

# CHAPITRE 1 CADRE DE L'ENQUETE ET CARACTERISTIQUES DE L'ECHANTILLON

## 1.1 Contexte de l'enquête

Pendant le Sommet Mondial pour les Enfants, qui s'est tenu à New York en 1990, le Gouvernement du Togo a pris des engagements au titre d'une Déclaration et d'un Plan d'action pour les enfants. Par la suite, un Programme d'action national pour les enfants a été élaboré et mis en œuvre.

Le Plan d'action lance un appel en faveur de la mise en place de mécanismes de suivi des progrès en vue de la réalisation des buts et objectifs fixés pour l'an 2000.

Le Sommet Mondial pour les Enfants a classé les objectifs en deux catégories : les objectifs pour assurer la survie, le développement et la protection de l'enfant et les objectifs d'appui ou sectoriels.

1. Les principaux objectifs pour assurer la survie, le développement et la protection de l'enfant visent à :

- entre 1990 et l'an 2000, réduire d'un tiers la mortalité infantile et la mortalité des enfants de moins de 5 ans, ou, en chiffres absolus, ramener celle-ci à 50 et 70 pour 1000 naissances vivantes, respectivement, selon ce qui équivaudrait à la réduction la plus importante ;
- entre 1999 et l'an 2000, réduire de moitié le taux de mortalité maternelle
- entre 1990 et l'an 2000, réduire de moitié la malnutrition grave ou modérée chez les enfants de moins de 5 ans ;
- assurer à tous l'alimentation en eau potable et des systèmes sanitaires d'évacuation des excréments ;
- d'ici à l'an 2000, universaliser l'éducation de base et faire en sorte qu'au moins 80 % des enfants en âge de fréquenter l'école primaire achèvent le cycle d'enseignement primaire ;
- ramener le taux d'alphabétisme chez les adultes (le groupe d'âge concerné devant être déterminé par chaque pays) à la moitié au moins de ce qu'il était en 1990, l'accent étant mis sur l'alphabétisation des femmes ;
- améliorer la protection des enfants vivant dans des circonstances particulièrement difficiles.

## 2. Les objectifs d'appui ou sectoriels

### *Santé et éducation des femmes*

- Accorder une attention particulière à la santé et à la nutrition des filles, des femmes enceintes et des femmes qui allaitent ;
- faire en sorte que tous les couples aient accès à l'information et , aux services nécessaires pour prévenir les grossesses prématurées, trop rapprochées, trop tardives ou trop nombreuses ;
- faire en sorte que toutes les femmes enceintes aient accès aux soins prénatals, qu'elles soient assistées lors de l'accouchement par des personnes formées à cet effet et qu'elles aient accès à des services d'orientation en cas de grossesses à haut risque ou d'urgence obstétrique ;
- faire en sorte que tous aient accès à l'enseignement primaire, l'accent étant mis sur les filles et sur les programmes d'alphabétisation accélérée pour les femmes.

### *Nutrition*

- réduire de 50 % par rapport à 1990 le nombre des cas de malnutrition grave et modérée chez les enfants de moins de 5 ans ;
- ramener à moins de 10 % la proportion d'enfants ayant un poids insuffisant à la naissance (moins de 2,5 kg) ;
- réduire du tiers par rapport à 1990 la proportion de femmes souffrant d'anémie ferriprive ;
- éliminer presque totalement les troubles dus aux carences en iode ;
- éliminer presque totalement l'avitaminose A et ses effets, dont la cécité ;
- permettre à toutes les femmes de nourrir leurs enfants exclusivement au sein pendant quatre à six mois et de continuer à les allaiter tout en leur donnant des aliments d'appoint durant une bonne partie de la deuxième année ;
- institutionnaliser la promotion et la surveillance périodique de la croissance dans tous les pays d'ici à la fin des années 90 ;
- faire connaître les moyens d'accroître la production alimentaire et fournir les services d'appui nécessaires afin de garantir la sécurité alimentaire des ménages.

### *Santé des enfants*

- Eliminer la poliomyélite dans le monde entier d'ici à l'an 2000 ;
- Eliminer le tétanos néo-natal d'ici à 1995 ;
- réduire de 95 % la mortalité due à la rougeole et de 90 % l'incidence de la rougeole d'ici à 1995 par rapport aux niveaux observés avant la vaccination, étape majeure sur la voie de l'éradication totale de la maladie à long terme ;

- maintenir un taux élevé de vaccination (au moins 90 % des enfants de moins de 1 an d'ici à l'an 2000) contre la diphtérie, la coqueluche, le tétanos, la rougeole, la poliomyélite et la tuberculose et, sagissant des femmes en âge de procréer, contre le tétanos ;
- réduire de 50 % la mortalité due à la diarrhée chez les enfants de moins de 5 ans et de 25% l'incidence des diarrhées ;
- réduire d'un tiers la mortalité due aux infections respiratoires aiguës chez les enfants de moins de 5 ans.

#### *Eau et assainissement*

- Assurer à tous l'accès à une eau potable salubre ;
- assurer à tous des systèmes sanitaires d'évacuation des excréments ;
- éliminer la maladie causée par le ver de Guinée (dracunculose) d'ici à l'an 2000.

#### *Education de base*

- Elargir les activités de développement du jeune enfant, notamment les activités appropriées peu coûteuses entreprises à l'échelon de la famille et de la collectivité ;
- universaliser l'accès à l'éducation de base et faire en sorte qu'au moins 80 % des enfants en âge de fréquenter l'école primaire achèvent le cycle d'enseignement primaire, au terme d'un apprentissage de type classique ou non classique qui obéisse dans tous les cas à des normes comparables, l'accent étant mis sur la réduction de l'écart qui existe actuellement entre les filles et les garçons ;
- réduire de moitié au moins par rapport à 1990 le taux d'analphabétisme des adultes, l'accent étant mis sur l'analphabétisme des femmes ;
- permettre aux individus et aux familles d'acquérir davantage de connaissance et de compétences ainsi que les valeurs nécessaires pour améliorer leurs conditions de vie, en recourant à tous les moyens d'éducation, y compris les médias et les autres formes modernes et traditionnelles de communication et d'action sociale, l'efficacité étant mesurée à l'évolution des comportements.

#### *Enfant se trouvant dans des circonstances particulièrement difficiles*

- Assurer une meilleure protection aux enfants se trouvant dans les circonstances particulièrement difficiles et s'attaquer aux causes fondamentales de ces situations.

Pour ce faire, l'UNICEF a élaboré une série de 75 indicateurs de base concernant des aspects spécifiques de la situation des enfants en collaboration avec les autres organisations internationales. Une première enquête MICS a été effectuée en 1996 afin d'évaluer les progrès au milieu de la décennie. L'enquête MICS 2 du Togo a été mise en œuvre en vue de recueillir des informations à la fin de la décennie sur de nombreux indicateurs. Les informations concernant les autres indicateurs seront tirées du système d'enregistrement des données démographiques et des différents systèmes de monitoring des maladies.

## **1.2 Contexte du pays**

Situé en Afrique occidentale, le Togo couvre une superficie de 56.600 km<sup>2</sup> et s'étire sur 600 km de long et 45 à 150 km de large entre la République du Bénin à l'Est, le Ghana à l'Ouest, le Burkina Faso au Nord et l'Océan Atlantique au Sud.

### **1.2.1 Situation politique et administrative**

Indépendant depuis le 27 avril 1960, l'organisation politique et administrative du Togo a connu plusieurs transformations dont la dernière a abouti en 1992 l'avènement de la quatrième république, avec un régime semi-présidentiel.

Sur le plan administratif, le pays est divisé en cinq régions :

- la Région Maritime,
- la Région des Plateaux,
- la Région Centrale,
- la Région de la Kara, et
- la Région des Savanes.

Chaque région est subdivisée en préfectures et le pays compte depuis 1991 30 préfectures et 4 sous-préfectures. Les chefs-lieux des préfectures sont considérés comme des communes urbaines et les autres localités forment la zone rurale, même si certaines, de par leur population et les activités économiques sont plus importantes que certains chefs-lieux de préfecture.

### **1.2.2 Situation socio-économique**

Le pays traverse une crise socio-politique depuis les années 1990 qui a fragilisé l'économie du Togo et a entraîné une paralysie de l'appareil productif, particulièrement au niveau des secteurs secondaires et tertiaires, des finances publiques et des banques.

Le revenu par tête d'habitant est resté quasiment stationnaire sur la dernière décennie (5.200 FCFA en 1995 contre 55.600 FCFA en 1999) et le taux de chômage national a atteint un niveau très élevé (26 % de la population active). Cette crise a entraîné la dégradation du niveau de vie des populations et accentué la précarité de la situation des femmes et des enfants. Il résulte de cette situation une intensification croissante de la pauvreté et une dégradation importante du contexte social.

### **1.2.3 Contexte démographique**

Le Togo a, à son actif, diverses opérations de collectes de données démographiques depuis 1960. Le pays a réalisé entre autres, trois recensements généraux de la population respectivement en 1960, 1970 et 1981, deux enquêtes démographiques et de santé en 1988 et en 1998, deux enquêtes budget et consommation en 1963 et en 1987-1990 et une première enquête MICS en 1996.

