

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

3  
4                   **Résumé**

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

35                  *Mots clés : Togo, district sanitaire de Blitta, centre SONU, accès à la césarienne, principaux  
36                  facteurs géographiques.*

37  
38                  **ACCES TO CESAREAN SECTION IN THE COVERAGE AREA OF BLITTA**  
39                  **HEALTH DISTRICT (TOGO)**

40  
41                  **Abstract**

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

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

70  
71 **Keywords:** Togo, Blitta health district, SONU center, access to cesarean section, main  
72 geographical factors.  
73

## 74 **Introduction** 75

76 Considéré jusqu'au début du XVIII è siècle, aussi bien chez les Romains, les hébreux  
77 que les musulmans comme un acte à pratiquer sur une femme morte ou sur le  
78 point de mourir, la césarienne amorce sa phase de modernisation grâce au  
79 gynécologue Ferdinand Adolf Kehrer (1837-1914)  
80 ([https://en.wikipedia.org/wiki/Ferdinand\\_Adolf\\_Kehrer](https://en.wikipedia.org/wiki/Ferdinand_Adolf_Kehrer)). Ainsi, d'événement domestique  
81 qui se déroule à domicile, l'accouchement devient un acte biomédical géré par des  
82 praticiens ou professionnels (médecin et sage-femme) formés qui se généralise en  
83 Europe au lendemain de la deuxième guerre mondiale. (C. Chautems., I. Maffi et A.S.  
84 Morales, 2025, p. 1). Selon W.C. P. D. Kaboré (2018, p.18) et K. Diallo (2024, p.1), le  
85 nombre de femmes ayant subi la césarienne ne cesse d'augmenter à l'échelle  
86 mondiale ; avec un taux qui passe de 7% en 1970 à 12,1 % en 2000, puis à 21,1% en  
87 2018. Pour A. P. Betran et al. (2021, p.1), cette tendance à l'augmentation du recours à  
88 la césarienne se poursuivra à l'échelle mondiale, et pourrait atteindre près d'un tiers  
89 (29 %) des naissances d'ici 2030.

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

96 subsaharienne (A. Dumont et C. Z. Guilmoto, 2020, p. 1). En effet, en 2021, elles  
97 n'étaient qu'environ 8 % des femmes à accoucher par césarienne dans les pays à  
98 faible revenu ; et trois quarts des vingt-huit pays affichant des taux de césariennes  
99 inférieurs aux 5 % recommandés par l'OMS, se trouvent en Afrique subsaharienne  
100 (C. Chautems., I. Maffi et A.S. Morales, 2024, p.4). Selon le Fonds des Nations Unies  
101 pour l'Enfance (UNICEF, 20225, p. 13), en Afrique centrale et occidentale une bonne  
102 partie des populations n'a toujours pas accès aux *soins obstétricaux néonatals d'urgence*  
103 *de base et complet adéquats* ; malgré les progrès substantiels réalisés au cours des  
104 dernières décennies. En 2023, les taux de la mortalité maternelle, de la mortinatalité  
105 et de la mortalité néonatale étaient les plus élevés du monde (UNICEF, p. 10). Mais,  
106 la mise en œuvre de la « *Campagne de l'Union africaine sur la réduction accélérée de la*  
107 *mortalité maternelle, néonatale et infantile en Afrique(CARMMA)* » entre 2011 et 2022, a  
108 certainement permis d'améliorer l'état de la césarienne en Afrique subsaharienne et  
109 au Togo (CRRHD-Bénin, 2014, p. 12).

110 Au Togo, l'implémentation des programmes de subvention de soins obstétricaux et  
111 néonataux ont permis une réduction des coûts de la césarienne. Cet acte médical  
112 passede 110 000 francs C.F.A. à 10 000 francs C.F.A ; soit une baisse conséquente de  
113 91% auniveau de toutes les structures sanitaires publiques du pays  
114 (<https://partenariatouga.org>). Cette première initiative sera suivie en 2021 du programme «  
115 Wezou » ; dont le but est de permettre une prise en charge progressive de l'ensemble  
116 des prestations médicales liées à la femme enceinte, dès la confirmation de la  
117 grossesse jusqu'au 42ème jour après l'accouchement. Ce programme spécifique  
118 prend également en charge le nouveau-né et porte sur les consultations prénatales,  
119 les examens médicaux, puis les prescriptions de médicaments dans les structures  
120 sanitaires publiques nationales accréditées (unités de soins périphériques (USP)) et  
121 centres hospitaliers préfectoraux (CHP)) ([www.republicoftog.com](http://www.republicoftog.com)).Ainsi, ces initiatives ont  
122 entraîné une transformation de la cartographie des structures de soins obstétricaux et  
123 néonatals d'urgence (SONUB et SONUC), la multiplication du nombre de structures  
124 de SONU par 4,5 ; mais surtout le renforcement de la couverture des SONUC de 19  
125 %, soit de 60 % à 79 % entre 2015 et  
126 2024 (RT/MS/DGAS, 2015, p.35 et RT/MSHP/DGEPI, p. 60). Aussi, cela s'est-il  
127 traduit par une amélioration significative des accouchements assistés par un  
128 personnel qualifié qui passe de 45,2 % à 75,1 % et un accroissement du taux  
129 populationnel de de césarienne de 5 % à 12 %, entre 2016 et 2024 (RT/MS/DGAS,  
130 2015, p.187 et RT/MSHP/DGEPI, 2024, p. 159).

