



RÉPUBLIQUE TOGOLAISE

DIVIDENDE DEMOGRAPHIQUE ET BUDGETISATION SENSIBLE A LA SANTE DE LA REPRODUCTION AU TOGO

Policy Brief N°02/PO-MFG/UNFPA-WCARO/CREG/TGO



© OMS TOGO



DIVIDENDE DEMOGRAPHIQUE ET BUDGETISATION SENSIBLE A LA SANTE DE LA REPRODUCTION AU TOGO

CONTEXTE

Au Recensement Général de la Population et de l'Habitat de 2010, la population résidente du Togo est estimée à 6 191 155 habitants. Cette population est composée de 3 009 095 hommes soit 48,6% contre 3 182 060 femmes soit 51,4% de la population totale. Cette population féminine est composée de 585 582 femmes de 15-24 ans et 1 545 933 femmes de 15-49 ans.

L'une des caractéristiques majeures de la population est sa croissance relativement forte ; en 29 ans (de 1981 à 2010), la population résidente a plus que doublé. Elle est passée de 2 719 567 habitants à 6 191 155 habitants, ce qui correspond à un taux de croissance annuel moyen de 2,84%. L'extrême jeunesse est l'une des implications de cette croissance de la population. En effet, 60% de la population sont âgés de moins de 25 ans et 42% âgés de moins de 15 ans. La proportion des enfants de moins de 5 ans est estimée à 15% de la population totale. La population active (15-64 ans) représente 54% de la population totale. Quant aux personnes âgées, leur part dans la population totale n'est que de 4%. Il a été constaté un léger changement dans la structure par âge de la population entre 1981 et 2010. Les pourcentages cités précédemment ont fléchi par rapport à ceux de 1981 où les moins de 15 ans représentaient 50% et les moins de 25 ans 67%. Ce fait majeur confirme la tendance à la baisse de la fécondité observée depuis quelques années.

En 2010, le milieu rural concentre une population résidente de 3 856 660 habitants soit 62,3% de la population totale contre 74,8% en 1981. Les centres urbains (définis comme les chefs-lieux de préfecture et la capitale) sont peuplés en 2010 de 2 334 495 habitants, soit 37,7% de la population.



Un système de santé est un ensemble des moyens et activités mis en place pour offrir à la population des biens et services de santé en qualité et à moindre coût. A l'instar de nombreux pays d'Afrique subsaharienne, le système de santé togolais reste confronté à un certain nombre de défis à relever, dont celui de l'accessibilité des populations aux formations sanitaires. En effet, une personne sur trois (33%) se soigne dans une formation sanitaire publique (EDS, 2013-2014). D'après QUIBB 2011, seulement 42 % des ménages ont accès aux structures de santé. Les conditions se sont dégradées entre 2006 et 2011 car 62% des ménages avaient facilement accès à un centre de santé en 2006. A ces difficultés s'ajoutent également celles financières. Selon les Comptes de la Santé de 2008, les ménages togolais supportent encore le financement de la santé (51% des dépenses de santé).

Une faible disponibilité des ressources humaines est un autre défi à relever par le système de santé. Selon le PNDS 2012-2015, on observe une inégale répartition du personnel médical quand bien même que les ratios par habitant s'approchent des normes de l'OMS, la majorité du personnel exerçant dans la capitale (en 2010, près de 70% des médecins, généralistes et spécialistes, publics et privés, travaillaient à Lomé).



Par ailleurs, l'État reste le principal fournisseur de soins au Togo avec 67% du total de l'offre de services de soins en 2009. Le secteur privé, en majorité à but lucratif, assure 33% de l'offre et est surtout concentré dans la capitale et ses environs (EDS, 2013-2014). Il existe également un secteur privé de soins traditionnels reconnu et très sollicité par les populations surtout en zones rurales.

D'après les études de AgirPF et E2A (2015), le Togo est aussi confronté à des problèmes relatifs à la santé sexuelle et reproductive, notamment des mariages précoces et des grossesses chez les adolescentes, l'âge précoce du premier rapport sexuel, et le manque d'une bonne éducation en matière de prévention. Selon le rapport de MICS de 2017, 46% des femmes et 35% des hommes de 15-19 ans ont déjà eu des rapports sexuels ; 15% des femmes et 12% des hommes ont leur premier rapport sexuel avant l'âge de 15 ans, et 38% des femmes et 51% des hommes entre 15 et 24 ans rapportent avoir utilisé un préservatif lors de leur dernier rapport sexuel. Le taux de fécondité chez les adolescentes de 15-19 ans pour la période de 01 ou 03 ans précédant l'enquête était de 79 naissances pour 1 000 femmes pour l'ensemble du pays. Ce taux est plus élevé en milieu rural avec 103 naissances contre 53 naissances pour le milieu urbain. On estime que 37% des femmes et 23% des jeunes hommes ont une connaissance approfondie de la transmission du VIH, mais seulement 59% des femmes de 15-49 ans ont eu un test de dépistage du VIH et en connaissent le résultat.

