

Enquête Démographique et de Santé

Togo 2013

Rapport Préliminaire

**Ministère de la Planification,
du Développement et de l'Aménagement du Territoire**

Direction Générale de la Statistique et de la Comptabilité Nationale

et Ministère de la Santé

**MEASURE DHS
ICF International
Rockville, Maryland, USA**



RÉPUBLIQUE
TOGOLAISE



**TROISIÈME ENQUÊTE DÉMOGRAPHIQUE
ET DE SANTÉ
(EDST-III)**

RAPPORT PRÉLIMINAIRE

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

Direction Générale de la Statistique et de la Comptabilité Nationale

Ministère de la Santé

MEASURE DHS, ICF International
Rockville, Maryland, USA

Juin 2014



AFRICAN DEVELOPMENT BANK GROUP
GROUPE DE LA BANQUE AFRICAINE
DE DÉVELOPPEMENT



Ce rapport présente les résultats préliminaires de la troisième Enquête Démographique et de Santé au Togo (EDST-III) réalisée par la Direction Générale de la Statistique et de la Comptabilité Nationale (DGSCN) du Ministère de la Planification, du Développement et de l'Aménagement du Territoire, en étroite collaboration avec le Ministère de la Santé. L'EDST-III a été financée par le Gouvernement Togolais et les partenaires financiers tels que l'Agence des États-Unis pour le Développement International (USAID), le Fonds des Nations Unies pour la Population (UNFPA), le Fonds des Nations Unies pour l'Enfance (UNICEF), la Banque Africaine de Développement (BAD) et le Programme des Nations-Unies pour le Développement (PNUD). D'autres institutions ont également apporté leur expertise à la réalisation de cette opération, en particulier l'Unité de Recherche Démographique (URD) pour l'appui méthodologique, le Laboratoire National de l'Institut National d'Hygiène (INH) pour la réalisation des tests biologiques, le Laboratoire National de Référence (LNR) du Programme National de Lutte contre le Paludisme (PNLP) pour le contrôle de qualité externe des tests de parasitémie palustre, et le laboratoire du Centre National de Référence du VIH (CNR/VIH) pour le contrôle de qualité externe des tests du VIH. ICF International a fourni l'assistance technique à l'ensemble du projet par le biais du programme MEASURE DHS, financé par l'USAID, et dont l'objectif est de fournir un support et une assistance technique à des pays du monde entier pour la réalisation des enquêtes sur la population et la santé.

Pour tous renseignements concernant l'EDST-III, contacter la Direction Générale de la Statistique et de la Comptabilité Nationale, 15, Rue de la KOZAH, Immeuble CENETI, B.P. 118 Lomé TOGO, téléphone : (228) 22 21 62 24 / (228) 22 21 22 87 ; e-mail : dgscn_tg@yahoo.fr ; site web : www.stat-togo.org. Pour obtenir des informations sur le programme MEASURE DHS, contactez ICF International, 530, Gaither Road, Suite 500, Rockville, MD 20850, USA ; téléphone : (301) 407-6500 ; fax : (301) 407-6501 ; e-mail : report@DHSprogram.com, Internet : www.DHSprogram.com.

TABLE DES MATIÈRES

LISTE DES TABLEAUX ET GRAPHIQUES	iv
LISTE DES ACRONYMES	v
1. INTRODUCTION.....	1
2. MÉTHODOLOGIE ET RÉALISATION DE L'ENQUÊTE	2
2.1 Échantillonnage	2
2.2 Questionnaires	2
2.3 Biomarqueurs	3
2.3.1 Test d'hémoglobine	4
2.3.2 Test du paludisme	4
2.3.3 Test du VIH	4
2.4 Formation et collecte des données.....	5
2.4.1 Formation.....	5
2.4.2 Collecte des données.....	5
2.5 Traitement des données	6
3. RÉSULTATS : ENQUÊTE MÉNAGE ET ENQUÊTES INDIVIDUELLES	7
3.1 Couverture de l'échantillon	7
3.2 Caractéristiques sociodémographiques des enquêtés	7
3.3 Fécondité	9
3.4 Désir d'enfants (supplémentaires)	10
3.5 Utilisation de la contraception.....	11
3.6 Soins prénatals et accouchement	13
3.7 Vaccination des enfants.....	15
3.8 Prévalence et traitement des maladies de l'enfance.....	17
3.9 Allaitement et alimentation de complément	19
3.10 État nutritionnel des enfants	20
3.11 Indicateurs du paludisme	23
3.12 Prévalence de l'anémie chez les femmes et les enfants.....	25
3.13 Prévalence du paludisme	26
3.14 Mortalité des enfants	26
3.15 Estimation de la mortalité maternelle.....	28
3.16 Connaissance du VIH/sida.....	28
3.17 Multiplicité des partenaires sexuels et utilisation du condom	30

LISTE DES TABLEAUX ET GRAPHIQUES

Tableau 1	Résultat des interviews ménages et individuelles.....	7
Tableau 2	Caractéristiques sociodémographiques des enquêtés	8
Tableau 3	Fécondité actuelle	9
Tableau 4	Préférences en matière de fécondité par nombre d'enfants vivants.....	10
Tableau 5	Utilisation actuelle de la contraception par caractéristiques sociodémographiques	12
Tableau 6	Indicateurs de santé maternelle.....	14
Tableau 7	Vaccinations selon certaines caractéristiques sociodémographiques	16
Tableau 8	Traitement des Infections Respiratoires Aiguës (IRA), de la fièvre et de la diarrhée	19
Tableau 9	Allaitement selon l'âge de l'enfant.....	20
Tableau 10	État nutritionnel des enfants	21
Tableau 11	Indicateurs du paludisme	23
Tableau 12	Prévalence de l'anémie chez les enfants et les femmes.....	25
Tableau 13	Prévalence du paludisme chez les enfants.....	26
Tableau 14	Quotients de mortalité des enfants de moins de cinq ans	27
Tableau 15	Mortalité maternelle	28
Tableau 16	Connaissance du sida.....	29
Tableau 17	Connaissance des moyens de prévention du VIH.....	30
Tableau 18.1	Partenaires sexuels multiples au cours des 12 derniers mois : Femmes	31
Tableau 18.2	Partenaires sexuelles multiples au cours des 12 derniers mois : Hommes	32
Graphique 1	Indice synthétique de fécondité, selon l'EDST-I 1988, EDST-II 1998, MICS 2010 et EDST-III 2013.....	10
Graphique 2	Prévalence contraceptive moderne (femmes en union), selon l'EDST-I 1988, EDST-II 1998, MICS 2010 et EDST-III 2013	11
Graphique 3	Indicateurs de santé maternelle, selon MICS 2010 et EDST-III 2013.....	15
Graphique 4	Couverture vaccinale des enfants de 12-23 mois par type de vaccin selon l'EDST-II 1998, MICS 2010 et EDST-III 2013	17
Graphique 5	Prévalence des symptômes d'IRA, fièvre et diarrhée, selon l'EDST-III 2013	18
Graphique 6	État nutritionnel des enfants de moins de cinq ans selon MICS 2010 et EDST-III 2013	22
Graphique 7	Utilisation des moustiquaires, selon MICS 2010 et EDST-III 2013	24
Graphique 8	Mortalité des enfants, selon l'EDST-I 1988, EDST-II 1998 et EDST-III 2013	27

LISTE DES ACRONYMES

BAD	Banque Africaine de Développement
CNR	Centre National de Référence du VIH
CSPro	Census and Survey Processing
CTA	Combinaisons à base d'Artémisinine
DBS	Dry Blood Spots (Gouttes de sang séché)
DGSCN	Direction Générale de la Statistique et de la Comptabilité Nationale
DHS	Demographic and Health Surveys (Enquêtes Démographiques et de Santé)
DISER	Division Informations Statistiques Etudes et Recherche
DTC-HepB-Hib	Diphthérie, Tétanos, Coqueluche, Hépatite B , Haemophilus influenzae type B (Hib)
EDS	Enquête Démographique et de Santé
EDST	Enquête Démographique et de Santé au Togo
ICF	Inner City Fund
INH	Institut National d'Hygiène
IRA	Infections Respiratoires Aiguës
ISF	Indice Synthétique de Fécondité
LNR	Laboratoire National de Référence
MICS	Enquête par Grappes à Indicateurs Multiples
MII	Moustiquaire Imprégnée d'Insecticide
PEV	Programme Élargi de Vaccination
PNLP	Programme National de Lutte contre le Paludisme
PNUD	Programme des Nations-Unies pour le Développement
RGPH	Recensement Général de la Population et de l'Habitat
SRO	Sel de Réhydratation par voie Orale
TDR	Test de Diagnostic Rapide
TPI	Traitement Préventif Intermittent
TRO	Thérapie de Réhydratation par voie Orale
UNFPA	United Nations Fund for Population Activities (Fonds des Nations Unies pour la Population)
UNICEF	United Nations Children's Fund (Fonds des Nations Unies pour l'enfance)
URD	Unité de Recherche Démographique
USAID	United States Agency for International Development (Agence américaine pour le développement international)
USP	Unité des Soins Périphériques
VAT	Vaccin Anatoxine Tétanique
VIH	Virus de l'Immunodéficience Humaine

1. INTRODUCTION

L'Enquête Démographique et de Santé au Togo effectuée sur le terrain de novembre 2013 à avril 2014 est la troisième du genre réalisée par le Gouvernement Togolais. Contrairement aux deux éditions précédentes, la présente enquête a combiné l'Enquête Démographique et de Santé (EDS) et l'Enquête par Grappes à Indicateurs Multiples (MICS).

Elle a été conçue pour i) fournir des données de suivi et évaluation des programmes de population et de santé ii) actualiser les principaux indicateurs démographiques et sanitaires de base. Pour ce faire, l'EDST-III a collecté des données sur les niveaux de fécondité ; les préférences en matière de fécondité ; la connaissance et l'utilisation des méthodes de planification familiale ; la mortalité des enfants ; la mortalité maternelle ; la santé maternelle et infantile ; les pratiques en matière d'allaitement ; l'état nutritionnel des femmes et des enfants de moins de 5 ans ; la possession et l'utilisation de moustiquaires ; la connaissance, les attitudes et les comportements vis-à-vis du VIH/Sida et d'autres infections sexuellement transmissibles ; le travail et la discipline des enfants ; l'excision ; et les violences domestiques. L'EDST-III a également réalisé sur le terrain le test d'anémie chez les enfants de moins de 5 ans, les femmes de 15-49 ans et les hommes de 15-59 ans et le test de diagnostic rapide du paludisme chez les enfants de moins de 5 ans. Par ailleurs, cette enquête a permis de collecter des échantillons de sang pour la réalisation, dans des laboratoires spécialisés, des tests de parasitémie palustre chez les enfants de moins de 5 ans ainsi que du test de VIH chez les femmes de 15-49 ans et chez les hommes de 15-59 ans.

Le présent rapport présente les résultats préliminaires et est conçu pour fournir aux décideurs et prestataires de service, le plus rapidement à la fin de l'enquête, des informations sur le niveau de certains indicateurs. Il est essentiellement descriptif et ne couvre pas tous les domaines enquêtés. Le rapport final couvrira l'ensemble des domaines enquêtés avec une analyse plus élaborée des données, en fonction de certains facteurs tels que les caractéristiques sociodémographiques des personnes interviewées. Bien que provisoires, les résultats présentés dans ce rapport préliminaire ne seront pas significativement différents de ceux qui figureront dans le rapport final.

2. MÉTHODOLOGIE ET RÉALISATION DE L'ENQUÊTE

2.1 Échantillonnage

L'EDST-III vise à produire des résultats représentatifs au niveau de l'ensemble du pays, au niveau du milieu urbain et du milieu rural séparément, au niveau de la ville de Lomé, et au niveau de chacune des cinq régions du Togo. Pour ce faire, le territoire national a été découpé en six domaines d'étude correspondant aux cinq régions et à la ville de Lomé et, dans chaque domaine d'étude (sauf Lomé), deux strates ont été créées : la strate du milieu urbain et celle du milieu rural. Le tirage de l'échantillon a été fait strate par strate¹. Ainsi, l'échantillon de l'EDST-III est basé sur un sondage aréolaire stratifié et tiré à plusieurs degrés.

Au premier degré, 330 Unités Primaires de Sondage (UPS) ou grappes ont été tirées à partir de la liste des Zones de Dénombrement (ZD) établies au cours du Recensement Général de la Population et de l'Habitat (RGPH) réalisé en 2010 par la DGSCN, en procédant à un tirage systématique avec probabilité proportionnelle à la taille, la taille de l'UPS étant le nombre de ménages. Un dénombrement des ménages dans chacune de ces grappes a fourni une liste des ménages à partir de laquelle a été tiré, au second degré, un échantillon de 30 ménages par grappe avec un tirage systématique à probabilité égale.

Un total de 9 899 ménages (3 840 en milieu urbain dans 128 grappes et 6 059 en milieu rural dans 202 grappes) ont été sélectionnés. Toutes les femmes âgées de 15-49 ans vivant habituellement dans les ménages sélectionnés, ou présentes la nuit précédant l'enquête, étaient éligibles pour être enquêtées. De plus, dans un sous-échantillon d'un ménage sur deux, tous les hommes de 15-59 ans étaient éligibles pour être enquêtés.

Dans ce sous-échantillon, toutes les femmes et tous les hommes éligibles pour l'enquête individuelle étaient aussi éligibles pour le test du VIH. Dans le même sous-échantillon de ménages sélectionnés pour l'enquête homme, on a réalisé un test d'hémoglobine pour estimer la prévalence de l'anémie auprès de toutes les femmes, tous les hommes et tous les enfants de 6-59 mois identifiés dans les ménages. Dans ce même sous-échantillon, toutes les femmes ainsi que tous les enfants de moins de cinq ans étaient éligibles pour être mesurés et pesés afin d'évaluer leur état nutritionnel. Enfin, dans ce sous-échantillon, les enfants de 6-59 mois étaient également éligibles pour un test du paludisme.

2.2 Questionnaires

Trois types de questionnaires ont été utilisés pour collecter les données de l'EDST-III : le questionnaire ménage, le questionnaire femme et le questionnaire homme. Le contenu de ces questionnaires est basé sur les questionnaires modèles développés par le programme MEASURE DHS. Une adaptation aux besoins spécifiques du Togo a été faite sur des bases participatives au cours de plusieurs réunions ayant regroupé toutes les parties prenantes à cette enquête.

Le **questionnaire ménage** a permis d'enregistrer tous les membres du ménage avec certaines de leurs caractéristiques : lien de parenté avec le chef de ménage, sexe, âge, situation de résidence, niveau d'instruction, etc. Il a aussi permis d'identifier les femmes et les hommes éligibles pour des interviews individuelles et de collecter des informations sur les caractéristiques du ménage, telles que la principale source d'eau de boisson, le type de toilettes, le type de matériaux du sol du logement, la possession de certains biens durables, la possession et l'utilisation de la moustiquaire, le lavage des mains et le degré d'iodation du sel de cuisine utilisé dans le ménage. En outre, le questionnaire ménage a aussi servi à collecter les données sur le travail et la discipline des enfants.

¹Pour les besoins de l'analyse, Lomé commune et la région Maritime ont été modifiées pour créer la Grande Agglomération de Lomé constituée de Lomé Commune et de la partie urbaine de la Préfecture du Golfe.

Enfin le questionnaire ménage a également été utilisé pour enregistrer les résultats des mesures anthropométriques (poids et taille), des tests d'hémoglobine et de paludisme, et des prélèvements sanguins effectués pour le test du VIH.

Le **questionnaire individuel femme** a été utilisé pour enregistrer les informations concernant les femmes éligibles, c'est-à-dire les femmes âgées de 15-49 ans, résidentes ou visiteuses. Il comprend les sections suivantes :

- Caractéristiques sociodémographiques de l'enquêtée ;
- Reproduction ;
- Contraception ;
- Grossesse et soins postnatals ;
- Vaccination des enfants, Santé et Nutrition ;
- Mariage et Activité sexuelle ;
- Préférences en matière de fécondité ;
- Caractéristiques du mari et Travail de la femme ;
- VIH/SIDA ;
- Autres problèmes de santé ;
- Mortalité maternelle ;
- Excision ;
- Développement et éveil de l'enfant ; et
- Violences domestiques.

Le **questionnaire individuel homme** est indépendant du questionnaire femme, mais la plupart des questions posées aux hommes âgés de 15-59 ans sont identiques à celles posées aux femmes de 15-49 ans. Le questionnaire comprend les sections suivantes :

- Caractéristiques sociodémographiques de l'enquêté ;
- Reproduction ;
- Contraception ;
- Mariage et activité sexuelle ;
- Préférences en matière de fécondité ;
- Emploi et rôle des sexes ;
- VIH/Sida ; et
- Autres problèmes de santé.

Tous les questionnaires ont été traduits dans 13 langues nationales principales à savoir Adja, Akébou, Akposso, Ana-ifè, Bassar, Ewé, Kabyè, Kotokoli, Lamba, Mina, Moba, Nawdem, et Tchokossi.

2.3 Biomarqueurs

Dans les ménages où il y a eu l'enquête homme, toutes les femmes de 15-49 ans, tous les hommes de 15-59 ans et tous les enfants de 6-59 mois étaient éligibles pour le test d'hémoglobine. Dans ces mêmes ménages, les enfants de 6-59 mois étaient éligibles pour le test de parasitémie palustre. Toujours dans le même sous-échantillon, toutes les femmes de 15-49 ans et tous les hommes de 15-59 ans étaient éligibles pour le test du VIH. Les protocoles pour les tests d'anémie, du paludisme, et du VIH ont été approuvés par différents comités d'éthique dont le Comité National d'Éthique du Togo et le Comité d'Éthique (*Institutional Review Board*) d'ICF International.