131 Toutefois, le Togo présente d'importantes disparités géographiques dans l'accès des  
132 femmes à la césarienne, notamment entre les régions et à l'intérieur de celles-ci. En  
133 2024, le Grand Lomé n'abritait que 27 % de la population nationale. Mais, elle  
134 concentrat 23,25 % des structures publiques et 92 % des structures privées de  
135 SONUC ; puis représentait 47 % des actes de césariennes réalisés dans le pays.  
136 Malheureusement, cette concentration contraste avec les 27 % de districts sanitaires  
137 de l'arrière-pays qui manquent de structures de soins SONUC (RT/MPCD/INSEED,  
138 2023, p. 290 et RT/MSHP/DGEPI, 2024 p. 164). La situation prévalant à l'intérieur  
139 des régions semble donc plus évocatrice de cette disparité.  
140  
141

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 néonatals 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.

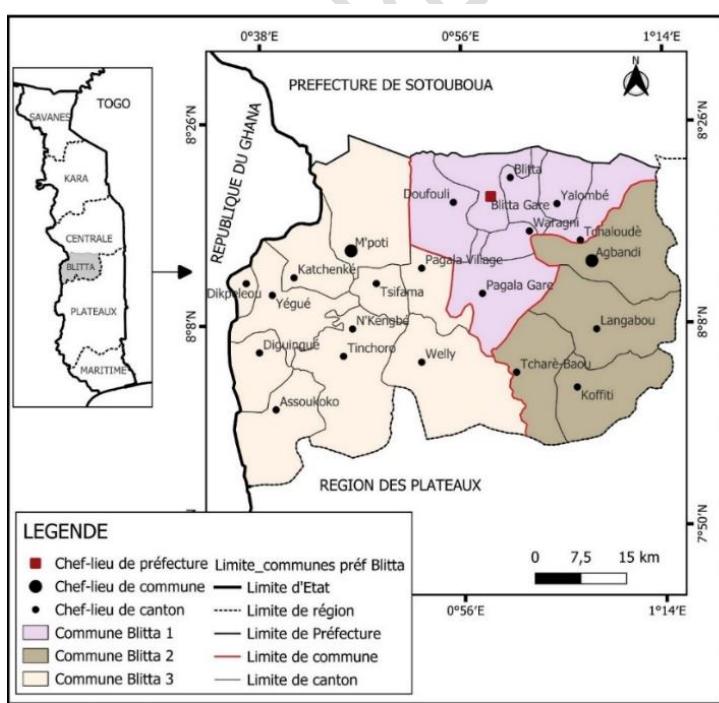
## 1. Cadre d'étude et méthodologie de collecte de données

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, Km<sup>2</sup>, 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



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

176  
177      Le district sanitaire de Blitta (DSB) se distingue par sa topographie variée, avec les  
178      plaines du Mono et de l'Anié à l'Est et au centre, et le plateau Adélé à l'Ouest. Avec  
179      des altitudes comprises entre 600-800 m, cette dernière unité orographique où se  
180      succèdent monts (monts Assoukoko, Yégue, Dikpeleou et Diguengué) et vallées  
181      profondes, représente une contrainte majeure dans l'aménagement du territoire,  
182      notamment en ce qui concerne le réseau routier (K. Odjih, 1993, p. 22). De type  
183      soudano-guinéen, le climat de la préfecture de Blitta est tropical semi-humide, avec  
184      une saison pluvieuse d'avril à octobre, et une saison sèche de novembre à mars.  
185      Toutefois, on y observe depuis quelques années, une irrégularité et une baisse des  
186      pluies ; même dans sa partie occidentale où elles étaient précoces et atteignaient 1800  
187      mm par an.  
188

189      Sur le plan administratif, cette préfecture compte trois communes (Blitta I, Blitta II et  
190      Blitta III), 21 cantons et près de 200 villages. Aussi bien l'effectif de la population  
191      totale que celui des femmes en âge de procréer (19-49 ans) du DSB a augmenté ; en  
192      passant respectivement de 163 272 à 175 312 habitants, et de 37 266 à 40 014 habitants  
193      entre 2022 et 2025. La population de la zone d'étude est inégalement répartie, et la  
194      densité moyenne est de 55 habitants au km<sup>2</sup>. Mais plusieurs agglomérations de ce  
195      district sanitaire (DSB) ont 5000 habitants et plus (Pagala-Gare, Blitta-Gare, Blitta-  
196      Village, Agbandi, Langabou, Assoukoko, etc.). La bonne pluviométrie et la  
197      disponibilité en terres cultivables en font l'une des principales zones agricoles et  
198      d'immigration du Togo (RT/MPDC/INSEED, 2024, p. 21-23).