Le taux de prévalence de la contraception parmi les femmes mariées/en union est de 21,4% pour les méthodes modernes (MICS, 2017). Les deux méthodes modernes les plus fréquemment utilisées par les femmes en union sont les injectables (7 %) et l'implant (5%). Parmi les utilisatrices actuelles de méthodes contraceptives modernes, 53% s'approvisionnent dans le secteur public, 21% dans le secteur privé et 25% auprès d'autres sources non médicales. De plus, il est estimé que 34% des femmes en union ont des besoins non satisfaits en matière de planification familiale, soit 22% pour l'espacement des naissances et 12% pour la limitation. Enfin, au cours des derniers

mois ayant précédé l'enquête, 79% des femmes et 48% des hommes ont déclaré ne pas avoir été exposés à des messages relatifs à la planification familiale, ni par le biais de journaux/magazines, ni par la radio, ni par la télévision.

En outre, selon EDS 2013-2014 du Togo montre également que près d'une femme en union sur trois (32%) ne désire plus avoir d'enfants et plus d'une femme en union sur trois (37%) souhaite espacer la prochaine naissance d'au moins deux ans. En somme, 69% des femmes en union sont des candidates potentielles à la planification familiale. Pour l'ensemble du pays, 72% des naissances ayant eu lieu au cours des cinq dernières années avant l'EDST-III ont eu lieu au moment voulu, 22% plus tôt que souhaité et 6% étaient non désirées. Le nombre idéal moyen d'enfants par femme (4,3) est inférieur à l'indice synthétique de fécondité (4,8). Si toutes les naissances non désirées étaient évitées, l'ISF serait de 4,1 au lieu 4,8 enfants par femme.

BRÈVE REVUE DE LITTÉRATURE

A la lumière de la littérature existante sur les déterminants de l'utilisation des produits de la santé de reproduction, il ressort que la connaissance et les souhaits de la jeune femme, les souhaits de son partenaire, de sa famille et de ses amies et la dynamique du pouvoir au sein de son mariage et dans son foyer ainsi que l'environnement plus large dans lequel elle vit, les interactions entre les prestataires de santé et les clientes, les politiques et réglementations régissant la prestation de services qui soit favorisent soit limitent les capacités des clientes à prendre des décisions concernant leur fécondité et à recevoir les services, sont entre autres les facteurs favorisant ou entravant l'utilisation de ces services (E2A, 2017).

L'étude de Abdou et al. (2003) sur l'utilisation des méthodes contraceptives par les jeunes femmes de Lomé montre que 318 sur 500 (soit 63,6%) des jeunes et adolescentes vivaient en copinage ; 93,4% des interviewées connaissaient le préservatif masculin et 68,2% la méthode du calendrier mais elles étaient peu nombreuses à les utiliser (respectivement 33,6% et 31,8%). Les interviewées décidaient avec leurs partenaires (37%) ou seules (28%) de l'utilisation d'une méthode contraceptive. Par ailleurs, 3,8% des enquêtées ont déclaré s'approvisionner dans un centre de santé et 20,6% à la pharmacie ou au marché. Le manque de moyens, d'informations et d'intérêt, voire l'absence de besoins de rapports sexuels, étaient les principales raisons de la faible utilisation tant des centres de santé (dont le taux de fréquentation était de 10,4%), que, surtout, des méthodes contraceptives moderne (11,2%). Le faible taux d'utilisation des services était lié au fait que les jeunes et adolescentes, en dehors du préservatif masculin, utilisaient moins les autres méthodes modernes.

Sur la base des résultats de l'EDS 2013-2014, les informations recueillies montrent que le nombre d'enfants vivants est un facteur de l'utilisation de la planification familiale. Au-delà de 3 enfants, la prévalence contraceptive ne varie pratiquement plus. La prévalence contraceptive est de 23% chez les femmes ayant 3-4 enfants ou plus. Par contre, entre les femmes sans enfant et celles en ayant 1 ou 2, la prévalence passe de 3% à 18%. Cette prévalence varie également selon le milieu de résidence. On constate en effet que la prévalence contraceptive est moins élevée en milieu rural (19%) qu'en milieu urbain (22%). Les femmes en union sans instruction ont une prévalence contraceptive plus faible (14%) que celles ayant un niveau d'instruction primaire (22%) et celles ayant un niveau d'instruction secondaire ou plus (26%). En outre, le niveau de vie

des ménages influe sur l'utilisation de la planification familiale. Les femmes des ménages classés dans le quintile de bien-être économique le plus bas ont moins recours à la contraception (17%) que celles des ménages du quintile le plus élevé (25%).