2.3.1 Test d'hémoglobine

Le test d'hémoglobine est la principale méthode pour diagnostiquer l'anémie. Ce test est effectué en utilisant le système HemoCue. Après obtention du consentement éclairé, l'enquêteur piquait le bout du doigt avec une lancette rétractable, stérile et non réutilisable. Une goutte de sang était récupérée dans une micro cuvette et ensuite introduite dans le photomètre HemoCue qui indiquait le niveau d'hémoglobine. Ce résultat, enregistré dans le questionnaire ménage, était communiqué à la personne testée ou au parent/adulte responsable de l'enfant en lui expliquant la signification du résultat. Si la personne présentait une anémie sévère (un niveau d'hémoglobine <7 g/dl), l'enquêteur lui remettait une fiche de référence pour rechercher des soins auprès d'une formation sanitaire. Un prospectus d'information sur l'anémie était remis à chaque ménage où le test était effectué.

2.3.2 Test du paludisme

Le paludisme est une maladie infectieuse due à un parasite du genre *Plasmodium*, propagée par la piqûre d'un moustique femelle du genre Anophèle. Des prélèvements de sang ont été effectués, dans les ménages concernés, auprès de tous les enfants de 6-59 mois pour lesquels le parent ou l'adulte responsable avait donné son consentement éclairé.

Le test de paludisme consistait en un Test de Diagnostic Rapide (TDR), plus précisément le *First Response Malaria pLDH/HRP2 Combo*. Après obtention du consentement éclairé, l'enquêteur collectait une goutte de sang (généralement de la même piqûre faite pour le test d'hémoglobine) sur le kit du TDR. Le résultat du test était disponible au bout de 15 minutes et était communiqué immédiatement au parent ou à la personne responsable de l'enfant après avoir été enregistré dans le questionnaire ménage. Un traitement (Combinaison Thérapeutique d'Antipaludéens, ou CTA, à base d'Artésunate et d'Amodiaquine) était alors proposé aux parents (ou personne responsable) des enfants qui présentaient un paludisme simple² et qui n'étaient pas déjà sous traitement.

On a également collecté auprès des enfants de 6-59 mois une goutte de sang sur une lame porte-objet pour préparer une goutte épaisse. La goutte de sang était obtenue à partir de la même piqûre au bout du doigt effectuée pour le test d'hémoglobine et le TDR. Après séchage, les lames étaient rangées dans des boîtes spéciales avec des dessiccatifs et des contrôleurs d'humidité. Ces boîtes étaient transférées de façon régulière à l'INH pour la recherche d'hématozoaires par microscopie qui a été réalisée au fur et à mesure de la collecte.

2.3.3 Test du VIH

Le test du VIH a été prévu dans le sous-échantillon des ménages éligibles pour l'enquête homme. Les prélèvements de sang ont été réalisés auprès de tous les hommes et de toutes les femmes éligibles de ces ménages qui ont accepté volontairement de se soumettre au test. Le protocole pour dépister le VIH est basé sur le protocole anonyme-lié développé par le projet DHS. Selon ce protocole, aucun nom ou autre caractéristique individuelle ou géographique permettant d'identifier un individu ne peut être lié à l'échantillon de sang. Étant donné que les tests du VIH sont strictement anonymes, il n'est pas possible d'informer les enquêtés des résultats de leur test. Par contre, au moment de la collecte, on a remis aux personnes éligibles, qu'elles aient accepté ou non d'être testées pour le VIH, une carte de référence pour obtenir, si elles le souhaitaient, des conseils et un test gratuit auprès des établissements de santé offrant ces services.

Après obtention du consentement éclairé, l'enquêteur prélevait des gouttes de sang capillaire sur un papier filtre. Une étiquette contenant un code à barres était alors collée sur le papier filtre. On a ensuite collé

²On considère qu'un enfant a un paludisme simple lorsqu'il est testé positif au TDR, qu'il ne présente aucun des symptômes suivants : faiblesse extrême, problèmes cardiaques, perte de conscience, respiration difficile, convulsion, saignements anormaux, jaunisse, urine foncée et que son niveau d'hémoglobine est de 8 g/dl ou plus.

une deuxième étiquette avec le même code à barres sur le questionnaire ménage, sur la ligne correspondant à la personne éligible. Les gouttes de sang sur papier filtre étaient séchées pendant 24 heures dans une boîte de séchage contenant un dessicatif pour absorber l'humidité. Le lendemain, chaque échantillon séché (Dry Blood Spot – DBS) était placé dans un petit sac en plastique imperméable et à fermeture hermétique. Les sacs en plastique individuels ont été ainsi conservés jusqu'à leur acheminement à la coordination de l'enquête à Lomé pour enregistrement, vérification et transfert au laboratoire de l'Institut National d'Hygiène (INH). Celui-ci enregistrait à son tour les prélèvements et scannait les codes à barres avant de les stocker à basse température (- 20 degrés Celsius).

Après la saisie des questionnaires à la DGSCN, le fichier de données de l'enquête a été vérifié, apuré et les coefficients de pondération ont été appliqués. Après avoir vérifié que le fichier de données se trouve dans son format final, les résultats préliminaires présentés ici ont été produits et tous les identifiants permettant de retrouver un individu (plus précisément les numéros de ménage et de grappe) ont été brouillés et remplacés par des numéros générés aléatoirement. Tous les identifiants originaux ont été détruits du fichier de données. Par ailleurs, tous les questionnaires ont également été détruits. Ce n'est qu'à ce stade que l'INH a été autorisé à commencer l'analyse des prélèvements de sang. Il est prévu que l'INH termine les analyses et donc que les résultats sur la prévalence du VIH soient disponibles d'ici deux mois environ. Un rapport préliminaire présentant l'approche méthodologique et les résultats du test de dépistage du VIH sera élaboré et publié ultérieurement.

2.4 Formation et collecte des données

2.4.1 Formation

Afin de garantir une collecte de données fiables, deux sessions de formation du personnel de terrain ont été organisées. La première session de formation a été organisée du 5 au 30 août 2013 et a été clôturée par la réalisation sur le terrain de l'enquête pilote. Au total 34 candidats ont été formés. L'enquête pilote avait pour objectif de tester les outils de collecte et toute la stratégie de mise en œuvre de l'EDST-III. La deuxième session de formation a été organisée du 30 septembre au 5 novembre 2013 pour préparer les participants à la réalisation de l'enquête principale. Elle a concerné 156 candidats enquêteurs, enquêtrices, chefs d'équipes et contrôleuses. Parmi les 156 personnes formées, 90 ont été sélectionnées pour mener l'enquête principale sur toute l'étendue du pays.

Toutes les sessions de formation ont porté sur les techniques d'interview ; le remplissage des questionnaires ; les techniques de prise des mesures anthropométriques, de prélèvement des échantillons de sang, de réalisation du TDR de paludisme et du test d'anémie, de collecte de sang sur les lames pour la goutte épaisse (enfants) et de collecte des DBS pour le test de VIH (adultes).

L'approche utilisée a consisté en i) une lecture concomitante des manuels d'instructions et des questionnaires suivie d'explications et de démonstrations ; ii) des jeux de rôle en salle entre personnel en formation suivis de discussions ; iii) des pratiques sur le terrain dans des ménages réels et dans des formations sanitaires suivies de discussions en salle ; et iv) l'organisation régulière des évaluations des connaissances acquises suivies de discussions en salle.

2.4.2 Collecte des données

Les travaux de terrain de l'enquête pilote se sont déroulés du 27 au 29 août 2013 dans trois sites de la ville de Lomé. Ces sites ont été choisis en dehors de l'échantillon de l'enquête principale. Les leçons tirées de ce pré-test (rendement des enquêteurs, acceptation de l'enquête, etc.) ont été valorisées dans la finalisation des outils de collecte et de la stratégie de mise en œuvre de l'enquête.

Les travaux de terrain de l'enquête principale ont été réalisés du 10 novembre 2013 au 15 avril 2014 par 90 agents répartis en 15 équipes de travail. Chaque équipe était composée de six personnes : un chef d'équipe, une contrôleuse, un enquêteur, et trois enquêtrices. Les 15 équipes ont été placées sous la

responsabilité de sept superviseurs de terrain, cadres de la DGSCN, en raison de un à trois équipes par superviseur. Les contrôleuses et les chefs d'équipes ont reçu une formation complémentaire axée sur le contrôle technique, l'organisation et la logistique, le contact avec les autorités et les populations.

2.5 Traitement des données

Le traitement de données de l'enquête a été réalisé parallèlement aux travaux de collecte des informations auprès des ménages pour un meilleur suivi de la qualité des données recueillies par les agents de terrain. La saisie a été organisée au moyen du logiciel CSPro. Un programme de contrôle de qualité a permis de détecter, pour chaque équipe, les principales erreurs de collecte. Ces informations étaient communiquées aux équipes lors des missions de coordination afin d'améliorer la qualité des données.

La vérification de la cohérence interne des données saisies, l'édition et l'apurement final de l'ensemble des données ont été réalisés en mai 2014.

3. RÉSULTATS : ENQUÊTE MÉNAGE ET ENQUÊTES INDIVIDUELLES

3.1 Couverture de l'échantillon

Au cours de l'EDST-III, les 330 grappes sélectionnées dans l'échantillon ont été enquêtées. Au total, 9 899 ménages ont été sélectionnés et, parmi eux, 9 640 ménages occupés ont été identifiés au moment de l'enquête. Parmi ces 9 640 ménages, 9 549 ont pu être enquêtés avec succès, soit un taux de réponse de 99 % (Tableau 1). Les taux de réponses des ménages sont quasiment identiques en milieu rural et en milieu urbain.

Par ailleurs, l'enquête a identifié 9 697 femmes de 15-49 ans dans les 9 549 ménages interviewés au cours de l'enquête, soit au moins une femme éligible par ménage et, pour 9 480 d'entre elles, l'interview a été menée avec succès. Globalement, le taux de réponse des femmes éligibles atteint 98 %. Comme pour les ménages, le taux de réponse des femmes ne varie pas de façon notable du milieu urbain au milieu rural (97 % contre 99 %).

L'enquête homme a été réalisée dans un ménage sur deux : 4 708 hommes étaient éligibles et 4 476 ont été interviewés (taux de réponse de 95 %). Les taux de réponse enregistrés chez les hommes du milieu urbain sont plus faibles que ceux obtenus chez ceux du milieu rural (91 % contre 97 %).

Tableau 1 Résultat des interviews ménages et individuelles

Effectif de ménages, nombre d'interviews et taux de réponse par milieu de résidence (non pondéré), Togo 2013

Résultat	Milieu de résidence		Ensemble
	Urbain	Rural	
Interview des ménages			
Ménages sélectionnés	3 840	6 059	9 899
Ménages occupés	3 700	5 940	9 640
Ménages interviewés	3 635	5 914	9 549
Taux de réponse des ménages ¹	98,2	99,6	99,1
Interview des femmes de 15-49 ans			
Effectif de femmes éligibles	3 719	5 978	9 697
Effectif de femmes éligibles interviewées	3 591	5 889	9 480
Taux de réponse des femmes éligibles ²	96,6	98,5	97,8
Interview des hommes de 15-59 ans			
Effectif d'hommes éligibles	1 740	2 968	4 708
Effectif d'hommes éligibles interviewés	1 586	2 890	4 476
Taux de réponse des hommes éligibles ²	91,1	97,4	95,1

¹ Ménages interviewés/Ménages occupés

² Enquêtes interviewés/Enquêtes éligibles

3.2 Caractéristiques sociodémographiques des enquêtés

Les résultats du tableau 2 sont relatifs aux caractéristiques sociodémographiques de la population éligible de l'enquête. Il s'agit des femmes âgées de 15-49 ans et des hommes âgés de 15-59 ans. En ce qui concerne cette dernière cible, l'essentiel des résultats présentés dans le tableau porte sur les hommes âgés de 15-49 ans.

Quel que soit le sexe, au niveau de la structure par âge, il ressort une diminution régulière de la proportion de la population avec l'augmentation de l'âge. Le fait majeur de cette structure est qu'il s'agit d'une population jeune. Le groupe d'âges de 15-24 ans représente 36 % des femmes et 39 % des personnes de sexe masculin. En revanche dans les groupes d'âges de 40-44 ans et 45-49 ans, les différentes proportions sont inférieures à 11 %.

Parlant de la religion, les résultats témoignent qu'il s'agit d'une population croyante comme dans la plupart des pays africains. Seulement 8 % des femmes et des hommes déclarent n'avoir pas de religion. Quatre grandes religions se répartissent plus des deux tiers de la population. Il s'agit de la religion traditionnelle (14 % chez les femmes et 18 % chez les hommes), pentecôtiste (17 % chez les femmes et 15 %

chez les hommes), musulmane (17 % chez les femmes et 19 % chez les hommes), et des chrétiens catholiques (26 % chez les femmes et 27 % chez les hommes).

Au niveau de la composition ethnique, trois grands groupes ethniques se partagent plus de 80 % de la population togolaise. Il s'agit des adja-éwé/mina, des kabyè-tem et des para-gourma/akan.

Tableau 2. Caractéristiques sociodémographiques des enquêtés

Répartition (en %) des femmes et des hommes de 15-49 ans selon certaines caractéristiques sociodémographiques, Togo 2013

Caractéristique sociodémographique	Femmes			Hommes		
	Pourcentage pondéré	Effectif pondéré	Effectif non pondéré	Pourcentage pondéré	Effectif pondéré	Effectif non pondéré
Groupe d'âges						
15-19	18,0	1 702	1 733	21,3	855	897
20-24	17,5	1 663	1 604	18,1	727	719
25-29	17,8	1 683	1 660	15,9	637	615
30-34	15,0	1 423	1 418	13,1	527	514
35-39	13,7	1 298	1 314	12,4	499	477
40-44	9,7	920	939	10,7	432	436
45-49	8,3	791	812	8,5	340	348
Religion						
Traditionnelle/animiste	14,4	1 361	1 573	17,8	715	779
Musulmane	17,1	1 625	1 812	18,8	755	860
Catholique	25,9	2 456	2 412	26,9	1 083	1 002
Évangélique	5,0	473	409	5,7	230	204
Pentecôtiste	16,8	1 591	1 444	14,6	585	520
Autre chrétienne	12,8	1 210	1 016	8,4	339	285
Aucune	7,9	746	800	7,5	300	347
Autre/manquant	0,2	18	14	0,3	12	9
Ethnie						
Adja-Ewé/Mina	41,9	3 974	3 051	42,9	1 724	1 288
Kabye/Tem	25,2	2 392	2 644	27,4	1 100	1 228
Akposso/Akebou	4,0	383	344	3,8	153	139
Ana-lfe	3,2	303	284	3,3	133	126
Para-Gourma/Akan	17,7	1 676	2 430	16,9	678	982
Autre Togolais	1,7	157	222	1,7	69	100
Etranger	5,8	552	472	3,8	154	134
Manquant	0,4	42	33	0,2	6	9
État matrimonial						
Célibataire	26,8	2 543	2 445	47,2	1 897	1 893
Marié(e)	51,4	4 873	5 098	40,7	1 637	1 669
Vivant ensemble	14,9	1 408	1 262	8,9	357	318
Divorcé(e)/séparé(e)	4,3	405	392	2,7	107	103
Veuve/veuf	2,6	250	283	0,5	20	23
Milieu de résidence						
Urbain	45,4	4 301	3 591	44,7	1 797	1 444
Rural	54,6	5 179	5 889	55,3	2 221	2 562
Région						
Grande Agglomération de Lomé	30,5	2 887	2 359	28,9	1 161	889
Maritime (Sans Agglomération de Lomé)	16,0	1 513	998	16,3	655	438
Plateaux	22,1	2 096	1 645	22,2	894	715
Centrale	9,2	868	1 292	10,0	403	610
Kara	10,8	1 023	1 320	12,0	481	614
Savanes	11,5	1 094	1 866	10,6	425	740
Niveau d'instruction						
Aucun	31,8	3 018	3 400	11,3	453	557
Primaire	33,4	3 170	3 008	26,9	1 079	1 090
Secondaire	31,4	2 975	2 808	53,1	2 133	2 063
Supérieur	3,3	317	264	8,8	353	296
Ensemble 15-49	100,0	9 480	9 480	100,0	4 018	4 006
50-59	na	na	na	na	458	470
Ensemble 15-59	na	na	na	na	4 476	4 476

Note : Les niveaux d'instruction correspondent au plus haut niveau atteint, qu'il soit achevé ou non.
na = Non applicable

En ce qui concerne l'état matrimonial, la majeure partie de la population vit en union. Les mariés et ceux qui vivent ensemble représentent respectivement 51 % et 15 % parmi les enquêtés de sexe féminin ; chez les hommes ces proportions sont respectivement de 41 % et 9 %. On note que la proportion des célibataires est particulièrement élevée au niveau des hommes (47 %) que chez leurs homologues femmes

(27 %). Ceci pourrait s'expliquer par le choix du calendrier matrimonial où les hommes rentrent en union un peu plus tardivement que les femmes.

Selon la répartition spatiale de la population, on note que 45 % des femmes et des hommes vivent en milieu urbain. Par rapport aux régions, la moitié de la population vit dans deux régions : l'agglomération de Lomé (31 % des femmes et 29 % des hommes) et la région des Plateaux (22 % pour chacun des deux sexes).

En outre, on constate que globalement, les hommes sont plus instruits que les femmes. En effet, les proportions des enquêtés qui n'ont aucun niveau d'instruction sont nettement plus élevées chez les femmes que chez les hommes (32 % contre 11 %). De même, la proportion des femmes qui n'ont atteint qu'un niveau d'instruction primaire est de 33 % contre 27 % chez les hommes. En revanche, on constate que les hommes sont proportionnellement plus nombreux que les femmes à avoir atteint le niveau d'instruction secondaire ou supérieur : 53 % des hommes ont un niveau d'instruction secondaire contre 31 % des femmes, et 9 % des hommes contre 3 % des femmes ayant un niveau d'instruction supérieur.