199  
200      Les enquêtes de terrain montrent que l'étendue de la DSB constitue un défi en termes  
201      de circulation et de déplacements vers l'arrière-pays pour des besoins  
202      de consultations médicales. Elle limite sévèrement les évacuations sanitaires urgentes,  
203      notamment celles des parturientes des différents points du district sur l'hôpital  
204      préfectoral. Afin d'accéder à ce centre hospitalier et à sa maternité SONUC (Soins  
205      Obstétricaux et Néonatals d'Urgence Complets) à Blitta, il faut emprunter environ 50  
206      km de la Route Nationale 1 (RN1) via la bretelle Blitta-Village/Blitta-Gare ; toutes les  
207      autres voies, y compris la RN27, sont quasi impraticables notamment en saison des  
208      pluies (K. Odjih, 1993, p. 31).  
209

210      Par ailleurs, avec un taux de dépendance démographique élevé (plus de 60%), cette  
211      population à 75% rurale est dépendante de l'agriculture pluviale et de l'artisanat de  
212      subsistance. Il s'agit d'une population exposée aux aléas climatiques et aux difficultés  
213      socioéconomiques ; donc une population en situation de vulnérabilité. Aussi, la  
214      pauvreté multidimensionnelle frappe-t-elle au moins 32,3% des ménages de la zone  
215      d'étude, limitant leur accès aux services de base, notamment aux soins de santé et à  
216      l'éducation. (RT/MPCD/INSEED, 2023, p. 38-39 ; RT/MPDC/INSEED, 2024, p. 3-  
217      22).  
218

## 219      **1.2. Matériels et méthodes**

220  
221      Pour ce travail, du matériel de terrain et la combinaison de deux approches, l'une  
222      descriptive et qualitative, puis l'autre systémique ont été adoptés.  
223

224 1.2.1. Matériels  
225

226 L'essentiel du matériel utilisé dans le cadre de ce travail est constitué de : guides  
227 d'entretien à l'intention du personnel de santé (directeur du centre hospitalier  
228 préfectoral (CHP), des sages-femmes sélectionnées dans les maternités SONU  
229 d'Agbandi, SONUB de Tsifama SONUC du CHP, puis du gynécologue) et des  
230 femmes ayant accouché par césarienne. Faut-il rappeler qu'un fond de carte  
231 topographique IGN au 1/200000e (feuille de Sokodé) sur lequel figurent les  
232 informations géographiques de base (agglomérations, infrastructures sanitaires,  
233 réseau routier, relief, réseau hydrographique, etc.), un appareil photographique  
234 numérique et un GPS ont été utilisés.  
235

236 1.2.2. Approche méthodologique  
237

238 Pour comprendre les soins obstétricaux néonatals d'urgence (SONU), puis  
239 l'épidémiologie de la césarienne dans le district sanitaire de Blitta (Togo), la  
240 recherche s'appuie sur la consultation de la littérature scientifique et divers rapports,  
241 une observation de terrain et un entretien avec des acteurs locaux clés impliqués  
242 dans l'accès aux structures de soins obstétricaux. La recherche documentaire sur les  
243 systèmes de soins obstétricaux néonatals d'urgence (SONU), particulièrement sur  
244 l'épidémiologie de la césarienne dans le monde, en Afrique subsaharienne et au Togo  
245 ont été menées. Les documents consultés incluent des registres des maternités  
246 d'Agbandi, Tsifama et Blitta-Gare ; puis des articles, thèses, mémoires, revues,  
247 rapports d'études, et annuaires statistiques sociodémographiques grâce au portail de  
248 recherche Google.  
249

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

255 Les structures de soins sont catégorisées en structures (SONU, SONU de Base et  
256 SONU Complet) et leur distribution sur le territoire du DSB a été observée,  
257 notamment sur la période 2019-2024. D'autre part, les facteurs géographiques et  
258 l'organisation des ressources humaines (sages-femmes, accoucheuses) sont analysés,  
259 afin d'apprécier l'accessibilité aux structures de SONU ; et de mieux saisir  
260 l'épidémiologie de la césarienne dans le DSB (Togo).  
261

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

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

275  
276 Enfin, les données recueillies ont été analysées selon deux approches  
277 complémentaires : une analyse qualitative explorant la nature subjective et  
278 descriptive des phénomènes, puis une analyse quantitative se concentrant sur les  
279 aspects mesurables et statistiques pour objectiver les données. L'exploitation des  
280 résultats de recherche s'est effectuée par une présentation visuelle multiforme. Celle-  
281 ci inclut aussi bien des tableaux et des graphiques créés avec Word et Excel, que des  
282 cartes générées via Adobe Illustrator.  
283

284 Cette combinaison d'approches vise à favoriser l'interprétation complète de l'état de  
285 la césarienne dans la zone de couverture du DSB.  
286

## 287 2. Résultats de l'étude

288 La présente recherche explore l'évolution temporelle de la césariennes et sa  
289 distribution géographique, par rapport au lieu de provenance des concernées dans le  
290 district sanitaire de Blitta (DSB) entre 2019 et 2024. Enfin, elle identifie et examine les  
291 obstacles à l'organisation des césariennes sur ce territoire sanitaire.  
292

