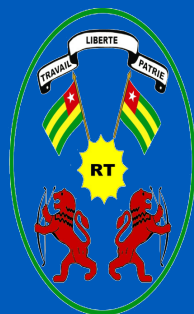


TOGO

SUIVI DES OBJECTIFS DU MILLÉNAIRE POUR LE DÉVELOPPEMENT

IV^{ÈME} RAPPORT (2014)



PN
UD

Au service
des peuples
et des nations

Table des matières

Sigles et abréviations	i
Liste des tableaux	v
Liste des graphiques	vi
Préface	1
Résumé exécutif	2
Introduction	8
I. Contexte socioéconomique et influence des OMD sur le cadre national de développement	10
I.1. Contexte sociopolitique et économique	10
I.2. Influence des OMD sur le cadre national de développement du Togo	11
I.3. OMD, partenariat au développement et statistiques nationales	13
II. Situation des OMD	13
OMD 1: Eliminer l'extrême pauvreté et la faim	14
II.1.1. Analyse des tendances	14
1.1 Incidence de la pauvreté monétaire	14
II.1.1.1 Proportion de la population disposant de moins d'1 USD de revenu par jour	14
II.1.1.5 Ratio emploi-population	18
II.1.1.8 Prévalence de l'insuffisance pondérale chez les enfants de moins de cinq ans	18
II.1.2 Contraintes	20
II.1.3. Cadre politique	20
II.1.4. Principaux défis et recommandations	21
OMD 2 : Assurer l'éducation primaire pour tous	23
II.2.1. Analyse des tendances	23
2.1 Taux net de scolarisation dans le primaire	23
2.2 Taux d'achèvement du primaire	23
3.3 Taux d'alphabétisation des 15-24 ans, femmes et hommes.	23
II.2.1.1 Taux net de scolarisation dans le primaire	23
II.2.1.2. Taux d'achèvement du primaire	25
II.2.1.3. Taux d'Alphabétisation des 15-24 ans, femmes et hommes	26
II.2.2. Contraintes	27
II.2.3. Cadre politique	28
II.2.4. Défis et recommandations	29
OMD 3: Promouvoir l'égalité des sexes et l'autonomisation des femmes	30
II.3.1. Analyse des tendances	30
3.1 Rapport filles/garçons dans l'enseignement primaire, secondaire et supérieur	30
3.2 Proportion des femmes salariées dans le secteur non agricole	30
3.3 Proportion des sièges occupés par les femmes au Parlement National	30
II.3.1.1. Rapport filles/garçons dans l'enseignement primaire, secondaire et supérieur	31
II.3.1.2. Proportion des femmes salariées dans le secteur non agricole	32
II.3.1.3. Proportion des sièges occupés par les femmes au Parlement National	33
II.3.2. Contraintes	34
II.3.3. Cadre politique	35
II.3.4. Défis et recommandations	35
OMD 4 : Réduire la mortalité des enfants	37
II.4.1. Analyse des tendances	37
4.1 Taux de mortalité des enfants de moins de cinq ans	37

4.2 Taux de mortalité infantile -----	37
4.3 Proportion d'enfants d'un an vaccinés contre la rougeole -----	37
II.4.1.1. Taux de mortalité des enfants de moins de 5 ans -----	37
II.4.1.2. Taux de mortalité infantile(moins d'un an) -----	40
II.4.1.3. Proportion d'enfants de moins d'un an vaccinés contre la rougeole --	41
II.4.2. Contraintes-----	42
II.4.3. Défis et recommandations -----	43
OMD 5 : Améliorer la santé maternelle -----	44
II.5.1. Tendances actuelles-----	44
5.1 Taux de mortalité maternelle-----	44
5.2 Proportion d'accouchements assistés par du personnel de santé qualifié ----	44
II.5.1.1. Taux de mortalité maternelle -----	44
II.5.1.2. Proportion d'accouchements assistés par du personnel de santé qualifié ----	46
II.5.1.3. Taux de contraception -----	48
II.5.1.4. Taux de fécondité des adolescentes -----	49
II.5.1.5. Couverture des soins prénatals-----	49
II.5.1.6. Besoins non satisfaits en matière de planification familiale -----	50
II.5.2. Contraintes-----	51
II.5.3. Défis et recommandations -----	51
OMD 6 : Combattre le VIH/sida, le paludisme et d'autres maladies-----	52
II.6.1. Analyses des tendances-----	52
II.6.1.1. Le VIH/SIDA-----	52
6.1 Taux de prévalence du VIH/SIDA parmi la population sexuellement active ----	52
6.7 Proportion d'enfants de moins de cinq ans dormant sous une moustiquaire ----	56
6.8 Proportion des enfants de moins de cinq ans atteints de fièvre -----	57
II.6.1.3. La tuberculose -----	58
II.6.2. Contraintes-----	59
II.6.3. Cadre politique -----	60
II.6.4. Défis et recommandations -----	61
OMD 7: Assurer un environnement durable -----	63
II.7.1. Analyse des tendances -----	63
7.1 Proportion de zones forestières -----	63
7.3 Consommation de substances appauvrissant la couche d'ozone-----	63
II.7.1.1. Proportion de zones forestières-----	63
II.7.1.2. Consommation de substances appauvrissant la couche d'ozone -----	65
7.6 Proportion de zones terrestres protégées pour la conservation de la biodiversité ----	65
7.8 Proportion de la population utilisant une source d'eau potable améliorée --	66
7.9 Proportion de la population utilisant des infrastructures d'assainissement améliorées ----	66
II.7.1.3. Proportion de la population utilisant une source d'eau potable améliorée-----	66
II.7.1.4. Proportion de la population utilisant des infrastructures -----	67
Proportion de citoyens vivant dans des taudis-----	69
II.7.2. Contraintes-----	71
II.7.3. Cadre politique-----	72
II.7.4. Défis et enjeux du secteur-----	73
OMD 8: Mettre en place un partenariat mondial pour le développement-----	75
II.8.1. Analyse des tendances -----	75
8.14 Nombre de lignes téléphoniques fixes pour 100 habitants-----	78
8.15 Abonnés à un service de téléphonie mobile pour 100 habitants -----	78
8.16 Nombre d'utilisateurs d'internet pour 100 habitants-----	78

II.8.1.1. Lignes téléphoniques fixes pour 100 habitants	78
II.8.1.2. Abonnements aux mobiles cellulaires pour 100 habitants	79
II.8.1.3. Abonnements à Internet pour 100 habitants	80
II.8.2. Contraintes	81
II.8.3. Cadre de politique	81
II.8.4. Défis et recommandations	82
III. Travail inachevé sur les OMD et thématiques émergentes	83
1. Sécurité alimentaire	84
2. Emplois décents	84
3. Education de qualité pour tous	85
4. Santé	85
5. Promotion de l'équité genre	85
6. Développement durable	85
7. Eau et assainissement	85
8. Gouvernance et droits humains	86
Conclusion	87
Références bibliographiques	89
Annexe 1: Vue d'ensemble des OMD au Togo	90
Annexe 2 : Source des principaux indicateurs de suivi des OMD	93

Sigles et abréviations

AFD	Agence Française de Développement
AGOA	African Growth And Opportunity Act (Loi sur la croissance et les possibilités économiques en Afrique)
AGR	Activités génératrices de revenus
AIDE	Appui à l'Insertion et au Développement de l'Embauche
APG	Accord Politique Global
ARV	Anti Rétro Viraux
ATPC	Assainissement Total Piloté par la Communauté
BAD	Banque Africaine de Développement
BCEAO	Banque Centrale des Etats de l'Afrique de l'Ouest
BM	Banque Mondiale
BRVM	Bourse Régionale des Valeurs Mobilières
CAP-EFA	Capacity for Education For All (Développement des capacités pour l'éducation pour tous)
CARMMA	Campagne d'Accélération de la Réduction de la Mortalité Maternelle en Afrique
CDMA	Code Division Multiple Accès
CEDEAO	Communauté Economique des Etats de l'Afrique de l'ouest
CFE	Centre de Formalité des Entreprises
CNLS-IST	Conseil National de Lutte contre le Sida et les Infections Sexuellement Transmissibles
CONFEMEN	Conférence des ministres de l'Education des pays membres de la francophonie
CRA	Chambres Régionales d'Agriculture
DGSCN	Direction Générale de la Statistique et de la Comptabilité Nationale
DSRP	Document de Stratégie de Réduction de la Pauvreté
DSRP-C	Document Complet de Stratégie de Réduction de la Pauvreté
DSRP-I	Document Intérimaire de Stratégie de Réduction de la Pauvreté
ECOWAP	ECOWAS Agricultural Policy (Cadre de politique agricole des États de l'Afrique de l'Ouest)
EDIL	Ecole d'initiative locale
EDST	Enquête Démographique et de Santé au Togo
EPT	Education Pour Tous
F CFA	Franc de la Communauté Financière Africaine
FACT	Fonds d'Appui aux Collectivités Territoriales
FAIEJ	Fonds d'Appui aux Initiatives Economiques des Jeunes
FAO	Organisation des Nations Unies pour l'Alimentation et l'Agriculture
FIJ	Fonds d'Insertion pour les Jeunes
FMI	Fonds Monétaire International
FNGPC	Fédération Nationale des Groupements de Producteurs de Coton
GAVI	Global Alliance for Vaccines and Immunisation (Alliance globale pour les vaccins et l'immunisation)
GIRE	Gestion Intégrée des Ressources en Eau
HSH	Homme ayant du Sexe avec des Hommes

IEC	Information Education Communication
IMOA	Initiative pour la Mise en Œuvre Accélérée
IST	Infection Sexuellement Transmissible
IPPTE	Initiative pour les Pays Pauvres très Endettés
MEPSA	Ministère de l'Éducation Primaire et Secondaire et de l'Alphabétisation
MICS	Multiple Indicator Cluster Survey (Enquête par Grappes à Indicateurs Multiples)
MILDA	Moustiquaires Imprégnées d'Insecticides de Longues Durées d'Action
MNT:	Maladies Non Transmissibles
NEPAD:	New Partnership for Africa's Development (Nouveau partenariat pour le développement de l'Afrique)
NPA	Note de Politique Agricole
ODEF	Office de Développement et d'Exploitation des Forêts
OEV	Orphelin et Enfant Vulnérable
OHADA	Organisation pour l'Harmonisation en Afrique du Droit des Affaires
OMD	Objectifs du Millénaire pour le Développement
ONG	Organisation Non Gouvernementale
ONU	Organisation des Nations Unies
OOAS	Organisation Ouest Africaine de la Santé
OSC	Organisation de la Société Civile
PAFN	Plan d'Action Forestier National
PAM	Programme Alimentaire Mondial
PANSEA	Plan d'Action National pour le Secteur de l'Eau et de l'Assainissement
PAS	Programme d'Ajustement Structurel
PASEC	Programme d'Analyse des Systèmes Educatifs de la CONFEMEN
PDDAA	Programme Détaillé de Développement de l'Agriculture Africaine
PEA-OMD	Programme Eau et Assainissement pour l'accélération de l'atteinte des OMD
PERI	Projet Education et Renforcement Institutionnel
PEV	Programme Elargi de Vaccination
PF	Planification Familiale
PGA	Plateforme de Gestion de l'Aide
PIB	Produit Intérieur Brut
PME	Partenaires Mondiaux pour l'Éducation
PNCD	Programme National de Consolidation de la Décentralisation
PNDAT	Politique Nationale de Développement Agricole du Togo
PNDS	Plan National de Développement Sanitaire
PNE	Politique Nationale de l'Eau
PNEEG	Politique Nationale de l'Équité et de l'Égalité du Genre
PNIASA	Programme National d'Investissement Agricole et de Sécurité Alimentaire
PNIERN	Programme National d'Investissement pour l'Environnement et les Ressources Naturelles
PNLP	Programme National de Lutte contre le Paludisme
PNUD	Programme des Nations Unies pour le Développement

PPTTE	Pays Pauvre Très Endetté
PROVONAT	Programme de Promotion du Volontariat National au Togo
PS	Professionnel du Sexe
PSAEG	Projet de Soutien aux Activités Economiques des Groupements
PSE	Plan Sectoriel de l'Education
PTF	Partenaires Techniques et Financiers
PTME	Prévention de la Transmission de la Mère à l'Enfant
QUIBB	Questionnaire Unifié des Indicateurs de Base du Bien-être
REDES	Rapport sur l'Estimation des flux de Dépenses de lutte contre le VIH/sida
RGPH	Recensement Général de la Population et de l'Habitat
SCAPE	Stratégie de Croissance Accélérée et de Promotion de l'Emploi
SIDA	Syndrome d'Immuno Déficience Acquise
SMI	Santé Maternelle et Infantile
SNDD	Stratégie Nationale de Développement Durable
SNDLT	Stratégie Nationale de Développement à Long Terme
SNU	Système des Nations Unies
SPU	Scolarisation Primaire Universelle
TBS	Taux Brute de scolarisation
TDE	Togolaise des Eaux
TDR	Test de Diagnostic Rapide
TIC	Technologies de l'Information et de la Communication
TMI	Taux de Mortalité Infantile
TNS	Taux Net de Scolarisation
TPI	Traitement Préventif Intermittent
UE	Union Européenne
UEMOA	Union Economique et Monétaire Ouest Africaine
UMOA	Union Monétaire Ouest Africaine
UNESCO	United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization (Organisation des Nations Unies pour l'Education la Science et la Culture)
UNICEF	United Nations Children's Fund (Fonds des Nations Unies pour l'Enfance)
UNFPA	United Nations Population Fund (Fonds des Nations Unies pour la Population)
USAID	US Agency for international development (Agence des États-Unis pour le développement international)
USD	US dollar (Dollar américain)
VBG	Violences Basées sur le Genre
VIH	Virus de l'Immunodéficience Humaine

Liste des tableaux

Tableau 1 : <i>Tableau récapitulatif des possibilités d'atteinte des OMD</i> -----	5
Tableau 2 : <i>Taux net de scolarisation au primaire en 2012 selon la région et le sexe</i> ---	24
Tableau 3 : <i>Taux d'achèvement du primaire par région, 2011-2012</i> -----	26
Tableau 4 : <i>Parité selon la région et le cycle</i> -----	32
Tableau 5 : <i>Proportion de femmes salariées dans le secteur non agricole</i> -----	33
Tableau 6 : <i>Principal employeur et statut des femmes salariées</i> -----	33
Tableau 7 : <i>Taux de mortalité infanto-juvénile selon la région</i> -----	39
Tableau 8 : <i>Taux de mortalité infantile par sexe, région et milieu de résidence</i> -	41
Tableau 9 : <i>Proportion d'enfants d'un an vaccinés contre la rougeole</i> -----	42
Tableau 10 : <i>Taux d'utilisation des contraceptifs selon l'âge,</i> -----	48
Tableau 11 : <i>Pourcentage des femmes ayant reçu des soins prénatals</i> -----	49
Tableau 12 : <i>Pourcentage des femmes vivant avec un homme</i> -----	50
Tableau 13 : <i>Pourcentages des enfants de moins de cinq ans</i> -----	56
Tableau 14 : <i>Pourcentages des enfants de moins de cinq ans atteints de fièvre</i> -----	57
Tableau 15 : <i>Evolution des indicateurs de suivi des patients</i> -----	59
Tableau 16 : <i>Proportion de la population utilisant de meilleures installations sanitaires</i> ---	68
Tableau 17 : <i>Pourcentage de citoyens vivant dans des taudis</i> -----	70

Liste des graphiques

Graphique 1 : <i>Taux de croissance du PIB togolais 2000-2012</i> -----	10
Graphique 2 : <i>Proportion de la population disposant de moins de \$1 (PPA) par jour</i> ----	13
Graphique 3 : <i>Incidence de la pauvreté selon le groupe socio- économique</i> ----	14
Graphique 4 : <i>Proportion de la population vivant en dessous du seuil de pauvreté</i> -----	14
Graphique 5 : <i>Evolution de la prévalence de l'insuffisance pondérale</i> -----	17
Graphique 6 : <i>Prévalence de l'insuffisance pondérale selon le bien-être</i> -----	18
Graphique 7 <i>Taux net de scolarisation au primaire (1991 à 2012)</i> -----	22
Graphique 8 : <i>Taux d'achèvement du primaire 1990-2012</i> -----	24
Graphique 9 : <i>Taux d'alphabétisation des 15-24 ans, femmes et hommes</i> -----	25
Graphique 10 : <i>Ratio filles/garçons dans l'éducation primaire 1990-2015</i> -----	31
Graphique 11: <i>Proportion des sièges occupés par des femmes au parlement</i> --	33
Graphique 12 : <i>Taux de mortalité infanto-juvénile 1990-2015, tendances</i> -----	36
Graphique 13 : <i>Causes de décès des enfants de moins de cinq ans en 2008</i> ----	37
Graphique 14 : <i>Nombre de médecins pour 10 000 habitants</i> -----	38
Graphique 15 : <i>Taux de mortalité infantile de 1990 à 2015, tendances</i> -----	39
Graphique 16 : <i>Proportion d'enfants de moins d'un an vaccinés contre la rougeole</i> ----	40
Graphique 17 : <i>Taux de mortalité maternelle</i> -----	44
Graphique 18 : <i>Causes de décès maternel au Togo</i> -----	44
Graphique 19 : <i>Proportion de naissances assistées par un personnel de santé qualifié</i> ----	45
Graphique 20 : <i>Proportion d'accouchements assistés par un personnel qualifié</i> -----	45
Graphique 21 : <i>Prévalence du VIH/sida dans la population 1990-2015,</i> -----	51
Graphique 22 : <i>Prévalence du VIH/sida dans les différentes catégories</i> -----	53
Graphique 23 : <i>Couverture TPI2 par région sanitaire de 2010 à 2012</i> -----	58
Graphique 24 : <i>Proportion de la superficie couverte par la forêt (%) 1990-2015</i> -----	63
Graphique 25 : <i>Variation du nombre de feux entre 1995 et 2010</i> -----	63
Graphique 26 : <i>Proportion de la population ayant accès à une source d'eau potable</i> --	65
Graphique 27 : <i>Proportion de la population utilisant de meilleures installations</i> ----	66
Graphique 28 : <i>Evolution du ratio Aide Publique au Développement (APD)</i> ----	75
Graphique 29 : <i>Evolution du ratio du service de la dette extérieure</i> -----	76
Graphique 30 : <i>Evolution du nombre de lignes de téléphone fixe</i> -----	78
Graphique 31 : <i>Evolution du nombre de téléphones mobiles</i> -----	78
Graphique 32 : <i>Evolution du nombre d'abonnement à internet</i> -----	79

Préface

Le présent rapport de suivi des Objectifs du Millénaire pour le Développement est le quatrième produit par le Togo depuis l'adoption en septembre 2000 par l'Assemblée Générale des Nations Unies de la déclaration du millénaire et des OMD qui lui sont rattachés.

Le Togo s'est engagé en 2006 dans une planification de son développement basée sur les OMD, à travers la formulation en 2006, d'une Stratégie Nationale de Développement à Long Terme (SNDLT) pour la période 2006-2015. Le Gouvernement a ensuite élaboré des stratégies de moyen terme telle que le Document Intérimaire de Stratégie de Réduction de la Pauvreté révisé (DSRP-I), le Document Complet de Stratégie de Réduction de la Pauvreté (DSRP-C) et la Stratégie de Croissance Accélérée et de Promotion de l'Emploi (SCAPE, 2013-2017).

Le Togo a renoué avec la croissance économique, qui a atteint un niveau proche ou supérieur à 5% depuis 2010. Dans le domaine de la lutte contre la faim et la malnutrition, il a pu atteindre depuis 2010 l'objectif de réduction de moitié de la proportion de la population souffrant de la faim. Concernant l'accès à l'éducation, le Togo fait des progrès significatifs vers l'atteinte de l'objectif d'éducation pour tous et de parité genre surtout, dans l'éducation primaire. En matière de santé, l'évolution tendancielle du taux de prévalence au VIH/sida a pu être inversée. Les performances du pays sont également bonnes dans la mobilisation de l'aide au développement et l'objectif visé pour le ratio de l'aide publique au développement sur le PIB pourrait être atteint d'ici 2015, si les contraintes financières se desserrent dans les principaux pays pourvoyeurs d'aide.

A l'approche de l'échéance fixée pour l'atteinte des OMD, le Gouvernement togolais, avec l'appui du Système des Nations Unies, a jugé opportun d'élaborer ce rapport de suivi qui fait le point des avancées réalisées, à la lumière des nouvelles données et informations fournies par le Recensement Général de la Population et de l'Habitat de 2010 ainsi que les dernières enquêtes MICS (2010) et QUIBB (2011). Le rapport permet d'apprécier les progrès en matière d'atteinte des OMD, de présenter les contraintes rencontrées et de formuler des recommandations pour une accélération de la dynamique de progrès. Il permet également d'avoir une vue d'ensemble sur les thématiques qui devraient figurer sur l'agenda post OMD au vu des aspirations des togolais.

Nous voudrions adresser tous nos remerciements à l'équipe du CADERDT qui a conduit cet exercice, ainsi qu'au Comité de Pilote mis en place à cet effet. Notre gratitude s'adresse également à l'ensemble des cadres et experts qui ont apporté leur contribution à la finalisation de ce rapport.

Ministre de la Planification, du Développement et de l'Aménagement du Territoire



Mawussi Djossou SEMODJI

*Représentante Résidente du Programme des Nations Unies pour le développement
Coordonnatrice des Activités Opérationnelles du Système des Nations Unies au Togo*



Khadiata Lo N'Diaye

Résumé exécutif

Adoptés en 2000 à New York (Etats-Unis) par les Nations Unies, les Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD) font de la lutte contre la pauvreté et la faim, la promotion de l'éducation et du genre, l'amélioration de la santé des populations, et de la préservation de l'environnement, l'essentiel des priorités de développement à l'horizon de 2015.

Entre 1990 et 2005, le Togo a été affecté par une crise sociopolitique, qui a entraîné le ralentissement de l'activité économique, la réduction drastique des investissements publics et privés avec pour corollaire de faibles progrès dans les indicateurs sociaux. Pour sortir de ce marasme, le Gouvernement a enclenché dès 2005 d'importantes réformes destinées à apaiser le climat politique et à asseoir les bases du développement du pays. A la faveur de l'apaisement politique, l'Etat togolais a enclenché, avec l'appui du PNUD, un nouveau processus de planification basé sur les OMD, lequel a abouti en 2007 à l'adoption de la Stratégie Nationale de Développement à Long Terme (SNDLT) basée sur les OMD.

A deux ans de la date butoir, le quatrième rapport de suivi des OMD fait ressortir ce qui suit:

■ L'incidence de la pauvreté, 58,7% en 2011, reste élevée même si les efforts entrepris ont permis de la réduire de 3 points par rapport à sa valeur de 2006. En revanche, la prévalence de l'insuffisance pondérale a pratiquement été réduite de moitié, passant de 32,8% en 1990 à 16,6% en 2010. Aussi, l'amélioration de l'environnement des affaires laisse-t-elle augurer de bonnes perspectives pour la réussite des programmes de promotion de l'emploi déjà en cours dans le pays ? Cependant, l'inadéquation et le coût du crédit pour le secteur agricole, la faible modernisation de l'agriculture et l'inadaptation des curricula de formation ralentissent les progrès. Afin d'y pallier, il s'avère nécessaire non seulement de lever ces contraintes mais également d'assainir le domaine du foncier et de régler le problème de la non maîtrise de l'eau.

■ Dans le domaine de l'éducation primaire, en dépit des avancées réalisées, des efforts restent à fournir pour atteindre l'objectif 2 des OMD. En effet, le Taux Net de Scolarisation (TNS) s'est situé à 83,9% et le taux d'achèvement à 75,7% en 2012. Le taux d'alphabétisation des 15-24 ans était de 79,7% en 2011. Les indicateurs de scolarisation ont progressé suite à la mise en œuvre de l'initiative de gratuité des frais de scolarité dans l'enseignement préscolaire et primaire public et aux actions visant l'amélioration de la qualité de l'éducation. L'accroissement de la demande d'éducation qui en résulte peine à trouver une offre satisfaisante et de qualité. De plus, les taux de redoublement et d'abandon quoiqu'en baisse restent élevés. L'amélioration de l'efficacité du système éducatif nécessite l'intensification des efforts pour disposer davantage de ressources humaines de qualité, d'infrastructures, de mobiliers et de supports pédagogiques.

■ Sur la question du genre, l'évolution du ratio filles/garçons dans l'éducation primaire (98% en 2012, MEPSA) offre largement la perspective des 100% à

l'horizon 2015. La part des sièges occupés par des femmes à l'Assemblée Nationale s'est améliorée à l'issue des dernières élections législatives de 2013 (15,38% contre 11,11% à l'issue de celles de 2007) mais reste loin de l'objectif de parité visé. Peu de femmes sont salariées dans le secteur non agricole en raison de leur faible niveau d'instruction et de la persistance des idées reçues sur leur rôle dans la société.

■ Les résultats obtenus en matière de santé sont mitigés. Selon les résultats de l'enquête MICS 2010, la mortalité infanto juvénile (124‰), et la mortalité infantile (78‰) ont augmenté d'un point par rapport à leurs valeurs de 2006. La proportion d'enfants de moins d'un (01) an vaccinés contre la rougeole (68,3%) s'est accrue mais reste encore loin de l'objectif des 100% pour 2015. Aussi, faut-il souligner le fait que le pourcentage des accouchements assistés par du personnel qualifié n'a été que de 59,4% en 2010 contre 62,9% en 2006. Cependant, la proportion des mères ayant bénéficié de consultations prénatales s'est améliorée en 2010 (88,8%) et le taux de mortalité maternelle est passé de 350 à 300 décès pour cent mille naissances vivantes entre 2008 et 2011. Le combat pour la santé de la mère et de l'enfant se heurte malheureusement à la persistance de facteurs socioculturels défavorables, et à l'insuffisance des moyens de son financement et de l'offre des services en maternité à moindre risque.

■ Des progrès très encourageants dans la lutte contre le VIH, le paludisme et la tuberculose, ont déjà été enregistrés. La prévalence du VIH dans la population totale est par exemple passée de 4% en 2006 à 3% en 2012 (PNLS/IST). En matière de lutte contre le paludisme, l'accent a été mis sur la prévention. En 2010, plus d'un enfant sur deux dormait sous une moustiquaire imprégnée. Toutefois, 12,3% de la population a souffert de la maladie dont 48% d'enfants de moins de cinq ans. Par ailleurs, les efforts consentis dans la lutte contre la tuberculose ont permis de rehausser le taux de guérison des patients traités à 85% en 2011. Les principales barrières à lever dans la lutte contre ces maladies ont trait aux pratiques thérapeutiques traditionnelles néfastes, à la dépendance vis-à-vis de l'extérieur pour le financement des produits essentiels, leurs coûts élevés, et les ruptures dans leur approvisionnement.

■ Pour ce qui concerne la préservation de l'environnement et en particulier celle de la végétation, malgré les actions menées par le gouvernement dans ce domaine, la couverture en forêt du pays n'a cessé de reculer passant de 7,1% en 2005 à 5% en 2010. La superficie des écosystèmes protégés qui était de 14,2% en 1992 (PNAE 1998) est tombée à 7,1% depuis 2005. Les taux d'assainissement (34,9% en 2010 contre 31,7% en 2006) et d'accès à l'eau potable (56,1% en 2010 contre 50,6% en 2006) se sont accrus. Mais ils restent préoccupants et appellent à l'accélération des initiatives dans ces secteurs afin d'améliorer significativement la qualité de vie des populations. L'amélioration du cadre de vie se heurte aux problèmes liés à l'absence de plans d'aménagement et d'actes de gestion suffisamment planifiés ainsi qu'au faible degré d'implication des citoyens.

■ Le ratio de l'Aide Publique au Développement (APD) sur le PIB (10,9%) en 2012 a plus que doublé par rapport à sa valeur de 2007, se rapprochant du niveau souhaitable à l'horizon 2015. L'atteinte du point d'achèvement de l'IPPTE en 2010 a permis au Togo de bénéficier d'un important allègement de sa dette

extérieure qui ne valait plus que 1,5% de ses exportations en 2011. Par ailleurs, le taux de pénétration des nouvelles technologies de l'information et de la communication s'est accru, surtout pour ce qui concerne la téléphonie mobile. Le pays doit cependant faire face à la détérioration des termes de l'échange, à la faible capacité d'absorption des ressources provenant de l'aide au développement, et au manque de diversification et de compétitivité des produits destinés à l'exportation.

■ La situation globale des OMD au Togo est caractérisée par de fortes disparités liées au milieu de résidence. Les indicateurs sont ainsi souvent plus éloignés de leurs cibles dans les zones rurales (où la proportion de pauvres est plus importante) et dans la région des Savanes (où l'incidence de la pauvreté est la plus forte). Dans l'ensemble, la situation des OMD au Togo se présente comme suit :

Tableau 1 Tableau récapitulatif des possibilités d'atteinte des OMD¹

Objectifs et Cibles	Indicateurs retenus au Togo	Valeur de référence	Dernière valeur de suivi	Valeur cible retenue par le Togo pour 2015	Situation indicateur
1. Eliminer l'extrême pauvreté et la faim					
1. A : Réduire de moitié, entre 1990 et 2015, la proportion de la population dont le revenu est inférieur à un dollar par jour	1.1 Incidence de la pauvreté monétaire	61,7%	58,7%	30,9%	invraisemblable
1. C : Réduire de moitié, entre 1990 et 2015, la proportion de la population qui souffre de la faim	1.8 Prévalence d'insuffisance pondérale chez les enfants de moins de cinq ans	32,8%	16,6%	16,4%	réalisé
2. Assurer l'éducation primaire pour tous					
2. A : D'ici à 2015, donner à tous les enfants, garçons et filles, partout dans le monde, les moyens de terminer un cycle complet d'études primaires	2.1 Taux net de scolarisation dans le primaire	67%	83,9%	100%	vraisemblable
	2.3 Taux d'alphabétisation des 15 à 24 ans	63,3%	79,7%	100%	invraisemblable
3. Promouvoir l'égalité des sexes et l'autonomisation des femmes					
3. A : Eliminer les disparités entre les sexes dans l'enseignement primaire et secondaire d'ici 2005 si possible, et à tous les niveaux de l'enseignement en 2015 au plus tard	3.1 Indice de parité fille-garçon dans le primaire	0,65	0,98	1	vraisemblable

¹ Les cibles et les indicateurs sont ceux retenus par le Togo.

	3.1 bis. Indice de parité fille-garçon dans le secondaire	0,41	0,71	1	invraisemblable
	Taux d'alphabétisation des femmes de 15 à 24 ans par rapport aux hommes	0,60	0,84	1	invraisemblable
	3.3 Proportion de sièges occupés par des femmes à l'Assemblée nationale	4%	15,4%	50%	invraisemblable
4. Réduire la mortalité des enfants					
4. A : Réduire de deux tiers, entre 1990 et 2015, le taux de mortalité des enfants de moins de cinq ans	4.1 Taux de mortalité des enfants de moins de cinq ans	158‰	124‰	51%	invraisemblable
	4.2. Taux de mortalité infantile	80%	78%	29%	Invraisemblable
	4.3 Proportion d'enfants d'un an vaccinés contre la rougeole	64,6%	68,3%	100,0%	invraisemblable
5. Améliorer la santé maternelle					
5. A : Réduire de trois quarts, entre 1990 et 2015 le taux de mortalité maternelle	5.1 Nombre des décès maternels pour 100.000 naissances vivantes	478	300	143	invraisemblable
	5.2 Proportion d'accouchements assistés par du personnel de santé qualifié	49%	59%	82,7%	invraisemblable
6. Combattre le VIH/SIDA, le paludisme et autres maladies					
6. A : D'ici 2015, avoir enrayer la propagation du VIH/SIDA et commencer à inverser la tendance actuelle	6.1 Taux de prévalence du VIH parmi la population sexuellement active	6,0%	3,0%	≤ 2%	vraisemblable
	7. Assurer un environnement durable				
7. A : Intégrer les principes du développement durable dans les politiques et programmes nationaux et inverser la tendance à la déperdition des ressources environnementales	7.1 Proportion des écosystèmes forestiers protégés	14,2%	7,%	10%	invraisemblable

7. C : Réduire de moitié, d'ici à 2015, le pourcentage de la population qui n'a pas accès de façon durable à un approvisionnement en eau potable ni à des services d'assainissement de base	7.8 Proportion de la population qui utilise une source d'eau potable	55%	56,1%	75%	invraisemblable
7. D : Améliorer sensiblement, d'ici à 2020, les conditions de vie d'au moins 100 millions d'habitants de taudis	Proportion de la population disposant d'installations sanitaires améliorées	37%	34,9%	50%	invraisemblable
8. Mettre en place un partenariat mondial pour le Développement					
8. F En coopération avec le secteur privé, faire en sorte que les avantages des nouvelles technologies, en particulier des technologies de l'information et de la communication, soient accordées à tous.	8.15 Nombre de téléphones mobile pour 100 habitants	0	50,6%	100%	invraisemblable

N.B : La valeur de référence de l'incidence de la pauvreté était de 32,2% en 1990 mais en raison de son aggravation à cause des crises socio-politiques des années 90 et de la première moitié des années 2010, l'incidence de la pauvreté a atteint 61,7% en 2006 et c'est cette dernière que le Togo a retenue comme référence finalement pour calculer la cible de 2013.