3.3 Fécondité

L'estimation du niveau de la fécondité est obtenue directement à partir des informations fournies par les femmes sur l'historique de leurs naissances. Les indicateurs sont calculés sur la période de trois ans précédant l'enquête. Cette période de trois années a été retenue comme compromis entre trois exigences : fournir les niveaux de fécondité les plus récents possibles, réduire les erreurs de sondage et réduire les effets des transferts possibles d'année de naissance des enfants déclarée par la mère. La fécondité est mesurée par les taux de fécondité par groupe d'âges quinquennaux et par leur cumul, c'est-à-dire l'Indice Synthétique de Fécondité (ISF). L'ISF mesure le nombre moyen d'enfants nés vivants qu'aurait une femme, en fin de période féconde, dans les conditions de fécondité actuelle.

Le tableau 3 indique que l'Indice Synthétique de Fécondité (ISF) est estimé à 4,8 enfants par femme. Il est beaucoup plus élevé en milieu rural (en moyenne, 5,7 enfants par femme) qu'en milieu urbain (3,7 enfants). La fécondité des femmes togolaises est caractérisée par sa précocité, particulièrement en milieu rural. En effet, lorsqu'on quitte le milieu urbain pour le milieu rural, les taux de fécondité des adolescentes de 15-19 ans passent du simple au double. Globalement, le taux de fécondité estimé à 85 % à 15-19 ans, augmente rapidement avec l'âge, pour atteindre un maximum de 230 % à 25-29 ans et, par la suite, décroît régulièrement pour tomber à 29 % à 45-49 ans.

La comparaison des résultats de l'EDST-I (1988), de l'EDST-II (1998), de la MICS-4 (2010) et de l'EDST-III (Graphique 1) montre que la fécondité qui avait significativement diminué entre l'EDST-I et l'EDST-II en passant de 6,4 enfants par femme en 1988 à 5,2 en 1998 n'a que très peu varié au cours des 15 dernières années. En effet, l'ISF qui était estimé à 5,2 enfants par femme à l'EDST-II a légèrement baissé pour atteindre 4,8 enfants par femme à la MICS 2010 et dans l'enquête actuelle.

Groupe d'âges	Milieu de résidence		Ensemble
	Urbain	Rural	
15-19	50	118	85
20-24	155	257	205
25-29	191	264	230
30-34	186	223	207
35-39	98	157	133
40-44	38	87	68
45-49	16	36	29
ISF (15-49)	3,7	5,7	4,8
TGFG	128	193	163
TBN	32,2	33,2	32,9

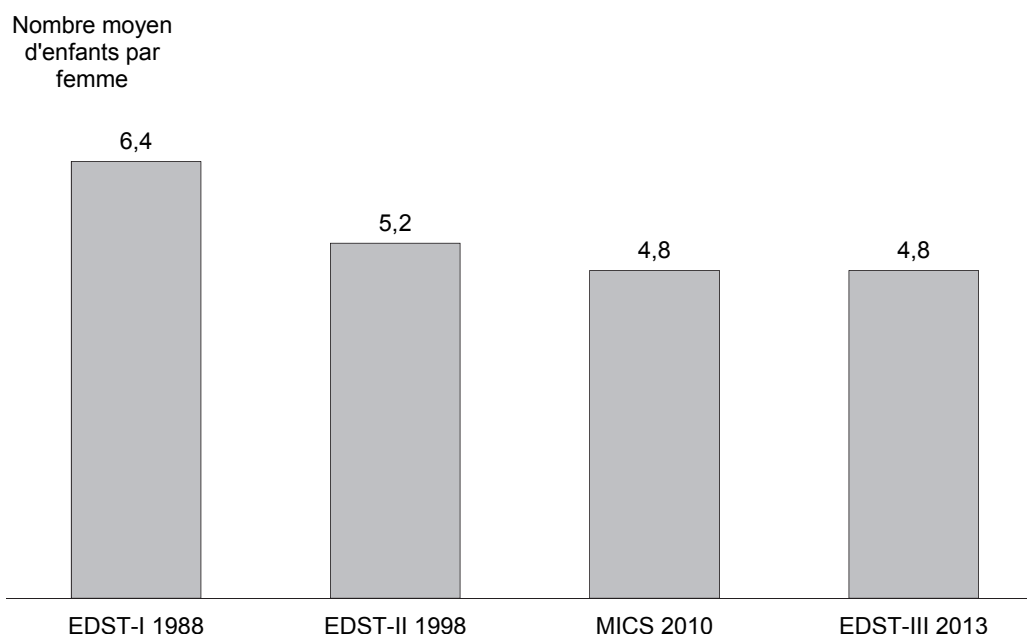
Note : Les taux sont exprimés pour 1 000 femmes. Les taux pour le groupe d'âges 45-49 ans peuvent être légèrement biaisés du fait de données incomplètes. Les taux correspondent à la période 1-36 mois avant l'enquête.

ISF : Indice Synthétique de Fécondité exprimé pour une femme

TGFG : Taux Global de Fécondité Générale exprimé pour 1 000 femmes de 15-49 ans

TBN : Taux Brut de Natalité exprimé pour 1 000 individus

Graphique 1 Indice synthétique de fécondité, selon l'EDST-I 1988, EDST-II 1998, MICS 2010 et EDST-III 2013



3.4 Désir d'enfants (supplémentaires)

Le tableau 4 fait ressortir les préférences des femmes en matière de fécondité. Parmi les femmes actuellement en union, 32 % ont déclaré ne plus vouloir d'enfant. À l'opposé, dans 57 % des cas, les femmes ont déclaré qu'elles souhaiteraient avoir un enfant ou un autre enfant : 37 % souhaiteraient cet enfant dans un délai de deux ans ou plus, alors que 19 % le souhaiteraient rapidement, c'est-à-dire dans les deux années à venir. Enfin, dans 2 % des cas, les femmes voudraient un enfant ou un enfant supplémentaire mais elles restent indécises par rapport à la période de conception.

Par rapport à 1998, la proportion des femmes qui ne veulent plus d'enfant a connu une relative hausse passant de 28 % en 1998 à 32 % en 2013 tandis que la proportion de celles qui désiraient un enfant (ou enfant supplémentaire) n'a presque pas changé (59 % contre 57 %).

Tableau 4 Préférences en matière de fécondité par nombre d'enfants vivants

Répartition (en %) des femmes de 15-49 ans, actuellement en union, par désir d'enfants supplémentaires, selon le nombre d'enfants vivants, Togo 2013

Désir d'enfant(s)	Nombre d'enfants vivants ¹							Ensemble
	0	1	2	3	4	5	6+	
Désir d'enfants								
Veut un autre bientôt ²	84,9	27,2	23,2	13,2	10,7	7,1	4,6	18,6
Veut un autre plus tard ³	5,6	64,3	49,6	40,4	27,0	21,6	10,7	36,5
Veut un autre, NSP quand	2,5	2,8	2,4	3,3	1,2	0,5	0,3	2,0
Indécise	1,6	2,0	6,5	9,9	11,0	9,4	7,0	7,2
Ne veut plus d'enfant	1,0	2,1	16,4	29,6	45,6	55,9	70,5	32,0
Stérilisé(e) ⁴	0,0	0,0	0,0	0,2	0,8	0,5	0,2	0,3
S'est déclarée stérile	3,9	1,4	1,6	2,6	3,4	4,3	6,4	3,1
Manquant	0,6	0,1	0,2	0,7	0,4	0,7	0,3	0,4
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Effectif de femmes	282	1 093	1 262	1 114	956	675	899	6 281

¹ Le nombre d'enfants vivants inclut la grossesse actuelle

² Veut une autre naissance dans les deux ans

³ Veut espacer la prochaine naissance de deux ans ou plus

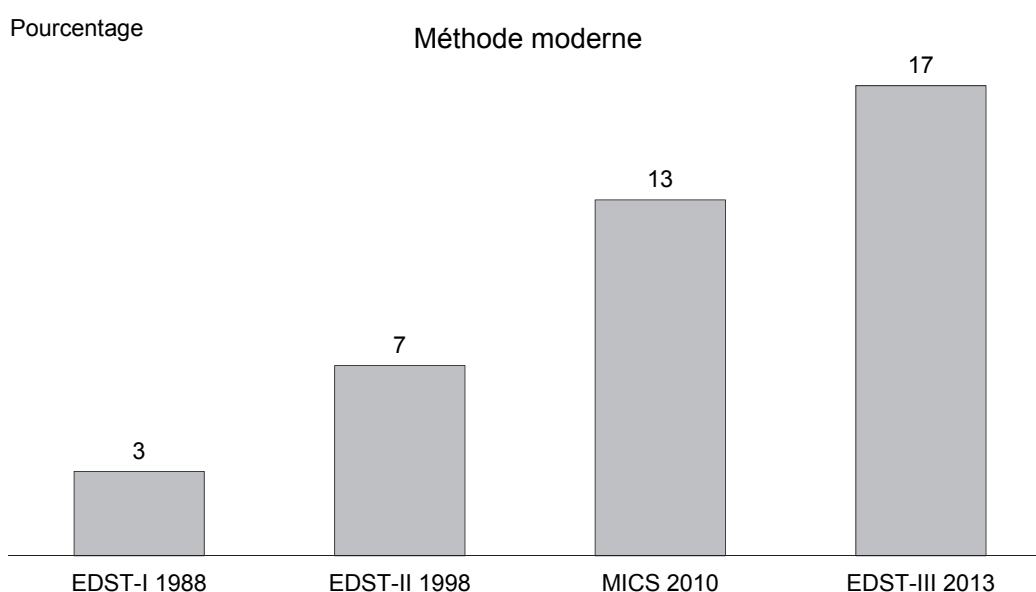
⁴ Y compris la stérilisation féminine et masculine

La proportion de femmes qui veulent limiter leur descendance augmente rapidement avec le nombre d'enfants vivants ; de 1 % chez les femmes sans enfant vivant, elle passe à 2 % chez les femmes ayant un enfant vivant, 16 % chez celles ayant deux enfants vivants, 30 % chez celles ayant trois enfants vivants, pour atteindre un maximum de 71 % chez les femmes ayant six enfants ou plus.

3.5 Utilisation de la contraception

Il ressort du tableau 5 que l'utilisation des méthodes contraceptives par les femmes en union est faible. En effet, une femme de 15-49 ans en union sur cinq (20 %) a déclaré qu'elle utilise actuellement une méthode quelconque (moderne ou traditionnelle) au moment de l'enquête dont 17 % représente celles utilisant la méthode moderne. Les données du Graphique 2 montrent que, par rapport aux enquêtes passées, le taux d'utilisation des méthodes contraceptives modernes a connu une augmentation importante; passant de 3 % en 1988, à 16 % en 1998, puis à 17 % en 2013.

Graphique 2 Prévalence contraceptive moderne (femmes en union), selon l'EDST-I 1988, EDST-II 1998, MICS 2010 et EDST-III 2013



Les méthodes modernes les plus couramment utilisées sont les injectables (7 %), implants (5 %), pilule (2 %), condom masculin (2 %) et DIU (1 %). Par ailleurs, la méthode de rythme (2 %) est la méthode traditionnelle la plus utilisée.

La prévalence contraceptive moderne varie selon le groupe d'âges. La plus forte proportion d'utilisatrices se situe dans les groupes d'âges 25-29 ans (19%) et 30-34 ans (19 %), âges auxquels la fécondité est élevée. La plus faible prévalence est observée chez les femmes de moins de 20 ans (8 %) et celles de 45 ans ou plus (12 %).

Le taux d'utilisation des méthodes contraceptives modernes est plus élevé en milieu urbain (19 %) qu'en milieu rural (16 %). Les méthodes contraceptives modernes sont plus utilisées dans les régions Centrale (23 %), de la Kara (20 %) et l'agglomération de Lomé (20 %). Par contre, leur utilisation est plus faible dans la région des Savanes (10 %). On note une augmentation des proportions d'utilisatrices de méthodes contraceptives modernes avec le niveau d'instruction. En effet, elles représentent 13 %, 20 %, 21 %, et 28 % respectivement chez les femmes sans instruction, ayant un niveau primaire, secondaire et supérieur. Par rapport au nombre d'enfants vivants, la prévalence contraceptive moderne est élevée chez les femmes ayant au moins un enfant.

Tableau 5. Utilisation actuelle de la contraception par caractéristiques sociodémographiques

Répartition (en %) des femmes de 15-49 ans actuellement en union par méthode contraceptive actuellement utilisée, selon certaines caractéristiques sociodémographiques, Togo 2013

Caractéristique sociodémographique	N'importe quelle méthode	Méthode moderne										Méthode traditionnelle				Total	Effectif de femmes			
		N'importe quelle méthode moderne	Stérilisation féminine	Pilule	DIU	Injectable	Implant	Condom masculin	Autre	Une méthode traditionnelle	Rythme	Retrait	Autre	N'utilise pas actuellement						
Groupe d'âges																				
15-19	8,7	7,6	0,0	1,1	0,0	1,8	2,6	1,8	2,6	2,6	1,8	1,1	1,1	0,0	0,0	0,0	91,3	100,0	217	
20-24	17,4	15,3	0,0	2,0	0,2	8,1	2,8	8,3	4,2	4,2	2,8	2,1	2,1	0,3	0,0	0,0	82,6	100,0	892	
25-29	21,6	19,3	0,0	3,0	0,9	8,3	4,2	8,3	4,2	4,2	2,7	2,4	2,4	0,2	0,3	0,3	78,4	100,0	1 387	
30-34	21,5	19,3	0,0	2,1	1,2	7,6	5,2	7,6	5,2	5,2	3,1	2,2	2,2	0,2	0,1	0,1	78,5	100,0	1 231	
35-39	21,5	18,4	0,2	2,3	0,4	7,9	6,3	7,9	6,3	6,3	1,1	3,2	3,2	0,1	0,2	0,2	78,5	100,0	1 138	
40-44	23,1	18,5	0,7	1,9	1,6	6,5	5,7	6,5	5,7	5,7	2,0	4,6	4,6	0,9	0,1	0,1	76,9	100,0	791	
45-49	13,3	11,8	0,9	1,6	0,7	3,7	4,3	3,7	4,3	4,3	0,5	1,5	1,5	0,2	0,0	0,0	86,7	100,0	626	
Milieu de résidence																				
Urbain	22,0	18,8	0,3	4,1	1,4	6,0	2,9	6,0	2,9	2,9	4,0	3,2	3,2	0,4	0,2	0,2	78,0	100,0	2 440	
Rural	18,6	16,3	0,2	1,0	0,4	7,9	5,9	7,9	5,9	5,9	0,9	2,2	2,2	0,2	0,1	0,1	81,4	100,0	3 841	
Région																				
Grande Agglomération de Lomé	22,8	19,7	0,3	5,1	1,4	6,0	2,1	6,0	2,1	2,1	4,9	3,1	3,1	0,3	0,3	0,3	77,2	100,0	1 576	
Maritime (Sans Agglomération de Lomé)	17,9	15,2	0,3	1,4	0,6	8,0	3,5	8,0	3,5	3,5	1,4	2,7	2,7	1,0	0,3	0,3	82,1	100,0	1 095	
Plateaux	18,8	16,6	0,3	1,9	0,4	9,6	3,8	9,6	3,8	3,8	0,3	2,2	2,2	0,1	0,0	0,0	81,2	100,0	1 544	
Centrale	24,8	22,5	0,4	1,1	1,7	5,1	12,2	5,1	12,2	1,9	1,9	2,4	2,4	0,0	0,1	0,1	75,2	100,0	576	
Kara	25,4	20,4	0,0	0,9	0,7	6,6	9,3	6,6	9,3	2,9	2,9	5,0	5,0	0,3	0,0	0,0	74,6	100,0	705	
Savanes	10,5	10,2	0,0	0,2	0,1	5,4	4,1	5,4	4,1	0,4	0,4	0,3	0,3	0,0	0,0	0,0	89,5	100,0	786	
Niveau d'instruction																				
Aucun	14,3	13,0	0,0	1,5	0,5	5,6	4,5	5,6	4,5	4,5	0,8	1,3	1,3	0,2	0,2	0,2	85,7	100,0	2 550	
Primaire	22,3	19,5	0,6	2,1	1,0	8,7	5,3	8,7	5,3	5,3	1,7	2,8	2,8	0,3	0,1	0,1	77,7	100,0	2 249	
Secondaire	25,3	20,8	0,0	3,5	1,0	7,7	4,5	7,7	4,5	4,1	4,1	4,5	4,5	0,4	0,1	0,1	74,7	100,0	1 376	
Supérieur	31,3	27,6	0,0	6,2	2,0	4,2	1,4	4,2	1,4	13,8	13,8	3,7	3,7	0,0	0,0	0,0	68,7	100,0	1 07	
Nombre d'enfants vivants																				
0	2,7	2,6	0,0	0,2	0,0	1,1	0,0	1,1	0,0	0,0	1,2	0,2	0,2	0,0	0,0	0,0	97,3	100,0	412	
1-2	18,3	15,4	0,0	2,4	1,0	5,7	2,7	5,7	2,7	2,7	3,6	2,9	2,9	0,2	0,0	0,0	81,7	100,0	2 339	
3-4	23,3	20,4	0,5	2,7	0,8	9,2	5,3	9,2	5,3	1,8	1,8	2,9	2,9	0,5	0,2	0,2	76,7	100,0	2 045	
5+	22,6	20,2	0,4	1,9	0,8	8,2	8,5	8,2	8,5	0,3	0,3	2,5	2,5	0,3	0,3	0,3	77,4	100,0	1 486	
Ensemble	19,9	17,3	0,3	2,2	0,8	7,1	4,7	7,1	4,7	2,1	2,1	2,6	2,6	0,3	0,1	0,1	80,1	100,0	6 281	

Note : Si plus d'une méthode est utilisée, seule la plus efficace est prise en compte dans ce tableau.
MAMA = Méthode de l'Allaitement Maternel et de l'Aménorrhée

3.6 Soins prénatals et accouchement

Les soins prénatals appropriés durant la grossesse et pendant l'accouchement sont importants pour assurer à la mère et à son enfant une bonne santé. Au cours de l'EDST-III, un certain nombre de questions sur les soins prénatals et sur la santé de l'enfant ont été posées à toutes les mères ayant eu une naissance au cours des cinq années précédant l'enquête. Pour chaque enfant dernier-né dont la naissance a eu lieu au cours des cinq années précédant l'enquête, on a demandé aux mères si elles s'étaient rendues en consultation prénatale, qui elles avaient consulté, si elles avaient été vaccinées contre le tétanos. En outre, pour toutes leurs naissances survenues au cours des cinq dernières années, on a aussi demandé aux mères d'indiquer où elles avaient accouché et quelles personnes les avaient assistées pendant l'accouchement.