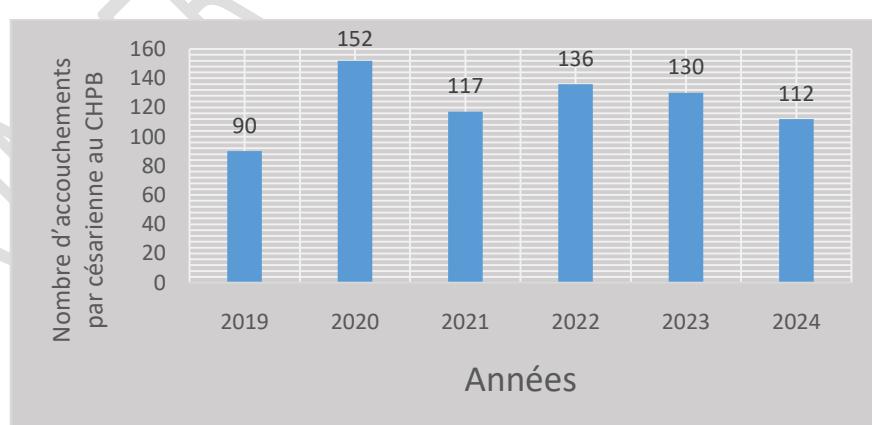
### 293 2.1. *L'épidémiologie de la césarienne dans le district sanitaire de Blitta : évolution 294 temporelle et distribution des taux par maternité de provenance*

295 Cette sous-section montre l'évolution dans le temps et la distribution dans l'espace  
296 des césariennes effectuées dans l'aire du DSB.  
297

#### 300 2.1.1. *Evolution temporelle des effectifs de césariennes effectuées à la maternité SONUC*

301 L'évolution du nombre de césariennes effectuées de 2019 à 2024 dans cette maternité,  
302 se caractérise par une progression en « dents de scie » (Figure 2).  
303

304  
305 **Figure 2 : Evolution des accouchements par césarienne**  
306 **dans le district sanitaire de Blitta de 2019-2024**



307  
308 Source : Travaux  
309 de terrain, à partir de données du SONUC (CHPB), 2025

310 De 90 en 2019, le nombre de césariennes effectuées à l'hôpital de district de Blitta  
311 passe à 112 en 2024, soit une moyenne annuelle de 123 césariennes sur cette période.  
312

313 Toutefois, en rapportant cet indicateur au nombre moyen annuel de 3749  
314 accouchements normaux effectué sur ladite période, il n'en représente que 3,3%.  
315 D'autre part, outre les 136 et 130 césariennes enregistrées respectivement en 2022 et  
316 2023, l'année 2020 a été la plus prolifique avec 152 accouchements effectués par  
317 césariennes.

318 2.1.2 *Maternités de provenance des césarisées référencées sur la maternité SONUC de l'hôpital  
319 de district*

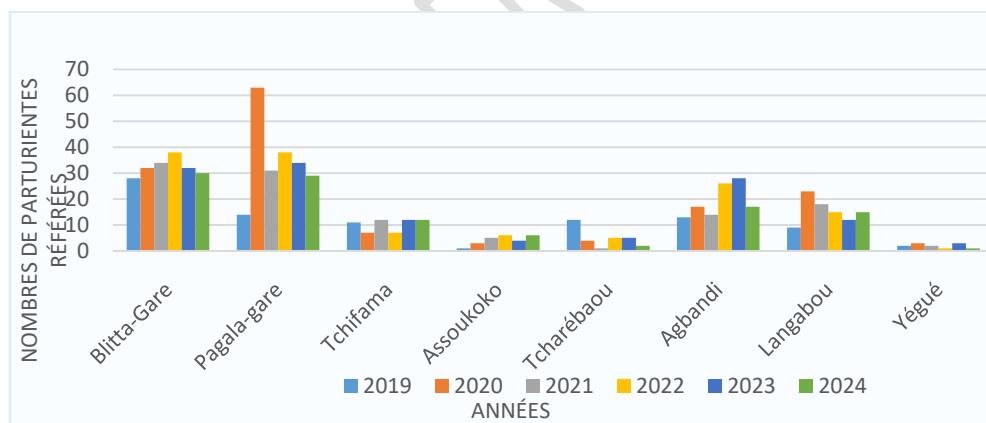
320 D'après les données de terrain, elles 737 femmes ayant subi l'hystérotomie  
321 (césarienne) à la maternité SONUC de Blitta de 2019 à 2024 ; dont la majorité (73 %)  
322 sont référencées des autres maternités du District Sanitaire de Blitta, contre 27% pour la  
323 maternité locale du centre hospitalier de Blitta (Tableau 1 et Figure 3). En d'autres  
324 termes, malgré les conditions contraignantes d'évacuation des patientes à partir des  
325 autres maternités sur la maternité de SONUC, le nombre de femmes provenant de  
326 l'arrière-pays est important.  
327

328 **Tableau 1: Moyennes annuelles des accouchements effectués par césarienne à la maternité SONUC  
329 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

