

L'ACCES A LA CESARIENNE DANS LA ZONE DE COUVERTURE DU DISTRICT SANITAIRE DE BLITTA (TOGO)

Résumé

L'accouchement par césarienne a considérablement augmenté à l'échelle mondiale au cours des dernières années. Cette tendance est également perceptible au Togo, où les accouchements par césarienne passent de 5 % à 8,90 % du total des accouchements assistés par un personnel qualifié entre 2018 et 2022. Toutefois, comme le montre l'exemple du District Sanitaire de Blitta (DSB), de fortes disparités territoriales persistent, notamment entre les localités urbaines abritant des structures de Soins Obstétricaux néonataux d'Urgence Complet (SONUC), et les zones rurales qui en sont souvent éloignées. L'objectif du présent article est d'analyser l'influence des éléments liés à l'espace géographique et au contexte socioéconomique sur l'accès à la césarienne. L'approche méthodologique combine l'analyse documentaire, l'observation directe et l'enquête (entretien). Les investigations sont menées séparément auprès du personnel médical (trois sages-femmes, un gynécologue, et une assistante sociale) et de seize femmes en post-partum. Par ailleurs, deux chefs de village et un président de comité communal de développement local ont été également interrogés. L'exploitation des registres de consultations mis à disposition par les maternités a permis d'obtenir des données quantitatives sur les consultations prénatales et les césariennes. La recherche révèle que le district sanitaire de Blitta ne dispose que d'un seul centre de SONUC situé à plus de 25 km du lieu de résidence de 56 % de la population ; et à plus de 60 km pour le tiers. On constate également que, 90% des tronçons de route reliant l'arrière territoire du District sanitaire de Blitta à la structure de SONUC sont tous en état de dégradation avancé et difficilement praticables. Aussi, faut-il également souligner que les parturientes référencées en urgences sur ce centre ont entre 14 et 49 ans, 48 % n'ont aucun niveau d'étude, 93% sont sans revenu fixe ; puis 97 % sont transportées par des motocycles à deux ou à trois roues, sans aucune assistance médicale durant le trajet. Ainsi, l'efficacité du centre de SONUC du DSB est quelque peu limitée par des contraintes géographiques. Une approche plus large incluant la prise en compte de ces déterminants dans la problématisation de l'accès des femmes à la césarienne, permettrait la mise en place de stratégies plus durables, en matière de réduction de la mortalité maternelle et infantile en zones rurales.

Mots clés : Togo, district sanitaire de Blitta, centre SONUC, accès à la césarienne, principaux facteurs géographiques.

ACCES TO CESAREAN SECTION IN THE COVERAGE AREA OF BLITTA HEALTH DISTRICT (TOGO)

Abstract

Cesarean delivery has increased considerably worldwide in recent years. This trend is also evident in Togo, where cesarean deliveries rose from 5% to 8.90% of all deliveries attended by skilled personnel between 2018 and 2022. However, as the example of the Blitta Health District (DSB) illustrates, significant territorial disparities persist, particularly between urban areas with Comprehensive Emergency Obstetric and Neonatal Care (CEONC) facilities and rural areas, which are often far

from such services. The objective of this article is to analyze the influence of geographical location and socioeconomic context on access to cesarean delivery. The methodological approach combines document analysis, direct observation, and interviews. Investigations were conducted separately with medical staff (three midwives, a gynecologist, and a social worker) and sixteen postpartum women. In addition, two village chiefs and the president of a local community development committee were also interviewed. Analysis of consultation records provided by maternity wards yielded quantitative data on prenatal consultations and cesarean sections. The research reveals that the Blitta health district has only one CEONC center, located more than 25 km from the residence of 56% of the population, and more than 60 km from the residence of another third. It is also observed that 90% of the road sections connecting the hinterland of the Blitta Health District to the CEONC are in a state of advanced disrepair and barely passable. Furthermore, it should be noted that the women referred to this center for emergency care are between 14 and 49 years old, 48% have no formal education, 93% have no fixed income, and two or three wheeled motorcycles without any medical assistance transport 97% during the journey. Thus, the effectiveness of the SONUC center in the Blitta Health District is somewhat limited by geographical constraints. A broader approach that considers these factors when addressing the issue of women's access to cesarean sections would allow for the implementation of more sustainable strategies for reducing maternal and infant mortality in rural areas.

Keywords: Togo, Blitta health district, SONUC center, access to cesarean section, main geographical factors.

Introduction

Considéré jusqu'au début du XVIII^e siècle, aussi bien chez les Romains, les hébreux que les musulmans comme un acte à pratiquer sur une femme morte ou sur le point de mourir, la césarienne amorce sa phase de modernisation grâce au gynécologue Ferdinand Adolf Kehrer (1837-1914) (https://en.wikipedia.org/wiki/Ferdinand_Adolf_Kehrer). Ainsi, d'événement domestique qui se déroule à domicile, l'accouchement devient un acte biomédical géré par des praticiens ou professionnels (médecin et sage-femme) formés qui se généralise en Europe au lendemain de la deuxième guerre mondiale. (C. Chautems., I. Maffi et A.S. Morales, 2025, p. 1). Selon W.C. P. D. Kaboré (2018, p.18) et K. Diallo (2024, p.1), le nombre de femmes ayant subi la césarienne ne cesse d'augmenter à l'échelle mondiale ; avec un taux qui passe de 7% en 1970 à 12,1 % en 2000, puis à 21, 1% en 2018. Pour A. P. Betran et al. (2021, p.1), cette tendance à l'augmentation du recours à la césarienne se poursuivra à l'échelle mondiale, et pourrait atteindre près d'un tiers (29 %) des naissances d'ici 2030.

Cependant, d'importantes disparités géographiques marquent l'accès des femmes à la césarienne dans le monde. Alors que cet acte médical est devenu une procédure de routine, un acte médico-chirurgical anodin dans les pays développés, où elle se pratique parfois de manière excessive ; la césarienne demeure un défi majeur de santé publique dans les pays pauvres, notamment dans ceux d'Afrique

subsaaharienne (A. Dumont et C. Z. Guilmoto, 2020, p. 1). En effet, en 2021, elles n'étaient qu'environ 8 % des femmes à accoucher par césarienne dans les pays à faible revenu ; et trois quarts des vingt-huit pays affichant des taux de césariennes inférieurs aux 5 % recommandés par l'OMS, se trouvent en Afrique subsaharienne (C. Chautems., I. Maffi et A.S. Morales, 2024, p.4). Selon le Fonds des Nations Unies pour l'Enfance (UNICEF, 2022, p. 13), en Afrique centrale et occidentale une bonne partie des populations n'a toujours pas accès aux *soins obstétricaux néonataux d'urgence de base et complet* adéquats ; malgré les progrès substantiels réalisés au cours des dernières décennies. En 2023, les taux de la mortalité maternelle, de la mortalité néonatale étaient les plus élevés du monde (UNICEF, p. 10). Mais, la mise en œuvre de la « *Campagne de l'Union africaine sur la réduction accélérée de la mortalité maternelle, néonatale et infantile en Afrique* (CARMMA) » entre 2011 et 2022, a certainement permis d'améliorer l'état de la césarienne en Afrique subsaharienne et au Togo (CRRHD-Bénin, 2014, p. 12).