Aboubakari (2015), dans son étude sur la santé sexuelle et reproductive des jeunes en milieu scolaire à Kara, révèle que les préservatifs (78,2%) et les pilules (62,6%) étaient les méthodes les plus connues. Seuls 46,5% des filles contre 68,9% des garçons avaient déclaré utiliser un préservatif au dernier rapport sexuel ; 32,9% des filles avaient porté au moins une grossesse. Parmi elles, 80,6% avaient pratiqué au moins un avortement provoqué clandestin. En effet, les élèves du Lycée Kara I ont une bonne connaissance en santé sexuelle et reproductive mais nombreux adoptent des comportements sexuels à risque.

ANALYSE DU CYCLE DE VIE ÉCONOMIQUE

Le dividende démographique (DD) désigne l'accélération de la croissance économique résultant d'une modification de la structure par âge d'une population suite à la baisse de la mortalité et de la natalité. La mesure du DD est opérationnalisée à partir des comptes nationaux de transfert (NTA ou National Transfer Accounts). Les NTA sont un outil permettant de comprendre la façon dont les flux économiques circulent entre les différents groupes d'âge d'une population pour un pays et pour une année donnée. Ils indiquent notamment à chaque âge les différentes sources de revenus et les différents usages de ces revenus en termes de consommation, que celle-ci soit privée ou publique, et d'épargne (United Nations, 2013). Ils permettent ainsi d'étudier les conséquences liées aux modifications de la structure par âge de la population.

La construction des NTA du Togo a permis d'analyser la consommation et le revenu du travail en fonction de l'âge des individus afin de repérer les groupes d'âge qui présentent un déficit de ressources et qui sont donc en situation de dépendance économique, et ceux qui dégagent un excédent de ressources permettant de "subventionner" les premiers. Les différents profils de consommation et de revenu du travail sont analysés au niveau microéconomique (individu) et macroéconomique (national). Au-delà de cette analyse du cycle de vie, les NTA ont également montré, à partir des projections démographiques, l'évolution du DD du Togo, et donc l'impact du changement de sa pyramide des âges sur la croissance économique du pays.

Encadré 1 : Notion de déficit de cycle de vie

Le déficit du cycle de vie pour les individus d'un âge a donné, noté LCD , se définit comme la différence de leur consommation $C(a)$ et leur revenu du travail $YL(a)$:

$$LCD(a) = C(a) - YL(a)$$

La consommation $C(a)$ comprend la consommation privée et publique d'éducation, de santé et autres (logements, électricité et eau, consommation non alimentaires et alimentaires, etc.).

Le revenu du travail $YL(a)$ est composé du salaire, des indemnités, de la cotisation de l'employeur aux programmes de prestations publiques (par exemple, les pensions et les soins de santé) et du revenu d'un travail indépendant.

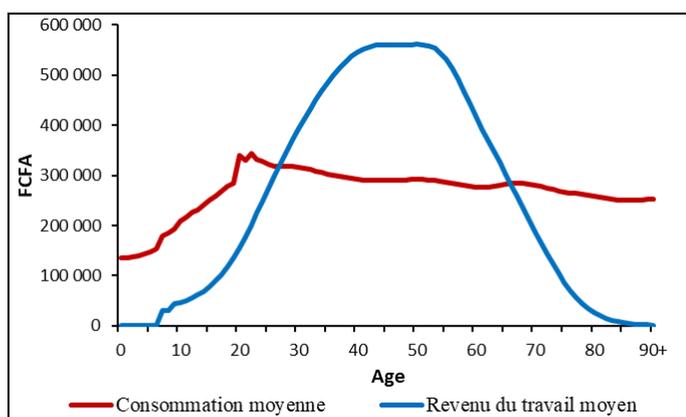
Le déficit du cycle de vie permet d'analyser les besoins de consommation à satisfaire à chaque âge en respectant le niveau des agrégats de consommation et de revenu du travail des comptes nationaux. Il permet également d'identifier les personnes qui sont économiquement dépendantes et celles qui ne le sont pas. En effet, la dépendance économique est une situation où un individu a une consommation qui excède son revenu du travail. C'est le cas des enfants et des personnes âgées par exemple.