Introduction

Les États membres de l'ONU et les organisations internationales ont adopté en 2000 à New York (États-Unis), les Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD) et ont convenu de les atteindre en 2015. Au nombre de huit (08), avec vingt-une (21) cibles et soixante (60) indicateurs, ces OMD ont depuis, constitué le cadre de référence des interventions du Système des Nations Unies et des Gouvernements. Ils sont l'aboutissement de diverses initiatives internationales prises depuis le milieu des années 1990 en vue de mobiliser des ressources à des fins de développement.

Les objectifs du millénaire pour le développement sont les suivants :

1. éliminer l'extrême pauvreté et la faim ;
2. assurer l'éducation primaire pour tous;
3. promouvoir l'égalité des sexes et l'autonomisation des femmes ;
4. réduire la mortalité des enfants de moins de cinq (5) ans ;
5. améliorer la santé maternelle ;
6. combattre le VIH /Sida, le paludisme et d'autres maladies ;
7. assurer un environnement durable ;
8. mettre en place un partenariat mondial pour le développement.

Le Togo fait partie des pays qui ont signé la déclaration du millénaire pour le développement en 2000. En 2006, avec l'appui du Programme des Nations Unies pour le Développement (PNUD), le pays a élaboré sa Stratégie Nationale de Développement à Long Terme (SNDLT) basée sur les OMD pour la période 2006-2015.

Trois (03) rapports de suivi des OMD ont été élaborés en 2003, 2008 et 2010. Depuis 2010, dans le souci d'honorer l'engagement pris par le Gouvernement en vue de réaliser un certain nombre d'actions prioritaires pour l'atteinte des OMD, le Togo a élaboré quatre (04) cadres d'accélération des OMD, notamment sur l'amélioration de la productivité agricole des petits producteurs (OMD 1), sur la santé maternelle et infantile (OMD 4 et 5), sur l'amélioration des services d'accès à l'eau potable, d'hygiène et d'assainissement de base en milieu rural et semi-urbain et en milieu urbain (OMD 7). Les recommandations qui ont découlé de ces cadres d'accélération ont été intégrées dans les processus d'élaboration des politiques et programmes relatifs aux secteurs sus mentionnés.

A deux ans de la date butoir de l'atteinte des objectifs fixés, ce quatrième rapport de suivi constitue un document qui permettra aux différentes parties prenantes au processus de développement du Togo, de faire le point sur les progrès accomplis. Il identifiera les contraintes et atouts qui y sont liés et les défis émergents dont la prise compte favorisera un meilleur pilotage des politiques publiques concourant au développement du Togo.

Les travaux pour l'élaboration du présent rapport se sont déroulés en plusieurs phases :

- l'atelier de lancement du processus d'élaboration s'est tenu le 02 août 2013 et a servi de cadre de concertation entre les différents acteurs impliqués dans la réalisation des OMD autour des nouvelles directives des Nations Unies pour l'élaboration du rapport de suivi ainsi que de la méthodologie et des données à utiliser ;
- la collecte des données et la revue documentaire ont suivi cette phase de lancement, permettant ainsi de réaliser un rapport provisoire qui a été soumis aux groupes sectoriels pour amendements et validation ;
- l'examen de la version du document issu de ces amendements a été réalisé par le comité en charge de la coordination qui l'a validé et ;
- un atelier national de validation regroupant tous les acteurs a permis la finalisation du document.
- Les données ayant servi à la mise à jour des indicateurs de suivi des progrès des OMD proviennent essentiellement de la Direction Générale de la Statistique et de la Comptabilité Nationale (DGSCN), notamment des résultats des enquêtes MICS et QUIBB et du RGPH 4, ainsi que des administrations sectorielles.
- Les principales difficultés rencontrées sont relatives au manque de données actualisées et fiables pour certains indicateurs. Ces contraintes sont liées au manque de dispositif statistique et de suivi évaluation au sein des ministères et au niveau national pour la collecte systématique des informations.
- Sur le plan structurel, le présent rapport s'articule autour des points ci-après : (i) Contexte socioéconomique et influence des OMD sur le cadre national de développement; (ii) Situation des OMD ; et (iii) Travail inachevé sur les OMD et thématiques émergentes

I. Contexte socioéconomique et influence des OMD sur le cadre national de développement

I.1. Contexte sociopolitique et économique

Pays situé sur la côte ouest-africaine avec une superficie de 56.600 km², le Togo est limité au Nord par le Burkina Faso, au sud par l'Océan Atlantique, à l'est par le Bénin et à l'ouest par le Ghana. Il jouit de trois écosystèmes distincts (sablonneux mais bien couvert, climat de type soudanien et assez boisé, savanes) du sud vers le nord avec des précipitations moyennes de 1.000 mm d'eau par an. Plus de la moitié du territoire national est située à une altitude de moins de 200 m au-dessus de la mer. Le relief du pays est parsemé de plusieurs petites montagnes toutes orientées du Sud-Ouest vers le Nord-Est et séparées par des plaines et des plateaux. Le Mont Agou est le point culminant du Togo avec 986 m.

Le pays compte cinq (05) régions administratives, trente-quatre (34) préfectures et une (01) sous-préfecture. Malgré les actions entreprises, notamment l'élaboration et la mise en œuvre du Programme National de Consolidation de la Décentralisation (PNCD), la décentralisation peine à s'y matérialiser. Le Fonds d'Appui aux Collectivités Territoriales (FACT) prévu par la loi de 1998 sur la décentralisation et ses textes d'application de 2007 tardent à être mis en œuvre.

Selon les résultats du quatrième RGPH (2010), le Togo comptait, en 2010, 6,2 millions d'habitants dont 48,6% d'hommes et 51,4% de femmes. La répartition de la population par grandes tranches d'âges (42% des habitants sont âgés de moins de 15 ans et à peine 4,2% ont un âge supérieur ou égal à 60 ans) et la forme de la pyramide des âges correspondante trahissent la jeunesse de la population togolaise.

Outre sa jeunesse, ce qui caractérise de même la population togolaise est son inégale répartition sur l'ensemble du territoire national : 41,7% de la population togolaise vivent dans la région maritime et à peine 10,1% dans celle Centrale. Suivant le milieu de résidence habituelle, 62,3% des togolais habitent en zones rurales contre 37,7% en zones urbaines. C'est la région maritime qui est la plus urbanisée du pays parce qu'elle concentre 43,8% des citadins. La région la moins urbanisée est celle des savanes (14,1%). L'espérance de vie à la naissance est estimée à 63,3 ans en 2013.

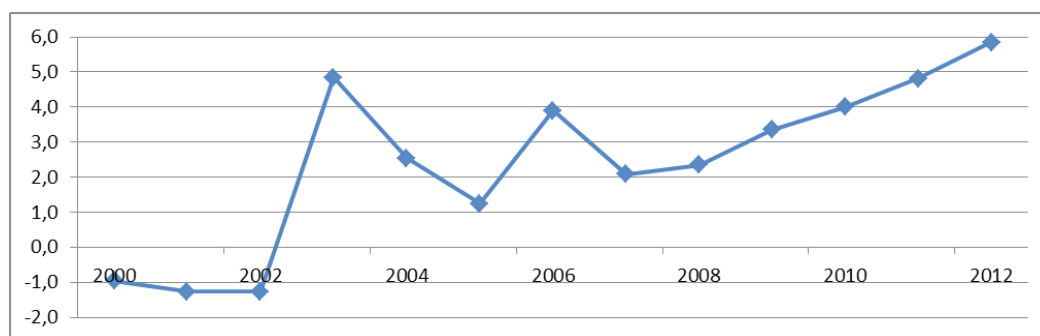
A partir de 1990, les troubles sociopolitiques qui avaient accompagné l'instauration du multipartisme politique avaient participé à la détérioration de l'environnement économique du pays. Cette situation a été aggravée par la réduction de l'Aide Publique au Développement (APD) dont le volume par habitant a été divisé par cinq entre 1990 et 2005. Depuis lors, des progrès en faveur de la décrispation de l'environnement socio politique ont été réalisés et des efforts en vue de la mise en œuvre de réformes constitutionnelles et institutionnelles se poursuivent.

Sur le plan socioéconomique, l'indice de développement humain est passé de 0,452 en 2010 à 0,459 en 2012 et le Togo occupe le 159ème rang mondial. L'accélération de la croissance économique observée depuis 2007 - quoique influencée par des

chocs exogènes de natures diverses – s’est poursuivie après la phase des taux négatifs de croissance du PIB, qui a caractérisé la période de 2000 à 2002.

Les dernières statistiques disponibles montrent que l’économie togolaise a retrouvé le chemin de la croissance. Le taux de croissance du PIB qui était de 4% en 2010 est d’abord monté à 4,8% en 2011 pour bondir et atteindre 5,9% en 2012 (voir graphique 1 ci-dessous).

Graphique 1: Taux de croissance du PIB togolais 2000-2012



Source : Direction de l’Economie

Dans le souci de promouvoir son développement et de l’asseoir sur des bases solides, le Togo s’est investi en 2001, dans le processus de l’élaboration de son premier Document de Stratégie de Réduction de la Pauvreté (DSRP). Malgré la volonté affichée, ce processus n’a pu aboutir qu’en 2008, avec l’adoption du DSRP-Intérimaire révisé entre 2007 et 2008, à la faveur de la décrispation politique et de la reprise de la coopération avec les PTF.

S’appuyant sur ce premier DSRP, le Togo a entrepris et mis en œuvre un vaste chantier des réformes économiques et financières qui lui ont permis de renouer avec la croissance économique (voir supra) et de dégager ainsi des ressources pour le financement des secteurs liés aux OMD. Grâce à la croissance économique retrouvée, le pays a atteint le point de décision de l’Initiative pour les Pays Pauvres Très Endettés (I-PPTE) au mois de novembre 2008. Et au mois de décembre 2010, il a atteint, à la faveur de la mise en œuvre satisfaisante du DSRP complet, le point d’achèvement de l’Initiative PPTE. De ce fait, il a pu bénéficier du mécanisme d’annulation de plus de 85% de sa dette extérieure. En septembre 2012, la SCAPE (2013-2017) a été validée, puis adoptée en août 2013 par le Gouvernement.

I.2. Influence des OMD sur le cadre national de développement du Togo

Le Togo a expérimenté plusieurs stratégies de développement économique depuis son accession à l’indépendance politique. Inscrites dans le cadre des plans quinquennaux de développement qui avaient prévalu de 1966 à 1990, ces stratégies reposaient essentiellement sur les visions des leaders politiques de l’époque. Ces plans, à partir des années 1980, ont subi l’influence des Programmes d’Ajustement Structurels (PAS). Initialement, le recul de la pauvreté n’était pas leur objectif si

Grâce à la croissance économique retrouvée, le pays a atteint le point de décision de l’Initiative pour les Pays Pauvres Très Endettés

l'on tient compte du peu d'intérêt accordé à la satisfaction des besoins sociaux des populations dans les PAS de première génération (Banque mondiale 1994, p. 196).

C'est à partir de 1996 que des réflexions vont être menées en vue de promouvoir le développement centré autour des besoins fondamentaux de l'homme (basic needs). C'est dans ce contexte que les OMD ont été initiés et adoptés par les Nations Unies. A la faveur de l'émergence de ce nouveau paradigme de développement, les autorités togolaises résolurent de mener des actions prioritaires susceptibles de participer à l'élimination de la pauvreté et à l'avancement des principes de la dignité humaine, d'égalité et de justice sociale.

C'est ainsi qu'en 2006, avec l'appui du PNUD, le gouvernement togolais a procédé à l'élaboration de la SNDLT basée sur les OMD. Cette stratégie, validée en 2007, couvre la période 2006-2015 et matérialise ainsi la prise en compte des OMD dans les politiques nationales et sectorielles. Elle constitue depuis lors l'un des piliers centraux de différentes variantes du schéma de développement du pays tel qu'il se dégage de la lecture des documents de développement élaborés à cette fin dont notamment le DSRP-I, le DSRP-C et la SCAPE.

Le Togo comptait, en 2010, 6,2 millions d'habitants dont 48,6% d'hommes et 51,4% de femmes.

Plusieurs actions ont été menées dans l'optique de l'atteinte des OMD en 2015.

S'agissant de l'OMD 1, la cible visant à réduire de moitié à l'horizon 2015, la proportion de personnes souffrant de la faim, a été intégrée dans la Note de Politique Agricole (NPA). Cette note de politique couvrant la période 2007-2011 a pour mission d'accroître le revenu des exploitants agricoles et de contribuer à l'amélioration des conditions de vie des populations rurales et accorde une attention particulière aux populations les plus pauvres et les plus vulnérables (notamment les enfants, les jeunes et les femmes). Le cadre d'accélération de l'OMD 1, élaboré en 2010, se focalise sur la réduction de la pauvreté des petits producteurs ruraux à travers le renforcement de leurs capacités de production (pour accroître le rendement par unité de travail dans le secteur agricole) et l'amélioration de leurs conditions d'accès aux opportunités qu'offrent les marchés (des biens et services, du travail et des capitaux).

En matière d'éducation, pour atteindre l'OMD 2, le Gouvernement a instauré depuis la rentrée scolaire 2008-2009, le principe de gratuité totale de frais de scolarité pour les élèves des écoles primaires et préscolaires publiques. Dans l'optique de la réalisation de la cible relative à l'équité genre dans l'éducation, les actions se sont orientées vers l'adoption de mesures incitatives telles que la réduction en 2007 des frais de scolarité des filles dans le secondaire.

Afin de réduire la mortalité maternelle, la Campagne d'Accélération de la Réduction de la Mortalité Maternelle en Afrique (CARMMA) a été mise en œuvre en 2010 et conduit à la subvention de la césarienne. Un cadre d'accélération des OMD 4 et 5 a été développé pour proposer des solutions visant l'amélioration de la santé maternelle et infantile. En outre, une attention particulière est accordée à la lutte contre le VIH/Sida et le paludisme. La gratuité des Antirétroviraux (ARV) ainsi que les campagnes de distribution des Moustiquaires Imprégnées d'Insecticides de Longues Durées d'Action (MILDA) s'est inscrite dans ce contexte.

Les OMD ont également placé les défis liés à l'accès à l'eau potable et aux ouvrages

d'assainissement au cœur de l'action publique. A cet effet, il a été élaboré les cadres d'accélération de l'OMD 7 relatif à l'accès à l'eau potable et à l'assainissement en milieu rural et semi urbain, puis en milieu urbain ainsi que le Programme Eau et Assainissement pour l'accélération de l'atteinte des OMD (PEA-OMD) qui a pour objectif d'accélérer l'accès à l'eau potable, et de contribuer à la mise en place d'un cadre stratégique d'intervention en matière d'assainissement.

1.3. OMD, partenariat au développement et statistiques nationales

Base commune de référence, les OMD ont ainsi influencé et relancé de manière déterminante l'action des PTF. Ils ont structuré le travail des agences onusiennes, telles que le PNUD, l'UNICEF, le FNUAP, l'OMS, l'ONUSIDA, l'ONU femmes, ou l'UNESCO, autour de priorités communes nécessitant une approche conjointe (One UN). Les OMD ont ainsi conduit à la mise en place de fonds verticaux tels que l'initiative Fasttrack devenue le partenariat mondial pour l'éducation, le Fonds GAVI, le Fonds mondial de lutte contre le paludisme, la tuberculose et le VIH/sida, le Fonds Mondial pour l'assainissement. Le Togo a bénéficié du financement de ces fonds.

Pour ce qui concerne la disponibilité des données statistiques, les OMD ont eu un impact considérable sur la sensibilisation et la mobilisation de l'opinion publique en cette cause. Afin de permettre le suivi réguliers des progrès vers la réalisation des OMD, le Togo devait se doter d'un service public de collecte et de diffusion des données statistiques performant. Par ailleurs, la nécessité de renseigner les indicateurs liés aux OMD a conduit les départements sectoriels à procéder à des collectes de données de routine. Certaines enquêtes organisées par la DGSCN étaient justifiées par la nécessité de fournir les données indispensables au suivi des progrès vers l'atteinte des OMD. En particulier, les dernières enquêtes QUIBB (2011) et MICS (2010) comptaient explicitement parmi leurs objectifs de:

- fournir des données nécessaires pour suivre les progrès vers l'atteinte des objectifs fixés dans la Déclaration du Millénaire et d'autres objectifs convenus au niveau international, comme base pour une action future (MICS, 2010)
- produire des indicateurs récents et fiables pour alimenter le DSRP2 afin d'évaluer les progrès réalisés dans la mise en œuvre des OMD et de satisfaire les besoins des partenaires au développement (QUIBB, 2011).

Depuis son accession à l'indépendance, le Togo a déjà expérimenté plusieurs stratégies de développement ainsi que mené de nombreuses actions dans l'optique de l'atteinte des OMD à l'horizon 2015.

II. Situation des OMD

L'analyse de la situation actuelle des OMD se fera à partir des tendances évolutives passées de leurs principaux indicateurs de mesure. Une étude des contraintes liées à l'atteinte de ces objectifs permettra de mettre en évidence les défis à relever et de formuler des recommandations pertinentes.

OMD 1: Eliminer l'extrême pauvreté et la faim

II.1.1. Analyse des tendances

L'OMD 1 recouvre essentiellement trois aspects, à savoir : la pauvreté monétaire, l'emploi et la malnutrition.

Cible 1.A: Réduire de moitié, entre 1990 et 2015, la proportion de la population dont le revenu est inférieur à un dollar par jour

Indicateur:

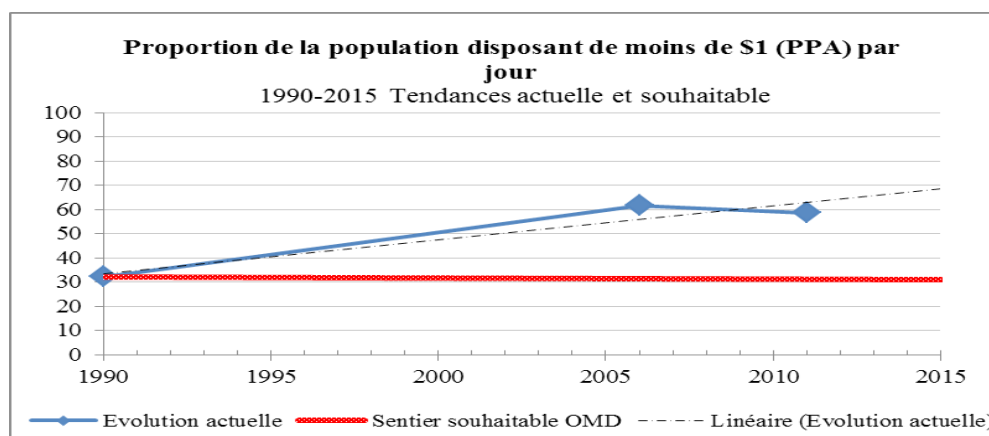
1.1 Incidence de la pauvreté monétaire

L'incidence de la pauvreté monétaire est mesurée par la proportion de la population disposant de moins d'un dollar des Etats-Unis d'Amérique journalièrement en parité de pouvoir d'achat pour vivre.

II.1.1.1 Proportion de la population disposant de moins d'1 USD de revenu par jour en parité de pouvoir d'achat

Le taux de croissance du PIB est de 4% en moyenne entre 2008 et 2012. Avec un taux de croissance moyen de la population de 2,84% (d'après le RGPH 4, 2010), le taux de croissance du PIB par tête du Togo se situe aux voisinages de 1% et est encore faible pour induire une réduction sensible de la pauvreté monétaire (voir graphique 2 ci-dessous).

Graphique 2 : Proportion de la population disposant de moins de \$1 (PPA) par jour¹



Source: Rapport 2010 de suivi des OMD et QUIBB 2011

D'après l'enquête QUIBB-2011, l'incidence de la pauvreté est passée de 61,7% en 2006 à 58,7% en 2011, enregistrant une baisse de 3 points, soit une moyenne de 0,6 point par an. Ces résultats bien que positifs sont de loin inférieurs à la baisse nécessaire pour atteindre la cible 1.A de l'OMD 1.

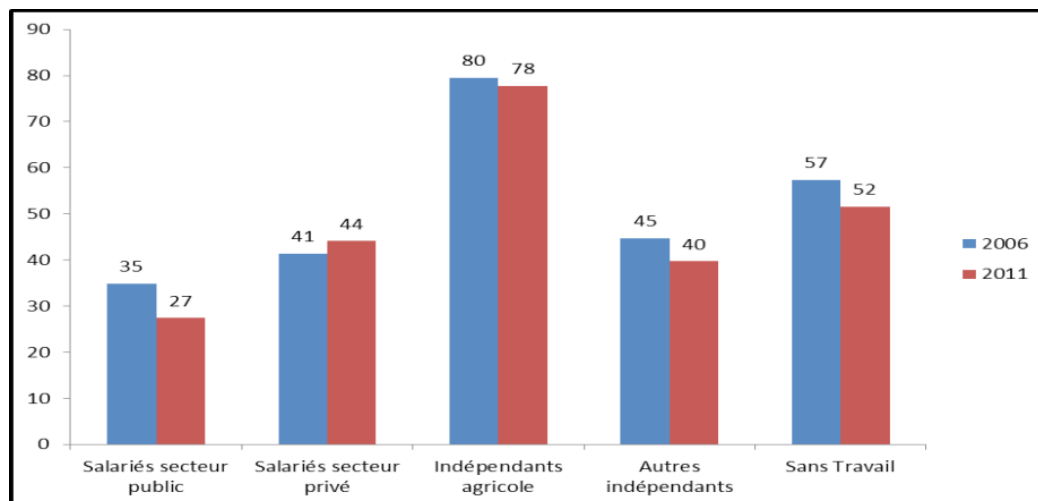
La baisse de la pauvreté n'a cependant pas été effective dans toutes les couches de la population. Si dans certaines d'entre elles une baisse de l'incidence de la pauvreté a

1 Cet indicateur est basé sur les seuils nationaux.

Les OMD ont participé à l'émergence d'une nouvelle approche de résolution des problèmes de développement

été enregistrée, ce fut la tendance contraire que l'on a pu observer chez d'autres. Les indépendants agricoles présentent les plus forts taux d'incidence de pauvreté, loin devant les personnes sans travail.

Graphique 3 : Incidence de la pauvreté selon le groupe socio-économique

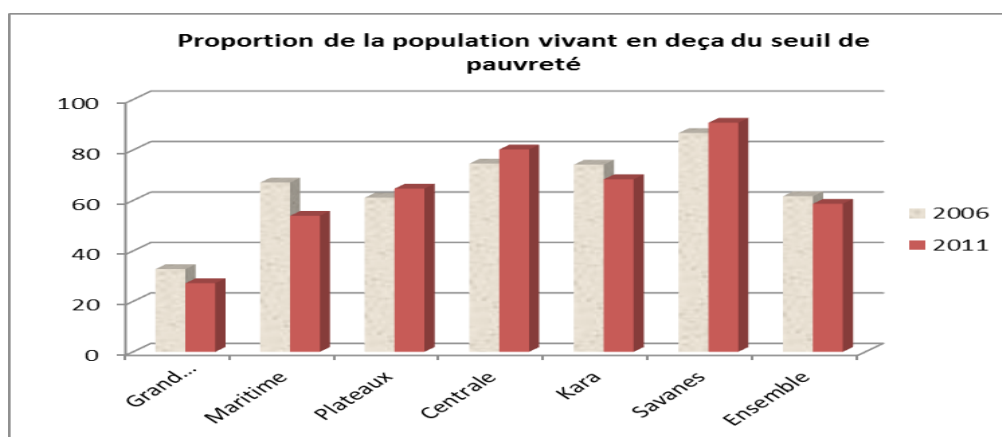


Source : QUIBB 2006 et 2011

En considérant le milieu de résidence habituelle, il y a lieu de noter que la pauvreté monétaire n'a pas baissé dans les mêmes proportions dans les différentes régions administratives du pays (voir graphique 4 ci-dessous). Selon la même source - l'enquête QUIBB-2011 - la baisse de la pauvreté monétaire a été plus palpable en milieu urbain qu'en milieu rural où elle n'a reculé que de 1,7 point passant de 75,1% à 73,4% ; contre une baisse de 2,3 points à Lomé et 1,7 point dans les autres centres urbains du pays.

En cinq années (2006-2011) l'incidence de la pauvreté au Togo a baissé de 3 points passant de 61,7 % à 58,7%.

Graphique 4 : Proportion de la population vivant en dessous du seuil de pauvreté national



Sources : QUIBB 2006 et 2011

De l'analyse du graphique 4, il ressort que la région maritime est celle où la baisse de l'incidence de la pauvreté a été plus sensible (13 points). Si une baisse a été égale-

ment observée dans le Grand Lomé et à Kara, les régions des savanes, des plateaux et centrale ont par contre connu des hausses.

La pauvreté reste répandue en milieu rural où 73,4% de la population vivent avec un revenu journalier inférieur au seuil de pauvreté national. Pourtant, le PIB courant agricole est passé de 307,1 milliards FCFA à 543 milliards FCFA entre 2007 et 2011. En 2011, le secteur primaire a contribué à hauteur de 1,7 point à la croissance réelle (contre 0,9 point en 2010), grâce au relatif dynamisme de la production agricole, dû en partie à des conditions climatiques plus ou moins favorables et aux mesures prises par les autorités pour stimuler la production, notamment la distribution d'engrais et de semences à des prix subventionnés, la subvention du coût des travaux agricoles (labour, sarclage, etc.). La progression de la production des cultures « traditionnelles » comme le maïs, l'igname, le manioc, le mil et le sorgho, s'est ainsi poursuivie. En 2012, le Togo a enregistré un excédent céréalier d'environ 139 486 tonnes.

La baisse de l'incidence de la pauvreté monétaire n'est pas uniforme dans toutes les régions et les couches sociales

Les inégalités dans la répartition du revenu national se sont accrues avec un indice de Gini qui passe de 0,361 à 0,393 de 2006 à 2011 dans toutes les régions. Le quintile (20%) le plus pauvre de la population a vu son poids dans la consommation finale privée baisser de 10,8% à 9,1%. L'incidence de la pauvreté extrême a ainsi augmenté, passant de 28,6% en 2006 à 30,4% en 2011.

La baisse de l'incidence de la pauvreté, surtout dans les villes, pourrait s'expliquer par l'amélioration du climat des affaires et l'augmentation des investissements publics. En effet, le Togo a amélioré son rang au classement Doing Business de la Banque Mondiale (156ème en 2013 contre 165ème en 2010). Les principales réformes entreprises par le Togo concernent essentiellement la simplification des formalités

à accomplir lors de la création d'entreprise. Grâce à ces réformes, le nombre d'entreprises créées depuis la mise en place du Centre de formalités des entreprises (CFE) est passé de 3551 en 2009 à 5848 en 2012. Les investissements ont réagi positivement sur la même période. Leur volume et plus particulièrement celui des investissements privés a crû de 156,2 à 286,9 milliards FCFA. Dans la foulée, l'indice de production industrielle a augmenté de 18,3 points de 2009 à 2012 où il s'établit à 116,9 (DGSCN).

Ces résultats pourraient également être liés au volume des investissements publics réalisés sur toute l'étendue du territoire national. En effet, de 2010 à 2012, 479,6 milliards FCFA ont été

dépensés pour l'aménagement, la réhabilitation et la réalisation d'études relatifs aux infrastructures routières dans la ville de Lomé et ses environs (région maritime).

Pour l'ensemble des autres régions ces dépenses se présentent comme suit : 251 milliards FCFA, pour la région des plateaux, 56,6 milliards FCFA pour la région centrale, 84,1 milliards pour la région de la Kara et 145,9 milliards FCFA pour la



région des Savanes.

Les investissements dans la construction des pistes rurales se situent autour de 5 milliards FCFA par an avec un pic de 10 milliards FCFA atteint en 2010 grâce aux projets de construction de 50 Km de pistes rurales par préfecture. Ainsi, de 2010 à 2013, plus de 80 Km de pistes rurales ont été réhabilitées par préfecture pour un coût global d'environ 31 milliards FCFA.

Plusieurs points de retenues d'eau ont été aménagés ou réhabilités. Toutefois, on note un faible taux d'équipement des exploitations et seulement 10% des superficies sont labourées à la culture attelée, et 1 % avec un équipement motorisé.

Concernant l'accès aux intrants agricoles (voir encadré 1 ci-dessous), la quantité d'engrais mise à la disposition des producteurs est passée de 29 750 tonnes en 2010 à 42 000 tonnes en 2012.

Encadré 1: Les mesures de distribution d'intrants à prix subventionnés

Dans le cadre de la mise en œuvre de sa politique agricole, le Togo a élaboré une stratégie nationale sur l'utilisation des engrais. A cet effet, le Gouvernement a développé un réseau de distribution à prix subventionnés en vue d'assurer la disponibilité des intrants aux agriculteurs, notamment les petits producteurs. Les dépôts sont, entre autres, effectués auprès des groupements qui disposent de magasins. Au cours de la campagne agricole 2008, cette mesure a été renforcée pour faire face à la flambée des prix des biens alimentaires.

En ce qui concerne les engrais, la subvention a atteint en 2008 plus de 52% de leurs prix courants sur le marché. Le mécanisme de distribution est ciblé sur les petits producteurs disposant d'environ un hectare (chaque agriculteur reçoit 6 sacs d'engrais, ce qui correspond aux besoins pour un hectare de maïs). En outre, il est basé sur un système de crédit avec paiement au comptant de la moitié du montant dû, le reste étant payé par crédit. Cette mesure a contribué à l'amélioration de l'accessibilité financière des petits producteurs majoritairement pauvres et a renforcé l'utilisation des intrants, notamment des engrais.

Cependant, des contraintes subsistent. En ce qui concerne celles liées à l'offre, on note l'insuffisance des ressources allouées par l'Etat à l'acquisition des engrais et l'absence de textes réglementaires régissant les mesures de distribution d'intrants. S'agissant des contraintes liées à la demande, elles concernent le faible pouvoir d'achat des producteurs, l'absence de crédit agricole à grande échelle et la faible accessibilité des producteurs aux marchés de produits agricoles situés le plus souvent en ville où l'accès n'est pas facile. Ces contraintes peuvent être levées en mettant en place un réseau de distribution impliquant principalement les acteurs privés et les producteurs d'une part, et en fournissant gratuitement et de manière limitée dans le temps des intrants aux petits producteurs les plus pauvres.

Le recul de l'incidence de la pauvreté serait due à l'augmentation du volume des investissements due en partie à l'amélioration du climat des affaires au Togo



Cible 1.B : Assurer le plein-emploi et la possibilité pour chacun, y compris les femmes et les jeunes, de trouver un travail décent et productif

Indicateur :

II.1.1.5 Ratio emploi-population

Bien que le taux de croissance de l'économie togolaise soit en hausse et que la pauvreté ait baissé, le niveau de l'emploi ne s'est pas pour autant amélioré. Le ratio emploi population est passé de 78,8% en 2006 à 76,6% en 2011 selon les enquêtes QUIBB 2006 et 2011. Le milieu urbain est le plus touché par

le problème de chômage en raison du nombre élevé de diplômés qui entrent chaque année sur le marché du travail et du nombre limité d'emplois créés.

Malgré les actions menées par les autorités en faveur de la promotion de l'emploi, les résultats peinent à se matérialiser sur le terrain. En effet, dans le cadre du Projet de Soutien aux Activités Economiques des Groupements (PSAEG) plus de 6,5 milliards de FCFA de microcrédits ont été octroyés, de 2008 à 2013, afin de renforcer les capacités techniques et organisationnelles des coopératives.

