

COMMENT BÉNÉFICIER DU DIVIDENDE DÉMOGRAPHIQUE ?

La démographie au centre des trajectoires de
développement dans les pays de l'UEMOA

ANALYSE PAYS **TOGO**



Etude coordonnée
par Initiatives Conseil
International, Burkina Faso

Auteur :
Jean-Pierre Guengant,
Directeur de recherche émérite IRD,
coordinateur scientifique

Avec la collaboration de :
Yarri Kamara, économiste
et de Nicolas de Metz, logisticien

Consultants pays :
Kuakuvi K. Gbenyon,
statisticien-démographe,
faculté des sciences
économiques et de gestion,
Université de Lomé



Etude financée par

Avertissement

Cette analyse pays Togo constitue une des douze analyses produites dans le contexte du projet «Comment bénéficier du dividende démographique ? La démographie au centre des trajectoires de développement dans les pays de l'UEMOA, ainsi qu'en Guinée, au Ghana, en Mauritanie et au Nigeria».

Cette analyse est publiée par l'Agence Française de Développement dans un premier temps en **version non définitive** à l'occasion de la conférence « population, développement et planification familiale en Afrique de l'Ouest francophone : l'urgence d'agir » (Ouagadougou, 8-11 février 2011).

Une publication reliée à paraître en 2011 compilera l'ensemble des analyses pays définitives développées à cette occasion.

Cette publication préliminaire a été réalisée avec le soutien de Vincent Joguet, Division de la communication, AFD.

Pour de plus amples informations, contacter Sarah Lahmani, Division animation et prospective, Direction de la stratégie, AFD, lahmanis@afd.fr

Les analyses et conclusions de ce document sont formulées sous la responsabilité de ses auteurs. Elles ne reflètent pas nécessairement le point de vue de l'Agence Française de Développement ou des institutions partenaires.

Contexte et méthodologie de cette analyse

Contrairement à une idée reçue, le futur démographique de l'Afrique subsaharienne n'est pas écrit. Selon la révision 2008 des projections de population de la Division de la Population des Nations unies (publiée en mars 2009), la population de l'Afrique subsaharienne, estimée en 2010 à 860 millions d'habitants, pourrait se situer en 2050 entre 1,5 milliard et 2 milliards d'habitants selon que la fécondité baisse d'environ 5 enfants par femme en 2010, à 2 ou 3 enfants par femme en moyenne en 2050. Ces hypothèses supposent cependant implicitement une augmentation annuelle de l'utilisation de la contraception de 1 à 1,5 point de pourcentage par an dans les 15 ou 20 prochaines années. Or, en Afrique de l'Ouest et en Afrique centrale, qui représentent plus de la moitié de la population d'Afrique subsaharienne, l'augmentation annuelle de l'utilisation de la contraception moderne au cours des 20 dernières années a été de 0,3 point par an en Afrique de l'Ouest et de 0,2 point en Afrique centrale.

Les enjeux sociaux, économiques et politiques associés aux diverses trajectoires démographiques que l'on peut imaginer en analysant correctement les données disponibles sont énormes. Il s'agit de la capacité des pays à satisfaire les besoins essentiels de leurs populations en santé et en éducation. Il s'agit aussi de la possibilité ou non pour les systèmes agraires africains de réduire l'insécurité alimentaire et nutritionnelle qui touche de nombreux pays, en milieu urbain comme en milieu rural. Il s'agit également de la capacité des Etats et des pouvoirs locaux à élaborer et à mettre en œuvre des politiques efficaces en vue d'un développement durable (préserver l'environnement, prévenir les conflits, assurer la sécurité des biens et des personnes, équiper et gérer un nombre croissant d'agglomérations et accompagner l'émergence d'économies urbaines dynamiques...).

De façon à éclairer précisément la situation dans chacun des pays de l'UEMOA, une série d'analyses pays a été réalisée dans le contexte de la préparation de la **conférence "Population, développement et planification familiale en Afrique de l'Ouest francophone : l'urgence d'agir" (Ouagadougou, 8-11 février 2011)** organisée conjointement par le Ministère des affaires étrangères et européennes, l'USAID, l'AFD, la Fondation Gates et la Fondation Hewlett, avec l'appui d'Equilibres et Populations. Ces analyses doivent être considérées comme des contributions aux réflexions en cours dans chaque pays sur la formulation d'un diagnostic et l'élaboration des politiques et programmes à mettre en œuvre pour conforter et accélérer la croissance économique et réduire la pauvreté. Ces contributions à l'analyse de la situation dans divers pays seront complétées par une synthèse régionale et les divers documents produits seront accessibles depuis le site internet de l'AFD.

Plusieurs horizons temporels ont été adoptés pour la réalisation de ces contributions. Tout d'abord, chaque fois que possible, l'objectif était de retracer à l'aide de divers indicateurs les évolutions démographiques économiques et sociales depuis 1960, année de l'indépendance de la plupart des pays de la sous-région. Les résultats obtenus permettent de mesurer l'ampleur des efforts réalisés dans chaque pays, notamment dans les domaines de l'éducation et de la santé, deux composantes essentielles du capital humain. Mais ces contributions permettent aussi de mieux appréhender l'ampleur des efforts qui restent à accomplir. Par ailleurs, des projections de populations avec diverses hypothèses couvrant la période 2010-2050 ont été réalisées. Les résultats obtenus à l'horizon 2050 n'ont pas d'autre objectif que d'esquisser divers futurs possibles à 40 ans d'échéance, c'est-à-dire "après-demain" et d'amorcer une réflexion à ce sujet. Mais les résultats obtenus pour 2020 et 2030, c'est-à-dire "demain", mettent en évidence à la fois les tendances lourdes, incontournables, auxquelles il faudra bien s'adapter et les marges de manœuvre possibles pour influencer la dynamique démographique et satisfaire plus ou moins bien les besoins des populations, notamment dans les domaines de la santé et de l'éducation. L'analyse de diverses politiques et de plusieurs programmes (publics et privés) passés ou en cours complète ce tableau avec le souci d'améliorer leurs impacts.

Les données utilisées pour réaliser ces contributions sont diverses. Elles comprennent les données publiées par les institutions nationales, notamment par les Instituts de Statistiques ou leurs équivalents et les données disponibles dans les bases de données internationales. Mais chaque fois que possible, les données nationales, en particulier celles accessibles sur les sites web des Instituts de Statistiques, ont été privilégiées. Les références des bases de données internationales utilisées sont indiquées dans chaque contribution ; les plus utilisées ayant été celles de la Division de la Population des Nations unies, de la Banque mondiale et de *Measure DHS* (pour les Enquêtes Démographiques et de Santé). Pour ce qui concerne les stratégies, les politiques, les plans et programmes dans les domaines de la population, de la santé, de la santé de la reproduction, ou de la réduction de la pauvreté et autres politiques sectorielles (éducation, sécurité alimentaire,

approvisionnement en eau potable, accès à des systèmes d'assainissement, aménagement du territoire), les documents utilisés sont les documents originaux émanant des Ministères ou autres services officiels nationaux. En fonction de leur accessibilité, ces documents ont été collectés par les consultants nationaux directement auprès de ces services ou *via* leurs sites internet. De même, les documents utilisés concernant les partenaires internationaux et privés ayant des activités en matière de population et en santé de la reproduction sont ceux fournis par les consultants nationaux ou bien ont été collectés *via* leurs sites internet lorsque disponibles. Les sources et les références exactes de ces documents sont également précisées.

Afin de pas trop alourdir ces contributions, on a essayé de se limiter aux documents les plus récents, mais tous les documents récents disponibles sur la population, la santé, la santé de la reproduction etc. n'ont pas nécessairement été cités. Par ailleurs, certains domaines qui pourtant ont un rapport avec la population, tels que l'environnement, n'ont pas été traités. Nous regrettons ces limitations, mais il était difficile de prétendre à l'exhaustivité dans un domaine aussi complexe que celui des relations entre croissance démographique et développement. Enfin, dans la plupart des cas, les données et documents utilisés sont ceux qui étaient disponibles au 3^{ème} trimestre 2010. Dans certains pays et dans quelques-uns des domaines couverts, la publication de données nouvelles et/ou l'adoption de stratégies, politiques, plans, programmes après la finalisation de la contribution sont évidemment susceptibles de d'affecter les analyses, commentaires et interprétations de certaines parties rédigées, à partir de données et documents, qui fin 2010, n'étaient pas les plus récents. Le lecteur nous en excusera également, mais il s'agit là d'une contrainte habituelle de ce type de travail.

Sommaire

1	INTRODUCTION	5
2	La forte croissance démographique du Togo serait en train de se ralentir	7
2.1	Une multiplication par quatre de la population depuis 1960	7
2.2	Plus de 10 millions de Togolais en 2030, 13 ou 16 millions en 2050 ?	11
3	Le Togo face aux défis de la croissance et de l'amélioration de son capital humain.....	18
3.1	Quels impacts de la croissance démographique sur la croissance économique ?	18
3.2	Quels impacts de la croissance démographique sur l'éducation ?	22
3.3	Quels impacts sur la santé et sur la santé de la reproduction ?	25
3.4	Comment le Togo peut-il bénéficier du dividende démographique ?	28
4	Les politiques publiques du Togo face aux défis démographiques.....	31
4.1	Les politiques de population.....	31
4.2	Les politiques de santé et en santé de la reproduction.....	32
4.3	Les Cadres Stratégiques de Lutte contre la Pauvreté	33
4.4	Les politiques sectorielles	35
4.5	Cohérence, articulation des politiques, plans et programmes	37
5	Comment gérer la variable population au Togo ?.....	39
5.1	Les partenaires en population et santé de la reproduction	39
5.2	Peut-on accélérer la baisse de la fécondité ?	41
5.3	Quels sont les coûts associés à l'augmentation de la prévalence ?.....	47
6	CONCLUSIONS ET RECOMMANDATIONS	53

1 INTRODUCTION

Depuis les années 1980, le Togo a connu une croissance économique moyenne de l'ordre de 2% à 2,5% par an, un taux inférieur à son taux d'accroissement démographique, ce qui a conduit à une stagnation du PIB par tête. La meilleure performance a été enregistrée entre 1995 et 2004 - 4,0% par an en moyenne - mais elle a été suivie d'un repli avec une croissance estimée à seulement 2,5 % par an pour la période 2005-2009 quasiment égale à la croissance démographique. La croissance économique pourrait cependant atteindre 3,5% par an en moyenne entre 2010 et 2012, soit un point de pourcentage de plus que la croissance démographique, ce qui est mieux mais reste insuffisant pour réduire la pauvreté qui touche plus ou moins un Togolais sur deux.

Les estimations sur la population du Togo et sa dynamique démographique sont approximatives du fait de l'absence de recensement de la population entre 1981 et fin 2010 et de données récentes sur les niveaux de fécondité et de mortalité. Ainsi les estimations de la population du Togo en 2010 varient de 5,9 millions à 6,8 millions de personnes selon les sources. Les données disponibles fin 2010 suggèrent cependant que la baisse de la fécondité serait déjà relativement bien engagée au Togo et que le taux de croissance de la population aurait diminué de plus de 3% par an à environ 2,5% par an ces dernières années, taux qui reste cependant important. Ces estimations devront être confirmées par les résultats du recensement de novembre 2010 et de nouvelles enquêtes.

Il reste que compte tenu de la forte croissance démographique passée et de l'extrême jeunesse de la population – 60% des Togolais ont moins de 25 ans - la population du pays devrait continuer à croître fortement. Elle devrait ainsi augmenter d'au moins 50% d'ici 2030 et elle devrait au moins doubler d'ici 2050. Parallèlement, la population urbaine et la population de Lomé devraient doubler d'ici 2030 et elles devraient être multipliées par 3 ou 4 d'ici 2050 dépendant de l'évolution de la fécondité et des migrations rurales urbaines. La conséquence de ces évolutions est qu'une forte demande sociale va continuer de s'exprimer en matière de santé, de scolarisation, de création d'emplois et que la prise en compte de ces besoins implique des actions tant dans les secteurs économiques que sociaux.

Dans le Document Complet de Stratégie de Réduction de la Pauvreté (DSRP-C) 2009-2011 que vient d'adopter le Togo, il est rappelé que « la vision du Chef de l'Etat consiste à moyen et à long termes, à porter le Togo, qui sort d'une longue période de fragilité politique et économique, au stade d'une nation émergente »¹. Néanmoins le cadrage macroéconomique retenu table prudemment sur une reprise progressive de la croissance. Par ailleurs, il est important de noter que le DSRP-C s'appuie pour atteindre ses objectifs sur « quatre piliers stratégiques » parmi lesquels le développement du capital humain.

L'amélioration du capital humain du Togo requiert la poursuite d'efforts considérables d'ici 2030, notamment dans les domaines de l'éducation secondaire et universitaire si le Togo veut atteindre rapidement une qualité de capital humain comparable à celle existant dans les pays émergents². Il faut rappeler à ce sujet qu'une augmentation majeure des investissements sociaux et des investissements productifs, moteur d'une croissance forte est facilitée par une réduction rapide du nombre de personnes à charge par actif, ou "taux de dépendance". C'est ce qu'ont fait de nombreux pays émergents grâce à la réduction rapide de leur fécondité, ce qui leur a permis d'entrer dans ce qu'on appelle « la fenêtre d'opportunité démographique », puis, grâce à une structure par âge plus favorable aux actifs, de bénéficier, sous certaines conditions, réunies notamment en Asie, d'un « dividende démographique » favorable à l'accélération de leur croissance économique.

¹ République Togolaise (2009) : *Document Complet de Stratégie de Réduction de la Pauvreté 2009-2011*, Lomé, page 38.

² On peut définir les pays émergents comme des pays autrefois considérés « en développement » voire « sous-développés », dont le PIB par habitant reste inférieur à celui des pays développés, mais qui connaissent une croissance économique rapide et dont le niveau de vie et les structures économiques convergent vers ceux des pays développés. On peut citer parmi ces pays en Afrique : Maurice, la Tunisie, l'Égypte, le Maroc et l'Afrique du Sud, en Asie : l'Inde, la Chine, la Corée du Sud, Singapour, la Thaïlande, l'Indonésie, la Malaisie, la Turquie et en Amérique latine : le Brésil, le Mexique. La liste des pays dits émergents varie cependant selon les sources et les auteurs. Par exemple la Corée du Sud et Singapour sont souvent considérés aujourd'hui non pas comme des pays émergents mais comme des pays développés.

Le Togo pourrait effectivement bénéficier, comme d'autres pays l'ont fait avant lui, du dividende démographique pour conforter et accélérer sa croissance économique. En effet, il semble bien avancé dans sa transition démographique et sa population a déjà des niveaux d'éducation primaire appréciables. Mais pour pouvoir bénéficier du dividende démographique, il importe que le Togo continue à chercher à accélérer sa transition démographique (accélérer la baisse de la fécondité et continuer parallèlement à faire baisser la mortalité) au travers de programmes de santé et de planification familiale. L'accélération de la baisse de la fécondité permettrait au Togo de bénéficier des lourds investissements qu'il a consentis dans le passé dans l'amélioration de son capital humain.

Mais, l'accélération de la baisse de la fécondité requiert l'engagement des autorités et de leurs partenaires en faveur de la planification familiale et nécessite aussi des moyens financiers importants. Il faut cependant garder à l'esprit que les coûts d'un programme de planification familiale sont à 10 ans d'échéance plus que compensés par « les moins à dépenser » en éducation, amélioration de la santé maternelle et vaccinations induits par le ralentissement de l'augmentation du nombre de naissances. Un investissement en planification familiale apparaît donc comme un investissement avec des retours très importants à la fois à court terme et à long terme qui facilite en même temps l'amélioration du capital humain que constituent les enfants.

2 La forte croissance démographique du Togo serait en train de se ralentir

2.1 Une multiplication par quatre de la population depuis 1960

Les estimations de la population dont on dispose fin 2010 pour le Togo varient de 5,9 millions selon les données nationales à 6,8 millions selon la Division de la Population des Nations unies³. En fait en l'absence de données sur les effectifs de la population depuis le recensement de 1981 et de données récentes sur les niveaux de fécondité et de mortalité, ces estimations restent approximatives et dépendantes des méthodes utilisées. Heureusement, la réalisation du 4^{ème} Recensement Général de la Population et de l'Habitat (RGPH) du 6 au 19 novembre 2010, presque 30 ans après le recensement de 1981 va bientôt permettre une actualisation des effectifs de la population togolaise et de sa dynamique démographique. En attendant la publication des résultats de ce recensement nous avons utilisé dans ce document les estimations de la Division de la Population des Nations unies par sexe et par âge réalisées à partir d'hypothèses d'évolution de la fécondité, de la mortalité et des migrations, plutôt que celles de la Direction Générale de la Statistique et de la Comptabilité Nationale (DGSCN) qui s'appuient sur l'hypothèse d'une augmentation fixe de 2,4% par an de la population totale.

La population du Togo qui était de 1,6 million d'habitants en 1960 serait donc passée en 2010 à 5,9 millions ou 6,8 millions selon les données utilisées. Ainsi, quels que soient les estimations de population utilisées pour 2010, il apparaît clairement que la population du Togo a été plus ou moins multipliée par quatre depuis l'indépendance (tableau 1 et figure 1.1). Elle continue de croître de 140 000 à 160 000 personnes par an.

Mais, alors que la population rurale a été multipliée par près de 3 fois depuis 1960, l'ensemble de la population urbaine a été multipliée par 19 et la population de Lomé, la capitale, par 18. Mais, avec toujours quatre Togolais sur dix vivant en milieu rural en 2010, le Togo reste, pour quelque années encore, un pays majoritairement rural. Selon les projections de la Division de la Population des Nations unies, le Togo devrait devenir un pays majoritairement urbain en 2020⁴. La population de Lomé représenterait toujours plus la moitié (56% en 2010) de l'ensemble de la population urbaine du pays.

L'accroissement important de la population du Togo depuis 1960 est la conséquence d'une baisse rapide de la mortalité et du maintien sur une longue période d'une forte fécondité. Avec en 2010, une espérance de vie à la naissance estimée à 63 ans (contre 45 ans en 1960) et une fécondité estimée à 4,0 enfants par femme en moyenne (figure 1.2), la première phase de la transition démographique : la baisse de la mortalité est bien avancée et la seconde phase : la baisse de la fécondité semble amorcée (figure 1.2). Ceci dit l'estimation de la Division de la Population des Nations unies de 4,0 enfants par femme en 2010, doit être confirmée par des données récentes, car les dernières données disponibles, 5,4 enfants par femme, portent sur les années 1993 à 1998⁵.

³ La Direction Générale de la Statistique et de la Comptabilité Nationale(DGSCN) estime sur la base d'un taux d'accroissement de 2,4% par an appliqué à la population totale, la population du Togo en 2009 à 5,731 millions³, ce qui donne par extrapolation 5,870 millions en 2010 (voir www.stat-togo.org, voir Statistiques structurelles, Démographie). La Division de la Population des Nations unies procède elle à une reconstitution de la dynamique démographique de tous les pays du monde, y compris le Togo, à partir de toutes les données dont elle dispose pour chaque pays (voir <http://www.un.org/esa/population/unpop.htm/>). On a repris ici les estimations de la Division de la Population des Nations unies pour la période 1960-2010, à cause de l'absence de données nationales récentes sur la structure par âge et les niveaux de fécondité et de mortalité. Cette reconstitution et les projections 2010-2050 présentées plus bas devront être révisées dès que les résultats du recensement de la population de novembre 2010 seront connus (en principe courant 2011, du moins pour les premiers résultats).

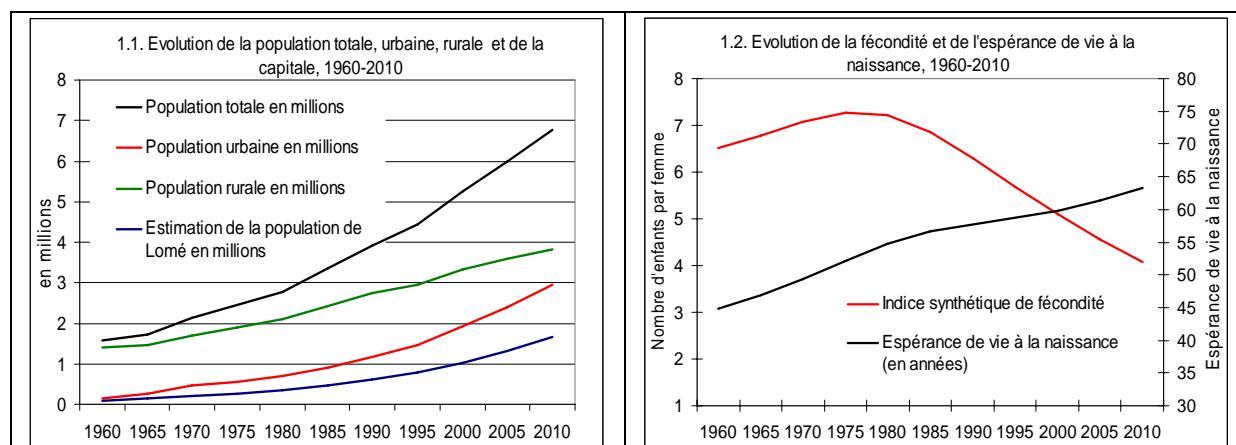
⁴ Selon les Nations unies <http://www.un.org/esa/population/unpop.htm> [World Urbanization Prospects: The 2009 Revision](http://www.un.org/esa/population/unpop.htm) Bénin

⁵ <http://www.measuredhs.com/pubs/> voir [Country Togo 1998 DHS Final Report \(French\)](http://www.measuredhs.com/pubs/) page 33.

Indicateur	1960	1980	1990	2000	2010
Population totale en milliers	1 566	2 785	3 926	5 247	6 780
Taux de croissance annuel en %	1,4	3,2	2,6	3,1	2,4
Population urbaine en milliers	158	687	1 182	1 917	2 945
Pourcentage % de la population urbaine	10,1	24,7	30,1	36,5	43,4
Estimation de la population de Lomé en milliers	95	344	619	1 020	1 667
Population rurale en milliers	1 408	2 098	2 744	3 331	3 835
Pourcentage % de la population rurale	89,9	75,3	69,9	63,5	56,6
Indice synthétique de fécondité	6,5	7,2	6,3	5,1	4,1
Espérance de vie à la naissance (en années)	44,8	54,8	57,7	59,8	63,3
Taux brut de natalité pour 1000	46,9	47,3	42,4	37,1	32,0
Taux brut de mortalité en pour 1000	21,1	13,7	11,4	9,6	8,1
Taux d'accroissement naturel pour 1000	25,9	33,6	31,0	27,5	24,1
Naissances par an en milliers	73	134	165	194	217
Décès par an en milliers	33	39	44	50	55
Naissances – décès par an en milliers	40	95	121	144	162
Accroissement annuel en milliers	23	90	103	161	160
Enfants de moins de 5 ans en milliers	272	530	698	842	970
Enfants de 5 à 14 ans en milliers	398	760	1 106	1 411	1 711
Jeunes de 15 à 24 ans en milliers	288	509	757	1 085	1 393
Femmes de 15 à 49 ans en milliers	364	611	875	1 244	1 689
Population de 15 à 64 ans en milliers	839	1 407	1 999	2 826	3 857
Population de 65 ans et plus en milliers	57	87	122	169	242
% d'enfants de moins de 5 ans	17,4	19,0	17,8	16,0	14,3
% d'enfants de moins de 15 ans	42,8	46,3	46,0	42,9	39,5
% de jeunes de moins de 20 ans	52,7	56,3	56,6	54,1	50,4
% de jeunes de moins de 25 ans	61,2	64,6	65,2	63,6	60,1
% de la population de 15 à 64 ans	53,5	50,5	50,9	53,8	56,9
% de la population de 65 ans et plus	3,7	3,1	3,1	3,2	3,6
Taux de dépendance (-15 et 65+/-15 à 64 ans)	0,87	0,98	0,96	0,86	0,76
Ratio actifs sur inactifs (15 à 64ans/-15 et 65+)	1,15	1,02	1,04	1,17	1,32
% d'enfants de moins de 20 ans	52,7	56,3	56,6	54,1	50,4
% de la population de 20 à 59 ans	41,6	38,6	38,5	40,9	44,1
% de la population de 60 ans et plus	5,7	5,0	4,9	5,0	5,5
Taux de dépendance (-20 et 60+/-20 à 59 ans)	1,41	1,59	1,60	1,45	1,27
Ratio actifs sur inactifs (-20 et 60+/-20 à 59 ans)	0,71	0,63	0,63	0,69	0,79

Source : voir note 3 (1960-1995 Nations unies : <http://www.un.org/esa/population/unpop.htm/>).

Figures 1.1. et 1.2. : Evolution des populations, de la fécondité, mortalité, 1960-2010.



Source : voir note 3 (1960-1995 Nations unies : <http://www.un.org/esa/population/unpop.htm/>)

On notera cependant que selon les estimations de la Division de la Population des Nations unies, l'épidémie du VIH/Sida a ralenti la progression de l'espérance de vie à la naissance au Togo entre le milieu des années 1980 et le milieu des années 2000. La prévalence de la maladie parmi la population de 15 à 49 ans qui était estimée en 2001 entre 2,8% et 4,3% était estimée en 2009 entre 2,5% et 3,8%⁶. Elle aurait donc peut-être légèrement diminué, mais elle reste à un niveau non négligeable et la vigilance reste de mise. Le nombre de personnes infectées était estimé en 2009 entre 99 000 et 150 000 personnes (dont entre 3 700 et 18 000 enfants de moins de 15 ans).

L'accroissement naturel de la population après avoir dépassé les 3% par an dans les années 1970 et 1980 se serait ralenti dans les années 1990 et il était estimé à 2,4% en 2010 (figure 1.3). Selon la reconstitution de l'évolution de la population depuis 1950 faite par la Division de la Population des Nations unies le solde migratoire semble le reflet de mouvements de départs suivis de retours (le plus souvent dans les pays voisins), conséquences des turbulences politiques qu'a connu les pays. Ainsi le solde migratoire a été négatif au début des années 1960, puis à nouveau dans les années 1970 et au début des années 1990. Il est estimé ces dernières années à quelque 1000 départs nets par an. Au total, ces mouvements ont eu un impact ponctuel sur le taux d'accroissement annuel de la population, qui est resté néanmoins en moyenne assez proche du taux d'accroissement naturel (figure 1.3).

L'ensemble de ces mouvements s'est traduit en termes de stocks de migrants selon les estimations de la Banque mondiale⁷ par près de 370 000 émigrants togolais vivant à l'extérieur du Togo en 2010, soit 5,4% de la population résidente, principalement en Afrique - au Nigeria, en Côte d'Ivoire, au Bénin, au Burkina Faso, au Niger et au Gabon - et au Nord, notamment en France, en Allemagne, en Italie et aux Etats Unis. Près de 20% des ces émigrants avaient en 2000 une éducation supérieure. Par ailleurs le nombre d'immigrants au Togo était estimé toujours en 2010 à 185 000 personnes, soit près de 3% de la population résidente, venant principalement des pays voisins, mais aussi de quelque pays européens et du Liban.