Dans l'ensemble, 73 % de femmes ont consulté un professionnel de santé durant la grossesse de leur naissance la plus récente (Tableau 6) et cette proportion n'a pratiquement pas changé depuis 2010 (72 %) (Graphique 3).

Le recours aux consultations prénatales varie peu avec l'âge de la mère. Cependant, on observe un écart important entre les milieux de résidence. En effet, les femmes vivant en milieu urbain (97 %) ont plus fréquemment consulté un professionnel de santé que celles résidant en milieu rural (58 %). On constate également de fortes disparités entre les régions. La région Centrale (54 %) est la région où la proportion des femmes ayant consulté un professionnel de santé est la plus faible. Les régions des Plateaux (59 %), de la Kara (61 %) et des Savanes (62 %) enregistrent des proportions relativement élevées. C'est beaucoup plus dans la région Maritime (84 %) et dans la grande agglomération de Lomé (98 %) que les femmes enceintes vont plus fréquemment se faire consulter par un professionnel de santé.

Les consultations prénatales auprès d'un professionnel de santé sont fortement influencées par le niveau d'instruction de la mère. Les femmes sans niveau d'instruction (62 %) sont celles qui ont le moins bénéficié de soins prénatals au cours de la grossesse de leur dernier-né. Cette proportion atteint 75 % chez les femmes ayant un niveau d'instruction primaire, 85 % lorsque la mère a un niveau d'instruction secondaire et atteint 100 % pour les femmes de niveau d'instruction supérieur.

Les injections à l'anatoxine antitétanique (VAT) sont faites aux femmes enceintes pour prévenir le tétanos néonatal, une des causes les plus importantes de mortalité néonatale. Pour assurer la protection du nouveau-né, la mère doit recevoir au minimum deux injections antitétaniques pendant la grossesse, ou au moins deux injections (la dernière ayant été effectuée au cours des trois années ayant précédé la dernière naissance vivante), ou au moins trois injections (la dernière ayant été effectuée au cours des cinq années ayant précédé la dernière naissance vivante), ou au moins quatre injections (la dernière ayant été effectuée au cours des dix années ayant précédé la dernière naissance vivante), ou encore au moins cinq injections à n'importe quel moment avant la dernière naissance vivante.

Le tableau 6 montre que plus de trois-quarts des femmes (77 %) ont reçu les injections antitétaniques requises pour prévenir le tétanos néonatal. Cette proportion a largement augmenté par rapport à l'estimation de la MICS 2010 (64 %). Par ailleurs, les nouveau-nés des mères résidant en milieu urbain (81 %) sont plus fréquemment protégés que ceux du milieu rural (74 %). La proportion de nouveau-nés protégés contre le tétanos néonatal augmente significativement avec le niveau d'instruction de la mère. En effet, elle passe de 69 % quand la mère est sans niveau d'instruction à 86 % quand elle a atteint le niveau d'instruction secondaire.

L'assistance par un personnel qualifié pendant l'accouchement permet de poser un diagnostic rapide, une intervention efficace et rapide en cas de complication de la grossesse. De plus, l'accouchement dans un établissement de santé concourt également à réduire le risque de décès de la mère et de l'enfant. Lors de l'EDST-III, pour toutes les naissances survenues au cours des cinq dernières années, on a demandé à la mère d'indiquer le lieu où elle avait accouché et la personne qui l'a assistée pendant l'accouchement.

Tableau 6 Indicateurs de santé maternelle

Parmi les femmes de 15-49 ans qui ont eu une naissance vivante au cours des cinq années ayant précédé l'enquête, pourcentage ayant reçu des soins prénatals d'un prestataire formé pour la dernière naissance vivante et pourcentage de femmes dont la dernière naissance vivante a été protégée contre le tétanos néonatal, parmi toutes les naissances vivantes des cinq années ayant précédé l'enquête, pourcentage de celles dont l'accouchement a été assisté par un prestataire formé et pourcentage de celles qui ont eu lieu dans un établissement de santé, selon certaines caractéristiques sociodémographiques, Togo 2013

Caractéristique sociodémographique	Pourcentage de femmes ayant reçu des soins prénatals d'un prestataire formé ¹	Pourcentage de femmes dont la dernière naissance vivante a été protégée contre le tétanos néonatal ²	Effectif de femmes	Pourcentage de naissances dont l'accouchement a été assisté par un prestataire formé	Pourcentage de naissances ayant eu lieu dans un établissement de santé	Effectif de naissances
Âge de la mère à la naissance						
<20	69,4	69,5	470	56,1	74,4	679
20-34	74,3	78,2	3 487	61,8	74,4	4 915
35+	67,9	76,6	900	50,4	63,8	1 105
Milieu de résidence						
Urbain	96,5	81,4	1 818	91,7	93,5	2 401
Rural	58,4	74,4	3 039	41,3	61,0	4 298
Région						
Grande Agglomération de Lomé	97,5	83,0	1 181	93,9	95,6	1 564
Maritime (Sans Agglomération de Lomé)	83,7	79,5	805	74,8	79,9	1 162
Plateaux	59,4	74,2	1 176	42,3	63,4	1 600
Centrale	53,9	80,5	479	45,2	75,2	646
Kara	61,2	72,2	558	41,4	56,5	779
Savanes	61,5	70,1	656	36,4	53,2	946
Niveau d'instruction de la mère³						
Aucun	62,3	68,6	1 906	41,5	55,3	2 740
Primaire	74,6	80,2	1 764	64,8	79,2	2 453
Secondaire	85,4	86,3	1 102	81,8	93,3	1 405
Supérieur	100,0	81,9	84	99,3	98,5	100
Ensemble	72,7	77,1	4 856	59,3	72,7	6 699

¹ Les médecins, les assistants médicaux, les infirmières, les sages-femmes et les accoucheuses auxiliaires sont considérés ici comme des prestataires formés

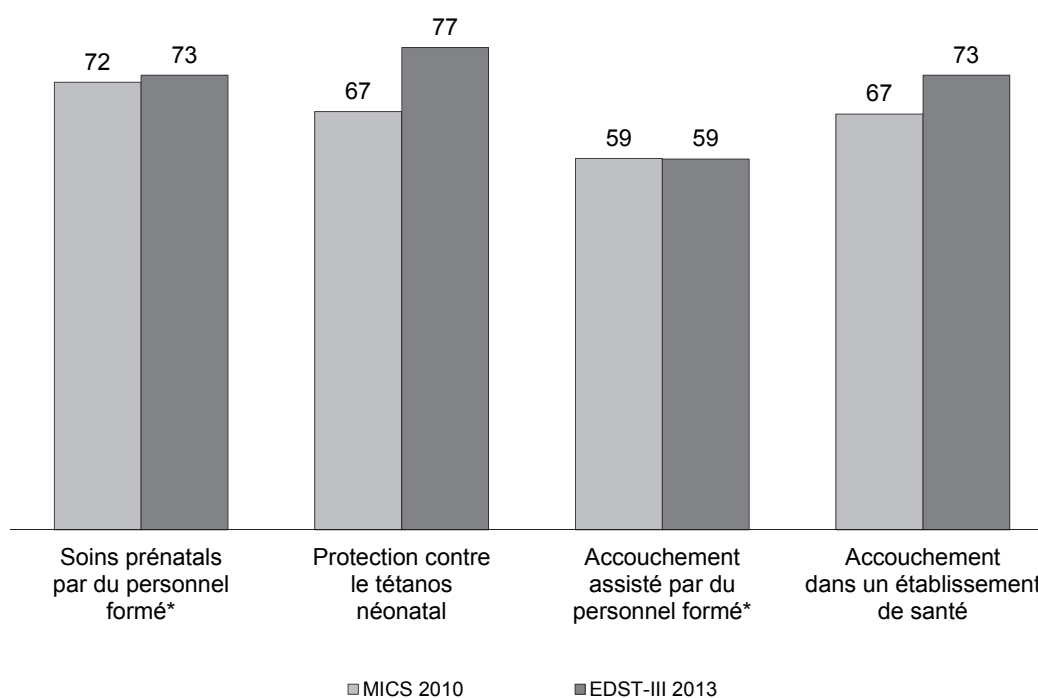
² Y compris les mères ayant reçu deux injections au cours de la grossesse de leur dernière naissance ou, au moins, deux injections (la dernière ayant été effectuée au cours des trois années ayant précédé la dernière naissance vivante), ou, au moins, trois injections (la dernière ayant été effectuée au cours des cinq années ayant précédé la dernière naissance vivante), ou, au moins, quatre injections (la dernière ayant été effectuée au cours des dix années ayant précédé la dernière naissance vivante), ou, au moins, cinq injections à n'importe quel moment avant la dernière naissance vivante

Les résultats du tableau 6 et du graphique 3 montrent que près de 73 % des femmes ont accouché dans un établissement de santé contre 67 % en 2010. Le pourcentage de naissances survenues dans un établissement de santé est plus élevé chez les femmes de moins de 35 ans que celles de 35 ans ou plus (74 % contre 64 %). Les écarts entre les milieux de résidence sont très importants : en milieu urbain, 94 % des naissances ont eu lieu dans un établissement de santé contre seulement 61 % en milieu rural. Par ailleurs, au fur et à mesure qu'on va vers les régions septentrionales on note une diminution de la proportion des naissances ayant eu lieu dans un établissement de santé. Ainsi, la région des Savanes (53 %) et de la Kara (57 %) enregistrent les proportions les plus faibles tandis que la plus forte proportion est observée dans l'agglomération de Lomé (96 %). La proportion des naissances qui ont eu lieu dans un établissement de santé varie positivement avec le niveau d'instruction. En effet, seulement 55 % de naissances issues des femmes sans instruction contre 99 % de naissances des femmes ayant le niveau d'instruction supérieur ont eu lieu dans un établissement de santé.

Si près des trois-quarts des femmes ont accouché dans un établissement de santé, la proportion d'accouchements assistés par un prestataire formé reste faible et constante (59 %) au cours de la période 2010-2013. Cependant cette proportion comparée aux données relatives au lieu d'accouchement apparaît faible. L'assistance des naissances par du personnel de santé formé et le lieu d'accouchement présentent les mêmes variations selon les caractéristiques sociodémographiques des mères.

Graphique 3 Indicateurs de santé maternelle, selon MICS 2010 et EDST-III 2013

Pourcentage



* Le personnel formé comprend le médecin, l'assistant médical, l'infirmière, la sage-femme et l'accoucheuse auxiliaire

3.7 Vaccination des enfants

Dans le cadre du Programme Élargi de Vaccination (PEV) mis en œuvre par le Ministère de la Santé et conformément aux recommandations de l'OMS, un enfant est considéré comme complètement vacciné s'il a reçu le vaccin du BCG contre la tuberculose, trois doses de DTC-HepB-Hib contre la diphtérie, le tétanos, la coqueluche, l'Haemophilus influenzae type B (Hib), et l'hépatite B, trois doses du vaccin contre la polio et le vaccin contre la rougeole. D'après le calendrier vaccinal, toutes ces vaccinations doivent avoir été administrées à l'enfant au cours de sa première année. Lors de l'EDST-III, les informations sur la vaccination ont été recueillies de deux manières : (i) soit elles étaient relevées à partir des carnets de vaccination (ce qui permet d'établir avec certitude la couverture vaccinale ainsi que le calendrier des vaccinations), (ii) soit elles étaient enregistrées à partir des réponses données par la mère lorsque le carnet de l'enfant n'était pas disponible. Les résultats présentés ici ne concernent que les enfants de 12-23 mois, âges auxquels ils devraient avoir reçu tous les vaccins du PEV. Il apparaît au Tableau 7 que pour 70 % des enfants de 12-23 mois, un carnet de vaccination a été montré à l'enquêtrice.

D'après les carnets de vaccination ou les déclarations des mères, 61 % des enfants de 12-23 mois ont été complètement vaccinés et 4 % n'ont reçu aucun vaccin. De manière spécifique, 95 % des enfants ont reçu le BCG ; dans 93 % des cas, les enfants ont reçu la première dose de DTC-HepB-Hib ; dans 94 % des cas, ils ont reçu la première dose de polio ; et 74 % des enfants de 12-23 mois ont été vaccinés contre la rougeole. La dose de Polio 0 (à la naissance) a été reçue par neuf enfants sur dix (87 %).

Pour le DTC-HepB-Hib et la Polio, les déperditions sont importantes entre la première et la troisième dose. De 93 % pour la première dose de DTC-HepB-Hib, la couverture passe à 83 % pour la troisième. En ce qui concerne la Polio, les pourcentages respectifs sont 94 % et 74 %.

Tableau 7. Vaccinations selon certaines caractéristiques sociodémographiques

Pourcentage d'enfants de 12-23 mois ayant reçu certains vaccins à n'importe quel moment avant l'enquête (selon le carnet de vaccination ou les déclarations de la mère), et pourcentage pour lesquels un carnet de vaccination a été présenté à l'enquête, selon certaines caractéristiques sociodémographiques, Togo 2013

Caractéristique sociodémographique	BCG	DTC-HepB-Hib 1	DTC-HepB-Hib 2	DTC-HepB-Hib 3	Polio 0 ¹	Polio 1	Polio 2	Polio 3	Rougeole	Tous les vaccinés ²	Aucun vaccin	Fièvre Jaune	Tous les vaccinés ² y compris la fièvre jaune	Pourcentage ayant présenté un carnet de vaccination	Effectif d'enfants
Sexe															
Masculin	94,6	92,2	88,5	84,3	85,8	93,1	87,8	75,2	76,3	63,8	4,4	75,3	63,4	69,6	703
Féminin	96,1	94,3	90,3	81,5	88,8	95,0	90,7	73,0	72,5	59,0	2,5	70,7	58,4	69,7	690
Milieu de résidence															
Urbain	97,9	97,0	93,7	85,5	93,1	96,8	91,3	76,1	79,0	66,0	1,8	78,1	65,7	73,8	526
Rural	93,7	91,0	86,8	81,3	83,7	92,4	88,0	72,9	71,6	58,6	4,5	69,9	58,0	67,1	867
Région															
Grande Agglomération de Lomé	97,6	96,1	91,8	81,8	92,2	95,7	88,1	75,4	75,7	63,7	2,4	75,0	63,3	74,5	350
Maritime (Sans Agglomération de Lomé)	94,7	89,0	84,8	78,7	86,0	90,8	84,1	66,8	63,8	51,9	3,6	60,8	50,7	67,6	232
Plateaux	90,7	88,3	82,8	75,3	78,3	90,4	86,9	67,6	67,5	50,9	6,8	67,9	50,9	59,3	350
Centrale	98,5	98,3	97,5	95,3	91,9	98,8	97,5	87,2	82,4	76,3	0,9	82,4	76,3	78,1	134
Kara	95,9	95,2	90,6	87,0	86,9	94,7	89,9	73,9	82,4	65,1	3,2	77,4	64,1	69,3	147
Savanes	97,9	97,5	96,5	93,1	93,3	98,2	96,3	84,0	86,7	75,7	1,0	84,5	75,1	76,8	178
Niveau d'instruction															
Aucun	92,2	88,6	83,7	75,6	80,8	90,6	84,7	70,5	65,5	54,2	5,6	63,8	53,6	67,2	558
Primaire	96,4	95,5	93,3	87,4	90,7	95,9	91,8	74,1	76,8	62,4	2,7	75,5	62,3	67,3	495
Secondaire	98,8	97,4	92,3	86,9	92,1	96,8	92,2	78,5	84,3	69,9	1,2	83,2	68,8	76,0	301
Supérieur	(100,0)	(100,0)	(100,0)	(100,0)	(97,9)	(100,0)	(100,0)	(91,4)	(96,0)	(87,4)	(0,0)	(96,0)	(87,4)	(85,3)	38
Ensemble	95,3	93,2	89,4	82,9	87,2	94,1	89,3	74,1	74,4	61,4	3,5	73,0	60,9	69,6	1 393

Note : Les valeurs entre parenthèses sont basées sur 25-49 cas non pondérés

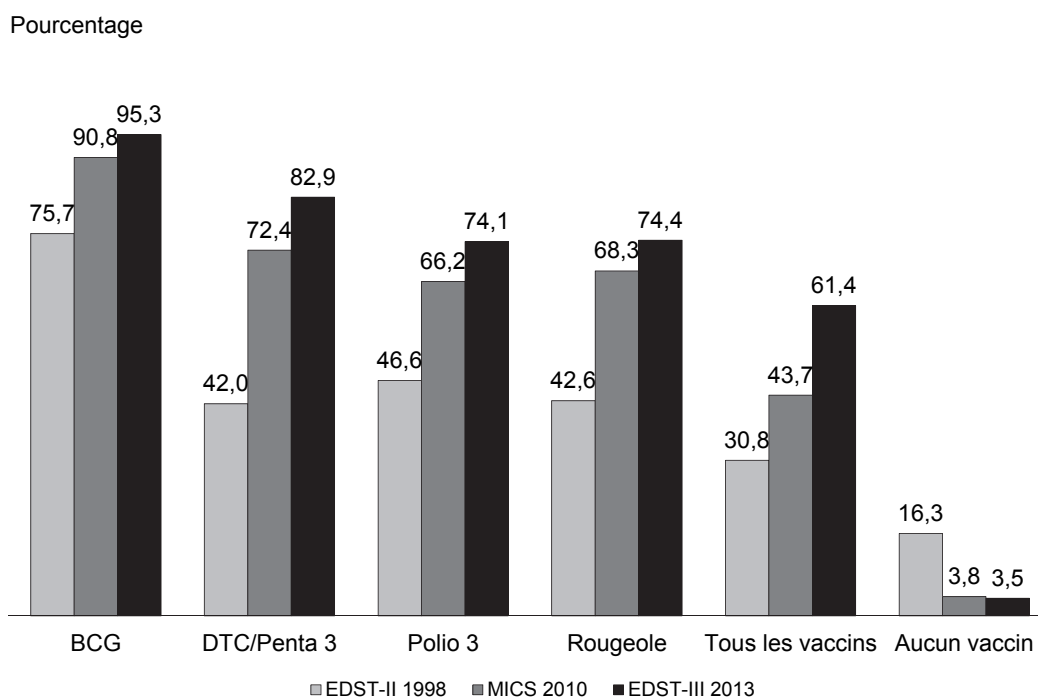
¹ Polio 0 est le vaccin contre la polio donné à la naissance

² BCG, rougeole, les trois doses de DTC-HepB-Hib et les trois doses de polio (non compris la dose de polio donnée à la naissance)

Les résultats de l'enquête mettent en évidence une tendance à l'amélioration de la couverture vaccinale des enfants au Togo au cours de la période 1998-2013, passant de 31 % à 61 % pour tous les antigènes, de 76 % à 95 % pour le BCG, de 47 % à 74 % pour la troisième dose de polio et, enfin, de 43 % à 74 % pour le vaccin contre la rougeole (Graphique 4).