Un important déficit des jeunes représentant 29% du PIB

La superposition des courbes de consommation et de revenu du travail au niveau moyen (Graphique 1) et au niveau agrégé (Graphique 2) permet de déceler deux phases de la dépendance économique et une phase de surplus économique sur le cycle de vie au Togo. La **dépendance économique** correspond à la période de la vie où la consommation de l'individu dépasse son revenu du travail. Et pour subvenir à sa consommation, un tel individu a besoin d'autres types ressources notamment les transferts provenant d'autres travailleurs. La **phase de surplus économique** est la période où le revenu du travail de l'individu est supérieur à sa consommation, ce qui lui permet de générer un surplus de ressources pouvant servir à constituer une épargne ou à faire des transferts au profit des personnes dépendantes.

L'analyse de ces graphiques révèle qu'au Togo, la **dépendance économique touche les individus de la naissance jusqu'à l'âge de 26 ans et les personnes âgées de plus de 65 ans. En revanche, les personnes d'âge actif de 27-65 ans génèrent un surplus économique qui, malheureusement, est insuffisant pour supporter les personnes économiquement dépendantes.**

Graphique 1 : Profils moyens de consommation et de revenu du travail



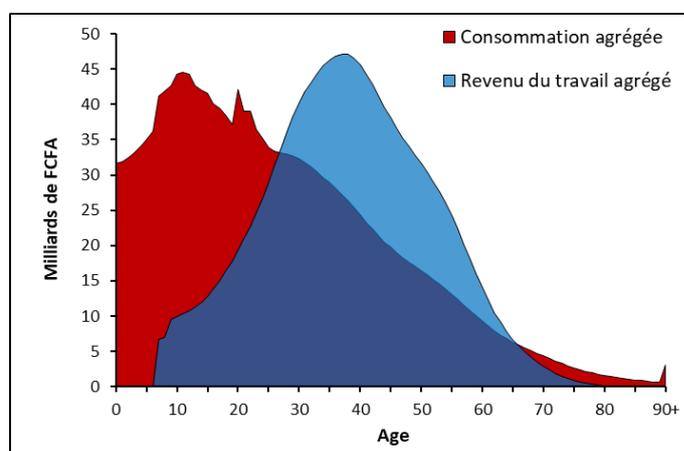
Source : Rapport sur la mesure du dividende démographique au Togo, 2020.

En effet, jusqu'à l'âge de 26 ans, en moyenne, le niveau de consommation est supérieur au revenu du travail des individus au Togo. Cette tranche d'âge crée ainsi un déficit de cycle de vie qui devrait être financé par le surplus généré par d'autres groupes d'âges ou par d'autres mécanismes. En moyenne, ce déficit est évalué à 134 493 FCFA pour un individu de zéro an pour atteindre son pic d'une valeur estimée à 183 924 FCFA vers l'âge de 21 ans.

Les personnes âgées de 66 ans ou plus vivent, elles aussi, dans la dépendance économique. Leur niveau de consommation, évalué à 264 283 FCFA en moyenne par individu, est supérieur à leur revenu du travail qui est de 83 820 FCFA. Ainsi, les séniors de 66 ans ou plus sont économiquement dépendants des autres groupes d'âge, avec un niveau de déficit de 180 462 FCFA en moyenne par personne. Au Togo en 2018, l'ensemble des individus de 66 ans ou plus ont un niveau de consommation estimé à 64 milliards de FCFA contre leur revenu du travail évalué à 31 milliards. Il en résulte un déficit agrégé de 33 milliards de FCFA pour ce groupe d'âge.

Pour les personnes dont l'âge est compris entre 27 ans et 65 ans, le niveau de consommation est inférieur au revenu du travail. Ces individus dégagent ainsi un surplus économique utile pour prendre en charge leurs propres besoins et financer le déficit des autres groupes d'âge. Le groupe d'âge 27-65 ans est constitué essentiellement d'individus actifs dont le revenu du travail est estimé à 480 234 FCFA en moyenne par âge contre une consommation moyenne de 293 441 FCFA. Le surplus économique de ce groupe d'âge est donc estimé 186 793 FCFA en moyenne par âge. Les surplus de revenu les plus élevés sont observés chez les individus de 40-54 ans et varient entre 254 000 FCFA et 270 000 FCFA.

Graphique 2 : Profils agrégés de consommation et de revenu du travail



Source : Rapport sur la mesure du dividende démographique au Togo, 2020.