Au Togo, l'implémentation des programmes de subvention de soins obstétricaux et néonataux ont permis une réduction des coûts de la césarienne. Cet acte médical passait de 110 000 francs C.F.A. à 10 000 francs C.F.A ; soit une baisse conséquente de 91% au niveau de toutes les structures sanitaires publiques du pays (<https://partenariatouga.org>). Cette première initiative sera suivie en 2021 du programme « *Wezou* » ; dont le but est de permettre une prise en charge progressive de l'ensemble des prestations médicales liées à la femme enceinte, dès la confirmation de la grossesse jusqu'au 42ème jour après l'accouchement. Ce programme spécifique prend également en charge le nouveau-né et porte sur les consultations prénatales, les examens médicaux, puis les prescriptions de médicaments dans les structures sanitaires publiques nationales accréditées (unités de soins périphériques (USP)) et centres hospitaliers préfectoraux (CHP)) (www.republicoftog.com). Ainsi, ces initiatives ont entraîné une transformation de la cartographie des structures de soins obstétricaux et néonataux d'urgence (SONUB et SONUC), la multiplication du nombre de structures de SONUC par 4,5 ; mais surtout le renforcement de la couverture des SONUC de 19 %, soit de 60 % à 79 % entre 2015 et 2024 (RT/MS/DGAS, 2015, p.35 et RT/MSHP/DGEPIS, p. 60). Aussi, cela s'est-il traduit par une amélioration significative des accouchements assistés par un personnel qualifié qui passe de 45,2 % à 75,1 % et un accroissement du taux populationnel de césarienne de 5 % à 12 %, entre 2016 et 2024 (RT/MS/DGAS, 2015, p.187 et RT/MSHP/DGEPIS, 2024, p. 159).

Toutefois, le Togo présente d'importantes disparités géographiques dans l'accès des femmes à la césarienne, notamment entre les régions et à l'intérieur de celles-ci. En 2024, le Grand Lomé n'abritait que 27 % de la population nationale. Mais, elle concentrait 23,25 % des structures publiques et 92 % des structures privées de SONUC ; puis représentait 47 % des actes de césariennes réalisés dans le pays. Malheureusement, cette concentration contraste avec les 27 % de districts sanitaires de l'arrière-pays qui manquent de structures de soins SONUC (RT/MPCD/INSEED, 2023, p. 290 et RT/MSHP/DGEPIS, 2024 p. 164). La situation prévalant à l'intérieur des régions semble donc plus évocatrice de cette disparité.

S'agissant de la zone d'étude, c'est-à-dire du district sanitaire de Blitta, elle a enregistré 136 accouchements par césarienne en 2022 ; soit 3,3% des accouchements enregistrés en tout ; un taux nettement inférieur au taux moyen régional de 8,97% (RT/MSHP/DSNISI, 2023, p.190). En d'autres termes, la politique nationale de santé en matière de césarienne présente encore des insuffisances ; car elle n'assure pas un accès équitable à cet acte médical pour toutes les femmes concernées. Cette politique ne permet pas non plus de réduire les inégalités et les disparités géographiques dans l'accès aux soins obstétricaux et néonataux d'urgence aussi bien de base que complets. Quelle est l'épidémiologie, c'est-à-dire l'évolution et la distribution de la césarienne dans le district sanitaire de Blitta de 2019 à 2024 ? Quels sont les principaux facteurs géographiques qui l'expliquent ? L'objectif principal de la présente recherche est de montrer l'épidémiologie des accouchements par césarienne dans le district sanitaire de Blitta ; puis d'en identifier les principaux facteurs géographiques explicatifs. Ceci étant, après la présentation du district sanitaire de la préfecture de Blitta et de la méthodologie de collecte des données, la recherche abordera le volet des résultats et de leur discussion.

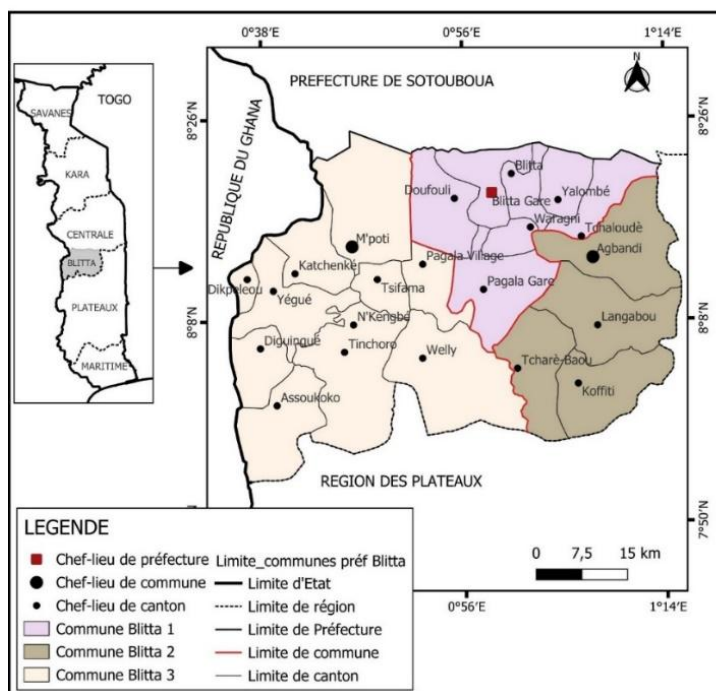
1. Cadre d'étude et méthodologie de collecte de données

Cette partie présente les caractéristiques géographiques et l'organisation du système de santé de la zone d'étude.

1.1. Caractéristiques géographiques du district sanitaire de Blitta

La préfecture de Blitta est située dans la région centrale du Togo et s'étend sur 3191, Km², entre 8° et 8°19 de latitude Nord et 0°15 et 0°59 de longitude Est. Elle est bordée au nord par la préfecture de Sotouboua, au sud, au sud-ouest et à l'Est, respectivement par celles d'Anié, d'Akébou, et d'Est-Mono ; puis enfin à l'ouest par la république du Ghana (Figure 1).