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

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



333

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

335 Comme le montrent le tableau 1 et la figure 3, les femmes césarisées à l'hôpital  
336 préfectoral de Blitta de 2019 à 2024 peuvent être regroupées en trois principales  
337 catégories en fonction de la maternité de référence (provenance) et de l'effectif. On  
338 distingue la classe de Blitta-Gare et de Pagala-Gare dont les effectifs annuels moyens  
339 élevés (33 et 35) ; ensuite d'Agbandi et de Langabou dont les effectifs annuels sont  
340 moyens (16 et 19); puis enfin de la classe de Tsifama, Tcharèbaou et de Yégué qui se  
341 caractérisent par des effectifs annuels faibles (4 et 10). Cependant, il est à  
342

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

349

350 ***2.2. Principaux facteurs influençant les évacuations et la prise en charge de***  
351 ***parturientes dans le district sanitaire de Blitta (DSB)***

352 La présente section met en exergue trois principaux facteurs ayant des incidences sur  
353 les accouchements par césariennes pratiquées à la maternité SONUC de l'hôpital de  
354 District. Il s'agit de l'organisation structurelle et technique des soins obstétricaux et  
355 néonatals (la répartition des structures et du personnel sages-femmes et  
356 accoucheuses auxiliaires d'Etat-), de la subvention de la césarienne au Togo et des  
357 barrières géographiques.  
358

359

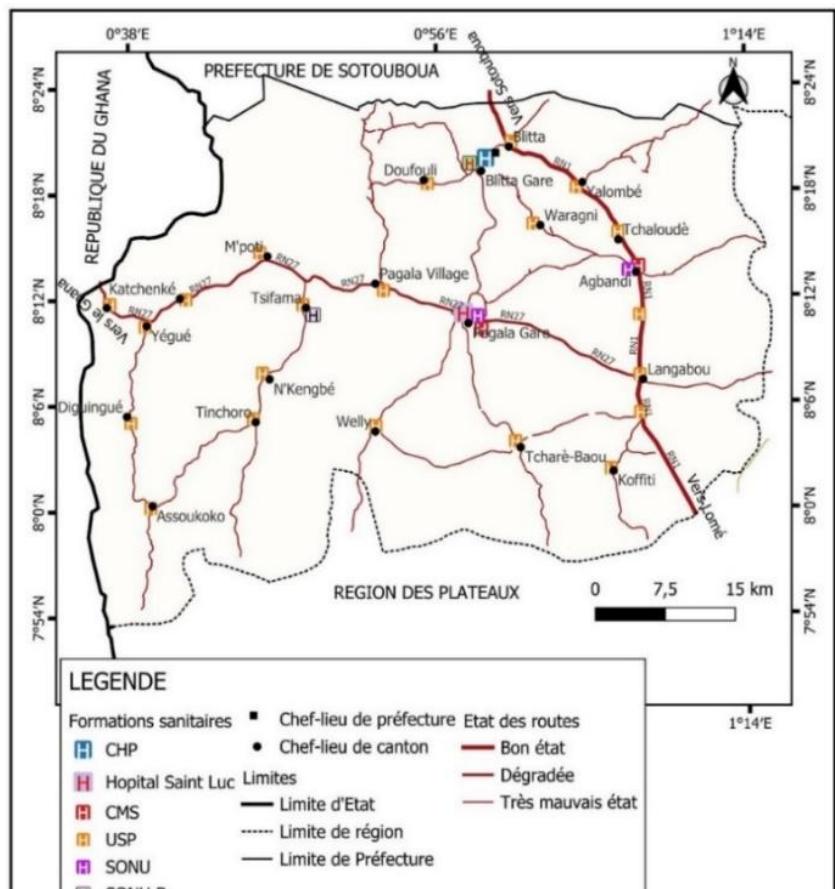
360 ***2.2.1 : Organisation structurel et technique des soins obstétricaux et néonatals dans district***  
361 ***sanitaire de Blitta (DSB)***

362

363 La préfecture de Blitta est l'un des 39 districts sanitaires du système de santé togolais.  
364 Cette échelle opérationnelle et locale des soins comprend un niveau hospitalier et un  
365 niveau communautaire (RT/MSHP, 2019, p. 13). Les maternités sont au premier rang  
366 des structures de la prise en charge de la santé maternelle et infantile, notamment de  
367 la femme enceinte. Comme l'illustre la figure 4 et le tableau 2, les données de terrain  
368 permettent de saisir la répartition spatiale de ces structures sur le territoire du district  
369 sanitaire de Blitta.  
370

371

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



373  
374

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

376

377

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

397 premières césariennes à partir de 2019.Toutefois, la répartition des structures  
 398 sanitaires par rapport à la superficie et la population des femmes en âge de procréer  
 399 (femmes de 15 à 49 ans) présente des disparités d'une commune à l'autre (Tableau 2).  
 400