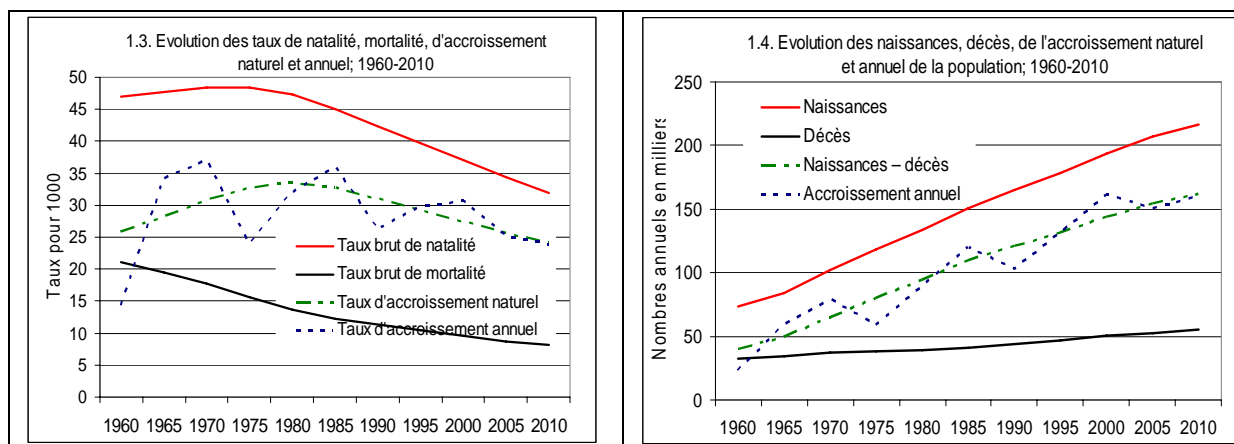
Les taux élevés de croissance démographique observés depuis 1960, proches donc du taux d'accroissement naturel, appliqués à une population croissante ont généré des accroissements annuels très importants de la population (de 23 000 en 1960 à 160 000 en 2010), du nombre annuel de naissances (de 73 000 à 217 000 - figure 1.4) et du nombre de jeunes. Entre 1960 et 2010 les effectifs des moins de 5 ans et des 5 à 14 ans auraient été ainsi été multipliés par 4 fois environ, de même que les effectifs des 15 à 24 ans. Parallèlement la population est devenue plus jeune et malgré la baisse récente supposée de la fécondité, elle reste très jeune. Le pourcentage des moins de 15 ans en 2010 serait en effet d'environ 40%, celui des moins de 20 ans de 50% et celui des moins de 25 ans de 60%. C'est ainsi qu'aujourd'hui un Togolais sur deux aurait moins de 20 ans et près de deux Togolais sur trois ont moins de 25 ans.

⁶ UNAIDS Report on The Global Aids Epidemic, 2010.

http://www.unaids.org/documents/20101123_GlobalReport_em.pdf , pages 180,181, 182

⁷ Migrations and remittances, Factbook 2011. Second Edition. The World Bank, November 2010, page 242.

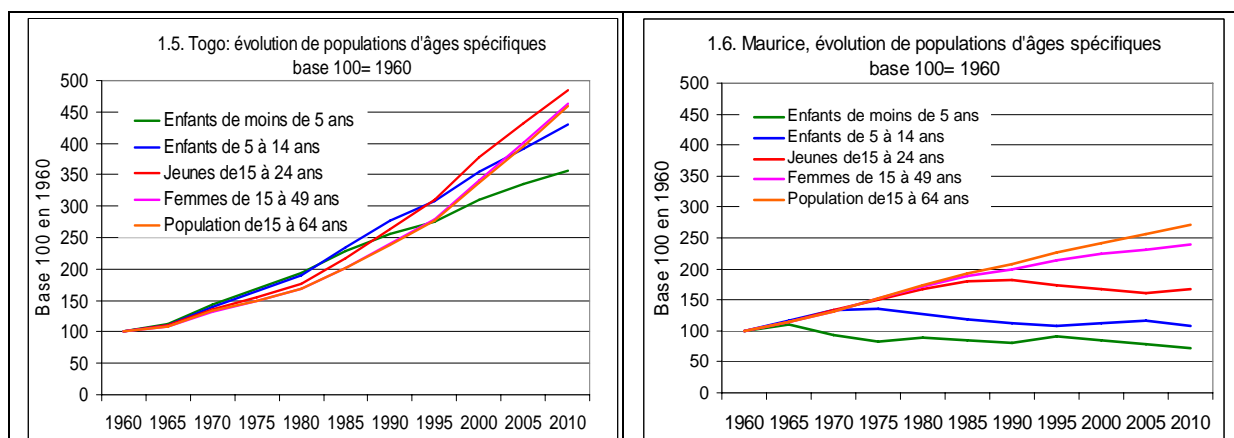
Figures 1.3. et 1.4. : Evolution de la dynamique démographique : taux, naissances, décès... 1960-2010.



Source : voir note 3 (1960-1995 Nations unies : <http://www.un.org/esa/population/unpop.htm/>)

Cette évolution - maintien depuis 1960 d'une forte croissance démographique et augmentation continue du nombre de jeunes - est en complet décalage avec celles observées dans les pays souvent qualifiés dans les années 1950 de pays « sous-développés » mais aujourd'hui qualifiés de pays émergents qui ont mis très tôt en place des politiques de réduction rapide de leur fécondité et donc de leur croissance démographique. La comparaison avec les évolutions observées à Maurice par exemple, est à cet égard édifiante (figures 1.5 et 1.6). A Maurice l'impact des politiques démographiques adoptées se fait sentir dès les années 1960 sur l'évolution du nombre des enfants. Pour les moins de 5 ans, ceci a conduit à une stabilisation rapide de leurs effectifs puis à une légère diminution par rapport aux effectifs des années 1960. Pour les 5 à 14 ans, ceci a conduit après une augmentation modeste dans les années 1960 et 1970, à une stabilisation de leurs effectifs au niveau de celui des années 1960. Au Togo par contre, les effectifs de ces deux populations ont fortement augmenté et si la croissance des effectifs de moins de 5 ans semble se ralentir, ceux-ci seraient quand même aujourd'hui 3,5 fois plus nombreux qu'en 1960 et les effectifs des 5 à 14 ans 4,5 fois plus nombreux.

Figures 1.5. et 1.6. : Togo et Maurice. Evolution comparée de populations d'âges spécifiques, 1960-2010.



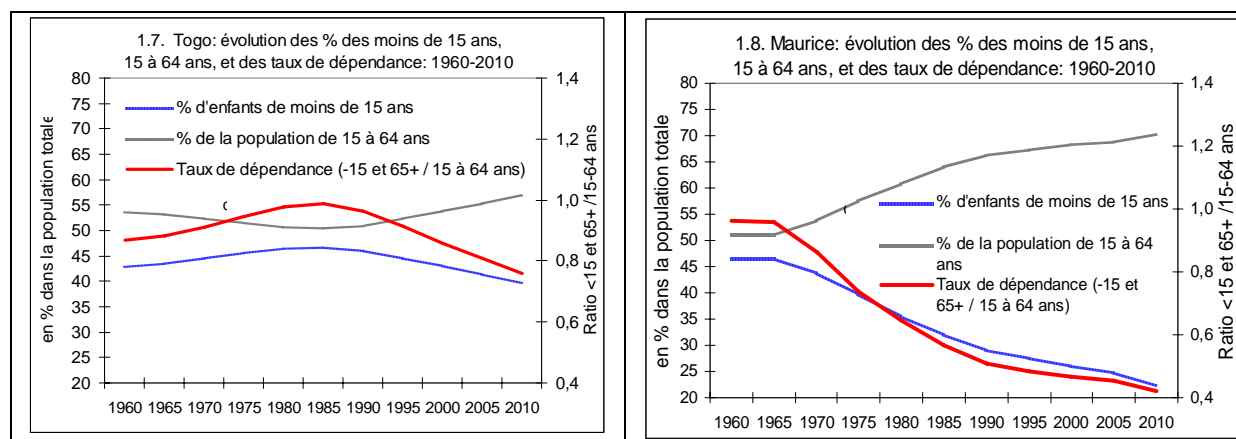
Source : voir note 3 (1960-1995 Nations unies : <http://www.un.org/esa/population/unpop.htm/>)

Conséquence de ces évolutions, le pourcentage de la population active (de 15 à 64 ans) dans la population totale a augmenté à Maurice pour atteindre 70% de la population en 2010, alors qu'il a peu varié au Togo et reste aujourd'hui inférieur à 60% (figures 1.7 et 1.8). Ceci a conduit à Maurice à des effectifs d'actifs 2,4 fois plus nombreux que les personnes à charge, alors qu'au Togo on a compté jusqu'en 1990 autant de personnes à charge que d'actifs potentiels âgés de 15 à 64 ans. Certes, le taux de dépendance aurait baissé récemment au Togo, mais il était toujours estimé à 0,8 en 2010,

contre 0,4 à Maurice. Cette évolution a permis de maîtriser à Maurice l'augmentation des coûts en santé et en éducation imputable à l'augmentation incontrôlée du nombre d'enfants et de jeunes, ce qui a ouvert pour ce pays une « fenêtre d'opportunité démographique » plus favorable à l'épargne et aux investissements productifs et aux investissements dans le capital humain.

Figures 1.7. et 1.8. : Togo et Maurice.

Evolution comparée % moins de 15 ans, 15 à 64 ans et des taux de dépendance, 1960-2010



Source : voir note 3 (1960-1995 Nations unies : <http://www.un.org/esa/population/unpop.htm>)

2.2 Plus de 10 millions de Togolais en 2030, 13 ou 16 millions en 2050 ?

A partir de ce constat, que peut-on dire du futur démographique du Togo ? Il faut rappeler que dans les pays où la transition démographique est en cours comme le Togo, l'évolution de la population et de ses diverses caractéristiques, dépend principalement de l'évolution de la fécondité. L'impact de l'évolution des autres variables, même s'il n'est pas négligeable, est en effet beaucoup moins important. Les projections de population qui éclairent le futur sont donc généralement basées sur plusieurs hypothèses d'évolution de la fécondité et une seule hypothèse d'évolution de l'espérance de vie à la naissance et des migrations internationales. C'est ainsi qu'ont été construites les projections de population faites au Togo de 1989 et celles publiées par la Division de la Population des Nations Unies. Ces projections sont des projections « normatives » car elles fixent a priori la date de début de baisse de la fécondité, le rythme de la baisse et les niveaux atteints à des horizons donnés. On a retenu ainsi, par exemple, dans les projections publiées au Togo en 1989, 6, 5 et 4 enfants par femme en 2012 respectivement pour les hypothèses de fécondité dites constante, baisse lente et baisse rapide⁸ et 4,1 enfants par femme en 2010 sous l'hypothèse moyenne des projections 2008 des Nations unies, qui s'appuient sur des modèles de baisse de la fécondité construits à partir des évolutions observées depuis 1950 dans divers pays en développement.

Cependant, rien ne garantit que l'évolution de la fécondité au Togo suive des normes données ou ces modèles. Dans l'exemple qui vient d'être donné, la Division de la Population des Nations Unies a pris comme hypothèse moyenne, l'hypothèse « baisse rapide » des projections nationales de 1989 jugées à l'époque peu probable. La disponibilité de nouvelles données permettra de dire qu'elle a été l'évolution de la fécondité au Togo ces dernières années. L'expérience de nombreux pays en développement depuis 1950 indique en fait que le début de la baisse de la fécondité et sa rapidité dépendent largement des politiques mises en œuvre et/ou des initiatives prises par des organisations de la société civile. Ces politiques et initiatives concernent en particulier ce qu'on appelle les déterminants proches de la fécondité : fréquence des unions, durée de l'insusceptibilité post-partum (liée aux durées de l'allaitement et de l'abstinence après l'accouchement), fréquence des avortements provoqués, importance de la stérilité et surtout prévalence de la contraception (niveau et efficacité des

⁸ Analyse des données du Recensement Général de la Population et de l'Habitat 1981, Document-Analyse # 8 « Le mouvement naturel et les perspectives de population » Direction de la Statistique, Division de la Démographie. Lomé, mai 1989, page 34

méthodes utilisées). Le modèle de Bongaarts⁹ a formalisé la relation entre niveau de fécondité et les valeurs de ces déterminants. Il permet ainsi de projeter l'évolution de la fécondité, non pas à priori, mais à partir des valeurs des déterminants proches. On dispose pour le Togo et les divers pays de la sous-région, de séries sur ces déterminants grâce aux enquêtes « Démographique et de Santé » (DHS)¹⁰ réalisées au Togo en 1988 et 1998. On dispose aussi, grâce à l'enquête MICS (Enquête par Grappes à Indicateurs Multiples) réalisée au Togo, de données pour 2006 sur le pourcentage de femmes en union et la prévalence de la contraception.

Après examen donc des données disponibles au niveau national et sous-régional et de la reconstitution de la dynamique démographique du Togo faite par la Division de la Population des Nations Unies pour les années récentes, nous avons construit à l'aide du modèle SPECTRUM¹¹, des projections pour la période 2010-2050. Ces projections doivent être considérées comme des outils préliminaires « d'aide à la décision ». Préliminaires, compte tenu de l'incertitude fin 2010, sur les effectifs et la dynamique démographique de la population togolaise. « Outil d'aide à la décision » car ces projections n'ont pas pour objet de présenter une hypothèse moyenne, supposément probable, mais de comparer les résultats obtenus selon les hypothèses retenues et donc d'éclairer les choix politiques correspondants.

Les projections 2010-2050 faites pour le Togo sont basées sur les hypothèses suivantes :

- population de départ par sexe et par âge : 6,8 millions mi 2010, telle qu'estimée dans la révision 2008 des projections réalisées par la Division de la Population des Nations Unies ;
- mortalité : espérance de vie à la naissance de 63,3 ans en 2010, continuant à s'accroître ensuite 68,6 ans en 2030 ...72,8 ans en 2050 ;
- urbanisation : progression du pourcentage de la population urbaine de 43% en 2010, à 50,5% en 2020, puis 57% en 2030 et 70% en 2050 (on a repris ici les projections 2009 des Nations unies¹² et supposé que la population de Lomé représenterait 56,6% de l'ensemble de la population urbaine en 2010, puis 55% en 2030, pourcentage maintenu constant jusqu'en 2050 ;
- migrations internationales : solde légèrement négatif, inférieur à -1000 en 2010, 2011 et 2012, puis solde de -1 000 départs nets par an maintenu constant de 2013 à 2050 (on a repris ici l'hypothèse des projections 2008 des Nations unies, déduite de leur reconstitution de l'évolution démographique du Togo depuis 1950) ;
- Déterminants proches de la fécondité :
 - pourcentage de femmes en union : diminution lente de 65% en 2010, à 60% en 2030 et 55% en 2050¹³
 - durée de l'in susceptibilité post-partum : diminution de 17,5 mois en 2010, à 14,5 mois en 2030 et 12,5 mois en 2050 ;
 - avortements provoqués : hypothèse d'un taux d'avortement négligeable jusqu'en 2050 ;
 - stérilité : maintien d'un taux de stérilité définitive de 3% jusqu'en 2050 ;
 - contraception : trois hypothèses d'augmentation de la prévalence de la contraception de 16,7% en 2010 pour l'ensemble des méthodes à :
 1. hypothèse dite haute, tendancielle : +0,5 point de pourcentage d'augmentation par an, ce qui conduit à une prévalence de 26,2% en 2030 et 36,7% en 2050,
 2. hypothèse intermédiaire : +1,0 point de pourcentage d'augmentation par an, ce qui conduit à une prévalence de 36,7% en 2030 et 56,7% en 2050,
 3. hypothèse dite basse, volontariste : +1,5 point de pourcentage d'augmentation par an, ce qui conduit à une prévalence de 46,7% en 2030, puis de 61,2% en 2050,

⁹ Bongaarts J., (1978), A Framework for Analyzing the Proximate Determinants of Fertility, Population and Development Review 4, 1: 105-132.

¹⁰ DHS : Demographic and Health Surveys, voir <http://www.measuredhs.com/countries/> et Togo 1988 et 1998

¹¹ voir <http://www.futuresgroup.com/resources/software/> . SPECTRUM version 3.46

¹² <http://www.un.org/esa/population/> voir [World Urbanization Prospects: The 2009 Revision](#)

¹³ ces chiffres sont nettement inférieurs à ceux de la plupart des autres pays de la sous-région, ce qui est susceptible d'expliquer en partie la fécondité plus faible observée au Togo)

et pour ces trois hypothèses, diminution de l'utilisation des méthodes traditionnelles moins efficaces : de 32% des méthodes utilisées en 2010, à 10% en 2030 et 5% en 2050.

Les augmentations de la prévalence contraceptive retenues de 0,5, 1,0 et 1,5 point de pourcentage par an correspondent à l'éventail des évolutions observées : lente, moyenne ou rapide, sur des périodes relativement longues (au moins 10 ans) dans les pays en développement entre les années 1970 et le début des années 2000¹⁴. C'est la raison pour laquelle nous les avons choisies.

L'hypothèse démographique dite haute a été qualifiée ainsi parce qu'elle donne les résultats les plus élevés en effectifs de population. Elle a aussi été qualifiée de tendancielle parce qu'elle correspond aux tendances de faible augmentation de l'utilisation de la contraception observée entre 1988 et 2006 au Togo associée à une faible diminution de la fécondité jusqu'au milieu des années 2000. L'hypothèse démographique dite basse a été qualifiée ainsi parce qu'elle donne les résultats les moins élevés en effectifs de population. Elle a aussi été qualifiée de volontariste, car elle suppose des efforts importants pour maintenir un accroissement rapide de l'utilisation de la contraception conduisant à une baisse parallèle rapide de la fécondité.

Les résultats de ces deux projections sont très contrastés selon les horizons, mais aussi selon les variables considérées. Premier constat, les populations totale, urbaine et de Lomé, vont continuer à augmenter fortement (tableau 2 et figures 2.1 et 2.2).

A l'horizon 2030, les résultats des deux projections ne sont pas très différents :

- 10,3 à 10,9 millions pour la population totale,
- 5,9 à 6,3 millions pour la population urbaine,
- et 3,2 à 3,4 millions pour Lomé.

A l'horizon 2050 par contre, les différences entre les hypothèses basse et haute sont plus importantes :

- 13 millions contre 16 millions pour la population totale,
- 9,1 millions contre 11,3 millions pour la population urbaine,
- et 5,0 millions contre 6,2 millions pour Lomé.

On notera aussi que dans les deux hypothèses, la population rurale se stabilise plus ou moins sous l'effet combiné de la baisse de la fécondité et de l'augmentation rapide de la population urbaine qui absorbe l'essentiel de l'augmentation projetée de la population totale. Ainsi, avec l'hypothèse démographique haute, la population rurale augmente de quelque 20% entre 2010 et 2030 et elle se stabilise à un peu moins de 5 millions de personnes (4,9 millions) à la fin des années 2040, soit à un niveau environ 25% plus élevé qu'en 2010. Avec l'hypothèse basse par contre, la population rurale atteint son maximum en 2030 avec 4,4 millions de personnes (14% de plus qu'en 2010) puis décroît légèrement pour retrouver en 2050 un niveau proche de 4 millions de personnes (3,9 millions) soit un niveau légèrement supérieur à celui de 2010 (3,8 millions).

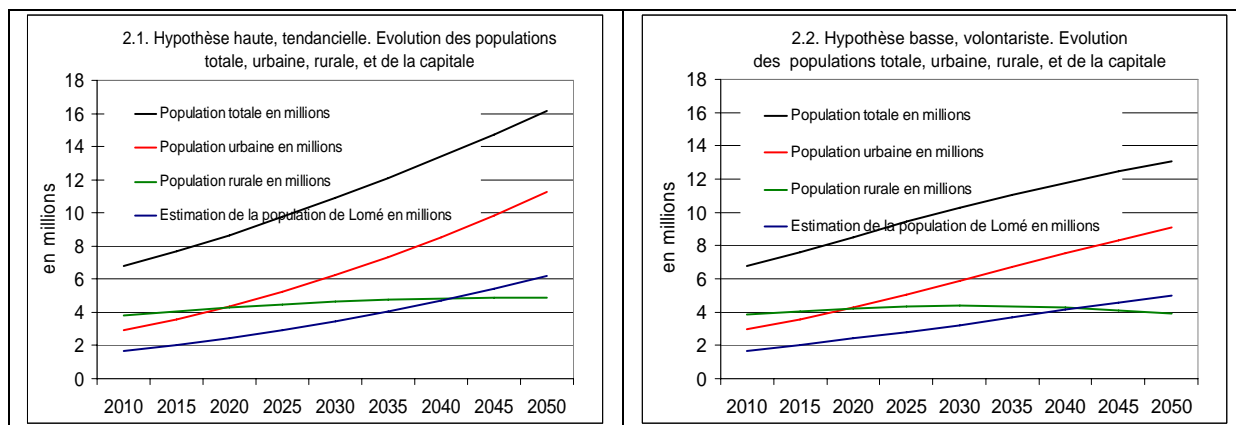
En clair, du fait de la jeunesse de la population et des niveaux actuels supposés intermédiaires de fécondité, on doit s'attendre à une augmentation de 50% à 60% de la population totale du pays à l'horizon 2030 et plus ou moins à son doublement à l'horizon 2050 (en fait à une multiplication par 1,9 ou 2,4 selon l'hypothèse démographique considérée). Concernant la population urbaine et la population de Lomé, on doit s'attendre à une multiplication par 2 d'ici 2030 et à une multiplication par 3 ou 4 d'ici 2050 selon l'hypothèse démographique considérée. Comme on l'a dit l'hypothèse d'évolution de l'urbanisation retenue, suppose que le Togo deviendrait majoritairement urbain en 2020 et que la part de la population de Lomé dans l'ensemble de la population urbaine du pays se maintiendrait à 55%. Ces projections impliquent également qu'on doit s'attendre à une stabilisation plus ou moins rapide de la population rurale, qui selon l'hypothèse retenue ne représenterait plus en 2050 que 30% de la population totale du pays.

¹⁴ Guengant J.-P. et Rafalimanana H. : « [The Cairo Approach Embracing too much ?](http://www.un.org/esa/population/meetings/EGM-Fertility2009/P15_Guengant.pdf) », UIESP, Tours, 13-18 juillet, 2005. http://www.un.org/esa/population/meetings/EGM-Fertility2009/P15_Guengant.pdf

Indicateur	Situation	Hypothèse		Hypothèse		Différence	
	en 2010	haute 2020	2030	basse 2020	2030	en 2020	en2030
Population totale en milliers	6 780	8 660	10 912	8 521	10 266	-139	-646
Taux de croissance annuel en %	2,4	2,4	2,2	2,1	1,6	-0,3	-0,6
Population urbaine en milliers	2 945	4 373	6 253	4 303	5 882	-70	-370
Pourcentage % de la population urbaine	43,4	50,5	57,3	50,5	57,3		
Estimation population de Lomé (milliers)	1 667	2 462	3 439	2 423	3 235	-39	-204
Population rurale en milliers	3 835	4 287	4 659	4 218	4 384	-69	-276
Pourcentage % de la population rurale	56,6	49,5	42,7	49,5	42,7		
Indice synthétique de fécondité	4,1	3,8	3,6	3,4	2,7	-0,4	-0,9
Femmes de 15 à 49 ans en milliers	1 689	2 230	2 766	2 230	2 750	0	-16
Prévalence contraceptive % (femmes en union)	16,7	21,7	26,7	31,7	46,7	10,0	20,0
Utilisatrices, toutes méthodes (en milliers)	183	302	443	442	770	139	327
Utilisatrices méthodes modernes (milliers)	124	237	395	346	687	109	292
Espérance de vie à la naissance (années)	63,3	66	68,6	66	68,6	0	0
Taux brut de natalité pour 1000	32,0	31,3	28,1	28,3	22,3	-3,0	-5,9
Taux brut de mortalité en pour 1000	8,1	7,1	6,3	6,9	6,1	-0,2	-0,2
Taux d'accroissement naturel pour 1000	24,1	24,2	21,8	21,4	16,2	-2,8	-5,7
Naissances par an en milliers	217	271	307	241	229	-30	-78
Décès par an en milliers	55	61	69	59	63	-3	-6
Naissances – décès par an en milliers	162	210	238	182	166	-28	-72
Accroissement annuel en milliers	160	208	236	180	164	-28	-72
Enfants de moins de 5 ans en milliers	970	1 202	1 403	1 096	1 089	-106	-314
Enfants de 5 à 14 ans en milliers	1 711	1 992	2 470	1 959	2 171	-33	-299
Jeunes de 15 à 24 ans en milliers	1 393	1 690	1 973	1 690	1 940	0	-33
% d'enfants de moins de 5 ans	14,3	13,9	12,9	12,9	10,6	-1,0	-2,3
% d'enfants de 5 à 14 ans	25,2	23,0	22,6	23,0	21,2	23,9	46,3
% de jeunes de 15 à 24 ans	20,5	19,5	18,1	19,8	18,9	0,0	5,1
% de jeunes de moins de 25 ans	60,1	56,4	53,6	55,7	50,7	-0,7	-2,9
Enfants de moins de 15 ans en milliers	2 681	3 194	3 874	3 055	3 261	-139	-613
Population de 15 à 64 ans en milliers	3 857	5 131	6 563	5 131	6 530	0	-33
Population de 65 ans et plus en milliers	242	335	475	335	475	0	0
% d'enfants de moins de 15 ans	39,5	36,9	35,5	35,9	31,8	-1,0	-3,7
% de la population de 15 à 64 ans	56,9	59,3	60,1	60,2	63,6	1,0	3,5
% de la population de 65 ans et plus	3,6	3,9	4,4	3,9	4,6	0,1	0,3
Taux de dépendance (-15 et 65+/15 à 64 ans)	0,8	0,7	0,7	0,7	0,6	0,0	-0,1
Enfants de moins de 20 ans en milliers	3 417	4 079	4 914	3 940	4 268	-139	-646
Population de 20 à 59 ans en milliers	2 991	4 070	5 265	4 070	5 265	0	0
Population de 60 ans et plus en milliers	373	512	733	512	733	0	0
% d'enfants de moins de 20 ans	50,4	47,1	45,0	46,2	41,6	-0,9	-3,5
% de la population de 20 à 59 ans	44,1	47,0	48,3	47,8	51,3	0,8	3,0
% de la population de 60 ans et plus	5,5	5,9	6,7	6,0	7,1	0,1	0,4
Taux de dépendance (-20 et 60+/20 à 59 ans)	1,3	1,1	1,1	1,1	0,9	0,0	-0,1

Source : Projections faites dans le cadre de l'étude.

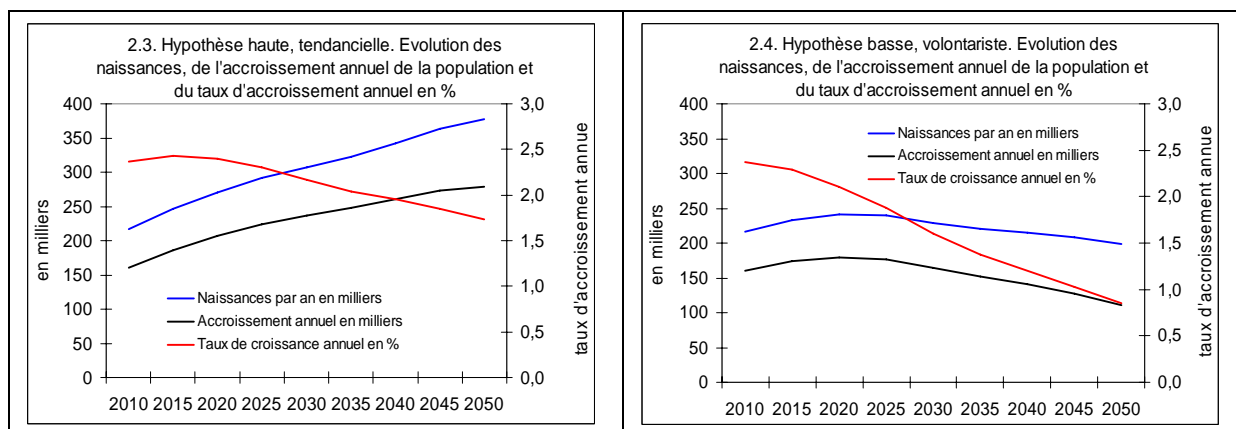
Figures 2.1. et 2.2. : Projection de la population totale, urbaine, rurale, 2010-2050.



Source : Projections faites dans le cadre de l'étude

A partir de ces résultats, nombre d'économistes et même de démographes seront tentés de conclure que les politiques démographiques n'ont d'effets qu'à 30 ou 40 ans d'échéance. En fait, la fécondité étant le déterminant principal des évolutions démographiques, il est logique que l'impact de ces politiques sur la population totale ne soit pas immédiat. Par contre, cet impact est sensible assez rapidement sur l'évolution du nombre de naissances et donc sur le taux d'accroissement de la population et sur les effectifs de jeunes. C'est ainsi qu'avec l'hypothèse démographique haute, le nombre de naissances annuelles continue d'augmenter fortement (figure 2.3), alors qu'avec l'hypothèse démographique basse, on arrive rapidement à une stabilisation de leur nombre (figure 2.4). Avec l'hypothèse démographique haute en effet le nombre de naissances passe de quelque 220 000 en 2010 à près de 310 000 en 2030 puis 380 000 en 2050, soit pas loin du double (+75%) du nombre de 2010. Par contre, avec l'hypothèse démographique basse, le nombre de naissances augmente très modestement jusqu'en 2020 (de 220 000 à 240 000), puis décroît légèrement ensuite pour atteindre 200 000 en 2050, soit un nombre légèrement inférieur à celui de 2010 (figure 2.4).