Au niveau agrégé, le déficit des enfants et des jeunes de moins de 27 ans est estimé à 705,2 milliards F CFA en 2018. Ce niveau de déficit représente 29% du PIB. A la vieillesse (66 ans et plus), le déficit équivaut à 32,7 milliards FCFA. Ce dernier représente à peine 5% du déficit à la jeunesse et 1,3% du PIB. Ce faible niveau de déficit de cycle de vie pour ce groupe d'âge s'explique par leur effectif réduit estimé à 3% de la population totale.

Le surplus dégagé par les individus d'âge actif s'élève à 480,1 milliards FCFA, soit 19% du PIB de 2018. Ce surplus reste relativement faible pour couvrir le déficit des autres groupes d'âge estimé à 738 milliards FCFA. En somme, **le solde du cycle de vie est déficitaire avec une valeur de 258 milliards**

de FCFA (soit 10,4% du PIB) et représente la demande sociale (ou déficit global) que l'économie togolaise a dû satisfaire en 2018 par d'autres sources de revenus en dehors du travail.

Tableau : Déficit du cycle de vie par tranche d'âge au Togo en 2018 (en milliards de FCFA)

	0-26 ans	27-65 ans	66 ans et +	TOTAL
Consommation totale	1 033,502	773,365	64,026	1 870,894
Revenu du travail	328,260	1 253,423	31,317	1 613,000
Déficit (+) ou surplus (-) économique	705,242	- 480,057	32,709	257,894

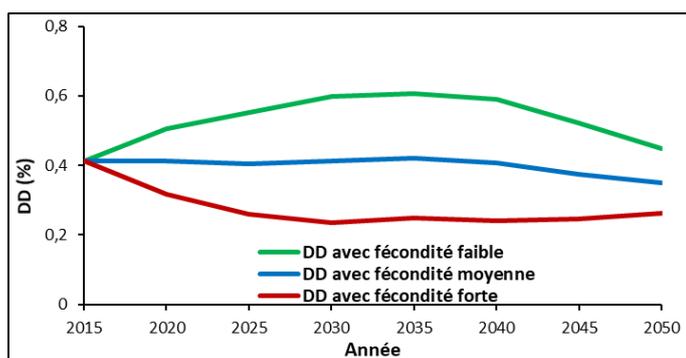
Source : Rapport sur la mesure du dividende démographique au Togo, 2020.

Faible fécondité pour un dividende démographique optimal

Dans le cadre de l'exploitation plus judicieuse du dividende démographique, des modèles de projection des effets dus aux changements politiques et aux investissements sociaux ont été élaborés. Ainsi, à partir des NTA, des méthodes ont été élaborées pour projeter le DD suivant les hypothèses de fécondité :

- Baisse rapide de la fécondité (ou fécondité faible) : chaque femme aura en moyenne 2,5 enfants à l'horizon 2050 ;
- Baisse tendancielle de la fécondité (ou fécondité moyenne) : chaque femme aura en moyenne 3,0 enfants à l'horizon 2050, soit 0,5 enfant de plus au niveau de l'hypothèse de fécondité faible ;
- Baisse lente de la fécondité (ou fécondité forte) : chaque femme aura en moyenne 3,5 enfants à l'horizon 2050.

Graphique 3 : Projections du dividende démographique du Togo suivant les scénarii de fécondité



Source : Policy Brief – Dividende démographique au Togo : Enjeux et Perspectives, 2020.

Les projections sur le dividende démographique (DD) permettent de prévoir selon les scénarii d'évolution de la fécondité au Togo, les tendances en termes de gain économique à un horizon plus ou moins lointain. De 0,41% en 2015, le gain économique tiré de la structure de la population (encore appelé le DD) atteindrait 0,60% ; 0,40% et 0,24% en 2040 respectivement selon que la fécondité est faible, moyenne et élevée. Cela traduit l'impact potentiel d'une réduction de la fécondité sur la croissance économique.