Figure 1 : Présentation du district sanitaire de Blitta



Source : Travaux de terrain, à partir du fond de carte de la région centrale (l'INSEED, 2024)

Le district sanitaire de Blitta (DSB) se distingue par sa topographie variée, avec les plaines du Mono et de l'Anié à l'Est et au centre, et le plateau Adélé à l'Ouest. Avec des altitudes comprises entre 600-800 m, cette dernière unité orographique où se succèdent monts (monts Assoukoko, Yégue, Dikpeleou et Diguèngué) et vallées profondes, représente une contrainte majeure dans l'aménagement du territoire, notamment en ce qui concerne le réseau routier (K. Odjih, 1993, p. 22). De type soudano-guinéen, le climat de la préfecture de Blitta est tropical semi-humide, avec une saison pluvieuse d'avril à octobre, et une saison sèche de novembre à mars. Toutefois, on y observe depuis quelques années, une irrégularité et une baisse des pluies ; même dans sa partie occidentale où elles étaient précoces et atteignaient 1800 mm par an.

Sur le plan administratif, cette préfecture compte trois communes (Blitta I, Blitta II et Blitta III), 21 cantons et près de 200 villages. Aussi bien l'effectif de la population totale que celui des femmes en âge de procréer (19-49 ans) du DSB a augmenté ; en passant respectivement de 163 272 à 175 312 habitants, et de 37 266 à 40 014 habitants entre 2022 et 2025. La population de la zone d'étude est inégalement répartie, et la densité moyenne est de 55 habitants au km². Mais plusieurs agglomérations de ce district sanitaire (DSB) ont 5000 habitants et plus (Pagala-Gare, Blitta-Gare, Blitta-Village, Agbandi, Langabou, Assoukoko, etc.). La bonne pluviométrie et la disponibilité en terres cultivables en font l'une des principales zones agricoles et d'immigration du Togo (RT/MPDC/INSEED, 2024, p. 21-23).

Les enquêtes de terrain montrent que l'étendue de la DSB constitue un défi en termes de circulation et de déplacements vers l'arrière-pays pour des besoins de consultations médicales. Elle limite sévèrement les évacuations sanitaires urgentes, notamment celles des parturientes des différents points du district sur l'hôpital préfectoral. Afin d'accéder à ce centre hospitalier et à sa maternité SONUC (Soins Obstétricaux et Néonataux d'Urgence Complets) à Blitta, il faut emprunter environ 50 km de la Route Nationale 1 (RN1) via la bretelle Blitta-Village/Blitta-Gare ; toutes les autres voies, y compris la RN27, sont quasi impraticables notamment en saison des pluies (K. Odjih, 1993, p. 31).

Par ailleurs, avec un taux de dépendance démographique élevé (plus de 60%), cette population à 75% rurale est dépendante de l'agriculture pluviale et de l'artisanat de subsistance. Il s'agit d'une population exposée aux aléas climatiques et aux difficultés socioéconomiques ; donc une population en situation de vulnérabilité. Aussi, la pauvreté multidimensionnelle frappe-t-elle au moins 32,3% des ménages de la zone d'étude, limitant leur accès aux services de base, notamment aux soins de santé et à l'éducation. (RT/MPDC/INSEED, 2023, p. 38-39 ; RT/MPDC/INSEED, 2024, p. 3-22).

1.2. Matériels et méthodes

Pour ce travail, du matériel de terrain et la combinaison de deux approches, l'une descriptive et qualitative, puis l'autre systémique ont été adoptés.

1.2.1. Matériels

L'essentiel du matériel utilisé dans le cadre de ce travail est constitué de : guides d'entretien à l'intention du personnel de santé (directeur du centre hospitalier préfectoral (CHP), des sages-femmes sélectionnées dans les maternités SONU d'Agbandi, SONUB de Tsifama SONUC du CHP, puis du gynécologue) et des femmes ayant accouché par césarienne. Faut-il rappeler qu'un fond de carte topographique IGN au 1/200000e (feuille de Sokodé) sur lequel figurent les informations géographiques de base (agglomérations, infrastructures sanitaires, réseau routier, relief, réseau hydrographique, etc.), un appareil photographique numérique et un GPS ont été utilisés.

1.2.2. Approche méthodologique

Pour comprendre les soins obstétricaux néonataux d'urgence (SONU), puis l'épidémiologie de la césarienne dans le district sanitaire de Blitta (Togo), la recherche s'appuie sur la consultation de la littérature scientifique et divers rapports, une observation de terrain et un entretien avec des acteurs locaux clés impliqués dans l'accès aux structures de soins obstétricaux. La recherche documentaire sur les systèmes de soins obstétricaux néonataux d'urgence (SONU), particulièrement sur l'épidémiologie de la césarienne dans le monde, en Afrique subsaharienne et au Togo ont été menées. Les documents consultés incluent des registres des maternités d'Agbandi, Tsifama et Blitta-Gare ; puis des articles, thèses, mémoires, revues, rapports d'études, et annuaires statistiques sociodémographiques grâce au portail de recherche Google.

Une observation de terrain a été réalisée du 12 avril au 15 mai 2024 pour étudier de près la réalité de la césarienne dans le district sanitaire de Blitta (DSB). La typologie, la répartition des structures de SONU et leur accessibilité sont examinées en tenant compte des conditions géographiques et des ressources humaines disponibles (sages-femmes, accoucheuses).

Les structures de soins sont catégorisées en structures (SONU, SONU de Base et SONU Complet) et leur distribution sur le territoire du DSB a été observée, notamment sur la période 2019-2024. D'autre part, les facteurs géographiques et l'organisation des ressources humaines (sages-femmes, accoucheuses) sont analysés, afin d'apprécier l'accessibilité aux structures de SONU ; et de mieux saisir l'épidémiologie de la césarienne dans le DSB (Togo).

Enfin, une dernière série de données issues d'entretiens guidés avec les personnes ressources du DSB a permis d'approfondir la compréhension de la question de la césarienne. Il s'agit d'un côté du personnel de santé et de la direction de l'hôpital : des sages-femmes responsables des maternités de Soins Obstétricaux et Néonataux d'Urgence (maternité de SONU d'Agbandi, maternité de SONUB de Tsifama et maternité de SONUC de l'hôpital de district de Blitta), du gynécologue et du directeur de l'hôpital du DSB. De l'autre, on a de dix-sept femmes ayant accouché par hystérotomie (césarienne) à la maternité SONUC de l'hôpital de district de Blitta. Ces dernières ont été rencontrées lors de leurs soins post-partum dans les différentes maternités et sélectionnées par échantillonnage accidentel ; à raison de quatre à la maternité d'Agbandi, huit à la maternité de SONUB de Tsifama et cinq à la maternité

SONUC de l'hôpital de district de Blitta. Par cette approche, la césarienne a pu être appréhendée aussi bien du point de vue de l'offre de soins que de la demande.