Figures 2.3. et 2.4. : Projection du nombre de naissances, de l'accroissement annuel et du taux d'accroissement en %, 2010-2050.



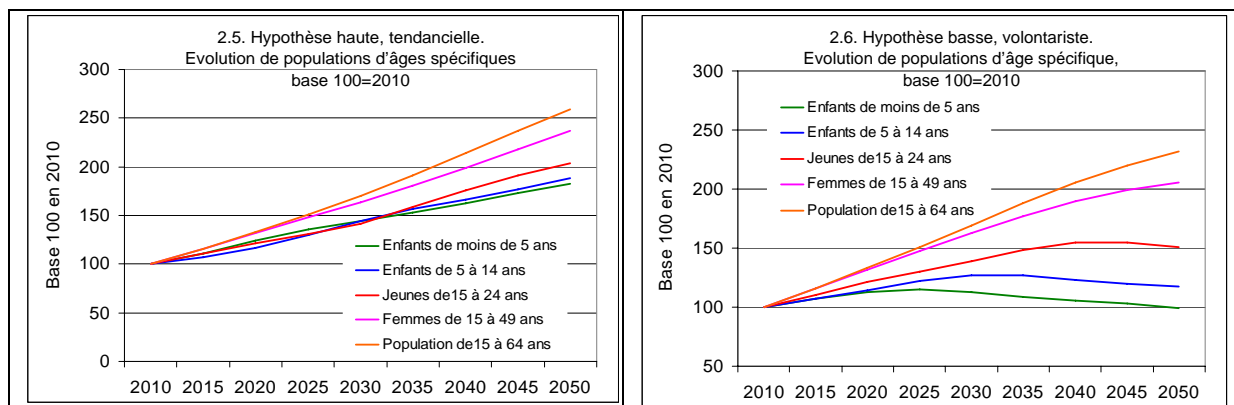
Source : Projections faites dans le cadre de l'étude.

Ainsi avec l'hypothèse démographique haute, l'augmentation modeste de l'utilisation de la contraception conduit à une baisse modérée de la fécondité, qui ne compense pas l'augmentation attendue de 60% d'ici 2030 du nombre de femmes en âge de procréer. En conséquence, le taux de croissance de la population reste supérieur à 2% par an jusqu'à la fin des années 2030 et atteint 1,7% en 2050. Avec l'hypothèse démographique basse par contre, l'augmentation plus rapide de l'utilisation de la contraception et la diminution parallèle de la fécondité conduisent à une diminution rapide du taux de croissance annuel de la population qui passe au dessous de 2% au début des années 2020, puis à 1,5% à la fin des années 2030 et à moins de 1% à la fin des années 2040.

Des constatations similaires peuvent être faites concernant l'évolution des populations jeunes et des rapports de dépendance. Avec l'hypothèse démographique basse, la stabilisation du nombre de

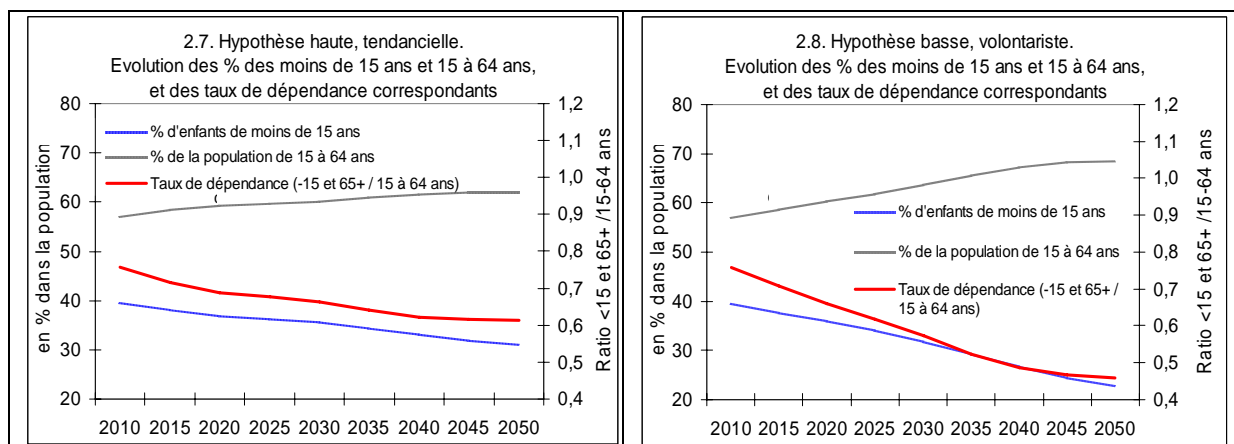
naissances s'inscrit progressivement dans la pyramide des âges, ce qui conduit à une stabilisation rapide du nombre des enfants de moins 5 ans. Quant aux effectifs des 5 à 14 ans, ils se stabilisent dans les années 2030 (figures 2.5 et 2.6). La progression du nombre d'entrants sur le marché du travail (les 15-24 ans) continue cependant d'être très vive jusqu'en 2030, puisque la plupart d'entre eux sont déjà nés. Il en va de même pour la population active de 15 à 64 ans. Concernant les taux de dépendance, l'augmentation importante attendue de la population active se traduit dans le contexte de baisse projetée de la fécondité, par une amélioration du rapport de dépendance dans les deux hypothèses (figures 2.7 et 2.8). Mais, la poursuite de l'augmentation du nombre de naissances avec l'hypothèse démographique haute, se traduit par une amélioration plus modeste des taux de dépendance (de 0,80 en 2010 à 0,7 en 2030 et 0,6 en 2050). Avec l'hypothèse démographique basse, par contre, le taux de dépendance décroît régulièrement et atteint 0,6 en 2030 et 0,46 en 2050, ce qui correspond à deux actifs pour un dépendant, soit le niveau actuel de la plupart des pays émergents.

Figures 2.5 et 2.6 : Projection de populations d'âges spécifiques, base 100=2010, 2010-2050.



Source : Projections faites dans le cadre de l'étude.

Figures 2.7. et 2.8: Projection % moins de 15 ans, 15 à 64 ans et des taux de dépendance, 2010-2050.



Source : Projections faites dans le cadre de l'étude.

Ainsi, au delà de l'évolution de la population totale, l'impact des politiques et programmes visant à réduire la fécondité et donc la croissance démographique a des effets sur plusieurs variables à 10 ans, 20 ans d'échéance. Par exemple le taux d'accroissement annuel de la population avec l'hypothèse démographique basse est en 2020 de 2,1%, contre 2,4% avec l'hypothèse démographique haute (tableau 2). En 2030, la différence est plus importante 1,6% contre 2,2%. Aussi en 2020, le nombre d'enfants de moins de 5 ans est avec l'hypothèse démographique basse inférieur de 100 000 à celui trouvé avec l'hypothèse démographique haute et en 2030, la différence est de 300 000. Ceci est la conséquence de la baisse plus rapide de la fécondité dont les effets sont loin d'être négligeables à 10 ans : 3,4 enfants par femme en 2020 avec l'hypothèse démographique basse contre 3,8 avec l'hypothèse démographique haute et encore plus à 20 ans : 2,7 enfants par femme en

2030 contre 3,4 avec l'hypothèse démographique haute. 2,7 enfants par femme en 2030 est un niveau proche de ceux observés aujourd'hui dans la plupart de pays émergents où ils se situent entre 2 et 2,5 enfants par femme. Cela signifie, si les données et les hypothèses utilisées sont confirmées par les résultats du recensement de novembre 2010, que le Togo pourrait avoir assez rapidement un « profil démographique » de pays émergent.

3 Le Togo face aux défis de la croissance et de l'amélioration de son capital humain¹⁵

3.1 Quels impacts de la croissance démographique sur la croissance économique ?

Dans quel contexte social et économique s'est inscrite la forte croissance démographique enregistrée au Togo depuis 1960 ? Quelles ont été les conséquences de cette croissance démographique sur les principaux indicateurs économiques et sociaux ? Quelles ont été les interactions entre croissance économique, croissance démographique et progrès sociaux et que peut-on dire à ce sujet pour le futur ?¹⁶

Avec un PIB proche de 1 300 milliards de FCFA en 2008, le Togo était la septième économie en importance de l'UEMOA avant la Guinée-Bissau. Le PIB en termes réels a été multiplié par 5,5 fois entre 1960 et 2008. Mais, compte tenu de l'accroissement démographique, le PIB par tête en 2008 n'était que de 34% supérieur à celui de 1960 (tableau 3, figure 3.1). Néanmoins, en dépit de ses performances économiques très modestes depuis 1980, le Togo fait partie des quatre pays de l'UEMOA dont le PIB par tête a augmenté depuis 1960. La meilleure performance est celle du Burkina Faso dont le PIB a été multiplié par près de 7 fois et le PIB par tête a été multiplié par deux.

En comparaison, les pays émergents ont vu leur PIB en termes réels multiplié au moins par 10 (Indonésie, Egypte, Tunisie, Inde, Turquie) et entre 20 et 40 fois pour plusieurs pays asiatiques (Thaïlande, Malaisie, Corée du sud, Singapour et Chine). Aussi, toujours entre 1960 et 2008, les PIB par tête dans ces pays qui ont réduit par ailleurs leur croissance démographique ont également fortement augmenté, puisqu'ils ont été multipliés entre 4 et 14 fois et près de 20 fois en Chine, ce qui a conduit à une forte réduction de leurs niveaux de pauvreté.

Le PIB par tête du Togo était estimé en 2008 à environ 200 000 FCFA, ou encore à 450 USD courants et à près de 850 USD en PPA (parité pouvoir d'achat). Le PIB par tête du Togo en 2008 le classe en sixième position au sein de l'UEMOA juste après le PIB par tête du Burkina Faso et avant les PIB par tête du Niger et de la Guinée-Bissau. Il représentait alors environ 40% des PIB par tête de la Côte d'Ivoire et du Sénégal et 60% du PIB par tête du Bénin.

Sur l'ensemble de la période la croissance économique du Togo a donc été trop faible pour permettre une augmentation substantielle du PIB par tête et pour réduire la pauvreté. Ceci est le résultat de plusieurs facteurs. D'abord le Togo a eu une histoire politique mouvementée, conséquence d'un régime resté longtemps autoritaire, ceci jusqu'à tout récemment, en fait jusqu'à l'organisation d'élections législatives en 2007, puis présidentielles en 2010. Cette situation a conduit à l'arrêt de l'aide et de la coopération internationale de plusieurs partenaires pour plusieurs années à partir de 1993. Ensuite, l'économie du pays repose essentiellement sur les cultures vivrières qui emploie la majorité de la main-d'œuvre, sur la culture et l'exportation du cacao, du café, du coton et sur l'extraction et l'exportation de phosphates et de produits dérivés, dont les prix sur les marchés internationaux sont très variables. Le Togo a également connu de 1988 à 1998 trois plans d'ajustement structurels, visant à relancer la croissance et à réduire les disparités sociales. La combinaison de ces facteurs explique largement les performances économiques erratiques du Togo depuis l'indépendance (figure 3.2). Les bonnes performances des années 1960 (+9% par an en moyenne) et dans une moindre mesure des années 1970 (+3,2% par an en moyenne) s'expliquent par la montée de la production et des exportations de café et de cacao, par la montée des cours des phosphate sur les marchés mondiaux dans les années 1970 et aussi par l'augmentation du volume de

¹⁵ Les indicateurs utilisés dans cette partie proviennent pour l'essentiel de la base de données de la Banque mondiale « Indicateurs du développement dans le monde » qui reprend les données nationales, les données calculées par la Banque mondiale et celles provenant d'autres bases de données (UNESCO, UNICEF, OMS, FAO, OCDE, etc.). Voir <http://donnees.banquemondiale.org/indicateur/> et/ou <http://databank.worldbank.org/ddp/home.do>. Chaque fois que cela a été possible ces données ont été complétées par les données nationales les plus récentes auxquelles nous avons pu avoir accès.

¹⁶ Il faut souligner à nouveau que les analyses qui suivent s'appuient sur des indicateurs qui pour la plupart utilisent les estimations de population de la Division de la Population des Nations unies faites à partir de données anciennes (notamment le recensement de 1981) et que ces estimations et les indicateurs qui les utilisent sont susceptibles de révisions plus ou moins importantes en fonction des résultats du recensement de novembre 2010.

l'aide au développement attribuée au Togo par l'Allemagne et par la France. Ensuite la croissance du PIB réel, extrêmement variable d'une année à l'autre, est restée en moyenne de l'ordre de 2,5% par an, soit à un niveau inférieur ou au mieux égal à la croissance démographique, d'où la diminution du PIB réel par tête enregistré depuis 1980. La meilleure performance a été enregistrée entre 1995 et 2004 : 4,0% par an en moyenne, mais elle a été suivie d'un repli avec une croissance moyenne estimée à seulement 2,5 % par an pour la période 2005- 2009 (figure 3.2). La croissance économique pourrait cependant atteindre 3,5% par an en moyenne entre 2010 et 2012, soit un point de pourcentage de plus que la croissance démographique, ce qui est mieux mais reste insuffisant pour réduire la pauvreté.¹⁷

Sur l'ensemble de la période donc, la croissance du PIB réel par tête s'est considérablement ralentie dans les années 1970, puis elle est restée négative jusqu'au milieu des années 2000. Ensuite, la conjonction d'une petite augmentation de la croissance économique et la réduction de la croissance démographique a permis d'enrayer la baisse du PIB réel par tête réel observée depuis la fin des années 1970 (tableau 3, figure 3.2).

Togo **Tableau 3. Economie.**

Indices de croissance						
<i>Années</i>	1960	1970	1980	1990	2000	2008
Indice de croissance du PIB-1960=base100	100	222	337	374	465	553
Indice: croissance du PIB par tête-1960=base100	100	163	190	149	139	134
Taux de croissance						
<i>Périodes</i>	1960-1969	1970-1979	1980-1989	1990-1999	2000-2009	2005-2009
Taux de croissance annuel du PIB en %	9,1	3,2	2,6	2,6	2,1	2,5
Taux de croissance annuel du PIB par tête %	5,9	0,4	-0,9	-0,3	-0,5	0,0
Contribution au PIB, en %						
<i>Périodes</i>	1961-1969	1970-1979	1980-1989	1990-1999	2000-2005	
Contribution de l'agriculture au PIB, en %	47,7	29,7	31,8	37,4	39,3	--
Contribution de l'industrie au PIB, en %	19,6	23,2	22,0	21,0	20,4	--
Contribution des services au PIB, en %	32,7	47,2	46,2	41,7	40,3	--
Pauvreté						
<i>Périodes</i>	1989					2006
% Population sous seuil de pauvreté national	-	-	32,3(1989)			61,7
- en milieu rural	-	-				74,3
- en milieu urbain	-	-				36,7
% Population avec moins de 1,25\$ PPA/jour	-	-				38,7
% Population avec moins de 2,00\$ PPA/jour	-	-				69,3

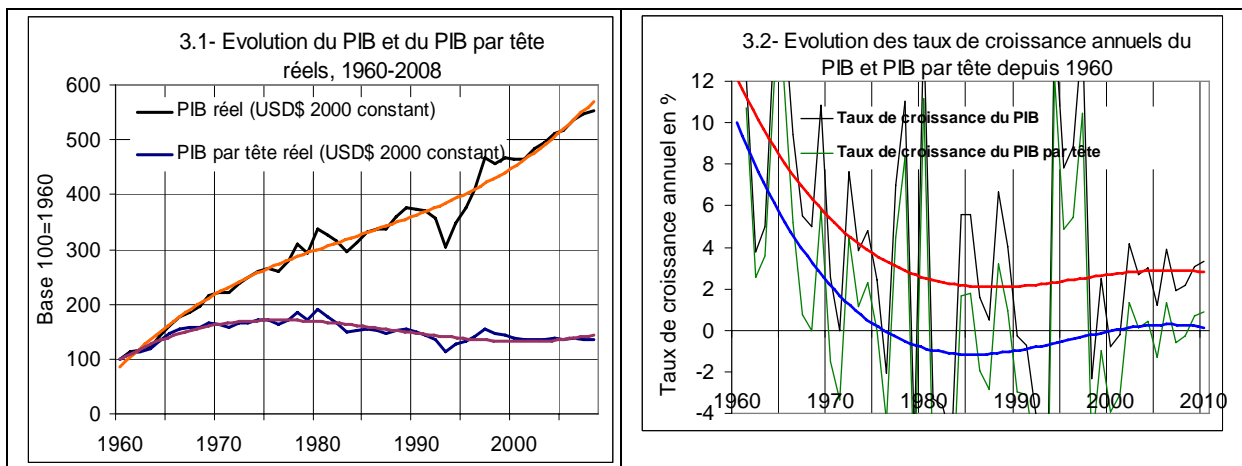
Source : voir note 15 (<http://donnees.banquemondiale.org/indicateur/> et/ou <http://databank.worldbank.org/ddp/home.do>) ainsi que Global Economic Prospects, Summer 2010, World Bank

Note : concernant la pauvreté, les pourcentages de la population sous le seuil de pauvreté national en 1989 et les pourcentages de personnes vivant avec moins de 1,25\$ et moins de 2,00 \$ par jour en 2006, sont ceux donnés par les World Development Indicators de la Banque Mondiale (<http://databank.worldbank.org/ddp/home.do>),

Les pourcentages de la population sous le seuil de pauvreté national en 2006 sont les résultats de l'enquête QUIBB 2006 Togo, cités dans le « Document complet de Stratégie de Réduction de la Pauvreté, 2009-2011, Version finale, juin 2009 », pages 15-16.

¹⁷ Global Economic Prospects, Summer 2010, Banque mondiale

Figures 3.1. et 3.2. : Evolution du PIB et du PIB par tête réels depuis 1960.



Source : voir note 15 (<http://donnees.banquemondiale.org/indicateur/> et <http://databank.worldbank.org/ddp/home.do>).

Dans quelle mesure une accélération de la croissance économique peut-elle faciliter une augmentation rapide du PIB par tête dans le contexte démographique du Togo ? En supposant une croissance économique continue de 4% par an, proche de celle projetée pour 2012 et le maintien d'une croissance démographique forte de plus de 2% par an jusqu'à la fin des années 2030 (selon l'hypothèse démographique haute), il faudrait 38 ans pour arriver à un doublement du PIB par tête actuel, mais 32 ans si la croissance démographique annuelle de la population passait au dessous de 2% dès le début des années 2020, puis à 1,5% à la fin des années 2030 (selon l'hypothèse démographique basse).

Cette réduction de 6 ans du temps nécessaire pour arriver à un doublement du PIB par actuel du Togo n'est pas à négliger. En effet un PIB par tête PPA deux fois plus élevé qu'aujourd'hui, c'est-à-dire d'environ 1700 dollars, dans quelque 30 ou 40 ans ne représenterait toujours que 10% à 20% des PIB par tête PPA actuels de pays comme Maurice, l'Afrique du Sud, la Malaisie, le Brésil, entre 20% et 40% des PIB par tête PPA de pays comme la Tunisie, la Thaïlande, la Chine, l'Egypte et le Maroc, mais 60% du PIB par tête PPA actuel de l'Inde. Mais d'ici là, les PIB par tête PPA de ces pays continueront à augmenter aussi vite, voire plus vite que celui du Togo.

Dans le cas du Togo, il est clair que l'un des enjeux majeurs des prochaines années est de trouver les voies et moyens d'accélérer sa croissance économique. Il faut cependant garder à esprit que même si la croissance économique s'accélérait et dépassait 5%, voire 6% par an, le maintien d'une croissance démographique élevée impliquerait comme on l'a vu la poursuite de l'augmentation du nombre des naissances et des effectifs de jeunes, ce qui entraînerait des coûts supplémentaires de prise en charge de ces enfants et de ces jeunes par rapport à l'hypothèse d'une baisse rapide de la fécondité qui conduit à une stabilisation rapide du nombre des naissances et des effectifs de jeunes. L'économie togolaise est donc susceptible de bénéficier d'une baisse rapide de la croissance démographique quelle que soit l'importance de la croissance économique au travers la réduction des dépenses consacrées aux enfants et aux jeunes, les économies ainsi réalisées pouvant être alors affectées au soutien à l'activité économique. Mais de plus, si la croissance économique reste modérée ou faible, la baisse rapide de la croissance démographique diminuera sensiblement le temps nécessaire au doublement du PIB par tête.

L'économie togolaise reste une économie vulnérable avec une part importante de son PIB dépendant de l'agriculture de subsistance et d'exportation, des activités minières et de transformation (pierres, plâtres, chaux et ciments) et en partie aussi des activités de transit et de réexportation vers les pays voisins (notamment le Burkina Faso, le Mali et le Niger, en particulier depuis les troubles qui ont affecté la Côte d'Ivoire et donc les activités du port d'Abidjan). Dans les années 1960, avec l'importance de l'agriculture vivrière et le développement des plantations de cacao, café et coton, le secteur primaire contribuait à environ la moitié du PIB du pays (figure 3.3). La diminution de sa contribution dans les années 1970 et 1980 est imputable pour partie au « boom » des activités liées à l'extraction du phosphate et pour partie à la croissance des activités de services : développement de l'administration publique et d'activités relevant du secteur informel, notamment dans le commerce.

Finalement, au début des années 2000, la contribution du secteur primaire au PIB était d'environ 40%, celle du secteur secondaire de 20% (dont la moitié relève du secteur manufacturier) et celle du secteur tertiaire de 40%.

Le secteur informel qui s'est fortement développé dans les années 1980 et 1990 occupe toujours une place majeure dans l'économie togolaise et contribue à sa fragilité. Ceci est le résultat de plusieurs facteurs : l'augmentation rapide du nombre d'entrants sur le marché du travail, conséquence de la forte croissance démographique, la crise politique et économique qui a touché le pays et la faiblesse du secteur moderne incapable de créer un nombre d'emplois suffisant. Dans ce contexte la plupart des jeunes se sont tournés vers le secteur informel (ou l'émigration) pour trouver un emploi ou développer une activité dans l'artisanat, le commerce, les transports, etc. Un exemple est le développement des taxi-motos qui occuperaient aujourd'hui plus de 12.000 conducteurs dans l'espace urbain de Lomé. En 1999/2000, la part du secteur informel dans le PIB total du pays était ainsi estimée à 73% ce qui est considérable¹⁸. En termes d'emploi, si l'agriculture occupe toujours la majorité des actifs, les travailleurs du secteur non-agricole (patrons, artisans sans salaire et salariés) sont souvent employés dans le secteur du commerce, notamment en zone urbaine où domine l'informel. On ne dispose pas pour le Togo d'estimations de la part que représente l'emploi informel dans le total des emplois non agricoles du pays. Mais au Bénin, au Burkina Faso, en Guinée, au Mali, en Mauritanie et au Sénégal on a estimé que l'emploi informel représentait dans les années 1980 et 1990 entre 80% et 90% du total des emplois non agricoles de ces pays¹⁹. Il ne fait guère de doute que la situation au Togo est comparable de ce point de vue à celle de ses voisins. En fait, la forte croissance des activités informelles et de l'emploi informel au cours des dernières décennies en Afrique de l'Ouest peut être considérée comme la réponse apportée au défi de la croissance démographique par les populations face à l'insuffisance de l'offre d'emploi. Pour l'Afrique de l'Ouest en général les travaux de l'OCDE sur le sujet considèrent que le secteur informel est devenu depuis 1980 en « le principal pourvoyeur d'emploi urbain et il devrait le rester à l'avenir, même si les entreprises modernes assurent en gros 80 % de la valeur ajoutée non-agricole.»

L'autre alternative à l'emploi informel, l'émigration concernait en 2010, comme on l'a vu en 2.1, 370 000 émigrants togolais vivant à l'extérieur du Togo. Les envois de fonds de ces émigrés sont importants et ils contribuent à la fois au mieux être des parents restés au pays et à l'économie. Ces envois ont représenté en 2009 et 2010, environ 300 millions de dollars soit 10% du PIB²⁰. Ces envois, du moins ceux qui étaient comptabilisés, étaient équivalents à l'aide publique au développement reçue par le Togo en 2008 et 3 fois plus élevés que les investissements directs étrangers réalisés au Togo en 2008.

Les faiblesses structurelles de l'économie togolaise que l'on vient d'examiner expliquent largement sa vulnérabilité (reflétées par les variations annuelles considérables de la croissance économique) et l'importance de la pauvreté au Togo. Selon les résultats de l'enquête QUIBB (Questionnaire Unifié sur le Bien être de Base) de 2006, le pourcentage de la population vivant au dessous du seuil national de pauvreté était alors de 61,7% au niveau national, avec une forte différence entre le milieu rural où ce pourcentage était de 74% et le milieu urbain où il était de 37%, soit deux fois moindre (figure 3.4). Ce chiffre est quasiment le double de celui donné en 1989 et de l'estimation internationale pour 2006, qui donne un pourcentage de personnes vivant avec moins de 1,25\$ US PPA par jour (situation dite d'extrême pauvreté) de 38,7%. Par contre, le pourcentage de la population vivant au dessous du seuil national de pauvreté (61,7%) est assez proche de l'estimation du pourcentage de personnes vivant en 2006 avec moins de 2,00\$ US PPA par jour qui est de 69,3%. Tout ceci reflète évidemment l'adoption d'approches différentes dans la définition de la pauvreté entre sources nationales et internationales.

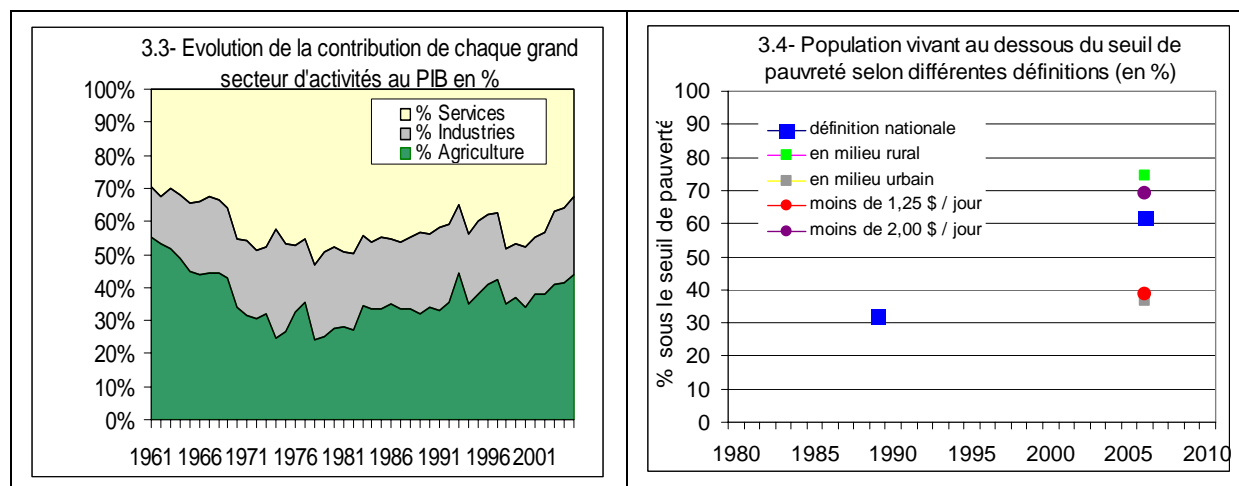
En comparaison le pourcentage de personnes vivant avec moins de 1,25\$ US PPA par jour a chuté en Chine de 60% en 1990 à 16% en 2005 et il était estimé à 29% en Indonésie en 2007 et à 42% en Inde en 2005. Mais, dans les autres pays émergents pour lesquels on dispose de données récentes, on estime que 5% au plus de la population totale vivaient avec moins de 1,25\$ US PPA par jour.

¹⁸ OECD Rapport Afrique de l'Ouest 2007-2008, décembre 2008, 2.3.2. : Économie Informelle - Source : Charnes J. (2000), <http://www.oecd.org/dataoecd/31/0/42358563.pdf>

¹⁹ 2008 - J. Charnes, 'Concepts, measurement and trends', chapter 2 of Johannes P. Jütting and Juan R. de Laiglesia (2009): *Is Informal Normal? Towards more and better jobs in developing countries*, An OECD Development Centre Perspective, Paris, 163p. (pp. 27-62).