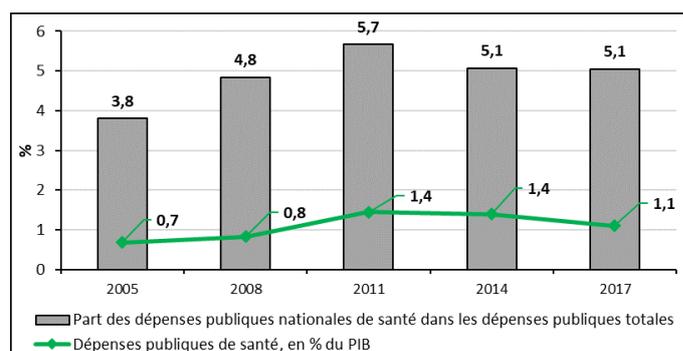
Le déficit relativement important observé sur le cycle de vie et les projections démographiques en fonction des scénarii de fécondité montrent que d'importants efforts restent à être consentis en vue de la capture du dividende démographique. **En relation avec la fécondité, la dimension santé en général et la santé de la reproduction en particulier nécessite une prioritaire particulière en termes de définition de politiques adéquates et d'investissements subséquents.** Ainsi, une analyse de l'évolution des dépenses en santé et en santé de la reproduction, et des indicateurs de la SR offrirait des évidences pour cet aspect essentiel du développement humain et de la capture du dividende démographique.

ANALYSE DES DÉPENSES DE SANTÉ

Part faible des dépenses publiques allouées à la santé

Le graphique ci-dessous représente la part des dépenses publiques de santé dans les dépenses publiques totales et les dépenses publiques de santé en pourcentage du PIB. Malgré une relative hausse, la part des dépenses publiques de santé est faible. De 2005 à 2011, la part des dépenses publique de santé passe de 3,8% à 5,7% ; puis chute en 2014 à 5,1% puis reste stationnaire entre 2014 et 2017. En revanche, les dépenses publiques de santé en % du PIB ont augmenté de 2005 à 2011 passant de 0,7% à 1,4% ; restent stagnantes de 2011 à 2014 puis baissent en 2017 pour atteindre 1,1%. L'année 2011 est celle où la part des dépenses publiques nationales de santé et les dépenses de santé en % du PIB sont les plus élevées. Ces résultats révèlent aussi que la Déclaration d'Abuja concernant le financement n'est pas respectée quelle que soit l'année. Cette Déclaration recommande aux Etats africains d'allouer au moins 15% de leur budget national au financement de la santé.

Graphique 4 : Dépenses publiques de santé, en % du PIB et en % des dépenses publiques totales

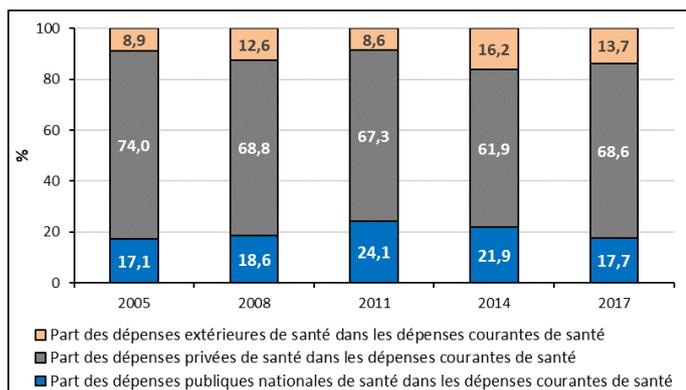


Source : CREG 2020, à partir des données de WDI.

Plus de 60% des dépenses courantes de santé sont à la charge des ménages

L'évolution de la part des dépenses de santé d'origine publique, privée et extérieure dans les dépenses courantes de santé est représentée dans le graphique ci-dessous. Elle fait ressortir que les dépenses privées sont les plus élevées sur toute la durée de l'étude, suivies de celles publiques et en dernière position les dépenses d'origine extérieure. Les ménages et l'Etat sont les principales sources de financement en matière de santé au Togo. Mais la plus grande part revient aux ménages.

Graphique 5 : Part (en %) des dépenses de santé d'origine publique intérieure, privée et extérieure dans les dépenses courantes de santé

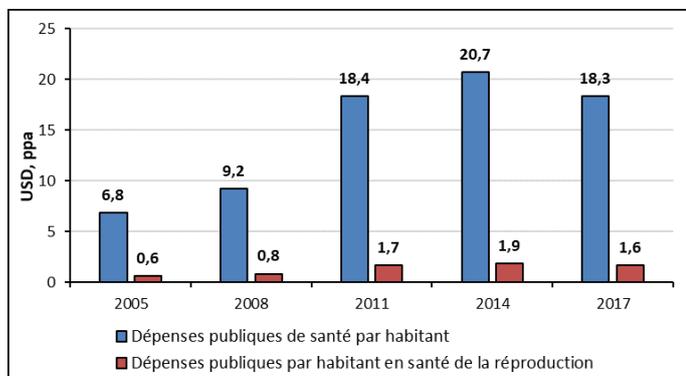


Source : CREG 2020, à partir des données de WDI.