Enfin, les données recueillies ont été analysées selon deux approches complémentaires : une analyse qualitative explorant la nature subjective et descriptive des phénomènes, puis une analyse quantitative se concentrant sur les aspects mesurables et statistiques pour objectiver les données. L'exploitation des résultats de recherche s'est effectuée par une présentation visuelle multiforme. Celle-ci inclut aussi bien des tableaux et des graphiques créés avec Word et Excel, que des cartes générées via Adobe Illustrator.

Cette combinaison d'approches vise à favoriser l'interprétation complète de l'état de la césarienne dans la zone de couverture du DSB.

2. Résultats de l'étude

La présente recherche explore l'évolution temporelle de la césariennes et sa distribution géographique, par rapport au lieu de provenance des concernées dans le district sanitaire de Blitta (DSB) entre 2019 et 2024. Enfin, elle identifie et examine les obstacles à l'organisation des césariennes sur ce territoire sanitaire.

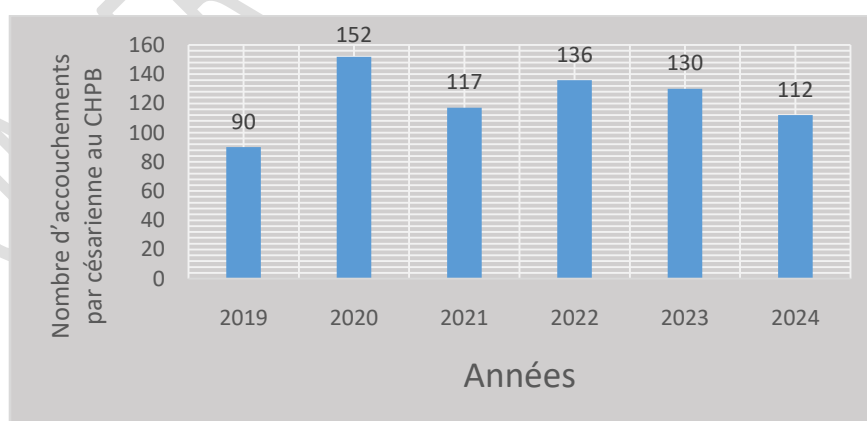
2.1. *L'épidémiologie de la césarienne dans le district sanitaire de Blitta : évolution temporelle et distribution des taux par maternité de provenance*

Cette sous-section montre l'évolution dans le temps et la distribution dans l'espace des césariennes effectuées dans l'aire du DSB.

2.1.1. *Evolution temporelle des effectifs de césariennes effectuées à la maternité SONUC*

L'évolution du nombre de césariennes effectuées de 2019 à 2024 dans cette maternité, se caractérise par une progression en « dents de scie » (Figure 2).

Figure 2 : Evolution des accouchements par césarienne dans le district sanitaire de Blitta de 2019-2024



Source : Travaux

de terrain, à partir de données du SONUC (CHPB), 2025

De 90 en 2019, le nombre de césariennes effectuées à l'hôpital de district de Blitta passe à 112 en 2024, soit une moyenne annuelle de 123 césariennes sur cette période.

Toutefois, en rapportant cet indicateur au nombre moyen annuel de 3749 accouchements normaux effectué sur ladite période, il n'en représente que 3,3%.

D'autre part, outre les 136 et 130 césariennes enregistrées respectivement en 2022 et 2023, l'année 2020 a été la plus prolifique avec 152 accouchements effectués par césariennes.

2.1.2 Maternités de provenance des césarisées référées sur la maternité SONUC de l'hôpital de district

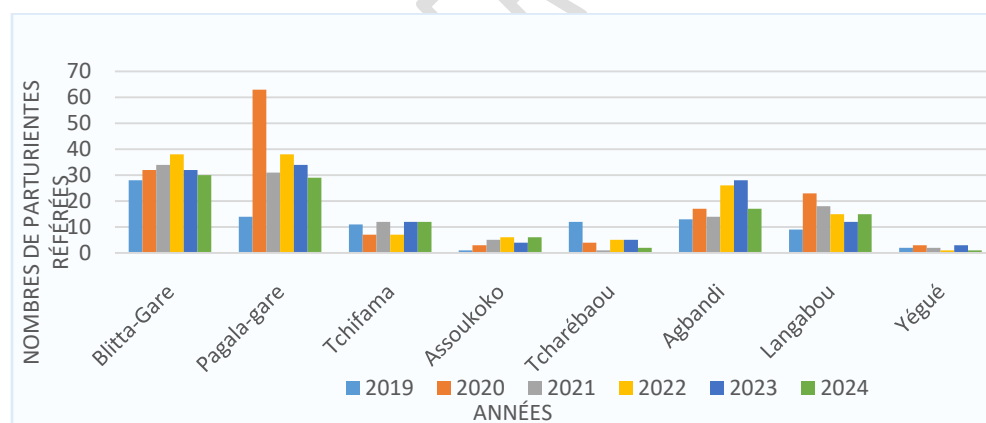
D'après les données de terrain, elles 737 femmes ayant subi l'hystérotomie (césarienne) à la maternité SONUC de Blitta de 2019 à 2024 ; dont la majorité (73 %) sont référées des autres maternités du District Sanitaire de Blitta, contre 27% pour la maternité locale du centre hospitalier de Blitta (Tableau 1 et Figure 3). En d'autres termes, malgré les conditions contraignantes d'évacuation des patientes à partir des autres maternités sur la maternité de SONUC, le nombre de femmes provenant de l'arrière-pays est important.

Tableau 1: Moyennes annuelles des accouchements effectués par césarienne à la maternité SONUC de 2019 à 2024

Maternités	Blitta-Gare	Pagala-gare	Tsifama	Assoukoko	Tcharèbaou	Agbandi	Langabou	Ensemble SONUC
Total : 2019-2024	194	209	61	25	29	115	92	737
Moyenne annuelle : 2019- 2024	33	35	10	04	05	19	16	123

Source : Travaux de terrain, à partir de données du SONUC (CHPB), 2025

Figure 3 : Evolution et distribution des nombres des parturientes référées sur l'hôpital de Blitta pour la césarienne de 2019 à 2024, selon la maternité de référence.