Signalons par ailleurs, que près des trois-quarts des enfants (73 %) sont vaccinés contre la fièvre jaune.

Graphique 4 Couverture vaccinale des enfants de 12-23 mois par type de vaccin selon l'EDST-II 1998, MICS 2010 et EDST-III 2013



Les données indiquent que la couverture vaccinale est légèrement plus élevée chez les garçons que chez les filles (64 % contre 59 %). Les résultats selon le milieu de résidence mettent en évidence un niveau de couverture vaccinale plus élevée en milieu urbain (66 %) qu'en milieu rural (59 %). La couverture vaccinale varie également selon la région, de 51 % dans la région des Plateaux à 76 % dans la région Centrale et dans celle des Savanes.

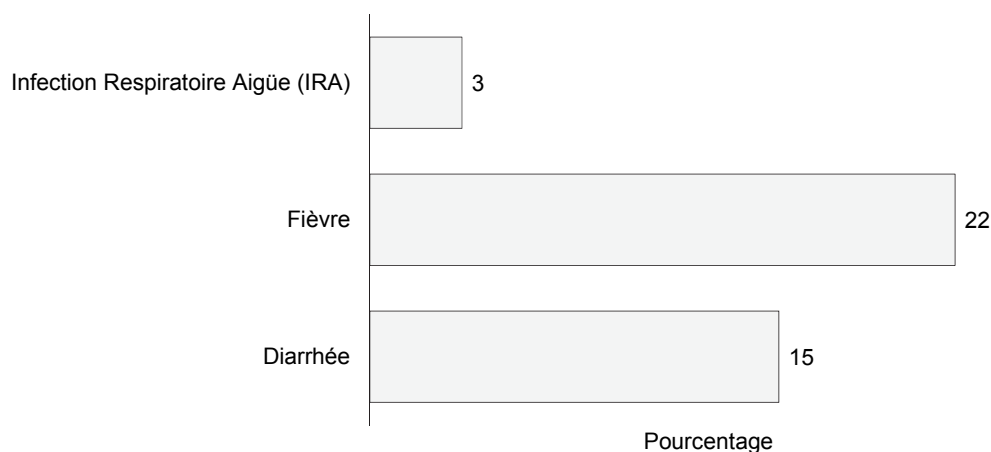
Plus le niveau d'instruction de la mère est élevé, plus la couverture vaccinale des enfants est élevée. En effet, le taux de couverture vaccinale complète est de 54 % quand la mère est sans instruction, de 62 % chez les enfants dont la mère a atteint le niveau primaire, et de 70 % quand la mère a un niveau secondaire.

3.8 Prévalence et traitement des maladies de l'enfance

Les infections respiratoires aiguës (IRA), la fièvre et la déshydratation induite par des diarrhées sévères constituent les principales causes de décès d'enfants dans la plupart des pays en développement. Une attention médicale prompte et appropriée, chaque fois qu'un enfant présente ces symptômes, est cruciale et déterminante dans la réduction de la mortalité infantile. Pour obtenir les informations sur la prévalence et le traitement des maladies des enfants de moins de 5 ans, on a demandé aux mères si, dans les deux semaines ayant précédé l'enquête, l'enfant avait souffert de la toux avec une respiration courte et rapide (symptôme d'une infection respiratoire aiguë) et/ou de la fièvre et s'il avait eu de la diarrhée ; de plus, dans chaque cas, on a demandé ce qui avait été fait pour traiter l'enfant.

Dans l'ensemble, 3 % des enfants ont présenté des symptômes d'IRA (Graphique 5). Parmi les enfants qui ont eu une IRA au cours des deux semaines avant l'enquête, un traitement médical a été recherché auprès d'un professionnel de santé pour 49 % d'entre eux (Tableau 8). Le sexe de l'enfant ne joue pratiquement pas de rôle dans la recherche d'un traitement ; par contre, les enfants du milieu urbain (61 %) ont été plus souvent traités que ceux du milieu rural (43 %).

Graphique 5 Prévalence des symptômes d'IRA, fièvre et diarrhée, selon l'EDST-III 2013



EDST-III 2013

Dans l'ensemble, 22 % des enfants ont eu de la fièvre au cours des deux semaines précédant l'enquête. Pour ces enfants, un traitement médical a été recherché auprès d'un professionnel de santé dans 39 % de cas. La recherche de soins est plus élevée pour les enfants vivant dans les villes (49 %) que pour ceux du milieu rural (35 %). La recherche de soins varie selon les régions : elle passe de 31 % dans les Plateaux à 50 % dans l' agglomération de Lomé. Le niveau d'instruction de la mère constitue un facteur déterminant dans la recherche de soins. En effet, les soins ont été moins fréquemment recherchés en cas de fièvre pour les enfants dont la mère n'a aucune instruction (33 %) que ceux des mères du niveau secondaire (49 %).

Quinze pour cent d'enfants ont souffert de diarrhée au cours des deux dernières semaines avant l'enquête (Graphique 5). Un traitement médical a été recherché auprès d'un service ou d'un prestataire de santé pour 30 % de ces enfants (Tableau 8). Par ailleurs, au cours des épisodes diarrhéiques, 19 % des enfants malades ont reçu une solution de Sel de Réhydratation Orale (SRO) et 19 % ont reçu une Thérapie de Réhydratation Orale (TRO, à savoir soit une SRO, soit une solution maison sucrée salée).

Un traitement a été recherché plus fréquemment pour les enfants du groupe d'âges 6-11 mois (37 %) que pour ceux des autres âges. La recherche de traitement, en cas de diarrhée, auprès d'un établissement de santé est plus fréquente en milieu urbain qu'en milieu rural (33 % contre 29 %). Les filles bénéficient un peu plus fréquemment que les garçons d'une recherche de traitement (33% contre 27 %).

La recherche de soins pour les enfants de 12-23 mois varie selon la région de 16 % dans les Plateaux à 47 % dans les Savanes. Selon le niveau d'instruction de la mère, la recherche de soins passe de 29 % pour les enfants dont la mère n'a aucune instruction et pour ceux dont la mère a un niveau d'instruction primaire à 34 % pour ceux dont la mère a atteint le niveau secondaire.

Tableau 8 Traitement des Infections Respiratoires Aiguës (IRA), de la fièvre et de la diarrhée

Parmi les enfants de moins de cinq ans ayant eu des symptômes d'Infections Respiratoires Aiguës (IRA) ou qui ont eu de la fièvre au cours des deux semaines ayant précédé l'enquête, pourcentage pour lesquels on a recherché des conseils ou un traitement dans un établissement de santé ou auprès d'un prestataire de santé ; parmi les enfants de moins de cinq ans qui ont la diarrhée au cours des deux semaines ayant précédé l'enquête, pourcentage pour lesquels on a recherché des conseils ou un traitement dans un établissement de santé ou auprès d'un prestataire de santé, pourcentage qui ont reçu un liquide préparé à partir de sachets de Sels de Réhydratation Orale (SRO) ou à qui on a donné un liquide de SRO pré-conditionnés et pourcentage qui ont été traité avec une Thérapie de Réhydratation par voie Orale (TRO), selon certaines caractéristiques sociodémographiques, Togo 2013

Caractéristique sociodémographique	Enfants avec des symptômes d'IRA ¹		Enfants avec la fièvre		Enfants avec la diarrhée			
	Pourcentage pour lesquels un traitement a été recherché auprès d'un établissement/prestataire de santé ²	Effectif avec IRA	Pourcentage pour lesquels un traitement a été recherché auprès d'un établissement/prestataire de santé ²	Effectif avec la fièvre	Pourcentage pour lesquels un traitement a été recherché auprès d'un établissement/prestataire de santé ²	Pourcentage à qui on a donné une solution à partir de sachets de Sels de Réhydratation Orale (SRO) ³	Pourcentage ayant été traité avec une TRO ⁴	Effectif avec la diarrhée
Groupe d'âges en mois								
<6	*	21	35,5	63	30,0	19,0	19,0	54
6-11	(54,7)	27	44,0	159	37,3	18,1	19,2	155
12-23	52,0	55	38,1	358	29,4	17,4	18,2	306
24-35	(59,2)	39	36,9	290	29,2	19,9	20,6	202
36-47	(54,8)	38	41,0	267	26,7	19,0	19,0	125
48-59	(33,8)	37	37,8	222	26,6	19,3	19,6	104
Sexe								
Masculin	48,8	114	38,3	695	27,1	17,9	18,7	484
Féminin	48,4	102	39,6	664	33,0	19,3	19,7	463
Milieu de résidence								
Urbain	61,4	66	48,5	389	33,1	17,5	18,1	243
Rural	42,9	150	35,1	970	28,9	18,9	19,5	704
Région								
Grande Agglomération de Lomé	(56,9)	51	49,5	254	31,8	17,9	19,0	146
Maritime (Sans Agglomération de Lomé)	(33,9)	47	28,9	203	24,6	7,4	7,4	132
Plateaux	*	24	31,3	417	15,5	7,9	8,5	259
Centrale	(45,4)	21	39,3	125	30,0	13,3	14,5	93
Kara	(38,8)	23	47,5	129	37,9	28,0	28,0	131
Savanes	53,4	50	45,0	230	47,0	37,8	38,6	186
Niveau d'instruction de la mère³								
Aucun	39,8	102	32,9	615	28,5	19,1	20,1	440
Primaire	46,7	71	40,0	469	29,2	15,9	16,1	330
Secondaire	(71,3)	42	49,3	259	33,8	20,1	20,4	172
Supérieur	*	1	*	16	*	*	*	6
Ensemble	48,6	216	38,9	1 359	30,0	18,6	19,2	947

Note : Les valeurs entre parenthèses sont basées sur 25-49 cas non pondérés. Un astérisque indique qu'une valeur est basée sur moins de 25 cas non pondérés et qu'elle a été supprimée.

¹ Les symptômes d'IRA (toux accompagnée d'une respiration courte et rapide associée à des problèmes de congestion dans la poitrine et/ou à des difficultés respiratoires associés à des problèmes de congestion dans la poitrine) sont considérés comme des indicateurs de la pneumonie

² Non compris les pharmacies, les boutiques et les guérisseurs traditionnels

³ Comprend les sachets de Sel de Réhydratation Orale (SRO) et les liquides SRO pré-conditionnés

⁴ Comprend les sachets de Sel de Réhydratation Orale (SRO), les liquides SRO pré-conditionnés et les solutions maison recommandées

3.9 Allaitement et alimentation de complément

Le lait maternel constitue la principale source de nutriments pour l'enfant. Pendant les six premiers mois, l'allaitement exclusif, c'est-à-dire sans aucun autre ajout, est recommandé par l'OMS et le Ministère de la Santé parce qu'il transmet à l'enfant les anticorps de la mère et tous les éléments nutritifs nécessaires. En plus, le lait maternel, étant stérile, il permet d'éviter la diarrhée et d'autres maladies. Par ailleurs, il est recommandé qu'à partir de six mois, âge auquel l'allaitement maternel seul ne suffit plus pour garantir une croissance optimale à l'enfant, on introduise dans son alimentation des aliments solides de complément. Le tableau 9 présente les données sur la pratique de l'allaitement des enfants de 0 à 23 mois, l'introduction des aliments de complément et l'utilisation du biberon.

Tableau 9 Allaitement selon l'âge de l'enfant

Répartition (en %) des enfants derniers-nés de moins de deux ans vivant avec leur mère, par type d'allaitement et pourcentage actuellement allaité ; et pourcentage de l'ensemble des enfants de moins de deux ans utilisant un biberon, selon l'âge de l'enfant en mois, Togo 2013

Répartition (en %) des enfants derniers-nés de moins de 2 ans vivant avec leur mère par type d'allaitement											
Groupe d'âges en mois	Non allaités	Exclusivement allaités	Allaités et consommant de l'eau seulement	Allaités et consommant des liquides non-lactés ¹	Allaités et consommant d'autres laits	Allaités et consommant des aliments de complément	Total	Pourcentage actuellement allaité	Effectif de derniers-nés de moins de 2 ans	Pourcentage utilisant un biberon	Effectif d'enfants de moins de 2 ans
0-1	1,4	76,3	15,7	1,3	0,6	4,8	100,0	98,6	140	6,6	142
2-3	1,9	63,0	19,1	1,4	2,6	12,1	100,0	98,1	217	7,9	224
4-5	1,5	39,1	33,6	4,7	0,4	20,7	100,0	98,5	210	7,9	214
6-8	1,8	5,3	22,9	3,0	0,7	66,3	100,0	98,2	356	6,4	365
9-11	1,2	0,5	15,6	1,8	0,0	81,0	100,0	98,8	309	6,8	319
12-17	6,9	0,2	6,3	1,8	0,3	84,5	100,0	93,1	685	2,6	708
18-23	29,2	0,3	3,6	0,7	0,1	66,1	100,0	70,8	658	3,5	684
0-3	1,7	68,2	17,7	1,3	1,8	9,2	100,0	98,3	357	7,4	366
0-5	1,6	57,4	23,6	2,6	1,3	13,4	100,0	98,4	567	7,6	580
6-9	1,4	4,4	21,2	3,0	0,5	69,4	100,0	98,6	461	7,0	473
12-15	5,9	0,3	7,4	1,9	0,5	84,0	100,0	94,1	448	2,4	464
12-23	17,8	0,3	5,0	1,3	0,2	75,5	100,0	82,2	1 343	3,0	1 393
20-23	38,3	0,3	2,5	0,2	0,1	58,5	100,0	61,7	430	4,1	449

Note : Les données sur l'allaitement se rapportent à une période de « 24 heures » (hier et la nuit dernière). Les enfants classés dans la catégorie « Allaitement et eau seulement » ne reçoivent aucun complément liquide ou solide. Les catégories « Non allaités », « Allaités exclusivement », « Allaités et eau seulement », « Jus/liquides non lactés », « Autre lait », et « Aliments de complément » (solides et semi solides) sont hiérarchiques et mutuellement exclusives et la somme des pourcentages égale 100 %. Ainsi les enfants qui sont allaités et qui reçoivent des liquides non lactés et qui ne reçoivent pas d'autre laits et qui ne reçoivent pas d'aliments de complément sont classés dans la catégorie « Liquides non lactés » même s'ils reçoivent également de l'eau. Tout enfant qui reçoit des aliments de complément est classé dans cette catégorie tant qu'il est toujours allaité.

¹ Les liquides non-lactés comprennent les jus, les boissons à base de jus, les bouillons clairs et autres liquides

Les résultats de l'enquête montrent que pratiquement tous les enfants de moins de six mois sont allaités (98 %) et 94 % des enfants de 12-15 mois sont encore nourris au sein. Cependant, la recommandation selon laquelle l'enfant doit être exclusivement allaité pendant les six premiers mois n'est pas bien suivie. En effet, dans le groupe d'âges 0-5 mois, moins de six enfants sur dix (57 %) n'ont reçu que le lait maternel, c'est-à-dire qu'ils ont été exclusivement allaités au sein. Dans 41 % des cas, les enfants de moins de six mois ont déjà reçu autre aliment en plus d'être allaités, essentiellement de l'eau (24 %), ou des suppléments solides ou semi-solides (13 %). Par rapport aux recommandations internationales en matière d'alimentation des jeunes enfants, l'introduction d'autres liquides ou suppléments a donc lieu à un âge trop jeune. Par ailleurs, les résultats montrent aussi que la recommandation relative à l'introduction d'aliments solides de complément à partir de l'âge de six mois n'est pas encore correctement suivie : seulement 69 % des enfants de 6 à 9 mois reçoivent, en plus du lait maternel, des aliments de complément. En outre, une proportion non négligeable d'enfants est nourrie avec un biberon : 8 % à 0-5 mois et 7 % à 6-9 mois.