D'après les données socio-démographiques disponibles, la population togolaise est passée de 1.443.000 habitants en 1960 à 4.629.000 habitants en 2000 selon les dernières estimations faites par la Direction de la Statistique Générale. Le taux d'accroissement naturel a évolué de

2,6 % par an entre 1960 et 1970 à 2,9 % entre 1970 et 1981, 3 % entre 1981 et 1990 et, selon les données issues de l'EDST-II en 1998, 2,4 % par an entre 1990 et 1998.

La structure par âge de la population togolaise révèle une forte proportion de jeunes, conséquence d'une fécondité encore levée malgré les changements observés pendant cette dernière décennie.

Le niveau de fécondité a montré une nette tendance à la baisse cette dernière décennie : 6,6 enfants par femme en 1988 contre 5,4 en 1998. Il existe également un différentiel encore important entre milieux urbain et rural. Alors que le niveau de la fécondité est resté encore stable en milieu rural avec 6,5 enfants par femme, en milieu urbain on note une baisse relativement importante, le nombre moyen d'enfants par femme passant de 4,7 en 1988 à 3,3 en 1998.

La fécondité précoce reste encore importante chez les adolescentes de 15 à 19 ans, notamment en milieu rural ; en effet selon l'EDST-II 25 % des adolescentes en milieu rural et 12 % en milieu urbain sont déjà mères ou enceintes pour la première fois en 1998.

Le niveau de la mortalité des enfants de moins de cinq ans bien qu'en baisse reste encore très élevé. La mortalité infantile est passée de 121 ‰ en 1961 à 81 ‰ en 1988 et est en stagnation en 1998 à 80 ‰. La mortalité infanto-juvénile continue cependant de baisser, en passant de 158 ‰ en 1988 à 146 ‰ en 1998. Le taux de mortalité maternelle a été estimée en 1998 à 478 pour 100 000 naissances vivantes.

#### **1.2.4 Situation de la femme**

La structure par sexe de la population togolaise révèle que les femmes représentent 51,3 % de la population en 1999. Pour renforcer leur participation à la vie socio-économique, le Gouvernement s'emploie à la réduction des inégalités liées au genre, par des mesures juridiques et institutionnelles. Le code des Personnes et de la Famille, promulgué en 1980, est en cours de révision sous la tutelle de la Direction du Statut Juridique de la Femme. Une politique Nationale de Promotion de la Femme est élaborée et en voie d'adoption.

Malgré ces avancées le statut de la femme reste défavorable. Les difficultés que rencontre la femme dans le domaine des rapports familiaux ont pour causes essentielles, la non application du code, d'une part, et l'existence de facteurs culturels néfastes à la participation de la femme au développement. En matière d'alphabétisation, le niveau demeure encore assez bas (38 % contre 67 % chez les hommes en 1998).

### **1.3 Organisation de l'enquête**

#### **1.3.1 Cadre institutionnel**

L'enquête par grappe à Indicateurs Multiple (Multiple Indicators Clusters Survey) est la deuxième étude de ce genre exécutée au Togo afin d'évaluer les niveaux de réalisation des objectifs de fin de décennie.

La MICS 2 du Togo a été réalisée par la Direction de la Statistique (Ministère du Plan de l'Aménagement du Territoire, de l'Habitat et de l'Urbanisme) en collaboration avec l'Unité de Recherche Démographique (URD) de l'Université de Lomé .

Elle a bénéficié du soutien financier de l'Unicef et de l'appui technique de plusieurs institutions dont MEASURE/DHS+ et Statistique Canada.

### **1.3.2 Objectifs**

L'enquête MICS 2 - Togo 2000 vise à :

- mesurer le niveau d'atteinte des objectifs de la décennie, établis par le Sommet Mondial pour les Enfants, dans le contexte togolais ;
- constituer les données de base pour le nouveau Programme de Coopération Togo/Unicef 2002 - 2006 au niveau national et pour les huit préfectures de l'actuel Programme de Coopération ;
- analyser et publier les données permettant de suivre l'évolution des indicateurs sociaux relatifs au bien-être des enfants afin de prendre des décisions appropriées pour le mieux-être des enfants du Togo.

### **1.3.3 Méthodologie**

#### **1.3.3.1 Conception de l'échantillon**

L'échantillon de l'enquête MICS-2 du Togo est représentatif au niveau national, du milieu urbain et rural et au niveau de Lomé et des cinq régions du Togo : Maritime, Plateaux, Centrale, Kara et Savanes. L'échantillon est basé sur un sondage par grappes stratifié à deux degrés. Au premier degré, 192 grappes ont été tirées au hasard à partir de l'échantillon des grappes de l'Enquête démographique et de santé réalisée en 1998 et a permis d'établir la liste des ménages. Au deuxième degré, un échantillon de 5096 ménages a été sélectionné dans les grappes retenues à partir de la liste actualisée des ménages. Toutes les femmes âgées de 15 à 49 ans et tous les enfants de moins de cinq ans résidant dans les ménages ont été enquêtés avec des questionnaires individuels. Compte tenu de la taille variable de chaque strate, différents taux de sondage ont été appliqués à chaque strate et les résultats ont été pondérés au niveau national. Par contre l'échantillon est auto-pondéré à l'intérieur de chaque strate.

Une enquête de Séro-prévalence Antitétanique initiée par The "Center for Disease Control (CDC), l'Université Johns Hopkins (Faculté de l'Hygiène et Santé Publique), l'UNICEF, USAID-BASICS, l'OMS et le ministère togolais de la Santé a été annexée à l'enquête MICS2.

L'objectif de cette enquête de séro-prévalence antitétanique est de :

- déterminer si l'objectif de protéger 90 % des nouveaux nés contre le tétanos néonatal à travers la vaccination de leurs mères, fixé par le Sommet Mondial pour les Enfants a été atteint ;
-

- fournir au Programme Elargi de Vaccination (PEV) une mesure directe de la séro-prévalence de la protection contre le tétanos néonatal ;
- montrer la corrélation entre le taux de couverture trouvé par le MICS2 et la séro-prévalence.
- alerter le gestionnaire du PEV sur une éventuelle faiblesse du taux de couverture antitétanique.

L'enquête a été menée dans un sous-échantillon de MICS2 et les femmes éligibles sont tirés au sort dans la moitié des grappes de l'étude. Sont éligibles pour l'enquête de séro-prévalence les femmes à qui le questionnaire individuel femme a été administré, donc âgées de 15 à 49 ans et qui ont accouché d'un enfant vivant dans les 12 mois au moment de l'enquête séro-épidémiologique et ont donné leur consentement.

La taille de l'échantillon est de 360 femmes réparties dans les cinq régions du Togo, plus la Commune de Lomé qui constitue un domaine d'étude distinct.

Les prélèvements du sang sont envoyés au Center for Disease Control (CDC), l'Université Johns Hopkins (Faculté de l'hygiène et Santé Publique) aux Etats-Unis pour être analysés, les résultats seront communiqués dans les mois à venir pour être intégrés dans le rapport final.

### 1.3.3.2 Questionnaires

Les questionnaires de la MICS-2 du Togo reposent sur le questionnaire type de la MICS-2 avec quelques modifications pour les rendre plus légers en raison du fait que certains indicateurs sont déjà disponibles au niveau de l'EDST-II. Un questionnaire pour le ménage a été administré dans chaque ménage, ce qui a permis de recueillir différentes informations sur les membres du ménage, notamment le sexe, l'âge, l'alphabétisation, la situation de famille et le statut d'orphelin. Le questionnaire des ménages comportait également des modules sur l'éducation, le travail des enfants, l'eau et l'assainissement, et l'iodation du sel. Outre le questionnaire des ménages, des questionnaires ont été administrés dans chaque ménage pour les femmes âgées de 15 à 49 ans et pour les enfants de moins de cinq ans. En ce qui concerne les enfants, le questionnaire a été administré à la mère ou à la personne en charge de l'enfant.

Le questionnaire pour les femmes contient les modules suivants :

- le toxoïde tétanique
- la santé maternelle et du nouveau-né
- l'utilisation des contraceptifs
- le VIH/Sida

Le questionnaire pour les enfants âgés de moins de cinq ans comprend six modules :

- l'enregistrement de la naissance à l'état civil et l'apprentissage précoce
- la vitamine A
- l'allaitement au sein
- la prise en charge des maladies
- le paludisme
- la vaccination

### **1.3.3.3 Formation et collecte des données**

Le personnel chargé de la collecte des données sur le terrain a été formé pendant dix jours au mois de juillet 2000. Douze équipes ont été constituées et chacune comprenait quatre agents enquêteurs, un contrôleur. Les responsables techniques et les chefs de Division Régionale de la Statistique ont assuré la supervision générale durant toute la période de la collecte des données sur le terrain qui a commencé le 05 août 2000 et s'est achevée le 4 septembre 2000.

### **1.3.3.4 Traitement des données**

L'exploitation des données a démarré le 16 août et a pris fin le 30 octobre 2000. Elle comportait les étapes suivantes : la vérification des données, la saisie des données, l'édition et enfin l'apurement et la tabulation des données.