Source : Travaux de terrain, à partir de données du SONUC (CHPB), 2025

Comme le montrent le tableau 1 et la figure 3, les femmes césarisées à l'hôpital préfectoral de Blitta de 2019 à 2024 peuvent être regroupées en trois principales catégories en fonction de la maternité de référence (provenance) et de l'effectif. On distingue la classe de Blitta-Gare et de Pagala-Gare dont les effectifs annuels moyens élevés (33 et 35) ; ensuite d'Agbandi et de Langabou dont les effectifs annuels sont moyens (16 et 19) ; puis enfin de la classe de Tsifama, Tcharèbaou et de Yégué qui se caractérisent par des effectifs moyens annuels faible (4 et 10). Cependant, il est à

remarquer que les localités de Tcharèbaou, de Tsifama et de Yégué ayant les plus faibles effectifs moyens de femmes césariées, sont également les plus éloignées du centre SONUC et celles qui sont souvent en peine à y évacuer leur patiente à cause du mauvais état des voies routières reliant à Blitta-Gare.

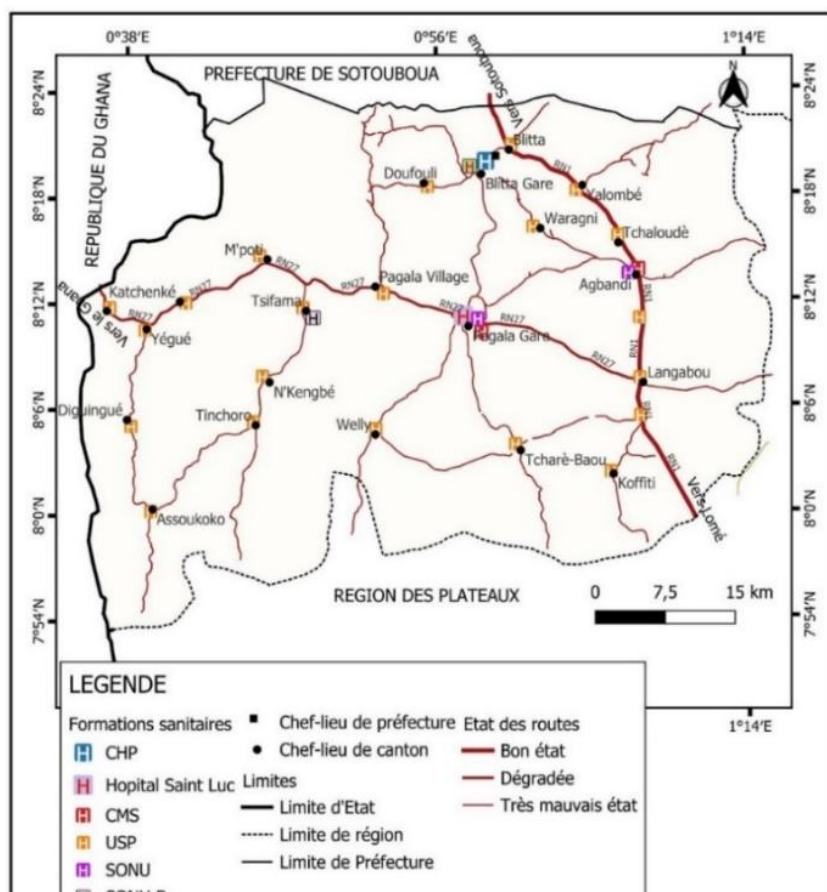
2.2. Principaux facteurs influençant les évacuations et la prise en charge de parturientes dans le district sanitaire de Blitta (DSB)

La présente section met en exergue trois principaux facteurs ayant des incidences sur les accouchements par césariennes pratiquées à la maternité SONUC de l'hôpital de District. Il s'agit de l'organisation structurelle et technique des soins obstétricaux et néonataux (la répartition des structures et du personnel sages-femmes et accoucheuses auxiliaires d'Etat-), de la subvention de la césarienne au Togo et des barrières géographiques.

2.2.1 : Organisation structurelle et technique des soins obstétricaux et néonataux dans district sanitaire de Blitta (DSB)

La préfecture de Blitta est l'un des 39 districts sanitaires du système de santé togolais. Cette échelle opérationnelle et locale des soins comprend un niveau hospitalier et un niveau communautaire (RT/MSHP, 2019, p. 13). Les maternités sont au premier rang des structures de la prise en charge de la santé maternelle et infantile, notamment de la femme enceinte. Comme l'illustre la figure 4 et le tableau 2, les données de terrain permettent de saisir la répartition spatiale de ces structures sur le territoire du district sanitaire de Blitta.

Figure 4: répartition spatiale des infrastructures de SONU dans le district sanitaire de Blitta en 2024



Source : Travaux de terrain, à partir du fond de carte de la région centrale (l'INSEED, 2024)

Comme l'indique la figure 4, le district sanitaire de Blitta compte 23 maternités situées dans les USP et l'hôpital du district. En effet, avant la fin de 2018, le district sanitaire de Blitta n'avait ni la capacité technique, ni le personnel requis pour pratiquer des césariennes. Ainsi, les femmes enceintes vivant dans ce district et ayant des prédispositions ou complications nécessitant cet acte médicale devaient être transférées vers les hôpitaux de Sokodé, Atakpamé ou Kara, à plus d'une centaine de kilomètres de Blitta-Gare. Selon les praticiennes, la décision de transfert sanitaire des cas urgents était souvent mal perçus par les personnes concernées (femmes enceintes et leurs proches). Des mères en postpartum rencontrées dans les maternités de Tsifama, Agbandi et Blitta lors de leurs soins complémentaires, ont souligné éprouvaient de la réticence se rendre dans ces hôpitaux pour cause de problèmes logistiques et financiers. Ceci étant, la transformation locale des soins obstétricaux et néonataux à partir de 2019 est une aubaine pour les populations. En effet, cette amélioration des infrastructures rapproche tant soit peu ces dernières des structures sanitaires et met fin à l'exode sanitaire obligatoire des femmes en situation de travail dystocique. D'après le DPS, la maternité de Blitta-Gare est passée au rang de service d'urgence gynécologique-obstétrique (SONUC), tandis que celle de Tsifama devient un centre de soins obstétricaux et néonataux d'urgence de base (SONUB). La maternité du SONUC de l'hôpital de district (HDB) a commencé à réaliser ces

premières césariennes à partir de 2019. Toutefois, la répartition des structures sanitaires par rapport à la superficie et la population des femmes en âge de procréer (femmes de 15 à 49 ans) présente des disparités d'une commune à l'autre (Tableau 2).