Cible 1.C : Réduire de moitié, entre 1990 et 2015, la proportion de la population qui souffre de la faim

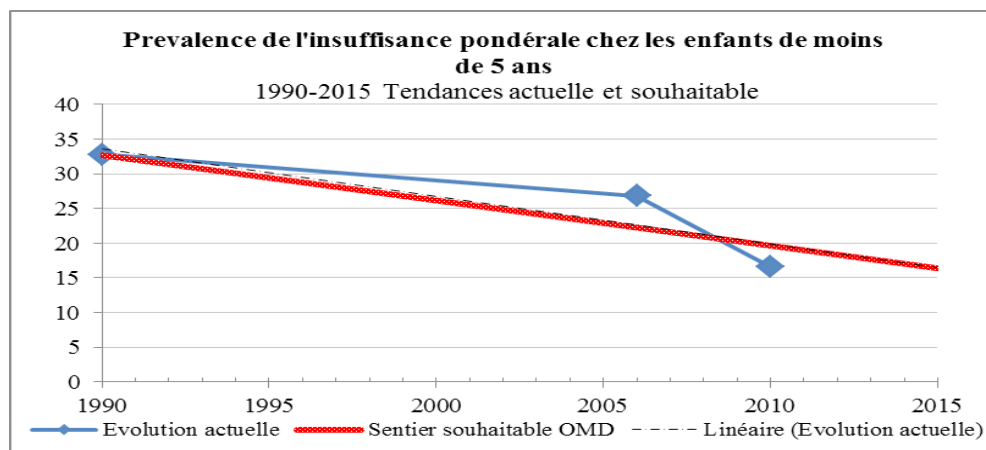
Indicateur :

II.1.1.8 Prévalence de l'insuffisance pondérale chez les enfants de moins de cinq ans

Selon les données des enquêtes par grappes à indicateurs multiples (MICS 2006 et 2010), la prévalence de l'insuffisance pondérale (poids/âge) est passée de 26,0% en 2006 à 16,6% en 2010, pour une cible OMD de 16,4% en 2015 (selon les données actualisées de la FAO), permettant d'atteindre (voir graphique 5) avant terme la cible de l'indicateur². D'après les mêmes sources, la baisse a été plus remarquable en milieu rural où ce taux est passé de 32,2% à 19,5% entre 2006 et 2010 tandis qu'en milieu urbain, il a enregistré une baisse passant de 16,4% à 10,4% pour la même période. L'analyse interrégionale révèle que la région des Savanes a connu la plus forte baisse (de 54% à 30,5%) suivie de celle de la Kara (de 37% à 17,8%).

² Cet exploit a permis au Togo de recevoir un prix de la FAO destiné aux pays qui ont accompli des progrès considérables pour garantir la sécurité alimentaire de leurs habitants.

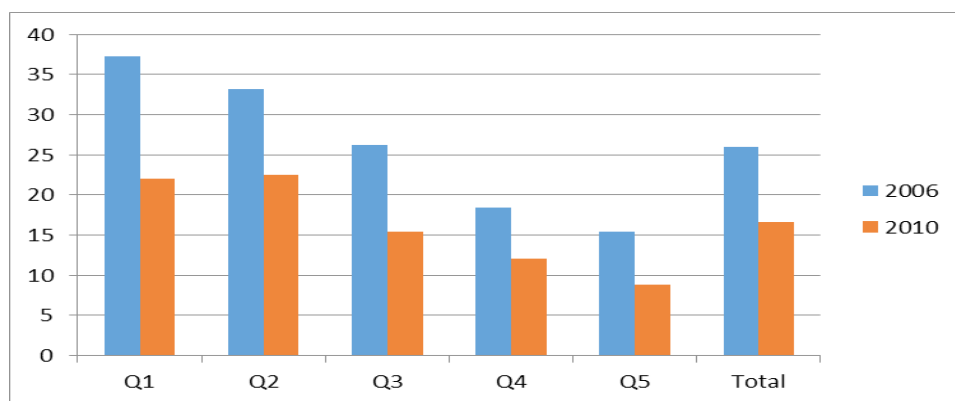
Graphique 5 : Evolution de la prévalence de l'insuffisance pondérale chez les enfants de moins de cinq ans



Sources : FAO et MICS 2006 et 2010

En 2010, la proportion de petits garçons qui souffraient d'une insuffisance pondérale (18,5%) était supérieure à celle de petites filles (14,5%) alors qu'en 2006, la différence était plus faible. Le phénomène demeure toutefois rural et affecte plus les enfants des ménages les plus pauvres (21% dans le quintile le plus pauvre contre 8,8% dans le quintile le plus riche).

Graphique 6 : Prévalence de l'insuffisance pondérale selon le bien-être économique (quintiles)



Sources : MICS 2006 et 2010

Les enfants de douze (12) à vingt-trois (23) mois sont les plus touchés (20,2%) traduisant ainsi les difficultés que les ménages pauvres éprouvent afin de mieux adapter l'alimentation de leurs enfants à leurs besoins physiologiques après le sevrage. Les mères les moins instruites sont celles dont les enfants sont les plus touchés par le phénomène de malnutrition.

Les dépenses totales allouées à l'agriculture en vue d'assurer la sécurité alimentaire se sont accrues sur la période de 2008 à 2013, passant de 24,4 milliards FCFA en 2008 à 29,09 milliards FCFA en 2013, avec un pic de 34,5 milliards FCFA en 2010. En 2013, le budget était affecté à ce secteur était principalement destiné au financement de ses investissements (20,3milliards FCFA).

II.1.2 Contraintes

Malgré les résultats obtenus, plusieurs contraintes entravent l'atteinte de l'objectif de lutte contre la pauvreté et l'insécurité alimentaire dont notamment :

- l'inadéquation entre la formation et les emplois offerts qui entretient les niveaux de sous-emploi élevé ;
- le faible niveau d'entrepreneuriat des jeunes ;
- le financement insuffisant des AGR. En raison de la difficulté d'accès au crédit bancaire, les petits entrepreneurs surtout dans le secteur agricole sont contraints de se tourner vers les institutions de micro finance, qui pratiquent des taux d'intérêt relativement élevés (autour de 18%) ;
- la faible productivité de l'agriculture ; conséquence du faible niveau de sa mécanisation et de la non maîtrise de l'eau qui rend la production agricole vulnérable aux aléas climatiques ;
- le problème de sécurisation foncière au niveau légal et son effet sur la production agricole et les garanties de financement ;
- le faible niveau de transformation des produits agricoles et d'interaction entre les acteurs des chaînes de valeurs agricoles ;
- le faible taux d'exécution du budget d'investissements publics, notamment ceux en direction du secteur agricole ;
- la vulnérabilité encore forte de l'économie aux chocs exogènes, notamment les fluctuations des cours mondiaux des matières premières, les crises économiques et financières internationales ;
- le faible partenariat public/privé en matière de formation professionnelle.

II.1.3. Cadre politique

En vue de faire face aux défis de l'atteinte de l'OMD 1, le Togo a lancé après le DS-RP-C, la SCAPE qui couvre la période 2013-2017. L'objectif principal de la SCAPE est d'accélérer la croissance pour réduire la pauvreté et les inégalités dans la répartition (primaire et secondaire) du revenu national et de créer des emplois, avec des effets multiplicateurs positifs sur le niveau des revenus, la qualité de vie des togolais et la vitesse de réalisation des OMD.

Au niveau du secteur agricole, la Politique Nationale de Développement Agricole du Togo (PNDAT), validée en novembre 2012, vient remplacer la Note de Politique Agricole (NPA). Elle a pour objectif principal d'améliorer les revenus des producteurs pour réduire la pauvreté alimentaire et nutritionnelle.

Par ailleurs, le Programme national d'investissement agricole et de sécurité alimentaire (PNIASA) constitue le programme phare du secteur agricole. Il s'inscrit dans le cadre du Programme détaillé de développement de l'agriculture africaine (PDDAA), volet agricole du Nouveau partenariat pour le développement de l'Afrique (NEPAD) à partir duquel a été adoptée en janvier 2005 par les Chefs d'Etat et de Gouvernement, une politique régionale agricole dénommée Cadre de politique

agricole des États de l'Afrique de l'Ouest, ECOWAP.

Pour la mise en œuvre du PNIASA, seize (16) projets ont été élaborés sur la base de sous-programmes, pour environ 116,4 milliards FCFA.

En outre, pour une meilleure atteinte des couches les plus vulnérables de la population, la politique nationale de développement à la base a été élaborée, avec pour objectifs d'accroître les revenus des populations à la base et, au besoin, de déployer des filets sociaux de protection et de promouvoir la réduction des déséquilibres régionaux.

Par ailleurs, l'emploi reste au cœur des préoccupations du gouvernement. Des politiques et des programmes ont été élaborés et mis en œuvre pour cette fin. C'est dans ce sens que la politique nationale pour l'emploi a été adoptée en décembre 2012. Elle a pour objectif d'améliorer la capacité d'absorption du marché du travail au Togo et l'employabilité de la main d'œuvre, de faciliter l'accès des groupes vulnérables à l'emploi et de renforcer la gouvernance du marché du travail.

Toujours dans la même lignée, le Programme de promotion du volontariat national (PROVONAT) a été élaboré par le gouvernement togolais. Ce dernier a pour objectif d'augmenter l'employabilité des jeunes en offrant à ceux-ci une première expérience professionnelle. Il a permis le recrutement de 3530 volontaires qui sont déployés sur toute l'étendue du territoire national depuis le mois de septembre 2011. Les programmes d'Appui à l'Insertion et au Développement de l'Embauche (AIDE), du Fonds d'Appui aux Initiatives Économiques des Jeunes (FAIEJ), et du Fonds d'Insertion des Jeunes (FIJ) s'inscrivent également dans l'optique d'améliorer l'employabilité des jeunes.

II.1.4. Principaux défis et recommandations

Bien que des avancées remarquables aient été observées en direction de l'atteinte de l'ODD1 à travers une baisse de la pauvreté monétaire et de la malnutrition chez les enfants, la pauvreté en milieu rural peine à être éradiquée et si cette tendance persiste, les campagnes et les villages continueront à se vider de leurs bras valides.

Il serait opportun de promouvoir la mécanisation de l'agriculture et des politiques beaucoup plus orientées vers la diversification et la transformation des produits agricoles, le développement de véritables chaînes de valeurs en vue de rendre le secteur agricole plus attrayant pour les jeunes et de permettre l'éclosion de l'agrobusiness. L'investissement dans le domaine de la recherche et développement et une meilleure valorisation des produits de cette recherche renforceront les actions visant un accroissement de la productivité agricole. La multiplication des infrastructures de retenue d'eau et la formation des producteurs à la maîtrise des itinéraires techniques et l'utilisation de techniques efficaces d'irrigation permettront d'atteindre cet objectif.

En outre, l'octroi de crédits à des taux raisonnables pour le financement des activités initiées par l'Etat en collaboration avec les institutions de micro finance touche encore très peu de personnes désireuses de créer leurs entreprises. La création d'une banque agricole et d'une assurance agricole pourrait être une solution. Par

ailleurs, le problème de caution au financement appelle à des actions visant l'assainissement du domaine foncier et de ses interactions avec le pouvoir judiciaire. Cette réforme favorisera l'investissement aussi bien dans le secteur agricole que dans les autres secteurs de l'économie togolaise.

Enfin, les institutions en charge de l'emploi pourront réaliser et vulgariser des analyses régulières sur les domaines de l'emploi les plus porteurs en fonction des offres émanant des entreprises. Ces analyses intégrant les possibles mutations de l'économie togolaise assureront une meilleure orientation des jeunes vers les secteurs porteurs de l'économie. Un partenariat entre le secteur privé et les instituts de formation dopera cet effort ayant pour objectif d'atteindre une adéquation emploi-formation.

La pauvreté en milieu rural peine à être éradiquée et si cette tendance persiste, les campagnes et les villages continueront à se vider de leurs bras valides

OMD 2 : Assurer l'éducation primaire pour tous

II.2.1. Analyse des tendances

Cible 2.A : D'ici à 2015, donner à tous les enfants, garçons et filles, partout dans le monde, les moyens de terminer un cycle complet d'études primaires

Indicateurs :

2.1 Taux net de scolarisation dans le primaire

2.2 Taux d'achèvement du primaire

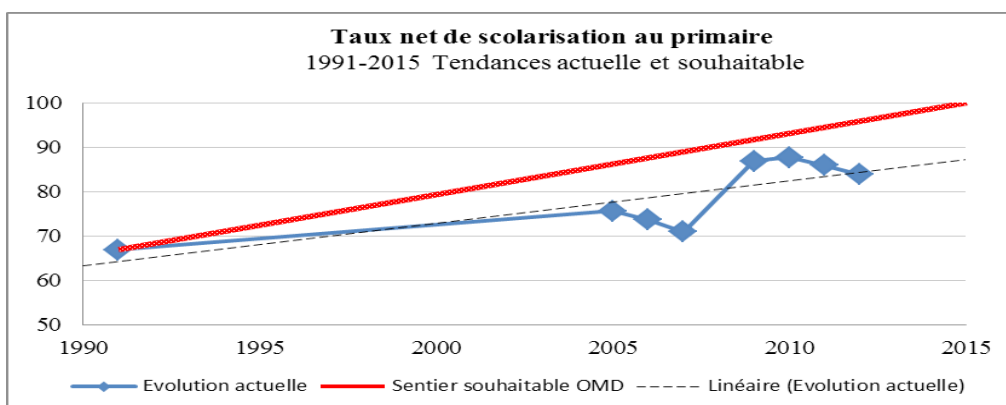
3.3 Taux d'alphabétisation des 15-24 ans, femmes et hommes.

L'Education Pour Tous (EPT) est un exemple concret de l'engagement du Gouvernement dans le secteur de l'éducation. Entre 2008 et 2012, près de 42 milliards F CFA de dépenses d'investissement ont été réalisées au titre de l'aide publique pour le développement pour l'atteinte de l'OMD 2. Aujourd'hui, la scolarisation est presque généralisée au primaire. Néanmoins, des efforts restent encore à faire pour garantir que, d'ici à 2015, tous les garçons et les filles au Togo parviendront à achever le cycle complet de la scolarisation primaire.

II.2.1.1 Taux net de scolarisation dans le primaire

Selon les données des annuaires statistiques du Ministère des Enseignements Primaires Secondaires et de l'Alphabétisation (MEPSA) pour l'année scolaire 2011-2012, 83,9% des enfants âgés de six (06) à onze (11) ans sont à l'école primaire contre 86% en 2010/2011 et 87,8% en 2009/2010 (voir tableau 2). Dans toutes les régions, en 2012, le taux net de scolarisation au primaire excède les 80%, exceptée la région des Savanes où il est de 77%.

Graphique 7 Taux net de scolarisation au primaire (1991 à 2012)



Sources : Annuaire des statistiques scolaires 2011-2012 et rapport de suivi des OMD de 2010.

Il faut dire que les niveaux relativement élevés des TNS ces dernières années par rapport à 2007 pourraient trouver leur explication d'une part dans la réduction de la pauvreté, et d'autre part, dans la diminution du coût induit par la scolarisation d'un enfant en raison de la mesure de gratuité des frais de scolarité dans les écoles primaires publiques. Ces résultats forts encourageants vers l'atteinte de l'OMD2, cible 2.A, pourraient être aussi la conséquence du renforcement des capacités d'accueil des élèves ces dernières années. Avec plus de 6500 salles de classes nouvellement créées, la capacité d'accueil du système d'enseignement primaire et secondaire a augmenté de 25%. Plus de 5600 nouveaux enseignants ont été recrutés (tous types d'écoles primaires confondus). Toutefois, la diminution du TNS en 2011 et 2012 soulève des inquiétudes. En effet, les taux d'accès au CP1, d'achèvement et de promotion ayant gardé des tendances encourageantes, les analyses doivent être accentuées sur l'évolution des élèves de la tranche d'âges de 6-11 ans au sein du système afin d'identifier les mesures idoines à prendre à leur endroit.

Tableau 2 : Taux net de scolarisation au primaire en 2012 selon la région et le sexe

Indicateurs Régions	Taux Net de Scolarisation par région		
	M	F	T
Golfe-Lomé	88,2	85,0	86,5
Maritime	90,9	88,0	89,6
Plateaux	83,4	79,7	81,6
Centrale	86,9	83,0	85,1
Kara	84,3	83,1	83,7
Savanes	79,4	74,5	77,0
Ensemble	85,5	82,2	83,9

Source : Annuaire des statistiques scolaires 2011-2012

Les raisons évoquées plus haut ont aussi concouru à porter le taux brut de scolarisation dans l'enseignement primaire de 98% en 2007-2008 à 132,4% (133,6 pour les garçons et 131 pour les filles) en 2011-2012.

Selon une évaluation du Programme d'Analyse des Systèmes Educatifs de la CONFEMEN³ (PASEC, 2012), en 2010, 55% des élèves du CP2 et 41% de ceux du CM1 avaient un âge au-dessus de la normale. Ces entrées tardives dans l'enseignement primaire expliquent en partie les écarts entre le taux brut et le taux net de scolarisation. Mais un autre facteur explicatif important de ces écarts est le niveau encore élevé du taux de redoublement (21% en 2012 contre 25,1% en 2006).

³ Conférence des ministres de l'éducation des pays membres de la francophonie

Encadré 2 : Gratuité des frais de scolarité aux préscolaire et primaire publics

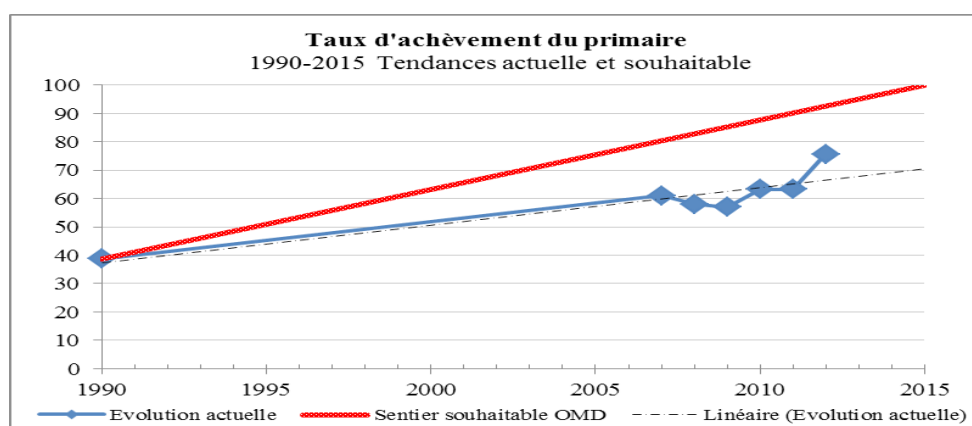
Afin d'améliorer l'accès des enfants à l'éducation de base, le gouvernement a décidé en 2008 de supprimer les frais de scolarité dans le préscolaire et le primaire publics. Les frais de scolarité annuels dans l'enseignement de base public varient de 1.500 à 8.000 F.CFA en fonction des régions. Cette mesure a induit un accroissement du budget de l'Etat consacré à l'enseignement primaire qui a plus que doublé, passant de 18,2 milliards FCFA en 2007 à 41,5 milliards FCFA en 2011. Le taux d'accroissement moyen de l'effectif dans l'enseignement primaire est de 6,7% de 2008 à 2012 chez les garçons (pour un taux de croissance moyen de la population de 2,84%) et de 7,4% chez les jeunes filles.

Les actions méritent toutefois d'être renforcées en vue de l'amélioration de la qualité de l'enseignement, compte tenu du besoin accru en équipements, en infrastructures et en personnel, qui a résulté de cette mesure de gratuité.

II.2.1.2. Taux d'achèvement du primaire

Le taux d'achèvement du primaire reste encore faible même s'il a retrouvé une allure croissante depuis 2009 (voir graphique 8) pour s'établir à 75,7% en 2012 selon les données du MEPSA contre une cible OMD de 100% en 2015).

Graphique 8 : Taux d'achèvement du primaire 1990-2012



Sources : Annuaire des statistiques scolaires 2011-2012 et rapport de suivi des OMD de 2010

L'irrégularité des progrès vers la réalisation de cette cible de l'OMD 2 pourrait être une conséquence de la détérioration des conditions d'apprentissage. Il s'agit notamment de la faible utilisation de guides pédagogiques par les maîtres ainsi que de la possession limitée de livres par les élèves. En effet, le ratio élèves/manuels est monté en 2010-2011 à 3 et 2 respectivement en mathématiques et en français contre 2 et 4/3 en 2005-2006. L'application de l'approche par compétences par les maîtres tarde en plus des problèmes de couverture du programme. Par ailleurs, les infrastructures telles que les bibliothèques (seules 3% des écoles en disposent) et les cantines gratuites sont malheureusement très souvent absentes dans les écoles.

Au plan régional, comme les données du tableau 3 l'attestent, la Centrale présente le plus fort taux d'achèvement avec 90,1% en 2011-2012 par rapport à la région des savanes qui occupe la dernière position dans ce domaine avec un taux d'achèvement du cycle primaire de 59,3%.

Tableau 3 : Taux d'achèvement du primaire par région, 2011-2012

Taux d'achèvement du primaire			
Région	M	F	T
Golfe Lomé	86,4	80,2	83,1
Maritime	84,4	73,8	79,5
Plateaux	74	59,4	67,1
Centrale	94,3	85,4	90,1
Kara	86,9	75,9	81,7
Savanes	68,2	49,5	59,3
Ensemble	81,2	69,7	75,7

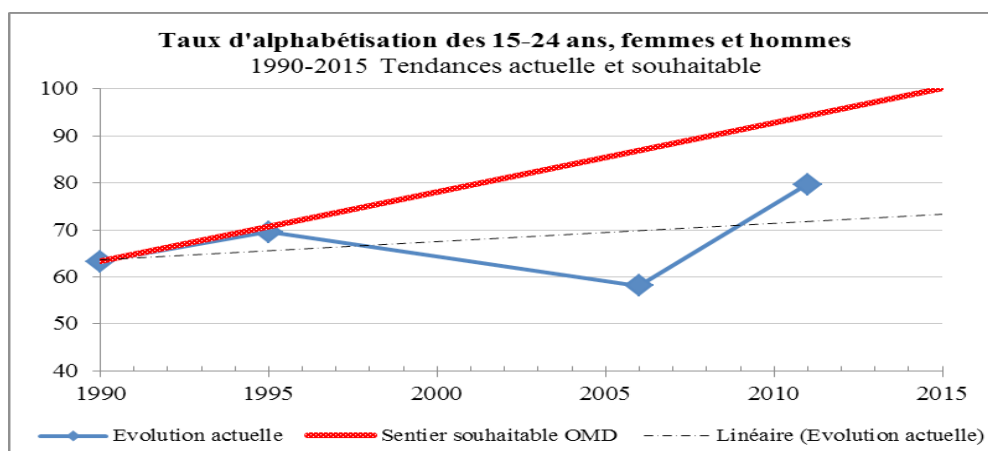
Source : Annuaire des statistiques scolaires 2011-2012

Des disparités persistent entre les filles et les garçons. Le taux d'achèvement est de 81,2% pour les garçons alors qu'il n'est que de 69,7% pour les filles bien que 47% des candidats à l'examen de fin de cycle en 2012 soient des filles. La faible proportion de femmes institutrices, les facteurs socioculturels défavorables, le manque de motivation né du sous-emploi des femmes éduquées, les mariages précoces et les harcèlements peuvent justifier ce constat.

II.2.1.3. Taux d'Alphabétisation des 15-24 ans, femmes et hommes

L'Alphabétisation est aujourd'hui vue comme un moyen indispensable pour assurer une participation efficace des populations à la vie de la société et à l'économie, contribuant ainsi au développement humain et à la réduction de la pauvreté. Les données du QUIBB 2006 et 2011 montrent que le taux d'alphabétisation des 15 à 24 ans est en nette progression au Togo. Il est passé de 77,5% en 2006 à 79,7% en 2011. Selon les mêmes sources tel que le graphique 9 l'illustre, les femmes (69,3% et 72,6%) sont de loin moins alphabétisées que les hommes (85,7% et 86,6%).

Graphique 9 : Taux d'alphabétisation des 15-24 ans, femmes et hommes



Sources : QUIBB 2006 et 2011 et rapport de suivi des OMD de 2010

L'amélioration du taux d'alphabétisation témoigne du succès des actions de sensibilisation des ONG et la mise en œuvre du sous-programme alphabétisation et éducation

non formelle du Plan Sectoriel de l'Éducation. Mais malgré ces actions de l'État, renforcées notamment par celles des ONG, on constate la désertion des centres d'alphabétisation du fait de l'inexistence d'une stratégie clairement définie en la matière, mettant en exergue la politique des langues nationales dans le système éducatif, de même que l'inexistence de programmes fonctionnels adaptés aux activités des apprenants. Toutefois, un appui conjoint et coordonné de l'UNESCO à travers le « Capacity for Education For All » (CAP-EFA) et du Projet Education et Renforcement Institutionnel (PERI) est en cours pour aboutir à une stratégie et à un plan de mise en œuvre dans le domaine de l'alphabétisation/éducation non formelle.

S'agissant du financement de l'éducation primaire, y participent : l'État, les collectivités territoriales, les ménages, les ONG et les PTF (bailleurs de fonds multilatéraux, des partenaires bilatéraux et des agences du Système des Nations Unies). Dans l'ensemble, la plupart de ces PTF disposent des plans d'actions qui s'étendent sur au moins trois ans à l'instar de l'Initiative de Mise en Œuvre Accélérée de l'Éducation Pour Tous (IMOA-EPT) et qui prennent en compte les interventions liées aux OMD. Par conséquent, leurs apports (technique et financier) sont plus ou moins acquis avec un degré de prévisibilité de 100%. Le Togo a d'ailleurs bénéficié d'un don de 45 millions USD (2010-2013) de la part des Partenaires Mondiaux pour l'Éducation (PME) dans le cadre de l'IMOA-EPT dans le but d'atteindre la Scolarisation Primaire Universelle (SPU).

Il est impératif de noter que la part du budget affectée au secteur éducatif est en baisse depuis 2004 passant de 18,6% à 14,4% en 2010. Toutefois, celle consacrée à l'enseignement primaire s'est améliorée passant de 42,8% à 48,4% sur la même période. La part contributive de l'État par élève du primaire a aussi augmenté passant de 8,3 % en 2008 à 10,6% en 2011. Par ailleurs, selon l'accord de Bamako de 2007 dans le cadre de la convergence des politiques de l'UEMOA, 3% du budget annuel de l'éducation doit être accordé à l'alphabétisation ; mais ce ratio est seulement de 0,1% au Togo. En 2007, les dépenses courantes totales de l'alphabétisation s'élevaient à 29 millions FCFA (SCAPE).

Le montant total des ressources internes qui ont été mobilisées entre 2009 et 2012 en faveur du secteur éducatif s'élève à 15,067 milliards FCFA ; tandis que celui financé par les PTF s'élève à près de 40 milliards FCFA. Par ailleurs, le coût supporté par le budget de l'État pour scolariser un enfant au primaire est d'environ 34000 FCFA en 2011 selon la 3e Revue sectorielle PSE/MEPS d'août 2013.

II.2.2. Contraintes

Les mesures de gratuité des frais d'inscription dans les écoles primaires publiques appliquées à l'échelle nationale ont nettement contribué à en améliorer l'accès aux enfants et en particulier les plus pauvres. Toutefois, l'offre d'éducation ne permet pas de répondre à la demande accrue liée à sa gratuité. En outre, on constate encore des disparités régionales et surtout locales dans l'accès à l'école et nombre d'enfants restent encore hors du système scolaire involontairement. Il s'agit le plus souvent d'enfants vulnérables, dont certaines catégories sont identifiées : les enfants handicapés, les enfants de la rue, les enfants travailleurs que l'on retrouve surtout

en milieu urbain dans les marchés et, pour les filles, comme domestiques dans les familles.

En ce qui concerne l'encadrement, les ratios élèves/maitre et élèves/salle de classe sont toujours très élevés. Les effectifs des classes sont pléthoriques au primaire avec une moyenne de 45 élèves par maître et 43 élèves par salle de classe dans les écoles publiques. Ces ratios moyens cachent des disparités selon les milieux de résidence. En milieu urbain, on retrouve des salles de classe de plus de 100 élèves. En dépit de l'action du PERI pour doter toutes les Ecoles Primaires Publiques (EPP) et les Ecoles D'Initiatives Locales (EDIL) de livres de français et de mathématiques pour tous les élèves, l'enseignement primaire privé, qui accueille environ 27% de la population scolarisée ne bénéficie pas pour le moment de cet appui. En 2011-2012, le MEPSA révèle que seuls 33,1% des élèves avaient un manuel utile en lecture et 46,5%, un manuel utile en calcul. La situation est plus alarmante dans les EDIL où un manuel de lecture ou de calcul est partagé par 11 élèves. La compétence en lecture est toujours très faible et la pratique de la lecture n'est pas accentuée dans les curricula.

Par ailleurs, les problèmes liés à l'efficacité interne du système scolaire et à la qualité de l'éducation rendent la situation plus alarmante. En effet, selon les données du MEPSA (2012), 22% des élèves qui terminent l'enseignement primaire ont redoublé au moins une fois. S'agissant du taux d'achèvement du primaire, 5 filles sur 10 n'achèvent pas le primaire contre 2 garçons sur 10 ; et pour 10 filles qui achèvent le primaire, 3 ne s'inscrivent pas au secondaire contre moins de 2 chez les garçons. Cela signifie que les filles sont beaucoup plus touchées par le phénomène d'abandon scolaire. Le taux d'abandon est de 9,7% (8,9% pour les garçons et 10,6% pour les filles), avec de fortes disparités régionales : taux de 11% à 13,2% dans les régions de la Kara, des Plateaux, et Maritime contre 5,2% à Lomé Golfe.

De plus, le système éducatif est conduit avec des méthodes d'enseignements qui restent frontales, non adaptées à l'évolution économique et sociale du pays et qui ne conviennent pas lorsque les enseignants doivent gérer un éventail de plus en plus diversifié d'élèves. Ces pratiques pédagogiques, conjuguées à d'autres facteurs, conduisent à des résultats peu satisfaisants en termes d'apprentissage.

II.2.3. Cadre politique

Au regard de la situation de l'enseignement et de la formation au Togo et du niveau de développement du pays, le PSE a défini les axes prioritaires de la politique sectorielle qui sont les suivantes :

- l'universalisation de l'enseignement primaire ;
- l'amélioration de l'accès et de l'équité dans les autres niveaux et types d'enseignement en fonction des ressources disponibles et des besoins de la société ;
- l'amélioration de la qualité d'enseignement à tous les niveaux et
- l'amélioration de la gestion et de la gouvernance.

Le système éducatif présente des points forts: la structure fonctionnelle de l'école existe et couvre toute l'étendue du territoire national; le pays a élaboré différents

diagnostics sectoriels depuis 2002; la participation communautaire existe mais doit être renforcée et mieux réglementée; l'enseignement privé est en expansion; une politique de décentralisation de l'éducation est amorcée; la réflexion pour l'élaboration d'une politique de la formation professionnelle est en cours; l'intégration des TIC dans l'enseignement et la recherche est en gestation; il est possible de créer des AGR en vue du financement des établissements publics d'enseignement supérieur.

II.2.4. Défis et recommandations

Des réformes structurelles et des politiques cohérentes seront nécessaires pour la réalisation de l'OMD 2. La plupart des facteurs qui entravent la scolarisation des enfants sont d'ordre économique. Des actions de stimulation de la demande doivent donc être menées pour réduire les coûts d'opportunité relatifs à l'éducation des enfants des ménages les plus pauvres.

En ce qui concerne l'efficacité du système éducatif, le Togo fait face au défi majeur de coupler le niveau élevé de ses indicateurs quantitatifs (TBS, TNS, etc.) à une qualité acceptable de son enseignement et à une plus grande efficacité aussi bien interne qu'externe de son système éducatif. Le nombre et la capacité des instituteurs doivent être renforcés. Il en est de même de la qualité des infrastructures et de la quantité des équipements (tables bancs et matériels pédagogiques).

Aussi, existe-il un réel besoin d'amélioration de la rétention des enfants qui accèdent à l'école jusqu'en fin de cycle primaire ? Les actions entreprises par le Gouvernement en vue de la réduction de la fréquence des redoublements et pour compléter les écoles qui n'ont pas tous les cycles du primaire, devraient permettre d'y arriver.