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

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

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

405 Les ratios sont d'une maternité pour 133 km<sup>2</sup> et de trois maternités pour 5000 femmes  
 406 (15-49 ans) pour l'ensemble du district. Mais, ils sont respectivement d'une  
 407 maternité pour 81 km<sup>2</sup>, 196 km<sup>2</sup> et 160 km<sup>2</sup>; puis de 3, 2 et 5 maternités pour 5000  
 408 femmes (15-49 ans), pour les Blitta I, Blitta II et Blitta III. En effet, la communauté  
 409 internationale a développé depuis quelques années, le concept de maternité de Soins  
 410 Obstétricaux et Néonataux de Base (SONU), afin d'apporter une réponse médicale  
 411 aux complications obstétricales que connaissent les parturientes. On distingue des  
 412 maternités SONUB ou le niveau I de référence d'urgences obstétricales médicales ;  
 413 puis des maternités SONUC ou le niveau II de référence chirurgicale et de  
 414 transfusion sanguine (RT/MS, 2014, p. 29). Les maternités de Tsifama et de Blitta-  
 415 Gare sont respectivement SONUB et SONUC dans le DSB.Selon la DPS, un  
 416 gynécologue, dix-sept sages-femmes et 31 accoucheuses auxiliaires d'Etat constituent  
 417 l'essentiel du personnel médical et paramédical chargés d'assurer les soins  
 418 obstétricaux, néonatals de base et complets sur le territoire du DSB (Tableau 3).  
 419

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

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

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

423 Le tableau 3 montre la répartition des charges par les 17 sages-femmes et 33  
 424 accoucheuses auxiliaires d'Etat sensées de couvrir les 40 012 femmes (15-49 ans) et les  
 425 3191 km<sup>2</sup> correspondant au DSB en 2024. En d'autres termes, chaque sage-femme  
 426 assure environ 188 km<sup>2</sup>, pendant que chaque accoucheuse auxiliaire 97 km<sup>2</sup>.  
 427 Toutefois, la taille théorique des zones à couvrir par ce personnel de santé maternelle  
 428 et infantile varie au niveau de la DSB, notamment d'une commune à une autre. Ainsi,  
 429

431 les 74 km<sup>2</sup> et 62 km<sup>2</sup> à couvrir à Blitta I, sont respectivement multipliées par 4 (264  
432 km<sup>2</sup>) et 3 (157 km<sup>2</sup>) à Blitta II ; puis par 7 (533 km<sup>2</sup>) et 3 (160 km<sup>2</sup>) à Blitta III. Ces  
433 disparités traduisent des surplus de distances à parcourir et plus de charge de travail  
434 au niveaux des deux dernières communes. Le tableau 3 montre également des  
435 disparités entre ressources humaines (sages-femmes et accoucheuses auxiliaires) et le  
436 nombre de femmes à charge dans le DSB. Pendant que le ratio est de 3 sages-femmes  
437 et 4 accoucheuses auxiliaires pour 5000 femmes à Blitta I, il est plutôt d'une sage-  
438 femme et 2 accoucheuses auxiliaires, aussi bien à Blitta II qu'à Blitta III. Avec des  
439 superficies à couvrir par sage-femme et accoucheuse en dessous des moyennes du  
440 district, Blitta I a la meilleure répartition des ressources. En conséquence, le territoire  
441 du DSB ne semble pas être suffisamment couvert en personnel qualifié, aussi bien  
442 quantitativement que qualitativement.  
443

#### 444 2.2.2 : *La subvention de la césarienne au Togo*

445 Pour le directeur préfectoral de la santé de Blitta, les transformations sanitaires qui  
446 permettent désormais la pratique de l'hystérotomie sur son territoire, sont une  
447 application locale du programme national de subvention de la césarienne au Togo.  
448 Cette initiative faisant partie de la « *Campagne d'Accélération de la Réduction de la*  
449 *Mortalité Maternel en Afrique (CARMMA)* » de l'Union Africaine (UA) ; a permis la  
450 réduction conséquente du coût de la césarienne dans toutes les formations sanitaires  
451 publiques du Togo. Depuis 2011, le coût de cette pratique médicale est ramené de  
452 110.000 FCFA à 10.000 FCFA, soit une baisse de 91%. Selon ce dernier, le  
453 renforcement de la capacité de réponse du système local de santé face aux  
454 complications obstétricales et néonatales, notamment en termes de plateau technique  
455 et de ressources humaines, s'inscrit également dans la mise en œuvre du CARMMA  
456 au Togo. Ce programme apporte des améliorations certaines à la qualité des soins  
457 obstétricaux néonatals d'urgence, puis indirectement la réduction de la mortalité  
458 maternelle et infantile dans cette zone. Toutefois, faudrait-il que les patiente  
459 nécessitant médicalement la césarienne soient en mesure de faire le déplacement de  
460 Blitta-Gare ; afin de bénéficier de ce programme dans leur prise en charge.

#### 461 2.2.3 : *Barrières géographiques à l'évacuation d'urgence de femmes enceinte et de* 462 *parturientes pour leur prise en charge dans le district sanitaire de Blitta (DSB)*

463 Les enquêtes de terrain, notamment les observations ont permis d'identifier des  
464 barrières géographiques à l'évacuation femmes enceinte et des parturientes vers la  
465 maternité SONUC de Blitta-Gare, pour leur prise en charge conséquente. Il s'agit  
466 essentiellement de l'éloignement par rapport à la maternité d'accueil, de l'état du  
467 réseau routier, de la densité de la population et du milieu de résidence (K. Odjih,  
468 1993, op.cit.).