Les dossiers rentrés du terrain sont systématiquement vérifiés au bureau par une équipe de cinq personnes afin de s'assurer l'exhaustivité des données. Puis les dossiers sont transmis à la cellule de saisie composée de six opérateurs de saisie qui ont travaillé sur six micro-ordinateurs utilisant le logiciel Epi Info.

Afin d'assurer le contrôle de la qualité, tous les questionnaires de la ville de Lomé ont fait l'objet d'une double entrée, et des contrôles de cohérence interne ont été effectués. Les procédures et les programmes standard élaborés au titre de la MICS-2 et adaptés au questionnaire du Togo ont été utilisés pendant tout le processus.

## **1.4 Caractéristique de l'échantillon et qualité des données**

### **1.4.1 Taux de réponse**

Le tableau 1.1 fournit tous les détails sur les résultats des enquêtes ménage, femme et enfant. Sur les 5095 ménages sélectionnés pour l'échantillon de la MICS 2 du Togo, 4781 étaient identifiés. Parmi ceux-ci 4589 ont pu être enquêtés avec succès soit un taux de réponse de 96,0 %. Le taux de réponse était plus élevé dans les zones rurales (97 %) que dans les zones urbaines 95 % .

Dans les ménages enquêtés, 5167 femmes éligibles âgées de 15 à 49 ans et 3343 enfants âgés de moins de cinq ans ont été identifiés et parmi eux 4708 femmes et 3152 enfants ont été interviewés avec succès soit des taux de réponses respectifs de 91 et 94% . Contrairement aux taux de réponse des ménages, les taux de réponses des femmes et enfants sont plus élevés dans les zones urbaines (92 % chez les femmes et 96 % chez les enfants) que dans les zones rurales 91 % (chez les femmes) et 94 % (parmi les enfants) . Ces taux de réponses élevés (plus de 90 %) indiquent une bonne couverture nationale de l'enquête.



**[Tab.1] Tableau 1.1 Résultats de l'enquête ménage et de l'enquête individuelle, Togo 2000**

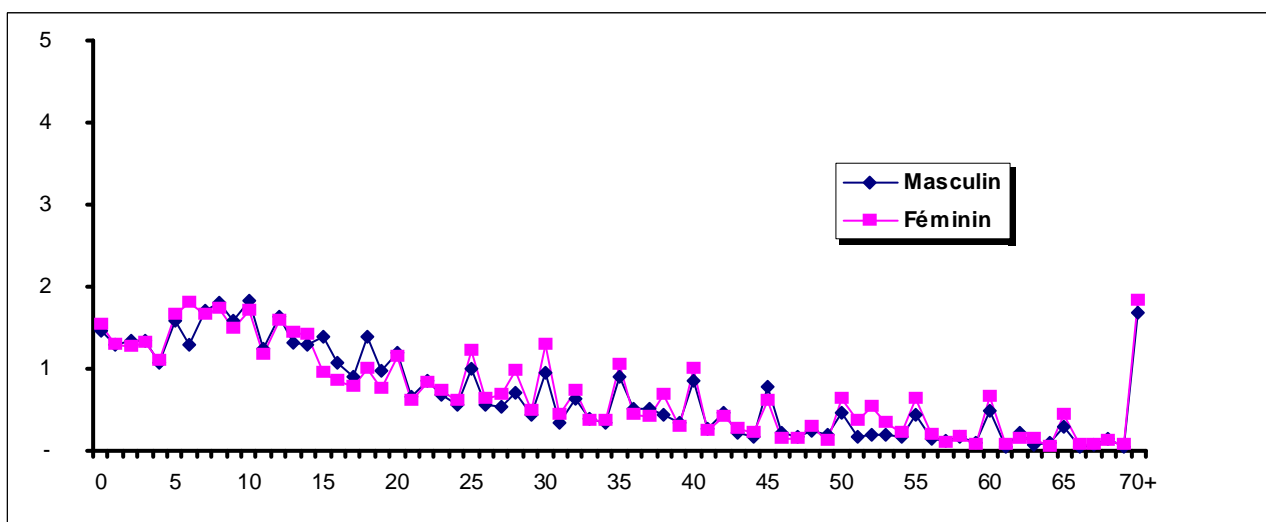
Résultats	Urbain	Rural	Total
<b>Enquête ménage</b>			
Ménages sélectionnés	1821	3274	5095
Ménages identifiés	1880	3101	4781
Ménages enquêtés avec succès	1590	2999	4589
Taux de réponses des ménages	94,6	96,7	96,0
<b>Enquête femme</b>			
Femmes éligibles	1830	3337	5167
Femmes interviewées avec succès	1689	3019	4708
Taux de réponses des femmes	92,3	90,5	91,1
<b>Enquête enfant</b>			
Enfants moins de 5 ans	762	2581	3343
Enfants interviewés avec succès	728	2424	3152
Taux de réponse des enfants	95,5	93,9	94,3

Source : MICS 2, Togo, 2000

#### 1.4.2 Distribution par âge

Le tableau 1.2, illustré par le graphique 1.1 donne les répartitions en pourcentage et les effectifs des membres des ménages. L'examen des structures détaillées par âge pour les sexes masculin et féminin présente certaines irrégularités comme l'indique le graphique. On observe des pointes très marquées aux âges se terminant par 0 et 5. Cette attirance aux âges se terminant par 0 et 5 est due à la tendance à déclarer un âge rond pour les personnes qui n'ont pas idée précise de leur âge.

**Graphique 1.1 : Répartition de la population par âge et par sexe**



**[Tab.2] Tableau 1.2 : Répartition de la population des ménages par âge et par année selon le sexe, Togo, 2000**

AGE	SEXE			
	Masculin		Féminin	
	Effectif	Pourcentage	Effectif	Pourcentage
0	335	2,9	355	3,0
1	296	2,6	296	2,5
2	309	2,7	292	2,5
3	312	2,7	302	2,6
4	250	2,2	251	2,2
5	366	3,2	385	3,3
6	399	3,5	416	3,6
7	393	3,5	381	3,3
8	419	3,7	402	3,4
9	365	3,2	342	2,9
10	424	3,7	395	3,4
11	289	2,5	271	2,3
12	379	3,3	366	3,1
13	306	2,7	330	2,8
14	296	2,6	324	2,8
15	322	2,8	222	1,9
16	247	2,2	197	1,7
17	209	1,8	179	1,5
18	319	2,8	228	2,0
19	226	2,0	176	1,5
20	275	2,4	263	2,2
21	150	1,3	139	1,2
22	197	1,7	194	1,7
23	156	1,4	168	1,4
24	128	1,1	142	1,2
25	229	2,0	280	2,4
26	128	1,1	145	1,2
27	126	1,1	155	1,3
28	164	1,4	224	1,9
29	100	0,9	110	0,9
30	219	1,9	296	2,5
31	77	0,7	103	0,9
32	146	1,3	168	1,4
33	88	0,8	82	0,7
34	78	0,7	86	0,7
35	210	1,8	241	2,1
36	119	1,0	100	0,9
37	117	1,0	97	0,8
38	104	0,9	156	1,3
39	79	0,7	70	0,6
40	195	1,7	229	2,0
41	61	0,5	57	0,5
42	106	0,9	98	0,8
43	51	0,4	64	0,5
44	39	0,3	48	0,4
45	180	1,6	139	1,2
46	51	0,4	34	0,3
47	42	0,4	31	0,3
48	58	0,5	65	0,6
49	43	0,4	27	0,2
50	108	0,9	145	1,2
51	37	0,3	82	0,7
52	45	0,4	125	1,1
53	45	0,4	77	0,7
54	42	0,4	53	0,5
55	104	0,9	149	1,3
56	36	0,3	46	0,4
57	30	0,3	23	0,2
58	42	0,4	39	0,3
59	20	0,2	19	0,2
60	110	1,0	152	1,3
61	13	0,1	18	0,2
62	48	0,4	36	0,3
63	19	0,2	33	0,3
64	20	0,2	12	0,1
65	67	0,6	99	0,8
66	10	0,1	19	0,2
67	17	0,1	15	0,1
68	34	0,3	29	0,2
69	13	0,1	19	0,2
70 +	325	2,9	363	3,1
Missing/DK	13	0,1	12	0,1
Total	11374	100,0	11686	100,0

### 1.4.3 Caractéristiques de la population

Le tableau 1.3 donne la distribution des ménages de l'échantillon selon les caractéristiques socio-démographiques. Quatre ménages sur dix (41 %) sont urbains contre 59 % de ménages ruraux. La Région Maritime est la plus petite des cinq régions (11 % de la superficie du pays) mais elle est la plus peuplée, 30 % des ménages des enquêtés. Elle est suivie par la Région des Plateaux, 23 % des ménages. Les Régions des Savanes et Centrale avec respectivement 9 % et 8 % ménages sont les régions les moins peuplées.

Près de la moitié des ménages (47 %) compte deux à cinq membres. Les ménages d'une personne représentent 15 % alors les ménages de grande taille, (six à neuf personnes) forment 29 % et les ménages de dix membres et plus représentent 9 %. Plus de huit ménages sur dix (85 %) comptent un enfant âgé de moins de 5 ans et 95 % comptent au moins une femme âgée de 15 à 49 ans.