Compte tenu de tout ce qui précède, une stratégie de développement harmonieux du secteur éducatif s'impose, en l'occurrence pour :

- résoudre le problème de qualité de l'enseignement primaire,
- multiplier et améliorer les cantines scolaires,
- améliorer la gouvernance du secteur et consacrer plus de ressources à l'éducation primaire.



OMD 3: Promouvoir l'égalité des sexes et l'autonomisation des femmes

II.3.1. Analyse des tendances

Cible 3.A : Eliminer les disparités entre les sexes dans les enseignements primaire et secondaire d'ici à 2005 si possible, et à tous les niveaux de l'enseignement en 2015 au plus tard

Indicateurs :

3.1 Rapport filles/garçons dans l'enseignement primaire, secondaire et supérieur

3.2 Proportion des femmes salariées dans le secteur non agricole

3.3 Proportion des sièges occupés par les femmes au Parlement National

L'analyse de certains indicateurs de développement fait ressortir des inégalités de genre. Les investissements pour l'atteinte de l'OMD3 n'ont réellement été mesurés qu'à partir de 2010 (environ 4 milliards de 2010 à 2012) et des efforts importants restent à faire. Les femmes continuent d'occuper très peu d'emplois dans le secteur moderne non agricole et sont peu représentées au niveau des institutions politiques. Elles exercent davantage leurs talents dans le secteur informel et agricole, la transformation et la commercialisation des produits agricoles.

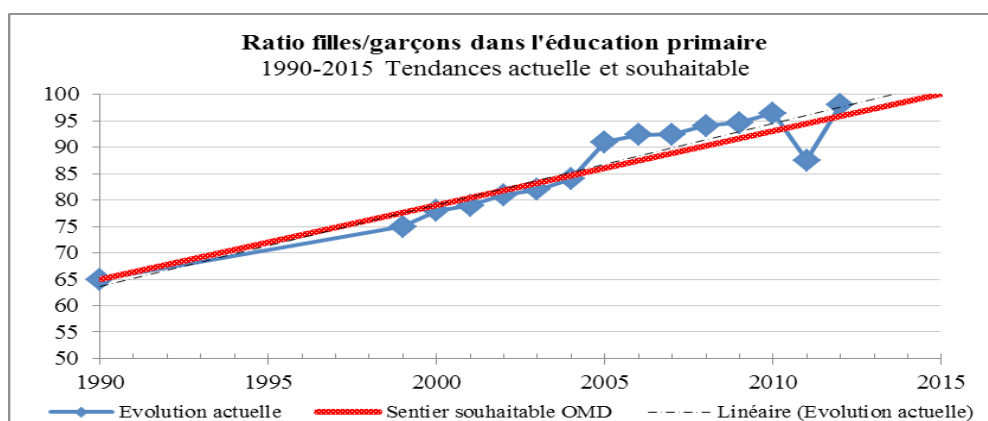
II.3.1.1. Rapport filles/garçons dans l'enseignement primaire, secondaire et supérieur



Les femmes continuent d'occuper très peu d'emplois dans le secteur moderne non agricole et sont peu représentées au niveau des institutions politiques

Au niveau de l'enseignement primaire et d'après les données statistiques du MEP-SA, le ratio filles/garçons a connu une hausse au cours de la période 2006-2012, passant de 92% à 98% pour une cible OMD de 100% en 2015 ; pas très loin du sentier souhaitable OMD.

Graphique 10 : Ratio filles/garçons dans l'éducation primaire 1990-2015 et tendances actuelle et souhaitable



Source : Données statistiques de la DPEE/MEPSA

Dans presque toutes les régions, bien que des disparités demeurent, le rapport filles/garçons dans l'enseignement primaire a augmenté de 2009 à 2012 comme cela ressort de l'examen des données du tableau 4.

Tableau 4 : Parité selon la région et le cycle

Région	2009			2012		
	Primai- re	Collège	Lycée	Primai- re	Collège	Lycée
Lomé-Golfe	0,93	0,87	0,33	1,00	0,81	0,53
Maritime	1,03	0,61	0,38	1,01	0,67	0,36
Plateaux	0,95	0,69	0,33	0,98	0,63	0,38
Centrale	0,95	0,72	0,38	1,03	0,70	0,43
Kara	0,88	0,74	0,34	1,00	0,72	0,44
Savanes	0,80	0,48	0,32	0,90	0,59	0,33
Ensemble	0,95	0,72	0,38	0,98	0,71	0,43

Source : MEPSA 2012

Hormis la région maritime, ce ratio s'est amélioré dans presque toutes les régions.

Le ratio filles/garçons au collège a quant à lui connu une légère dégradation passant de 72% à 71% sur la période sous revue. Cette dégradation est observée dans presque toutes les régions en dehors de la région maritime et la région des Savanes. Lomé-golfe présente la valeur la plus élevée de cet indicateur (81%). Au lycée, le ratio s'est amélioré, passant de 38% à 43%.

Les données de l'enquête QUIBB 2011 ont révélé que le ratio fille/garçon dans le supérieur est de 24,3%.

Par ailleurs, le taux d'alphabétisation des femmes de 15-24 ans a atteint le niveau de 72,6% en 2011 contre celui de 69,3% en 2006 faisant passer le ratio taux d'alphabétisation des femmes/taux d'alphabétisation des hommes de 0,81 à 0,84.

II.3.1.2. Proportion des femmes salariées dans le secteur non agricole

Au Togo, la parité homme-femme n'est toujours pas effective dans tous les domaines et particulièrement celui du travail salarié non agricole. En effet, les femmes continuent d'occuper très peu d'emplois dans le secteur moderne non agricole. Elles sont relativement nombreuses dans la fonction publique, mais leur effectif reste largement inférieur à celui des hommes. En 2011, les femmes représentaient 15,4% du personnel cadre (Catégorie A) de la fonction publique (rapport IDISA 2012). Les résultats du QUIBB situent la proportion des femmes salariées dans le secteur non agricole à 25,35% en 2011.

Pour ce qui concerne le rapport Filles/garçons dans le primaire, la cible de 100% en 2015 pourrait être atteinte

Tableau 5 : Proportion de femmes salariées dans le secteur non agricole

2011							
	Grand Lomé	Maritime	Plateaux	Centrale	Kara	Savanes	Ensemble
Urbain	23,46	28,47	32,87	15,34	19,15	19,07	25,33
Rural	---	18,11	33,21	23,72	19,93	18,56	25,34
Ensemble	23,46	26,34	33,07	18,85	19,44	18,86	25,35

Source : QUIBB 2011, calculs du CADERDT

D'après les données du tableau 5, c'est dans la région des plateaux que la proportion de femmes salariées dans le secteur non agricole est la plus élevée. Il n'y a pas de disparité globale apparente entre le milieu urbain et le milieu rural. Toutefois, dans la région maritime, la proportion des femmes salariées dans le secteur moderne de l'économie nationale est plus élevée en zone urbaine à l'inverse de la région centrale.

Ces femmes salariées ont dans la plupart des cas un contrat de travail permanent. Et, les entreprises privées restent leur principal employeur devant l'Etat comme en attestent les données du tableau 6.

Tableau 6 : Principal employeur et statut des femmes salariées dans le secteur non agricole

Principal employeur	
Fonction publique	23,21%
Société d'Etat	3,41%
Entreprise privée	73,38%
Statut	
Permanent	78,84%
Déterminée	21,16%

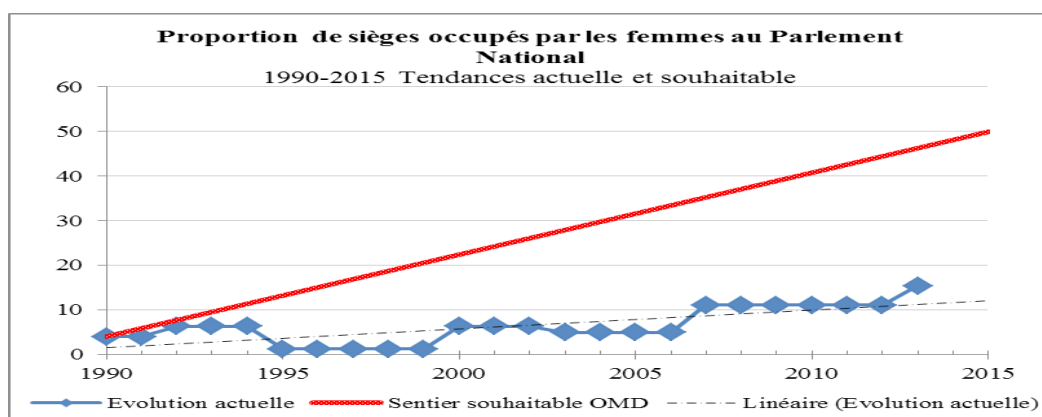
Source : QUIBB 2011

Les inégalités observées sont dues au fait que les femmes sont victimes de nombreuses situations discriminatoires, notamment en matière d'accès à l'éducation, à la santé, à l'emploi et aux postes de décision ainsi que de pesanteurs socioculturelles leur conférant un statut dévalorisé et d'infériorité dans leurs sociétés.

II.3.1.3. Proportion des sièges occupés par les femmes au Parlement National

La proportion de sièges occupés par les femmes au Parlement National a progressé entre 2007 et 2013 en passant de 11,11% à 15,38% (de 91 sièges) dans la nouvelle Assemblée Nationale. Les femmes représentaient un peu moins de 14% des 1174 candidatures enregistrées lors des dernières élections législatives de 2013. Malgré cette progression de quatre points environ, cette proportion reste très loin de la cible de 50% prévue par les OMD en 2015. Comme il a été souligné précédemment, ce grand écart est lié au déséquilibre du traitement socio-politico-culturel entre hommes et femmes au Togo. Par rapport à la cible de 30% à l'horizon de 2017 que s'est fixé le Gouvernement, tout porte à croire qu'il serait difficile d'atteindre la cible OMD de 50% en 2015.

Graphique 11: Proportion des sièges occupés par des femmes au parlement national et tendances évolutives



Source : Assemblée Nationale Togolaise

II.3.2. Contraintes

La thématique du genre n'est pas suffisamment prise en compte à cause de l'absence d'un mécanisme concret de coordination intersectorielle des interventions de tous les partenaires. De plus, la situation sociopolitique qui a prévalu jusqu'en 2005 n'avait pas permis la mobilisation de ressources suffisantes (publiques, privées) pour la mise en œuvre d'actions en faveur de la promotion de l'égalité et de l'équité genre.

Par ailleurs, des textes importants tels que la politique en matière de genre et le code des personnes et de la famille rencontrent toujours des difficultés dans leur concrétisation. Particulièrement, en ce qui concerne la représentativité des femmes dans les sphères de décision, plusieurs facteurs structurels expliquent la faiblesse de leur nombre. On peut citer, entre autres: (i) le système patriarcal qui entraîne une perception sociale et idéologique défavorable à l'égalité homme/femme dans la prise de décision et l'exercice du pouvoir ; (ii) l'analphabétisme et le faible niveau d'instruction et (iii) l'insuffisance de la formation des femmes.

Bien que représentant plus de 50% de la population active, le revenu global des femmes est trois fois inférieur à celui des hommes. D'une manière générale, cette féminisation de la pauvreté s'explique en partie par : (i) l'accès difficile des femmes aux facteurs de production, au crédit et au marché du travail ; (ii) la faiblesse des infrastructures de base permettant d'alléger la pénibilité de certains travaux traditionnellement réservés aux femmes (plateformes multifonctionnelles, utilisation d'autres services énergétiques modernes pour l'accès à l'eau potable...) et de faciliter l'accès aux marchés (stockage, transformation et conservation de la production, pistes rurales...) ; (iii) l'absence de débouchés au niveau local notamment dans le domaine de l'artisanat.

De plus, les services centraux de promotion du genre n'ont pas toute l'attention qui leur est due, tant sur le plan institutionnel que sur les plans financier et humain limitant ainsi la capacité de l'État à asseoir une stratégie efficace pour la promotion de la parité homme-femme et l'élimination des discriminations basées sur le genre.

Bien qu'il y ait un mécanisme de suivi-évaluation au plan national, son répondant n'existe pas au plan local pour mesurer les progrès réalisés au niveau des communautés. Ce mécanisme national ne dispose pas de moyens humains et matériels suffisants pour assumer cette responsabilité.

II.3.3. Cadre politique

Afin de promouvoir l'égalité de genre et l'autonomisation de la femme, le Gouvernement s'est doté, depuis 2009, d'un ensemble d'outils que sont :

- la Politique Nationale de l'Équité et de l'Égalité de Genre (PNEEG) et son plan d'action qui se focaliseront, à moyen et long termes, sur la promotion de l'équité et de l'égalité de genre, l'autonomisation des femmes et leur participation effective à la prise de décision à tous les niveaux du processus de développement du Togo;
- la constitution de cellules focales « genre » dans la plupart des ministères qui constituent des leviers importants pour l'intégration du genre dans les programmes et projets de développement si elles sont bien outillées avec un Plan d'Action suivi annuellement ;
- la mise en place d'un programme pour l'emploi des jeunes adopté en Conseil des Ministres avec un accent particulier en faveur des femmes. Sa stratégie pour la réduction des inégalités de genre s'articule autour de la promotion du genre à travers l'éducation, la facilitation de l'accès des femmes à l'emploi décent et aux postes décisionnels, la promotion des droits humains en relation avec le genre, et le renforcement du cadre institutionnel de mise en œuvre de la PNEEG.

II.3.4. Défis et recommandations

Afin de parvenir à l'équité et à l'égalité genre au Togo, le Gouvernement doit relever un certain nombre de défis qui sont : (i) faire avancer la participation égale des femmes et des hommes à l'élaboration des politiques de développement durable, et (ii) assurer l'autonomisation des femmes et leur participation effective à la prise de décisions à tous les niveaux du processus de développement du pays. De manière spécifique, le Gouvernement doit s'atteler à :

- renforcer les actions pour la réalisation des objectifs de la SCAPE sur la promotion de l'équité et de l'égalité genre pour la période 2013-2017 à travers la mise en œuvre du plan d'action de la PNEEG. Il s'attachera à: (i) valoriser la position sociale et le potentiel de la femme dans la famille et au sein de la communauté ; (ii) accroître la capacité productive des femmes et leur niveau de revenu; (iii) renforcer l'accès équitable des femmes et des hommes aux services sociaux de base ; (iv) promouvoir la participation équitable des hommes et des femmes à la gestion du pouvoir ; (v) éliminer les violences basées sur le genre (VBG) et (vi) renforcer les capacités d'intervention du cadre institutionnel de mise en œuvre de la PNEEG ;
- transmettre les valeurs d'équité et d'égalité aux enfants à travers l'éducation et l'instruction ;

Les proportions des femmes salariées dans le secteur non agricole et des sièges occupés à l'Assemblée Nationale en 2013 indiquent que la cible de 50% ne sera pas atteinte en 2015

- institutionnaliser la collecte et l'analyse des données désagrégées par sexe ;
- renforcer les capacités des Organisations de la Société Civile (OSC) impliquées ;
- réviser les textes de lois discriminatoires et adopter de textes de lois dans les secteurs où il y a un vide juridique ;
- sensibiliser les communautés pour l'adoption des comportements qui valorisent la femme ;
- adopter une loi pour combattre les violences basées sur le genre ;
- médiatiser les actions des femmes émergentes ;
- mobiliser les ressources financières pour la mise en œuvre efficace et efficiente de la PNEEG.

En ce qui concerne le relèvement du défi de la féminisation de la pauvreté, il est important de prendre des mesures visant à améliorer la productivité des femmes (par le renforcement de leurs capacités humaines et techniques de production) et leur accès aux services d'appui à la production (eau, énergie, allégement des travaux domestiques, garde d'enfants, crédit, foncier, etc.). A cet effet, il pourrait s'avérer nécessaire de :

- favoriser en milieu urbain, le développement de l'entrepreneuriat féminin. Pour ce faire, une assistance pourrait être fournie à un nombre d'organisations féminines et de groupements féminins en vue de soutenir les femmes porteuses de projets viables ;
- veiller à une participation effective de la femme rurale à la relance de l'agriculture et à la lutte contre la faim ;
- veiller à l'implication effective de tous les partenaires stratégiques que sont les ministères sectoriels, les cellules focales genre, la société civile, le secteur privé, la chefferie traditionnelle, les autorités coutumières et religieuses, les parlementaires, les PTF, les collectivités locales, les professionnels de la communication et les groupes cibles bénéficiaires.

OMD 4 : Réduire la mortalité des enfants

II.4.1. Analyse des tendances

Cible 4.A : réduire de deux tiers, entre 1990-2015, le taux de mortalité des enfants de moins de cinq ans

Indicateurs

4.1 Taux de mortalité des enfants de moins de cinq ans

4.2 Taux de mortalité infantile

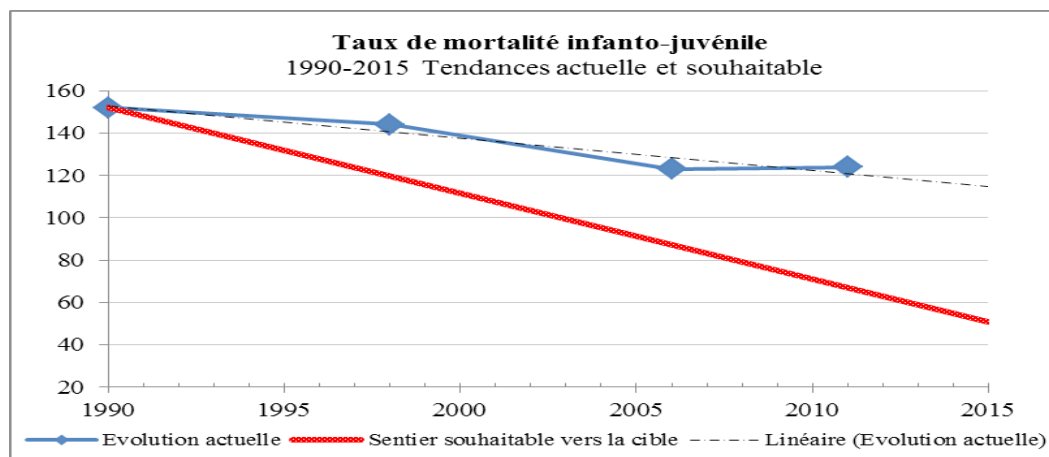
4.3 Proportion d'enfants d'un an vaccinés contre la rougeole

La santé reste un domaine prioritaire du Gouvernement togolais. Toutefois, les indicateurs de santé infantile restent toujours inquiétants.

II.4.1.1. Taux de mortalité des enfants de moins de 5 ans

Le taux de mortalité infanto-juvénile est estimé respectivement à 123‰ et 124‰, selon les résultats des enquêtes MICS 2006 et 2010 contre une cible OMD de 51‰ en 2015 ; alors qu'il avait connu une réduction annuelle de 2 % entre 1998 et 2006 (voir graphique 12 ci-dessous). La réalisation de cette cible de l'OMD 4 aurait nécessité que le taux annuel de réduction soit d'environ 12 points à compter de 2010.

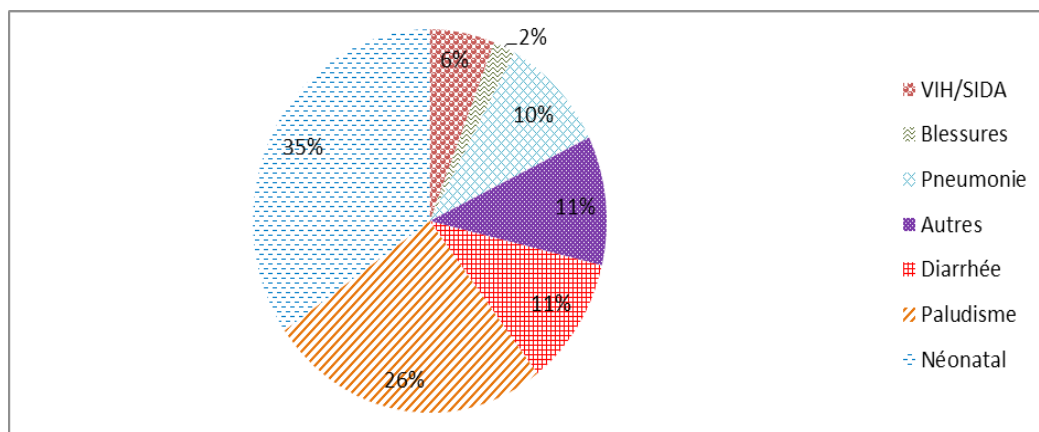
Graphique 12 : Taux de mortalité infanto-juvénile 1990-2015, tendances actuelle et souhaitable



Sources : MICS 2006 et 2010, Rapport OMD 2010

Les causes de décès des enfants de moins de cinq ans sont multiples comme en témoigne le graphique 13 ci-dessous.

Graphique 13 : Causes de décès des enfants de moins de cinq ans en 2008



Source : PNDS 2012-2015

Bien que représentant plus de 50% de la population active, le revenu global des femmes est trois fois inférieur à celui des hommes

Il ressort de l'analyse du graphique 13 que la mortalité infanto-juvénile est essentiellement due à des causes évitables. Près de la moitié des décès (48%) chez les enfants de moins de cinq ans est liée au paludisme (qui reste le problème majeur de santé publique au Togo), à la diarrhée et à la pneumonie pour lesquelles des interventions simples ayant un haut impact avéré peuvent facilement être mises en œuvre. Les causes néonatales sont également très importantes (35% des décès).

La mortalité des enfants est aussi liée à des facteurs sociaux (35%) dont notamment le niveau d'alphabétisation de la mère, les conditions de vie du foyer familial et en particulier le niveau de richesse du ménage ainsi que son milieu de résidence. Ces facteurs peuvent justifier le taux de prévalence élevée de certaines maladies comme le paludisme. Les résultats du MICS 2010 révèlent d'ailleurs une forte corrélation entre la pauvreté et la prévalence des principales causes de mortalité infanto-juvénile. En effet, le nombre de cas de pneumonie relevés chez les enfants de moins de cinq ans est presque deux fois plus élevé dans les ménages les plus pauvres (7,6%) que dans les ménages les plus riches (4,1%). Aussi, 25,1% des enfants de moins de cinq ans des ménages les plus pauvres ont-ils eu la diarrhée contre seulement 12% des enfants des ménages les plus riches.

Tableau 7 : Taux de mortalité infanto-juvénile selon la région, le sexe et le milieu de résidence

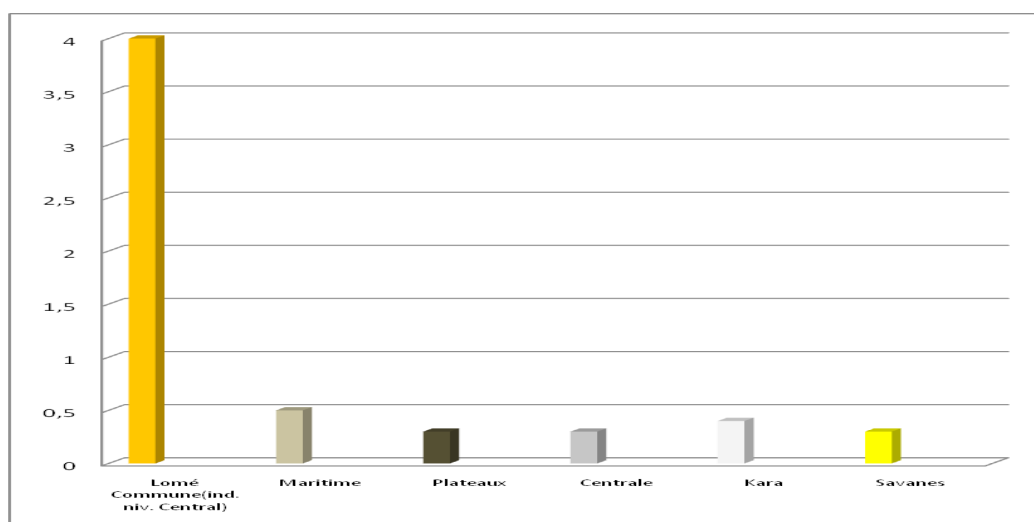
	2006	2010
Sexe		
Masculin	139	131
Féminin	105	117
Région		
Maritime (sans Lomé commune)	124	102
Plateaux	125	113
Centrale	139	129
Kara	122	167
Savanes	186	144
Lomé Commune	52	109
Milieu de résidence		
Urbain	73	102
Rural	143	134
Total	123	124

Source : MICS 2006 et 2010

En matière d'offre et d'utilisation des services de santé, des inégalités géographiques, économiques et sociales majeures persistent. L'analyse des différences entre les six régions sanitaires du Togo montre que le taux de mortalité infanto-juvénile de la région de la Kara (167‰) est de plus de 50% supérieur à celui de la région Maritime (102‰). L'accessibilité financière aux soins essentiels et au service de santé infanto-juvénile et surtout la qualité insuffisante des soins expliquent le faible niveau d'utilisation des services publics de santé.

En outre, la situation des ressources humaines en santé au Togo se caractérise par une pénurie pour certaines catégories de personnel de santé qualifié, et surtout une répartition géographique extrêmement inéquitable. La densité de médecin par région se présente comme suit :

Graphique 14 : Nombre de médecins pour 10 000 habitants



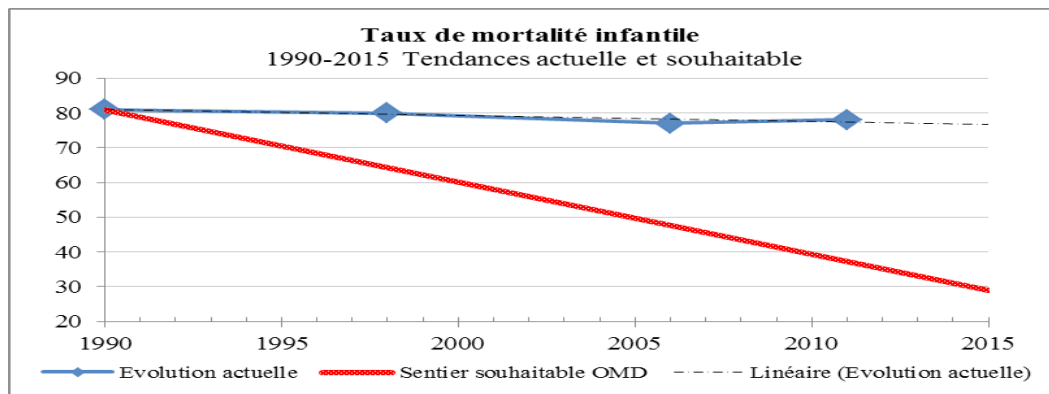
Source : PNDS 2012-2015

Il y a dans Lomé commune environ quatre (4) médecins pour 10 000 habitants, contrairement à toutes les autres régions où on compte moins d'un médecin pour 10 000 habitants.

II.4.1.2. Taux de mortalité infantile(moins d'un an)

Le taux de mortalité infantile indique le nombre d'enfants décédés à moins d'un an sur l'ensemble des enfants nés vivants exprimé en pour 1000 (autrement dit, il mesure la proportion des décès parmi 1000 naissances vivantes). Les résultats des enquêtes MICS 2006 et 2010 révèlent une stagnation du niveau de mortalité infantile qui s'élève respectivement à 77‰ et 78‰. Eu égard à une cible OMD de 29‰, ce chiffre reste encore très élevé.

Graphique 15 : Taux de mortalité infantile de 1990 à 2015, tendances actuelle et souhaitable



Sources : MICS 2006 et 2010, Rapport OMD 2010

Les décès néonataux sont causés principalement par les infections sévères (30%), la prématurité (30%) et l'asphyxie (21%) (PNDS 2009-2013). Les taux de mortalité infantile varient en fonction du sexe, du milieu de résidence et de la région. Chez les garçons, le taux de mortalité infantile a baissé passant de 89‰ à 84‰ entre 2006 et 2010 mais il a augmenté chez les filles de 65‰ à 72‰ sur la même période. Cet indicateur a augmenté dans le milieu urbain en passant de 49‰ à 66‰ ; par contre, il a baissé dans les milieux ruraux de 89‰ à 83‰ sur la même période. Au niveau régional, Lomé commune et Kara ont connu une forte progression du taux de mortalité (respectivement de 32‰ et 25‰) entre 2006 et 2010.

Tableau 8 : Taux de mortalité infantile par sexe, région et milieu de résidence

	2006	2010
Sexe		
Masculin	89	84
Féminin	65	72
Région		
Maritime (sans Lomé commune)	78	66
Plateaux	79	72
Centrale	86	81
Kara	77	102
Savanes	111	89
Lomé Commune	37	69
Milieu de résidence		
Urbain	49	66
Rural	89	83
Total	77	78

Sources : MICS 2006 et 2010

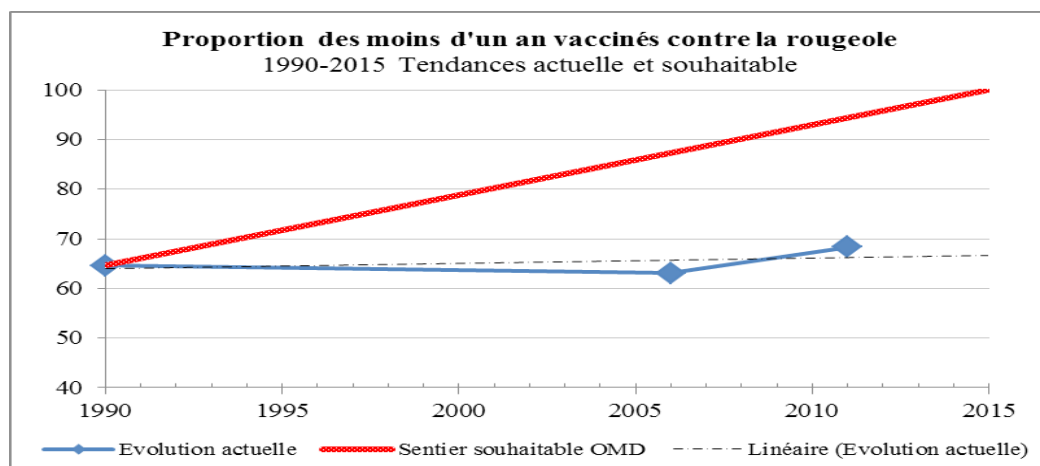
La stagnation du taux de mortalité infantile entre 2006 et 2010 n'a pas permis de se remettre sur le sentier souhaitable des OMD. Cette situation pourrait s'expliquer, entre autres, par la baisse du taux de couverture en consultation post natale qui est passé de 28,4% en 2008 à 52% en 2009, puis à 25,8% en 2010 (Ministère de la Santé).

Il y a dans Lomé commune environ quatre (4) médecins pour 10 000 habitants, alors que dans les autres régions du pays, on en compte moins d'un pour 10 000 habitants

II.4.1.3. Proportion d'enfants de moins d'un an vaccinés contre la rougeole

La proportion d'enfants de moins d'un an vaccinés contre la rougeole a augmenté entre 2006 et 2010 en passant de 63,1% à 68,3% selon les enquêtes MICS 2006 et 2010 contre une cible OMD de 100% en 2015.

Graphique 16 : Proportion d'enfants de moins d'un an vaccinés contre la rougeole



Sources : MICS 2006 et 2010, Rapport OMD 2010

Au niveau des deux sexes et du milieu de résidence, il y a eu une progression sensible entre les deux périodes. Des disparités existent également sur le plan régional avec une

progression notable (plus de 20%) dans la région de la Kara entre 2006 et 2010.

Tableau 9 : Proportion d'enfants d'un an vaccinés contre la rougeole par sexe, région et milieu de résidence de leurs parents

	2006	2010
Sexe		
Masculin	60.9	68.6
Féminin	65.2	67.9
Région		
Maritime (sans Lomé commune)	62.0	60.9
Plateaux	63.0	61.6
Centrale	75.0	67.8
Kara	51.9	72.9
Savanes	61.2	80.3
Lomé Commune	67.6	76.4
Milieu de résidence		
Urbain	66.7	77.7
Rural	60.8	64.2
Total	63.1	68.3

Sources : MICS 2006 et 2010

Les améliorations observées au niveau de l'atteinte de la cible de cet indicateur restent cependant insuffisantes. Ce constat s'explique par le fait que le niveau d'instruction de la mère et le niveau de bien-être économique du ménage influencent le taux de couverture vaccinale. En effet, le taux le plus faible (60,6%) est relevé chez les enfants de mère sans instruction alors qu'il est de 80,9% chez ceux dont la mère a atteint le niveau secondaire. De même, la proportion d'enfants vaccinés contre la rougeole passe de 52,9% dans les ménages les plus pauvres à 82,8% dans les ménages les plus riches.