3.10 État nutritionnel des enfants

Les enfants mal nourris courent un risque élevé de morbidité et de mortalité ; en outre, la malnutrition affecte le développement mental de l'enfant. L'état nutritionnel des enfants est évalué sur la base de mesures anthropométriques. Les mesures du poids et de la taille ont été enregistrées pour les enfants nés au cours des cinq années ayant précédé l'EDST-III. Ces données sur le poids et la taille permettent de calculer les trois indices suivants : la taille par rapport à l'âge (taille-pour-âge), le poids par rapport à la taille (poids-pour-taille) et le poids par rapport à l'âge (poids-pour-âge). Ces indices sont exprimés en terme de nombre d'unités d'écart-type par rapport à la médiane des normes OMS de la croissance de l'enfant adoptées en 2006. Les enfants qui se situent à moins de deux écarts-types en dessous de la médiane de la population de référence sont considérés comme mal nourris, tandis que ceux qui se situent à moins de trois écarts-types en dessous de la médiane sont considérés comme étant sévèrement mal nourris. Le tableau 10 présente l'état nutritionnel des enfants de moins de cinq ans selon certaines caractéristiques sociodémographiques.

Tableau 10 État nutritionnel des enfants

Pourcentage des enfants de moins de cinq ans considérés comme atteints de malnutrition selon les trois indices anthropométriques de mesure de l'état nutritionnel : la taille en fonction de l'âge, le poids en fonction de la taille et le poids en fonction de l'âge, selon certaines caractéristiques sociodémographiques, Togo 2013

Caractéristique sociodémographique	Taille-pour-âge ¹		Poids-pour-taille			Poids-pour-âge			Effectif d'enfants
	Pourcentage en dessous de -3 ET	Pourcentage en dessous de -2 ET ²	Pourcentage en dessous de -3 ET	Pourcentage en dessous de -2 ET ²	Pourcentage en dessous de +2 ET	Pourcentage en dessous de -3 ET	Pourcentage en dessous de -2 ET ²	Pourcentage en dessous de +2 ET	
Groupe d'âges en mois									
<6	4,4	10,5	2,9	9,3	3,9	2,9	10,0	1,0	273
6-8	5,8	11,2	1,5	9,3	4,2	2,9	10,3	0,9	183
9-11	6,4	23,3	3,3	24,1	1,6	6,5	23,9	0,5	167
12-17	6,7	20,2	3,3	11,5	1,3	4,3	15,7	0,8	345
18-23	8,0	27,1	2,9	8,6	0,6	4,0	16,7	0,2	345
24-35	11,9	34,6	0,9	5,0	1,8	5,2	17,8	0,3	651
36-47	11,7	34,7	0,6	2,2	1,4	2,1	15,7	0,3	680
48-59	13,1	29,4	0,1	2,5	2,1	2,7	16,7	0,2	642
Sexe									
Masculin	10,3	28,0	1,6	7,5	1,7	4,2	17,1	0,5	1 658
Féminin	9,5	26,9	1,3	5,6	2,1	3,0	15,0	0,4	1 629
Milieu de résidence									
Urbain	4,4	16,2	1,7	6,3	1,8	2,3	10,9	0,7	1 110
Rural	12,7	33,2	1,3	6,7	1,9	4,2	18,7	0,3	2 177
Région									
Grande Agglomération de Lomé	4,3	14,8	1,6	5,9	2,5	2,0	9,6	1,0	686
Maritime (Sans Agglomération de Lomé)	11,9	28,6	0,5	4,8	1,8	3,5	15,2	0,2	615
Plateaux	11,5	31,1	1,5	6,3	1,6	3,4	17,3	0,2	814
Centrale	7,6	28,7	0,7	4,7	2,0	2,5	13,6	0,4	329
Kara	12,7	32,0	1,8	7,3	1,8	6,2	19,5	0,5	386
Savanes	12,0	33,4	2,8	11,1	1,6	5,0	23,5	0,4	457
Niveau d'instruction de la mère³									
Aucun	12,5	32,6	2,2	9,0	1,4	5,0	21,1	0,2	1 258
Primaire	9,6	25,4	1,4	5,5	1,8	3,4	13,3	0,4	1 122
Secondaire	3,9	19,0	0,5	4,5	2,8	1,1	10,4	0,8	612
Supérieur	(1,7)	(3,5)	(1,9)	(10,2)	(3,8)	(0,0)	(7,7)	(2,0)	45
Interview de la mère									
Mère interviewée	9,4	26,6	1,6	6,8	1,9	3,5	15,8	0,4	2 963
Mère non interviewée mais vivant dans le ménage	14,1	33,9	0,0	7,8	0,7	7,2	18,8	0,0	74
Mère non interviewée et ne vivant pas dans le ménage ⁴	14,2	35,4	0,4	3,2	2,3	4,1	18,5	0,8	250
Ensemble	9,9	27,4	1,5	6,6	1,9	3,6	16,1	0,4	3 287

Note : Le tableau est basé sur les enfants qui ont dormi dans le ménage la nuit ayant précédé l'enquête. Chaque indice est exprimé en termes de nombre d'unités d'écart type (ET) par rapport à la médiane des Normes OMS de la croissance de l'enfant adoptées en 2006. Les indices présentés dans ce tableau ne sont PAS comparables à ceux basés sur les normes NCHS/CDC/OMS de 1977 utilisées précédemment. Le tableau est basé sur les enfants dont les dates de naissance (mois et année) et les mesures du poids et de la taille sont valables.

¹ Les enfants de moins de 2 ans sont mesurés en position allongée; les autres enfants sont mesurés en position debout

² Y compris les enfants qui se situent en-dessous de -3 ET de la médiane des Normes OMS de la croissance de l'enfant

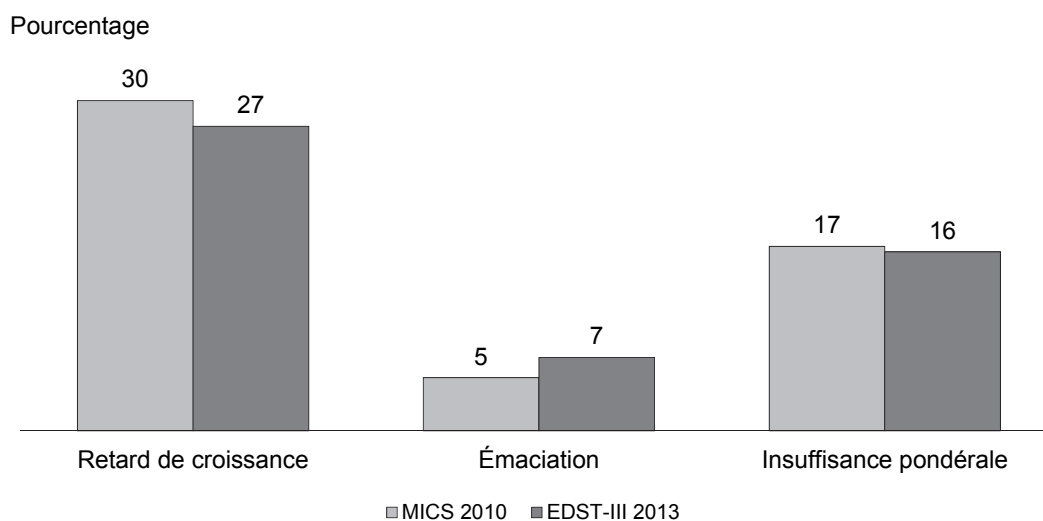
³ Pour les femmes qui n'ont pas été interviewées, les informations proviennent du Questionnaire Ménage. Non compris les enfants dont la mère n'a pas été listée dans le Questionnaire Ménage

⁴ Y compris les enfants dont la mère est décédée

Les enfants dont la taille-pour-âge se situe en dessous de moins de deux écarts-types de la médiane de la population de référence sont considérés comme accusant un retard de croissance qui est le signe d'une malnutrition chronique. Il reflète une situation qui est généralement la conséquence d'une alimentation inadéquate et/ou de maladies survenues pendant une période relativement longue ou qui se manifestent à plusieurs reprises (paludisme par exemple).

Dans l'ensemble, 27 % des enfants souffrent de malnutrition chronique : 17 % sous sa forme modérée et 10 % sous sa forme sévère. La prévalence de la malnutrition chronique semble avoir légèrement diminuée depuis 2010, passant de 30 % (MICS 2010) à 27 % actuellement (Graphique 6).

Graphique 6 État nutritionnel des enfants de moins de cinq ans selon MICS 2010 et EDST-III 2013



Selon l'âge, on note que la prévalence de la malnutrition chronique passe de 11 % chez les enfants de moins de 8 mois à plus de 27 % chez les enfants âgés de plus de 18 mois. La prévalence la plus élevée qui est de 35 %, est observée chez les enfants de 24-47 mois. Les enfants de sexe masculin semblent être aussi fréquemment atteints par cette forme de malnutrition que ceux de sexe féminin (28 % contre 27 %).

La malnutrition chronique est davantage localisée en milieu rural et dans les régions des Savanes, Kara et Plateaux. En effet, un enfant sur trois (33 %) vivant en milieu rural souffre d'un retard de croissance contre 16 % pour ceux qui résident en milieu urbain. La forme sévère atteint 13 % des enfants en milieu rural contre 4 % en milieu urbain. Par rapport aux régions, les régions des Savanes (33 %), de la Kara (32 %) et des Plateaux (31 %) paraissent plus touchées que les autres, alors que l'agglomération de Lomé ressort avec 15 % d'enfants malnutris. Par ailleurs, les résultats montrent que la prévalence de la malnutrition chronique est nettement influencée par le niveau d'instruction de la mère : de 33 % chez les enfants de mère sans instruction, la proportion d'enfants atteints de malnutrition chronique passe à 25 % parmi ceux dont la mère a un niveau primaire et à 19 % chez ceux dont la mère a un niveau secondaire.

Les enfants dont le poids-pour-taille est en dessous de moins de deux écarts types de la médiane de la population de référence sont atteints d'émaciation ou de maigreur. Cette forme de malnutrition aiguë est la conséquence d'une alimentation insuffisante durant la période ayant précédé l'observation et elle peut aussi être le résultat de maladies récentes, surtout la diarrhée.

Les résultats montrent que, dans l'ensemble, 7 % des enfants sont émaciés : 5 % sous une forme modérée et 2 % sous la forme sévère. Le pourcentage le plus élevé d'enfants atteints de malnutrition aiguë concerne le groupe d'âge 9-11 mois (24 %). Il y a peu de différence selon le sexe (8 % pour les garçons contre 6 % pour les filles). Le niveau de malnutrition aiguë ne varie pratiquement pas entre les milieux de résidence (7 % pour le milieu rural et 6 % le milieu urbain). C'est dans la région des Savanes où la malnutrition aiguë semble être la plus fréquente (11 %). Il ressort du graphique 6 que la prévalence de la malnutrition aiguë n'a que très peu changé depuis 2010 (7 % contre 5 %).

Les enfants dont le poids-pour-âge se situe en dessous de moins de deux écarts types de la médiane de la population de référence présentent une insuffisance pondérale. Cet indice reflète les deux précédentes formes de malnutrition, chronique et aiguë. Dans l'ensemble, 16 % des enfants au Togo présentent une insuffisance pondérale : 11 % sous une forme modérée et 4 % sous la forme sévère. L'insuffisance pondérale est plus fréquente en milieu rural qu'en milieu urbain (19 % contre 11 %), chez les garçons que chez les filles (17 % contre 15 %), et chez les enfants dont la mère n'a aucun niveau d'instruction (21 %) que chez

ceux dont la mère a un niveau primaire (13 %) ou secondaire (10 %). La région des Savanes est la région la plus touchée avec 24 %, suivie de la région de la Kara (20 %) et celle des Plateaux (17 %).

3.11 Indicateurs du paludisme

La prophylaxie (prévention) du paludisme repose sur deux types de mesures : un ensemble de précautions visant à limiter les risques d'infections et la prise préventive de certains médicaments. La moustiquaire imprégnée d'insecticide reste l'un des moyens de prévention les plus efficaces. Les données collectées au cours de l'EDST-III, ont permis d'évaluer les proportions de ménages disposant d'une moustiquaire traitée ou Moustiquaire Imprégnée d'Insecticide (MII)³. On a également cherché à savoir, parmi les enfants de moins de cinq ans fébriles durant les deux semaines précédant l'enquête, le pourcentage de ceux qui ont reçu un antipaludéen.

Il ressort du tableau 11 que deux-tiers (67 %) des ménages au Togo possèdent au moins une moustiquaire imprégnée ou non. Dans presque la totalité des cas, il s'agit d'une moustiquaire imprégnée puisque 65 % des ménages possèdent une MII. Selon le milieu de résidence, les ménages ruraux sont en proportion plus élevée que les ménages urbains à posséder, au moins une MII (71 % contre 58 %).

Tableau 11 Indicateurs du paludisme

Possession et utilisation de moustiquaires, traitement préventif du paludisme au cours de la grossesse et traitement des enfants ayant de la fièvre avec des antipaludéens, selon les milieux de résidence urbain et rural, Togo 2013

Indicateur du paludisme	Milieu de résidence					
	Urbain		Rural		Ensemble	
	Pourcentage	Effectif	Pourcentage	Effectif	Pourcentage	Effectif
Moustiquaires						
ménages possédant au moins une moustiquaire (imprégnée ou non)	60,7	4 207	71,8	5 342	66,9	9 549
ménages possédant au moins une Moustiquaire Imprégnée d'Insecticide (MII) ¹	58,3	4 207	71,0	5 342	65,4	9 549
enfants de moins de 5 ans ayant dormi sous une moustiquaire (imprégnée ou non) la nuit ayant précédé l'enquête	39,8	2 295	46,3	4 328	44,1	6 622
enfants de moins de 5 ans ayant dormi sous une MII la nuit ayant précédé l'enquête	37,9	2 295	45,6	4 328	42,9	6 622
enfants de moins de 5 ans dans les ménages ayant une MII qui ont dormi sous une MII, la nuit ayant précédé l'enquête ¹	58,6	1 483	60,9	3 241	60,2	4 725
femmes enceintes de 15-49 ans ayant dormi sous une moustiquaire (imprégnée ou non) la nuit ayant précédé l'enquête	37,1	266	43,5	514	41,3	780
femmes enceintes de 15-49 ans qui ont dormi sous une MII la nuit ayant précédé l'enquête ¹	35,8	266	42,4	514	40,2	780
femmes enceintes de 15-49 ans dans les ménages ayant une MII qui ont dormi sous une MII la nuit ayant précédé l'enquête ¹	54,8	174	59,0	370	57,6	544
Traitement préventif du paludisme au cours de la grossesse						
dernières naissances survenues au cours des deux années ayant précédé l'enquête pour lesquelles la mère a pris des antipaludéens à titre préventif au cours de la grossesse	93,6	964	83,6	1 714	87,2	2 678
dernières naissances survenues au cours des deux années ayant précédé l'enquête pour lesquelles la mère a reçu un Traitement Préventif Intermittent (TPI) au cours d'une visite prénatale ²	62,6	964	33,0	1 714	43,7	2 678
Traitement de la fièvre						
enfants avec de la fièvre au cours des 2 semaines ayant précédé l'enquête	17,1	2 279	24,3	3 999	21,6	6 278
Parmi les enfants de moins de 5 ans ayant eu de la fièvre au cours des 2 semaines ayant précédé l'enquête, pourcentage de ceux qui ont pris :						
Un antipaludéen quelconque	19,9	389	17,5	970	18,2	1 359
SP/Fansidar	0,0	389	3,1	970	2,2	1 359
Chloroquine	2,9	389	1,8	970	2,1	1 359
Amodiaquine	3,2	389	1,3	970	1,8	1 359
Quinine	2,1	389	1,8	970	1,8	1 359
Combinaison avec artémisinine	9,3	389	8,9	970	9,0	1 359
Autre antipaludéen	3,6	389	1,4	970	2,0	1 359

À suivre...

³Une Moustiquaire Imprégnée d'Insecticide (MII) est soit une moustiquaire préimprégnée permanente qui ne demande aucun traitement (Moustiquaire Imprégnée d'Insecticide à Longue Durée d'Action - MIILDA), soit une moustiquaire préimprégnée mais obtenue il y a moins de 12 mois, soit une moustiquaire qui a été trempée dans un insecticide il y a moins de 12 mois.

Tableau 11—suite

Indicateur du paludisme	Milieu de résidence					
	Urbain		Rural		Ensemble	
	Pourcentage	Effectif	Pourcentage	Effectif	Pourcentage	Effectif
Parmi les enfants de moins de 5 ans ayant eu de la fièvre au cours des 2 semaines ayant précédé l'enquête, pourcentage de ceux qui ont pris le même jour/jour suivant l'apparition de la fièvre :						
Un antipaludéen quelconque	14,2	389	12,4	970	13,0	1 359
SP/Fansidar	0,0	389	2,3	970	1,6	1 359
Chloroquine	1,5	389	1,5	970	1,5	1 359
Amodiaquine	1,7	389	0,7	970	1,0	1 359
Quinine	2,1	389	1,0	970	1,3	1 359
Combinaison avec artémisinine	6,6	389	6,1	970	6,2	1 359
Autre antipaludéen	3,5	389	1,1	970	1,7	1 359

¹ Une Moustiquaire Imprégnée d'Insecticide (MII) est soit une moustiquaire pré-imprégnée permanente qui ne demande aucun traitement, soit une moustiquaire pré-imprégnée mais obtenue il y a moins de 12 mois, soit une moustiquaire qui a été trempée dans un insecticide il y a moins de 12 mois.