²⁰ Migrations and remittances, Factbook 2011. Second Edition. The World Bank, November 2010, page 242.

Figures 3.3. et 3.4. : Evolution de la contribution de chaque secteur au PIB et de la pauvreté.



Source : voir note 15 (<http://donnees.banquemondiale.org/indicateur/> et/ou <http://databank.worldbank.org/ddp/home.do>)

Pour la figure 3.5 et voir Note en bas du tableau 3.

De fait, il n'existe pas une définition unique de la pauvreté, le phénomène étant multidimensionnel. Le document de Stratégie de Réduction de la Pauvreté, 2009-2011, de juin 2009, indique à ce sujet que « Les données de l'enquête QUIBB de 2006 ne reflètent pas réellement la situation actuelle de la pauvreté en raison des chocs exogènes que le pays a reçus, notamment la hausse des prix des produits alimentaires en 2008 et les inondations de 2007 et 2008 », situation qui « a probablement entraîné une montée de la pauvreté monétaire d'une manière générale ». Les données de l'enquête QUIBB de 2006 pourraient donc effectivement refléter une surestimation « ponctuelle » de la pauvreté dans le pays. Ceci dit, les perceptions de la pauvreté par la population ou « pauvreté subjective » confirment l'appréciation globale assez négative de leur bien-être par les ménages, du moins en 2006. En effet, selon les résultats d'une enquête qualitative menée en décembre 2006 auprès d'un échantillon représentatif de la population : « 74,6% des personnes interviewées se considèrent comme pauvres et se réfèrent à la description qu'elles-mêmes donnent du pauvre. D'une manière générale, la pauvreté trouve son sens dans un cadre contextuel (état de la maison, étendue des champs) ; mais, on retrouve un dénominateur commun, le manque du minimum vital, à toutes ces perceptions qu'elles soient de groupe ou individuelles ... De manière presque unanime, les populations interrogées se considèrent comme pauvres parce qu'elles sont incapables de faire face à des besoins bien précis de la vie qui concernent la scolarisation de leurs enfants, la prise en charge des soins de santé, l'habillement, le logement et la nourriture. Pour ces populations, *on reconnaît un pauvre d'abord par son aspect physique. Il n'est pas bien habillé, il ne trouve pas à manger, ses enfants sont des affamés et ne font que pleurer parce qu'ils manquent de nourriture. Il est toujours pensif. Lorsqu'il est malade, il ne peut pas cultiver le champ et manque d'argent. Pour cela, un individu pauvre est celui qui vit aux dépens des autres et a une perte de l'estime personnelle.* De 2000 à 2006, beaucoup d'individus ont le sentiment que leurs conditions de vie se sont beaucoup dégradées »²¹.

3.2 Quels impacts de la croissance démographique sur l'éducation ?

²¹ L'enquête qualitative dont les résultats sont cités ici a été réalisée par l'Unité de Recherche Démographique (URD) sur financement de la Banque Mondiale et la citation est reprise du *Document Complet de Stratégie de Réduction de la Pauvreté 2009-2011*, Lomé page 33,

Le maintien d'une croissance économique forte et durable, suppose la constitution d'un capital humain de qualité²². De ce point de vue, on peut dire que le Togo a déjà atteint des niveaux d'éducation de ses citoyens enviables dans la sous-région, En effet, l'éducation primaire pour tous n'est pas loin d'être atteinte et l'éducation secondaire concernerait aujourd'hui près d'un jeune sur deux. Néanmoins, des efforts soutenus sont encore nécessaires pour que tous les actifs sachent lire et écrire et que la majorité d'entre eux ait au moins un niveau d'éducation secondaire.

Partant de niveaux plus élevés que les autres pays de la sous-région, le pourcentage de la population adulte (15 ans et plus) togolaise sachant lire et écrire serait passé d'environ 20% au moment de l'indépendance à 65% en 2008 (tableau 4, figure 4.1). Chez les jeunes (15 à 24 ans) qui sont les entrants sur le marché du travail ce pourcentage serait passé de 30% à 40% au moment de l'indépendance à plus de 80% en 2008. Ces niveaux élevés sont le résultat des efforts considérables consentis par le Togo pour continuer à accroître le niveau d'éducation de sa population. Ils sont la conséquence directe de la poursuite de la progression du taux brut de scolarisation au primaire qui serait passé de 65% en 1971 à plus de 100% aujourd'hui : 105% en 2007, chiffre qui indique que le Togo n'est pas loin de l'éducation pour tous, mais qui souligne aussi que nombre d'enfants ont dépassé l'âge normal d'inscription au primaire et sont donc en situation de retard scolaire. De fait, l'éducation pour tous n'est pas encore atteinte puisque le taux net de scolarisation au primaire était estimé en 2007 à 84%. Au Togo comme dans les autres pays de la sous-région, la forte progression de la scolarisation au primaire est associée à divers problèmes comme l'importance des retards et redoublements, le non achèvement du cycle primaire et des ratios élèves-enseignant trop élevés, problèmes qui sont le reflet des difficultés d'accorder au secteur éducatif les moyens dont il a besoin pour arriver à la fois à scolariser tous les enfants, maintenir des niveaux d'enseignement de qualité acceptable et faire face à la croissance rapide de la population scolarisable. Ainsi, les taux d'achèvement du cycle primaire ne sont toujours pas satisfaisants, quoiqu'ils aient fortement progressé ces dernières années. En effet, on estime aujourd'hui que moins de deux élèves sur trois achèvent le cycle primaire, contre un élève sur quatre au début des années 1970. Aussi, les ratios élèves-enseignants au primaire sont restés longtemps élevés : supérieurs à 50 élèves par enseignant jusque dans les années 1990, mais ils sont descendus à 40 élèves par enseignant en 2007. Ce dernier ratio est toujours élevé puisqu'il est le double des ratios enregistrés dans la plupart des pays émergents, où ils se situent aujourd'hui entre 15 et 25 élèves par maître.

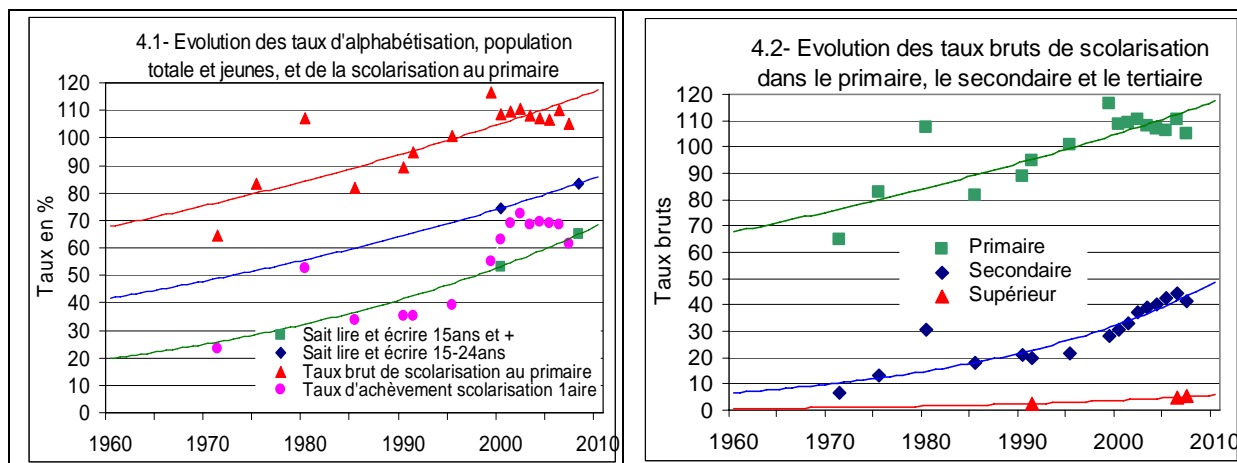
Togo **Tableau 4. Education.**

Années	1960	1970	1980	1990	2000	2005-08
Population adulte sachant lire et écrire	-	-			53,2	64,9(2008)
Population de 15 à 24 ans sachant lire et écrire	-	-			74,4	83,5(2008)
Enseignement Primaire						
- Taux brut de scolarisation		64,6(1971)	107,1	89,0	108,6	105,0(2007)
- Taux net de scolarisation		--			80,2	83,5(2007)
- Taux d'achèvement du cycle		23,4(1971)	52,7	35,0	63,2	61,3(2007)
- Ratio élèves-enseignant		58,5(1971)	54,3	55,6	37,5	39,1(2007)
Enseignement Secondaire						
- Taux brut de scolarisation		6,7(1971)	30,7	20,9	30,5	41,3(2007)
- Taux net de scolarisation		-	-	-	22,5	
Supérieur: Taux brut de scolarisation		-	-	2,5(1991)		5,3 (2007)
Dépenses publiques pour l'éducation						
- en % du PIB		2,2-	5,4	5,5	4,4	3,7 (2007)
- en % des dépenses du gouvernement		19,0-	19,4	26,4	23,2	17,2(2007)

Source : voir note 15 (<http://donnees.banquemondiale.org/indicateur/> et/ou <http://databank.worldbank.org/ddp/home.do>)

²² Le capital humain peut être défini comme l'ensemble des connaissances et aptitudes que possèdent les individus et qui les rend potentiellement plus productifs. Il s'acquiert par l'éducation et l'expérience et suppose une bonne santé et résistance aux maladies de l'ensemble de la population.

Figures 4.1. et 4.2. : Evolution des taux d’alphabétisation et de scolarisation.



Source : note 15 (<http://donnees.banquemondiale.org/indicateur/> et/ou <http://databank.worldbank.org/ddp/home.do>)

Un constat plus ou moins similaire peut être dressé pour le secondaire et le supérieur. Le taux brut de scolarisation au secondaire qui était de 7% en 1971 serait passé à plus de 40% en 2007 (figure 4.2). Mais, là aussi, les retards sont nombreux et le taux net de scolarisation au secondaire devrait être de 5 à 10 points de pourcentage inférieur au taux brut, si l’on juge à partir des données disponibles en 2000. Dans le secondaire, le ratio élèves-enseignant est également élevé et il se serait détérioré. Il serait passé en effet de quelque 25 élèves par maître dans les années 1980 à 35 élèves par maître ces dernières années. Dans le supérieur, le taux brut de scolarisation qui était de 2,5% en 1991 est passé à 5,3% en 2007.

Des avancées majeures ont donc été réalisées au niveau de l’enseignement primaire au Togo et le pays pourrait atteindre l’éducation pour tous prochainement. Mais, au niveau secondaire le taux net de scolarisation qui est de l’ordre de 40% reste deux fois moindre que les taux enregistrés dans les pays émergents où ils se situent aujourd’hui entre 60% et plus de 90%. Au niveau supérieur, le taux brut de scolarisation atteint par le Togo, 5%, est trois à six fois moindre que les taux atteints dans les pays émergents où ils se situent entre 15% et 30%. On notera par ailleurs la persistance au primaire d’un écart en défaveur des filles. Le taux brut de scolarisation des filles au niveau primaire restait ainsi en 2007 inférieur d’environ 15 points de pourcentage à celui des garçons ; mais il faut noter que cet écart s’est beaucoup réduit au cours des 20 dernières années. Au niveau secondaire, le taux brut de scolarisation des filles était d’environ 25 points inférieur à celui des garçons. Malheureusement on ne dispose pas de données par sexe pour le supérieur. Compte tenu du niveau des taux, cela signifie que les filles scolarisées étaient de 10% à 15% moins nombreuses que les garçons au primaire et qu’au secondaire, les filles étaient en 2007 presque deux fois moins nombreuses que les garçons.

La multiplication par quatre depuis 1960 de la population à scolariser et la multiplication des taux bruts de scolarisation par deux fois environ au primaire (le taux brut était de 65% en 1971 et il est aujourd’hui supérieur à 100%) et par sept fois environ au secondaire (le taux brut était de 6,7% en 1971 et il était de 41% en 2007) ont conduit à une multiplication du nombre d’élèves scolarisés par 8 au primaire et par 20 au secondaire. Dans l’enseignement supérieur, entre 1991 et 2006, le nombre d’étudiants a été multiplié par 2. Les moyens humains et financiers qu’il a fallu mobiliser pour arriver à ces résultats ont été évidemment considérables. Selon les données de la Banque mondiale l’ensemble des dépenses publiques consacrées à l’éducation se serait situé ces dernières années au dessous de 4% du PIB (contre plus de 5% dans les années 1980) et ces dépenses ont représenté en gros de 20% à 25% des dépenses de l’Etat jusqu’au début des années 2000, mais ce pourcentage est aujourd’hui inférieur à 20% (17% en 2007). Le coût par élève au primaire représentait en 2006 près de 10% du PIB par tête, ce qui correspond à environ 20 000 FCFA. Cependant les coûts par élève au secondaire et dans le supérieur sont respectivement 2 fois et 16 fois plus élevés. Or, on doit s’attendre dans les 20 prochaines années à une forte progression des effectifs à ces deux niveaux.

On peut se fixer comme objectif d’atteindre assez rapidement un taux net de scolarisation de 100% dans le primaire (contre 84% en 2007) et d’ici 2030 un taux net de scolarisation de 60% dans le secondaire (contre plus ou moins 35% en 2007) et un taux brut de 15% dans le supérieur, ce qui permettrait au Togo d’arriver à des niveaux d’éducation plus ou moins comparables à ceux observés

aujourd'hui dans les pays émergents. Ces objectifs correspondent à une augmentation des taux de 20% pour le primaire, de 70% pour le secondaire et à leur multiplication par près de 3 fois pour le supérieur. Mais, par ailleurs, d'ici 2030, les populations scolarisables vont augmenter de 30% à 50% pour le primaire (dépendant de l'hypothèse démographique), de 40% à 50% pour le secondaire et pour le supérieur. La combinaison de ces facteurs conduit ainsi en 2030 à des effectifs d'élèves 1,5 à 1,8 fois plus nombreux au primaire, 2,5 fois plus nombreux au secondaire et 4 fois plus nombreux au supérieur. Atteindre ces objectifs constitue un défi qu'il n'est pas impossible de relever, mais les moyens humains et financiers qu'il faudra mobiliser sont importants. On peut donc espérer que d'ici 2050 pratiquement toute la population active saura lire et écrire. En effet les enfants qui ont aujourd'hui entre 5 et 15 ans qui auront été pratiquement tous scolarisés auront en 2050 entre 45 et 55 ans, Mais il faudra un peu plus de temps et d'efforts pour que 60% de la population active ait au moins un niveau d'éducation secondaire.

3.3 Quels impacts sur la santé et sur la santé de la reproduction ?

Un état de santé satisfaisant de l'ensemble de la population, en particulier de la population active, mais aussi des mères et des enfants, est un facteur favorable à leur productivité et à leur contribution à l'économie et pour les enfants à leur réussite scolaire. Des taux de mortalité et de morbidité peu élevés constituent donc un élément essentiel de la qualité du capital humain du pays. Les indicateurs dont on dispose à ce sujet sont des estimations. Elles ne sont pas parfaites, mais elles permettent cependant de se faire une idée des progrès réalisés.

Ainsi l'espérance de vie à la naissance aurait progressé de près de quelque 20 ans depuis l'indépendance. Elle était estimée en effet à 44,8 ans en 1960 et à 63,3 ans en 2010 par la Division de la Population des Nations unies.

Le Togo comptait entre 30 et 40 médecins au moment de l'indépendance. Il en compterait aujourd'hui 350 à 400. Mais la population ayant été multipliée par quatre le nombre d'habitants par médecin reste très élevé. On comptait en effet un médecin pour 19 000 habitants en 2008, contre un médecin pour 2000/3000 habitants dans les pays émergents (tableau 5). Par ailleurs, le Togo comptait en 2004 environ 2 000 infirmiers, soit un infirmier pour 3 000 habitants. Il comptait aussi en 2005, 5 500 lits d'hôpital, soit un lit pour 1 100 habitants. Dans les pays émergents, on compte un infirmier pour 500 à 1 500 habitants et un lit pour 500 à 1 000 habitants. Dans ce contexte, les décès largement évitables, imputables aux maladies infectieuses, à une mauvaise prise en charge des grossesses et à la malnutrition sont toujours trop nombreux. On estimait en 2002 que 66% du total des décès au Togo étaient imputables à ces causes (contre 10% à 30% dans les pays émergents). Le pourcentage de personnes sous alimentées (en dehors des périodes de pénuries aiguës qui surviennent entre deux récoltes), est toujours très élevé puisqu'il était estimé en 2006 à 37%, même s'il a diminué légèrement ces dernières années (il était estimé à 45% en 1992). En fait, cette diminution aurait été moindre que l'augmentation de la population et on estime finalement que le nombre de personnes sous alimentées aurait augmenté de 1,8 millions de personnes en 1992 à 2,3 millions en 2006. Dans le domaine de l'hygiène, on estimait en 2006 qu'un peu plus de la moitié de la population (59%) avait accès à une source d'approvisionnement en eau de meilleure qualité. Mais les progrès réalisés ces dernières années dans ce domaine ont été modestes. En fait, ils ont plus ou moins permis de compenser l'augmentation des populations à desservir, sans amélioration notable de l'accès. Entre 1990 et 2006 en effet, le pourcentage de la population ayant accès à une source d'approvisionnement en eau de meilleure qualité n'a progressé que de quelques points en milieu rural (de 36% à 40%) et il en a été de même en milieu urbain (de 79% à 86%). Par ailleurs, l'accès à de meilleurs systèmes d'assainissement restait très bas en milieu rural, comme en milieu urbain. Le pourcentage de la population ayant accès à tels systèmes était en effet estimé en 2006 globalement à 12%, 3% pour la population rurale et 24% pour la population urbaine. Cet accès se serait même détérioré en milieu rural où il était estimé en 1990 à 8% et il aurait stagné (en pourcentage) en milieu urbain, où les progrès réalisés auraient juste suffi à faire face à l'augmentation rapide de la population.

Années	1960	1970	1980	1990	2000	2006-09
Nombre d'habitants par médecin (en milliers)	47,6	28,7	18,1	11,4(1991)	17,5(2001)	18,9(2008)
Population sous-alimentée (en %)	-	-	45(1992)	39(1997)	41(2002)	37(2006)
Population approvisionnée en eau (en %)	-	-	-	-	-	-
- en milieu urbain	-	-	-	79	83	86(2006)
- en milieu rural	-	-	-	36	39	40(2006)
Accès à un système d'assainissement (en %)	-	-	-	-	-	-
- en milieu urbain	-	-	-	25	24	24(2006)
- en milieu rural	-	-	-	8	5	3(2006)
Mères ayant reçu des soins prénatals	-	-	-	-	-	-
- au moins une fois	-	-	42(1988)	82(1998)	73	84 (2006)
- au moins 4 fois	-	-	-	46(1998)	-	-
Naissances assistées par personnel de santé %	-	-	31(1988)	51(1998)	49	62 (2006)
Enfants vaccinés (%) contre:	-	-	-	-	-	-
- la rougeole	-	-	11(1984)	73	58	77 (2008)
- la diphtérie, le tétanos et la poliomyélite	-	-	9(1981)	77	64	89 (2008)
- la tuberculose	-	-	44(1981)	99	84	92 (2008)
Taux de mortalité infantile (pour 1000)	155	136	111	101	86	71 (2009)
Taux de mortalité avant 5 ans (pour 1000)	250/300	-	175	150	122	97 (2009)
Enfants de petits poids par rapport à l'âge(%)	-	-	21(1988)	23(1998)	-	22 (2006)
Enfants de petite taille par rapport à l'âge (%)	-	-	37(1988)	30(1998)	-	28 (2006)

Source : note 15 (<http://donnees.banquemondiale.org/indicateur/> et/ou <http://databank.worldbank.org/ddp/home.do> et United Nations Population Division, World Population Prospects: The 2008 Revision, File 4: Interpolated demographic indicators by major area, region and country, annually for 1950-2050.

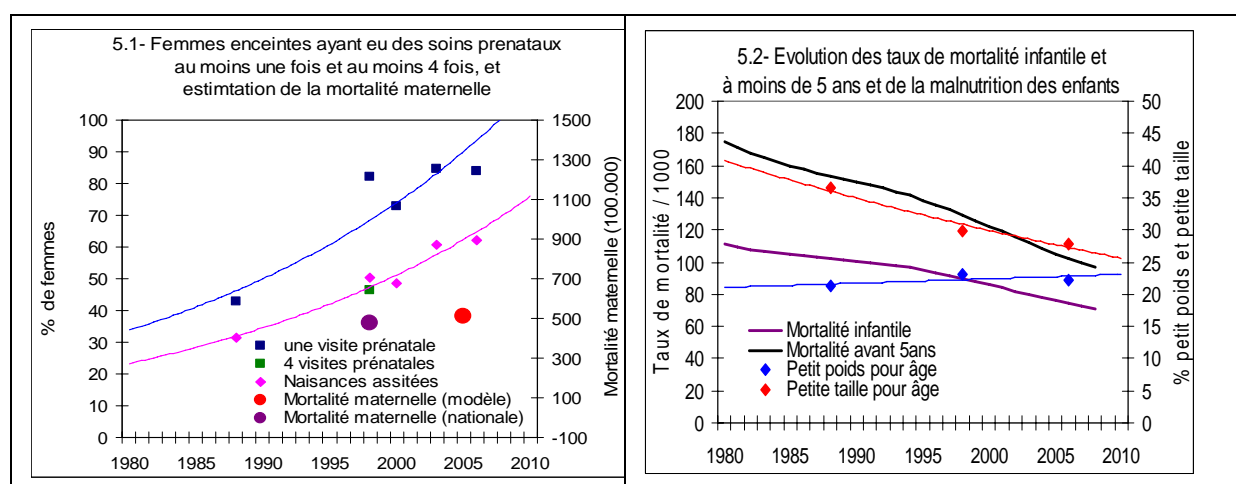
La mortalité maternelle et celle des enfants sont toujours à des niveaux élevés, malgré les progrès accomplis en termes de suivi des grossesses et d'assistance à l'accouchement. On estimait en 2006 que cinq femmes sur six (84%) avaient reçu des soins prénatals par un personnel de santé au moins une fois pendant leur grossesse et environ la moitié (46% en 1998) avait eu les quatre visites recommandées. Concernant les accouchements on estimait, toujours en 2006, que moins de deux naissances sur trois (62%) s'étaient déroulées avec l'assistance de personnels de santé (contre 31% en 1988), (tableau 5, figure 5.1). Ces taux de couverture, honorables dans le contexte sous-régional, restent cependant insuffisants, de même que globalement la qualité des soins correspondant. Ceci explique le ratio de décès maternel toujours élevé qui prévaut au Togo. Le ratio de décès maternel a été estimé par modèle²³ à 510 décès pour 100.000 naissances vivantes en 2005 (contre 478 selon l'estimation obtenue à partir des déclarations recueillies lors de l'Enquête DHS de 1998). Le ratio estimé par modèle reste élevé car il est en effet 2 fois plus élevé que celui donné pour le Maroc, 4 à 5 fois plus élevés que ceux donnés pour l'Égypte et la Tunisie, près de 10 fois plus élevés que celui donné pour la Malaisie, plus 30 fois plus élevé que celui donné pour l'île Maurice et de 50 à 100 fois plus élevé que ceux donnés pour les pays développés. Le ratio estimé par modèle correspond à un nombre de décès maternels au Togo d'environ 1 100 décès par an, ce qui correspond à 2% du total des décès. Ces résultats s'expliquent non seulement par la prise en charge toujours insuffisante des grossesses et des accouchements, mais aussi par l'importance des grossesses à risques qui représentent toujours une proportion importante de l'ensemble des grossesses, conséquence de la fréquence des grossesses chez les adolescentes, mal espacées, trop nombreuses et aussi tardives (après 35 ans voire 40 ans). On ne dispose malheureusement à ce sujet que des données anciennes de l'enquête DHS de 1998. Ces résultats indiquent qu'à l'époque près de deux Togolaises sur trois (60%) avaient déjà eu des rapports sexuels avant 18 ans, qu'une Togolaise sur trois avait eu son premier enfant avant 18 ans et que la moitié d'entre elles étaient mère avant leur 20^{ième} anniversaire. L'espacement entre les deux dernières naissances était inférieur à 24 mois chez une multipare sur six et inférieur à 36 mois pour la moitié d'entre elles.²⁴ Aussi les naissances de mères de plus de 35 ans représenteraient en 2010, quelque 16% du total des naissances.

²³ Les niveaux de mortalité maternelle sont estimés pour divers pays du monde grâce à un modèle de régression à partir de) données sur la fécondité, les sages-femmes, la prévalence du VIH, voir <http://data.worldbank.org/indicator/SH.STA.MMRT>.

²⁴ <http://www.measuredhs.com/pubs/>, voir Country, [Togo 1998 DHS Final Report \(French\)](#), pages 78, 40 et 41

L'ensemble de ces facteurs contribuent aussi à la forte mortalité des enfants. Une proportion importante (42%) des quelque 55 000 décès annuels qui surviennent au Togo sont des décès d'enfants de moins de 5 ans. Pourtant, la couverture vaccinale a fortement progressé. Aujourd'hui entre 80% et 90% des enfants ont été vaccinés contre la rougeole (77% en 2008), contre la diphtérie, le tétanos et la poliomyélite (vaccin DTP : 89%) et contre la tuberculose (92%). En comparaison, au début des années 1980 un enfant sur dix seulement était vacciné contre la rougeole et contre la diphtérie, le tétanos et la poliomyélite et un enfant sur quatre contre la tuberculose. De fait, le taux de mortalité infantile a diminué de près de 40% depuis 1980 et le taux de mortalité avant 5 ans a diminué de près de moitié. Mais, fait extrêmement préoccupant, la malnutrition des enfants est toujours à des niveaux très élevés. Ainsi en 2006, le pourcentage d'enfants de moins de 5 ans de petits poids par rapport à leur âge était estimé à 22% et celui des enfants de moins de 5 ans de petite taille par rapport à leur âge à 28% (tableau 5, figure 5.2)²⁵. Le faible poids pour l'âge peut être dû à la petite taille de l'enfant et/ou à sa maigreur, deux causes qu'il n'est pas facile d'isoler. Mais, le retard de croissance en taille, plus fréquent, appelé parfois « malnutrition chronique » est le révélateur de problèmes majeurs de malnutrition et de santé rencontrés par l'enfant notamment entre 6 et 24 mois. Selon les résultats des enquêtes DHS de 1988, 1998 et de l'enquête MICS de 2006, le pourcentage d'enfants accusant un retard de croissance en taille aurait diminué au Togo depuis 1988. Ce résultat encourageant ne doit pas faire oublier que plus d'un enfant togolais sur quatre souffre toujours d'un retard de croissance en taille et que ce retard a des conséquences à long terme très graves. Selon plusieurs études en effet, le retard de croissance en taille affecte négativement les capacités cognitives et l'état de santé des enfants concernés jusqu'à l'âge adulte. Une forte prévalence du retard de croissance en taille est donc susceptible d'avoir des effets considérables et durables sur la productivité des économies et le bien être des citoyens.²⁶

Figures 5.1. et 5.2. : Evolution de la prise en charge des grossesses, mortalité et nutrition des enfants.



Source : note 15 (<http://donnees.banquemondiale.org/indicateur/> et/ou <http://databank.worldbank.org/ddp/home.do> et United Nations, Population Division, World Population Prospects: The 2008 Revision, File 4: Interpolated demographic indicators by major area, region and country, annually for 1950-2050

Selon les données de la Banque mondiale l'ensemble des dépenses publiques consacrées à la santé aurait représenté ces dernières années environ 6% du PIB, ce qui correspond à des dépenses d'environ 12 000 FCFA par an et par personne. Le gouvernement a consacré ces dernières années 7% à 8% de son budget à des dépenses liées à la santé (dépenses récurrentes – prestations de soins préventifs et curatifs, activités de planification familiale, ayant trait à la nutrition et l'aide d'urgence en matière santé – et en immobilisations prévues par les budgets de l'Etat). Mais le recours très fréquent au secteur privé pour les soins préventifs comme curatifs pose le problème de l'organisation du système de santé au Togo et des carences du secteur public.

²⁵ Pour les définitions de ces deux indicateurs voir <http://data.worldbank.org/indicator/SH.STA.MMRT> et <http://data.worldbank.org/indicator/SH.STA.STNT.ZS>

²⁶ Voir www.worldbank.org/adi « Indicateurs du Développement en Afrique, 2010, Banque mondiale », page 14.