En matière de promotion de la vaccination, les actions portent, notamment, sur le renforcement des capacités des cadres nationaux, l'appui en équipements et matériels de vaccination (réfrigérateurs, glacières, portes vaccin, thermomètres), le transport des vaccins vers les centres de soins, le rôle de supervision et le soutien aux responsables locaux.

En ce qui concerne le besoin de financement des opérations relatives à l'atteinte de l'OMD 4, le PNDS 2012-2015 l'évalue à 30 milliards FCFA. Dans ce budget, 16,56 milliards sont alloués aux dépenses de fonctionnement, 7,5 milliards aux dépenses d'investissement et 5,94 milliards aux dépenses de personnels. Les ressources financières destinées à la réalisation de l'OMD 4 proviennent essentiellement de l'Etat togolais, du SNU, de l'UE, de l'Alliance globale pour les vaccins et l'immunisation (GAVI), du Fonds Mondial et de l'Organisation Ouest Africaine de la Santé (OOAS).

II.4.2. Contraintes

Un certain nombre de difficultés ont été relevées par les acteurs de la santé dans le cadre de la poursuite de l'OMD 4. La plupart d'entre elles sont internes au système

national de santé ou relèvent de la capacité de financement du secteur. Elles portent sur :

- l'insuffisance et la mauvaise répartition spatiale du personnel qualifié et de soutien ;
- l'insuffisance du budget de fonctionnement et d'investissement ainsi que les difficultés liées à l'exécution de ce budget ;
- la faiblesse relative de la prévention et la prise en charge des maladies de l'enfant (par exemple, la faible capacité de stockage des vaccins et non-respect du calendrier vaccinal en vigueur au Togo, le lavage des mains, la faible utilisation de la moustiquaire imprégnée d'insecticide, etc.) ;
- la persistance de certains facteurs socioculturels défavorables à la santé de l'enfant ;
- la mauvaise gestion des intrants (TDR, médicaments, etc.) au niveau des centres de santé ;
- la faiblesse du système de suivi évaluation des programmes mis en place.

II.4.3. Défis et recommandations

En dépit des activités entreprises, l'OMD 4 est celui où les indicateurs ont le plus régressé. Face à ce constat, il serait opportun que le Gouvernement redouble d'efforts dans ses actions de lutte contre la mortalité infantile et infanto-juvénile. Pour ce faire, il devrait : (i) allouer une part du budget plus importante pour le fonctionnement des centres de santé et le recrutement du personnel qualifié, (ii) renforcer la prévention et les programmes de vaccination, (iii) mettre en place des politiques incitatives d'affectation de médecins et autres ressources humaines qualifiées dans les régions nécessiteuses, (iv) poursuivre des campagnes de sensibilisation de vaccination et de bonnes pratiques usuelles, (v) mettre en œuvre un système de suivi-évaluation des programmes et projets mis en place.

OMD 5 : Améliorer la santé maternelle

II.5.1. Tendances actuelles

Cible 5.A : réduire de trois quarts, entre 1990 et 2015, le taux de mortalité maternelle

Indicateurs

5.1 Taux de mortalité maternelle

5.2 Proportion d'accouchements assistés par du personnel de santé qualifié

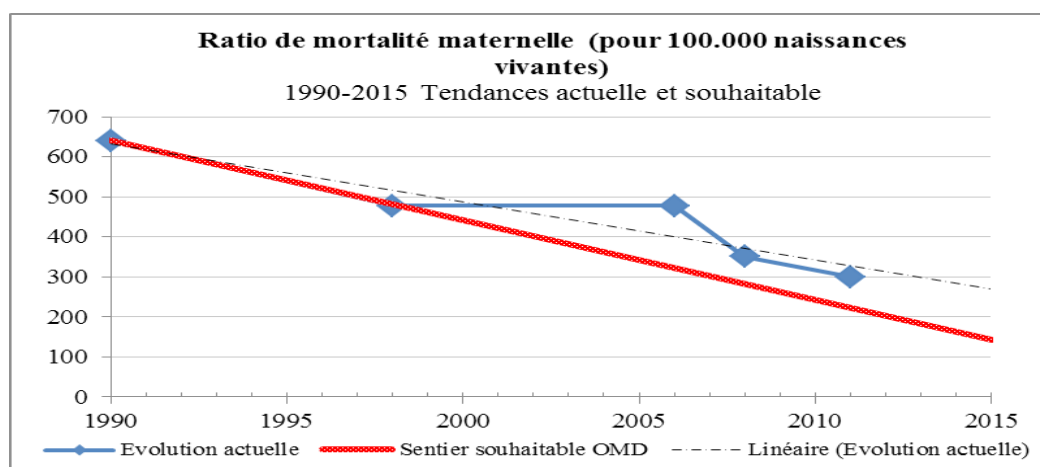
L'amélioration de la santé maternelle est l'une des préoccupations majeures du Gouvernement. Ainsi, il a fait de la lutte contre la mortalité maternelle l'un de ses objectifs privilégiés. Cette volonté du gouvernement togolais de réduire les risques de mortalité des femmes par accouchement se matérialise à travers la construction des infrastructures médicales comme ce centre médico-social qui offre aux parturientes des services de consultations prénatales et postnatales.



II.5.1.1. Taux de mortalité maternelle

Les efforts entrepris dans ce domaine ont permis la baisse du taux de mortalité maternelle qui est passé de 350 à 300 décès pour 100 000 naissances vivantes entre 2008 et 2011 selon l'Inter Agency Estimates (UNFPA, OMS, UNICEF). Toutefois, ce taux reste encore très loin de la cible OMD (142,5 décès pour 100 000 naissances vivantes en 2015).

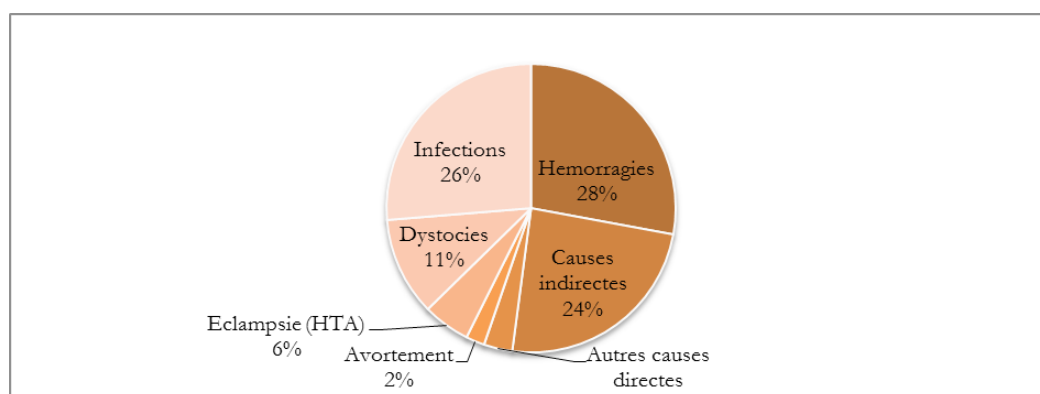
Graphique 17 : Taux de mortalité maternelle (pour 100 000 naissances vivantes) 1990-2015



Source : Inter Agency Estimates, Rapport OMD 2010

Selon le PNDS 2012-2015, les décès maternels au Togo sont liés aux hémorragies (27,9%), infections (26,3%), dystocies (11%), éclampsie (HTA) (5,3%), avortement (2,1%), autres causes directes (3,2%) et causes indirectes (24,2%). Ci-dessous, la représentation graphique des décès maternels par causes à leurs origines d'après le PNDS 2012-2015.

Graphique 18 : Causes de décès maternel au Togo



Source : PNDS 2012-2015

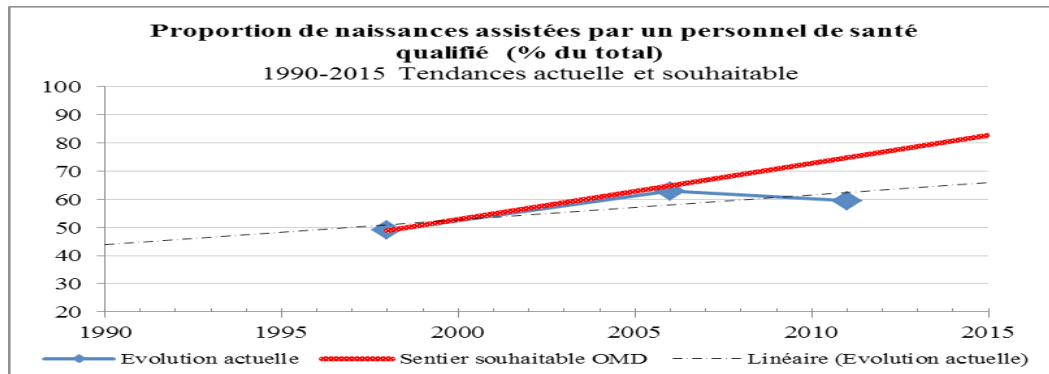
La réduction de la mortalité maternelle et néonatale est l'un des programmes d'action du PNDS 2012-2015. Aussi, le Gouvernement s'est-il engagé fermement dans la lutte contre la mortalité maternelle à travers la Campagne pour l'Accélération de la Réduction de la Mortalité Maternelle en Afrique (CARMMA, voire encadré 3 infra)) et a pris des mesures pour rendre effective la subvention de la césarienne.

La volonté du gouvernement du Togo de réduire les risques de mortalité des femmes par accouchement se matérialise à travers la construction des infrastructures médicales

II.5.1.2. Proportion d'accouchements assistés par du personnel de santé qualifié

Le pourcentage des accouchements assistés par du personnel qualifié de santé s'est infléchi de 62,9% en 2006 (MICS 2006) à 59,4% en 2010 (MICS 2010), (voir graphique 19 ci-dessous) pour une cible OMD de 82,7% en 2015.

Graphique 19 : Proportion de naissances assistées par un personnel de santé qualifié

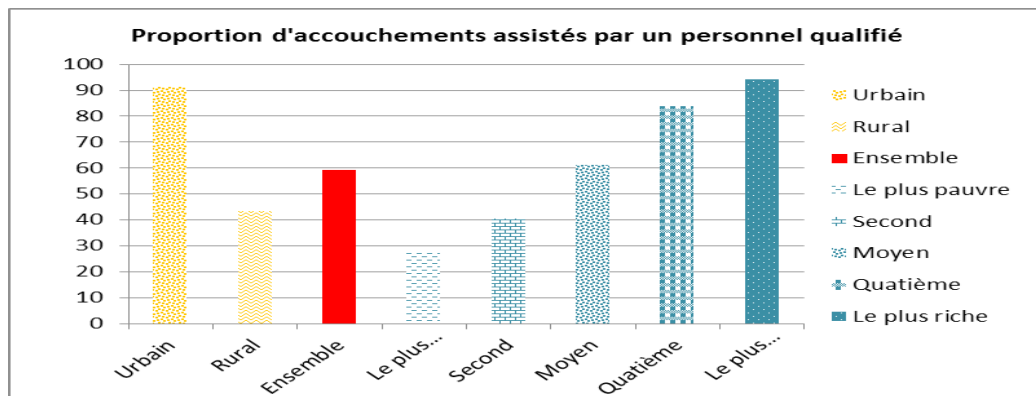


Source : MICS 2010, Rapport OMD 2010

Une réduction du taux de mortalité maternelle suppose une amélioration significative de la proportion d'accouchements en présence d'un médecin, d'une sage-femme ou d'une infirmière. D'après le MICS 2010, le pourcentage de naissances assistées par un personnel qualifié est plus élevé à Lomé commune (93,7%) et est plus faible dans les Savanes (21,6%). En effet, en 2010, sur les 1 666 sages-femmes au plan national, Lomé commune en regroupait 348 contre 150 dans les Savanes (Ministère de la Santé). Les enquêtes MICS 2010 ont révélé également que plus une femme était instruite, plus elle était susceptible d'accoucher avec assistance d'un membre du personnel de soins qualifié (88,1% pour le niveau secondaire et 36,9% pour les sans instruction).

Le graphique 20 ci-dessous illustre la manière dont se répartissent les soins obstétricaux, par quintile du bien-être économique et par milieu de résidence habituelle des parturientes.

Graphique 20 : Proportion d'accouchements assistés par un personnel qualifié par quintile du bien-être économique, région et milieu de résidence



Source : MICS 2010

L'analyse révèle que les taux de couverture en soins obstétricaux par un personnel qualifié en milieu rural et en milieu urbain sont respectivement de 43,6% et 60,1%. Chez les femmes vivant dans les ménages les plus pauvres, la couverture en soins obstétricaux (27,7%) est trois fois moindre que le niveau relevé chez celles des ménages du quintile le plus riche (94,1%). Cette photographie des inégalités sociales de santé montre que le système de santé du Togo peine à apporter une réponse équitable aux besoins de santé des populations. Il en découle que des efforts restent encore à fournir pour atteindre la cible OMD (82,7%) en 2015. Tel est le principal objectif de la campagne pour l'accélération de la réduction de la mortalité maternelle en Afrique (CARMMA) lancée par l'Union Africaine (UA) au mois de mai 2009 (voir encadré 3 ci-dessous).

Encadré 3 : Campagne pour l'Accélération de la Réduction de la Mortalité Maternelle en Afrique (CARMMA)

La CARMMA a été lancée en mai 2009 par l'Union Africaine. Le principal objectif de la CARMMA est d'accroître la disponibilité et l'utilisation des services de soins de santé publique accessibles et de qualité y compris ceux liés à la santé sexuelle et reproductive, indispensable pour la réduction de la mortalité maternelle.

La vision de la CARMMA est de :

- prendre appui sur les efforts d'ores et déjà engagés pour améliorer la santé maternelle, néonatale et infantile partout en Afrique ;
- plaider pour un engagement politique accru, et une mobilisation de ressources nationales en faveur de la santé maternelle, néonatale et infantile ;
- communiquer plus largement avec le public africain afin d'inspirer l'action.

Le Togo a lancé sa première CARMMA en 2010 avec l'appui de ses principaux partenaires qui sont, entre autres : l'OMS, l'UNICEF et le PNUD. Dans ce cadre, la Commission nationale pour la santé de la femme et de l'enfant a été mise en place et une subvention est accordée à la césarienne. Le coût de la césarienne jadis de 85 000 à 110.000 FCFA est descendu depuis mai 2011 à 10.000 FCFA, coût unique dans toutes les formations sanitaires publiques du Togo.

Cible 5.B : Rendre l'accès à la médecine procréative universel d'ici à 2015

L'évaluation et l'analyse des indicateurs par rapport à cette cible semblent poser d'énormes problèmes du fait de la difficulté à obtenir des données fiables. En effet, il ressort du rapport OMD 2011 sur l'Afrique que le suivi et le signalement des taux de prévalence contraceptive, des taux de grossesse chez les adolescentes, de la couverture des soins prénatals et des besoins non satisfaits en matière de planification familiale sont extrêmement difficiles à réaliser.

Les indicateurs retenus pour mesurer cette cible sont le taux de contraception, la couverture des soins prénatals et les besoins non satisfaits en matière de planning familial.

II.5.1.3. Taux de contraception

Les données de l'enquête MICS2010 révèlent un faible taux d'utilisation des méthodes modernes de contraception. En 2010, seules 15,2% des femmes âgées de 15 à 49 ans avaient déclaré recourir à une méthode contraceptive pour se protéger contre le risque des grossesses indésirables. On est là loin de l'atteinte de l'objectif de la cible PNDS fixé à de 52% en 2015. On note également une légère baisse du taux d'utilisation des contraceptifs entre 2006 (16,80%, MICS 2006) et 2010 (15,20%, MICS 2010). Des disparités subsistent aussi au niveau des régions, du milieu de résidence et de l'âge.

Tableau 10 : Taux d'utilisation des contraceptifs selon l'âge, la région et le milieu de résidence

	2006	2010
Région		
Maritime (sans Lomé commune)	22.7	17.7
Plateaux	9.7	12.9
Centrale	27.3	14.9
Kara	17.8	20.4
Savanes	7.5	9.7
Lomé Commune	14.7	13.5
Milieu de résidence		
Urbain	17.5	17.7
Rural	16.3	13.6
Age		
15-19	15.2	5.1
20-24	17.2	14.5
25-29	19.3	17
30-34	16.5	17.7
35-39	17.9	15.2
40-44	14.6	15.5
45-49	10.7	9.7
Ensemble	16.8	15.2

Source : MICS 2006 et 2010

Plusieurs facteurs expliquent les faibles taux de contraception au Togo. Il s'agit notamment : (i) le niveau d'éducation des femmes en âge de procréer, (ii) les croyances religieuses, (iii) l'absence de sensibilisation sur les bonnes pratiques de la contraception, etc. Des efforts restent à fournir surtout en matière de sensibilisation orientée vers les catégories cibles dans le but d'accroître la prévalence de l'usage des moyens contraceptifs au Togo.

Enfin, d'après le rapport OMD 2011 sur l'Afrique, il est indispensable de prendre en considération, dans l'utilisation de contraceptifs, le point de vue à la fois de la demande et de l'offre. Lorsqu'une femme souhaite espacer ses grossesses ou ne plus avoir d'enfants, sa motivation aura un impact décisif sur le type de contraceptif qu'elle choisira. Afin d'en accroître l'usage, il importe de rendre les contraceptifs davantage accessibles (accessibilités géographique et financière).

II.5.1.4. Taux de fécondité des adolescentes

Selon les données de l'enquête MICS 2010, l'utilisation des méthodes contraceptives chez les adolescentes (15-19 ans) est faible. La fécondité des adolescentes affecte la santé de la mère et de l'enfant et se traduit par des grossesses nombreuses et très rapprochées, des avortements provoqués et souvent mortels et de multiples complications obstétricales. Quoique le taux de fécondité des adolescentes au Togo (88‰) soit le plus bas de l'Afrique Subsaharienne (121‰ en 2009), il reste encore très élevé lorsqu'on se réfère à la norme internationale ou aux objectifs du millénaire de développement pour ce qui concerne cette cible.

II.5.1.5. Couverture des soins prénatals

Dans le domaine spécifique de la santé de la reproduction, il ressort de l'enquête MICS 2010 que le pourcentage des femmes ayant reçu des soins prénatals a augmenté entre 2006 (84,10%) et 2010 (88,80%). Ce pourcentage s'élève en 2010 à 84,5% en milieu rural, contre 97,3% en milieu urbain. Cet indicateur a aussi augmenté dans toutes les régions sauf à Lomé commune où il a baissé de 1% entre 2006 et 2010 comme l'illustre le tableau 11 ci-dessous.

Tableau 11 : Pourcentage des femmes ayant reçu des soins prénatals selon la région et le milieu de résidence

	2006	2010
Région		
Maritime (sans Lomé commune)	86.5	89.4
Plateaux	86.4	88.1
Centrale	83.1	87
Kara	75.5	83.9
Savanes	64.0	88.5
Lomé Commune	97.5	96.5
Milieu de résidence		
Urbain	96.2	97.3
Rural	76.8	84.5
Total	84.1	88.8

Source : MICS 2006 et 2010

Les soins prénatals sont efficaces pour réduire le risque de mortalité maternelle, à condition d'y avoir recours à un stade précoce de la grossesse et de les poursuivre jusqu'au moment de l'accouchement. La détection précoce des problèmes en cours de grossesse permet d'orienter les patientes présentant des risques ou des complications vers des spécialistes de manière opportune. En outre, une prise en charge prénatale au bon moment augmente les chances de la femme enceinte d'accoucher en présence d'un personnel qualifié, ce qui améliore d'autant l'issue de l'accouchement.

II.5.1.6. Besoins non satisfaits en matière de planification familiale

La planification familiale (PF) a pour but de réduire la mortalité maternelle, néonatale et infantile par la limitation et l'espacement des naissances. D'après les enquêtes MICS 2006 et 2010, le pourcentage des femmes vivant avec un homme et ayant un besoin non satisfait de PF a baissé en passant de 40,6% en 2006 à 37,2% en 2010.

Tableau 12 : Pourcentage des femmes vivant avec un homme et ayant un besoin non satisfait de planification familiale par âge, région et milieu de résidence

	2006	2010
Région		
Maritime (sans Lomé commune)	40.7	36.7
Plateaux	42.8	40.7
Centrale	28.6	36.5
Kara	44.6	32.2
Savanes	39.6	37.6
Lomé Commune	41.6	37.5
Milieu de résidence		
Urbain	40.0	34.8
Rural	41.0	38.7
Age		
15-19	42.5	49.8
20-24	47.6	41.9
25-29	42.4	40.9
30-34	42.2	39.3
35-39	39.0	36.2
40-44	39.2	30.4
45-49	24.5	25.0
Ensemble	40.6	37.2

Source : MICS 2006 et 2010

L'analyse du tableau 12 révèle que cet indicateur a baissé dans pratiquement toutes les régions sauf dans la région centrale où il est passé de 28,6% à 36,5% sur la même période. Le pourcentage des femmes vivant avec un homme et ayant un besoin non satisfait de PF a diminué de 5,2 points en milieu urbain et de 2,3 points en milieu rural.

Le budget consacré à l'OMD 5 s'élève à 11,02 milliards FCFA, dont 6,072 milliards sont destinés aux dépenses de fonctionnement, 2,75 milliards aux dépenses d'investissement et 2,178 milliards aux dépenses du personnel. L'Etat et le SNU sont les principaux pourvoyeurs de fonds pour le financement des actions concourant à la réalisation de l'OMD 5.

II.5.2. Contraintes

La persistance des causes de décès maternels (hémorragies, septicémie, éclampsie, dystocie, avortements, grossesses précoces, anémie chez la femme enceinte, paludisme) est un obstacle qui doit être combattu et vaincu pour parvenir à réduire de trois quarts le taux de mortalité maternelle par rapport à son niveau de 1990. La faible qualité des services offerts aux parturientes en raison du nombre réduit du personnel compétent, de l'insuffisance des matériels adéquats ainsi qu'à une faible couverture géographique dans certaines zones rurales en hôpitaux et maternités constituent des véritables obstacles à la réalisation de l'OMD.

De manière globale, les causes fondamentales des problèmes de santé maternelle au Togo se résument comme suit :

- l'insuffisance de sensibilisation des populations aux causes de mortalité maternelle qui sont les complications de l'accouchement (hémorragies, infections, dystocie), l'hypertension artérielle pendant la grossesse et les complications des avortements à risque ;
- l'insuffisance de l'offre des services de Maternité à Moindre Risque ;
- l'insuffisance du financement dans le domaine de la santé de la reproduction ;
- la persistance de certains facteurs socioculturels non favorables à la santé de la mère. Il s'agit notamment des tabous nutritionnels et de la pauvreté des ménages en particulier celle des femmes.

II.5.3. Défis et recommandations

En dépit des efforts fournis, le Gouvernement doit renforcer ses moyens de la lutte contre la mortalité maternelle et néonatale à moyen terme. Les actions à envisager dans ce sens doivent :

- renforcer la prestation des services intégrant la santé de la reproduction des adolescents et des jeunes y compris la prévention des grossesses précoces et/ou non désirées et des IST/VIH ;
- mettre à l'échelle nationale les stratégies mobiles et les stratégies avancées orientées vers les populations éloignées afin de repositionner la planification familiale ;
- améliorer l'accès et la qualité des soins prénatals, obstétricaux, néonataux et post-partum en mettant l'accent sur la déconcentration des structures offrant les soins obstétricaux et néonataux d'urgence et les soins après avortement ;
- stimuler la demande des services de Santé Maternelle et Infantile (SMI) et de planification familiale, à travers la mise en place d'un paquet intégré de services SMI sur les marchés et d'une politique favorisant l'accès financier des femmes aux soins de santé maternelle ;
- promouvoir et mettre en œuvre des revues de cas/audits des décès maternels, néonataux et des échappées-belles ;
- créer des infirmeries scolaires qui offrent des services d'information et de planification familiale.

OMD 6 : Combattre le VIH/sida, le paludisme et d'autres maladies

II.6.1. Analyses des tendances

II.6.1.1. Le VIH/SIDA

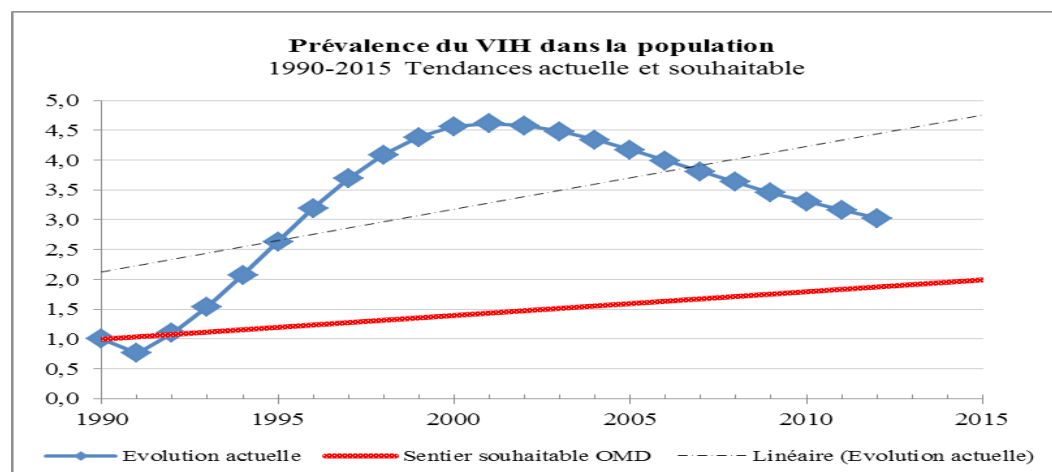
Cible 6.A: D'ici à 2015, avoir enrayer la propagation du VIH/SIDA et commencé à inverser la tendance actuelle

Indicateur

6.1 Taux de prévalence du VIH/SIDA parmi la population sexuellement active (15-49 ans)

Dans le domaine du VIH/SIDA, des progrès notables ont été enregistrés. L'évaluation à mi-parcours des OMD en 2010 a montré que la cible relative à l'enrayement du VIH/sida et à l'inversion de la tendance actuelle est susceptible, comme nous le montre le graphique 21, d'être atteinte en 2015 si les efforts sont maintenus. Avec une prévalence dans la population générale de 3,4% en 2012 contre 4,6% en 2001 (PNLS 2012), il est évident que le nombre de personnes infectées est en baisse (Toutefois, cette prévalence reste l'une des plus élevées en Afrique de l'Ouest).

Graphique 21 : Prévalence du VIH/sida dans la population 1990-2015, tendances actuelle et souhaitable



Source : PNLS/IST 2012

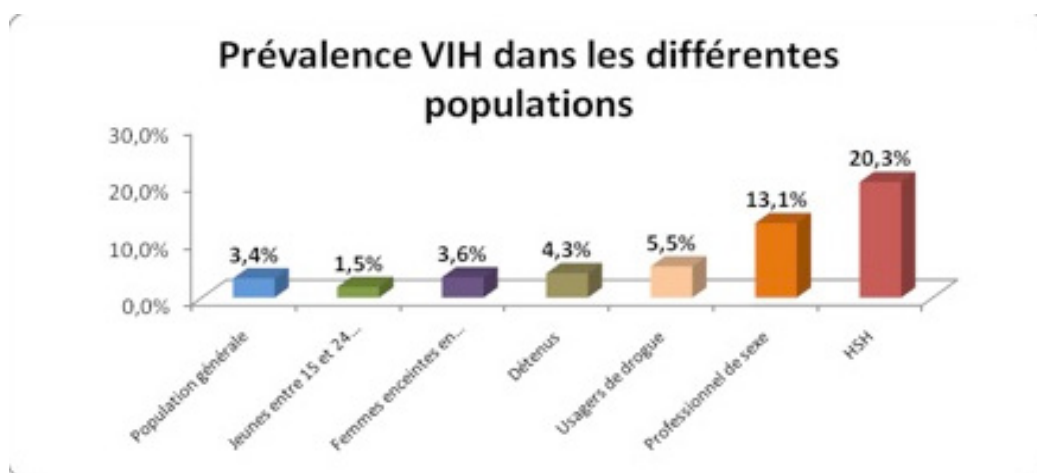
De manière spécifique, les facteurs de propagation persistants du VIH/SIDA sont, entre autres : (i) la non perception du risque et le déni de la maladie, (ii) la pauvreté et l'extrême vulnérabilité économique et financière des femmes, (iii) la très faible utilisation des préservatifs chez les jeunes, (iv) les pesanteurs socioculturelles et le poids de la tradition et des pratiques coutumières (lévirat, excision, circoncision, sororat, etc.).

L'analyse selon le sexe montre que l'épidémie est féminisée. Sur 100 personnes vivant avec le VIH, 57 sont de sexe féminin. Chez les femmes enceintes, la prévalence du VIH est passée de 4,8% à 3,6% entre 2003 et 2012. La prévalence dans la population générale est 4 fois plus élevée à Lomé-Commune (6,8%) que dans la région des Savanes (1,6%) (Rapport surveillance sentinelle 2011); et plus élevée en milieu urbain (4,4%) qu'en milieu rural (2,5%). Chez les Professionnelles du sexe et leurs clients, l'épidémie a régressé (13% et 2,5% en 2011 contre 29,5% et 13% en 2005).

Depuis le début de l'épidémie, faute de moyens, le Togo n'a jamais organisé d'enquête de prévalence de cette pandémie. L'Enquête Démographique et de Santé au Togo (EDST) en cours de réalisation prend en compte cette préoccupation. Le pays a néanmoins mis en place un dispositif de surveillance épidémiologique du VIH qui comprend la surveillance sentinelle chez les femmes enceintes, les donneurs de sang et les malades tuberculeux. La prévalence du VIH au Togo est estimée à partir de projections EPP/Spectrum. En 2010, on estimait à 121 000 le nombre de PVVIH dont 11 000 enfants (0-14 ans) et 110 000 adultes (15 ans+) parmi lesquelles 67 000 femmes et jeunes filles (15 ans+). Le nombre d'orphelins et autres enfants rendus vulnérables par le VIH (OEV) était estimé à 66 000. Les nouvelles infections étaient évaluées à 10 000 personnes et les décès liés au SIDA à 7 500 personnes.

Les enquêtes de seconde génération réalisées en 2011 ont permis de mieux documenter les connaissances en matière d'infection à VIH chez les professionnelles du sexe (PS), chez les hommes ayant des rapports avec les hommes (HSH), chez les populations carcérales et chez les usagers de drogue. Le graphique ci-dessous synthétise les prévalences.

Graphique 22 : Prévalence du VIH/sida dans les différentes catégories de la population générale au Togo



Source : PNLS/IST 2012

La connaissance de l'épidémie au Togo permet de tirer deux conclusions majeures:

- au niveau spatial, les régions Lomé commune, Maritime et Plateaux contribuent le plus à la prévalence du VIH/SIDA ; et

■ au niveau social, les groupes particuliers à risque qui contribuent le plus à la prévalence de la maladie sont les PS, leurs clients et les HSH.

Cible 6.B : D'ici à 2010, assurer à tous ceux qui en ont besoin l'accès aux traitements contre le VIH/SIDA

Selon le rapport PNLS/IST, en 2012, la couverture en dispensation des Anti Rétroviraux (ARV) était de 49% (par région, Lomé-commune vient en tête avec 68%). En matière de gestion de la Prise En Charge (PEC) médicale des PVVIH, des Comités Thérapeutiques⁴ ont été mis en place sur toute l'étendue du territoire national. Le taux de couverture thérapeutique par rapport au nombre d'adultes éligibles au traitement des ARV (61 470) est de 51%. Le nombre de centres de PEC qui dispensent les ARV est passé de 53 en 2010 à 69 en 2012, soit respectivement, un taux de couverture de 46% et 49%. La proportion des personnes sous ARV a également augmenté de 24 635 à 30 334 sur la même période. Durant l'année 2012, 94% (4 441) des femmes enceintes dépistées séropositives et 92% (2 954) des femmes séropositives ayant accouchées dans les sites PTME ont bénéficié d'une prophylaxie ou d'un traitement ARV.