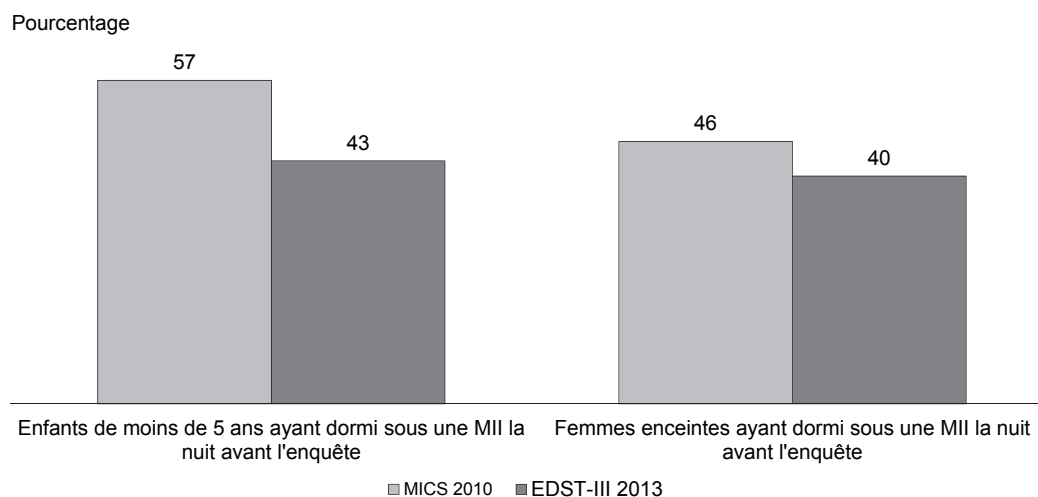
² Le Traitement Préventif Intermittent consiste à administrer, de manière préventive, deux doses de SP/Fansidar au cours des visites prénatales.

La proportion d'enfants ayant dormi la nuit précédant l'enquête sous une MII est de 43 %. Cette proportion est plus élevée en milieu rural qu'en milieu urbain : 46 % contre 38 %. Dans les ménages ayant une MII, la proportion d'enfants de moins de 5 ans qui ont dormi sous une MII la nuit ayant précédé l'enquête est de 60 %.

On constate que parmi les femmes enceintes, 40 % se sont protégées contre le paludisme en dormant sous une MII. Dans les ménages ayant une MII, la proportion de femmes enceintes de 15-49 ans qui ont dormi sous une MII la nuit ayant précédé l'enquête s'établit à 58 %.

Le graphique 7 suggère une tendance à la baisse des proportions de femmes enceintes (46 % en 2010 et 40 % en 2013) et des enfants de moins de cinq ans (57 % en 2010 contre 43 % en 2013) qui ont dormi sous une MII la nuit avant l'enquête.

Graphique 7 Utilisation des moustiquaires, selon MICS 2010 et EDST-III 2013



Pour réduire le risque de contracter le paludisme pendant la grossesse, il est recommandé que les femmes enceintes non seulement dorment sous une moustiquaire imprégnée d'insecticide mais aussi prennent, à titre préventif, des antipaludiques au cours de la grossesse. Au cours de l'EDST-III, on a donc demandé à toutes les femmes qui avaient eu une naissance pendant les cinq dernières années si, durant la grossesse la plus récente, elles avaient pris des antipaludiques et, dans le cas d'une réponse positive, de quels antipaludiques il s'agissait.

Pour 87 % des dernières naissances survenues au cours des deux années ayant précédé l'enquête, la mère a pris, à titre préventif, des antipaludiques au cours de la grossesse. Cependant la proportion de femmes ayant suivi, comme recommandé, un Traitement Préventif Intermittent (TPI), à savoir deux doses de

SP/Fansidar reçues au cours des visites prénatales est seulement de 44 %. Le pourcentage de femmes enceintes ayant reçu le TPI est plus faible en milieu rural qu'en milieu urbain (33 % contre 63 %).

Parmi les enfants de moins de cinq ans ayant eu de la fièvre au cours des deux semaines ayant précédé l'enquête, 18 % ont pris un antipaludique quelconque. On constate que la combinaison à base d'artémisinine (CTA) a été l'antipaludique le plus fréquemment pris pour traiter la fièvre (9 %). La proportion d'enfants de moins de cinq ans ayant eu la fièvre au cours de la période de référence qui ont pris un antipaludique est quasiment la même en milieu urbain qu'en milieu rural.

3.12 Prévalence de l'anémie chez les femmes et les enfants

Le tableau 12 présente les résultats sur la prévalence de l'anémie par niveau d'anémie pour les enfants et les femmes. Dans l'ensemble, 70 % des enfants de 6-59 mois sont anémiés : 25 % souffrent d'anémie légère, 42 % souffrent d'anémie modérée, et 2 % d'anémie sévère. Le pourcentage global d'enfants souffrant d'anémie est plus élevé en milieu rural (73 %) qu'en milieu urbain (64 %). Le pourcentage global d'enfants de moins de 6-59 mois atteints d'anémie varie de 64 % dans l'agglomération de Lomé à 76 % dans la région de la Kara.

Tableau 12. Prévalence de l'anémie chez les enfants et les femmes

Pourcentage d'enfants de 6-59 mois et de femmes de 15-49 ans considérés comme étant atteints d'anémie, selon certaines caractéristiques sociodémographiques, Togo 2013

Caractéristique sociodémographique	Pourcentage atteint d'anémie	Pourcentage atteint d'anémie			Effectif
		Anémie légère	Anémie modérée	Anémie sévère	
ENFANTS					
Milieu de résidence					
Urbain	63,7	27,5	35,6	0,6	1 003
Rural	73,1	24,2	45,7	3,3	1 998
Région					
Grande Agglomération de Lomé	63,7	26,2	36,7	0,9	614
Maritime (Sans Agglomération de Lomé)	70,1	23,5	45,1	1,5	563
Plateaux	72,5	25,3	43,8	3,4	751
Centrale	72,3	25,5	43,7	3,1	302
Kara	75,6	24,7	47,2	3,7	353
Savanes	68,1	26,8	39,1	2,3	419
Ensemble	70,0	25,3	42,3	2,4	3 001
FEMMES					
Milieu de résidence					
Urbain	51,6	38,6	11,3	1,6	2 158
Rural	45,2	34,1	10,6	0,5	2 630
Région					
Grande Agglomération de Lomé	55,8	42,2	11,4	2,3	1 426
Maritime (Sans Agglomération de Lomé)	55,9	39,2	16,1	0,7	758
Plateaux	44,6	34,0	10,3	0,2	1 068
Centrale	38,3	29,8	8,2	0,3	444
Kara	38,7	28,1	10,2	0,4	529
Savanes	41,0	33,5	6,9	0,6	563
Ensemble	48,1	36,2	10,9	1,0	4 788

Note : Le tableau est basé sur les enfants et les femmes qui ont dormi dans le ménage la nuit ayant précédé l'enquête. La prévalence de l'anémie, basée sur le niveau d'hémoglobine, est ajustée en fonction de l'altitude (pour les enfants et les femmes) et en fonction du fait de fumer ou non (pour les femmes) en utilisant les formules du CDC (CDC, 1998). Les femmes et les enfants sont considérés comme atteints d'anémie sévère si le niveau d'hémoglobine est <7,0 g/dl d'hémoglobine et d'anémie modérée si cette valeur se situe entre 7,0 et 9,9 g/dl; l'anémie est considérée comme légère chez les femmes non enceintes si le niveau d'hémoglobine se situe entre 10,0 et 11,9 g/dl; chez les enfants et les femmes enceintes, l'anémie est considérée comme légère si le niveau d'hémoglobine se situe entre 10,0-10,9 g/dl.

Chez les femmes de 15-49 ans, 48 % sont atteintes d'anémie : 36 % sont atteintes d'anémie légère, 11 % d'anémie modérée et 1 % d'anémie sévère. Les femmes du milieu urbain sont plus anémiées que celles du milieu rural (52 % contre 45 %). Selon les régions, la proportion de femmes atteintes d'anémie varie de 38 % dans la région Centrale à 56 % dans la région Maritime et l'agglomération de Lomé.

3.13 Prévalence du paludisme

Le paludisme fait partie des pathologies les plus fréquemment rencontrées en consultation, en hospitalisation et dans les causes de décès survenus dans les formations sanitaires au Togo (DISER, 2013). Cette affection représente dès lors un problème de santé publique auquel il faut faire face.

Rappelons que lors de l'enquête EDST-III, deux types de test ont été effectués afin d'estimer la prévalence de la parasitémie palustre chez les enfants de 6-59 mois. Un test de diagnostic rapide (TDR) réalisé sur le terrain et un examen microscopique du sang de ces enfants a été réalisé au laboratoire. Les résultats du tableau 13 indiquent que la prévalence du paludisme établie à partir de l'examen microscopique de la goutte épaisse est pratiquement la même que celle obtenue à partir des TDR et ce, quelles que soient les caractéristiques sociodémographiques des enfants considérées.

La prévalence estimée par le TDR (38 %) et confirmée à partir de l'examen microscopique de la goutte épaisse (36 %) indique que dans l'ensemble, plus du tiers des enfants sont positifs. Selon les résultats de la goutte épaisse, il n'existe pas de disparité notable liée au sexe. L'analyse suivant le milieu de résidence montre que la prévalence du paludisme est beaucoup plus élevée en milieu rural qu'en milieu urbain : 47 % en milieu rural contre 14 % en milieu urbain. Du point de vue de la région, l'agglomération de Lomé passe pour la région à faible prévalence (8 %) tandis que les régions Plateaux (51 %) et de la Kara (52 %) présentent les prévalences de paludisme les plus élevées.

Tableau 13 Prévalence du paludisme chez les enfants

Pourcentage d'enfants de 6-59 mois et de femmes de 15-49 ans considérés comme étant atteints de paludisme, selon certaines caractéristiques sociodémographiques, Togo 2013

Caractéristique sociodémographique	Tests de Diagnostic Rapide (TDR)		Gouttes épaisses (GE)	
	Pourcentage d'enfants dont le résultat est positif	Effectifs d'enfants testés	Pourcentage d'enfants dont le résultat est positif	Effectifs d'enfants testés
Sexe				
Masculin	38,8	1 518	35,4	1 515
Féminin	36,1	1 482	37,0	1 481
Milieu de résidence				
Urbain	13,3	1 004	14,3	1 000
Rural	49,6	1 996	47,1	1 995
Région				
Grande Agglomération de Lomé	8,4	616	8,3	613
Maritime (Sans Agglomération de Lomé)	32,6	563	35,2	563
Plateaux	57,0	750	51,2	749
Centrale	49,2	303	48,9	302
Kara	52,5	351	52,3	351
Savanes	31,0	418	28,5	418
Ensemble	37,5	3 000	36,2	2 996

Note : Le tableau est basé sur les enfants qui ont dormi dans le ménage la nuit ayant précédé l'enquête.

3.14 Mortalité des enfants

La connaissance du niveau de mortalité des enfants est l'un des objectifs retenus par l'enquête démographique et de santé du Togo (EDST-III). Les indicateurs pertinents de mortalité à savoir la mortalité infantile et celle infanto-juvénile permettent d'apprécier le niveau socio-économique du pays. Ces indicateurs sont calculés à partir des informations recueillies sur l'historique des naissances.

Ainsi, pour estimer la mortalité des enfants, cinq indicateurs ont été calculés. Ces indicateurs sont : le quotient de mortalité infantile qui mesure la probabilité pour un enfant né vivant de décéder avant son premier anniversaire; le quotient de mortalité juvénile qui mesure la probabilité pour un enfant survivant à son premier anniversaire de décéder avant d'atteindre le cinquième anniversaire ; le quotient de mortalité infanto-juvénile qui mesure la probabilité pour un enfant né vivant de mourir avant son cinquième anniversaire et les composantes de la mortalité infantile que sont; le quotient de mortalité néonatale, défini

comme étant la probabilité de mourir au cours du premier mois suivant la naissance ; et le quotient de mortalité post-néonatale ou probabilité de mourir dans la tranche d'âges 1-11 mois. Chacun de ces quotients a été calculé pour les périodes 2009-2013, 2004-2008 et 1999-2003.

Le tableau 14 présente les quotients de mortalité par période quinquennale ayant précédé l'enquête réalisée en 2013. Pour la période des cinq dernières années avant l'EDST-III (période 2009-2013), le quotient de mortalité infantile est évalué à 49 décès pour 1 000 naissances vivantes. Quant à ses composantes, elles se situent à 27 ‰ pour la mortalité néonatale et à 22 ‰ pour la mortalité post-néonatale. Le quotient de mortalité juvénile s'établit, quant à lui, à 42 ‰ et celui de mortalité infanto-juvénile, est de 89 ‰.

Tableau 14. Quotients de mortalité des enfants de moins de cinq ans

Quotients de mortalité néonatale, post-néonatale, infantile, juvénile et infanto-juvénile par période de cinq ans ayant précédé l'enquête, Togo 2013

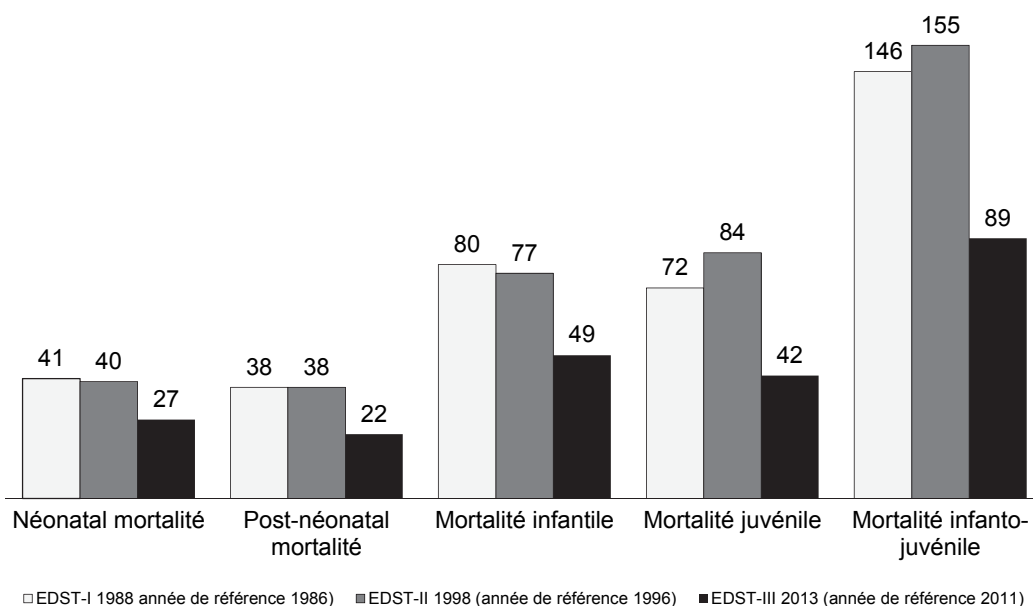
Nombre d'années ayant précédé l'enquête	Période avant l'enquête	Mortalité néonatale (NN)	Mortalité post-néonatale (PNN) ¹	Mortalité infantile (1q0)	Mortalité juvénile (4q1)	Mortalité infanto-juvénile (5q0)
0-4	2009-2013	27	22	49	42	89
5-9	2004-2008	31	26	57	44	99
10-14	1999-2003	34	26	60	57	114

¹ Calculé par différence entre les taux de mortalité infantile et néonatale.

Le graphique 8 présente pour sa part, les tendances de la mortalité des enfants obtenues à partir des données des EDST-I 1988, EDST-II 1998 et EDST-III 2013 avec comme années de référence respectives 1986, 1996 et 2011. De façon générale, de 1988 à 2013, on note une tendance à la baisse des quotients de mortalité quelle que soit la composante considérée. La mortalité infantile, bien qu'ayant connu une baisse peu sensible de 80 ‰ en 1988 à 77 ‰ en 1998, est passée à 49 ‰ en 2013. Quant à la mortalité infanto-juvénile, après avoir connu une augmentation de près de 9 points en 1998, elle est passée de 155 ‰ à 89 ‰ en 2013.

Graphique 8 Mortalité des enfants, selon l'EDST-I 1988, EDST-II 1998 et EDST-III 2013

Décès pour 1 000



3.15 Estimation de la mortalité maternelle

Le tableau 15 présente les estimations directes de mortalité maternelle pour la période de sept ans précédant l'enquête. Le taux de mortalité maternelle chez les femmes de 15-49 ans est de 0,6 décès maternels pour 1 000 femmes-années d'exposition. Par groupes d'âges quinquennaux, c'est chez les femmes de 40-44 ans que le taux de mortalité maternelle est le plus élevé (0,8 %). Selon l'EDST-III, les décès maternels représentent 14 % de tous les décès de femmes de 15-49 ans. Le pourcentage de décès de femmes qui sont « maternels » varie de 18 % chez les femmes de 15-19 ans à un maximum de 25 % à 20-24 ans. Ce pourcentage qui passe de 21 % à 25-29 ans et diminue de façon irrégulière pour atteindre 1 % à 45-49 ans.

Le taux de mortalité maternelle peut être converti en rapport de mortalité maternelle (nombre de décès maternels pour 100 000 naissances vivantes) en le divisant par le taux global de fécondité générale standardisé pour la période correspondante, soit 154 ‰. Exprimé de cette manière, on met davantage en relief le risque obstétrical de la grossesse et de la maternité. Le rapport de mortalité maternelle est estimé à 400 décès pour 100 000 naissances vivantes au cours de la période de sept ans précédant l'enquête, soit environ 2006-2013. En d'autres termes, au Togo, pour 1 000 naissances vivantes au cours des sept années précédant l'EDST-III, quatre femmes sont décédées pendant la grossesse, pendant l'accouchement, ou dans les deux mois suivant l'accouchement.