[Tab. 4] Tableau 1.3 : Répartition (en %) des ménages par caractéristiques socio-démographiques, Togo, 2000

Caractéristiques	%	Effectif	Non Pondéré
<b>Région</b>			
Lomé	17,9	822	709
Maritime	30,1	1382	838
Plateaux	23,4	1073	927
Centrale	8,1	374	692
Kara	11,3	520	652
Savanes	9,1	419	772
<b>Milieu de Résidence</b>			
Urbain	40,8	1871	1591
Rural	59,2	2719	2999
<b>Taille des Ménages</b>			
1	14,7	674	579
2-3	22,3	1026	949
4-5	24,8	1137	1132
6-7	18,7	860	908
8-9	10,0	460	498
10 +	9,4	433	524
TOTAL	100,0	4590	4590
Au moins un enfant âgé de moins de 15 ans	93,0	3539	3153
Au moins un enfant âgé de moins de 5 ans	85,0	4573	4561
Au moins une femme âgée de 15-49 ans	95,1	4566	4549

Source : MICS 2, Togo, 2000

Les résultats du tableau 1.4 indiquent la répartition des femmes âgées de 15-49 ans selon quelques caractéristiques. Les femmes âgées de 15 à 19 forment le pourcentage le plus important de l'échantillon soit 20 %. D'une manière générale ces pourcentages diminuent graduellement avec l'âge et dans la tranche d'âge 45 à 49 ans, il ne représente que 5 % de

l'échantillon. C'est une situation classique que l'on rencontre dans les pays d'Afrique subsaharienne.

Plus de deux tiers des femmes de l'échantillon (68 %) sont mariées ou en union, alors que 23 % n'ont jamais été mariées et 9 % sont en rupture d'union soit par la séparation de corps, le divorce ou par le veuvage. Un peu plus de la moitié des femmes (51 %) n'ont reçu aucune instruction tandis que 31 % ont le niveau primaire et 17 % le niveau secondaire ou plus.

[Tab. 5] **Tableau 1.4 : Répartition (en %) des femmes âgées de 15-49 ans par caractéristiques socio-démographiques, Togo, 2000**

Caractéristiques	%	Effectif	Non Pondéré
<b>Région</b>			
Lomé	18,9	885	747
Maritime	27,5	1285	781
Plateaux	23,1	1082	893
Centrale	8,6	402	709
Kara	10,8	506	589
Savanes	11,1	520	962
<b>Milieu de Résidence</b>			
Urbain	41,6	1946	1741
Rural	58,4	2735	2940
<b>Age des femmes enquêtées</b>			
15-19 ans	19,9	929	890
20-24 ans	18,6	870	845
25-29 ans	18,9	882	894
30-34 ans	14,5	679	697
35-39 ans	13,5	629	659
40-44 ans	9,5	444	440
45-49 ans	5,2	244	251
<b>Etat matrimonial</b>			
Mariée	68,1	3188	3303
Non, Veuve, divorcée, séparée	9,2	429	383
Non jamais mariée	22,7	1064	995
<b>Avez-vous eu des naissances Vivantes ?</b>			
Oui	14,9	697	758
Non	85,1	3984	3923
<b>Niveau d'instruction</b>			
Aucun	50,9	2379	2606
Primaire	31,4	1468	1350
Secondaire	17,4	816	710
Programme non formel	0,3	15	12
TOTAL	100,0	4678	4678

Source : MICS 2, Togo, 2000

Le tableau 1.5 donne répartition des enfants âgés de moins de cinq ans selon les caractéristiques démographiques et le niveau d'instruction de leur mère ou des personnes qui ont leur charge. Il ressort des données presque une égale répartition des enfants selon le sexe. Les pourcentages des enfants âgés de moins de 6 mois et 6-11 mois sont identiques (11 %) ; les proportions sont importantes 20 % pour chacun des groupes d'âges 12-23 mois, 24-35 mois, 36-47 mois. Les enfants qui résident dans les zones rurales sont plus importants (73 %) que ceux qui habitent les centres urbains (27 %). Au niveau régional, les données montrent que la Région Maritime (sans Lomé) et la Région des Plateaux abritent chacune un quart des enfants (25 %) ; elles sont suivies par la Région des Savanes avec 17 %. La ville de Lomé avec 10 % et la Région Centrale (9 %), ont les pourcentages d'enfants les plus faibles . Environ les deux tiers des mères (65 %) des enfants de moins de cinq ans n'ont reçu aucune instruction, alors respectivement 27 % et 8 % ont atteint le niveau primaire et le secondaire ou plus.

[Tab. 6] **Tableau 1.5 : Répartition (en %) des enfants de moins de cinq ans par caractéristiques socio-démographiques, Togo, 2000**

Caractéristiques	%	Effectif	Non Pondéré
<b>Sexe</b>	50,3	1576	1570
Masculin	49,7	1556	1562
Féminin			
<b>Région</b>			
Lomé	10,1	318	249
Maritime	25,2	788	467
Plateaux	25,4	797	647
Centrale	9,0	283	455
Kara	12,9	404	443
Savanes	17,3	542	871
<b>Milieu de résidence</b>			
Urbain	27,2	853	719
Rural	72,8	2279	2413
<b>Age des enfants</b>			
Moins de 6 mois	11,5	361	362
6-11 mois	10,8	339	344
12-23 mois	20,4	638	645
24-35 mois	20,3	637	647
36-47 mois	20,1	629	622
48-59 mois	16,9	528	512
<b>Niveau d'instruction de la mère</b>			
Aucun	65,0	2035	2155
Primaire	27,1	850	771
Secondaire et +	7,8	244	204
Programme non formel	0,0	1	1
Missing/DK	0,0	1	1
<b>TOTAL</b>	<b>100,0</b>	<b>3132</b>	<b>3132</b>

Source : MICS 2, Togo, 2000

## CHAPITRE 2 MORTALITE INFANTILE ET INFANTO-JUVENILE

### 2.1 Méthodologie

Les indicateurs de mortalité présentés dans ce chapitre sont calculés à partir d'informations sur l'historique des naissances recueillies lors de l'Enquête Démographique et de Santé (EDST-II) réalisée en 1998. Pendant l'EDST-II, l'enquêtrice demandait à la femme de fournir la liste de ses naissances en précisant le sexe, l'âge, l'état de survie et, en cas de décès, l'âge au décès (au jour près pour les décès de moins de 1 mois, au mois près pour ceux de moins de deux ans, et en années pour les décès survenus à deux ans ou plus). Les indicateurs suivants sont calculés à partir de ces informations :

- **quotient de mortalité néonatale (NN)** : mesure à la naissance, la probabilité de décéder avant d'atteindre un mois exact ;
- **quotient de mortalité post-néonatale (PNN)** : mesure, chez les enfants âgés d'un mois exact, la probabilité de décéder avant d'atteindre le douzième mois exact ;
- **quotient de mortalité infantile ( ${}_1q_0$ )** : mesure, à la naissance, la probabilité de décéder avant d'atteindre le premier anniversaire (le terme taux de mortalité infantile sera aussi utilisé pour désigner le quotient de mortalité infantile) ;
- **quotient de mortalité juvénile ( ${}_4q_1$ )** : mesure, chez les enfants âgés d'un an exact, la probabilité de décéder avant d'atteindre le cinquième anniversaire ;
- **quotient de mortalité infanto-juvénile ( ${}_5q_0$ )** : mesure, à la naissance, la probabilité de décéder avant d'atteindre le cinquième anniversaire.

L'estimation de la mortalité à partir de l'historique des naissances présente à la fois des limites d'ordre méthodologique et des risques d'erreurs d'enregistrement. La collecte des informations auprès de personnes vivantes au moment de l'enquête (ici les femmes de 15-49 ans) ne donne aucune information sur la survie ou le décès d'enfants dont la mère est actuellement décédée. Dans le cas où ces enfants, orphelins de mère, seraient en nombre important et où leur mortalité serait différente des enfants dont la mère est en vie (ce qui est certainement le cas), les niveaux de mortalité s'en trouveraient affectés. Dans le cas de l'EDST-II, les résultats de l'enquête ménage indiquent que seulement 1 % des enfants étaient orphelins de mère. Toutefois, en limitant la collecte des données aux seules femmes de 15-49 ans, les informations découlant de l'historique des naissances ne sont pas complètement représentatives des différents intervalles de la période passée. Si, pour les cinq années précédant l'enquête, la presque totalité des naissances (et de la mortalité infanto-juvénile qui peut s'ensuivre) sont issues de femmes de 15-49 ans à l'enquête, il n'en est pas de même pour les intervalles plus anciens : pour la période 10-14 ans avant l'enquête, aucune information sur les naissances issues des femmes de 40-49 ans à cette époque n'est disponible.

Du point de vue de la collecte proprement dite, la validité des données peut être affectée par :

- le sous enregistrement des événements, en particulier l'omission d'enfants qui meurent très jeunes, quelques heures ou jour après la naissance ;
- les déplacements différentiels des dates de naissance des enfants, selon qu'ils sont vivants ou décédés ;
- l'imprécision des déclarations d'âge au décès, en particulier l'attraction des 12 mois comme âge au décès, en transformant une partie des décès de jeunes enfants (moins de 12 mois) en décès d'enfants plus âgés (12 à 59 mois), peut, à la fois, engendrer une sous-estimation de la mortalité infantile et une surestimation de la mortalité juvénile, sans pour autant modifier le niveau de la mortalité infanto-juvénile.