Tableau 2 : Répartition des maternités dans le district sanitaire de Blitta (DSB), selon la superficie et la population des femmes âgées de 15-49 ans en 2024

	Superficies (km ²)	Nb. F. (15-49 ans)	Nb.de Maternités	Nb. Maternités./ 5000 F	Km ² / Maternité
Blitta I	809	18 151	10	03	81
Blitta II	784	10 988	04	02	196
Blitta III	1598	10 873	10	05	160
Ensemble DSB	3191	40 012	24	03	133

Source : Travaux de terrain, à partir des données de terrain, 2025

Les ratios sont d'une maternité pour 133 km² et de trois maternités pour 5000 femmes (15-49 ans) pour l'ensemble du district. Mais, ils sont respectivement d'une maternité pour 81 km², 196 km² et 160 km²; puis de 3, 2 et 5 maternités pour 5000 femmes (15-49 ans), pour les Blitta I, Blitta II et Blitta III. En effet, la communauté internationale a développé depuis quelques années, le concept de maternité de Soins Obstétricaux et Néonataux de Base (SONU), afin d'apporter une réponse médicale aux complications obstétricales que connaissent les parturientes. On distingue des maternités SONUB ou le niveau I de référence d'urgences obstétricales médicales ; puis des maternités SONUC ou le niveau II de référence chirurgicale et de transfusion sanguine (RT/MS, 2014, p. 29). Les maternités de Tsifama et de Blitta-Gare sont respectivement SONUB et SONUC dans le DSB. Selon la DPS, un gynécologue, dix-sept sages-femmes et 31 accoucheuses auxiliaires d'Etat constituent l'essentiel du personnel médical et paramédical chargés d'assurer les soins obstétricaux, néonataux de base et complets sur le territoire du DSB (Tableau 3).

Tableau 3 : Répartition des sages-femmes et accoucheuses auxiliaires dans le district sanitaire de Blitta, selon la superficie et la population des femmes âgées de 15-49 ans en 2024

	Scies (km ²)	Nb. F. (15-49 ans)	Nb.de S-F	Nb. AA.	Nb. S-F.		NB. AA.	
					Km ²	5000 F.	Km ²	5000 F.
Blitta I	809	18 151	11	13	74	03	62	04
Blitta II	784	10 988	03	05	264	01	157	02
Blitta III	1598	10 873	03	10	533	01	160	02
Ensemble DSB	3191	40012	17	33	188	02	97	04

Source : Travaux de terrain, à partir des données de terrain, 2025

Le tableau 3 montre la répartition des charges par les 17 sages-femmes et 33 accoucheuses auxiliaires d'Etat sensées de couvrir les 40 012 femmes (15-49 ans) et les 3191 km² correspondant au DSB en 2024. En d'autres termes, chaque sage-femme assure environ 188 km², pendant que chaque accoucheuse auxiliaire 97 km². Toutefois, la taille théorique des zones à couvrir par ce personnel de santé maternelle et infantile varie au niveau de la DSB, notamment d'une commune à une autre. Ainsi,

les 74 km² et 62 km² à couvrir à Blitta I, sont respectivement multipliées par 4 (264 km²) et 3 (157 km²) à Blitta II ; puis par 7 (533 km²) et 3 (160 km²) à Blitta III. Ces disparités traduisent des surplus de distances à parcourir et plus de charge de travail au niveaux des deux dernières communes. Le tableau 3 montre également des disparités entre ressources humaines (sages-femmes et accoucheuses auxiliaires) et le nombre de femmes à charge dans le DSB. Pendant que le ratio est de 3 sages-femmes et 4 accoucheuses auxiliaires pour 5000 femmes à Blitta I, il est plutôt d'une sage-femme et 2 accoucheuses auxiliaires, aussi bien à Blitta II qu'à Blitta III. Avec des superficies à couvrir par sage-femme et accoucheuse en dessous des moyennes du district, Blitta I a la meilleure répartition des ressources. En conséquence, le territoire du DSB ne semble pas être suffisamment couvert en personnel qualifié, aussi bien quantitativement que qualitativement.

2.2.2 : La subvention de la césarienne au Togo

Pour le directeur préfectoral de la santé de Blitta, les transformations sanitaires qui permettent désormais la pratique de l'hystérotomie sur son territoire, sont une application locale du programme national de subvention de la césarienne au Togo. Cette initiative faisant partie de la « *Campagne d'Accélération de la Réduction de la Mortalité Maternel en Afrique (CARMMA)* » de l'Union Africaine (UA) ; a permis la réduction conséquente du coût de la césarienne dans toutes les formations sanitaires publiques du Togo. Depuis 2011, le coût de cette pratique médicale est ramené de 110.000 FCFA à 10.000 FCFA, soit une baisse de 91%. Selon ce dernier, le renforcement de la capacité de réponse du système local de santé face aux complications obstétricales et néonatales, notamment en termes de plateau technique et de ressources humaines, s'inscrit également dans la mise en œuvre du CARMMA au Togo. Ce programme apporte des améliorations certaines à la qualité des soins obstétricaux néonataux d'urgence, puis indirectement la réduction de la mortalité maternelle et infantile dans cette zone. Toutefois, faudrait-il que les patiente nécessitant médicalement la césarienne soient en mesure de faire le déplacement de Blitta-Gare ; afin de bénéficier de ce programme dans leur prise en charge.

2.2.3 : Barrières géographiques à l'évacuation d'urgence de femmes enceinte et de parturientes pour leur prise en charge dans le district sanitaire de Blitta (DSB)

Les enquêtes de terrain, notamment les observations ont permis d'identifier des barrières géographiques à l'évacuation femmes enceinte et des parturientes vers la maternité SONUC de Blitta-Gare, pour leur prise en charge conséquente. Il s'agit essentiellement de l'éloignement par rapport à la maternité d'accueil, de l'état du réseau routier, de la densité de la population et du milieu de résidence (K. Odjih, 1993, op.cit.).