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

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

500

### 501 3. Discussion

502

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

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

513

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

522

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

527 nécessaires), justifiées par des pratiques culturelles ou des politiques hospitalières,  
528 comme le soulignent W. C. P. D. Kaboré, (2018, P.17) et A. Dumont et C. Z. Guilmoto  
529 (2020, p.1).

530  
531 La mise en œuvre par l'Etat de la politique de subvention de la césarienne dans le  
532 cadre de la « *Campagne d'Accélération de la Réduction de la Mortalité Maternelle en*  
533 *Afrique (CARMMA)* de l'Union Africaine lancée en 2009 » signalée dans cette  
534 recherche est confirmée par S. Bantakpa et B. Gnoumou Thiambiano (2023, p. 168), A.  
535 Dumont et C.Z. Guilmoto (2020, p.3) et W. C. P. D. Kaboré (2018, p. 19). Pour ces  
536 auteurs, la réduction ou la suppression totale des coûts pour les patientes a permis de  
537 relever le niveau de la césarienne en Afrique subsaharienne.

538  
539 Par ailleurs, le taux moyen annuel de césarienne enregistré sur la période 2019-2024  
540 dans le district sanitaire de Blitta (Togo) n'est que de 3,3%. Ce taux est similaire au  
541 taux de 2,7% révélé par N. Kéita, F.D. Diallo, E. Gandaho et D.W.A. Leno (2014,  
542 p.343) dans leur travail sur la Guinée. Selon ces auteurs, il s'agit de taux faibles et  
543 insuffisants qui ne présage pas une prise en charge conséquente de la santé  
544 maternelle et néonatale.

545  
546 Les facteurs géographiques telles que les conditions naturelles (topographie,  
547 pluviométrie, etc.), l'éloignement, le mauvais état des routes, la densité de population  
548 et le caractère rural d'un milieu constituent des obstacles à l'accès des  
549 femmes enceintes à la maternité SONUC de Blitta-Gare.

550  
551 Ces résultats sont similaires à ceux obtenus par K. A. Zongo (2018, p.2) N. Kéita et  
552 al.,(2014, p. 344), (K. Odjih, 1993, op.cit.). D'après ces auteurs, l'organisation  
553 territoriale des soins de santé, notamment l'inégale répartition géographique des  
554 structures de Soins Obstétricaux Néonatals d'Urgence Complet (SONUC) et du  
555 personnel qualifié, leur concentration en zone urbaine, l'état du réseau routier et la  
556 distance influencent l'utilisation des services de soins obstétricaux et néonatals  
557 d'urgence, notamment le coût des soins et le succès de la césarienne.

558  
559 **Conclusion**

560  
561 L'étude révèle des transformations notables dans le district sanitaire de Blitta (Togo),  
562 grâce à une réorganisation structurelle incluant des maternités dans au moins chaque  
563 chef-lieu de canton ; et surtout et le reclassement de celle de Blitta-Gare en SONUC et  
564 de Tsifama en SONUB. Les capacités techniques et humaines de ces structures  
565 sanitaires sont également renforcées. Cette amélioration permet la pratique de  
566 la césarienne à l'hôpital de Blitta-Gare depuis 2019.

567  
568 Cependant, malgré cet avantage et la politique nationale de subvention de réduction  
569 du coût de l'acte de 91%, les barrières géographiques entravent l'efficacité des soins  
570 obstétricaux et néonatals à l'hôpital de district. D'autre part, l'étude révèle que la  
571 situation des parturientes en difficulté est aggravée par trois principaux facteurs. Il  
572 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 Néonatals 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 mortinatalité 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  
593 **Références bibliographiques**

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

599  
600 BETRAN Ana Pilar, Ye J, Moller A, Souza JP et Zhang J, 2021, La tendance croissante  
601 de la césarienne Taux: estimations mondiales, régionales et nationales: 1990-2014, 8  
602 pages, <https://doi.org/10.1136/bmjgh-2021-00567>, consulté le 18/08/2024 ;

603  
604 CENTRE de Recherche en Reproduction Humaine et en Démographie-Bénin  
605 (CRRDBENIN), 2014, *Rapport de synthèse: l'évaluation de la politique de gratuité de la*  
606 *césariennedans cinq zones sanitaires*, Bénin, FEMHealth, 101 pages ;

607  
608 CHAUTEMS Caroline, MAFFI Irène et SAENZ MORALES Ainhoa, « La césarienne  
609 dans le monde, à l'intersection entre paysages médicaux globalisés et logiques locales  
610 », *Anthropologie & Santé*, <http://journals.openedition.org/anthropologiesante/14412>, 30  
611 pages, consulté le 31/08/2025, DOI : <https://doi.org/10.4000/1411d>;