Par rapport à ces problèmes de collecte, Sullivan et al. (1990) ont montré que les limites méthodologiques inhérentes à l'historique des naissances et les risques d'erreurs ou d'imprécisions de collecte n'entraînent en général qu'une très faible marge d'erreur dans les mesures des événements récents. Dans le cadre de ce rapport, n'a donc procédé à aucun ajustement qui nécessiterait, au préalable, une évaluation détaillée de la qualité des données de l'historique des naissances. Etant donné que plus la période de référence est éloignée de la date de l'enquête, plus le risque d'imprécision est important, l'interprétation des changements survenus dans les niveaux de mortalité peut donc en être affectée.

## 2.2 Niveaux et tendances

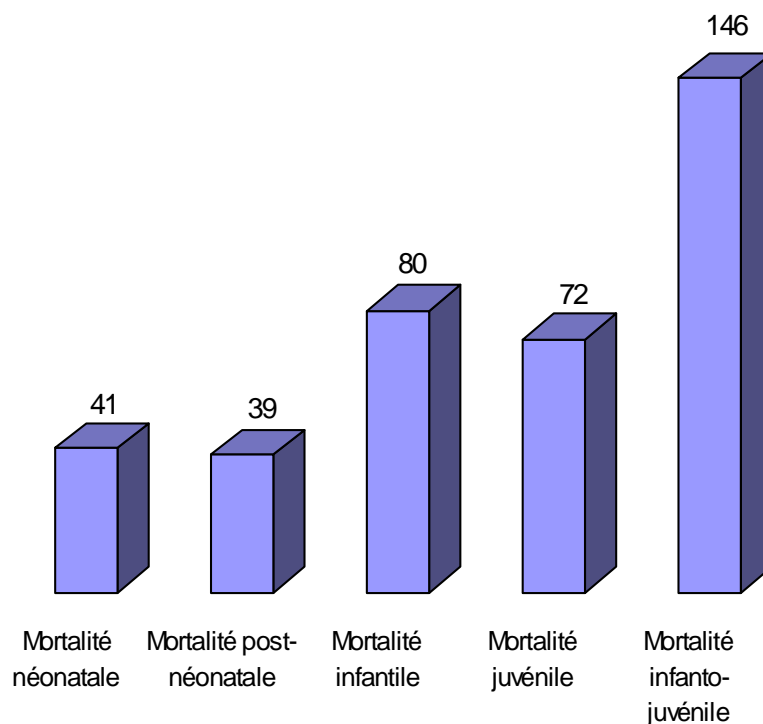
Le tableau 2.1 présente les différents quotients de mortalité (néonatale, post-néonatale, infantile, juvénile et infanto-juvénile) pour les vingt-cinq dernières années, selon cinq périodes quinquennales. Durant la période quinquennale la plus récente, 1993-1998, sur 1000 naissances, 80 décèdent avant leur premier anniversaire (41 % entre 0 et 1 mois et 39 % entre 1 et 12 mois) ; sur 1000 enfants âgés d'un an, 72 n'atteignent pas leur cinquième anniversaire. Finalement, sur 1000 naissances, 146 décèdent avant leur cinquième anniversaire.

[Tab. EDST-II] **Tableau 2.1 : Mortalité des enfants de moins de cinq ans**

<i>Quotient de mortalité néonatale, post-néonatale, infantile, juvénile et infanto-juvénile par périodes de cinq ans précédant l'enquête, EDST-II Togo 1998</i>						
Nombre d'année précédant l'enquête	Mortalité néonatale (NN)	Mortalité post-néonatale (PNN)	Mortalité infantile	Mortalité juvénile	Mortalité infanto-juvénile	
0-4	41,3	38,5	79,7	72,3	146,3	
5-9	43,4	37,5	81,0	65,3	141,0	
10-14	50,4	40,6	91,0	73,8	158,0	
15-19	47,3	49,7	97,0	100,3	187,6	
20-24	55,9	48,0	103,9	86,9	181,7	

Source : EDST-II, TOGO, 1998

**Graphique 2.1 : Mortalité des enfants de moins de 5 ans.**



Dans l'ensemble, au cours des 20 dernières années, la mortalité infantile a connu une baisse régulière, passant de 97 pour 1000, 15-19 ans avant l'enquête à 80 pour 1000 la dernière période quinquennale. Toutefois, au cours des deux dernières périodes quinquennales, la mortalité infantile est restée presque inchangée. La comparaison de l'EDST-II et de l'EDST-I (1988) confirme un telle invariabilité de la mortalité infantile au cours es dix dernières années. Par contre, la mortalité juvénile a connu une variation irrégulière (graphique 7.1) caractérisée par une baisse au cours de l'avant-dernière décennie (100 pour 1000 durant les périodes 15-19 ans avant l'enquête contre 74 pour 1000 et 65 pour 1000 durant les périodes respectives 10-14 ans et 5-9 ans avant l'enquête), suivie par une augmentation au cours de la dernière décennie (72 pour 1000 durant la période 0-4 ans avant l'enquête). Cette variation irrégulière de la mortalité juvénile, plus prononcée que l'évolution de la mortalité infantile, marque la caractéristique de la mortalité infanto-juvénile qui, durant les mêmes périodes, diminue de 188 pour 1000 à 158 pour 1000 et à 141 pour 1000, puis enregistre une légère hausse à 146 pour 1000.



## 2.3 Variations de la mortalité selon les caractéristiques socio-démographiques

Le tableau 2.2 présente les différents quotients de mortalité des enfants selon certaines caractéristiques socio-démographiques de la mère, pour la période des 10 ans précédant l'enquête (1986-1996). La référence à une période de dix années est utilisée ici pour pouvoir disposer, dans chaque sous groupe de population, d'un nombre d'événements statistiquement suffisants pour le calcul des différentes probabilités.

[Tab. EDST-II] **Tableau 2.2 : Mortalité des enfants par caractéristiques de la mère**

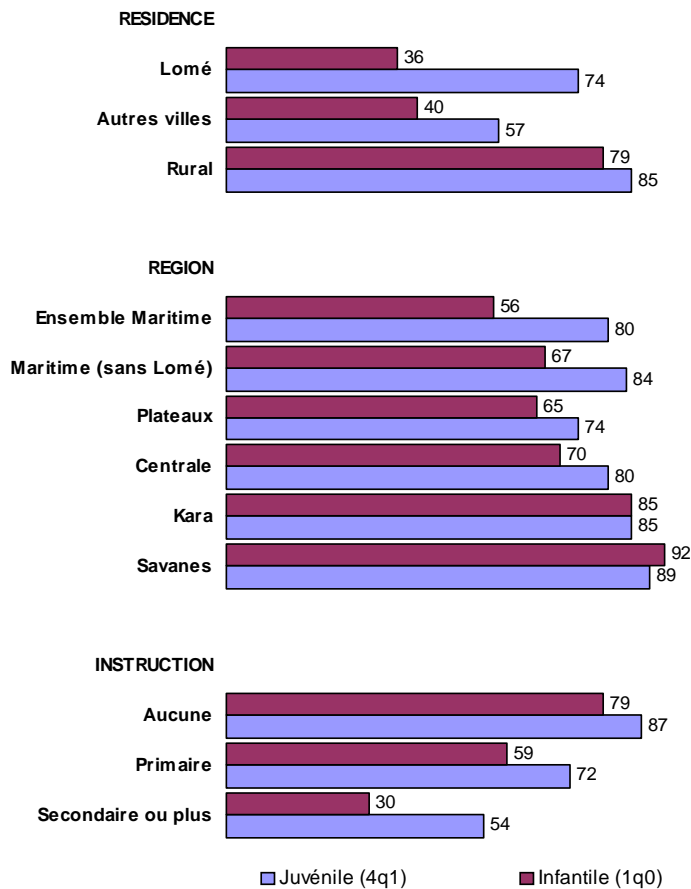
<i>Quotients de mortalité néonatale, post-néonatale, infantile, juvénile et infanto-juvénile pour la période de 10 ans précédant l'enquête, par caractéristiques socio-démographiques de la mère, EDST-II 1998</i>					
Caractéristique	Mortalité néonatale	Mortalité post-néonatale	Mortalité infantile	Mortalité juvénile	Mortalité infanto-juvénile
<b>Milieu de résidence</b>					
Lomé	47,3	26,8	74,1	36,4	107,8
Autre urbain	34,6	22,6	57,1	40,4	95,2
Urbain	40,7	24,6	65,3	38,4	101,3
Rural	42,9	42,2	85,0	79,1	157,4
<b>Région</b>					
Ensemble Maritime	47,3	33,0	80,3	56,4	132,2
Maritime	47,3	36,2	83,5	66,9	144,8
Plateaux	45,6	28,0	73,6	64,7	133,5
Centrale	35,4	45,0	80,4	70,0	144,7
Kara	38,2	46,6	84,8	85,4	162,9
Savanes	33,8	55,2	89,0	92,1	172,9
<b>Niveau d'instruction</b>					
Aucun	45,1	42,3	87,4	78,6	159,1
Primaire	40,8	31,4	72,1	59,0	126,9
Secondaire ou plus	27,2	27,3	54,4	29,7	82,5

Source : EDST-II, TOGO, 1998

Le graphique 2.2 illustre les niveaux de mortalité infanto-juvénile selon les différentes caractéristiques de la mère, à savoir la région et le milieu de résidence, le niveau d'instruction.