Faible niveau des dépenses publiques en santé de la reproduction

Le graphique ci-dessous représente les dépenses publiques par habitant en santé générale et en santé de la reproduction. De 2005 à 2014, les dépenses publiques par habitant en santé et les dépenses publiques par habitant en santé de reproduction ont une tendance haussière passant de 6,8% à 20,7% pour la première dépense et de 0,6% à 1,9% pour la deuxième. En 2017, Les deux dépenses ont chuté. Les dépenses publiques par habitant en santé générale sont largement supérieures à celles de la santé de la reproduction. La population togolaise accorde très peu d'importance à la santé de la reproduction.

Graphique 6 : Dépenses publiques par habitant en santé et en santé de la reproduction

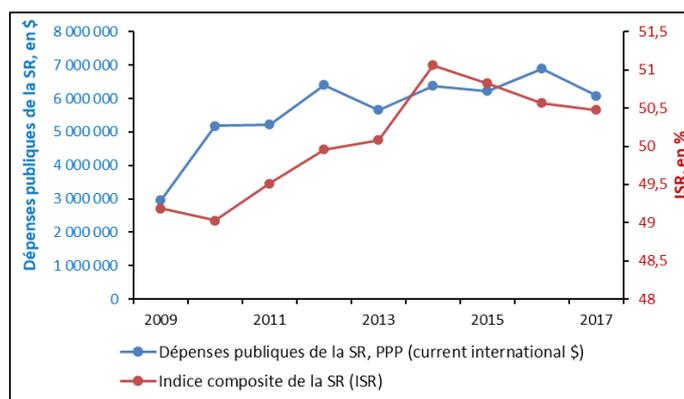


Source : CREG 2020, à partir des données de WDI.

Nécessité d'accroître les dépenses en santé de la reproduction pour améliorer les indicateurs de la SR

A la lecture du Graphique N°7 ci-dessous, on observe une corrélation positive entre les dépenses publiques de la santé de reproduction et les indicateurs de la SR regroupés dans l'indice composite ISR. En effet les deux courbes (celle des dépenses de la SR et celle de l'ISR) évoluent dans le même sens. En d'autres termes, on assisterait à une amélioration sensible des indicateurs de la SR et donc une amélioration du bien-être sanitaire des populations à travers d'un accroissement des dépenses publiques en sante de la reproduction au Togo.

Graphique 7 : Dépenses publiques par habitant en santé et en santé de la reproduction



Source : CREG 2020, à partir des données de WDI.

L'élasticité des dépenses en santé de la reproduction est un indicateur composite qui mesure la sensibilité de l'indice de la santé de la reproduction par rapport aux dépenses de la SR. Sur la période 2006-2017, l'élasticité budgétaire du Togo est estimée à 0,26. Ainsi, lorsque les dépenses de la santé de reproduction augmentent de 1%, l'indice de la santé de reproduction connaîtrait une hausse de 0,26%. Autrement dit, l'augmentation des investissements en santé de la reproduction aurait engendré une amélioration de la santé maternelle et infantile, favoriserait une plus grande utilisation des méthodes contraceptives et ainsi une lutte plus efficace contre les maladies sexuellement transmissibles, et par ricochet une amélioration de la santé de la reproduction.

Encadré 2 : Indice de la santé de la reproduction (ISR) et élasticité budgétaire

En statistique, l'**élasticité** mesure la variation d'une grandeur provoquée par la variation d'une autre grandeur. Dans le cadre de la santé de la reproduction, l'élasticité budgétaire est une mesure de la sensibilité d'un indice de la SR par rapport aux variations des dépenses allouées à la SR.

Pour les besoins de calcul de l'élasticité des dépenses de la SR, il est nécessaire de disposer d'un indicateur « unique et synthétique » de la SR qui serait une agrégation de tous les indicateurs relatifs à la SR. Ainsi, nous avons construit un **indice synthétique de la SR**, en abrégé **ISR**, qui agrège les indicateurs relatifs de la SR.

Au regard de la littérature, les principaux indicateurs de la SR sont :

- Prévalence contraceptive (SR_1)
- Proportion de femmes enceintes recevant des soins prénataux (SR_2)
- Taux de naissances assistées par du personnel de santé qualifié (SR_3)
- Proportion de nouveau-nés protégés contre le tétanos (SR_4)
- Prévalence de l'anémie chez les femmes enceintes (SR_5)
- Prévalence de l'anémie chez les enfants de moins de 05 ans (SR_6)
- Risque de décès maternel (SR_7)
- Taux de mortalité des enfants de moins d'un an (SR_8)
- Prévalence des mutilations génitales féminines (SR_9)
- Proportion de nouveau-nés présentant une insuffisance pondérale (SR_{10})

Encadré 2 [suite et fin] : Indice de la santé de la reproduction (ISR) et élasticité budgétaire

Ces indicateurs interviennent dans la construction de l'indice composite *ISR*, à l'exception des deux derniers (SR_9 et SR_{10}) qui sont écartés pour des raisons de disponibilité des données.