En effet, la responsable de la maternité SONUC de Blitta et ses collègues de Tsifama, Tcharèbaou et Agbandi, évoquent l'éloignement des populations et l'état dégradé des routes comme des obstacles majeurs dans le processus d'évacuation rapide des femmes enceintes et des parturientes sur l'hôpital de district de Blitta-Gare. Selon ces dernières, ces deux facteurs retardent et complexifient souvent la prise en charge ; et entraînent des inégalités dans l'accès aux soins de santé maternelle et infantile dans le district. Les 76 815 habitants de Blitta I sont à moins d'une quinzaine de kilomètres

de rayon de la maternité de référence pour les plus éloignés. Par contre, les 49 945 habitants de Blitta II et les 48 553 de Blitta III les moins éloignés, vivent respectivement à une trentaine et une soixante-dizaine de kilomètres de rayon. D'autre part, les sages-femmes mettent en relief l'état dégradé du réseau routier. C'est l'une des difficultés d'accès aux soins obstétricaux d'urgence dans le district de Blitta auxquelles sont confrontées ces populations isolées et à 93 % rurales. Elles citent en exemples les cent trente et cinq, puis les soixante-dix kilomètres de route qui séparent respectivement les localités d'Alélé (Blitta III) via la maternité de Tsifama, puis Tcharèbaou à Blitta-Gare. Par ailleurs, pendant que la topographie de monts, de pentes et de vallées influence de façon permanente la praticabilité des voies, notamment sur le plateau Adélé (partie occidentale du district) ; c'est plutôt la pluviométrie qui conditionne l'utilisation du réseau routier entre les mois de mai et novembre. En d'autres termes, la dégradation des voies rallonge considérablement le temps d'évacuation vers la maternité SONUC ; et prolonge le temps d'accès aux soins obstétricaux, surtout en cas d'urgence. Enfin, comme l'indiquent ces praticiennes de la césarienne et les autorités locales, les conditions géographiques sus-évoquées sont exacerbées par l'utilisation de moyens de transport non médicalisés, donc inappropriés et peu confortables pour les évacuations. Il s'agit entre autres de motocycles, de tricycles ou de taxi-brousse qui entraînent des retards dans l'évacuation et les délais de prise en charge critique avant la césarienne.

3. Discussion

La recherche dans le district sanitaire de Blitta, indique que la césarienne s'y pratique et le taux annuel moyen de césariennes était de 3,3 % par rapport au nombre moyen d'accouchements normaux assistés par un personnel qualifié entre 2019 et 2024.

Les enquêtes de terrains montrent que la transformation de la maternité du centre hospitalier de Blitta en une structure de Soins Obstétricaux et Néonataux d'Urgence Complets (SONUC), capable de pratiquer la césarienne ; et le reclassement la maternité de l'unité de soins périphérique (USP) de Tsifama en structure de Soins Obstétricaux et Néonataux d'Urgence de Base (SONUB) constituent les outils d'amélioration de l'accès aux soins santé maternelle et néonatale du district sanitaire de Blitta.

Ces résultats sont similaires à ceux obtenus par N. Kéita, F.D. Diallo, E. Gandaho et D.W.A. Leno (2014, p. 344) en Guinée et W. C. P. D. Kaboré (2018, P.22) en Afrique de l'ouest. Selon ces auteurs, la disponibilité en structures de SONUC sur un territoire est bénéfique, car elle réduit considérablement les évacuations d'urgence vers d'autres structures de soins SONUC, et diminue les coûts liés aux césariennes pour les familles. Aussi, permet-elle l'amélioration des diagnostics, la connaissance des facteurs de risque et permet de repérer à tant les grossesses à haut risque pour organiser une césarienne si nécessaire.

L'analyse des cas de césariennes pratiquées dans le district sanitaire de Blitta (DSB) montre que l'accès à cet acte médical est souvent motivé médicalement. Ces césariennes ne sont pas à confondre aux césariennes "fantaisistes (non médicalement

nécessaires), justifiées par des pratiques culturelles ou des politiques hospitalières, comme le soulignent W. C. P. D. Kaboré, (2018, P.17) et A. Dumont et C. Z. Guilmoto (2020, p.1).

La mise en œuvre par l'Etat de la politique de subvention de la césarienne dans le cadre de la « *Campagne d'Accélération de la Réduction de la Mortalité Maternelle en Afrique (CARMMA)* de l'Union Africaine lancée en 2009 » signalée dans cette recherche est confirmée par S. Bantakpa et B. Gnoumou Thiambiano (2023, p. 168), A. Dumont et C.Z. Guilmoto (2020, p.3) et W. C. P. D. Kaboré (2018, p. 19). Pour ces auteurs, la réduction ou la suppression totale des coûts pour les patientes a permis de relever le niveau de la césarienne en Afrique subsaharienne.

Par ailleurs, le taux moyen annuel de césarienne enregistré sur la période 2019-2024 dans le district sanitaire de Blitta (Togo) n'est que de 3,3%. Ce taux est similaire au taux de 2,7% révélé par N. Kéita, F.D. Diallo, E. Gandaho et D.W.A. Leno (2014, p.343) dans leur travail sur la Guinée. Selon ces auteurs, il s'agit de taux faibles et insuffisants qui ne présage pas une prise en charge conséquente de la santé maternelle et néonatale.

Les facteurs géographiques telles que les conditions naturelles (topographie, pluviométrie, etc.), l'éloignement, le mauvais état des routes, la densité de population et le caractère rural d'un milieu constituent des obstacles à l'accès des femmes enceintes à la maternité SONUC de Blitta-Gare.

Ces résultats sont similaires à ceux obtenus par K. A. Zongo (2018, p.2) N. Kéita et al., (2014, p. 344), (K. Odjih, 1993, op.cit.). D'après ces auteurs, l'organisation territoriale des soins de santé, notamment l'inégale répartition géographique des structures de Soins Obstétricaux Néonataux d'Urgence Complet (SONUC) et du personnel qualifié, leur concentration en zone urbaine, l'état du réseau routier et la distance influencent l'utilisation des services de soins obstétricaux et néonataux d'urgence, notamment le coût des soins et le succès de la césarienne.

Conclusion

L'étude révèle des transformations notables dans le district sanitaire de Blitta (Togo), grâce à une réorganisation structurelle incluant des maternités dans au moins chaque chef-lieu de canton ; et surtout et le reclassement de celle de Blitta-Gare en SONUC et de Tsifama en SONUB. Les capacités techniques et humaines de ces structures sanitaires sont également renforcées. Cette amélioration permet la pratique de la césarienne à l'hôpital de Blitta-Gare depuis 2019.

Cependant, malgré cet avantage et la politique nationale de subvention de réduction du coût de l'acte de 91%, les barrières géographiques entravent l'efficacité des soins obstétricaux et néonataux à l'hôpital de district. D'autre part, l'étude révèle que la situation des parturientes en difficulté est aggravée par trois principaux facteurs. Il s'agit de la mauvaise qualité des voies routières qui rendent difficile l'évacuation des

574 patientes vers Blitta-Gare, de l'utilisation de véhicules non médicalisés et inefficace,
575 puis de la distance séparant les zones rurales du centre de SONUC.

576
577 Eu égard à ces barrières sus-évoquées, et qui limitent l'accès aux Soins Obstétricaux
578 et Néonataux d'Urgence de Base et Complets dans le district sanitaire de Blitta, des
579 initiatives prioritaires s'imposent. Il s'agirait entre autres de rapprocher d'avantage
580 les structures d'accueil des populations, en créant d'autres maternités SONUC,
581 notamment dans les zones sud et ouest du district sanitaire de Blitta (DSB).