Un autre indicateur, le risque de mortalité maternelle sur la durée de vie (RDV), est calculé à partir du rapport de mortalité maternelle (Tableau 15). Cet indicateur exprime le risque pour une femme de décéder de cause maternelle durant les âges de procréation. Ce risque est estimé à 0,02 pour la période 0-6 ans avant l'enquête. Autrement dit, aujourd'hui au Togo, les femmes courent un risque de 1 sur 50 de décéder de cause maternelle pendant les âges de procréation.

3.16 Connaissance du VIH/sida

Les données du tableau 16 révèlent que le niveau de connaissance du VIH/sida est très élevé au Togo. Le VIH/sida est presque connu de toute la population. Ainsi, 97 % des femmes et 99 % des hommes, ont-ils déclaré avoir entendu parler du VIH/sida. En outre, quelle que soit la caractéristique sociodémographique considérée, cette proportion demeure toujours élevée.

Tableau 15. Mortalité maternelle

Estimation directe des taux de mortalité maternelle pour la période 0-6 ans avant l'enquête, par groupe d'âges quinquennal, Togo 2013

Groupe d'âges	Pourcentage de décès de femmes qui sont maternels	Décès maternels	Années d'exposition	Taux de mortalité maternelle ¹
15-19	17,8	7	18 750	0,39
20-24	24,8	17	22 023	0,79
25-29	20,6	17	21 728	0,77
30-34	11,1	10	18 983	0,55
35-39	14,4	10	14 602	0,71
40-44	9,0	7	9 369	0,80
45-49	1,3	1	5 762	0,12
15-49	14,2	71	111 217	0,61^a
Taux Global de Fécondité Générale (TGFG) ²				154 ^a
Rapport de mortalité maternelle (RMM) ³				400
Risque de mortalité maternelle sur la durée de vie (RDV) ⁴				0,020

¹ Exprimé pour 1 000 femmes-années d'exposition.

² Exprimé pour 1 000 femmes de 15-49 ans.

³ Exprimé pour 100 000 naissances, calculé comme suit : [Taux de mortalité maternelle 15-49 ans standardisé par âge x 100 / TGFG standardisé par âge].

⁴ Calculé à partir de la formule suivante : $1 - (1 - RMM)^{SF}$ où l'ISF est l'indice synthétique de fécondité pour la période 0-6 ans avant l'enquête.

^a Taux standardisés par âge.

Tableau 16 Connaissance du sida

Pourcentage de femmes et d'hommes de 15-49 ans qui ont entendu parler du sida, selon certaines caractéristiques sociodémographiques, Togo 2013

Caractéristique sociodémographique	Femmes		Hommes	
	A entendu parler du sida	Effectif de femmes	A entendu parler du sida	Effectif d'hommes
Groupe d'âges				
15-24	96,4	3 365	97,9	1 582
15-19	95,3	1 702	97,2	855
20-24	97,6	1 663	98,8	727
25-29	97,8	1 683	99,4	637
30-39	97,2	2 721	99,3	1 027
40-49	98,1	1 711	99,2	772
État matrimonial				
Célibataire	96,8	2 543	98,2	1 897
A déjà eu des rapports sexuels	98,8	1 440	99,7	1 082
N'a jamais eu de rapports sexuels	94,2	1 103	96,1	815
En union	97,2	6 281	99,3	1 995
En rupture d'union	98,5	655	100,0	126
Milieu de résidence				
Urbain	98,8	4 301	99,4	1 797
Rural	95,9	5 179	98,3	2 221
Région				
Grande Agglomération de Lomé	98,6	2 887	99,3	1 161
Maritime (Sans Agglomération de Lomé)	98,6	1 513	98,1	655
Plateaux	93,9	2 096	98,1	894
Centrale	98,9	868	99,9	403
Kara	95,9	1 023	98,8	481
Savanes	97,9	1 094	98,7	425
Niveau d'instruction				
Aucun	94,7	3 018	96,2	453
Primaire	97,2	3 170	97,8	1 079
Secondaire	99,5	2 975	99,6	2 133
Supérieur	99,5	317	100,0	353
Ensemble 15-49	97,2	9 480	98,8	4 018
50-59	na	na	98,8	458
Ensemble 15-59	na	na	98,8	4 476

na = Non applicable

La connaissance des moyens de prévention appropriés est essentielle pour se protéger contre l'infection du VIH. La limitation des rapports sexuels à un seul partenaire non infecté et l'utilisation des condoms demeurent les principaux moyens de prévention de l'infection du VIH. Il ressort du tableau 17 que 74 % des femmes et 76 % des hommes ont déclaré que le recours à ces deux moyens pourrait réduire les risques de contracter le VIH/sida. Il est à signaler que de ces deux moyens, la limitation des rapports sexuels à un seul partenaire non infecté a été le moyen le plus cité aussi bien par les femmes (86 %) que par les hommes (92 %). Il est à noter que la connaissance de l'utilisation des condoms et de la limitation des rapports sexuels à un seul partenaire non infecté est plus élevée en milieu urbain qu'en milieu rural et augmente avec le niveau d'instruction. Du point de vue régional, les femmes des régions des Plateaux (68 %), de la Kara (66 %) et des Savanes (65 %) connaissent moins ces deux moyens de prévention. En ce qui concerne les hommes, cette connaissance est faible dans les régions Maritime (57 %) et des Savanes (59 %).

Tableau 17. Connaissance des moyens de prévention du VIH

Pourcentage de femmes et d'hommes de 15-49 ans qui, en réponse à une question déterminée, ont déclaré que l'on pouvait réduire les risques de contracter le virus du sida en utilisant des condoms à chaque rapport sexuel, et en se limitant à un seul partenaire sexuel qui n'est pas infecté et qui n'a pas d'autres partenaires, selon certaines caractéristiques sociodémographiques, Togo 2013

Caractéristique sociodémographique	Pourcentage de femmes ayant déclaré que le risque de contracter de VIH pouvait être réduit en :				Pourcentage d'hommes ayant déclaré que le risque de contracter de VIH pouvait être réduit en :			
	Utilisant des condoms ¹	Limitant les rapports sexuels à un seul partenaire non infecté ²	Utilisant des condoms et en limitant les rapports sexuels à un seul partenaire non infecté ^{1,2}		Utilisant des condoms ¹	Limitant les rapports sexuels à un seul partenaire non infecté ²	Utilisant des condoms et en limitant les rapports sexuels à un seul partenaire non infecté ^{1,2}	
			Effectif de femmes	Effectif d'hommes			Effectif de femmes	Effectif d'hommes
Groupe d'âges								
15-24	77,8	83,9	72,2	3 365	76,6	89,9	72,9	1 582
15-19	72,8	79,8	66,3	1 702	73,1	87,3	69,1	855
20-24	82,9	88,0	78,1	1 663	80,8	92,9	77,5	727
25-29	80,0	87,5	75,0	1 683	84,9	94,6	82,2	637
30-39	79,9	86,3	74,8	2 721	80,5	92,8	78,5	1 027
40-49	78,4	85,7	73,4	1 711	78,5	92,3	75,8	772
État matrimonial								
Célibataire	77,4	84,0	71,9	2 543	77,9	90,5	74,3	1 897
A déjà eu des rapports sexuels	84,2	89,1	79,4	1 440	83,0	94,7	79,9	1 082
N'a jamais eu de rapports sexuels	68,6	77,4	62,2	1 103	71,1	84,8	66,8	815
En union	79,2	85,9	74,1	6 281	80,7	93,0	78,3	1 995
En rupture d'union	81,7	88,3	76,4	655	79,7	93,9	77,5	126
Milieu de résidence								
Urbain	83,9	89,4	78,9	4 301	82,3	93,9	79,4	1 797
Rural	74,8	82,4	69,3	5 179	76,9	90,1	73,9	2 221
Région								
Grande Agglomération de Lomé	83,4	88,8	77,9	2 887	83,2	94,6	81,2	1 161
Maritime (Sans Agglomération de Lomé)	86,9	91,0	83,6	1 513	58,0	93,5	56,9	655
Plateaux	72,5	79,1	67,8	2 096	89,6	90,8	85,4	894
Centrale	80,2	91,1	76,4	868	90,9	94,0	86,5	403
Kara	72,5	84,6	66,4	1 023	84,2	92,1	81,1	481
Savanes	73,2	78,3	64,7	1 094	63,3	81,4	58,9	425
Niveau d'instruction								
Aucun	69,4	77,6	62,4	3 018	67,1	80,0	62,7	453
Primaire	80,5	86,5	75,7	3 170	76,5	90,3	73,6	1 079
Secondaire	85,6	91,3	81,1	2 975	81,7	94,1	78,8	2 133
Supérieur	91,0	97,4	89,7	317	89,0	97,7	87,2	353
Ensemble 15-49	78,9	85,6	73,7	9 480	79,3	91,8	76,4	4 018
50-59	na	na	na	na	78,2	92,5	75,4	458
Ensemble 15-59	na	na	na	na	79,2	91,9	76,3	4 476

na = Non applicable

¹ En utilisant un condom à chaque rapport sexuel

² Partenaire sexuel qui n'a pas d'autres partenaires sexuels

3.17 Multiplicité des partenaires sexuels et utilisation du condom

Le multi-partenariat dans les rapports sexuels accroît le risque de contracter les maladies sexuellement transmissibles et, en particulier, le VIH. Ce risque est d'autant plus élevé avec la faible utilisation du condom.

Les résultats des tableaux 18.1 révèlent que seulement 1 % des femmes a déclaré ayant eu au moins deux partenaires sexuels au cours des 12 derniers mois. Parmi ces femmes, 55 % ont déclaré avoir utilisé un condom au cours des derniers rapports sexuels. Par ailleurs, les femmes ayant déjà eu des rapports sexuels ont déclaré avoir eu, en moyenne, 2 partenaires sexuels au cours de leur vie.

Tableau 18.1 Partenaires sexuels multiples au cours des 12 derniers mois : Femmes

Parmi toutes les femmes de 15-49 ans, pourcentage qui ont eu des rapports sexuels avec plus d'un partenaire au cours des 12 derniers mois ; parmi les femmes ayant eu plus d'un partenaire sexuel aux cours des 12 derniers mois, pourcentage ayant déclaré l'utilisation d'un condom lors des derniers rapports sexuels ; et nombre moyen de partenaires sexuels sur la durée de vie pour les femmes ayant déjà eu des rapports sexuels, selon certaines caractéristiques sociodémographiques, Togo 2013

Caractéristique sociodémographique	Parmi toutes les femmes :		Parmi les femmes ayant eu 2 partenaires sexuels ou plus au cours des 12 derniers mois :		Parmi les femmes ayant déjà eu des rapports sexuels ¹ :	
	Pourcentage ayant eu 2 partenaires sexuels ou plus au cours des 12 derniers mois	Effectif de femmes	Pourcentage ayant déclaré l'utilisation d'un condom au cours des derniers rapports sexuels	Effectif de femmes	Nombre moyen de partenaires sexuels sur la durée de vie	Effectif de femmes
Groupe d'âges						
15-24	1,3	3 365	(59,2)	44	1,8	2 290
15-19	1,1	1 702	*	18	1,6	788
20-24	1,6	1 663	*	26	2,0	1 502
25-29	0,8	1 683	*	13	2,1	1 654
30-39	0,3	2 721	*	9	2,1	2 706
40-49	0,2	1 711	*	4	2,1	1 703
État matrimonial						
Célibataire	1,9	2 543	(61,5)	48	2,1	1 432
En union	0,2	6 281	*	11	1,9	6 269
En rupture d'union	1,7	655	*	11	2,7	651
Milieu de résidence						
Urbain	1,1	4 301	(62,3)	47	2,3	3 705
Rural	0,4	5 179	(41,2)	23	1,8	4 647
Région						
Grande Agglomération de Lomé	1,0	2 887	(53,0)	30	2,3	2 451
Maritime (Sans Agglomération de Lomé)	0,4	1 513	*	5	1,9	1 340
Plateaux	0,6	2 096	*	12	2,0	1 921
Centrale	1,2	868	*	10	2,0	781
Kara	0,9	1 023	*	10	1,9	906
Savanes	0,3	1 094	*	3	1,5	953
Niveau d'instruction						
Aucun	0,4	3 018	*	11	1,7	2 903
Primaire	0,5	3 170	*	16	2,1	2 846
Secondaire	1,2	2 975	(76,1)	35	2,2	2 335
Supérieur	2,8	317	*	9	2,6	269
Ensemble	0,7	9 480	55,4	70	2,0	8 352

Note : Les valeurs entre parenthèses sont basées sur 25-49 cas non pondérés. Un astérisque indique qu'une valeur est basée sur moins de 25 cas non pondérés et qu'elle a été supprimée.

¹ Les femmes qui n'ont pas fourni une réponse numérique ne sont pas prises en compte dans le calcul de la moyenne

Il ressort des données du tableau 18.2 que 17 % des hommes de 15 à 49 ans ont déclaré avoir eu au moins deux partenaires sexuelles au cours des 12 derniers mois. Ce comportement est plus courant chez les hommes du milieu rural (18 %) que chez ceux du milieu urbain (15 %). Il est plus fréquent chez les hommes en union (25 %), suivi de ceux en rupture d'union (14 %). Au niveau régional, le pourcentage des hommes qui ont déclaré avoir eu deux partenaires sexuelles ou plus au cours des douze derniers mois varie de 14 % (agglomération de Lomé) à 20 % (région des Plateaux).

Parmi les hommes de 15 à 49 ans ayant eu plus d'une partenaire sexuelle au cours des 12 derniers mois, seulement un peu plus du quart (29 %) a déclaré avoir utilisé un condom. Cette proportion d'utilisation du condom est plus élevée chez les hommes du milieu urbain que chez ceux du milieu rural (45 % contre 18 %). Elle augmente avec le niveau d'instruction en passant de 4 % des hommes sans niveau d'instruction à 58 % des hommes du niveau supérieur. Au niveau régional, elle varie de 17 % (région des Savanes) à 49 % (agglomération de Lomé).

Les hommes de 15 à 49 ans ayant déjà eu des rapports ont déclaré avoir eu en moyenne 6,1 partenaires sexuelles au cours de leur vie. Cette moyenne est plus élevée en milieu urbain (7,3) qu'en milieu rural (5,1). Elle augmente avec le niveau d'instruction et varie de 4,5 pour les hommes sans instruction à 8,9 pour ceux ayant le niveau supérieur. Elle est plus élevée pour les hommes en rupture d'union (9,2) et de l'agglomération de Lomé (7,7).

Tableau 18.2 Partenaires sexuelles multiples au cours des 12 derniers mois : Hommes

Parmi tous les hommes de 15-49 ans, pourcentage qui ont eu des rapports sexuels avec plus d'une partenaire au cours des 12 derniers mois ; parmi les hommes ayant eu plus d'une partenaire sexuelle aux cours des 12 derniers mois, pourcentage ayant déclaré l'utilisation d'un condom lors des derniers rapports sexuels, et nombre moyen de partenaires sexuelles sur la durée de vie pour les hommes ayant déjà eu des rapports sexuels, selon certaines caractéristiques sociodémographiques, Togo 2013

Caractéristique sociodémographique	Parmi tous les hommes :		Parmi les hommes ayant eu 2 partenaires sexuelles ou plus au cours des 12 derniers mois :		Parmi les hommes ayant déjà eu des rapports sexuels ¹ :	
	Pourcentage ayant eu 2 partenaires sexuelles ou plus au cours des 12 derniers mois	Effectif d'hommes	Pourcentage ayant déclaré l'utilisation d'un condom au cours des derniers rapports sexuels	Effectif d'hommes	Nombre moyen de partenaires sexuelles sur la durée de vie	Effectif d'hommes
Groupe d'âges						
15-24	7,5	1 582	63,2	119	3,5	812
15-19	3,1	855	69,1	26	2,6	243
20-24	12,7	727	61,6	92	3,9	569
25-29	19,0	637	46,1	121	6,9	605
30-39	23,4	1 027	20,5	240	6,8	1 005
40-49	24,6	772	6,2	190	7,4	762
État matrimonial						
Célibataire	8,3	1 897	68,8	158	4,6	1 081
En union	24,8	1 995	15,5	494	6,8	1 978
En rupture d'union	14,3	126	*	18	9,2	125
Milieu de résidence						
Urbain	14,7	1 797	45,1	265	7,3	1 435
Rural	18,3	2 221	17,9	406	5,1	1 749
Région						
Grande Agglomération de Lomé	14,4	1 161	49,4	167	7,7	952
Maritime (Sans Agglomération de Lomé)	15,2	655	17,6	99	5,6	522
Plateaux	20,3	894	17,8	181	6,2	727
Centrale	16,4	403	34,5	66	5,0	311
Kara	19,4	481	28,0	93	5,5	380
Savanes	14,8	425	17,1	63	3,6	293
Niveau d'instruction						
Aucun	21,5	453	4,2	97	4,5	405
Primaire	19,8	1 079	18,2	213	5,7	926
Secondaire	13,2	2 133	36,9	282	6,3	1 544
Supérieur	22,0	353	58,1	78	8,9	309
Ensemble 15-49	16,7	4 018	28,6	670	6,1	3 185
50-59	21,3	458	6,6	97	8,7	453
Ensemble 15-59	17,1	4 476	25,8	767	6,5	3 638

Note : Un astérisque indique qu'une valeur est basée sur moins de 25 cas non pondérés et qu'elle a été supprimée.
¹ Les hommes qui n'ont pas fourni une réponse numérique ne sont pas pris en compte dans le calcul de la moyenne