L'*ISR* est déterminé en prenant la moyenne géométrique des indicateurs relatifs à la SR, au moyen de la formule suivante :

$$ISR = \left(\prod_{j=1}^4 SR_j \times \prod_{j=5}^7 (1 - SR_j) \times \left(1 - \frac{SR_8}{10} \right) \right)^{\frac{1}{8}}$$

L'*ISR* est construit de sorte que sa valeur soit toujours comprise entre 0 et 1. Il donne une mesure des performances en matière de la santé de la reproduction pour un pays. Le niveau de la santé de la reproduction d'un pays donné est meilleur lorsque l'*ISR* tend vers 1, et médiocre lorsque l'*ISR* tend vers 0.

RECOMMANDATIONS

La présente étude a permis d'analyser la budgétisation sensible aux produits de la santé de la reproduction. Au regard des résultats obtenus, les recommandations suivantes sont proposées :

- Accroître des dépenses publiques en santé de la reproduction à travers les subventions afin d'alléger le poids supporté par les ménages en termes de dépenses en SR ;
- Renforcer les mécanismes d'assurance santé en y incluant les produits de la santé de la reproduction ;
- Renforcer les actions relatives à l'utilisation des produits de santé de la reproduction pour augmenter les dépenses publiques par habitant en santé de la reproduction en vérifiant l'accessibilité, la disponibilité et la couverture des services de santé sexuelle et reproductive ;
- Continuer la sensibilisation sur les facteurs socioculturels entravant l'utilisation de ces produits.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

Abdou R. Diparidé A., Moukaïla T., Houédji K., Baëta S., Boukari B., Gaba-Amouzou B., Kouassi A. K. (2003) : *Utilisation des méthodes contraceptives par les jeunes femmes de Lomé (Togo) ; Cahiers d'études et de recherches francophones / Santé ; Volume 13, numéro 4, Octobre-Novembre-Décembre* https://www.jle.com/fr/revues/san/edocs/utilisation_des_methodes_contraceptives_par_les_jeunes_femmes_de_lome_togo_262854/article.phtml

Aboubakari A. S. (2015) *Santé sexuelle et reproductive des jeunes en milieu scolaire à Kara, au nord du Togo : connaissances, attitudes et pratiques ; Vol. 17, No. 1*

Agir pour la Planification Familiale et Evidence to Action (2015) : « La santé sexuelle et reproductive des adolescents et jeunes au Togo ». Togo Baseline Report. <https://www.engenderhealth.org/files/pubs/project/agirpf/AgirPF-Togo-Youth-Workshop-Report-FR-final.pdf>

Evidence to Action (2017) : *Nouvelle Revue de Littérature: Priorité à l'Espace des Grossesses Parmi les Parents pour la Première Fois, Togo*

Direction Générale de la Statistique et de la Comptabilité Nationale (2017) : *Enquête par grappes à indicateurs multiples MICS Togo, Rapport final.*

Direction Générale de la Statistique et de la Comptabilité Nationale (2015) : *Enquête Démographique et de Santé Togo, 2013-2014, Rapport final*

Direction Générale de la Statistique et de la Comptabilité Nationale (2010) : *Recensement Général de la Population et de l'Habitat, Résultats définitifs*

Dramani (2019) : *Dividende démographique et développement durable : Fondements théoriques et Modèles normatifs.* Editions L'Harmattan

Ministère de la Santé (2012) : *Plan National de Développement Sanitaire 2012-2015.*

République Togolaise (2020) « *Dividende démographique au Togo : Enjeux et Perspectives* » Policy Brief synthèse sur le profil démo-économique du Togo

République Togolaise (2020) « *Rapport sur la mesure du dividende démographique au Togo* »

United Nations (2013). *National Transfer Accounts Manual: Measuring and Analysing the Generational Economy.* Department of Economic and Social Affairs, Population Division

United Nations (2017). « *World Population Prospects: The 2017 Revision* », DVD Edition. Department of Economic and Social Affairs, Population Division.

AUTEURS

Rédaction	Supervision	Relecture
Pr Latif Dramani	Dr Sam Agbahoungba	Mame Coura Ndiaye
Edem Akpo		Mame Diaara Samb
Yédodé Ahokossi		