Dans les 20 ans à venir, l'augmentation de la population et la nécessité d'améliorer la couverture sanitaire et les performances du système de santé, vont requérir des moyens importants. Avec l'augmentation de l'espérance de vie et l'augmentation du nombre d'adultes et de personnes âgées, les cas de maladies cardio-vasculaires et de maladies liées au vieillissement vont augmenter. Quelle que soit l'hypothèse démographique retenue, les effectifs de la population de 15 à 64 ans devraient augmenter de quelque 70% d'ici 2030 et les effectifs de la population de 65 ans et plus devraient être multipliés par deux. Même en se fixant des objectifs modérés d'ici 2030, comme par exemple la multiplication par 3 du nombre d'infirmiers par habitant et par 6 du nombre de médecins par habitant, il faudra une multiplication équivalente des moyens actuels, ce qui suppose une croissance de ces moyens de 6% à 9% par an pendant 20 ans. Concernant le suivi des grossesses et des accouchements, leur nombre pourrait être stabilisé d'ici 2030 avec l'hypothèse démographique basse, ce qui permettrait de consacrer tous les moyens destinés aux femmes enceintes à un suivi complet de leurs grossesses et de leur assurer à toutes un accouchement par du personnel qualifié (6 femmes sur 10 seulement en bénéficient aujourd'hui). Les conditions seraient ainsi créées pour accélérer la baisse de la mortalité maternelle et pour réduire encore davantage les taux de mortalité des enfants. Avec l'hypothèse démographique haute par contre, le nombre de naissances devrait augmenter de 40% d'ici 2030, ce qui signifie que si l'on voulait passer de 60% à 100% d'accouchements assistés, il faudrait consacrer aux femmes enceintes 2,3 fois plus de moyens qu'aujourd'hui²⁷. Le même raisonnement vaut pour le suivi des enfants. Avec l'hypothèse démographique basse, leur nombre ne devrait augmenter que de 10% d'ici 2030. La quasi totalité des moyens qui leur sont destinés pourraient donc être affectés au maintien de la couverture vaccinale et surtout au suivi régulier de leur croissance et à la lutte contre la malnutrition. Avec l'hypothèse démographique haute par contre, le nombre de naissances devrait augmenter de 50% d'ici 2030, ce qui veut dire que des moyens importants continueront d'être nécessaires pour simplement faire face à l'augmentation du nombre des naissances. La possibilité d'améliorer le fonctionnement du système de santé au Togo et la qualité des soins qui y sont dispensées passe jusqu'à un certain point par une réduction de la pression des effectifs sur ce système.

3.4. Comment le Togo peut-il bénéficier du dividende démographique ?

Dans ce contexte toujours contraints par divers retards à rattraper et par la poursuite de la croissance démographique, quelle est la pertinence du concept de « dividende démographique » pour le Togo ?

L'impact de la forte croissance démographique des pays du Sud sur leur développement a fait l'objet de nombreux débats. En Afrique subsaharienne, le point de vue dominant a été et reste encore largement, de considérer la croissance rapide de la population et sa taille comme des facteurs de prospérité, car contribuant à l'expansion des marchés et à l'augmentation du capital humain des pays. De fait, jusqu'à la fin des années 1990, la plupart des travaux économétriques sur le sujet, concluaient que les relations entre croissance démographique et croissance économique étaient peu robustes, ce qui explique en partie la faible mobilisation des gouvernements et de leurs partenaires en faveur de politiques visant à réduire la fécondité. Cependant, en se limitant à l'analyse des relations entre croissance économique et croissance démographique et à la taille de la population, ces travaux ont ignoré une variable démographique fondamentale : la structure par âge²⁸. Se pose aussi la question de l'impact de la taille de la population d'un pays sur sa croissance économique, nombre de pays émergents en dépit de leurs populations peu importantes, comme Maurice et Singapour par exemple, ayant enregistré de fortes croissances économiques.

De nombreux travaux récents montrent effectivement l'importance des changements de structure par âge dans l'accélération de la croissance économique des pays émergents, notamment en Asie de l'Est. Un essai d'explication de l'écart entre les taux de croissance de l'Afrique subsaharienne et ceux estimés pour un échantillon d'autres pays, conclue ainsi que l'essentiel de cet écart s'explique par des facteurs démographiques.²⁹ Les auteurs estiment à partir d'un modèle de régression pour la période 1960-2004, la contribution de 11 variables (regroupées en conditions initiales, démographie, géographie, chocs, facteurs politiques) à la croissance des pays concernés. Ils trouvent ainsi que les

²⁷ L'accroissement de la couverture : 100%/60%, multiplié par l'accroissement démographique : 1,40.

²⁸ BIRSDSALL N., KELLEY C., SINDINGS S.W., 2000 : "Population Matters". OXFORD University Press.

²⁹ NDULU Benno J. & al., 2007 : « *Challenges of African growth: Opportunities, Constraints, and Strategic Directions* » – World Bank, Washington D.C (voir pages 79 à 97, 86 et 88 pour les données sur le Bénin et 106 à 116).

différences entre la croissance calculée pour l'Afrique subsaharienne et celles calculées pour l'échantillon (différence de -1,1 point), pour divers pays d'Asie de l'Est et du Pacifique (différence de -2,8 points) et d'Asie du Sud (différence de -1,7 point), s'explique principalement par les écarts entre taux de dépendance et espérances de vie à la naissance des pays étudiés. Dans les trois comparaisons, les taux de dépendance élevés en Afrique subsaharienne expliquent entre 40% et 60% de ces différences. Vient ensuite, à un niveau aussi très élevé, la faiblesse des espérances de vie en Afrique subsaharienne. L'analyse par périodes (1960-1974, 1975-1994, 1995-2004) et par pays, confirme le fort impact négatif de ces deux facteurs pour la croissance économique. Ceci se vérifie également dans le cas du Bénin. Les auteurs concluent qu'il convient donc de chercher à accélérer la transition démographique (accélérer la baisse de la fécondité et continuer parallèlement à faire baisser la mortalité) au travers de programmes de santé et de planification familiale, ceci afin de créer les conditions d'amélioration de la qualité du capital humain.

Ces nouvelles approches qui intègrent la dimension structure par âge se basent sur la reconnaissance de la solidarité intergénérationnelle qui existe dans toute société et sur la prise en compte des changements de structure par âge qui accompagnent la transition démographique³⁰. Dans un premier temps, la baisse de la mortalité, surtout celle des enfants, conduit à de fortes augmentations des naissances et des effectifs de jeunes. Puis, lorsque la fécondité commence à baisser, le nombre de naissances croît moins vite, se stabilise ou décroît, mais, la population d'âge actif (conventionnellement les 15 à 64 ans) continue d'augmenter. Les taux de dépendance diminuent et les actifs, plus nombreux, de même que les gouvernements sont alors en mesure de réduire leurs dépenses en faveur des enfants et de consacrer une part plus importante de leurs revenus et de leurs budgets à l'épargne et aux investissements productifs. Ce faisant, ils contribuent à stimuler la croissance économique. Cette période de baisse continue des taux de dépendance, ouvre une première fenêtre d'opportunité, qui permet de bénéficier, sous certaines conditions, du « premier dividende démographique ». Cette période peut durer une cinquantaine d'années jusqu'à ce que les générations nombreuses d'actifs se rapprochent de l'âge de la retraite. Vers la fin donc de la première période, le vieillissement d'actifs nombreux, ouvre ce qu'on appelle la période du « second dividende démographique ». En effet ces nouveaux « personnes âgées » qui ont de fortes chances de vivre une longue période de retraite, peuvent être fortement incités à épargner et à accumuler des actifs. Et, si ces avoirs sont investis, ils sont susceptibles de contribuer à une augmentation durable du revenu national.

Ces deux dividendes, dont les effets peuvent donc se chevaucher, ont eu des effets positifs entre 1970 et 2000 sur la croissance de la plupart des régions en développement, sauf en Afrique subsaharienne parce que les taux de dépendance y sont restés très élevés. Ceci est particulièrement vrai en Asie de l'Est et du Sud-est où la contribution des deux dividendes démographiques à la croissance effective du PIB réel de cette sous région a été estimée à 1,90 point de croissance, soit 44% des 4,3% par an de croissance observés en moyenne entre 1970 et 2000³¹. Cependant, la contribution à la croissance du premier dividende démographique, comme du second, n'est pas automatique. Elle dépend de plusieurs conditions, elles-mêmes liées à la mise en place de politiques appropriées et d'un environnement politique et institutionnel adéquat. A ce sujet, l'expérience des pays d'Asie de l'Est³² souligne l'importance de trois facteurs : 1) la qualité du capital humain (éducation et santé), 2) la capacité des pays à créer un nombre suffisant d'emplois et à accroître la productivité du travail et par là, les salaires et 3) le rôle de l'épargne et des investissements. De fait, la croissance rapide de la main d'œuvre ne devient un avantage que si elle est accompagnée de la création d'un nombre suffisant d'emplois et d'une augmentation de la productivité. Faute de quoi, cette main-d'œuvre nombreuse, plus éduquée, risque d'être inemployée et de devenir une charge et un facteur de troubles sociaux. De manière similaire, l'augmentation de l'épargne rendue possible par l'allègement des dépenses en direction des enfants et des jeunes, ne se traduira pas par une augmentation des investissements si l'inflation est forte, la situation politique instable et si les institutions politiques et judiciaires sont peu fiables.

³⁰ Booms, Replis et Échos. *David E. Bloom et David Canning*. Finances & Développement, Septembre 2006. <http://www.imf.org/external/pubs/ft/fandd/fre/2006/09/pdf/Bloom.pdf>, pages 8 à 13.

³¹ Les dividendes de l'évolution démographique. *Ronald Lee et Andrew Mason*. Finances & Développement Septembre 2006, page 17 <http://www.imf.org/external/pubs/ft/fandd/fre/2006/09/pdf/basics.pdf>

³² Capitalizing On The Demographic Dividend. *Andrew Mason*. In *Poverty. Achieving Equity ...PDS Series, Nber 8, 2003*, UNFPA, p.39-48. http://www.unfpa.org/webdav/site/global/shared/documents/publications/2003/population_poverty.pdf.

Ceci dit, l'importance et les modalités des transferts des actifs (qui produisent plus qu'ils ne consomment) vers les enfants et les personnes âgées (qui consomment mais ne produisent pas ou peu) varient d'un pays à l'autre. Certaines dépenses sont surtout à la charge des familles (nourriture, habillement, logement), d'autres, davantage à la charge de l'Etat (santé, éducation), quoique le recours au secteur privé puisse être important. Le projet *National Transfer Accounts* (NTA) étudie dans le détail ces modalités pour 23 pays dont 5 pays d'Afrique subsaharienne (Kenya, Nigeria, Sénégal, Mozambique et Afrique du Sud)³³. Il apparaît pour ces pays que l'âge moyen auquel les individus deviennent des producteurs nets (c'est-à-dire produisent plus qu'ils ne consomment) est relativement élevé, de l'ordre de 30 ans (35 ans au Sénégal en 2004 et 32 ans au Nigeria en 2005) et que l'âge auquel ils redeviennent des consommateurs nets est de l'ordre de 60 ans (60 ans au Sénégal et 62 ans au Nigeria). Ceci laisse un nombre d'années de « surplus » d'une trentaine d'années et conduit à des ratios de support (nombre d'actifs par dépendants) plus faibles que ceux obtenus en considérant comme actifs les 15 à 64 ans et les dépendants les moins de 15 ans et les 65 ans et plus.

Compte tenu de l'amorce très récente de la baisse de la fécondité et des retards de développement dans les pays d'Afrique subsaharienne, la question a été posée de savoir si ces pays étaient en mesure de « bénéficier du dividende démographique »³⁴. Le travail fait à ce sujet qui porte sur 32 pays d'Afrique subsaharienne, dont le Togo, pour lesquels les données nécessaires à l'analyse étaient disponibles répond positivement, tout en soulignant à nouveau l'importance d'un environnement politique et institutionnel adéquat. Après examen de la croissance projetée des effectifs des 15 à 64 ans et d'indicateurs concernant l'environnement institutionnel, les auteurs ont conclu en 2007, que parmi les 32 pays étudiés, le Ghana, la Côte d'Ivoire, le Malawi, le Mozambique et la Namibie étaient en position de bénéficier dans les 20 prochaines années du dividende démographique. Le Cameroun, le Sénégal, la Tanzanie et le Togo étaient bien placés pour la croissance de leur main-d'œuvre, mais devaient améliorer significativement leurs environnements institutionnels pour pouvoir bénéficier pleinement du dividende démographique. Enfin, la persistance de taux de dépendance élevés et un environnement institutionnel toujours déficient semblaient exclure dans l'immédiat, selon les auteurs, les autres pays étudiés.

On peut conclure à partir de ce qui précède que le Togo est effectivement en bonne position pour bénéficier, comme d'autres pays l'ont fait avant lui, du dividende démographique pour accélérer sa croissance économique. D'après les données disponibles fin 2010, il est bien avancé dans sa transition démographique, sa population a déjà des niveaux d'éducation appréciables dans la sous région et si la baisse de la fécondité se poursuit, le Togo sera en mesure d'améliorer rapidement son taux de dépendance et donc de bénéficier des lourds investissements qu'il a consentis dans l'amélioration de son capital humain, tout en étant en position de pouvoir continuer à l'améliorer tant dans les domaines de l'éducation que de la santé. En autant que l'environnement politique et institutionnel soit favorable, les conditions semblent réunies, comme l'indiquent les auteurs de l'étude qui vient d'être citée pour que le Togo puisse bénéficier assez rapidement du dividende démographique et puisse viser une croissance économique plus forte et moins aléatoire que par le passé.

³³ <http://www.ntaccounts.org/web/nta/show/Documents/Meetings> voir

[EWC Conference on Population and the Generational Economy, Honolulu, June 11-12, 2010](http://www.ntaccounts.org/web/nta/show/Documents/Meetings)

³⁴ Realizing the Demographic Dividend: Is Africa any different? D.E. Bloom & al. Harvard University, May 2007. http://www.aercafrica.org/documents/reproductive_health_working_papers/Bloom_Canning_et_al_Demographic_Dividend_in_Africa.pdf

4 Les politiques publiques du Togo face aux défis démographiques³⁵

Les autorités togolaises ont considéré jusqu'à la fin des années 1990, que l'évolution démographique du pays ne justifiait pas d'intervention particulière³⁶. Pourtant la croissance rapide de la population du Togo est bien documentée depuis le milieu des années 1970. En effet, les projections des Nations unies, comme les projections nationales publiées en 1989 à la suite du recensement de 1981 ont bien anticipé l'augmentation rapide de la population.

4.1 Les politiques de population

Le Togo a mis en place en 1991, une Unité de Planification de la Population au sein du Ministère de la Planification et du Développement. Cette unité est devenue ensuite Direction de la Planification de la Population, puis en 1996, un Comité National de Suivi des recommandations de la Conférence Internationale du Caire de 1994 sur la Population et le Développement a été mis sur pied. Ce processus a conduit à l'adoption d'une Politique Nationale de Population (PNP) en 1998³⁷, c'est à dire relativement tard par rapport à ses voisins. Un Conseil National de Population (CONAPO) a été chargé de la mise en œuvre de la PNP et son Secrétariat Technique a été chargé des activités opérationnelles. Le CONAPO a été rattaché au Ministère du Planification et du Développement. Il était prévu que chaque région mette en place des Conseils régionaux de Population et chaque préfecture des Conseils Préfectoraux de Population. Dans les faits, tous ces organes n'ont pas été mis en place

La politique population de 1998 est toujours en vigueur. Elle mettait en évidence huit principaux problèmes de population pour le Togo :

1. une fécondité élevée de 6 enfants/femme (selon les résultats de l'enquête DHS de 1988) ;
2. des maternités précoces, rapprochées et tardives causant de graves problèmes de santé de la mère et de l'enfant ;
3. des mortalités maternelle et infantile élevées malgré les efforts consentis en matière de soins de santé primaires ;
4. une croissance accélérée de la population (3,2% par an) avec des incidences fâcheuses sur la satisfaction des besoins essentiels de la population ;
5. d'importants mouvements migratoires interrégionaux et un exode rural massif causant des déséquilibres dans la répartition spatiale de la population ;
6. une croissance élevée de la population de la ville de Lomé (6,1% par an) entraînant d'énormes problèmes de gestion urbaine et une prolifération d'habitats malsains surtout en périphérie ;
7. une pression démographique de plus en plus forte dans de nombreuses régions agricoles, associée à des techniques culturales archaïques causant une dégradation croissante de l'environnement ;
8. une prépondérance des jeunes de moins de 20 ans (60% de la population totale) avec des problèmes de prise en charge en matière d'éducation de base et de formation professionnelle, des soins de santé de qualité, d'emplois, etc.

Pour son diagnostic la PNP 1998 s'est appuyée sur une hypothèse d'augmentation de l'espérance de vie à la naissance, l'hypothèse d'un solde migratoire nul et trois hypothèses de fécondité :

- une hypothèse forte, supposant une baisse de 6,6 enfants par femme en 1997 à 6 enfants par femme en 2020 ;
- une hypothèse moyenne, supposant une baisse de 6,6 enfants par femme en 1997 à 4 enfants/femme en 2020 ;

³⁵ Cette partie s'appuie sur le travail d'analyse de nombreux documents réalisé début 2010 par Kuakivi GBENYON.

³⁶ <http://www.un.org/esa/population/unpop.htm>, voir [World Population Policies 2009 Data Online](#)

³⁷ Ministère de la Planification et du Développement (1998) : *Politique Nationale de Population du Togo*, Lomé

- une hypothèse basse, supposant une baisse de 6,6 enfants par femme en 1997 à 3 enfants/femme en 2020 ;

Il était noté que quelle que soit l'hypothèse considérée, la population totale du pays continuait à s'accroître et doublerait plus ou moins au cours des 20 prochaines années et que le choix à faire concernait donc le rythme de croissance de la population - croissance rapide, modérée ou lente.

L'objectif principal de la PNP de 1998 est l'amélioration des conditions et du niveau de vie des populations togolaises. Elle définit douze domaines d'intervention, parmi lesquels deux sont proprement démographiques et quatre concernent la popularisation de la politique de population, son intégration dans les politiques sectorielles et au niveau régional et l'amélioration des connaissances sociodémographiques. Les six autres domaines relèvent de divers secteurs : urbanisation, migrations, ressources humaines, genre, besoins alimentaires, habitat, environnement. Dans le domaine démographique, les objectifs démographiques quantitatifs suivants ont été retenus :

- maîtriser progressivement la fécondité grâce à la promotion de la planification familiale, le taux de prévalence contraceptive (ensemble des méthodes) devant passer de 9,1% en 1997 à 50% en 2020 (domaine 1) ;
- relever l'espérance de vie à la naissance de 56 ans en 1997 à 68 ans en 2020 à travers l'amélioration de vie des populations (domaine 2) ;

Avec le temps il est apparu que la PNP de 1998 embrassait un trop grand nombre de secteurs et d'objectifs, qu'il y avait parfois des confusions entre objectifs et stratégies, que la quantification des objectifs n'était pas systématique et que les cibles à atteindre n'étaient pas définies. Par ailleurs, la disponibilité de nouvelles données (les résultats de l'enquête DHS de 1998, puis les résultats de l'enquête MICS et de l'enquête QUIBB de 2006 en particulier), de même que l'évolution des approches avec l'avènement des OMD, du NEPAD et des stratégies de réduction de la pauvreté rendaient nécessaire une révision de la politique de population.

Le processus de révision engagé a abouti en 2009 à une proposition de nouvelle politique de population couvrant la période 2010-2015³⁸, mais la finalisation de cette politique doit attendre la publication des résultats du recensement de 2010. On peut noter cependant que cette version provisoire met en relief sept objectifs spécifiques :

- l'amélioration de la santé en matière de reproduction d'ici 2015 à travers la lutte contre la mortalité maternelle et contre les IST/VIH/SIDA et la promotion de la Planification Familiale ;
- l'accroissement de l'accessibilité des jeunes aux services sociaux de base ;
- la réduction de la mortalité infantile de 80‰ à 40‰ et la mortalité infanto-juvénile de 146‰ à 100‰ entre 1998 et 2015 ;
- la réduction de la pression démographique sur l'environnement
- la maîtrise de la croissance urbaine galopante d'ici 2015 ;
- la promotion de l'égalité de genre et l'habilitation de la femme d'ici 2015 ;
- l'amélioration de la protection sociale des couches pauvres et vulnérables.

4.2 Les politiques de santé et en santé de la reproduction

En juin 1998, une Politique Nationale de Santé (PNS) a été adoptée et ensuite opérationnalisée en 2001 à travers le Plan National de Développement Sanitaire (PNDS) 2002-2006, qui a été réactualisé en mars 2009 pour devenir le PNDS 2009-2013³⁹.

Le PNDS 2009-2013 prend en compte les priorités du Togo définies dans le Document de Stratégie de Réduction de la Pauvreté (DSRP 2009-2011) ainsi que les orientations sous-régionales et

³⁸ Ministère de la Coopération, du Développement et de l'Aménagement du Territoire (2009) : *Politique Nationale de Population du Togo, version provisoire, juin 2009*, Lomé

³⁹ Ministère de la Santé (2009) : *Plan National de Développement Sanitaire 2009-2013*, Lomé, voir concernant l'objectif d'augmentation de la prévalence contraceptive : page 17 et page 23 (tableau 3.2.2.3 Indicateurs et cibles)

internationales en matière de santé, notamment les Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD). Il a comme objectif général de réduire la morbidité et la mortalité au sein des populations et a retenu par ailleurs quatre orientations stratégiques pour relever les défis du secteur de la santé :

- (i) renforcer le cadre institutionnel et la gestion du système de santé ;
- (ii) améliorer la santé de la mère, de l'enfant, de l'adolescent et de la personne âgée ;
- (iii) lutter contre les maladies transmissibles et non transmissibles ;
- (iv) renforcer la collaboration intersectorielle, le partenariat et la coordination.

La politique sanitaire a été adoptée avant la Politique Nationale de Population ; elle n'en parle donc pas. Mais le PNDS 2009-2013, la mentionne dans sa préface. Le PNDS utilise des données anciennes - Recensement administratif de 1997 et DHS 1998 - mais aussi les données de l'enquête MICS 2006. Curieusement l'impact des facteurs démographiques (fécondité élevée, croissance rapide de la population, etc.) sur la santé n'y apparaît pas de façon très explicite. Cependant, dans l'axe santé de la mère et de l'enfant, le PNDS vise notamment une augmentation de la prévalence contraceptive 16,8% en 2006 (il s'agit de l'ensemble des méthodes) à 21,8% d'ici 2013.

Le Togo a adopté en 2007 une loi sur la santé de la reproduction, qui a abrogé la loi française de 1920 qui était toujours en vigueur et réprimait la provocation à l'avortement et la propagande anticonceptionnelle. Cette nouvelle loi autorise toutes les techniques et méthodes de planification familiale, à l'exception de l'interruption volontaire de grossesse qui n'est autorisée que sur prescription d'un médecin et dans des cas bien spécifiés par la loi. Elle vise aussi à protéger la femme contre le viol, les mutilations génitales féminines, les mariages forcés et/ou précoces, les grossesses précoces, les grossesses non désirées et/ou rapprochées, l'exploitation sexuelle, les sévices sexuels, le harcèlement sexuel et toutes autres forme de violence.

Une politique en santé de la reproduction a été adoptée en 2009⁴⁰. Cette politique fait référence dans son préambule à la politique de population de 1998. Cependant c'est la Feuille de Route de réduction des mortalités maternelle, néonatale et infanto-juvénile 2008-2012 qui reste le principal document de référence en matière de santé maternelle et néonatale⁴¹. Les objectifs du PNDS 2009-2013 concernant la mortalité maternelle et infanto-juvénile proviennent de cette feuille de route.

Enfin en 2004, le Togo a adopté un plan de sécurisation des produits contraceptifs (PSPC 2005-2010) qui a été révisé et transformé en 2008 en Plan National de Sécurisation des Produits de Santé de la Reproduction (PNSPSR) couvrant la période 2008-2012⁴². Le PNSPSR a constaté quelque points faibles dans la mise en œuvre du PSPC, dont le manque d'avancées significatives dans le financement des produits contraceptifs par l'Etat et l'existence d'une forte dépendance du financement des activités par les partenaires techniques et financiers notamment de l'UNFPA et de l'USAID. Le PNSPSR n'affiche pas d'objectifs quantitatifs à atteindre ni au niveau de la prévalence contraceptive, ni pour d'autres indicateurs de la santé de la reproduction. Le coût global du PNSPSR 2008-2012 est estimé à 21 milliards de FCFA pour les 5 années concernées. Mais ce plan apparaît plus comme un plan destiné à organiser la sécurisation des produits, le plaidoyer, la participation du secteur privé, rendre performant le Système d'Information et de Gestion Logistique, etc., qu'un plan visant à financer l'achat des produits en santé de la reproduction.

4.3 Les Cadres Stratégiques de Lutte contre la Pauvreté

Le processus d'élaboration du DSRP au Togo, entamé en février 2001, a abouti à l'adoption d'un Document intérimaire de Stratégie de Réduction de la pauvreté en mars 2008. Les orientations de ce document, élaboré par le Gouvernement avec la participation de toutes les composantes de la société et les Partenaires Techniques et Financiers (PTF), ont ensuite permis l'adoption par le

⁴⁰ Ministère de la Santé (2009) : *Politique et Normes en Santé de la Reproduction, Planification Familiale et Infections Sexuellement Transmissibles du Togo*, Lomé

⁴¹ Ministère de la Santé (2008) : *Feuille de Route de la réduction de la mortalité maternelle, néonatale et infanto-juvénile du Togo 2008-2012*, Lomé

⁴² Ministère de la Santé (2008) : *Plan National de Sécurisation des Produits de Santé de la Reproduction au Togo*, Lomé

gouvernement en juin 2009 du Document Complet de Stratégie de Réduction de la Pauvreté (DSRP-C) 2009-2011⁴³. Ce document repose sur quatre piliers stratégiques :

1. le renforcement de la gouvernance ;
2. la consolidation des bases d'une croissance forte et durable ;
3. le développement du capital humain ;
4. la réduction des déséquilibres régionaux et la promotion du développement à la base.

Tout en prenant en compte l'ambition du pays de se mettre sur la voie d'une nation émergente, le cadrage macroéconomique table sur une reprise progressive de la croissance avec des possibilités d'accélération en vue de l'atteinte des OMD. Ainsi, le cadrage macroéconomique prévoit deux scénarios :

- un scénario de base se fondant principalement sur un assainissement des finances publiques;
- un scénario alternatif d'accélération vers l'atteinte des OMD (qualifié de scénario optimiste) en se basant sur l'Initiative du Secrétaire Général des Nations Unies d'accélérer la mise en œuvre de l'engagement pris par les pays du G8 au Sommet de Gleneagles en 2005, de doubler l'assistance aux pays pauvres au cours des trois années suivantes⁴⁴.

Le taux de croissance du PIB visé dans le premier scénario est 4,1% à l'horizon 2011 : celui du deuxième scénario « optimiste » est de 5,6%.

Dans la section introductive du DSRP-C, il est indiqué que la population togolaise est estimée à 5 598 000 habitants en 2008 et que le taux d'accroissement naturel de la population est de 2,4%, alors que le taux de croissance économique sur la décennie précédente (1998-2008) n'a été que de 1,1% en moyenne. Le taux d'accroissement naturel de la population est simplement mentionné comme information mais il n'est pas intégré de manière explicite dans les perspectives et les projections, même si il est reconnu que ce taux « accentue la pression en matière de demande de bien-être des populations » et qu'en conséquence, il y a un besoin d'assurer une croissance économique nettement supérieure à la croissance démographique. La politique de population n'est pas mentionnée dans le DSRP-C.