En ce qui concerne les enfants nés de mères séropositives, 95% d'entre eux (2 982) ont bénéficié de la prophylaxie ARV. Le taux de transmission du VIH chez les enfants nés de mères séropositives à 18 mois est de 6,5%. En ce qui concerne les prévalences des marqueurs viraux, ils variaient en fonction de type de donneurs. En 2010, la fréquence était plus faible chez les anciens donneurs ; 3,40% contre 17,50% chez les nouveaux. S'agissant de la transfusion sanguine, l'offre reste réduite à deux (02) centres (1 national et 1 régional) de transfusion sanguine et six (06) postes de collecte et de distribution des produits sanguins.

Dans le cadre de la prévention conseil dépistage /Prévention de la Transmission Mère-Enfants (PTME), le nombre de centres de dépistage est passé de deux (02) en 2002 à 239 centres en 2012, soit un taux de couverture géographique de 30,3 % sur l'ensemble des 789 formations sanitaires (PNLS 2012). En 2012, au total, 309 736 personnes toutes cibles confondues ont bénéficié du dépistage sur 1 551 364 prévues, soit un taux de couverture de 20 %. L'offre de dépistage est améliorée avec le dépistage à l'initiative du prestataire dans les maternités dans le cadre de la PTME et dans les centres de diagnostic de la tuberculose.

En matière de soutien aux PVVIH, la prise en charge psychosociale demeure l'un des volets importants de la prise en charge globale. Cependant, ce volet reste le maillon faible. Les activités de soutien et d'appui aux PVVIH sont organisées par les structures associatives, ONG et les structures confessionnelles.

Dans le cadre de la mise en œuvre des activités du Fonds Mondial série 8, certaines structures ont bénéficié d'un renforcement en ressources humaines dont les psychologues, ce qui a permis de toucher 14 193 personnes à travers les groupes de parole, soit 47% des PVVIH sous ARV. Par ailleurs, des actions sont entreprises pour lutter contre la discrimination et la stigmatisation des PVVIH.

⁴ Les Comités Thérapeutiques sont composés essentiellement de personnel de santé intervenant dans le domaine de la prise en charge médicale de l'infection au VIH aussi bien au niveau régional que de district. Ces comités contrôlent la qualité de la prescription des ARV, valident les nouvelles inclusions et les échecs thérapeutiques pour un changement de ligne.

D'après le rapport sur l'estimation des flux de Dépenses de lutte contre le VIH/sida (REDES 2011 et 2012), sur le plan financier, les dépenses consacrées à la lutte contre le SIDA s'élevaient à 9,9 milliards FCFA en 2011 et à 9,3 milliards FCFA en 2012. Il y a trois (3) principales sources de financement desdites dépenses au Togo : (i) les fonds publics, (ii) les fonds privés et (iii) les fonds internationaux. On note une forte dépendance du Togo des ressources extérieures dans le financement de la riposte au VIH, surtout celle à l'égard du Fonds Mondial. Les fonds publics représentent 19% des dépenses globales en 2011 contre 31% en 2012. Les fonds privés sont estimés à 7,43% en 2011 contre 9% en 2012 tandis que les financements internationaux (fonds bilatéraux, multilatéraux et fonds des organisations et fondations internationales à but non lucratif) sont évalués à 73% en 2011 contre 60% en 2012.

En matière de dépenses par intervention, celles de traitement ont représenté 40% du montant global en 2011 contre 48% en 2012. Les dépenses de prévention quant à elles se sont élevées respectivement à 23% et 25% tandis que celles liées à la gestion et à l'administration des programmes étaient respectivement à 30% et 21% au cours de ces deux années.

Cible 6.C : D'ici à 2015, avoir contenu le paludisme et d'autres grandes maladies et commencé à inverser la tendance actuelle

II.6.1.2. Le paludisme

Selon l'enquête QUIBB 2011, 12,3% de la population a souffert de paludisme. Le paludisme est de loin la première cause de morbidité quels que soient le milieu de résidence, le sexe et le groupe d'âge. Les résultats de l'enquête MICS 2010 indiquaient une prévalence nationale de paludisme de 33,1 % chez les enfants de moins de cinq ans. D'après les données du Ministère de la santé (Indicateurs Essentiels 2009), les enfants de 0 à 5 ans sont les plus touchés par le paludisme dans une proportion de 48% par rapport au nombre de cas enregistrés tous âges confondus. Les enfants de moins de 5 ans hospitalisés pour cause de paludisme représentaient 60,6% des enfants hospitalisés. Le taux de mortalité en milieu hospitalier par paludisme était de 19% en 2009 avec une létalité moyenne de 5 %.

Selon le rapport PNLP 2012, le paludisme représentait:

- 30% des consultations externes contre 42% en 1998 ;
- 16% des décès enregistrés dans les établissements de soins (23% en 1998) ;
- 33% des décès chez les enfants de moins de 5 ans (34% en 1998).

D'un point de vue spatiale, on observe une proportion plus élevée des malades hospitalisés pour cause de paludisme dans les régions de la Kara (38%) et des Savanes (28%) ; et une morbidité plus faible à Lomé commune (4%) et dans la région Maritime (18%). Par contre, la létalité associée aux cas de paludisme est plus forte dans Lomé commune (11%) et plus faible dans les régions de la Kara et des Plateaux (3%).

Il faut toutefois noter que des progrès ont été réalisés dans la lutte contre le pa-

ludisme, notamment en ce qui concerne les enfants de moins de cinq ans et les femmes enceintes.

Indicateurs :

6.7 Proportion d'enfants de moins de cinq ans dormant sous une moustiquaire imprégnée d'insecticide

Dans la lutte contre le paludisme, le Gouvernement et les PTF ont mis l'accent sur la distribution des moustiquaires imprégnées d'insecticide. De 2006 à 2010, la proportion des enfants de moins de cinq ans dormant sous une moustiquaire imprégnée d'insecticide a considérablement augmenté (près de 20 points de pourcentage) en passant de 38,4% à 57,1%.

Tableau 13 : Pourcentages des enfants de moins de cinq ans dormant sous une moustiquaire imprégnée d'insecticide par sexe, région, milieu de résidence habituelle et âge

	2006	2010
Sexe		
Masculin	40,3	57,3
Féminin	36,5	56,9
Région		
Maritime (sans Lomé commune)	31,8	48,1
Plateaux	41,6	59,8
Centrale	53,6	59,1
Kara	48,4	59,0
Savanes	40,3	72,9
Lomé commune	31,0	48,1
Milieu de résidence habituelle		
Urbain	36,1	50,7
Rural	39,9	60,1
Age		
0-11 mois	38,3	63,5
12-23 mois	36,5	59,2
24-35 mois	41,6	56,7
36-47 mois	38,8	53,9
48-59 mois	36,9	51,3
Ensemble	38,4	57,1

Sources : MICS 2006 et 2010

L'analyse du tableau ci-dessus révèle qu'en 2010, sur l'étendue du territoire national, la région des Savanes est celle où le taux d'utilisation des moustiquaires imprégnées d'insecticide est le plus élevé (72,9%). En fonction du milieu de résidence, la proportion des enfants de moins de cinq ans dormant sous une moustiquaire imprégnée d'insecticide est plus importante en milieu rural (60,1%).

Par ailleurs, selon l'enquête MICS 2010, 46,3% des femmes enceintes dorment sous des moustiquaires imprégnées d'insecticide. Le taux de prise en charge des enfants paludéens a atteint 87% (Aide-mémoire du PNLP, Mars 2011). Sur l'étendue du territoire national, le nombre de moustiquaires imprégnées d'insecticide distribuées est passé de 83 479 à 2 527 450 de 2008 à 2011. Une étude réalisée sur la motivation et les barrières à l'utilisation des Moustiquaires Imprégnées d'Insecticides de Longues Durées d'Action (MILDA) révèle que l'un des facteurs encourageant l'utilisation des MILDA est la prise de conscience des populations du lien qui existe entre la piqûre de moustique et le paludisme. Cette prise de conscience a été soutenue par l'action de proximité effectuée par les volontaires de la croix rouge et les agents de santé communautaires à travers les travaux d'information, d'éducation et de communication. Par contre les barrières à l'accrochage des MILDA sont liées principalement à la dimension étroite de l'espace où l'on dort (Evaluation-MILDA/Togo-2012).

6.8 Proportion des enfants de moins de cinq ans atteints de fièvre et traités au moyen de médicaments paludéens appropriés

S'agissant du traitement et selon les enquêtes MICS 2006 et 2010, le pourcentage des enfants de moins de cinq ans atteints de fièvre et traités avec des antipaludiques appropriés a baissé entre 2006 (47,7%) et 2010 (33,8%). Cette baisse est observée quels que soient le sexe, la région, le milieu de résidence et l'âge comme le montrent les données du tableau ci-dessous.

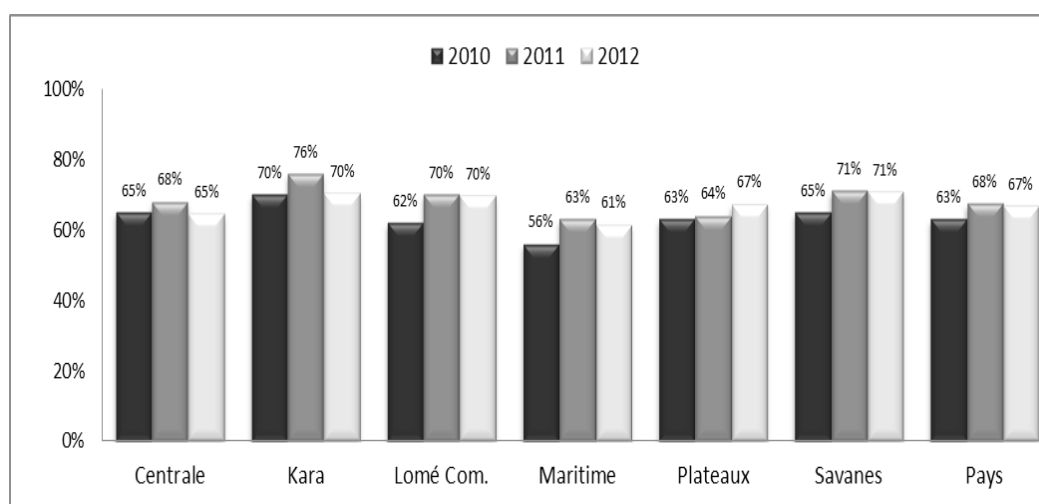
Tableau 14 : Pourcentages des enfants de moins de cinq ans atteints de fièvre et traités avec des antipaludiques appropriés dans les deux jours suivants par sexe, région et milieu de résidence habituelle

Pourcentages des enfants de moins de 5 ans atteints de fièvres et traités avec des antipaludiques appropriés		
	2006	2010
Sexe		
Masculin	46,7	34,5
Féminin	48,8	33,0
Région		
Lomé commune	57,8	49,1
Maritime (sans Lomé commune)	54,7	24,2
Plateaux	34,3	32,9
Centrale	48,5	36,3
Kara	57,1	36,0
Savanes	65,2	39,5
Milieu de résidence habituelle		
Urbain	57,3	43,0
Rural	43,1	30,9
Age		
0-11 mois	43,0	32,5

Pourcentages des enfants de moins de 5 ans atteints de fièvres et traités avec des antipaludiques appropriés		
	2006	2010
12-23 mois	44,7	33,1
24-35 mois	53,8	35,6
36-47 mois	50,8	33,7
48-59 mois	45,4	33,7
Ensemble	47,7	33,8

Source : MICS 2003 et 2010.

Graphique 23 : Couverture TPI2 par région sanitaire de 2010 à 2012



Source : Rapport PNL 2012

Il ressort de l'analyse du graphique 6.3 que le taux de couverture de TPI sur l'étendue du territoire national est en dessous de 80% depuis 2010. Toutefois, lorsqu'on considère l'administration de l'ensemble des médicaments en dehors de la sulfadoxinepyriméthamine, ce taux passe de 78% en 2006 à 89,9% en 2010 (MICS).

Les principaux partenaires financiers qui appuient le Gouvernement dans la lutte contre le paludisme sont le Fonds Mondial, l'OMS et l'UNICEF. En 2012, 218 millions de FCFA ont été alloués aux financements des activités de lutte contre le paludisme.

II.6.1.3. La tuberculose

Le nombre de cas de tuberculose augmente d'année en année en raison de la co-infection TB/VIH et de l'amélioration de la notification des cas. Le nombre de cas de tuberculose dépistés est en effet passé de 1 452 à 2 097 entre 2001 et 2010. Environ 25% des malades souffrant de la forme pulmonaire de tuberculose présentent une co-infection TB/VIH (Rapport d'activités 2010, PNL). Parallèlement, le taux de patients co-infectés TB/VIH mis sous ARV est passé de 34% en 2008 à 72% en 2011.

Le traitement et le suivi des patients atteints de tuberculose sont présentés dans

le tableau 15 ci-dessous. On note une hausse du taux de guérison de la maladie entre 2003 (62%) et 2011 (85%).

Tableau 15 : Evolution des indicateurs de suivi des patients

Co-horte	Taux de guérison	Taux de létalité	Perdus de vue
2003	62%	13%	19%
2010	81%	8%	4%
2011	85%	7%	5%

Source : PNLT 2012

II.6.2. Contraintes

En matière de lutte contre le VIH/SIDA, des contraintes spécifiques continuent d'entraver l'enrayement de la propagation. Dans ce contexte, il est constaté des faiblesses programmatiques multiples :

- les services offerts aux populations clés (PS et HSH surtout) et la généralisation du dépistage volontaire sont incomplets, fragmentés et ne couvrent pas toute l'étendue du territoire national ;
- l'insuffisance de PCR (Polymerase Chain Reaction/Réaction en chaîne par polymérase) pour le dépistage précoce et la prise en charge des enfants infectés, limitent considérablement la qualité des services offerts ;
- la décentralisation encore insuffisante de l'offre des services de PTME, de prise en charge médicale y compris par les ARV et l'insuffisance des équipements biomédicaux pour le suivi des PVVIH ;
- la mauvaise gestion de l'approvisionnement en intrants (préservatifs, réactifs, médicaments ARV) ainsi que les ruptures de stocks fréquentes constituent des goulots d'étranglements dans la continuité de l'offre de services de qualité pour les populations bénéficiaires ;
- l'insuffisance de la couverture sanitaire en infrastructures et en personnel qualifié ;
- la trop grande dépendance du financement des produits essentiels (ARV, réactifs de laboratoires, vaccins, antituberculeux, etc.) à l'égard de l'aide extérieure.

Les faiblesses liées à l'accès aux médicaments, vaccins, produits sanguins et aux technologies médicales sont :

-
- la disponibilité insuffisante des médicaments génériques, de qualité et peu chers ;
- l'inadéquation de la liste des médicaments et des produits essentiels par niveau de soins ;
- le nombre élevé de dysfonctionnements au niveau du secteur de laboratoire (pénurie de personnel qualifié, insuffisance en équipements et en mainte-

nance et leur répartition non équitable sur le territoire) ;

- l'absence d'une politique nationale, d'un plan de maintenance et de renouvellement des infrastructures et équipements.

De manière globale, la mobilisation des ressources constitue une contrainte majeure à la poursuite des avancées dans la lutte contre le VIH, le paludisme et la tuberculose. A cet effet, les faiblesses liées au financement de la santé sont:

- le poids élevé des dépenses directes de santé des ménages;

- l'insuffisance du budget de l'Etat alloué au ministère de la santé (le ratio budget de la santé sur budget de l'Etat est autour de 6%, ce qui représente en moyenne 31,6 % des dépenses prévisionnelles du Ministère de la Santé ;

- l'allocation des ressources publiques non équitable et non efficace (manque de ciblage des interventions les plus efficaces et les plus accessibles aux pauvres) ;

- l'utilisation non efficiente des ressources financières disponibles (problème de bonne gouvernance ; insuffisance de mécanismes efficaces de contrôle de gestion) ;

- faible absorption du financement extérieur et intérieur ;

- faible mobilisation des ressources intérieures.

II.6.3. Cadre politique

Après ceux de 2002-2006 et de 2009-2013, le secteur de la santé au Togo s'est de nouveau doté d'un Plan national de Développement Sanitaire (PNDS) 2012-2015.

La mise en œuvre du PNDS 2012-2015 s'articule autour de cinq (05) programmes dont quatre programmes « d'action » visant respectivement : (i) la réduction de la mortalité maternelle et néonatale, (ii) la réduction de la mortalité infantile et infanto-juvénile, (iii) le contrôle des principales maladies transmissibles, y compris les maladies tropicales négligées et (iv) la lutte contre les maladies non transmissibles. Le cinquième programme transversal, vise le renforcement du système de santé dans le but de soutenir les quatre programmes précédents et de permettre un accès universel aux services essentiels de santé. Le Gouvernement a également mis en place un ensemble de sept (07) sous-programmes pour améliorer et accompagner l'efficacité du système de santé national.

De manière spécifique, pour les grandes endémies telles que le VIH, le paludisme et la tuberculose, trois (03) programmes ont été mis en place : (i) le Programme National de Lutte contre le SIDA (PNLS) ; (ii) le Programme National de Lutte contre le Paludisme (PNLP) ; (iii) le Programme National de Lutte contre la Tuberculose (PNLT). Il est également mis en œuvre un Programme Elargi de Vaccination (PEV) pour l'immunisation des enfants et des mères contre les principales maladies évitables par la vaccination et un programme de santé de la reproduction. La politique nationale de développement sanitaire adoptée en 2012 et couvrant la période 2012-2015 fait suite à la formulation d'un nouveau document de politique nationale de santé qui se prête à une réforme profonde permettant de répondre efficacement aux problèmes de santé majeurs et aux nouveaux défis du secteur de la santé.

II.6.4. Défis et recommandations

Le système sanitaire du Togo a été sévèrement affecté par la crise dans laquelle le pays a été plongé au cours des dernières années. L'amélioration de la situation appelle, de manière générale, les actions ci-après :

- rénover et étendre l'espace couvert par les infrastructures de santé ainsi que le plateau technique ;
- pallier l'insuffisance des ressources humaines ;
- privilégier l'approche intégrée (santé, eau potable, assainissement, nutrition...) afin d'améliorer l'efficacité et l'efficience dans les interventions de santé ;
- renforcer le système national d'information sanitaire, notamment sur les problèmes liés à la mortalité maternelle et les complications à l'accouchement ;
- mettre en place un système soutenable de financement de l'accès au système sanitaire ;
- assurer un meilleur maillage de l'offre de services de santé sur le territoire ;
- améliorer les conditions d'accès aux services de santé à toutes les couches de la population quel que soit leur lieu de résidence.

De manière spécifique, l'amélioration de la santé infantile et maternelle ainsi que l'intensification de la lutte contre le VIH et le paludisme, nécessiteront le relèvement des défis suivants :

- l'intensification de la prise en charge globale des infections au IH ;
- le renforcement des campagnes intégrées de distribution de moustiquaires imprégnées, de suppléments en vitamine A et de déparasitage ;
- le renforcement de l'implication des communautés dans les activités de santé de l'enfant à travers la sensibilisation et la formation ;
- Le lancement d'une réflexion sur la mise en place d'un mécanisme durable de financement des maladies prioritaires (VIH, paludisme...) ;
- L'attention particulière à accorder aux groupes vulnérables (mère-enfant, jeunes et adolescents, personnes âgées, pauvres, malades chroniques, populations sinistrées, etc.) ;
- Le renforcement du partenariat et de la collaboration à l'échelle intersectorielle.

Pour lutter contre la tuberculose et inverser la tendance de son évolution (réduction de la morbidité et de la mortalité), les stratégies prioritaires sont :

- l'appui technique rapproché aux districts dans la mise en œuvre de la stratégie DOTS de qualité ;
- l'amélioration du dépistage des personnes souffrant de la tuberculose y compris des enfants ;
- le renforcement du réseau de laboratoire, la surveillance et la prise en charge des cas de Tuberculose multi résistante (MDR) ;

- le renforcement de la capacité managériale du programme, notamment du suivi évaluation des activités nécessaires à l'amélioration des indicateurs d'appréciation de la performance thérapeutique ;
- l'amélioration des activités de lutte contre la co-infection TB-VIH grâce à une meilleure collaboration entre le programme de lutte contre le VIH/SIDA et celui de la lutte contre la tuberculose.

OMD 7: Assurer un environnement durable

II.7.1. Analyse des tendances

La préservation et la bonne gestion de l'environnement constituent un fondement essentiel du développement durable et de la réduction de la pauvreté.

Malgré les efforts consentis -plus de 39 milliards de FCFA investis par les PTF entre 2008 et 2012 pour assurer un environnement durable- le pays se heurte à des obstacles entravant la régularité des progrès.

Cible 7.A : Intégrer les principes du développement durable dans les politiques et programmes nationaux et inverser la tendance à la déperdition des ressources environnementales

Indicateurs :

7.1 Proportion de zones forestières

7.3 Consommation de substances appauvrissant la couche d'ozone

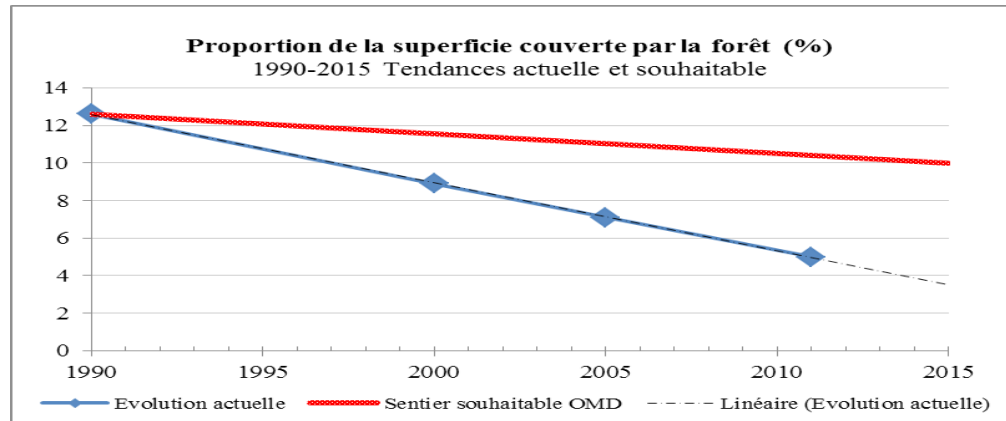
II.7.1.1. Proportion de zones forestières



En 1990, 12,6% du territoire togolais était couvert par la forêt. En 2005, ce taux s'est infléchi à 7,1% (FAO, 2005) puis à 5% en 2010 (FAO, 2011). Cette baisse provient de la surexploitation et de la conversion des forêts à d'autres usages sous l'effet conjugué de la croissance démographique, des feux de végétation, des besoins en bois de chauffe (énergie) et du développement urbain. En effet, le bois et son principal

dérivé (le charbon de bois) continue d'être la principale source d'énergie domestique pour la cuisson utilisée par plus de 97% des personnes dans les ménages togolais (MICS 2010).

Graphique 24 : Proportion de la superficie couverte par la forêt (%) 1990-2015

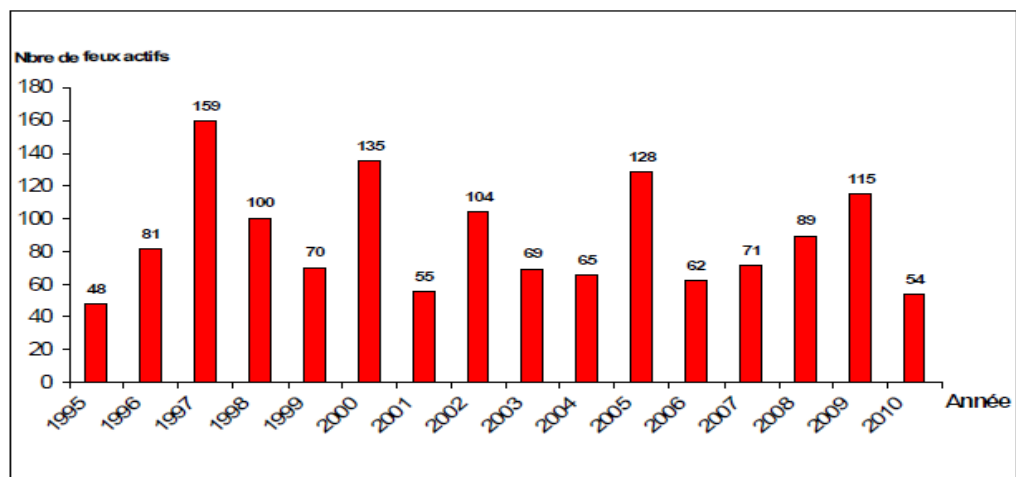


Source : Ministère de l'environnement et des ressources forestière

Dans le cadre de la réduction de la pression sur les ressources naturelles, les mesures de protection des forêts existantes ont contribué à réduire les dommages causés par les feux de végétation et à amorcer la lutte contre le fort taux de déforestation (4,5% annuellement).

Le diagnostic de la Stratégie Nationale de Gestion des feux de végétation a permis d'établir une typologie des feux de forêt au Togo. Il révèle (voir figure 25 ci-après) que la variation annuelle du nombre de feux ne semble pas suivre de tendance nette.

Graphique 25 : Variation du nombre de feux entre 1995 et 2010



Source: Organisation internationale des bois tropicaux

Par ailleurs, le nombre de feux ne serait pas forcément corrélé aux superficies brûlées. 7221 km² ont été brûlés en 2010 contre 2790 km² en 2012. Les régions des Savanes et de la Kara sont les plus touchées (621 km² pour les savanes et 1285 km² dans la Kara en 2012).

Dans près de 50% des cas, les causes des feux de brousse restent non élucidées. Les principales raisons présumées sont les litiges, la chasse et le renouvellement de pâturage.

Depuis 2010, des initiatives en matière de reboisement ont été prises à différents niveaux et ont contribué à l'effort de reboisement estimé à environ 8 000 ha de forêts ces trois dernières années. Par ailleurs, l'Office de Développement et d'Exploitation des Forêts (ODEF) a mené annuellement des actions d'entretien et de protection d'environ 15 000 ha de plantations étatiques.

II.7.1.2. Consommation de substances appauvrissant la couche d'ozone

En ce qui concerne cet indicateur, les activités menées par le pays au titre du Protocole de Montréal pour l'élimination des chlorofluorocarbones (CFC) ont conduit à une quasi-élimination des substances appauvrissant la couche d'ozone de première génération une année avant l'échéance de 2010. Ce succès est largement dû à la mise en place des solutions alternatives aux fluides frigorigènes CFC, la formation des agents douaniers à la reconnaissance de ces substances ainsi que celle des frigoristes à l'utilisation des alternatives.

Un plan de gestion de l'élimination des hydrochlorofluorocarbones (HCFC), qui sont des frigorigènes de type gaz-F actuellement utilisés pour assurer la transition vers des frigorigènes plus écologiques, a été élaboré pour la période 2013-2030. Un objectif d'élimination de 10% est attendu à l'horizon 2015.

Cible 7.B : Réduire la perte de la biodiversité et atteindre d'ici à 2010, une diminution significative du taux de perte

Indicateur:

7.6 Proportion de zones terrestres protégées pour la conservation de la biodiversité

Initialement constitué de 83 aires protégées, l'ensemble des aires protégées du Togo couvrait une superficie totale de 793 288 ha, soit 14,2% du territoire national en 1990. Cette superficie s'est à présent réduite d'environ 30% du fait de son envahissement par les populations à la recherche de nouvelles terres d'implantation et de cultures.

Depuis 2005, les efforts du gouvernement ont permis de stopper l'envahissement et la dégradation des aires protégées du pays. La part du territoire protégée pour la conservation de la diversité biologique a été stabilisée à 7% entre 2009 et 2010, pour un objectif de 10% fixé pour l'année 2015. L'accompagnement des acteurs non étatiques a été particulièrement intensifié à partir de 2010 et plus de 50 initiatives locales de gestion des ressources naturelles ont été subventionnées grâce à l'appui des PTF.

Cible 7.C Réduire de moitié, d'ici à 2015, le pourcentage de la population qui n'a pas accès de façon durable à un approvisionnement en eau potable ni à des services d'assainissement de base

Indicateurs :

7.8 Proportion de la population utilisant une source d'eau potable améliorée

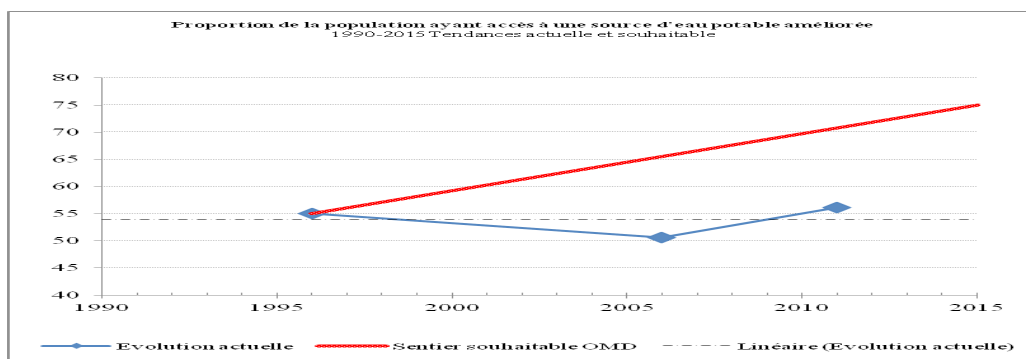
7.9 Proportion de la population utilisant des infrastructures d'assainissement améliorées

De nombreuses initiatives ont été menées depuis 2007 dans les secteurs de l'eau et de l'assainissement pour en assurer l'accès aux populations togolaises.

II.7.1.3. Proportion de la population utilisant une source d'eau potable améliorée

Des progrès significatifs ont été enregistrés dans le secteur (voir notamment le graphique 26 ci-dessous). Cependant, des faiblesses existent au niveau du système de fournitures des services d'eau potable, des services d'assainissement adéquats, de la gouvernance de l'eau selon l'approche GIRE et du pilotage du ministère de tutelle.

Graphique 26 : Proportion de la population ayant accès à une source d'eau potable



Source : Enquêtes QUIBB 2006 et 2011

Selon les résultats des enquêtes QUIBB 2006 et 2011, le taux d'utilisation d'eau potable par les ménages est passé de 50,6% à 56,1%, la cible pour 2015 étant de 75%. Cette progression pourrait résulter des investissements de plus de 14 milliards en moyenne réalisés chaque année par l'Etat et les PTF depuis 2006 dans les ouvrages d'approvisionnement en eau potable. Depuis 2010 ces investissements ont servi notamment à réaliser 1177 forages, à réhabiliter 107 anciens forages et à réaliser 19 mini adductions d'eau et de postes d'eau autonomes.

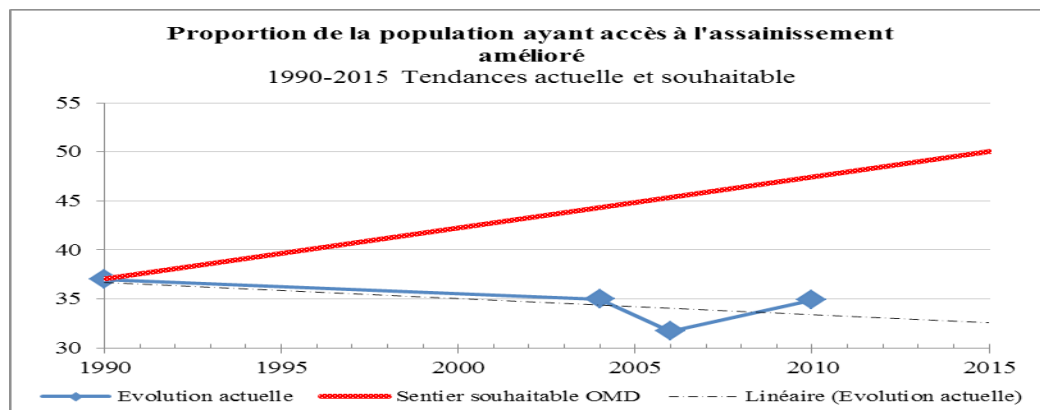
Avec la poursuite de la réalisation de systèmes de production et d'adduction d'eau potable, le taux de desserte en eau potable du pays est passé de 34% en 2007 à 44% en 2012, avec des impacts positifs sur les conditions de vie des populations tels que l'éradication du ver de Guinée au Togo. En considérant les différents milieux, on note que le taux de desserte en milieu urbain s'est amélioré entre 2007 et 2012, passant de 39% à 42,5%. En milieu rural et semi-urbain, ce taux a connu aussi une progression sur la même période passant respectivement de 30% à 48% et de 29% à 37%.