612  
613 Césarienne, <https://fr.wikipedia.org/wiki/Césarienne>, consulté le 18/08/2024 ;

614  
615 DESPINASSE Romane, 2023, *Facteurs décisionnels à une césarienne sur demande*  
616 *maternelle*, *Gynécologie et obstétrique*, 2023, 49 pages, dumas-04582814 ;

617  
618 DIALLO Khadidia, 2024, *Étude de l'évolution du taux de césarienne sur 5 ans au sein du*  
619 *Centre Hospitalier Sud Francilien : Étude rétrospective*, *Gynécologie et obstétrique*, 57  
620 pages, dumas-05016735;

- 627 DUMONT Alexandre et GUILMOTO Christophe Z. 2020, « Trop et pas assez à la fois  
628 : le double fardeau de la césarienne », in *Bulletin mensuel d'information de l'Institut*  
629 *national d'études démographiques*, Numéro 581 • septembre 2020 • *Population & Sociétés*,  
630 4 pages ;  
631  
632 <https://www.republique togolaise.com/sante/2508-5913-le-gouvernement-cree-wezou-un-programme-national-d-accompagnement-de-la-femme-enceinte-et-du-nouveau-ne>;  
633  
634  
635  
636 KABORE Wendyam Charles Paulin Didier, 2017, *Déterminants de la césarienne de*  
637 *qualité en Afrique de l'Ouest, Santé publique et épidémiologie*, Université Pierre et Marie  
638 Curie - Paris VI, pages 146 pages ;  
639  
640 KEITA Namory, F.D. DIALLO, E. GANDAHO et D.W.A. LENO, 2014, La césarienne  
641 en Afrique : exemple de la Guinée *Collège national des gynécologues et*  
642 *obstétriciens français*, 38es journées nationales, Paris, pp 259-346  
643  
644 KEHRER Ferdinand Adolf,  
645 [https://en.wikipedia.org/wiki/Ferdinand\\_Adolf\\_Kehrer](https://en.wikipedia.org/wiki/Ferdinand_Adolf_Kehrer), consulté le 18/08/2024  
646  
647 KITAMURA Tomomi, YOU Danzhen et GILBERT Ulrike, 2023, *Niveau d'évolution de*  
648 *la mortalité infantile et juvénile en Afrique de l'Ouest et du Centre*, 24 pages.  
649  
650  
651 ODJIH Komlan, 1993, *La route Yégué-Langabou et ses implications socioéconomiques*  
652 *dans le pays Adélé (Centre-Ouest du Togo)*, Mémoire de maîtrise de géographie,  
653 université  
654 de Lomé, 127 pages ;  
655  
656  
657 OMS, 2024, *Le Togo évalue la mise en œuvre de son programme de subvention de la*  
658 *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 ;  
659  
660  
661  
662 PLANIFICATION FAMILIALE-LE PARTENARIAT DE OUAGADOUGOU, 2022, *Le*  
663 *gouvernement du Togo décide de subventionner la*  
664 *césarienne*, <https://partenariatouga.org>, consulté le 18/08/2024 ;  
665  
666  
667 RAVIT Marion, 2019, *Résumé de Thèse de Santé Publique(Epidémiologie)*, soutenue  
668 Université Pierre et Marie Curie, 1 page ;  
669  
670  
671 RT/MPDC/INSEED, 2023, *5e Recensement Général de la Population et de l'Habitat*  
672 (*RGPH-5*) *de novembre 2022, volume n°i, distribution spatiale de la population résidente par*  
673 *sexe*, Lomé, 102 pages ;  
674  
675 RT/MS, DGAS 2015, *La carte sanitaire des Soins Obstétricaux et Néonataux d'Urgence*  
676 (*SONU*) *au Togo*, Lomé, 88 pages ;  
677  
678 RT/MSHP, 2019, *Annuaire des stat sanitaires du Togo*, Lomé, 124 pages ;

- 679  
680 RT/MPDC/INSEED, 2023, *5e Recensement Général de la Population et de l'Habitat*  
681 (*RGPH-5*) de novembre 2022, volume n°i, *distribution spatiale de la population résidente par*  
682 *sexe*, Lomé, 102 pages ;  
683  
684 RT/MPDC/INSEED, 2023, *Annuaire Statistique National 2022*, Lomé, 707 pages ;  
685  
686 RT/MSHP/DSNISI, 2023, *Annuaire des statistiques sanitaires, année 2022*, Lomé, 200  
687 Pages ;  
688  
689 RT/MPDC/INSEED, 2024, *Annuaire Statistique 2022-2023 de La Région Centrale*, Lomé,  
690 320 pages ;  
691  
692 RT/MSHP/DGEPIS, 2024, *Annuaire des stat sanitaire du Togo année 2023*, Lomé, 238  
693 pages ;  
694  
695 ZONGO Koudnoaga Augustin, 2018, *Comment améliorer la qualité de la césarienne dans*  
696 *les pays d'Afrique sub-saharienne ?*. Santé publique et épidémiologie. Université  
697 Pierreet Marie Curie-Paris VI, 2015, 93 pages.  
698  
699  
700  
701  
702  
703