Le DSRP-C est décliné en un Programme d'Actions Prioritaires relié aux cadres sectoriels et multisectoriels de planification et en Cadre de Dépenses à Moyen Terme. Les questions de population ne figurent pas dans les actions prioritaires et elles ne sont pas non plus budgétisées de façon explicite, avec le risque réel donc qu'elles soient tout simplement oubliées pendant la mise en œuvre, le suivi et l'évaluation du DSRP. Concernant le genre, il n'a pas été explicitement considéré comme une dimension transversale, mais traité isolément dans une section et ce sans objectifs quantitatifs précis. Le DSRP-C ne met pas vraiment en évidence les contraintes socioculturelles qui constituent des obstacles à l'éducation des femmes, à leur accès aux services sociaux de base (notamment en santé de la reproduction et en planification familiale) et à leur accès à des emplois rémunérés. Les objectifs quantitatifs retenus concernent finalement, outre la croissance économique, la santé (réduction de la mortalité maternelle et de la malnutrition chez les enfants) l'éducation, l'amélioration de l'accès à l'eau potable et bien sur la réduction de la pauvreté (de 61,7% en 2006 à 58,6% en 2011). Quelques-uns des objectifs quantitatifs retenus dans le DSRP-C en termes de croissance économique, santé et éducation sont présentés au tableau 6.

⁴³ République Togolaise (2009) : *Document Complet de Stratégie de Réduction de la Pauvreté 2009-2011*, Lomé

⁴⁴ Dix pays pilotes dont le Togo ont été retenus dans le cadre de cette initiative.

Togo : **Tableau 6 : Objectifs, Document Complet de Stratégie de Réduction de la Pauvreté (DSRP-C) 2009-20119**

Indicateurs/Objectifs	Valeur de référence (année ou période)	Objectif (année ou période)
Croissance PIB annuel	2,4% (2005-2007)	4,1% (2011) scénario de base
Croissance PIB/tête	-0,8% (2008)	--
Croissance démographique	2,4%	<i>supposée rester à 2,4% par an</i>
Taux de mortalité moins de 5 ans	123‰ (2006)	51‰ (2015) valeur cible OMD
Mortalité maternelle (pour 100.000 naissances vivantes)	478 (2006)	143 (2015) valeur cible OMD
Insuffisance pondérale des enfants de moins de 5 ans	26,0% (2006)	12,3% (2015) valeur cible OMD
Taux net de scolarisation au primaire	74,6% (2006)	100% (2015) valeur cible OMD
Proportion de la population qui utilise une source d'eau potable	57,1% (2006)	75% (2015) valeur cible OMD
Proportion de la population disposant d'installations sanitaires améliorées	31,7%	50% valeur cible OMD

Source : République Togolaise (2009) : *Document Complet de Stratégie de Réduction de la Pauvreté 2009-2011*, Lomé

4.4 Les politiques sectorielles

La variable démographique n'est donc pas vraiment prise en compte dans le DSRP-C. Néanmoins on constate un effort de prise en compte de la dimension démographique dans certains plans sectoriels, notamment en ce qui concerne l'éducation.

Concernant l'éducation, un Plan Sectoriel de l'Education (PSE) 2010-2020 a été adopté février 2010 pour la période 2010-2020⁴⁵. Parmi les quatre principaux objectifs retenus pour le système éducatif, seul le premier est à contenu démographique. L'objectif 1 qui est d'« Equilibrer la pyramide éducative nationale tout en corrigeant les différentes disparités observées » entend en effet :

- atteindre un taux de couverture des 0-3 ans de 22,6 % en 2020, soit un effectif de 221 700 ;
- porter le taux de préscolarisation des 4-5 ans de 8,6 % en 2007 à 22,6 % en 2020, portant les effectifs scolarisés de 34 400 à 107 100 ;
- porter le taux d'accès d'une génération dans l'enseignement primaire de 90 % en 2007 à 100 % d'ici 2012 ;
- porter le taux d'achèvement de 66 % en 2007 à 100 % en 2020 ;

Ce plan ne fait pas référence à la politique nationale de population, mais il envisage cinq scénarios de développement du secteur éducatif à partir des taux de scolarisation et des ressources financières. De manière intéressante, en l'absence d'un recensement récent sur la population togolaise, le PSE utilise les projections de la Division de la Population des Nations Unies dans son exercice de simulation (avec un taux de croissance moyenne annuel de la population de 2,4 % pour la période 2007-2020).

⁴⁵ République Togolaise (2010) : *Plan Sectoriel de l'Education 2010-2020*, Lomé

L'élaboration et l'adoption du PSE 2010-2020 s'est imposée après une analyse sans complaisance du fonctionnement du système éducatif togolais. Le diagnostic du secteur est ainsi parti d'une analyse des points forts et des points faibles du système éducatif. Le principal point fort relevé a été que l'accès au primaire d'une génération d'enfants était de l'ordre de 90%. Les points faibles soulignés étaient que le pays restait éloigné de la scolarisation primaire universelle, que le taux d'achèvement du primaire restait inférieur à 70% en 2007 et que les enseignants étaient mal utilisés (ils étaient mal répartis sur le territoire national, ils étaient parfois sous-utilisés et de plus nombre d'eux étaient peu qualifiés ou pas qualifiés. Un autre point faible relevé a été l'inadéquation quantitative et qualitative formation/emploi. En effet, l'éducation et la formation reçues ne paraissent pas préparer au mieux les jeunes à affronter un marché de l'emploi exigeant et évolutif. Le PSE 2010-2020 est censé corriger ces carences et donc promouvoir un développement harmonieux du secteur éducatif.

Concernant l'agriculture, les faiblesses structurelles dont souffre le secteur ont eu pour conséquences l'insuffisance de la production par rapport aux besoins (le bilan céréalier a été plusieurs fois déficitaire ces dernières années) et des taux élevés de malnutrition au sein de la population générale et chez les enfants. Des travaux récents estiment que 71 % de la population togolaise étaient vulnérables à l'insécurité alimentaire, c'est-à-dire susceptibles d'éprouver des difficultés d'alimentation au moindre aléa défavorable à la production agricole⁴⁶. Cette situation a conduit à l'adoption de plusieurs politiques ou programmes.

Ainsi, la Note de Politique Agricole de 2006 qui couvre la période 2007-2011, rappelle que l'objectif général assigné à la stratégie de développement de l'agriculture est d'accroître le revenu des exploitants agricoles et de contribuer à l'amélioration des conditions de vie des ruraux, au travers notamment l'amélioration de la productivité des cultures vivrières et d'exportation et un meilleur accès des agriculteurs aux ressources productives et au marché. Pour la mise en œuvre de cette stratégie, un Programme National d'Investissement Agricole (PNIA) 2009-2015 a été élaboré. Ce programme vise également la réalisation des objectifs du Programme Détaillé de Développement Agricole en Afrique du NEPAD dont la mise en œuvre devrait contribuer à développer l'agriculture et à améliorer la sécurité alimentaire et la balance commerciale des pays concernés. Le PNIA prévoit l'allocation de 10% du budget national à l'agriculture, la réalisation de 6% de croissance agricole annuelle et l'atteinte du premier OMD (éliminer l'extrême pauvreté et la faim). Le PNIA compte une soixantaine de projets nationaux et régionaux. La Note de Politique Agricole ne fait pas référence à la politique nationale de population et ne parle pas de croissance démographique. Elle table essentiellement sur l'augmentation de la production et des revenus des ruraux (grâce à l'augmentation de la productivité) pour résoudre les problèmes d'insécurité alimentaire du pays.

Notons aussi qu'une politique Nationale en matière d'Alimentation et de Nutrition est en voie de finalisation. Cette politique propose (dans sa version de février 2010⁴⁷) des stratégies et activités visant à réduire la malnutrition tant déficitaire (dénutrition) en particulier chez les enfants et les femmes, qu'excédentaire (surpoids, obésité) et promouvoir une nutrition optimale de toute la population togolaise par l'adoption de régimes alimentaires équilibrés et appropriés et au travers l'éducation nutritionnelle.

Le document de Politique Nationale en matière d'Approvisionnement en eau potable et Assainissement (AEPA) en milieu rural et semi-urbain a été adopté par le gouvernement en juillet 2006. Un autre document portant « Gestion Intégrée des Ressources en Eau » (GIRE) a été élaboré en trois volumes en 2005 et validé en 2007. Il fait l'état des lieux du secteur de l'eau, indique les propositions de politique et de stratégie et fait une proposition de Code de l'Eau. Ce document établit la vision du secteur « Eau et Assainissement » au Togo à l'horizon 2025. Le document de l'AEPA comme celui de la GIRE ne font pas référence à la politique de population. Cependant le Projet de Politique Nationale de l'Eau, en cours de finalisation fait référence aux projections de population 1995 à 2005 de la Direction Générale de la Statistique et de la Comptabilité Nationale (DGSCN) qui utilisent un taux de croissance de la population totale de 2,4% par an, un taux de croissance de la population urbaine de 3,8% par an et qui donnent une

⁴⁶ DIALLO K. et GBENYON K. (2009), Evaluation de la mise en œuvre du Programme d'Action de Bruxelles en faveur des PMA pour la décennie 2001-2010 au Togo, PNUD-Togo, pp.14 et 19 et PAM (2008a), Analyse de la couverture céréalière au Togo 2003-2009 ; PAM (2008b), Evaluation de la sécurité alimentaire des ménages affectés par les inondations de la campagne 2007-2008 au Togo : aide mémoire et résumé exécutif, 30 avril 2008)

⁴⁷ Ministère de la Santé (2010) : Politique Nationale en matière d'alimentation et de nutrition, 3^{ème} draft, Lomé.

population du pays en 2015 de 6 607 000 habitants, dont 45,8% vivant en milieu urbain⁴⁸. Mais curieusement, ces projections ne sont pas utilisées par la suite (du moins dans la version de novembre 2009) pour estimer les besoins à couvrir.

Enfin, le Togo a adopté en mai 2009 une Politique Nationale d'Aménagement du Territoire (PONAT)⁴⁹. Cette politique fait référence à la politique nationale de population et aussi aux résultats de l'enquête DHS de 1998. Le document de politique reconnaît la forte croissance démographique que connaît le pays entraîne une plus grande sollicitation de l'Etat dans les secteurs sociaux (santé, éducation, affaires sociales...) et de l'emploi. Il note que le taux de croissance économique évolue à un rythme inférieur à celui de la croissance démographique, ce qui constitue un défi pas facile à relever eu égard aux moyens limités dont dispose l'Etat. Parmi la douzaine d'objectifs spécifiques affichés par la Politique Nationale d'Aménagement du Territoire, trois ont une dimension population-développement et genre, à savoir : la réduction des disparités régionales pour assurer le développement socio-économique des régions et freiner l'exode rural, l'amélioration de la condition de la femme et de son insertion dans le circuit économique et la réduction de la pauvreté par l'accroissement des revenus.

4.5 Cohérence, articulation des politiques, plans et programmes

Finalement la politique nationale de population de 1998 n'est quasiment pas prise en compte dans les différentes politiques plans et programmes adoptés après 1998 au Togo. Elle n'est pas mentionnée dans le DSRP-C. Il y est fait allusion dans le préambule de la politique en santé de la reproduction, mais elle n'est pas mentionnée dans le Plan National de Sécurisation des Produits de Santé de la Reproduction (PNSPSR) 2008-2012. Parmi les quatre politiques sectorielles (éducation, eau, sécurité alimentaire et aménagement du territoire), seulement la Politique Nationale d'Aménagement de Territoire parle de la politique de population.

Par ailleurs, la variable démographique n'a pas toujours été prise en compte dans les politiques, plans et programmes adoptés jusqu'ici au Togo. Lorsqu'elle l'a été, c'est quelquefois en utilisant le taux d'accroissement annuel moyen de la population de 2,4% estimé par la Direction Générale de la Statistique et de la Comptabilité Nationale (DGSCN). Or non seulement cette méthode est relativement grossière, mais aussi elle s'appuie sur des données anciennes - recensement de la population de 1981 et résultats des enquêtes DHS de 1988 et 1998. Dans le cas du Plan Sectoriel de l'Education (PSE) 2010-2020, ce sont les projections de la Division de la Population des Nations Unies qui ont été utilisées. Ces projections donnent des estimations par sexe et par âge, ce qui est appréciable, mais comme on l'a vu elles donnent en 2010 une estimation de la population totale du Togo qui est de près de un million supérieure à celle donnée par la DGSCN (6,8 millions contre 5,9 millions).

Par ailleurs, peu d'indications sont données sur la manière dont été fixés les objectifs à atteindre dans les politiques, plans et programmes, sauf lorsque les OMD sont repris. On peut s'étonner aussi que Plan National de Sécurisation des Produits de Santé de la Reproduction (PNSPSR 2008-2012) n'affiche pas d'objectifs quantitatifs à atteindre ni au niveau de la prévalence contraceptive, ni pour d'autres indicateurs de la santé de la reproduction (voir tableau 7) Aussi, il est curieux que dans les indicateurs et cibles retenus par le Plan National de Développement Sanitaire (PNDS 2009-2013), celui porte de la prévalence contraceptive trouvée pour l'ensemble des méthodes lors de l'enquête MICS de 2006 - 16,3% - au lieu de prendre la prévalence pour les méthodes modernes et fixe ensuite pour 2013 un objectif plutôt modeste - 21,8% - qui correspond à une augmentation annuelle de la prévalence de 0,8 point de pourcentage par an.

⁴⁸ Ministère de l'Eau, de l'Assainissement et de l'Hydraulique villageoise (2009) : *Projet de Politique Nationale de l'Eau version Novembre 2009*, Lomé

⁴⁹ Ministère de la Coopération, du Développement et de l'Aménagement du Territoire (2009) : *Politique Nationale de l'Aménagement du Territoire*, mai 2009, Lomé

Togo : **Tableau 7 : Objectifs démographiques selon les politiques, plans et programmes.**

Indicateurs/Objectifs / Politiques, plans, programmes	Mortalité avant 5 ans pour 1000 enfants nés vivants et mortalité néonatale	Mortalité maternelle pour 100.000 naissances	Prévalence contraceptive
Politique Nationale de Population de 1998	Réduire de 50% d'ici 2010	Réduire de 50% d'ici 2010	Accroître le taux de prévalence contraceptive (toutes méthodes) de 9,1% en 1997 à 50% en 2020
Plan National de Développement Sanitaire 2009-2013	Réduire la mortalité infanto juvénile de 123‰ à 71‰ en 2013	Réduire de 478 à 250 en 2013	Accroître le taux de prévalence contraceptive ((toutes méthodes) de 16,8 (en 2006) à 21,8% en 2013
Plan National de Sécurisation des Produits de Santé de la Reproduction (PNSPSR) 2008-2012.	pas d'objectif quantifié	pas d'objectif quantifié	pas d'objectif quantifié
Feuille de Route de réduction des mortalités maternelle, néonatale et infanto-juvénile 2008-2012	Réduire la mortalité infanto juvénile de 123‰ à 71‰ en 2013	Réduire de 478 à 250 en 2013	pas d'objectif quantifié

Sources : Les diverses politiques et plans mentionnés

Cette prise en compte incomplète des variables démographiques et de la Politique de Population est en partie la conséquence des difficultés à avoir des données plus ou moins fiables, du fait de l'absence de recensement de la population entre 1981 et 2010. C'est pourquoi, dès que les résultats du recensement de novembre 2010 seront disponibles par sexe et par âge il importe de reconstituer l'évolution de la population et la dynamique démographique du pays depuis 1981 et d'élaborer des projections de type « aide à la décision » comme celles réalisées dans le cadre de ce travail et présentées à la section 2. La reconstitution de l'évolution de la population par sexe et par âge doit permettre de réviser l'ensemble des indicateurs à contenu démographique estimés dans le passé de manière plus ou moins approximative. Quant aux projections démographiques, elles constituent un outil privilégié de mesure des taux de couverture, d'estimation des besoins et de fixation des objectifs. C'est pourquoi il est important que des projections nationales s'appuyant sur les résultats du recensement de 2010 soient réalisées dès que possible afin de servir d'outil unique de référence des divers Ministères et acteurs du développement pour une réelle prise en compte des évolutions attendues non seulement des populations totale, urbaine et rurale, mais aussi et surtout des évolutions des effectifs par âge et des effectifs des diverses populations spécifiques.

Mais la prise en compte incomplète des variables démographiques et de la Politique de Population reflète aussi en partie, l'ambiguïté et le déficit de mobilisation sur les questions démographiques au Togo, ceci dans un contexte économique et politique global difficile certes, mais aussi dans un contexte où les droits des femmes ne sont pas nécessairement toujours reconnus. L'enquête MICS de 2006 fournit à ce sujet des résultats sur les perceptions qu'ont les femmes elles-mêmes des violences conjugales. De manière intéressante, les résultats de l'enquête MICS 2006 indiquent que les violences conjugales restent admises par une femme sur deux, puisque 53% d'entre elles ont déclaré trouver normal qu'un mari batte sa femme pour au moins l'une des raisons suivantes: elle néglige les enfants, elle sort sans prévenir son mari, elle tient tête à son mari dans une discussion, elle brûle le repas, ou elle refuse d'avoir des rapports sexuels avec lui.⁵⁰

⁵⁰ MICS3_Togo_FinalReport_2006_Fr[1].pdf : voir page 68.
http://www.unicef.org/wcaro/documents_publications_2413.html

5 Comment gérer la variable population au Togo ?

5.1 Les partenaires en population et santé de la reproduction

Plusieurs partenaires au développement interviennent aux cotés des autorités togolaises dans le domaine de la population et de la santé de la reproduction. Nous en avons dénombré 9, (mais la liste qui suit n'est pas forcément exhaustive) :

- 6 relèvent du système des Nations unies : UNFPA, UNICEF, OMS, PAM, la Banque mondiale et le Haut-commissariat aux Droits Humains (HCDH) ;
- 1 relève du multilatéral : la Commission Européenne
- 2 relèvent d'organisations privées, il s'agit par ordre alphabétique de l'Association Togolaise pour le Bien-être Familial (ATBEF) et de Population Services International (PSI).

Il y a également ce qu'il convient d'appeler le « fonds commun » qui est un programme d'appui au développement sanitaire financé par plusieurs partenaires. Les agences du système des Nations unies et la coopération multilatérale et bilatérale apportent essentiellement un appui financier aux structures togolaises (appui financier à des projets et/ou appui budgétaire). Les partenaires privés, qui reçoivent des fonds internationaux, d'origine bilatérale et privés, sont plus souvent directement impliqués dans la fourniture de services ou prestations. Les champs d'intervention de ces partenaires sont variables. Mais, ils apportent généralement leur appui ou ont des actions qui visent souvent en priorité la réduction de la mortalité maternelle et l'amélioration de la survie des enfants ainsi que la prévention ou la lutte contre le VIH/Sida (voir en 2.1 l'importance du VIH/Sida au Togo). La lutte contre les violences faites aux femmes concerne l'UNFPA et le HCDH. Le HCDH a ouvert une représentation au Togo, à Lomé, avec l'accord du gouvernement du Togo en 2006 pour une période de 4 ans, suite aux violences qui ont émaillé le scrutin présidentiel de la même année. Sa mission est de contribuer à renforcer les capacités nationales de protection des droits de l'homme (et des droits des femmes). La planification familiale fait partie des priorités d'intervention de l'UNFPA et des deux organisations privées qui interviennent directement sur le terrain : l'ATBEF et PSI.

L'UNFPA, agence spécialisée des Nations unies pour les questions de population, intervient au Togo depuis 1972. A partir de 1984, ses interventions se sont inscrites dans le cadre d'un programme de coopération exécuté sur une période de plus ou moins cinq ans. A ce jour, quatre programmes de coopération ont été mis en œuvre et le quatrième programme qui couvrait la période 2002-2006 a été prorogé en 2007. Le cinquième programme en cours, couvre la période 2008-2012⁵¹.

Le 4^{ème} programme pays 2002-2006/2007, a été financé à hauteur de 8 millions de dollars US, dont 5,5 millions financés sur les ressources régulières de l'UNFPA. Ce programme comportait trois sous-programmes : Santé de la Reproduction ; Population et Développement ; et Genre.

Les principaux acquis du sous-programme Santé de la Reproduction ont consisté d'abord à former et à équiper les prestataires de services en santé de la reproduction dans les régions prioritaires d'intervention de l'UNFPA afin que ceux-ci soient en mesure d'offrir des services de qualité à leurs clients. Les autres acquis ont été l'adoption d'un plan de sécurisation des produits en santé de la reproduction, l'adoption de la feuille de route pour la réduction de la mortalité maternelle et néonatale, l'adoption de la Loi sur Santé de la Reproduction au Togo, ainsi que la réalisation de deux études sur la situation des soins obstétricaux et néonataux d'urgence (SONU). L'UNFPA a été aussi le principal acteur dans l'approvisionnement en préservatifs du pays. Le sous-programme Population et Développement s'est concentré sur la prise en compte des questions de population et des indicateurs sociodémographiques dans les plans et stratégies de développement initiés par le Gouvernement, notamment, le Plan National de Développement Sanitaire. Il a également apporté son appui à la formation de cinq démographes et deux statisticiens togolais dans la sous-région. Le sous-programme Genre a contribué notamment à la finalisation et à la validation des documents de Politique Nationale d'Egalité et d'Equité de Genre et du document de stratégies nationales de lutte

⁵¹ Voir <http://togo.unfpa.org/> et Plan d'Action du Programme Pays Gouvernement-UNFPA (PAPP) pour la période 2008 – 2012, Lomé, février 2008.

contre les violences basées sur le genre, ainsi qu'à la révision et à la validation document portant Code des Personnes et de la Famille.

Le programme 2008-2012, qui est financé à hauteur de 10 millions de dollars US a pour but de contribuer à la réduction de la pauvreté par l'amélioration de l'accès des populations, surtout les femmes, les jeunes et les adolescents, à des services en santé de la reproduction de qualité, ainsi qu'à la prise en compte des questions de population et d'égalité/équité entre les sexes dans les politiques et programmes de développement. Ce programme en cours, couvre essentiellement les régions économiques prioritaires de l'UNDAF (*United Nations Development Assistance Framework*), notamment les régions des Savanes, de la Kara, Centrale et Maritime, avec un accent particulier sur les poches de pauvreté et de vulnérabilité que sont les zones rurales et périurbaines. Mais la couverture du programme est nationale pour plusieurs interventions comme l'appui à la réalisation du recensement de la population de 2010 et aux enquêtes intercensitaires, l'appui à la sécurisation des produits en santé de la reproduction et concertant la promotion de l'égalité/équité de Genre.

Examinons maintenant brièvement les activités des deux organisations qui interviennent sur le terrain en planification familiale : l'ATBEF et PSI.

L'ATBEF est l'une des quelque 180 associations nationales autonomes de Planning Familial affiliées à l'International Planned Parenthood Federation (IPPF). L'IPPF a pour objectif de promouvoir dans le monde le droit à la santé reproductive et sexuelle : l'éducation sexuelle des jeunes, le renforcement du pouvoir des femmes vers l'égalité, la lutte contre les MST et la maîtrise de la fécondité⁵². L'ATBEF, créée en 1975, s'est initialement consacrée à la promotion et aux services en planification familiale au Togo. Elle offre aujourd'hui une gamme étendue de prestations et services en santé de la reproduction en direction notamment de divers groupes vulnérables (jeunes, personnes déplacées, travailleuses du sexe, enfants de la rue, populations rurales, etc.). Ces services comprennent le conseil et le dépistage du VIH/Sida, des soins/consultations pré et postnatales et post-avortements, le traitement de la stérilité et le conseil avant mariage. En 2006, l'ATBEF a fourni des prestations à 390 000 clients, dont environ 20 000 étaient considérés comme pauvres ou exclus de la société. Elle a aussi donné plus de 4 000 consultations de conseil et dépistage du VIH/Sida. L'ATBEF est implantée dans quatre régions du Togo et elle gère trois cliniques⁵³.

PSI, est une organisation qui a des activités dans plus d'une cinquantaine de pays, dont 30 en Afrique subsaharienne (parmi lesquels 8 en Afrique de l'Ouest - Togo, Bénin, Burkina Faso, Côte d'Ivoire, Guinée, Liberia, Mali et Nigeria). Son objectif est de « permettre aux femmes et aux couples d'avoir des vies plus saines, en leur donnant accès à de produits et des services novateurs en matière de la planification familiale et de santé maternelle »⁵⁴. PSI/Togo a commencé ses activités en 1996 avec la promotion du condom « Protector Plus » afin de prévenir la transmission des IST et du VIH-Sida. Dans ses campagnes de communication PSI/Togo insiste sur l'usage régulier des condoms et la fidélité comme moyens de prévention du VIH-Sida et recommande également le dépistage volontaire du VIH-Sida. Les interventions de PSI/Togo concernent également aujourd'hui la lutte contre le paludisme et les maladies transmises par l'eau, ainsi que la santé de la reproduction en général. PSI/Togo estime que grâce à ses interventions il a permis d'éviter quelque 25 000 de cas de transmissions du VIH/Sida et quelque 26 000 problèmes en santé de la reproduction (parmi lesquels un certain nombre de grossesses non désirées).

La diversité des partenaires, de leurs statuts, de leurs modes d'intervention et des champs qu'ils couvrent en santé de la reproduction, complique quel que peu l'analyse des actions menées et l'évaluation de leur impact. La diversité des champs couverts est largement l'une des conséquences de la Conférence internationale du Caire de 1994 sur la population où a été adoptée une approche globale de la santé de la reproduction, ne se limitant pas à la planification familiale, mais comprenant de nombreuses autres composantes : santé maternelle et infantile, maladies sexuellement transmissibles, épidémie du SIDA, stérilité, soins post-avortement, cancers liés à la reproduction, etc. Dans de nombreux pays où la fécondité et la mortalité restent élevées, une certaine concurrence est ainsi apparue entre ces diverses composantes pour la définition de

⁵² <http://www.planning-familial.org/themes/theme15-solidariteInter/fiche03.php>

⁵³ <http://www.ippf.org/en/Where/> voir « Member Association Togo »

⁵⁴ <http://www.psi.org/our-work/healthy-lives/reproductive-health> et <http://www.psi.org/togo>

priorités. Finalement la priorité implicite ou explicite a été souvent donnée à une maternité protégée et aux soins des enfants, ces besoins étant les plus pressants. Mais cela s'est fait le plus souvent aux dépens de la planification familiale comme l'indique l'évaluation faite par les Nations unies sur ce sujet en 2004⁵⁵. Cette évaluation rappelle que l'intégration des services de santé reproductrice et de planification familiale dans le système de santé publique demeure la référence, car elle permet de réduire le coût de ces services et d'en accroître la couverture géographique. Mais, elle met aussi en évidence plusieurs obstacles à cette intégration : organisation structurelle verticale des soins, manque de moyens financiers et de ressources humaines adaptés et aussi faible capacité d'absorption de l'aide, auxquels il faut ajouter la détérioration de la qualité des soins fournis dans les services publics et la démoralisation des équipes qui n'incitent pas les personnels à donner aux femmes qui se présentent en consultation pré ou post-natale, l'information la plus basique sur la planification familiale⁵⁶. Nombre de ces remarques s'appliquent plus ou moins à la situation au Togo.

Au total, la question de l'intégration des services de planification familiale dans les systèmes de santé publique et donc la question de l'importance de l'appui technique et financier à apporter aux autorités, ainsi que la question de la place à réserver aux prestataires privés n'est pas simple. On ne dispose malheureusement que de données anciennes, celles de l'enquête DHS de 1998, sur les sources d'approvisionnement en contraceptifs modernes des Togolaises. Ces données indiquent qu'en 1998 près de la moitié des femmes (48%) obtenaient alors les méthodes de contraception modernes qu'elles utilisaient dans le secteur public - essentiellement dans les dispensaires/infirmiers (21%), puis dans les hôpitaux publics (16%). Mais, cette proportion varie d'une méthode à l'autre : elle était de 92% pour les injectables, 86% pour le Norplan, 83% pour les DIU, ces trois méthodes représentant alors un peu plus de la moitié des méthodes modernes utilisées. Le recours au secteur public n'était que de 38%, pour la pilule et de 15% pour les condoms⁵⁷. A noter aussi que 88% des stérilisations féminines étaient pratiquées dans le secteur public.

L'extension de l'utilisation de la contraception moderne passe donc par un examen attentif des capacités de chaque prestataire (public et privé), de la répartition des méthodes utilisées et des choix envisageables en matière d'évolution future de cette répartition. Des études du type de celle réalisée au Niger en 2008 « Le marché de planning familial au Niger. Perspectives de répartition entre le secteur public et le secteur privé » sont susceptibles d'éclairer les choix à faire en la matière⁵⁸. L'extension du rôle du secteur privé permettrait par exemple en augmentant l'offre pour la pilule et le condom de décongestionner les centres de santé publics qui répondent à la demande pour ces produits. On pourrait alors envisager d'augmenter l'offre en méthodes de plus long terme (telles que les DIU et les implants) et mettre en place un système efficace de supervision des agents communautaires et femmes relais en charge du réapprovisionnement des utilisateurs et utilisatrices de pilule et de condoms.