582
583 En effet, les *Objectifs de Développement Durable* (ODD) fixent des cibles spécifiques
584 pour réduire le taux de mortalité maternelle à moins de 70 pour 100 000 naissances
585 vivantes et la mortalité néonatale à moins de 12 pour 1000 naissances vivantes d'ici
586 2030.

587
588 En d'autres termes, il est essentiel d'investir dans le renforcement des systèmes de
589 santé pour réduire la mortalité maternelle, la mortalité néonatale et la mortalité néonatale,
590 afin d'être en concordance avec les ODD d'ici 2030 (T. Kitamura, D. You et U. Gilbert,
591 2023, p. 21).

592 **Références bibliographiques**

593
594
595
596
597
598
599
600 BANTAKPA Salaraga et GNOUMOU THIAMBIANO Bilampoa, 2023, «
601 Déterminants de la satisfaction des femmes par rapport à la prestation de la
602 césarienne dans la région de la Kara au Togo en 2019 ». In *Journal de la recherche*
603 *scientifique de l'Université de Lomé*, 25 (1), pp.167-177, hal-04143007 ;

604
605 BETRAN Ana Pilar, Ye J, Moller A, Souza JP et Zhang J, 2021, La tendance croissante
606 de la césarienne Taux: estimations mondiales, régionales et nationales: 1990-2014, 8
607 pages, <https://doi.org/10.1136/bmjgh-2021-00567>, consulté le 18/08/2024 ;

608
609 CENTRE de Recherche en Reproduction Humaine et en Démographie-Bénin
610 (CRRDBENIN), 2014, *Rapport de synthèse: l'évaluation de la politique de gratuité de la*
611 *césarienne dans cinq zones sanitaires*, Bénin, FEMHealth, 101 pages ;

612
613 CHAUTEMS Caroline, MAFFI Irène et SAENZ MORALES Ainhoa, « La césarienne
614 dans le monde, à l'intersection entre paysages médicaux globalisés et logiques locales
615 », *Anthropologie & Santé*, <http://journals.openedition.org/anthropologiesante/14412>, 30
616 pages, consulté le 31/08/2025, DOI : <https://doi.org/10.4000/1411d>;

617
618 Césarienne, <https://fr.wikipedia.org/wiki/Césarienne>, consulté le 18/08/2024 ;

619
620 DESPINASSE Romane, 2023, *Facteurs décisionnels à une césarienne sur demande*
621 *maternelle*, *Gynécologie et obstétrique*, 2023, 49 pages, dumas-04582814 ;

622
623 DIALLO Khadidia, 2024, *Étude de l'évolution du taux de césarienne sur 5 ans au sein du*
624 *Centre Hospitalier Sud Francilien : Étude rétrospective*, *Gynécologie et obstétrique*, 57
625 pages, dumas-05016735;

DUMONT Alexandre et GUILMOTO Christophe Z. 2020, « Trop et pas assez à la fois : le double fardeau de la césarienne », in *Bulletin mensuel d'information de l'Institut national d'études démographiques*, Numéro 581 • septembre 2020 • *Population & Sociétés*, 4 pages ;

<https://www.republiquetogolaise.com/sante/2508-5913-le-gouvernement-cree-wezou-un-programme-national-d-accompagnement-de-la-femme-enceinte-et-du-nouveau-ne>;

KABORE Wendyam Charles Paulin Didier, 2017, *Déterminants de la césarienne de qualité en Afrique de l'Ouest, Santé publique et épidémiologie*, Université Pierre et Marie Curie - Paris VI, pages 146 pages ;

KEITA Namory, F.D. DIALLO, E. GANDAHO et D.W.A. LENO, 2014, La césarienne en Afrique : exemple de la Guinée Collège national des gynécologues et obstétriciens français, 38es journées nationales, Paris, pp 259-346

KEHRER Ferdinand Adolf,
https://en.wikipedia.org/wiki/Ferdinand_Adolf_Kehrer, consulté le 18/08/2024

KITAMURA Tomomi, YOU Danzhen et GILBERT Ulrike, 2023, *Niveau d'évolution de la mortalité infanto-juvénile en Afrique de l'Ouest et du Centre*, 24 pages.

ODJIH Komlan, 1993, *La route Yégué-Langabou et ses implications socioéconomiques dans le pays Adélé (Centre-Ouest du Togo)*, Mémoire de maîtrise de géographie, université de Lomé, 127 pages ;

OMS, 2024, *Le Togo évalue la mise en œuvre de son programme de subvention de la césarienne*, <https://www.afro.who.int/fr/news/le-togo-evalue-la-mise-en-oeuvre-de-son-programme-de-subvention-de-la-cesarienne>, consulté le 28/08/24 ;

PLANIFICATION FAMILIALE-LE PARTENARIAT DE OUAGADOUGOU, 2022, *Le gouvernement du Togo décide de subventionner la césarienne*, <https://partenariatouga.org>, consulté le 18/08/2024 ;

RAVIT Marion, 2019, *Résumé de Thèse de Santé Publique(Epidémiologie)*, soutenue Université Pierre et Marie Curie, 1 page ;

RT/MPDC/INSEED, 2023, *5e Recensement Général de la Population et de l'Habitat (RGPH-5) de novembre 2022, volume n°i, distribution spatiale de la population résidente par sexe*, Lomé, 102 pages ;

RT/MS, DGAS 2015, *La carte sanitaire des Soins Obstétricaux et Néonataux d'Urgence (SONU) au Togo*, Lomé, 88 pages ;

RT/MSHP, 2019, *Annuaire des stat sanitaire du Togo*, Lomé, 124 pages ;

RT/MPDC/INSEED, 2023, *5e Recensement Général de la Population et de l'Habitat (RGPH-5) de novembre 2022, volume n°i, distribution spatiale de la population résidente par sexe*, Lomé, 102 pages ;

RT/MPDC/INSEED, 2023, *Annuaire Statistique National 2022*, Lomé, 707 pages ;

RT/MSHP/DSNISI, 2023, *Annuaire des statistiques sanitaires, année 2022*, Lomé, 200 Pages ;

RT/MPDC/INSEED, 2024, *Annuaire Statistique 2022-2023 de La Région Centrale*, Lomé, 320 pages ;

RT/MSHP/DGEPIS, 2024, *Annuaire des stat sanitaire du Togo année 2023*, Lomé, 238 pages ;

ZONGO Koudnoaga Augustin, 2018, *Comment améliorer la qualité de la césarienne dans les pays d'Afrique sub-saharienne ?*. Santé publique et épidémiologie. Université Pierre et Marie Curie-Paris VI, 2015, 93 pages.