Au regard des tendances actuelles, il serait difficile pour le Togo d'atteindre les cibles de l'OMD 7 en 2015

II.7.1.4. Proportion de la population utilisant des infrastructures d'assainissement améliorées

La proportion de la population ayant accès aux installations sanitaires améliorées n'a progressé que d'environ 3 points entre 2006 et 2010 passant de 31,7% à 34,9% (voir graphique 27 ci-dessous). Cette légère amélioration pourrait être tributaire de la construction à partir de 2008 de 8000 latrines par l'Etat.

Graphique 27 : Proportion de la population utilisant de meilleures installations sanitaires, 1990-2015, tendances actuelle et souhaitable



Source : MICS 2006 et 2010, Rapport OMD 2010

Des disparités régionales persistent même si globalement, l'assainissement s'est quelque peu amélioré au Togo. Dans la commune de Lomé, 87,6% de la population utilisent des installations sanitaires adéquates. Par contre, la situation semble s'être empirée dans la région des plateaux entre 2006 et 2010 où la proportion des habitants qui ont accès aux installations sanitaires appropriées est passée de 17,5% à 15,6%.

Entre 2006 et 2010 on note une nette amélioration de l'utilisation des installations sanitaires avec latrines en milieu urbain (de 66,6% à 73,1%). Le milieu rural mérite en revanche plus d'attention, à peine 12 % de la population utilisent des installations sanitaires adéquates en 2010.

Tableau 16 : Proportion de la population utilisant de meilleures installations sanitaires

Proportion de la population utilisant de meilleures installations sanitaires		
	2006	2010
Région		
Maritime (sans Lomé commune)	33.6	47.4
Plateaux	17.5	15.6
Centrale	23.6	26.1
Kara	9.4	14.5
Savanes	5.8	12.9
Lomé Commune	79.2	87.6
Milieu de résidence		
Urbain	66.6	73.1
Rural	10.0	11.8
Total	31.7	34.9

Source : MICS 2006 et 2010

Le domaine assainissement liquide souffre encore d'une insuffisance en infrastructures d'assainissement face à une démographie et une extension urbaine galopantes et d'un manque de bonnes pratiques d'hygiène et d'assainissement au sein des populations. Cette situation conduit à une évacuation inadéquate des eaux pluviales et des eaux usées ainsi que des excréments humains et favorisent la transmission de maladies telles que le choléra, la fièvre typhoïde ou la poliomyélite.

Néanmoins pour la ville de Lomé, des efforts ont été accomplis en matière d'assainissement liquide. Les réalisations se sont focalisées sur les travaux d'urgence d'abaissement des eaux dans les quartiers de Lomé et la restauration et l'entretien du système lagunaire pour permettre un meilleur fonctionnement de celui-ci et le curage des caniveaux pour améliorer l'écoulement des eaux de pluies et atténuer les inondations qui sont récurrentes ces dernières années dans cette ville. Par ailleurs, six (06) bassins de retenue d'eaux pluviales et des travaux de drainage de certains quartiers ont été réalisés.

Ces actions sont menées dans le cadre du Projet d'Environnement Urbain de Lomé (PEUL), d'Aménagement Urbain du Togo (PAUT), du Projet d'Aménagement de la Zone lagunaire de Lomé (PAZOL) et du Projet d'Urgence et de Réhabilitation des Infrastructures Urbaines des Services Electriques de Lomé (PURISE).

En outre, la réalisation du projet Assainissement Total Piloté par la Communauté (ATPC) –voir infra, l'encadré 4-, commence à porter des fruits, notamment en matière d'amélioration de l'utilisation d'assainissement amélioré par les communautés.

Encadré 4 : Assainissement Total Piloté par la Communauté (ATPC)

L'Assainissement Total Piloté par la Communauté (ATPC) est défini comme une approche intégrée permettant la réalisation de la Fin de la Défécation à l'Air Libre (FDAL) et le maintien de cet état. Le but de l'ATPC est de permettre aux membres de la communauté de réaliser qu'ils doivent changer leurs comportements. Il a pour objectif principal de contribuer à la réalisation de la cible C fixée par l'OMD 7.

L'ATPC consiste à encourager la communauté à analyser sa propre situation en matière d'assainissement, ses pratiques en matière de défécation et leurs conséquences, suscitant ainsi une action collective visant à atteindre l'état de FDAL.

L'approche a été introduite au Togo par l'UNICEF à la suite d'un atelier régional sur l'hygiène et l'assainissement qui s'est tenu au Mali en avril 2009 et auquel la délégation de l'UNICEF Togo a participé. Les expériences initiales signalent que l'ATPC a le potentiel de devenir un mouvement qui se répand par lui-même, comme les coûts initiaux sont très faibles (pas de subvention nécessaire). La clé de la réussite de la propagation de l'ATPC réside dans la qualité des activités de sensibilisation et le suivi des communautés.

A partir de mai 2009, des sessions de formation des services techniques de l'Hygiène et de l'Assainissement, de l'Action Sociale, de la Communication, et de quelques ONG (Plan Togo, Croix-Rouge Togolaise, EAA...), ont été organisées, afin de doter chaque région en formateurs et préparer ainsi le passage à l'échelle.

Cible 7.D : Améliorer sensiblement, d'ici à 2020, les conditions de vie d'au moins 100 millions d'habitants de taudis

Indicateur :

Proportion de citoyens vivant dans des taudis

La densité de la population est passée de 25 habitants/km² en 1960 à 109,38 en 2010 (4ème RGPH). Bien que le taux d'urbanisation soit faible (37,7%), c'est la non maîtrise de son rythme de croissance qui inquiète. Par conséquent, chaque année, de nouveaux besoins en logement de meilleure qualité sont créés, particulièrement dans les centres urbains où le taux de croissance de la population est le plus élevé (4,5% par an pour tous les centres urbains et 5% pour Lomé contre 2,84% au niveau national). Parallèlement, la production d'unités d'habitation, bien qu'ayant progressé, est restée largement en deçà des nouveaux besoins qui sont estimés selon les services en charge de l'habitat à environ 8000 parcelles et 23 000 logements par an.

Tableau 17 : Pourcentage de citoyens vivant dans des taudis

Zone urbaine de région	2006	2011
Lomé	61,23%	40,43%
Maritime	76,98%	50,41%
Plateaux	58,53%	68,61%
Centrale	78,01%	90,36%
Kara	80,07%	82,34%
Savanes	86,67%	74,33%
ZONE URBAINE	66,34%	52,27%

Source : QUIBB 2006 & 2011 et calculs du CADERDT

A l'échelle nationale, 52,27%⁵ des citoyens vivaient dans des taudis en 2011 contre 66,34% en 2006. Mais pendant que la situation s'est nettement améliorée à Lomé, dans la région maritime et celle des savanes, elle s'est légèrement empirée dans la Kara, et plus fortement dans les Plateaux et la Centrale qui enregistrent le plus fort taux de citoyens vivant dans des taudis.

En matière de logements décents, la proportion des ménages insatisfaits de leurs conditions de logement est de 66,1% au plan national (SCAPE, 2013). Selon le milieu de résidence, 68,6% des ménages en milieu rural et 64,2% en milieu urbain trouvent que les caractéristiques de leurs habitations ne sont pas satisfaisantes par rapport à leurs besoins. Ces résultats révèlent la non mise en œuvre d'une stratégie de logement orientée vers les populations à revenus faibles et intermédiaires.

L'analyse des besoins en financement exprimés montre que pour mettre en œuvre les actions nécessaires à l'amélioration du cadre de vie, il aurait fallu mobiliser en F CFA 4,7 milliards pour l'année 2009, 39,1 milliards en 2010 et 110,8 milliards en 2011, soit un total de 154,6 milliards sur toute la période. Mais on constate globalement que, sur les financements considérés comme acquis lors de l'élaboration du PAP relatif au DSRP-C (2009-2011), 32% des prévisions des financements de l'Etat et 26% des financements prévus auprès des PTF ont été effectivement mobilisés. Ce qui démontre la faible mobilisation des ressources pour le secteur. Cette situation explique en partie la faiblesse des performances enregistrées sur la période.

Au regard des tendances actuelles, il serait difficile pour le Togo d'atteindre les cibles de l'OMD 7 en 2015.

⁵ Ce taux a été calculé sur la base des indications des OMD en la matière. Ces derniers stipulent que la proportion effective des habitants vivant dans des taudis s'obtient en calculant le nombre de citoyens soumis à l'une au moins des conditions suivantes : a) accès insuffisant à une source d'eau améliorée ; b) accès insuffisant à des infrastructures d'assainissement améliorées ; c) surpeuplement (trois personnes ou plus par pièce) ; d) habitations faites de matériaux non durables quitte à diviser par la suite le résultat par l'effectif total de la population.

II.7.2. Contraintes

Des contraintes spécifiques entravent la gestion rationnelle des ressources naturelles et de l'environnement en dépit des efforts consentis depuis de nombreuses années. Elles résultent globalement de :

- l'insuffisance de synergie et de complémentarité au niveau des actions sectorielles et catégories d'acteurs ;
- la faible capacité en moyens matériels, humains et financiers des structures publiques et des organisations de la société civile intervenant dans la gestion de l'environnement,
- la non disponibilité de données fiables sur l'environnement ;
- les difficultés que l'administration éprouve à assurer l'application de la législation forestière ;
- l'absence de plans d'aménagement et d'actes de gestion suffisamment planifiés sur le moyen et le long termes ;
- la faible intégration des questions liées à l'environnement dans les politiques, stratégies, plans, programmes et projets de développement ;
- le faible degré d'implication et de responsabilisation des citoyens et des structures chargées de la gestion de l'environnement ;
- l'accroissement des conflits dans l'utilisation des ressources naturelles.

Les contraintes qui handicapent la réalisation des objectifs en rapport avec l'accès de la population à l'eau potable et aux services d'assainissement sont liées à :

- la capacité d'absorption en général ;
- la mobilisation des ressources financières et humaines et aux capacités de suivi-évaluation ;
- la gestion des services en matière d'eau, d'hygiène et d'assainissement ;
- l'insuffisance de la mise en œuvre du cadre institutionnel, légal et réglementaire.

La situation du secteur du logement au Togo est précaire et se distingue par :

- un régime foncier inadapté et la cohabitation souvent conflictuelle des droits fonciers moderne et coutumier ;
- l'absence d'un cadre juridique de réglementation des activités foncières ainsi que des mesures favorisant la production des parcelles aménagées et leur accessibilité pour les ménages à revenus modestes.
- la rareté et la cherté du crédit au logement en raison de la non disponibilité de crédit adapté et des difficultés des demandeurs à réunir les garanties exigées par les banques ;
- le faible niveau d'équipement des villes et villages ainsi que le manque d'en-

tretien du peu d'infrastructures et d'équipements existants ;

■ l'imprécision de certains rôles et compétences et la faiblesse des moyens humains et matériels ne permettant pas aux services administratifs œuvrant dans le secteur, de remplir efficacement leurs missions.

II.7.3. Cadre politique

La volonté du gouvernement togolais d'inscrire la gestion durable de l'environnement, au rang des priorités nationales, s'est traduite ces dernières années par la création de nouvelles institutions, notamment l'Agence Nationale de Gestion de l'Environnement (ANGE).

Le cadre politique du secteur est orienté par une politique nationale de l'environnement (1998) qui a été actualisée et un projet de politique forestière validé tous les deux, en attente d'adoption par le gouvernement. En application des deux politiques du secteur, le processus de planification du ministère a abouti à l'élaboration de plusieurs stratégies, plans, programmes, tels que :

- Stratégie Nationale de Développement Durable (SNDD) ;
- Stratégie nationale de gestion et d'utilisation durables de la diversité biologique ;
- Stratégie nationale de gestion des risques de catastrophes naturelles ;
- Stratégie nationale d'information, d'éducation et de communication en matière environnementale ;
- Programme National d'Investissements pour l'Environnement et les Ressources Naturelles au Togo (PNIERN) ;
- Plan d'Action Forestier National (PAFN).

Les documents de référence stratégique au niveau du secteur « Eau et Assainissement » peuvent se résumer comme suit :

- la Politique Nationale de l'Eau (PNE) adoptée par le Gouvernement en Août 2010 ;
- la Politique sous-sectorielle d'approvisionnement en eau potable et assainissement en milieu rural et semi urbain, adoptée par le gouvernement en juillet 2006 ;
- le Plan d'Action National pour le Secteur de l'Eau et de l'Assainissement (PANSEA), adopté en 2011.

En vue de relever le défi du logement, le gouvernement a adopté en juin 2009, la Stratégie Nationale du Logement (SNL) qui vise à faciliter les activités du secteur. Elle est basée sur la mobilisation intégrale du plein potentiel et des ressources de tous les acteurs publics et privés du secteur. Ses principaux axes stratégiques sont (i) la réorganisation du secteur du logement (cadre institutionnel et juridique), (ii)

l'amélioration du parc immobilier national et (iii) la mobilisation et l'allocation judicieuse des ressources financières.

II.7.4. Défis et enjeux du secteur

Dans le but d'obtenir des avancées concernant la sauvegarde de l'environnement, des défis majeurs demeurent et appellent à mettre en œuvre des actions pour :

- la poursuite de l'intégration effective de la dimension environnementale dans les politiques, stratégies, plans, programmes et projets de développement de tous les secteurs d'activités ;
- le renforcement des capacités nationales des différents acteurs (Etat, société civile, secteur privé) en gestion de l'environnement et des ressources naturelles ;
- la sensibilisation et l'implication des populations dans la préservation de l'environnement.

L'analyse diagnostique du secteur de l'Eau et de l'Assainissement a révélé les principaux défis ci-après :

- l'amélioration de la gestion des ressources en eau selon l'approche GIRE par :
 - ▶ la formation des ressources humaines requise pour une bonne gestion des ressources en eau ;
 - ▶ la mise au point des outils de gestion intégrée des différents bassins hydrographiques et d'un mécanisme d'aide à la décision,
 - ▶ la Recherche & Développement en vue d'une meilleure appréhension de la variabilité et des changements climatiques et d'une prévention plus performante des risques divers attachés à l'eau,
- l'amélioration de l'accès aux services d'eau potable grâce à :
 - ▶ l'amélioration de la desserte en eau potable des populations par la réhabilitation et le renforcement des infrastructures hydrauliques existantes, la construction de nouveaux systèmes d'approvisionnement en eau potable et l'extension des réseaux de distribution en milieu urbain;
 - ▶ le renforcement des capacités nationales pour assurer un suivi et une gestion efficaces des services d'approvisionnement en eau potable ;
 - ▶ l'établissement et l'adoption des normes (de qualité, de quantité, techniques, de gestion, d'utilisation, de prélèvement, des infrastructures, etc.).
- l'amélioration de l'accès à un assainissement adéquat par :
 - ▶ l'amélioration des connaissances sur les conditions de l'assainissement, sur les centres urbains ;
 - ▶ l'actualisation du Plan Directeur d'Assainissement (PDA) de la ville de Lomé et élaboration des PDA dans 5 centres urbains régionaux ;

- ▶ la promotion des mesures de base en assainissement par diffusion de programmes d'éducation sanitaire et construction de systèmes d'assainissement ;
- ▶ le renforcement des capacités techniques nationales des acteurs de l'assainissement.

Le défi en matière de logement est d'impulser une nouvelle gouvernance urbaine à travers :

- l'élaboration et la mise en œuvre d'une politique de l'habitat et du développement urbain ;
- l'opérationnalisation des schémas directeurs des localités de plus de 5000 habitants ;
- l'élaboration et la mise en œuvre des codes fonciers et de l'urbanisme ;
- la promotion de l'émergence de sociétés immobilières à travers des partenariats public-privé ;
- l'adaptation des critères d'accès aux crédits bancaires aux besoins de logement des populations ;
- le renforcement des capacités managériales dans le cadre du processus de décentralisation en cours dans le pays.

OMD 8: Mettre en place un partenariat mondial pour le développement

Lors du forum de Busan sur l'efficacité de l'aide qui s'est tenu en décembre 2011, il a été admis que la coopération au développement jouait un rôle essentiel dans l'élimination de la pauvreté, la protection sociale, la croissance économique et le développement durable. Toutefois, avec les crises financières et économiques que traversent la plupart des pays donateurs, les engagements de ces derniers en faveur du soutien aux pays en développement a du mal à se concrétiser.

Durant les cinq dernières années, le partenariat du Togo avec le Reste du Monde s'est remarquablement consolidé. La stabilité politique dont jouit le pays lui a permis d'accueillir plusieurs conférences régionales et sous régionales et de renforcer ses relations avec le Reste du Monde. Par ailleurs, après la signature de l'Accord Politique Global (APG) en 2006, le pays s'est engagé dans la voie des réformes relatives à la gouvernance économique et politique. Ces efforts ont contribué à la reprise de la coopération entre le Togo et ses principaux partenaires. Pour autant, le pays a-t-il fait des avancées vers l'atteinte de l'OMD 8 ? Pour répondre à la question, nous allons analyser, dans les prochaines sections, six (06) cibles en rapport avec cet OMD.

II.8.1. Analyse des tendances

Cible 8.A : Poursuivre la mise en place d'un système commercial et financier multilatéral ouvert, réglementé, prévisible et non discriminatoire

Le Togo dispose d'un accès facilité au marché des pays européens grâce à la convention de Cotonou. Ses produits bénéficient également d'un accès relativement facile dans l'espace des pays de la CEDEAO et de l'UEMOA, dont il est membre. En dehors de ces partenariats, le pays a souscrit également aux accords préférentiels principalement avec les Etats-Unis à travers l'African Growth and Opportunity Act (AGOA). Le Togo est également membre de l'OMC.

En matière de commerce international, les exportations du Togo vers le Reste du Monde qui s'élevaient à 507,4 milliards FCFA en 2006 se chiffrent d'après les estimations, à 815,4 milliards FCFA en 2012 (Direction de l'Economie). Les importations quant à elles sont passées de 793 milliards FCFA en 2006 à 1154,4 milliards FCFA en 2012 selon les mêmes estimations. Il en ressort que le solde de la balance commerciale n'a cessé de se détériorer passant d'un déficit de 285,6 milliards FCFA en 2006 à 339 milliards FCFA en 2012 (estimations).

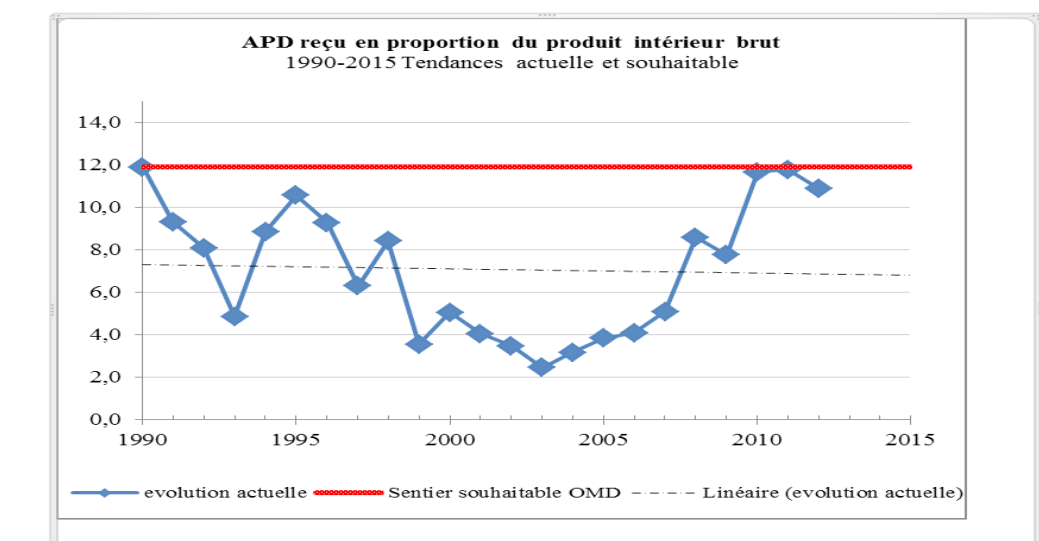
Cible 8.B : Répondre aux besoins particuliers des pays les moins avancés

La suspension de la coopération avec les principaux partenaires du Togo durant une quinzaine d'années a affecté le niveau de ses indicateurs socioéconomiques. La reprise de cette coopération et les réformes menées en faveur de l'assainissement des finances publiques ont permis une amélioration de ces indicateurs.

Dans le souci d'améliorer la gestion de l'aide et la transparence dans son utilisation, le Gouvernement togolais, dans le cadre de la déclaration de Paris sur l'aide, a mis en place une Plateforme de Gestion de l'Aide (PGA), logée au Ministère de la Planification, du Développement et de l'Aménagement du Territoire.

Selon les données publiées par la PGA, après la longue période de suspension de l'aide au Togo, le volume de l'aide publique au développement a connu une croissance presque régulière sur la période de 2007 à 2012. Le Togo figure en 2013 parmi les 10 pays prioritaires de la France en matière d'aide au développement.

Graphique 28 : Evolution du ratio Aide Publique au Développement (APD) sur PIB de 1990 à 2012



Sources : PGA et rapport OMD 2010

Le ratio Aide Publique au Développement (APD) sur PIB est passé, comme l'illustre le graphique 28, de 5,1% en 2007 à 10,9% en 2012, soit une hausse de 5,8 points avec un pic de 11,8% en 2011 très proche de la cible de l'OMD qui est de 11,9% en 2015.

Le volume de l'APD est passé de 95 millions USD en 2007 à 448,25 millions USD (208,49 milliards de FCFA) en 2012⁶. Cette aide est essentiellement sous forme de dons qui représentent 52,91% de l'APD en 2012. Elle provient principalement des donateurs multilatéraux (61,26%), des donateurs bilatéraux (34,76%) et des organisations de la société civile (3,97%).

L'analyse de la répartition de l'APD par secteur, tel que défini par le ST/DSRP, montre qu'en 2012, les infrastructures de soutien à la croissance venaient en première position, avec 50,1% des financements, suivis de la santé et du VIH/SIDA (13,9%), du secteur de l'eau, de l'assainissement et du cadre de vie (9,3%), de la Gouvernance économique et des capacités Institutionnelles (8,4%), de l'éducation (6,1%) ainsi que de l'agriculture et de la sécurité alimentaire (4,7%). Cette distribution de l'aide est éloignée du scénario optimiste se fondant sur les engagements de Gleneagles qui accordent une priorité à l'éducation, à la santé, à l'agriculture et aux infrastructures.

⁶ Données provisoires de la PGA

Il est important de souligner que la crise économique et financière que traversent les pays de la zone euro affecte le volume de l'aide qu'ils apportent aux pays africains dont ils constituent le partenaire traditionnel. Le financement de la réalisation des OMD ne pourrait se limiter à l'APD ; il faudrait donc faire appel à d'autres sources de financement. Le marché intérieur constitue une de ces alternatives. Au Togo, le financement intérieur s'opère à travers l'émission de bons du Trésor et la levée de fonds grâce à des emprunts obligataires sur le marché financier de l'UEMOA qu'est la Bourse Régionale des Valeurs Mobilières (BRVM). Cependant, le taux d'épargne intérieure demeure faible. Selon les données de la BCEAO, le taux d'épargne intérieure oscille entre 10 et 14%. Les prévisions de 2012 le situent à 14,6% dans l'espace UMOA. Ce taux est encore plus faible au Togo et se situe autour de 3% ; les prévisions de 2012 l'estiment à 4,5%.

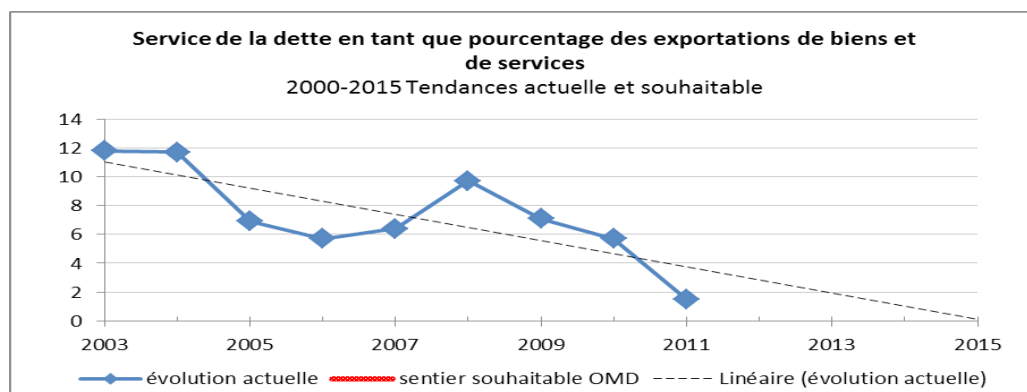
La mobilisation des ressources internes se fait également à travers la fiscalité. Les différentes réformes opérées en vue de l'assainissement des finances publiques commencent à porter des fruits.

Les transferts des migrants constituent également une source de financement des économies. Une étude réalisée par la BCEAO (2012) estime que le montant de ces transferts s'élevait à 139,1 milliards FCFA, principalement consacrés aux investissements immobiliers (35,8%) et à la consommation courante (33,9%).

Cible 8.D : Traiter globalement le problème de la dette des pays en développement par des mesures d'ordre national et international propres à rendre l'endettement viable à long terme

La dette publique extérieure du Togo a connu à partir de 2008 une réelle restructuration suite à l'atteinte, en novembre 2008, du point de décision de l'Initiative en faveur des PPTE, et du point d'achèvement de cette initiative en décembre 2010. Cette situation a permis au Togo de bénéficier de l'annulation d'environ 80% de sa dette extérieure. Le taux d'endettement extérieur a ainsi nettement chuté passant de 69,86% en 2007 à 13,90% en 2011 du PIB. Le service de la dette a par conséquent baissé (voir graphique 29).

Graphique 29 : Evolution du ratio du service de la dette extérieure sur exportations de biens et services 2003-2011



Source : Publications de la Direction de la dette publique et rapport 2010 de suivi des OMD

Le ratio service de la dette publique sur exportation, est passé de 9,7% en 2008 à 1,5% en 2011 enregistrant une baisse de 8,2 points de pourcentage. Le service de la dette est passé de 323,85 milliards de FCFA en 2007 à 10,64 milliards de FCFA en 2011, soit une baisse de 96,71%. La baisse sensible de ce ratio est due fondamentalement au fait que le Togo a atteint le point d'achèvement de I-PPTE en 2010 suite à une bonne conduite des réformes économiques convenues avec le Fonds Monétaire International (FMI) et la Banque Mondiale. Il a également bénéficié de l'Initiative d'Allègement de la Dette Multilatérale (IADM) qui lui a permis d'obtenir une annulation d'environ 357 milliards de FCFA de dette auprès de la Banque Mondiale et du groupe de la Banque Africaine de Développement (BAD).

L'encours de la dette extérieure est passé de 847,23 milliards de FCFA en 2007 à 241,94 milliards de FCFA en 2011, soit une baisse de 71,39%. En fin 2011, le taux d'endettement public (stock total de la dette publique en pourcentage du PIB) représentait 43,9% dont 28,0% en devises (dollars et euros principalement). La majorité de la dette extérieure se caractérise par un taux d'intérêt fixe et des échéances longues. Le recours à la dette intérieure au cours des dernières années pour le financement du budget et ce, avec des instruments de maturité relativement courte expose néanmoins le pays à un important risque de refinancement et de taux d'intérêt élevés.

Avec un pic de 11,8% en 2011, le ratio Aide Publique au Développement (APD) sur PIB est très proche de la cible de l'OMD qui est de 11,9% en 2015

Cible 8 F : En coopération avec le secteur privé, faire en sorte que les avantages des nouvelles technologies, en particulier des technologies de l'information et de la communication, soient accordés à tous

Indicateurs :

8.14 Nombre de lignes téléphoniques fixes pour 100 habitants

8.15 Abonnés à un service de téléphonie mobile pour 100 habitants

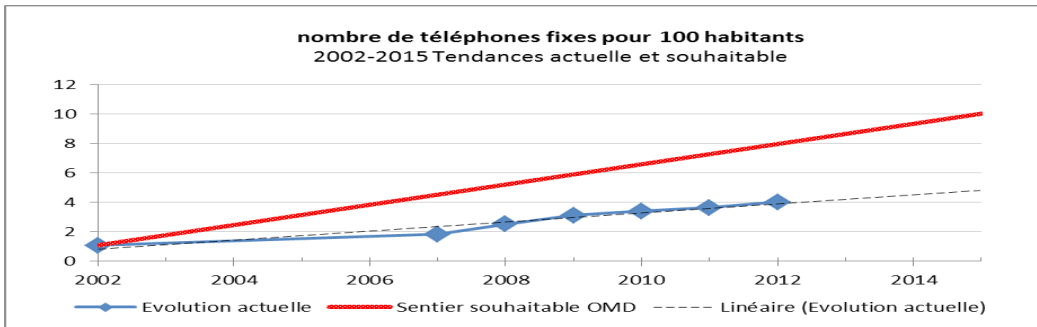
8.16 Nombre d'utilisateurs d'internet pour 100 habitants

Les Technologies de l'Information et de la Communication (TIC) deviennent de plus en plus accessibles au Togo. Le secteur est animé par un opérateur de téléphonie fixe (Togo Telecom) et deux opérateurs de téléphonie mobile : Togo Cellulaire (filiale de Togo Telecom) et Atlantique Telecom Togo (filiale du Groupe Etisalat). Togo Telecom et CAFE Informatique et Télécommunication offrent l'accès aux services d'Internet.

II.8.1.1. Lignes téléphoniques fixes pour 100 habitants

L'évolution du nombre de lignes de téléphone fixe pour 100 personnes est décrite par le graphique 30 ci-après.

Graphique 30 : Evolution du nombre de lignes de téléphone fixe pour 100 habitants 2000-2012



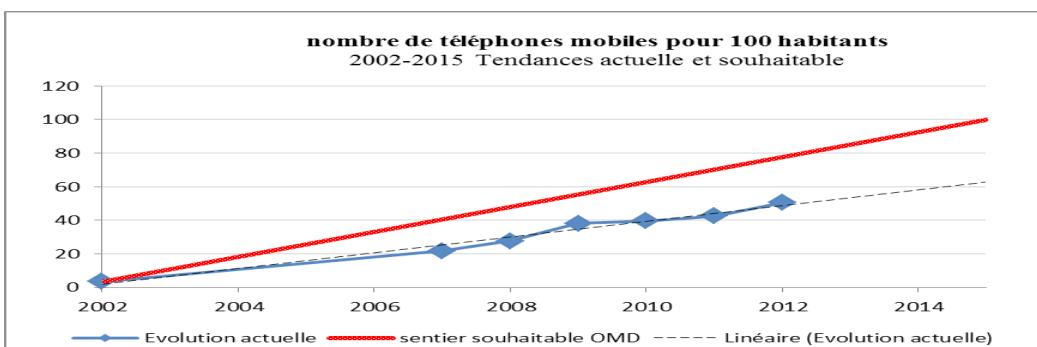
Sources : ART&P et rapport OMD 2010

Le nombre de lignes de téléphone fixe pour 100 habitants est passé de 1,82 à 4,01 de 2002 à 2012. Le marché de la téléphonie fixe filaire a peu évolué, cependant, l'augmentation du nombre total d'abonnés de l'opérateur fixe devient substantielle grâce au CDMA (Code Division Multiple Accès). En 2012, le nombre total d'abonnés sur le réseau de téléphonie fixe a connu une augmentation de 12,95%. La pénétration du téléphone filaire change peu et est de plus en plus délaissée au profit des technologies sans fil.

II.8.1.2. Abonnements aux mobiles cellulaires pour 100 habitants

L'utilisation de la téléphonie mobile poursuit sa forte croissance en termes de nombre d'abonnés malgré le fait que le nombre d'opérateurs dans le secteur est resté inchangé depuis 1999. On estime aujourd'hui à environ 3,1 millions le nombre d'abonnements total aux mobiles (ART&P, rapport d'activité 2012). Les technologies utilisées sont régulièrement mises à jour avec de nouveaux services à fortes valeurs ajoutées. Le tarif intra réseau est passé d'environ 200 FCFA en 2005 à 90 FCFA en 2013.