5.2 Peut-on accélérer la baisse de la fécondité ?

Dans le contexte, démographique, socio-économique, politique et culturel qui vient d'être décrit, est-il possible d'accélérer la baisse de la fécondité au Togo, ce qui lui permettrait d'entrer rapidement dans la première fenêtre d'opportunité démographique ?

L'utilisation de la contraception au Togo reste parmi les plus faibles au monde. Une femme en union sur six (16%) utilisait une méthode de contraception en 2006, alors que la prévalence de la contraception se situait dans les pays émergents au milieu des années 2000 entre 60% et 85%⁵⁹.

⁵⁵ United Nations 2004. Review and Appraisal of the Progress Made in Achieving the Goals and Objectives of the Programme of Action of the International Conference on Population and Development. The 2004 Report. Sales No. E.04.XIII.8.

⁵⁶ Jaffré, Yannick and Jean-Pierre Olivier de Sardan, eds. (2003). *Une Médecine Inhospitalière. Les Difficiles Relations entre Soignants et Soignés Dans Cinq Capitales d'Afrique de l'Ouest*. Paris: Karthala Edition.

⁵⁷ <http://www.measuredhs.com/pubs/> voir Country, Togo: DHS, 1998 - Final Report (French) page 58.

⁵⁸ Le marché de planning familial au Niger. Perspectives de répartition entre le secteur public et le secteur privé, par J-P Guengant et N.de Metz, KfW, UNFPA, Ministère de la Santé Publique, avril 2008, Niamey

⁵⁹ <http://www.un.org/esa/population/> : 2010 Update for the MDG database [Contraceptive Prevalence Unmet Need for Family Planning](#)

Ces pays qui, pour la plupart, avaient des prévalences de l'ordre de 10% à 20% dans les années 1960, ont donc réalisé leur « révolution contraceptive » en une quarantaine d'années. Ceci correspond à des augmentations moyennes de la prévalence d'environ 1,5 point de pourcentage par an⁶⁰. Les méthodes traditionnelles, moins efficaces⁶¹, y sont aujourd'hui généralement peu utilisées et les besoins non satisfaits concernent de 2-3% des femmes (Chine, Thaïlande, Maurice...) à 10% des femmes (Egypte, Mexique, Maroc...). Il s'agit, dans la moitié à deux tiers des cas, de besoins en contraception pour ne plus avoir d'enfants. La demande totale en planification familiale dans les pays émergents (utilisation actuelle plus besoins non satisfaits) se situe donc en gros entre 70% et 85% des femmes en union, les autres femmes n'étant pas concernées (car désirant être enceintes, pensant être stériles, etc.)

Les résultats des enquêtes DHS menées au Togo en 1988 et 1998 et ceux de l'enquête MICS de 2006 indiquent donc des niveaux faibles d'utilisation de la contraception: 16,3% pour l'ensemble des méthodes en 2006 (11,1% pour les méthodes modernes et 5,2% pour les méthodes traditionnelles⁶² - tableau 8, figure 6.1). Ces résultats suggèrent aussi une progression très modeste de l'utilisation des méthodes modernes de contraception au cours des quelque vingt dernières années. L'utilisation des méthodes modernes a en effet progressé de 7% en 1988 à 11% en 2006. Ceci correspond, à une augmentation de 0,4 point de pourcentage par an entre 1988 et 1998 et de 0,5 point de pourcentage par an entre 1998 et 2006. Les résultats de l'enquête MICS de 2006 doivent être cependant considérés avec précaution, notamment en ce qui concerne l'utilisation des méthodes dites traditionnelles. D'une part, les enquêtes DHS 1998 et MICS 2006 utilisent des méthodologies et des questionnaires différents. D'autre part, il faut rappeler que la qualité des données recueillies sur l'utilisation des méthodes dites traditionnelles ou folkloriques est très variable d'une enquête à l'autre, ce qui rend les comparaisons dans le temps difficiles. Dans le cas du Togo, l'utilisation des méthodes traditionnelles semble avoir chuté entre l'enquête DHS de 1998 et l'enquête MICS 2006 (de 17% à 5%), ce qui suggère, à tort ou à raison, que la prévalence de la contraception toutes méthodes confondues a chuté entre 1998 et 2006. Ces réserves faites, les résultats disponibles suggèrent une augmentation de l'utilisation de la contraception moderne par les femmes togolaises entre 1988 et 2006 de 0,4 point de pourcentage par an, ce qui reste faible et une diminution de -1 point de pourcentage par an pour l'ensemble des méthodes (figure 6.2). L'utilisation des méthodes modernes aurait donc bien progressé ces dernières années au Togo, mais ceci au détriment des méthodes traditionnelles dont l'utilisation aurait fortement diminué. Pourtant, les enquêtes révèlent aussi une demande non satisfaite importante, de 34% en 1998 et de 37% en 2006, ce qui donne une demande totale en planification familiale au Togo de 57% en 2006 (figure 6.1). Cette demande est importante, mais elle reste inférieure à la demande de 70% et 85% observée dans les pays émergents.

On attribue souvent les bas niveaux d'utilisation de la contraception en Afrique subsaharienne à la faiblesse des niveaux d'instruction et à la pauvreté de la population. Les données anciennes, datant de 1998, disponibles à ce sujet pour le Togo ne confirment que partiellement cette interprétation. Selon les résultats de l'enquête DHS de 1998 donc, l'utilisation de la contraception chez les femmes ayant au moins un niveau d'éducation secondaire n'était que 50% plus élevée que chez celles qui n'ont pas été scolarisées : 34% contre 21% (tableau 9). Le rapport était quasiment le même, entre les femmes appartenant au quintile le plus aisé de la population et celles appartenant au quintile le plus pauvre, les premières étant 60% plus nombreuses que les secondes à utiliser une méthode de contraception (30% contre 20%).

⁶⁰ GUENGANT J.-P. et RAFALIMANANA H. : « [The Cairo Approach Embracing too much ?](http://www.un.org/esa/population/meetings/EGM-Fertility2009/P15_Guengant.pdf) », UIESP, Tours, 13-18 juillet , 2005. http://www.un.org/esa/population/meetings/EGM-Fertility2009/P15_Guengant.pdf

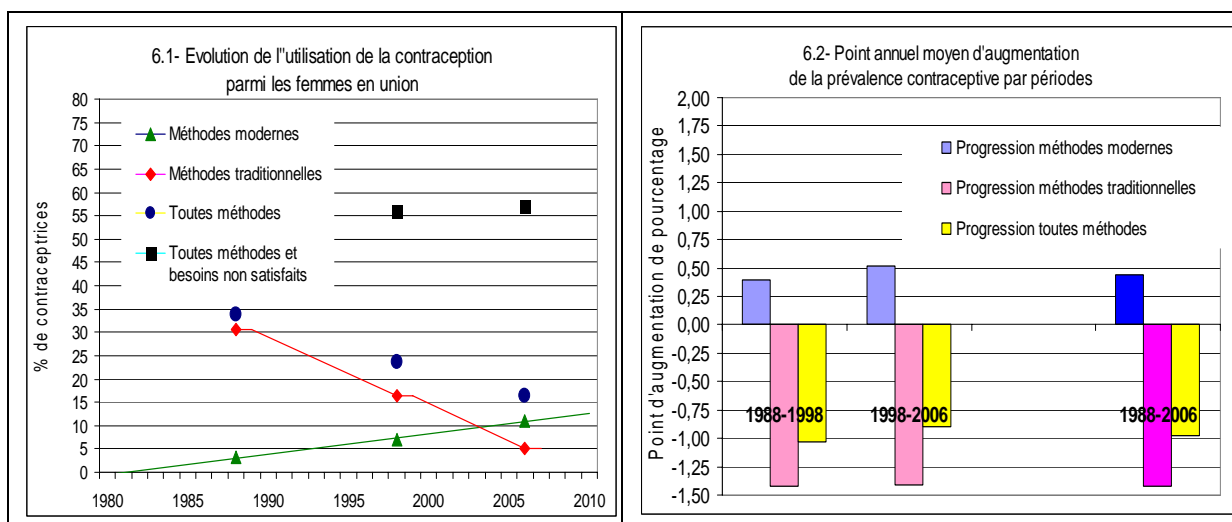
⁶¹ L'efficacité de méthodes traditionnelles est moindre que celle des méthodes modernes et de ce fait elles sont à l'origine de nombreux échecs (c'est-à-dire de grossesses non désirées) : voir l'efficacité des diverses méthodes de contraception à <http://www.futuresgroup.com/resources/software/> voir sous Spectrum, le module FamPlan

⁶² L'allaitement maternel, aussi appelé "MAMA", est aujourd'hui souvent considéré comme une méthode de contraception. Il n'a pas été pris en compte ici afin de permettre de meilleures comparaisons des niveaux d'utilisation de la contraception dans le temps et entre pays. En effet, certaines enquêtes, notamment les plus anciennes, ne le prennent pas en considération. Ensuite les pourcentages de femmes déclarant allaiter et utiliser l'allaitement comme contraception est très variable d'une enquête et d'un pays à l'autre. Pour le Burkina Faso, seule l'enquête de 2006 donne un chiffre : 0,5% (?) des femmes en union utilisant la MAMA ou Aménorrhée lactationnelle, considérée comme méthode moderne de contraception.

Enquêtes DHS et MICS	Togo 1988	Togo 1998	Togo MICS 2006
Prévalence de la contraception			
- méthodes modernes	3,1	7,0	11,1
- méthodes traditionnelles	30,7	16,5	5,2
Total sans allaitement sans MAMA	33,8	23,5	16,3
% méthodes traditionnelles	91%	70%	32%
- "MAMA"-en méthodes modernes	--	--	--
- allaitement-en méthodes traditionnelles			0,5
Progression annuelle moyenne en points de pourcentage			
- méthodes modernes	+0,39	+0,51	+0,44
- méthodes traditionnelles	-1,42	-1,41	-1,42
Total non compris allaitement&MAMA	-1,03	-0,90	+0,97

Source : MEASURES DHS Online Tools (<http://www.statcompiler.com/>) et MICS 2006 Togo

Figures 6.1. et 6.2. : Evolution de l'utilisation de la contraception



Source : MEASURES DHS Online Tools (<http://www.statcompiler.com/>) et MICS 2006 Togo

En 1998, quel que soit le niveau d'éducation, près de 40% des femmes (38%) utilisaient la contraception pour ne plus avoir d'enfants, ce qui est important. Une femme sur trois (34%) ayant des besoins satisfaits en planification familiale exprimait aussi un besoin de ne plus avoir d'enfants. Les résultats de l'enquête MICS 2006 pour l'ensemble des femmes indiquent, comme on l'a vu, un recul de l'utilisation de la contraception imputable à la chute de l'utilisation des méthodes traditionnelles. Mais ils indiquent aussi une forte progression des besoins non satisfaits, qui restent majoritairement des besoins pour des raisons d'espacement. Finalement avec le recul de l'utilisation de la contraception, le pourcentage de la demande qui est satisfaite chute de 42% en 1998 à 29% en 2006.

Les données de 1998 suggèrent par ailleurs des différences entre catégories concernant la demande totale et la couverture des besoins non satisfaits.

C'est ainsi qu'en 1998, 34% des femmes les plus éduquées utilisaient une méthode quelconque de contraception (ce qui correspond à des besoins satisfaits), mais 24% d'entre elles n'utilisaient aucune méthode alors qu'elles souhaitaient espacer leur prochaine naissance ou ne plus avoir d'enfants (ce qui correspond à des besoins non satisfaits - voir tableau 9). La demande totale en

contraception chez les femmes les plus éduquées concernait donc 58% d'entre elles (34%+24%) et cette demande était satisfaite à 58% (besoins satisfaits de 34% divisés par la demande totale de 58%).

Togo **Tableau 9 : Utilisation, besoins et demande en contraception par niveau d'éducation et quintile de richesse.**

Utilisation, besoins, demande en contraception, DHS 1998 et MICS 2006	Utilisation de la contraception	Besoins non satisfaits	Demande en planification familiale			% demande satisfaite
			Espacement	arrêt	total	
Par niveau d'éducation: 1998						
- femmes non scolarisées	20,6	31,9	33,4	19,1	52,5	39%
- de niveau primaire	25,2	36,0	42,2	19	61,3	41%
- secondaire ou plus	33,6	24,2	32,5	25,4	57,8	58%
Par quintile de richesse: 1998						
- femmes les plus pauvres	20,1	35,2	39	16,3	55,3	36%
- très pauvres	21,5	31,5	36,8	16,2	53	41%
- pauvres	23,9	34,0	37,8	20,1	57,9	41%
- moyennes	22,4	33,2	34,2	21,4	55,6	40%
- aisées	29,7	27,5	31,7	25,5	57,2	52%
Ensemble DHS 1998	23,5	32,3	36,0	19,8	55,8	42%
Ensemble MICS 2006	16,8	40,6	25,8	14,8	57,4	29%

Source : MEASURES DHS Online Tools (<http://www.statcompiler.com/>) et MICS 2006 Togo

Chez les femmes non scolarisées, 21% utilisaient une méthode quelconque de contraception et 32% d'entre elles n'utilisaient aucune méthode alors qu'elles souhaitaient espacer leur prochaine naissance ou ne plus avoir d'enfants (besoins non satisfaits). La demande totale en contraception chez les femmes non scolarisées concernait donc 53% d'entre elles (21%+32%) et cette demande était satisfaite à 39% (besoins satisfaits 21% divisés par la demande totale 53%).

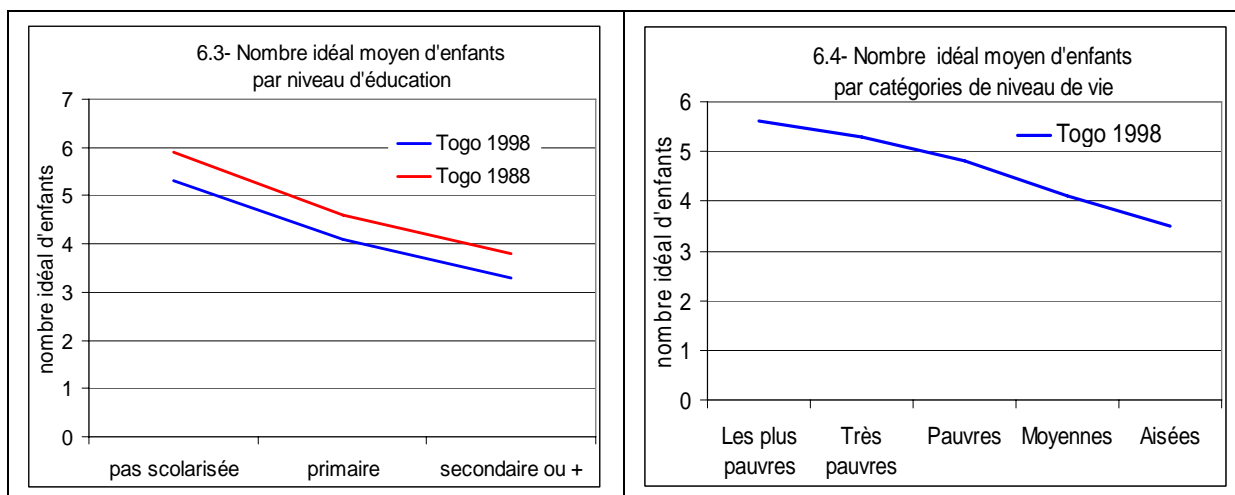
Au Togo donc, les femmes les plus éduquées exprimaient en 1998 un niveau de demande en planification familiale (58%) sensiblement inférieur aux niveaux (70% à 85%) exprimés dans les pays émergents. Chez les femmes non scolarisées la demande en planification familiale était un peu plus faible (53%) et cette demande était moins bien satisfaite que chez les femmes les plus éduquées. La demande globale relativement faible en planification familiale au Togo en 1998, mais aussi en 2006, peut s'expliquer par le fait que toutes les Togolaises n'avaient / n'ont toujours pas la possibilité d'exprimer leur choix en matière de procréation dans un contexte socioculturel où leurs droits et en particulier leurs droits reproductifs, ne sont pas encore pleinement reconnus. Ceci dit, la proximité en 1998 des niveaux de demande totale entre les femmes les plus éduquées et les femmes non scolarisées et entre les femmes les plus aisées et les femmes plus pauvres, semble indiquer une bonne diffusion du concept de planification familiale dans toutes les couches de la société, ce qui est loin d'être le cas dans plusieurs pays de la sous-région. Mais, cette demande est toujours majoritairement une demande pour des raisons d'espacement.

Les nombres moyens idéals d'enfants par niveau d'éducation et par quintile de richesse restaient en effet, du moins en 1998, relativement élevés au Togo. Selon les résultats de l'enquête DHS de 1998, les mères ayant un niveau d'éducation secondaire ou plus, ont déclaré vouloir en moyenne 3,3 enfants, mais celles ayant un niveau d'éducation primaire ont déclaré vouloir en moyenne 4,1 enfants et celles qui n'ont pas été scolarisées 5,3 enfants (tableau 10, figure 6.3). Les chiffres de 1998 sont néanmoins en diminution notable par rapport à ceux recueillis en 1988, puisque globalement le nombre moyen idéal d'enfants déclarés en 1998 est inférieur de près d'un enfant à celui déclaré 10 ans plus tôt (4,5 contre 5,3 enfants). Les différences par niveaux de scolarisation et par quintile de richesse restaient cependant importants en 1998 (figure 6.4). Seule une nouvelle enquête DHS pourrait nous dire si globalement le nombre moyen idéal d'enfants a continué à diminuer dans les années 2000, si les écarts entre catégories se sont réduits et aussi si la demande en planification familiale est aujourd'hui davantage une demande pour des raisons d'arrêt que pour des raisons d'espacement.

Nombre idéal moyen d'enfants	Togo 1988	Togo 1998
Par niveau d'éducation		
- femmes non scolarisées	5,9	5,3
- de niveau primaire	4,6	4,1
- secondaire ou plus	3,8	3,3
Par quintile de richesse		
- les plus pauvres	--	5,6
- très pauvres	--	5,3
- pauvres	--	4,8
- moyennes	--	4,1
- aisées	--	3,5
Ensemble	5,3	4,5

Source : MEASURES DHS Online Tools (<http://www.statcompiler.com/>)

Figures 6.3. et 6.4. : Nombre idéal d'enfants par niveau d'éducation et quintile de richesse



Source : MEASURES DHS Online Tools (<http://www.statcompiler.com/>)

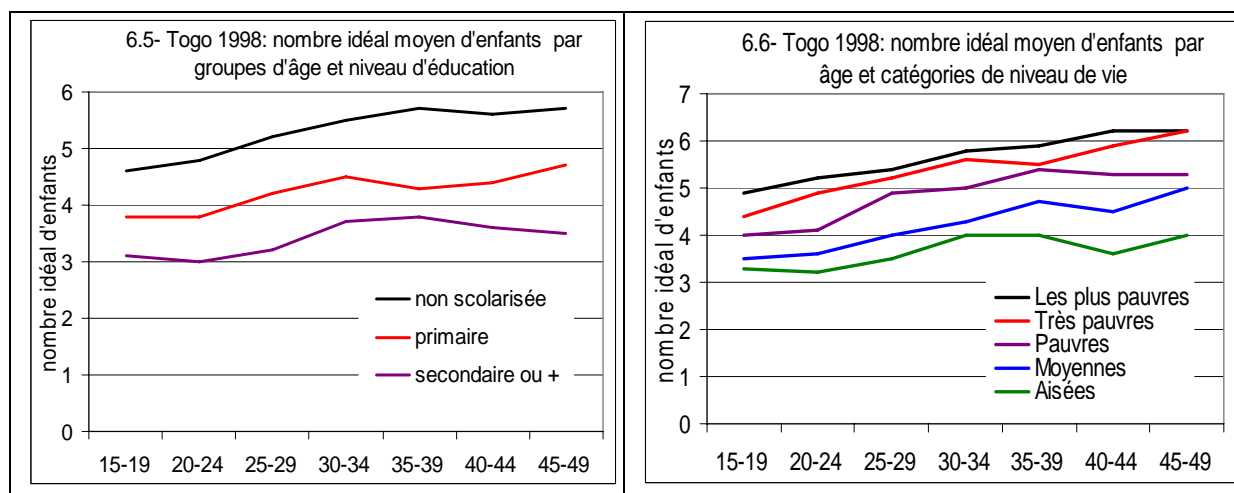
Les résultats par groupes d'âges, niveau d'éducation et quintile de richesse en 1998 (tableau 11) mettent en évidence des nombres moyens idéals d'enfants désirés toujours relativement élevés, mais en diminution entre les femmes les plus âgées et les femmes les plus jeunes. Au cours des 30 dernières années en effet, le nombre moyen idéal d'enfants désirés est passé de 5 enfants et plus chez les femmes aujourd'hui âgées de plus de 40 ans, à 3,8/4,0 enfants environ chez les femmes les plus jeunes (âgées de 15-19 ans et 20-24 ans). Des générations les plus anciennes aux générations les plus jeunes, les nombres moyens idéals d'enfants ont finalement davantage diminué chez les femmes non scolarisées et chez celles de niveau primaire, que chez les femmes les plus scolarisées (figure 6.5). Il en va de même chez les femmes pauvres par rapport aux femmes les plus aisées (figure 6.6). Ce rapprochement, on ne peut encore parler de convergence, conforte l'hypothèse d'une bonne diffusion du concept de planification familiale dans toutes les couches de la société.

Tableau 11 : Nombre idéal moyen d'enfants par groupe d'âge niveau d'éducation et quintile de richesse

Nombre idéal moyen d'enfants par groupe d'âge : DHS 1998	15-19	20-24	25-29	30-39	40-44	45-49
Par niveau d'éducation:						
- femmes non scolarisées	4,6	4,8	5,2	5,6	5,6	5,7
- de niveau primaire	3,8	3,8	4,2	4,4	4,4	4,7
- secondaire ou plus	3,1	3,0	3,2	3,8	3,6	3,5
Par quintile de richesse:						
- les plus pauvres	4,9	5,2	5,4	5,9	6,2	6,2
- très pauvres	4,4	4,9	5,2	5,6	5,9	6,2
- pauvres	4,0	4,1	4,9	5,2	5,3	5,3
- moyennes	3,5	3,6	4,0	4,5	4,5	5,0
- aisées	3,3	3,2	3,5	4,0	3,6	4,0
Ensemble	3,8	4,0	4,5	5,0	5,0	5,4

Source : MEASURES DHS Online Tools (<http://www.statcompiler.com/>)

Figures 6.5. et 6.6. : Nombre idéal d'enfants par groupe d'âge niveau d'éducation et quintile de richesse



Source : MEASURES DHS Online Tools (<http://www.statcompiler.com/>)

Dans les pays émergents où la « révolution contraceptive » est quasiment achevée on observe des écarts similaires mais d'amplitude variable, selon les niveaux d'éducation, le quintile de richesse et l'âge. Cependant, les nombres moyens d'enfants désirés se situent globalement depuis deux ou trois décennies entre 2 et 3 enfants. Dans certains pays les femmes les plus éduquées donnent un nombre moyen d'enfants désirés compris entre 2,5 et 3 enfants (Egypte, Maroc, Tunisie, Indonésie, Philippines) de même qu'en Haïti qui appartient comme le Togo au groupe des pays les moins avancés, alors que dans d'autres pays elles indiquent ne vouloir que 2 enfants voire moins (Turquie, Inde, Viet Nam, Brésil) et aussi au Bangladesh et au Népal qui appartiennent au groupe des pays les moins avancés.

Au Togo donc, les écarts entre catégories sont réels et ils ont quelque peu diminué entre 1988 et 1998. On note une diminution notable de 1,6 enfants entre le nombre moyen d'enfants désirés par les femmes qui terminent leur vie féconde (âgées de 45 à 49 ans) et celles qui la commencent (âgées de 15 à 19 ans) : 5,6 enfants pour les premières contre 3,8 pour les secondes. Cette diminution étalée sur 25 à 30 ans est non négligeable puisque le nombre moyen idéal d'enfants pour l'ensemble de la population était déjà descendu et ce en 1998, à 4,5 enfants par femme. Chez les femmes les plus jeunes et les plus éduquées, comme chez les femmes les plus jeunes et les plus aisées, le nombre moyen idéal d'enfants était déjà en 1998 de l'ordre de 3 enfants, ce qui peut paraître peu élevé. Néanmoins, si le pays souhaite accélérer sa transition démographique et arriver à des taux de dépendance plus faibles, favorables à l'épargne, aux investissements et susceptibles

d'aider le Togo à augmenter de manière durable son taux de croissance économique, la fécondité moyenne pour l'ensemble des femmes devrait descendre au dessous de 3 enfants.

Ces résultats indiquent que les progrès de l'éducation et « l'effet jeunesse » ont certainement joué un rôle dans l'amorce de la baisse de la fécondité et la réduction de la croissance démographique au Togo, quoiqu'il convienne d'être prudent à ce sujet. En effet, les niveaux estimés en 2010 pour la fécondité - 4 enfants par femme - et pour le taux de croissance démographique - 2,4% - doivent être confirmés par les résultats du recensement de novembre 2010 et par de nouvelles enquêtes. Néanmoins la baisse de la fécondité et du nombre moyen d'enfants désirés au Togo ne semblent pas contestables même si leur ampleur est incertaine. Ces baisses s'expliquent peut-être également, du moins en partie, par le dynamisme de l'Association Togolaise pour le Bien-être Familial qui d'après ses statistiques aurait fourni des prestations à 390 000 clients en 2006, ce qui correspond à environ un quart des femmes en âge de procréer, ce qui est considérable. Tout cela mérite cependant d'être confirmé par des analyses et des investigations supplémentaires

Il reste qu'une accélération de l'utilisation de la contraception et de la baisse de la fécondité paraît possible au Togo, compte tenu de la demande existante et de l'ampleur des besoins non satisfaits. Mais elle ne se fera pas « toute seule » et elle ne sera pas la simple conséquence mécanique du développement économique et social, qui d'ailleurs tarde à se manifester au Togo. En fait, si l'on retient les leçons des expériences des pays émergents, l'accélération de leur croissance économique s'est faite parallèlement et, on l'a vu à la section 3.4 grâce à l'accélération de leur transition démographique provoquée par des politiques et programmes visant cet objectif. Il apparaît ainsi nécessaire de convaincre le leadership du pays que l'augmentation durable et l'accélération de la croissance économique au Togo passe aussi par l'accélération de sa transition démographique, c'est-à-dire par la poursuite des efforts non seulement pour réduire la mortalité mais aussi pour accélérer la baisse de la fécondité. La faible progression de l'utilisation de la contraception moderne observée entre 1988 et 2006 est peut être associée à une baisse moins rapide de la fécondité que celle estimée actuellement par la Division de la Population des Nations unies. Cette faible progression pose en tous cas le problème de la satisfaction des besoins en planification familiale, satisfaction qui permettrait par ailleurs de réduire le pourcentage des grossesses à risques et le taux de mortalité maternelle. La satisfaction des besoins non satisfaits en planification familiale passe par un réexamen des politiques et programmes concernant la population, la santé et la santé de la reproduction. Ce réexamen doit être l'occasion de donner à la planification familiale la place qui lui revient parmi les diverses composantes de la santé de la reproduction. Par ailleurs, il semble nécessaire de lancer de véritables campagnes de promotion de la planification familiale inscrites dans la durée. Enfin, il apparaît aussi toujours nécessaire de veiller aux respects des droits des femmes, leurs droits économiques, leur droits sociaux, mais aussi leurs droits reproductifs qui ne sont pas toujours respectés.

5.3 Quels sont les coûts associés à l'augmentation de la prévalence ?

L'estimation des coûts associés aux programmes de planification familiale et à l'augmentation de la prévalence contraceptive est un exercice difficile. Tout d'abord, les services de planification familiale dans le secteur public sont souvent intégrés dans des paquets de prestations de santé et il est compliqué d'en isoler le coût spécifique, surtout lorsque les sources de financement sont multiples. Ensuite, les parts respectives du secteur public et du secteur privé et l'importance du marketing social varient d'un pays à l'autre. Enfin, le taux d'urbanisation et les salaires pratiqués dans chaque pays ont aussi un impact sur le coût des programmes.