Les risques de décéder avant l'âge de 5 ans présentent des écarts importants selon le milieu de résidence. La mortalité, surtout infantile est nettement moins élevée en milieu urbain (65 ‰) qu'en milieu rural (85 ‰). En outre, on peut noter que la mortalité post-néonatale des enfants du milieu urbain est moins élevée que celle des enfants du milieu rural (25 ‰ contre 42 ‰) ; en ce qui concerne la mortalité néonatale les différences sont faibles (43 ‰ contre 41 ‰). Après le premier anniversaire, les différences de mortalité selon le milieu de résidence sont encore plus importantes (du simple au double) : en milieu urbain, sur 1000 naissances survivantes au premier anniversaire, 38 décèdent avant le cinquième anniversaire. En milieu rural, 79 sur 1000 naissances survivantes au premier anniversaire n'atteignent pas le cinquième anniversaire. Par conséquent, la mortalité infanto-juvénile est moins importante en milieu urbain (101 ‰) qu'en milieu rural (157 ‰). L'amélioration des conditions sanitaires et l'accessibilité aux services de santé dans les zones urbaines expliqueraient en partie ces différences de mortalité. Il faut également noter qu'en milieu urbain la fécondité est moins précoce et les intervalles entre naissances sont plus longs, deux facteurs directement associés à la mortalité des enfants.

**Graphique 2.2 :** Mortalité infantile et juvénile selon les caractéristiques de la mère



Au niveau régional, on note que les Régions des Savanes et de la Kara se caractérisent par des niveaux de mortalité infantile relativement élevés (respectivement 89 ‰) tandis que la région des Plateaux détient le taux de mortalité infantile le moins élevé (74 ‰). Les deux autres Régions, Maritime et Centrale ont le même niveau de mortalité infantile (80 ‰). Lorsqu'on considère la mortalité juvénile, la région Maritime (56 ‰) suivie par la région des Plateaux (65 ‰) a un taux nettement plus faible que celui des autres Régions, notamment que celui de la Région de la Kara et des Savanes (163 ‰ et 173 ‰) suivies de la région Centrale (145 ‰). Enfin, les Régions Maritime et des Plateaux se distinguent avec un taux plus faible (respectivement 132 ‰ et 134 ‰). Toutefois, si l'on exclut la ville de Lomé, la Région Maritime aurait un niveau de mortalité infantile (84 ‰) proche de celui de la Région de la Kara et un niveau de mortalité infanto-juvénile (145 ‰) identique à celui de la Région Centrale.

Selon le niveau d'instruction de la mère, on constate que la mortalité néonatale varie pratiquement dans le même sens que la mortalité post-néonatale. Sur 1000 naissances survivantes au premiers mois, on note que la mortalité des enfants dont la mère n'a aucun niveau d'instruction est plus d'une fois et demie supérieure à celle des enfants dont la mère a, au moins, un niveau d'instruction secondaire (45 ‰ contre 27 ‰). On note un écart aussi important pour les décès survenus entre le premier et le douzième mois avec des taux de mortalité de, respectivement, 42 ‰ et 27 ‰. Un enfant dont la mère est sans instruction a une probabilité de mourir avant le premier anniversaire d'environ une fois et demie (1,6)

supérieure à celle d'un enfant dont la mère a le niveau d'instruction secondaire ou plus (87 ‰ contre 54 ‰). Cette différence de mortalité devient plus importante pour la période juvénile (79 ‰ contre 30 ‰). Finalement, la probabilité de mourir avant cinq est de 159 ‰ pour les enfants dont la mère n'a aucun niveau d'instruction, et de 83 ‰ lorsque celle-ci a atteint, au moins, le niveau secondaire. Chez les enfants dont la mère a le niveau d'instruction primaire, on a observé une situation intermédiaire, plus proche de celle des enfants dont la mère est sans instruction : leurs niveaux de mortalité infantile, juvénile et infanto-juvénile sont respectivement, de 72 ‰, 59 ‰ et 127 ‰.

Les meilleures conditions de vie, d'hygiène et d'alimentation, mais surtout le recours plus important des femmes instruites aux services de santé (leurs grossesses sont mieux suivies et leurs enfants sont plus vaccinés que ceux dont la mère est sans instruction) pourraient expliquer l'essentiel de ces différences de mortalité.

## CHAPITRE 3 EDUCATION

L'un des objectifs du Sommet Mondial pour les Enfants tenu à New York en 1990 est l'accès universel à l'éducation de base et l'achèvement du cycle d'enseignement primaire. Chaque pays est ainsi invité à mettre en œuvre de stratégies viables pour assurer une meilleure éducation à sa population. Compte tenu de l'impact de l'éducation<sup>1</sup> dans la lutte contre les différents problèmes sociaux, cet objectif se révèle d'un grand intérêt. Dans l'enquête MICS2, des données sur l'éducation et le niveau d'instruction ont été collectées et vont servir à évaluer les efforts faits en la matière.

### 3.1 Bref aperçu du système scolaire du Togo

Au Togo, le système scolaire comprend quatre degrés :

\* **L'enseignement du 1<sup>er</sup> degré** : il comporte deux niveaux.

- Le préscolaire : les enfants y entrent à deux ans et passent trois ans au jardin d'enfants
- Le primaire : les enfants y entrent à 5 ans révolus pour une durée de 6 ans. Les études sont sanctionnées par l'examen obligatoire du Certificat d'Études du Premier Degré (CEPD)

\* **L'enseignement du deuxième degré**

Il correspond au 1<sup>er</sup> cycle secondaire de 4 ans et est dispensé dans les Collèges d'Enseignement Générales (CEG). La fin des études est sanctionnée par le Brevet d'Étude du Premier Cycle (BEPC). Ce diplôme est obligatoire pour passer en classe de seconde.

\* **L'enseignement du troisième degré**

Il se fait en trois ans dans les lycées ou établissements du 3<sup>e</sup> degré. A l'issue de la deuxième année d'études, tous les élèves passent l'examen de la première partie du baccalauréat. L'obtention de ce certificat est obligatoire pour accéder en classe terminale. En fin de cycle, les élèves passent l'examen sanctionnant les études du troisième degré le baccalauréat deuxième partie.

\* **L'enseignement du quatrième degré**

L'enseignement du quatrième degré ou enseignement supérieur accueille les élèves titulaires du baccalauréat deuxième partie qui y passent un cursus universitaire dont la durée varie selon la filière choisie.

Notre analyse portera essentiellement sur l'enseignement du premier degré. Pour apprécier les efforts d'éducation du passé, un examen des taux d'analphabétisme sera mené.

---

<sup>1</sup> Dans cette partie de l'analyse, le concept de l'éducation sera réduit essentiellement à la scolarisation.

### 3.2 La scolarisation dans la petite enfance

Dans les années 80, l'enseignement préscolaire se rencontre essentiellement en milieu urbain et est souvent réservé à une minorité de la classe économiquement aisée. En 1986-1987 par exemple, on y dénombrait moins de 5 % des enfants âgés de 2 à 4 ans révolus. Dans le cadre de cette analyse, seule la tranche d'âge 36 à 59 mois révolus a été retenue.

La fréquentation d'un jardin d'enfants ou d'une garderie communautaire est encore faible au Togo. Les programmes d'éducation de la petite enfance ne sont suivis que par 9 % des enfants âgés de 36 à 59 mois. Comme on peut le lire dans le tableau 2.1, c'est surtout après leur quatrième anniversaire que les enfants sont envoyés dans le programme d'éducation préscolaire ; 11 % des enfants âgés de 48 à 59 mois y ont accès contre 6,5 % pour le groupe d'âge 36 à 47 mois. A ce niveau du cursus scolaire, les parents envoient autant leurs filles que leurs garçons. Avec les données de MICS2, 9 % de filles ont fréquenté au cours de l'année scolaire 1999/2000 contre 8,3 % de la part des garçons.

La fréquentation d'un programme d'éducation de la petite enfance présente des disparités relativement importantes au niveau des régions. Globalement le taux de fréquentation d'un tel programme chute du Sud du pays vers le Nord. La proportion des enfants âgés de 36 à 59 mois qui suivent l'enseignement préscolaire varie de 14,2 % dans la région Maritime y compris Lomé à 3,5 % dans la région des Savanes. Le niveau de fréquentation le plus faible a été enregistré dans la région de la Kara où seulement 2 % des enfants concernés fréquentent effectivement un jardin d'enfants alors que la région des Plateaux vient après la Maritime avec 8 % d'enfants âgés de 36 à 59 mois scolarisés. Le fait d'habiter un milieu urbain augmente considérablement les chances de suivre un enseignement préscolaire. Les enfants qui habitent la ville sont proportionnellement quatre fois plus importants (18 % contre 5 %) à suivre un enseignement préscolaire que ceux qui résident en milieu rural. Lomé se détache nettement des autres villes au sujet de la fréquentation d'un programme préscolaire. En effet 31 % des enfants âgés de 36 à 59 mois de la capitale suivent un enseignement préscolaire (tableau 3.1).

