1	2
Sotouboua	2	3	1	1	6	5	2		2	0	2
Tchamba	1	1	0	18	29	11	3		5	5	10
Tchaoudjo	15	35	20	61	146	85	14		16	16	32
Assoli	1	0	-1	1	0	-1	0		0	0	0
Bassar	1	2	1	16	24	8	2		1	1	2
Binah	0	0	0	4	1	-3	0		0	0	0
Dankpen	1	4	3	1	2	1	0		2	1	3
Doufelgou	0	1	1	1	3	2			5	3	8
Keran	0	0	0	8	0	-8	0		5	2	7
Kozah	10	1	-9	79	17	-62	16		17	7	24
District I	0	0	0	0	0	0	0		1	1	2
District II	1	0	-1	0	0	0	3		1	1	2
District III	2	4	2	0	0	0	8		1	1	2
District IV	2	2	0	4	1	-3	1		1		1
District V	0	0	0	5	183	178	24				0
Agoe Nyive	1	0	-1	0	0	0	1		14	7	21
Ave	3	1	-2	5	4	-1	0		1	1	2

préfecture	Nb décès maternels 2018	Nb décès maternels 2019	Variation décès maternelle	Nb décès néonataux 2018	Nb décès néonataux 2019	Variation décès néonatale	SONU_DCD_Nbre décès maternels notifiés 2018	SONU_DCD_Nbre décès maternels notifiés 2019	Nb de VN en 2018	Nb de VN en 2019	Total VN
Bas Mono	24	16	-8	50	34	-16	0		2	2	4
Golfe	2	1	-1	0	0	0	0		53	21	74
Lacs	11	11	0	56	38	-18	7		4	3	7
Vo	6	11	5	1	4	3	2		5	2	7
Yoto	2	1	-1	15	6	-9	0		6	5	11
Zio	7	9	2	21	43	22	11		10	4	14
Agou	2	1	-1	1	4	3	0		3	1	4
Akebou	0	4	4	15	4	-11	0		1	0	1
Amou	0	1	1	3	3	0	0		1	1	2
Anie	0	0	0	3	1	-2	0		0	0	0
Danyi	1	0	-1	1	4	3			1	1	2
Est Mono	3	3	0	4	48	44	1		6	4	10
Haho	6	15	9	17	31	14	9		2	2	4
Kloto	11	18	7	153	196	43	5		9	2	11
Kpele	0	2	2	11	11	0	0		1	1	2
Moyen Mono	2	0	-2	0	1	1	1		2	1	3
Ogou	37	27	-10	65	113	48	16		7	3	10
Wawa	2	4	2	9	20	11	1		0	0	0
Cinkasse	0	0	0	0	0	0	0		1	1	2
Kpendjal	9	1	-8	0	2	2			1	0	1
Kpendjal Ouest	0	1	1	0	2	2	0		0	0	0
Oti	0	0	0	0	1	1	3		0	0	0

préfecture	Nb décès maternels 2018	Nb décès maternels 2019	Variation décès maternelle	Nb décès néonataux 2018	Nb décès néonataux 2019	Variation décès néonatale	SONU_DCD_Nbre décès maternels notifiés 2018	SONU_DCD_Nbre décès maternels notifiés 2019	Nb de VN en 2018	Nb de VN en 2019	Total VN
Oti Sud	0	1	1	0	0	0	0		0	0	0
Tandjoare	0	0	0	0	0	0			0	0	0
Tone	1	8	7	10	168	158	6		16	4	20

Source : Données administratives du Ministère de la santé et données de l'ANVT

Répartition par région du nombre de décès maternels, néonataux et des volontaires nationaux déployés

Région	Nb décès maternels 2018	Nb décès maternels 2019	Variation décès maternelle	Nb décès néonataux 2018	Nb décès néonataux 2019	Variation décès néonatale	SONU_DCD_Nbre décès maternels notifiés 2018	SONU_DCD_Nbre décès maternels notifiés 2019	Nb de VN en 2018	Nb de VN en 2019	Total VN
Togo	166	190	24	641	1157	516	136	0	205	105	310
Centrale	18	40	22	82	188	106	19		25	22	47
Kara	13	8	-5	110	47	-63	18		30	14	44
Lomé	5	6	1	9	184	175	36		4	3	7
Maritime	56	50	-6	148	129	-19	21		95	45	140
Plateaux	64	75	11	282	436	154	33		33	16	49
Savanes	10	11	1	10	173	163	9		18	5	23

Source : Données administratives du Ministère de la santé et données de l'ANVT

BIBLIOGRAPHIE

PVNU (Programme du Volontariat des Nations Unies). Les Objectifs de développement durable. Les objectifs de développement durable : informations et conseils pour les organisations de volontaires.