Graphique 31 : Evolution du nombre de téléphones mobiles pour 100 habitants 2002-2012



Sources : ART&P, Rapport OMD 2010

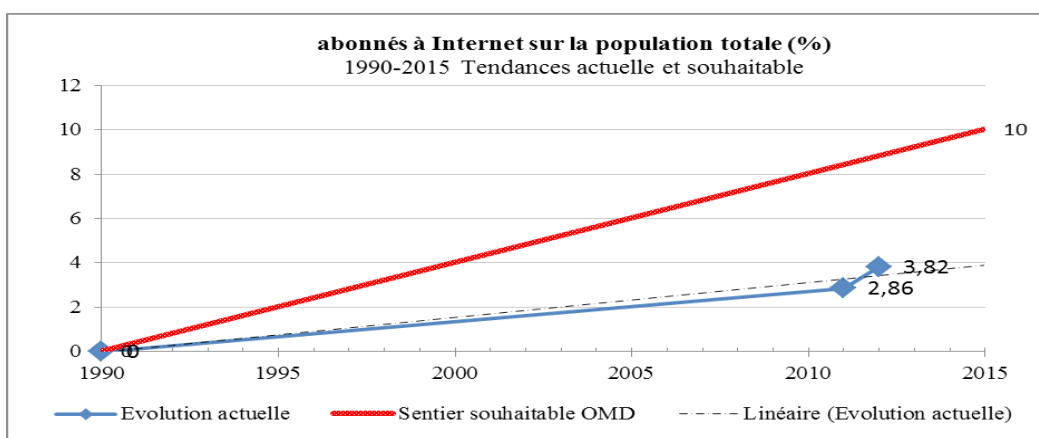
Les raisons sus évoquées expliquent directement la nette augmentation du taux de pénétration du téléphone mobile ces dernières années. Ce taux a avoisiné 51% en 2012 alors qu'il n'était que de 21,7% cinq années plus tôt.

II.8.1.3. Abonnements à Internet pour 100 habitants

Togo Telecom et Café Informatique et Télécommunication animent le marché de l'Internet comme fournisseurs d'accès international et de services Internet en plus d'une demi-douzaine de fournisseurs de services Internet, y compris les opérateurs de réseaux mobiles qui offrent des services Internet mobiles.

Le nombre d'abonnements à Internet sur la population est passé de 2,8% en 2011 à 3,82% en 2012 (voir graphique 32 ci-dessous). La baisse du coût des services d'Internet et l'amélioration de la couverture sur l'étendue du territoire expliqueraient cette évolution positive.

Graphique 32 : Evolution du nombre d'abonnement à internet pour 100 habitants 2011-2012



Source : ART&P, Rapport OMD 2010

Les tarifs de la communication demeurent toutefois élevés comparativement à ceux pratiqués dans la sous-région et à la moyenne de la zone UEMOA. Cette situation ne vaut pas seulement pour le trafic départ, mais également pour le trafic entrant, où le Togo se situe parmi les pays les plus chers en Afrique. Les tarifs d'interconnexion sont de 55 FCFA alors que dans l'UEMOA, ils sont de 27 FCFA en moyenne.

En ce qui concerne le développement des TIC, le secteur a connu l'introduction de la technologie troisième génération (3G) en 2011 par Togocel, l'installation d'un réseau à fibre optique pour desservir toutes les grandes villes du Togo par Togo Télécom, et la participation de ce dernier à la bande passante du câble sous-marin.

II.8.2. Contraintes

Les contraintes liées à l'atteinte de l'OMD 8 sont nombreuses, en l'occurrence :

- la faible diversification et compétitivité des produits d'exportation du Togo ;
- l'absence d'une agence de promotion du commerce extérieur ;
- le retard pris par le Togo dans le développement de son potentiel du commerce par rapport aux pays voisins et d'autres pays en développement ACP et non-ACP ;
- la détérioration des termes de l'échange en raison des faiblesses que présente le tissu industriel du pays ;
- l'absence d'un fonds d'investissement qui devrait aider à mieux canaliser et optimiser les transferts de fonds et encourager la diaspora à réaliser des investissements productifs dans le pays ;
- la faible capacité d'absorption des ressources provenant de l'aide au développement ;
- la situation de monopole de la société d'Etat, Togo Télécom, sur la téléphonie fixe qui entraîne la faible accessibilité de la population aux services des TIC (surtout Internet et le fixe) ;
- le duopole du marché de téléphonie mobile qui ne favorise pas l'accès des consommateurs aux services de téléphonie mobile à des coûts abordables et une diversification des services de communication ;
- la non application effective de certains accords portant sur l'importation de matières scientifiques et culturelles, notamment les accords de Florence qui préconisent la suppression des droits de douanes sur certains matériels informatiques.

II.8.3. Cadre de politique

Dans le souci de recherche et de mobilisation des ressources substantielles permettant de relever les grands défis de développement, le Togo a élaboré la Politique nationale de l'aide au développement en vue de prendre en compte la question de l'efficacité de l'aide, en parfaite cohérence avec les objectifs et les axes de la stratégie nationale de développement.

Il a par ailleurs, adhéré à la Déclaration de Paris et a participé à tous les forums sur l'aide publique au développement. Il s'est également engagé à : (i) mettre en œuvre les recommandations du New Deal, (ii) atteindre les objectifs du programme d'Action d'Istanbul, (iii) prendre en compte les objectifs du consensus de Tunis, (iv) promouvoir une diplomatie active au service du développement, (v) mobiliser la diaspora au service du développement, (vi) mettre en œuvre la politique nationale de l'aide publique au développement.

En outre, le Gouvernement s'est engagé à consolider la paix et à renforcer l'Etat et la confiance mutuelle. Dans cette optique, les actions sont orientées vers la promotion d'une diplomatie active au service du développement à travers le renforcement et la

diversification du réseau des partenaires pour le développement et le renforcement de la gestion axée sur les résultats dans les ambassades.

Un plan stratégique pour la mobilisation de la diaspora a également été élaboré en 2012 afin de permettre l'optimisation de la contribution de la diaspora au développement économique et social du Togo.

II.8.4. Défis et recommandations

Après la longue période de suspension de la coopération du Togo avec ses principaux partenaires, le volume de l'aide publique au développement a connu une croissance durant les cinq dernières années. Le niveau de l'aide commence à stagner, en raison de la raréfaction des ressources octroyées par les pays développés. Les réflexions doivent, de ce fait, s'orienter vers des stratégies de mobilisation de ressources indépendantes de l'aide. Il s'agit, entre autres, de :

- poursuivre et enraciner la culture de reddition de compte visant à accroître le volume de ressources fiscales mobilisées ;
- mettre en place des mesures incitatives en vue d'attirer des investissements directs étrangers dont le volume est encore très faible et favoriser le réinvestissement ;
- mieux canaliser et optimiser les transferts de fonds et encourager la diaspora togolaise à réaliser des investissements productifs ;
- renforcer les capacités de la direction de l'intégration africaine et mettre en place un comité interministériel de suivi-évaluation des politiques d'intégration régionale ;
- assurer une veille stratégique afin de pouvoir bénéficier effectivement de toutes les initiatives communautaires.

Au plan commercial, une importante convention de concession vient d'être signée en octobre 2013 pour la mise en place du guichet unique du commerce extérieur. Ce guichet unique permettra de développer le commerce extérieur à travers la simplification et l'harmonisation des procédures de dédouanement de manière à faciliter les échanges commerciaux. Le défi sera de s'assurer de l'effectivité de la mise en place et du bon fonctionnement de ce guichet.

Afin de faire des TIC un moteur de développement socioéconomique, le défi majeur du Gouvernement sera de :

- accroître la qualité des services offerts et la gamme de prestations en rendant plus compétitifs les prix des services de télécommunications ;
- construire un réseau national et international de télécommunications fiables, et connecté aux autoroutes de l'information ;
- promouvoir les télécommunications comme secteur économique essentiel à l'essor d'une économie compétitive ouverte au monde et où le secteur des services représente une part importante du PIB.

III. Travail inachevé sur les OMD et thématiques émergentes

Au Togo, des avancées ont été obtenues en ce qui concerne les OMD. L'incidence de la pauvreté a été réduite, les taux de scolarisation ont augmenté, une attention particulière a été portée au genre, la santé maternelle s'est légèrement améliorée, la tendance du VIH/sida a été renversée. La cible relative à la malnutrition a été atteinte et d'autres cibles le seront probablement à l'horizon 2015.

Les contraintes relevées sont essentiellement liées au manque de ressources, à la faiblesse des capacités techniques, à la vulnérabilité de l'économie nationale aux différents chocs (internationaux, climatiques) etc.

Les discussions relatives aux OMD permettent de relever que ceux-ci ont :

- mobilisé l'attention des acteurs nationaux et internationaux sur les plus pauvres et les marginalisés ;
- favorisé l'accroissement du volume de l'aide au développement ;
- promu la gestion axée sur les résultats en conduisant le pays à adopter des systèmes de suivi-évaluation plus performants.

Toutefois, des critiques ont été formulées à l'endroit des OMD et celles-ci concernent :

- les problèmes d'appropriation et de leadership de ces OMD ;
- la non prise en compte de plusieurs questions, jugées indispensables au développement telles que celles relatives à la gouvernance et la recherche;
- l'attention disproportionnée des OMD aux secteurs sociaux au détriment des secteurs productifs, rendant non durables les résultats obtenus ;
- la négligence des aspects qualitatifs et des questions relatives aux inégalités autres que celles liées au genre ; en matière d'éducation par exemple, l'accent a été mis sur l'accroissement des taux de scolarisation, sans s'intéresser aux acquis cognitifs.

L'analyse des conclusions et discussions en cours au niveau international sur l'agenda post 2015, permet de dégager quatre principales options :

- retenir les OMD dans leur configuration actuelle ;
- reformuler les OMD de manière à tenir compte d'un certain nombre d'observations ;
- élaborer un nouveau programme comportant de nouveaux objectifs ;
- Pour les pays africains, intégrer les OMD dans le NEPAD.

A deux ans de 2015 (date butoir d'atteinte des OMD), le Togo est impliqué dans les discussions internationales sur l'agenda de développement qui succédera aux OMD. A cet effet, il fait partie des pays retenus par les Nations Unies pour mener

des consultations nationales sur le sujet.

Un processus inclusif de consultations a été organisé à cet effet, en vue de faire participer différents groupes cibles de la population aux réflexions sur les défis du développement. Ces opérations se sont déroulées de janvier à mai 2013 sur toute l'étendue du territoire togolais et ont offert aux populations consultées une tribune pour exprimer librement leurs visions sur l'avenir du Togo.

L'exercice a permis de recueillir les aspirations et attentes des populations en ce qui concerne l'agenda international sur le développement. Ces consultations, ont permis de mettre l'accent sur les thématiques suivantes :

1. Sécurité alimentaire

En dépit des actions menées par le Gouvernement des efforts restent à fournir pour atteindre quelques cibles des OMD en 2015

Elle demeure au cœur des préoccupations des togolais et a été relevée dans presque tous les groupes consultés. L'agriculture constitue le socle de cette sécurité alimentaire.

Pour les togolais, il s'agira de : (i) rendre disponible les intrants, (ii) promouvoir et vulgariser les nouvelles techniques culturales permettant d'améliorer la productivité agricole, (iii) garantir aux agriculteurs l'accès au crédit adapté à leur domaine d'activité (nature des garanties exigées, calendrier des remboursements du principal de la dette), (iv) soutenir les organisations d'agriculteurs, (v) cibler également l'accroissement de la production animale en favorisant l'accès aux pâturages et en remédiant aux problèmes d'ensablement des cours d'eau où se pratique la pêche, (vi) mettre l'accent sur la construction de marchés et la réalisation des infrastructures de stockage, et (vii) des infrastructures routières pour faciliter l'écoulement des productions.

Un secteur privé fort appuiera cette quête de sécurité alimentaire en transformant les produits agricoles en vue d'accroître leur valeur ajoutée. Le financement du secteur privé doit être revu pour faciliter l'accès au financement des jeunes et des personnes traditionnellement exclues du système financier bancaire.

2. Emplois décents

Les actions doivent permettre de générer des emplois décents et de développer un partenariat entre le secteur privé et les universités et instituts de recherche. Il s'agit de favoriser la création d'emplois stables et d'encourager l'émergence des partenariats entre le monde de l'entreprise et celui des universités et instituts supérieurs de formation en vue d'une adéquation des modules de formation avec les besoins du marché du travail. Un système veillant à proposer une formation professionnalisante et un accès à l'enseignement professionnel de qualité, mérite d'être encouragé. Les formations pratiques, adaptées aux entreprises installées sur le territoire national et la qualité de la main d'œuvre formée, entre autres, doivent pouvoir attirer les investissements directs étrangers. Les infrastructures éducatives et le personnel doivent répondre aux normes de qualité qu'exigent de tels objectifs.

3. Education de qualité pour tous

Les efforts pour améliorer l'accès à l'éducation doivent se maintenir grâce à des infrastructures éducatives en quantité suffisante et le recrutement d'enseignants bien formés. Ces structures doivent être dotées d'équipements scolaires afin de rendre plus pratique la formation. Les enseignants doivent bénéficier d'un renforcement continu de leurs capacités. L'enseignement supérieur ne devra pas être ignoré et l'accent devra porter sur la « Recherche et le Développement » (R&D) et le partage des résultats avec les autres institutions d'enseignement supérieur. Des mesures visant à renforcer l'équité par l'inclusion des filles et des personnes vulnérables devraient être intégrées.

4. Santé

Elle constitue également un aspect à améliorer et il faudra, en dehors des maladies transmissibles, mettre l'accent sur les maladies non transmissibles qui prennent de l'ampleur. Il s'agira de s'appesantir sur la question de la qualité des services de santé fournis, les équipements utilisés dans le secteur et l'accessibilité des soins à tous, aussi bien financièrement que géographiquement. Les couches les plus vulnérables de la société (personnes âgées, PVVIH, OEV etc.) devraient être privilégiées dans l'accès à ces services.

5. Promotion de l'équité genre

Il s'agira de garantir l'égalité des chances entre les hommes et les femmes en assurant l'indépendance économique des femmes, leur accès dans des conditions d'égalité aux ressources économiques (notamment terre, crédit, formation). Il faudrait par ailleurs, mettre l'accent sur les dispositions à prendre pour le maintien des filles dans le système éducatif.

6. Développement durable

L'environnement et le développement n'ont souvent pas été traités conjointement. Les actions devront intégrer les aspects économiques, sociaux et environnementaux dans un cadre unique promouvant le développement durable. Il faudrait également poursuivre la lutte contre la dégradation des ressources naturelles et le changement climatique.

7. Eau et assainissement

L'accès à l'eau potable et à l'assainissement demeure une préoccupation des populations. Il s'agira de poursuivre la réalisation et la réhabilitation des infrastructures permettant d'assurer un accès de tous à l'eau potable et aux services d'assainissement.

Au Togo, des avancées ont été obtenues en ce qui concerne les OMD

8. Gouvernance et droits humains

Ils constituent les nouvelles thématiques qu'il faudrait intégrer à l'agenda international de développement post 2015. Une meilleure gouvernance aussi bien politique, économique que locale permettra de garantir la stabilité de l'environnement, mais aussi de promouvoir un secteur privé plus dynamique, capable de relever le défi du chômage de masse et de l'employabilité des jeunes et de transformer les togolaises et togolais en acteurs majeurs de leur propre développement. Il s'agira de viser la promotion des droits de l'Homme et des droits des enfants et de renforcer la bonne gouvernance. Il faudra également assurer une meilleure redistribution de la richesse créée, la reddition de comptes par les institutions publiques et autres parties prenantes, la lutte contre la corruption, l'accès à une justice équitable.

Conclusion

L'adoption des OMD a influencé les politiques nationales de développement du Togo, qui se sont davantage intéressées à la situation des personnes pauvres. Dans l'ensemble, des progrès ont été réalisés depuis 2010 vers l'atteinte de chaque OMD.

En ce qui concerne l'OMD 1 et pour l'atteinte de la cible 1.C, le Togo a réalisé des progrès considérables en réduisant de près de moitié, la prévalence de l'insuffisance pondérale, qui est passée de 26% à 16,6% en quatre (04) ans entre 2006 et 2010. Toutefois, l'incidence de la pauvreté (relative à la cible 1.A), reste élevée (58,7% en 2011) en dépit des efforts qui ont permis de la réduire de trois (03) points par rapport à sa valeur de 2006.

En matière d'éducation, il est à noter qu'en raison de la progression quelque peu mitigée, les résultats sont en deçà des attentes pour l'atteinte de l'OMD 2 en 2015. Le taux net de scolarisation se situe à 83,9% en 2012 contre 86% en 2011 et 87,8% en 2010 et celui de l'alphabétisation des 15-24 ans à 79,7% en 2011 contre 77,5% en 2006.

S'agissant de la promotion de l'égalité du genre (OMD 3), le ratio filles/garçons dans l'enseignement primaire qui s'élève à 98% en 2012, indique que la cible de 100% en 2015 pourrait être atteinte si les efforts se poursuivent. Les proportions des femmes salariées dans le secteur non agricole (25,35%) et des sièges occupés à l'Assemblée Nationale (15,38%) en 2013 indiquent que la cible de 50% ne sera pas atteinte dans deux ans, étant donné que le mandat de l'Assemblée Nationale actuelle arrivera à échéance en 2018.

L'OMD 4, relatif à la réduction de la mortalité des enfants de moins de cinq ans est malheureusement, celui où pratiquement tous les indicateurs ont stagné ou régressé. La seule avancée notable concerne le taux de couverture vaccinale contre la rougeole qui a augmenté de cinq (05) points entre 2006 et 2011, passant de 63,1% à 68,3%.

Dans le cadre de l'amélioration de la santé maternelle, les résultats des enquêtes révèlent une timide amélioration des indicateurs dont la majorité n'a progressé qu'entre un (01) et trois (03) points. Les principales améliorations dans l'OMD 5 concernent le taux de mortalité maternelle et la couverture des soins prénatals.

Toujours dans le domaine de la santé, et s'agissant de la lutte contre le VIH/sida, le paludisme et d'autres maladies (OMD 6), les résultats sont prometteurs. D'abord, la prévalence du VIH a été fortement réduite depuis 2000. Ensuite, s'agissant de la lutte contre le paludisme, la proportion des enfants de moins de cinq ans qui dorment sous une moustiquaire imprégnée s'est nettement appréciée et a atteint 57,1% en 2010. Enfin, les enquêtes sur l'évolution de la tuberculose indiquent une amélioration du taux de guérison et du taux de létalité, et la régression des pertes de vies.

S'agissant de l'OMD 7, les résultats des enquêtes révèlent une amélioration – bien que faible - des indicateurs relatifs aux cibles 7.C et 7.D en matière d'accès à une

source d'eau potable et à l'utilisation des infrastructures d'assainissement, et à la présence de taudis dans les zones urbaines. En revanche, la proportion des écosystèmes forestiers protégés a diminué passant de 14,2% en 1992 à 7,1% depuis 2005.

Les résultats portant sur l'OMD 8 indiquent que des progrès ont été réalisés en matière de consolidation du partenariat entre le Togo et le Reste du Monde. Le secteur de la téléphonie mobile a connu une croissance remarquable avec un taux de pénétration mobile d'environ 51% en 2012 (contre 21,7% en 2007). Toutefois, des efforts restent à fournir en ce qui concerne la diffusion des nouvelles technologies de l'information et de la communication notamment l'Internet.

En somme, il ressort des conclusions que les OMD 1, 2, 3 et 6 sont ceux dans lesquels les avancées ont été notables contrairement aux OMD 4 et 5 où les indicateurs ont stagné, voire même régressé. S'agissant des OMD 7 et 8, le rapport révèle des avancées partielles en fonction des différentes cibles.

En dépit des actions menées par le Gouvernement en la matière, des efforts restent à fournir; auquel cas, le Togo ne pourrait atteindre que quelques cibles des OMD en 2015⁷.

Le renforcement des actions visant l'atteinte des OMD constitue une nécessité afin d'améliorer les conditions de vie des populations au vu de leurs attentes pour l'après 2015.

⁷ Une vue d'ensemble de la situation des OMD au Togo est présentée en annexe

Références bibliographiques

Autorité de Réglementation des Postes et de télécommunications (ARTP), (2012), *Rapport d'activités exercice 2011, juin 2012, Bakusa, D. (2012), Evaluation rapide de la mise en œuvre du cadre d'accélération des OMD 4 et 5: Réduction de la mortalité infantile et amélioration de la santé maternelle* 23 août 2012

Banque de France (2012), *Rapport annuel de la Zone Franc 2011,*

Banque Mondiale (2012) *Revue diagnostique des dépenses publiques de base dans le secteur agricole : rapport final, Janvier 2012*

Banque Mondiale (2010), *TOGO relancer les secteurs traditionnels et préparer l'Avenir: Une Stratégie de Croissance Tirée par les Exportations, Mémoire Economique du Pays et Etude Diagnostique pour l'Intégration du Commerce, Rapport No. 53711 – TG 2010*

BCEAO Direction Nationale pour le TOGO (2012), *Enquête sur les envois de fonds des travailleurs migrants (Rapport final)*

BCEAO (2013), *Perspectives Economiques des Etats de l'Union Economique et Monétaire Ouest Africaine en 2013, janvier 2013*

CADERDT (2012), *Guide méthodologique d'élaboration des politiques sectorielles, novembre 2012*

CNLS (2012), *Rapport REDES*

Harold, C. et Chata, M. (2012), *Togo : profil de pauvreté 2006-2011, PNUD Togo*

Michal Andrie and Antonio C.(2012), *As You Sow So Shall You Reap: Public Investment Surges, Growth, and Debt Sustainability in Togo, 2012 International Monetary Fund*

Ministère de l Economie et des Finances (2012), *Rapport analytique sur la dette publique, mai 2012*

Ministère de la Planification, du Développement et de l Aménagement du Territoire(2007), *Enquête par grappes à indicateurs multiples (MICS) 2006*

Ministère de la Santé, Principaux indicateurs de santé 2011, octobre 2012

Ministère de la Santé, Plan National de Développement Sanitaire du Togo : 2012-2015 Février 2012

Ministère de la Santé (2013), *Annuaire statistique 2012, mars 2013*

Ministère des Enseignements Primaire, secondaire et de l alphabétisation (2012), *Tableau de bord de l éducation au Togo, les indicateurs de 2011-2012, novembre 2012*

PNLP (2013), *Rapport annuel des activités 2012*

PNLS/IST (2013), *Rapport annuel des activités 2012*

PNUD (2008), *Rapport de suivi des OMD au Togo, décembre 2008*

PNUD (2010), *Rapport de suivi des OMD, avril 2010*

PNUD (2013), *Addendum 2013 aux directives concernant les rapports des pays sur les OMD*

Secrétariat Technique du DSRP (2012), *Contribution à l élaboration du DSRP II, rapport du comité sectoriel « Agriculture, Sécurité alimentaire et nutritionnelle », mars 2012*

Secrétariat Technique du DSRP (2012), *Stratégie de Croissance Accélérée et de Promotion de l Emploi (2013-2017), septembre 2012*

Université de Lomé, URD, (2012), *Evaluation MILDA/TOGO Annexes*

Crédits photos : Giacomo Pirozzi/Myriam Asmani/Emile Kenkou

Annexe 1: Vue d'ensemble des OMD au Togo

Objectifs	Cibles retenues pour l'analyse	Indicateurs retenus au Togo	valeur de référence	Valeur intermédiaire de comparaison	Dernière valeur de suivi	Valeur cible OMD en 2015
1. Eliminer l'extrême pauvreté et la faim	1. A : Réduire de moitié, entre 1990 et 2015, la proportion de la population dont le revenu est inférieur à un dollar par jour	1.1 Incidence de la pauvreté monétaire	32,20% (1990) 61,7% (2006)	61,7% (2006)	58,7% (2011)	30,9%
	1. C : Réduire de moitié, entre 1990 et 2015, la proportion de la population qui souffre de la faim	1.8 Prévalence de l'insuffisance pondérale chez les enfants de moins de cinq ans	32,8% (1995)	26,0 % (2010)	16,6% (2010)	16,4%
2. Assurer l'éducation primaire pour tous	2. A: D'ici à 2015, donner à tous les enfants, garçons et filles, partout dans le monde, les moyens de terminer un cycle complet d'études primaires	2.1 Taux net de scolarisation dans le primaire	67% (1991)	73,7% (2006)	83,9%** (2012)	100%
		2.2 Taux d'achèvement au primaire	ND	57%	75,7% (2012)	100%
		2.3 Taux d'alphabétisation des 15 à 24 ans	63,30% (1990)	77,5%	79,7% (2011)	100%
3. Promouvoir l'égalité des sexes et l'autonomisation des femmes	3. A : Eliminer les disparités entre les sexes dans l'enseignement primaire et secondaire d'ici 2005 si possible, et à tous les niveaux de l'enseignement en 2015 au plus tard	3.1 Rapport fille-garçon dans l'enseignement primaire	0,65	0,92 (2006)	0,98 (2012)	1
		3.1 bis. Rapport fille-garçon dans le secondaire	0,41	0,80 (2006)	0,71 (2012)	1
		Taux d'alphabétisation des femmes de 15 à 24 ans par rapport aux hommes	0,60	0,81 (2006)	0,84 (2011)	1
		3.2 Proportion de femmes salariées dans le secteur non agricole	ND	23,9% (2006)	25,35% (2011)	50%
		3.3 Proportion de sièges occupés par des femmes à l'assemblée nationale	4%	11,11% (2007)	15,4% (2013)	50%

Objectifs	Cibles retenues pour l'analyse	Indicateurs retenus au Togo	valeur de référence	Valeur intermédiaire de comparaison	Dernière valeur de suivi	Valeur cible OMD en 2015
4. Réduire la mortalité des enfants	4. A: Réduire de deux tiers, entre 1990 et 2015, le taux de mortalité des enfants de moins de cinq ans	4.1 Taux de mortalité des enfants de moins de cinq ans	158‰	123‰ (2006)	124‰ (2010)	51%
		4.2 Taux de mortalité infantile	80‰	770 (2006)	78‰ (2010)	29‰
		4.3 Proportion d'enfants d'un an vaccinés contre la rougeole	64,60%	63,1% (2006)	68,3% (2010)	100%
5. Améliorer la santé maternelle	5. A : Réduire de trois quarts, entre 1990 et 2015 le taux de mortalité maternelle	5.1 Nombre des décès maternels sur 100.000 naissances vivantes	478 (1998)	350 (2008)	300 (2011)	143
		5.2 Proportion d'accouchements assistés par du personnel de santé qualifié	49% (1998)	62,0% (2006)	59,4% (2011)	82,7%
6. Combattre le VIH/SIDA, le paludisme et autres maladies	6. A: D'ici 2015, arrêter la propagation du VIH/SIDA et commencer à inverser la tendance actuelle	6.1 Taux de prévalence du VIH parmi la population sexuellement active (15-49 ans)	6,0%	4% (2006)	3,0% (2012)	≤ 2%
	6 C : D'ici à 2015, avoir maîtrisé le paludisme et d'autres grandes maladies et avoir commencé à inverser la tendance actuelle	Traitement préventif intermittent du paludisme chez les femmes enceintes				
		6.7 Enfants de moins de cinq ans dormant sous une moustiquaire imprégnée d'insecticide	ND	38% (2006)	74,7% (2010)	≤90%
		6.8 Proportion d'enfants de moins de cinq ans atteints de fièvre et traités aux moyens des médicaments antipaludéens appropriés	ND	48% (2006)	33,8% (2010)	≤90%

Objectifs	Cibles retenues pour l'analyse	Indicateurs retenus au Togo	valeur de référence	Valeur intermédiaire de comparaison	Dernière valeur de suivi	Valeur cible OMD en 2015
7. Assurer un environnement durable	7. A: Intégrer les principes du développement durable dans les politiques et programmes nationaux et inverser la tendance à la déperdition des ressources environnementales	7.1 Proportion des écosystèmes forestiers protégés	14,2% (1990)	7,1% (2005)	7,1% (2005)	10%
	7. C : Réduire de moitié, d ici à 2015, le pourcentage de la population qui n a pas accès de façon durable à un approvisionnement en eau potable ni à des services d assainissement de base	7.8 Proportion de la population qui utilise une source d eau potable	55% (1996)	47,6% (2006)	56,1% (2011)	75%
	7. D : Améliorer sensiblement, d ici à 2020, les conditions de vie d au moins 100 millions d habitants de taudis	7.9 Proportion de la population disposant d installations sanitaires améliorées	37% (1996)	31,7% (2006)	34,9% (2010)	50%
8. Mettre en place un partenariat mondial pour le Développement	8. F: En coopération avec le secteur privé, faire en sorte que les avantages des nouvelles technologies, en particulier des technologies de l information et de la communication, soient accordés à tous.	8.1 Nombre de lignes téléphoniques fixes pour 100 habitants	ND	1,82% (2006)	4,01% (2012)	100%
		8.2 Abonnés à un service de téléphonie mobiles pour 100 habitants	0	21,7% (2006)	50,6% (2012)	100%

NB.: La valeur de référence de l incidence de la pauvreté était de 32,2% en 1990 mais en raison de l aggravation de la pauvreté due aux crises socio-politiques des années 90 et de la première moitié des années 2010, l incidence de la pauvreté a atteint 61,7% en 2006 et c est cette dernière que le Togo a retenue finalement comme référence pour calculer la cible de 2015.


Annexe 2 : Source des principaux indicateurs de suivi des OMD

Indicateurs retenus au Togo et renseignés	Valeur de Référence	Années				
		2006	2008	2010	2011	2012
Incidence de la pauvreté monétaire	BM (1990)	QUIBB			QUIBB	
Ratio emploi-population		QUIBB			QUIBB	
Proportion d'enfants souffrant d'une insuffisance pondérale	FAO (2013)	MICS		MICS		
Taux net de scolarisation dans le primaire	MEPSA (1991)	MEPSA			MEPSA	MEPSA
Taux d'achèvement au primaire	ND	MEPSA				
Taux d'alphabétisation des 15 à 24 ans		QUIBB			QUIBB	
Indice de parité fille-garçon dans le primaire	MEPSA (1991)	MEPSA				MEPSA
Indice de parité fille-garçon dans le secondaire	MEPSA (1991)	MEPSA				MEPSA
Taux d'alphabétisation des femmes de 15 à 24 ans par rapport aux hommes		QUIBB			QUIBB	
Pourcentage de femmes salariées dans le secteur non agricole	ND	QUIBB			QUIBB	
Proportion de sièges occupés par des femmes à l'assemblée nationale	Assemblée Nationale	Assemblée Nationale				
Taux de mortalité des enfants de moins de cinq ans		MICS		MICS		
Taux de mortalité infantile		MICS		MICS		
Taux de couverture vaccinale contre la rougeole		MICS		MICS		
Nombre des décès maternels pour 100.000 naissances vivantes	EDST (1998)		Inter Agency Estimates			
Proportion d'accouchements assistés par du personnel de santé qualifié	EDST (1998)	MICS		MICS		
Taux d'utilisation de contraceptifs		MICS		MICS		
Taux de natalité parmi les adolescentes		MICS		MICS		
Couverture des soins prénatals		MICS		MICS		
Besoin non satisfaite de planification familiale		MICS		MICS		
Taux de prévalence du VIH parmi la population sexuellement active (15-49 ans)	CNLS/IST	PNLS/IST			PNLS/IST	
Traitement préventif intermittent du paludisme chez les femmes enceintes	ND	MICS		MICS		
Enfants de moins de cinq ans dormant sous une moustiquaire imprégnée	ND	MICS			MICS	
Proportion des enfants de moins de 5 ans atteints de fièvre et traités avec des antipaludiques appropriés	ND	MICS			MICS	
Part des superficies des écosystèmes protégés	RAPPORT OMD 2008	RAPPORT OMD 2010		FAO		
Proportion de la population qui utilise une source d'eau potable	MICS (1996)	QUIBB				QUIBB
Proportion de la population disposant d'installations sanitaires améliorées	MICS (1996)	MICS			MICS	
Nombre de lignes téléphoniques fixe pour 100 habitants	ND	ART&P	ART&P			
Nombre de téléphones mobile pour 100 habitants		ART&P	ART&P			



Ministère de la Planification du développement et de l'Aménagement du territoire


Immeuble du CASEF, 7ème étage, Côté Plan, B.P. 1667-Lomé

 +228 22 20 67 25

 +228 22 20 67 23



Système des Nations Unies au Togo
Bureau du Coordinateur Résident
40, Avenue des Nations Unies
B.P. 911 Lomé-Togo

 +228 22 21 20 22
+228 22 22 67 69

 +228 22 21 16 41
 www.tg.undp.org