Enfin il existe une corrélation entre le niveau d'instruction de la mère et la probabilité pour l'enfant de suivre un enseignement préscolaire. Le pourcentage des enfants qui suivent un programme d'éducation de la petite enfance passe de 5% si la mère n'est pas instruite à 34% quand la mère atteint au moins l'enseignement secondaire. Les mamans qui ont un niveau d'instruction élevé seraient plus promptes à envoyer dès le bas âge leurs enfants à l'école. Il serait intéressant de faire cette analyse en tenant compte du niveau d'instruction du père de l'enfant.

[Tab. 9] **Tableau 3.1 : Pourcentage d'enfants âgés de 36 à 59 mois qui fréquentent un programme d'éducation préscolaire, Togo, 2000**

Quelques caractéristiques	Pourcentage fréquentant un programme	Effectifs d'enfants
<b>Sexe de l'enfant</b>		
Masculin	8,3	591
Féminin	9,0	564
<b>Région</b>		
Lomé	31,0	107
Maritime (sans Lomé)	8,7	323
Maritime (avec Lomé)	14,2	430
Plateaux	8,0	293
Centrale	5,6	100
Kara	1,9	143
Savanes	3,5	189
<b>Milieu de résidence</b>		
Urbain	17,9	312
Rural	5,2	844
<b>Age de l'enfant</b>		
36-47 mois	6,5	628
48-59 mois	11,0	528
<b>Niveau d'instruction de la mère</b>		
Aucun	4,6	784
Primaire	12,2	287
Secondaire et plus	34,4	79
Programme non formel	21,9	6
<b>Ensemble Togo</b>	<b>8,6</b>	<b>1156</b>

Source : MICS2-TOGO, 2000

### 3.3 La scolarisation dans l'enseignement primaire

La population scolarisable dans l'enseignement primaire au Togo prend 5 ans comme limite inférieure. De plus, dans ce palier de l'enseignement, les enfants scolarisés doivent passer six ans. Ces conditions figurent dans la législation en vigueur au Togo mais le législateur n'a pas défini des mesures à prendre pour que les enfants de 5 ans soient effectivement à l'école. De plus, passer seulement six ans dans l'enseignement primaire suppose qu'aucun redoublement n'est autorisé. L'analyse des statistiques scolaires que collecte et publie annuellement la Direction Générale de la Planification de l'Éducation (DGPE) montre que le système accepte les redoublements. Pour tenir compte de la législation en vigueur, nous allons donc retenir ici la plage d'âge 5-11 ans pour l'analyse du phénomène. Toutefois, nous allons élargir cette plage d'âge pour observer éventuellement la mise à l'école tardive et le phénomène de redoublement.

D'une manière globale, 57 % des enfants âgés de 5 à 11 ans fréquentent un établissement scolaire (tableau 2.2). Quand on considère la plage d'âge 6-14 ans, le taux net de scolarisation devient 67 %. La fréquentation scolaire est plus importante dans le groupe 6-14 ans que dans le groupe des enfants âgés de 5 à 11 ans. Dans l'ensemble, que l'on considère la plage d'âge 5-11 ans ou 6-14 ans, la sous scolarisation féminine est bien illustrée par les données de MICS2. En effet, le taux net de scolarisation pour les garçons âgés de 5 à 11 ans s'élève à 61 % contre 53 % pour les filles. Quand on considère les enfants âgés de 6 à 14 ans, l'écart

entre taux de scolarisation des garçons et filles est plus important ; 72,5 % des garçons fréquentent un établissement scolaire alors que la proportion de filles est de 61 % (tableau 3.2). Cette suprématie des garçons s'observe dans toutes les régions.

[Tab. C] **Tableau 3.2 : Taux net de scolarisation dans l'enseignement primaire par sexe et selon la région et le milieu de résidence**

Région et milieu de résidence	Taux net de scolarisation au primaire (5-11 ans)			Taux net de scolarisation au primaire (6-14 ans)		
	Sexe			Sexe		
	Masculin	Féminin	Total	Masculin	Féminin	Total
<b>Région</b>						
Lomé	85,7	75,7	80,3	89,6	70,4	78,9
Maritime (sans Lomé)	66,8	56,1	61,4	79,9	66,0	72,9
Maritime (avec Lomé)	71,4	61,5	66,3	82,4	67,4	74,6
Plateaux	63,8	60,3	62,1	76,1	70,8	73,6
Centrale	56,2	51,2	53,8	69,6	63,4	66,5
Kara	55,5	49,4	52,6	67,7	60,8	64,5
Savanes	40,6	27,3	34,1	49,6	31,6	40,6
<b>Milieu de résidence</b>						
Urbain	80,6	70,4	75,3	87,2	72,9	79,5
Rural	53,4	45,6	49,7	66,7	55,6	61,4
<b>Ensemble Togo</b>	60,8	53,2	57,1	72,5	61,3	66,9

Source: MICS2, Togo, 2000

Les taux nets de scolarisation moyens que nous venons de décrire nivellent de différences notables selon les lieux géographiques. Les centres urbains se distinguent par des taux nets de scolarisation plus élevés que la moyenne nationale. Alors que trois enfants sur quatre âgés de 5 à 11 ans (75,3 %) habitant un centre urbain fréquentent un établissement scolaire, le taux net de scolarisation pour cette plage d'âge dans les contrées rurales est de 50%. La situation de Lomé, la capitale où huit enfants sur dix en âge d'aller à l'école fréquentent effectivement un établissement scolaire est de loin la meilleure en matière de scolarisation.

Sur le plan géographique, les taux nets de scolarisation définissent deux grands groupes de régions. Il s'agit de ce que l'on peut qualifier de régions méridionales (Région Maritime et Région des Plateaux) où la scolarisation dépasse la moyenne nationale et de régions septentrionales (Région Centrale, Région de la Kara et Région des Savanes) où la situation est moins bonne. Comme on peut le lire dans le tableau 2.2, les régions que nous avons classées dans le second groupe ne paraissent pas homogènes en matière de la scolarisation. La Région Centrale et la Région de la Kara ont certes, des taux nets de scolarisation inférieurs à la moyenne mais la situation de la Région des Savanes est bien préoccupante. Au moment où les taux de scolarisation atteignent 53 % au moins dans les deux autres régions septentrionales, seulement 34 % des enfants scolarisables fréquentent un établissement scolaire dans la région des Savanes. En dehors de la faiblesse du taux de scolarisation, la Région des Savanes se caractérise par de différences les plus élevées entre taux nets de scolarisation des garçons et filles.

La classification des cinq régions en deux grands groupes peut se justifier par des avancées scolaires acquises par les régions méridionales et les disparités sociales et économiques qui

déterminent aujourd'hui l'accès à l'éducation scolaire. En effet, les efforts de scolarisation des missionnaires au Togo comme en Afrique ont porté surtout sur les régions côtières et centrales où l'école s'est imposée et enracinée sur les plans religieux, culturel, économique et social. De plus, les infrastructures font plus défaut dans les régions qui ont déjà un retard en matière de scolarisation. Les régions les plus pauvres (Région des Savanes par exemple) demeurent généralement celles où les établissements scolaires sont en nombre insuffisant et en qualité moins bonne.

Au sujet de la performance du système, quelques indicateurs ont été calculés avec les données transversales collectées. Des pourcentages d'enfants inscrits à un niveau X à l'année scolaire 1998/1999 et qui ont fait le niveau X+1 à l'année scolaire 1999/2000 ont été calculés. A défaut de suivre une cohorte pour pouvoir analyser la performance du système scolaire, ces indicateurs ont été calculés en vue de tenter une appréciation du rendement que fournit le système.

Des données de l'enquête MICS2, il ressort que dans l'ensemble la fréquentation de l'école de base (école primaire) ne semble poser de problèmes majeurs quant au passage d'une classe à une autre. Sur 100 enfants inscrits au CP1 à l'année scolaire 1998-1999, 97 ont fait le CP2 l'année scolaire suivante. On peut alors parler d'un taux de promotion de 97 %. Des taux de proportions similaires ont été observés au sujet du passage d'un niveau à un autre dans les quatre premières classes de l'enseignement primaire (tableau 2.3). La déperdition à ce niveau du système scolaire est donc très faible ou plutôt inexistante. Contrairement à la fréquentation scolaire, on peut noter qu'il n'y a pratiquement pas d'écart sensible entre les différents taux de promotion d'un niveau à un autre selon le sexe et selon les régions.

L'achèvement d'au moins quatre ans d'enseignement primaire étant un préalable à un niveau soutenable, des taux de survie à la 5<sup>ème</sup> année<sup>2</sup> primaire ont été également calculés pour caractériser le système scolaire. Ces taux de survie confirment une forte rétention des élèves aux cinq premières années de la scolarisation. Pour l'ensemble du pays, le taux de survie se hisse à 88 %. Sur dix enfants inscrits au CP1, environ neuf atteignent globalement le CM1. Les données dont nous disposons ici ne nous permettent pas de faire une distinction entre le taux de survie avec et sans redoublement pour une meilleure appréciation du gaspillage dans le système due à l'abandon et au redoublement.