Programme de développement durable à l'horizon 2030 : Résolution A/RES/70/1 de l'Assemblée générale des Nations Unies Transformer notre monde : le Programme de développement durable à l'horizon 2030, (2015) <http://www.un.org/ga/search/view>

Rapport de synthèse du Secrétaire général sur le programme de développement durable pour l'après-2015, A/69/700, (2014) <http://www.un.org/ga/search/view>

Résolution A/RES/67/290 de l'Assemblée générale des Nations Unies portant création du Forum politique de haut niveau pour le développement durable, (2013) <http://www.un.org/ga/search/view>

PVNU (Programme du Volontariat des Nations Unies).2019. Plan d'action pour intégrer le volontariat dans le Programme 2030. Intégrer le volontariat dans le Programme de développement durable à l'horizon 2030 - Document de réflexion présenté lors du Forum régional africain pour le développement durable. Avril 2019.

PVNU (Programme du Volontariat des Nations Unies).2019. Plan d'action pour intégrer le volontariat dans le Programme 2030. Rapport de synthèse du plan d'action sur l'intégration du volontariat dans le Programme de développement durable à l'horizon 2030 - Dans la région de la commission économique des Nations Unies pour l'Europe. Mars 2019.

Conseil d'administration du Programme des Nations Unies pour le développement, du Fonds des Nations Unies pour la population et du Bureau des Nations Unies pour les services d'appui aux projets. 2013. Rapport de l'Administrateur sur l'évolution du rôle et de la fonction des VNU depuis le commencement. Session annuelle de 2013 3-14 juin 2013, Point 9 de l'ordre du jour provisoire Volontaires des Nations Unies, 19 mars 2013. New York, USA.

VNU (Programme des Volontaires des Nations Unies).2011. Rapport sur la situation du volontariat dans le monde. Valeurs universelles pour le bien-être mondial. Disponible sur <https://unp.un.org/>.

VNU (Programme des Volontaires des Nations Unies).2018. Le fil qui nous relie-Volontariat et résilience communautaire. Rapport sur l'état du volontariat dans le monde 2018

GNUD (Groupe des Nations Unies pour le Développement). Suivi et évaluation, Note d'orientation complémentaire relative aux PNUAD

(DUE) Délégation de l'Union Européenne en République du Mali-République du Mali. 2013. Capitaliser sur la mise en œuvre des projets de sécurité alimentaire et nutritionnelle- Partage d'expériences issues de projets ONG co-financés par l'Union Européenne au Mali, Mai 2003

République togolaise. 2018. Forum politique de haut niveau sur le développement durable. Rapport du Togo, édition 2018, Lomé, Togo.

ANVT (Agence Nationale du Volontariat au Togo). 2015. Plan Stratégique 2015-2019. Version finale, Juin 2015. ANVT, Lomé, Togo.

ANVT (Agence Nationale du Volontariat au Togo). 2020. Plan Stratégique 2020-2024. Version finale, Juin 2020. ANVT, Lomé, Togo.

ANVT (Agence Nationale du Volontariat au Togo).2015. Manuel de suivi-évaluation de l'ANVT. Version finale. ANVT, Lomé, Togo.

ANVT (Agence Nationale du Volontariat au Togo). 2015. Manuel opérationnel de suivi-évaluation de l'ANVT, Contribution des actions des volontaires nationaux au secteur de la santé. Phase pilote, Juillet-décembre 2017. ANVT, Lomé, Togo.

ANVT (Agence Nationale du Volontariat au Togo).2020. Evaluation de la contribution du volontariat au développement socio-économique du Togo. Rapport final, Avril 2020. ANVT, Lomé, Togo.

ANVT (Agence Nationale du Volontariat au Togo).2020. Rapport annuel d'activités 2020. Janvier 2020. ANVT, Lomé, Togo.

PNUD (Programme des Nations Unies pour le Développement) et ANVT (Agence Nationale du Volontariat au Togo), Etude de capitalisation du volontariat d'engagement citoyen, rapport final, Juin 2019, Lomé, Togo.

CCOVT (Cadre de Concertation des Organisations du Volontariat au Togo). 2020. Déclaration. Janvier 2020. CCOVT, Lomé, Togo.

CCOVT (Cadre de Concertation des Organisations du Volontariat au Togo). 2020. Rapport de l'atelier national de mise en place et de lancement du CCOVT. Août 2020. CCOVT, Lomé, Togo.

République togolaise, 2018. Plan National de Développement (PND 2018-2022) Version finale 7 Août 2018, Lomé, Togo.

République togolaise, 2018. Plan National de Développement de la Santé (PNDS 2017-2022) Version finale 7 Août 2018, Lomé, Togo.

République togolaise. 2013. Stratégie de Croissance Accélérée et de Promotion de l'Emploi (SCAPE) 2013-2017. Version définitive, Août 2013.