Il va de soi que les coûts associés aux programmes de planification familiale et à l'augmentation de la prévalence contraceptive comprennent en premier lieu les coûts d'achat des contraceptifs. Mais ils comprennent aussi la rémunération des personnels (en fonction du temps qu'ils consacrent à la planification familiale si celle-ci est intégrée dans des services de santé), la sensibilisation des personnels de santé à l'importance de la planification familiale, leur formation (notamment pour la fourniture de méthodes de longue durée), le recrutement de nouveaux personnels en cas d'augmentation de l'utilisation de la contraception et le recrutement et la formation d'agents communautaires. Ils incluent également des coûts liés aux infrastructures : entretien courant, réhabilitation construction de nouveaux centres de santé, mise en place d'équipes mobiles, etc. L'augmentation de l'utilisation de la contraception nécessite aussi de stimuler la demande ce qui implique des budgets importants en matière de communication à travers par exemple des campagnes nationales annuelles de promotion de l'utilisation de la planification familiale. Enfin, dans la plupart des pays d'Afrique subsaharienne, un renforcement voire une réorganisation de la

chaîne logistique d'approvisionnement en produits contraceptifs et autres produits en santé de la reproduction apparaît nécessaire et cela a un coût.

Pour toutes ces raisons trois approches, ou méthodes, sont généralement utilisées pour estimer les coûts associés aux programmes de planification familiale. La première approche, la plus simple, consiste à se limiter à estimer les coûts d'achats des produits contraceptifs, coûts auxquels on ajoute un pourcentage variable pour la couverture d'autres dépenses. La seconde approche consiste à évaluer les coûts du programme à partir des chiffres d'« année-couple protection ». Cette approche inclut les coûts d'achats des produits contraceptifs et les coûts associés à leur distribution aux utilisateurs. La troisième approche consiste à prendre l'ensemble des coûts associés à la fourniture de services en planification familiale, ce qui permet en divisant ces coûts par le nombre d'utilisateurs d'évaluer le « coût par utilisateur ». Cette dernière approche inclut les coûts d'achats des produits contraceptifs et l'ensemble des coûts de fonctionnement du programme, mais exclut les dépenses nécessaires à l'extension du programme.

De notre côté, nous avons essayé de chiffrer les coûts des produits contraceptifs pour les dix prochaines années pour chacune des trois hypothèses d'augmentation de la prévalence présentées en 2.2: +0,5 point d'augmentation de pourcentage par an (hypothèse démographique haute, tendancielle), +1,0 point d'augmentation par an (hypothèse démographique intermédiaire), +1,5 point d'augmentation (hypothèse démographique basse, volontariste). On notera qu'avec ces hypothèses, la prévalence de 57%⁶³ correspondant en 2006 à la satisfaction des besoins en planification familiale est atteinte en 2090 avec l'hypothèse +0,5 point d'augmentation par an, en 2050 avec l'hypothèse +1,0 point d'augmentation par an et en 2041 avec l'hypothèse +1,5 point d'augmentation par an. Il apparaît ainsi impossible pour le Togo d'atteindre d'ici 2015, l'accès universel à la santé procréative tel que retenu dans la cible 5b des OMD.

Les coûts d'achats des produits contraceptifs et leur évolution dépendent de quatre facteurs : 1) le coût de chaque méthode acceptée dans l'année et l'augmentation des prix au cours du temps ; 2) l'évolution du nombre de femmes en âge de procréer (et en union) ; 3) les changements dans la répartition des méthodes utilisées (puisque les coûts varient d'une méthode à l'autre) ; et 4) les hypothèses d'augmentation de la prévalence de la contraception retenues pour les méthodes modernes.

Concernant le coût des méthodes, nous avons estimé pour chaque méthode un prix de référence pour l'année de base 2010 (prix arrivée à Lomé hors taxes et frais de douane), en effectuant la moyenne des coûts des contraceptifs reçus dans le pays, tels que notifiés (en USD) dans la base de données de la *Reproductive Health Supplies Coalition*.⁶⁴ Les données pour les autres facteurs résultent des projections démographiques et des hypothèses qui ont été faites. On arrive ainsi à une estimation en 2010 pour les quelque 120 000 utilisatrices de produits contraceptifs modernes⁶⁵ d'un coût total d'acquisition des contraceptifs de 545 000 de dollars, environ 270 millions de FCFA (tableau 12), ce qui correspond à un coût moyen par utilisatrice de 4,5 USD, environ 2 400 FCFA.

Entre 2010 et 2020, le nombre de femmes en âge de procréer augmentera de 32% (3,0% par an environ) et le coût des produits de 35% (en supposant une augmentation annuelle des prix de 3% par an pour tous les contraceptifs). La combinaison de ces facteurs avec les hypothèses d'augmentation de la prévalence totale, associées il faut le rappeler à une diminution du pourcentage de méthodes traditionnelles utilisées (voir en 2.2) conduit à une estimation du coût d'achat des produits en 2020, 2 fois plus élevée avec l'hypothèse tendancielle de +0,5 point par an, 2,4 fois plus élevée avec l'hypothèse de +1 point par an et près de 3 fois plus élevée avec l'hypothèse volontariste de +1,5 point par an. Les coûts correspondants en 2020 sont respectivement de 1,4, 1,7 et 2,1 millions de dollars US, soit environ 0,7, 0,9 et 1 milliard de FCFA. La répartition entre méthodes modernes étant supposée rester la même, ces coûts se répartissent en 2010, comme en 2020 en 33% pour l'achat d'injectables, 28% pour l'achat de condoms, 20% pour l'achat d'implants et 19% pour l'achat de pilules.

⁶³ 16% d'utilisatrices, ensemble des méthodes, plus 41% de femmes ayant des besoins non satisfaits en planification familiale

⁶⁴ Coûts estimés sur la base du coût moyen (2005-2010/11), <http://rhi.rhsupplies.org/>

⁶⁵ Non compris les femmes ayant eu une stérilisation, estimées en 2010 à 3300 environ et les utilisatrices de « méthodes barrières » : diaphragme, mousse, gelée, estimées en 2010 à 1 100 environ.

L'hypothèse d'un passage rapide à l'utilisation de méthodes modernes de contraception a pour effet évidemment d'augmenter les besoins en méthodes modernes. Mais, l'augmentation du nombre de femmes en âge de procréer et les augmentations projetées de la prévalence vont dans le même sens. Ainsi quelle que soit l'hypothèse retenue, les besoins en financement de contraceptifs seront importants dans les années qui viennent. Pour les cinq prochaines années l'augmentation annuelle moyenne des coûts serait de 10% avec l'hypothèse démographique haute et l'augmentation de la prévalence de +0,5 point par an, 13% avec l'hypothèse démographique intermédiaire et l'augmentation de la prévalence de +1,0 point par an et de 16% avec l'hypothèse démographique basse et l'augmentation de la prévalence de +1,5 point par an. Pour la période 2011-2015 les besoins cumulés en financement s'établissent en gros respectivement à 3,7, 4,0 et 4,3 millions d'USD, environ 1,9, 2,0 et 2,2 milliards de FCFA.

Mais comme on l'a indiqué plus haut, ces sommes ne représentent qu'une petite fraction du coût total du programme de planification familiale au Togo. Ils ne comprennent pas en particulier le coût des activités de communication et de promotion de la planification familiale. Ce sujet est abordé dans une étude conduite en Egypte qui tente d'estimer l'efficacité des programmes de planification familiale par la mesure du coût de la promotion/communication par rapport aux personnes touchées et ayant changé de comportement⁶⁶. Cette étude conclue que le coût de promotion/communication par couple année protection était égal à 50% du coût par couple année protection mesuré uniquement à partir des prix des contraceptifs. Par ailleurs, lors de l'élaboration de son Programme National de Santé de la Reproduction (PNSR) 2005-2009, le Niger a pris en compte divers coûts autres que les coûts nécessaires à l'achat des contraceptifs. Le PNSR Niger 2005-2009 a ainsi estimé que les coûts d'achats des contraceptifs représentaient environ les deux tiers du coût total de sa composante « planification familiale » (composante qui elle-même représentait 15% du coût d'ensemble du PNSR). Cette estimation qui rejoint jusqu'à un certain point la conclusion de l'étude réalisée en Egypte, semble suggérer qu'il faudrait ajouter aux estimations du coût d'achats des contraceptifs environ 50% pour arriver au coût total d'un programme de planification familiale.

Cependant les estimations de coûts des programmes de planification familiale faites pour divers pays d'Afrique subsaharienne en utilisant l'approche « coûts par année-couple protection » et l'approche « coûts par utilisateur » sont beaucoup plus élevées.

L'étude sur la contribution de la planification familiale pour la réalisation des Objectifs du Millénaire pour le Développement réalisée en 2006 estime pour 16 pays d'Afrique subsaharienne entre 2005 et 2015 les coûts associés à la satisfaction des besoins non satisfaits en planification familiale dans ces pays d'ici 2020⁶⁷. Cette étude utilise l'approche « coûts par année-couple protection » avec un coût moyen de 11,20 USD par « année-couple protection ». Ce chiffre qui correspond au coût moyen trouvé pour 5 pays d'Afrique subsaharienne à la fin des années 1990, est 2,5 fois plus élevé que le coût moyen d'achat des contraceptifs par utilisatrice de 4,5 USD en 2010 indiqué plus haut.

Cette étude donne également des estimations de « coûts par utilisateur » en soulignant que ces coûts diminuent avec l'augmentation de la prévalence de la contraception qui permet de réaliser des économies d'échelle. L'estimation du coût moyen par utilisateur donnée pour l'Afrique subsaharienne est de 28 USD en 2005 et de 26,2 USD en 2010 soit près de 6 fois plus que le coût moyen d'achat des contraceptifs par utilisatrice de 4,5 USD en 2010. Une étude plus récente du même auteur principal donne pour 2010 un coût moyen par utilisateur pour l'Afrique de 27,6 USD, soit un chiffre très proche de l'estimation précédente⁶⁸.

⁶⁶ Cost Effectiveness Analysis of Behaviour, Change Intervention. A Proposed New Approach and an Application to Egypt. Warren C. Robinson, Gary L. Lewis, Population Research Institute, the Pennsylvania State University, USA (Robinson); John Hopkins University Center for Communication Programs USA (Lewis), October 15, 2003.

⁶⁷ Moreland, S., and S. Talbird. 2006. *Achieving the Millennium Development Goals: The Contribution of Fulfilling Unmet Need for Family Planning*. Washington, DC: Futures Group, POLICY Project. <http://www.healthpolicyinitiative.com/Publications/Documents/MDGMaster%209%2012%2006%20FINAL.pdf>

⁶⁸ Scott Moreland. Ellen Smith. Suneeta Sharma *World Population Prospects and Unmet Need for Family Planning*. April 2010 (revised October 2010). Futures Group. <http://www.futuresgroup.com/wp-content/uploads/2010/04/World-Population-Prospects-and-Unmet-Need-for-Family-Planning-10.07.10.pdf>

Togo : Tableau 12: Coûts estimés des produits contraceptifs selon les hypothèses d'augmentation annuelle de la contraception

Années / périodes	2010	2015	2020	% d'augmentation annuelle	
				2010-15	2015-20
Femmes de 15 à 49 ans (milliers)	1 689	1 954	2 230	3,0%	2,7%
Prévalence, méthodes modernes					
- hypothèse haute, +0,5 point/an	11,3%	14,0%	17,0%	4,4%	4,0%
- hypothèse +1,0 point/an	11,3%	15,8%	20,9%	7,0%	5,7%
- hypothèse basse, +1,5 point/an	11,3%	17,7%	24,8%	9,4%	7,1%
Utilisatrices, méthodes modernes (milliers) ¹					
- hypothèse haute +0,5 point/an	120	170	231	7,1%	6,3%
- hypothèse +1,0 point/an	120	192	284	9,8%	8,1%
- hypothèse basse, +1,5 point/an	120	214	337	12,2%	9,5%

¹ Non compris les femmes ayant eu une stérilisation et les utilisatrices de diaphragme, mousse, gelée

Coût méthodes modernes sans stérilisation, en US Dollars	2010	2015	2020	% d'augmentation annuelle	
				2010-15	2015-20
- hypothèse haute, +0,5 point/an	545 395	891 532	1 405 114	10,3%	9,5%
- hypothèse +1,0 point/an	545 395	1 007 616	1 728 880	13,1%	11,4%
- hypothèse basse +1,5 point/an	545 395	1 123 697	2 052 634	15,6%	12,8%

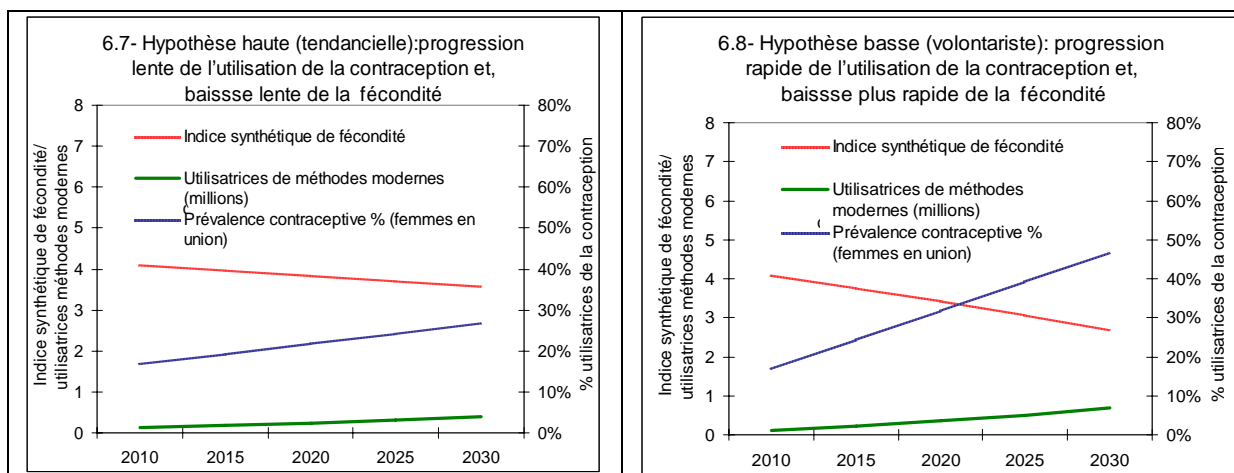
Coût par méthode en US Dollars	2010	2015	2020	Cumul de	
				2011 à 2015	
- hypothèse haute, +0,5 point/an					
* condom	154 499	252 382	397 541	1 050 068	
* injectable	177 429	289 750	456 280	1 205 665	
* DIU	816	1 320	2 061	5 510	
* implants	110 186	180 878	286 121	751 274	
* pilule	102 465	167 201	263 111	695 918	
Total hypothèse haute, +0,5 point/an				3 708 434	
- hypothèse intermédiaire, +1,0 point/an					
* condom	154 499	285 247	489 142	1 140 282	
* injectable	177 429	327 479	561 414	1 309 246	
* DIU	816	1 491	2 536	5 982	
* implants	110 186	204 429	352 055	815 850	
* pilule	102 465	188 970	323 732	755 698	
Total hypothèse +1,0 point/an				4 027 059	
- hypothèse basse, +1,5 point/an					
* condom	154 499	318 107	580 737	1 230 500	
* injectable	177 429	365 207	666 549	1 412 832	
* DIU	816	1 663	3 011	6 455	
* implants	110 186	227 980	417 977	880 445	
* pilule	102 465	210 739	384 360	815 489	
Total hypothèse basse, +1,5 point/an				4 345 722	

Source : Estimations/projections faites dans le cadre de l'étude

Outre ces estimations de « coûts par année-couple protection » et de « coûts par utilisateur » cette étude donne également une idée des « coûts-bénéfices » qu'on peut attendre de la mise en place de programmes de planification familiale dans les 16 pays d'Afrique subsaharienne étudiés. Pour la plupart des pays, l'hypothèse retenue d'une satisfaction des besoins non satisfaits en planification familiale en 2020 conduit une augmentation de la prévalence de la contraception de plus ou moins 1,5 point de pourcentage par an soit une augmentation proche de celle que nous avons retenue pour notre hypothèse démographique dite basse. L'hypothèse satisfaction des besoins non satisfaits est comparée pour chaque pays avec l'hypothèse de non satisfaction de ces besoins (c'est-à-dire à leur maintien à leur niveau de départ), qui donne en 10 ans (entre 2010 et 2015) un certain nombre de personnes en moins qui sont en fait des enfants de moins de 10 ans. L'étude estime ensuite d'une part, les coûts du programme de planification familiale avec une augmentation de la prévalence de la contraception de l'ordre de 1,5 point de pourcentage par an, ceci sur la base d'un coût moyen « année-couple protection », de 11,20 US Dollars et d'autre part, le « moins à dépenser » ou les économies réalisées du fait de la diminution du nombre d'enfants de moins de 10 ans entre 2005 et 2015 (mais qui restent nombreux). Ces « moins à dépenser » sont calculés pour l'éducation, les vaccinations, l'approvisionnement en eau, la santé maternelle et la lutte contre le paludisme. Ces « moins à dépenser » en 10 ans apparaissent en moyenne 3 fois plus importants (en fait entre 2 et 6 fois plus importants) que les dépenses supplémentaires nécessitées par l'augmentation de la prévalence de la contraception. A noter qu'en général plus des trois quarts de ces économies sont réalisées dans l'éducation, la santé maternelle et les vaccinations. Un investissement supplémentaire en planification familiale apparaît donc ainsi comme un investissement avec des retours très importants à court terme (comme à long terme d'ailleurs voir en 2.2) et il facilite en même temps l'amélioration du capital humain que constituent les enfants.

Au total une augmentation de la prévalence contraceptive de +1,5 point de pourcentage par an suppose, outre la fourniture de contraceptifs en quantité suffisante, des moyens supplémentaires financiers et humains importants susceptibles de représenter environ entre 3 fois et 6 fois les 4,3 millions de USD, ou 2,2 milliards de FCFA nécessaires au Togo entre 2011 et 2016 pour couvrir simplement les achats de contraceptifs. Mais, comme on vient de le voir ces coûts doivent être appréciés en fonction des « moins à dépenser », c'est-à-dire des économies beaucoup plus importantes que les dépenses en planification familiale rendent possibles. Par ailleurs, au-delà de cet aspect « coût-bénéfice », les enjeux associés à l'augmentation de la prévalence contraceptive sont considérables. Comme on l'a vu, avec l'hypothèse démographique haute et l'augmentation de la prévalence de +0,5 point par an, la diminution du nombre moyen d'enfants par femme est moins rapide : de 4,1 enfants en 2010 à 3,8 enfants en 2020, soit -0,3 enfant, alors qu'avec l'hypothèse démographique basse et l'augmentation de la prévalence de +1,5 point par an, cette diminution est de -0,7 enfant (de 4,1 enfants à 3,4 enfants). Mais pour arriver à ce résultat, il faut près de 50% d'utilisatrices de méthodes modernes en plus 2020 (337 000 contre 231 000) et consentir les efforts financiers correspondants (figures 6.7 et 6.8)

Figures 6.7. et 6.8. : Projections de la fécondité et de l'utilisation de la contraception



Source : Estimations/projections faites dans le cadre de l'étude

Mais au-delà des coûts, l'augmentation de la prévalence contraceptive nécessite aussi des efforts considérables en matière de communication à travers par exemple des campagnes nationales annuelles en continu de promotion de l'utilisation de la planification familiale. Tout plan en Santé de

la Reproduction et de Sécurisation des Produits en Santé de la Reproduction doit, concernant le volet planification familiale, prévoir aussi soigneusement que possible les activités correspondantes. Par ailleurs, des choix doivent être faits en termes d'évolution de méthodes utilisées, de segmentation du marché et de répartition des charges financières correspondantes. Certaines méthodes comme les implants, les injectables, les DIU requièrent l'intervention d'un personnel qualifié dans des structures fixes ou des structures mobiles équipées. Les prestataires peuvent aussi bien relever du secteur public que du secteur privé et les contraceptifs peuvent être distribués avec ou sans prescription, dépendant des méthodes et de la réglementation en vigueur. Le secteur privé comprend de multiples intervenants - hôpitaux, cliniques, centres de santé, médecins privés, pharmacies, centres de planning familial, boutiques, distribution à base communautaire- dont la contribution à l'effort d'extension de l'utilisation de la contraception moderne pourrait être renforcée.

L'augmentation de la prévalence contraceptive nécessite enfin un engagement résolu de tous les acteurs concernés. Si le Gouvernement et le leadership du pays doivent clairement s'engager à ce sujet, il est clair qu'il sera difficile pour les autorités togolaises de supporter les coûts d'achats des contraceptifs et l'ensemble des autres coûts du programme de planification familiale. La diminution ces dernières années des financements des partenaires en faveur des programmes de planification familiale a compromis l'extension de l'utilisation de la contraception dans la plupart des pays d'Afrique subsaharienne, dont le Togo. Il importe donc aujourd'hui qu'à côté des efforts consentis par les Gouvernements, les bailleurs et autres partenaires s'engagent eux aussi à redonner à la planification familiale la place importante qui lui revient.

6 CONCLUSIONS ET RECOMMANDATIONS

Les divers éléments contenus dans ce document ont pour objectif de permettre d'approfondir encore davantage, les réflexions en cours sur les politiques et programmes à mettre en œuvre pour conforter et accélérer la croissance économique et réduire la pauvreté au Togo.

Parmi les défis auxquels le Togo sera confronté dans les 20 prochaines années et qui sont mentionnés dans plusieurs documents officiels, nous en avons retenu trois : 1) consolider les bases d'une croissance économique forte et durable, 2) créer un nombre suffisant d'emplois rémunérateurs pour les jeunes, 3) garantir un environnement politique et institutionnel favorable à la confiance des acteurs économiques.

Pour relever ces défis, le Togo peut s'appuyer sur trois leviers : 1) une mobilisation intense des ressources internes et de volumes additionnels d'Aide Publique au Développement, 2) une amélioration majeure du capital humain et 3) la réduction rapide des taux de dépendance, à travers une réduction rapide de la fécondité. Mais aucun de ces leviers qui sont essentiels pour accélérer la croissance économique du pays, n'est suffisant à lui seul. En effet, pour être efficaces, ceux-ci doivent être mis en œuvre simultanément. La réduction du nombre de dépendants, via la réduction de la fécondité, créera les conditions pour entrer dans la fenêtre d'opportunité démographique, puis pour bénéficier éventuellement du dividende démographique, comme l'ont fait d'autres pays en développement devenus depuis pays émergents. Elle facilitera l'amélioration du capital humain et la constitution d'une épargne nationale plus importante. Disposer d'un capital humain bien formé et en bonne santé est en effet essentiel pour attirer les investissements nationaux, sous-régionaux et étrangers qui créeront des emplois ayant une productivité plus élevée qu'actuellement. La création d'emploi à productivité élevée créera ensuite les conditions d'accélération de la croissance économique et de diversification des activités qui sont nécessaires pour réduire la pauvreté.

Depuis l'indépendance, le Togo a fait des efforts considérables pour améliorer son capital humain. Ainsi, par exemple le Togo ne serait pas loin de l'objectif de scolarisation de tous les enfants au niveau primaire et l'espérance de vie à la naissance a dépassé 60 ans. Mais, plusieurs décennies d'efforts sont encore nécessaires pour que la majorité de la population active ait un niveau d'éducation secondaire ou supérieur. Des moyens importants sont également nécessaires pour réduire la malnutrition qui frappe plus d'un enfant sur quatre et dont les chances d'apprendre et d'être en bonne santé sont durablement affectées, pour réduire le pourcentage de grossesses à risque dont la prise en charge alourdit la facture sanitaire. Compte tenu de la structure par âge actuelle de la population, la population totale va au moins doubler d'ici 2050 et la population urbaine et celles de Lomé tripler. Mais parallèlement la population rurale devrait plus ou moins se stabiliser, ce qui va poser au Togo deux défis de taille, celui de la transformation de son agriculture de subsistance à faible productivité en une agriculture « moderne » tournée vers le marché intérieur et l'exportation et celui de la création dans le secteur agricole d'un nombre d'emplois suffisants et raisonnablement bien rémunérés pour maintenir la vitalité du secteur.

Face à ces défis, une marge de manœuvre importante existe. En effet, une augmentation rapide de l'utilisation de la contraception moderne répondant d'ailleurs aux besoins non satisfaits très importants exprimés par les femmes togolaises et la poursuite parallèle de la baisse de la fécondité permettrait de stabiliser dès les années 2010 le nombre annuel de naissances et donc d'éviter à avoir à consacrer des sommes importantes pour faire face à l'augmentation du nombre d'enfants, ceci au détriment d'une amélioration de la couverture sanitaire et scolaire et de la qualité des soins et services fournis.

Dans le cas du Togo, il est clair que l'un des enjeux majeurs des prochaines années est de trouver les voies et moyens d'accélérer sa croissance économique. Mais, il est également clair qu'une réduction rapide de la croissance démographique est susceptible d'aider à atteindre cet objectif plus rapidement. Le Document Complet de Stratégie de Réduction de la Pauvreté 2009-2011 reconnaît que taux d'accroissement naturel actuel de la population de 2,4% par an « accentue la pression en matière de demande de bien-être des populations » et il souligne en conséquence, le besoin d'assurer une croissance économique nettement supérieure à la croissance démographique. Mais s'en remettre uniquement à une croissance économique supérieure à la croissance démographique, sans prendre en considération la dimension démographique du développement, risque de retarder, voire même de compromettre l'ambition du Togo de devenir à terme un pays émergent.

Pour que cette ambition ait une chance de se réaliser assez rapidement une prise en compte adéquate de la variable démographique est nécessaire. La décennie qui commence doit être l'occasion de mettre à jour et d'harmoniser les diverses politiques sectorielles et de réviser leurs objectifs pour les dix prochaines années, ceci à partir des résultats du recensement de la population de novembre 2010. Une harmonisation des dates de début et de fin de ces diverses politiques (par exemple 2011-2020) apparaît également nécessaire. La politique de population, la politique de santé, la politique en santé de la reproduction et la sécurisation des produits en santé de la reproduction doivent avoir les mêmes objectifs programmatiques, non coercitifs, basés sur des projections démographiques nationales acceptées par tous. Concernant la santé de la reproduction, il importe que chaque composante - maternité sans risque et survie des enfants, planification familiale, santé sexuelle et reproductive des jeunes et lutte contre les IST et le VIH - bénéficie de moyens équilibrés et que la santé de la reproduction soit véritablement considérée de manière globale. Il importe, dans nombre de structures sanitaires de sortir d'une logique qui, de fait, privilégie l'urgence aux détriments de la prévention. Réduire la mortalité maternelle et la mortalité des enfants, passe par la réduction des grossesses à risques et la satisfaction des besoins en planification familiale. Ceci suppose une augmentation majeure, informée et sans contrainte, de l'utilisation de la contraception par les femmes et les couples. Ceci suppose aussi de cesser de considérer la croissance économique comme l'unique variable susceptible de réduire la pauvreté, sans tenir compte des évolutions démographiques. Ceci suppose enfin l'application résolue d'une politique garantissant effectivement les droits de femmes et renforçant leur autonomie.

L'expérience de nombreux autres pays en développement aujourd'hui devenus pays émergents indique en effet que l'accélération de la croissance économique, l'amélioration de la qualité du capital humain et la réduction de la pauvreté, ne pourront se faire, sans une baisse rapide de la fécondité. Cette baisse de la fécondité va de pair avec le passage de sociétés massivement rurales avec des niveaux de mortalité et de fécondité élevés, à des sociétés plus urbanisées avec des niveaux maîtrisés de mortalité et de fécondité. De ce point de vue, le Togo d'aujourd'hui, qui sera bientôt majoritairement urbain, avec des niveaux d'éducation, de santé et des aspirations élevées à plus de bien-être notamment chez les jeunes et chez les femmes, est très différent du Togo, massivement rural, des années 1960. Les changements majeurs qui sont intervenus au Togo au cours des 50 dernières années appellent une réduction parallèle rapide des niveaux de mortalité et de fécondité. C'est une condition essentielle pour que le Togo puisse devenir à terme, comme il le souhaite, un pays émergent, grâce en partie à la fenêtre d'opportunité démographique qu'il saura ouvrir en accélérant la baisse en cours de sa fécondité.

Agence Française de Développement (AFD)
5, rue Roland Barthes - 75598 Paris cedex 12
Tél. : + 33 1 53 44 31 31

www.afd.fr