---

<sup>2</sup> Il s'agit de ceux qui étaient inscrits au CP1 et qui ont atteint par après le CM1 dans les conditions de la scolarisation des années scolaires 1998/1999 et 1999/2000.



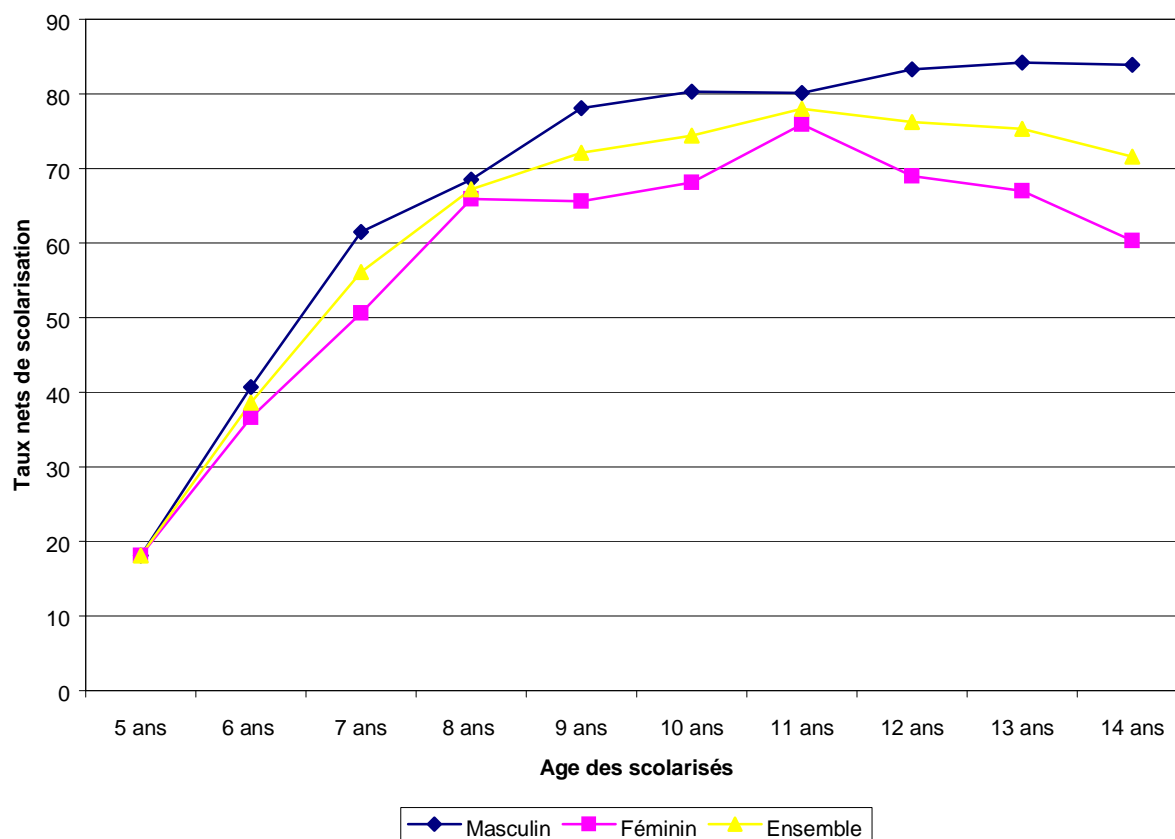
**[Tab. 10] Tableau 3.3 : Répartition (en %) d'enfants inscrits au CP1 ayant atteint le CM1 selon certaines caractéristiques socio-démographiques TOGO, 2000**

Caractéristiques	Inscrits au CP1 et ayant atteint CP2	Inscrits au CP2 et ayant atteint CE1	Inscrits au CE1 et ayant atteint CE2	Inscrits au CE2 et ayant atteint CM1	Taux de survie à la cinquième année
<b>Sexe</b>					
Masculin	97,3	97,3	96,0	96,2	87,4
Féminin	96,5	98,1	96,6	96,3	88,1
<b>Région</b>					
Lomé	98,6	98,5	93,4	93,8	85,1
Maritime	95,8	98,0	97,9	98,4	90,5
Plateaux	97,8	98,0	96,0	93,6	86,1
Centrale	98,8	99,4	97,1	97,9	93,4
Kara	98,2	99,3	96,2	97,6	91,5
Savanes	93,7	90,8	94,5	96,7	77,7
<b>Milieu de résidence</b>					
Urbain	97,0	99,4	95,3	97,2	89,3
Rural	96,9	96,8	96,8	95,7	86,9
<b>Ensemble Togo</b>	96,9	97,7	96,3	96,3	87,7

Source : MICS2-Togo, 2000

Quand on analyse les taux de scolarisation selon l'âge, il apparaît que très peu d'enfants sont mis à l'école à 5 ans comme le stipule la législation. Seul 1 enfant sur 5 (18 %) âgé de 5 ans fréquente effectivement un établissement primaire au Togo. Les taux de scolarisation augmentent avec l'âge jusqu'à 11 ans où le point culminant est atteint pour l'ensemble des scolarisables. L'évolution décrite par l'ensemble des scolarisables est similaire à celle de la population féminine. Comme le montre le graphique 2.1, chez les garçons, les taux de scolarisation n'ont pas amorcé une baisse après l'âge de 11 ans comme cela se passe chez les filles. Les taux de scolarisation des garçons augmentent continuellement entre 5 et 14 ans. Les filles scolarisées quittent l'école à partir de 11 ans, alors que les garçons continuent normalement leur cursus jusqu'à 14 ans au moins (graphique 2.1). Il s'agit encore d'un indicateur de la disparité sexuelle au sujet de la scolarisation. Les raisons culturelles (forte sollicitation des filles à ces âges pour les travaux domestiques) et économiques (manque de moyens financiers des parents qui handicape plus les filles que les garçons) sont souvent avancées pour expliquer ce décrochage des filles.

**Graphique 3.1 : Evolution des taux nets de scolarisation selon le sexe et l'âge**



### 3.4 Alphabétisation des adultes

D'après les données de MICS2, au Togo 53 % de la population âgée de 15 ans et plus sait lire et écrire (tableau 3.4). Par population qui sait lire et écrire, on entend ceux qui lisent facilement ou difficilement. D'une manière générale, les femmes ont nettement moins de chance que les hommes de savoir lire et écrire (38 % contre 68 %). Dans certaines régions la proportion des hommes qui savent lire et écrire est même deux fois plus importante que celle des femmes. Selon les régions, la proportion des hommes et des femmes qui savent lire et écrire évoluent exactement comme les taux nets de scolarisation. Nous distinguons une fois encore les deux grands blocs à savoir les régions méridionales (Région Maritime et Région des Plateaux) et les régions septentrionales (Région Centrale, Région de la Kara et Région des Savanes). Comme pour la scolarisation des enfants, la Région des Savanes demeure le milieu où la situation est la plus critique. Seulement 16 % de la population âgée de 15 ans et plus de cette région sait lire et écrire contre 53 % pour la moyenne nationale et 80 % pour la capitale (tableau 3.4). Par ailleurs, l'écart entre homme et femme au sujet de l'alphabétisation est le plus important dans la région des Savanes.

**[Tab. 12] Table 3.4 : Pourcentage de la population âgée de 15 ans et plus qui est alphabétisée, Togo, 2000**

Caractéristiques	Sexe				Ensemble	
	Masculin		Féminin		Sait lire et écrire ?	
	Oui	Non	Oui	Non	Oui	Non
<b>Région</b>						
Lomé	92,0	8,0	68,3	31,7	80,0	20,0
Maritime	74,2	25,8	37,2	62,8	55,0	45,0
Plateaux	71,2	28,8	40,6	59,4	56,0	44,0
Centrale	61,5	38,5	31,4	68,6	46,7	53,3
Kara	58,1	41,9	28,5	71,5	42,4	57,6
Savanes	23,9	76,1	9,2	90,8	15,8	84,2
<b>Milieu de résidence</b>						
Urbain	85,9	14,1	59,8	40,2	72,8	27,2
Rural	56,9	43,1	25,1	74,9	40,3	59,7
<b>Age</b>						
15-24	83,1	16,9	63,3	36,7	74,0	26,0
25-34	76,9	23,1	40,0	60,0	56,7	43,3
35-44	68,9	31,1	35,3	64,7	51,5	48,5
45-54	50,2	49,8	20,0	80,0	33,7	66,3
55-64	42,6	57,4	9,7	90,3	24,7	75,3
65+	22,7	77,3	6,3	93,7	13,9	86,1
<b>Ensemble Togo</b>	68,5	32,5	38,3	61,7	53,0	47,0

Source : MICS2-Togo, 2000

Les hommes et les femmes qui habitent un milieu urbain ont environ deux fois plus de chance de savoir lire et écrire que ceux qui sont dans les milieux ruraux (73 % contre 40 %). Les hommes âgés de 15 ans et plus qui habitent le milieu rural ont deux fois plus de chance de savoir lire et écrire que les femmes qui vivent dans les mêmes localités. Dans les villes cet écart est moins important. Comme le montre le tableau 3.4, la proportion la plus importante d'individus alphabétisés a été observée à Lomé où huit enquêtés sur dix âgés de 15 ans et plus savent lire et écrire.

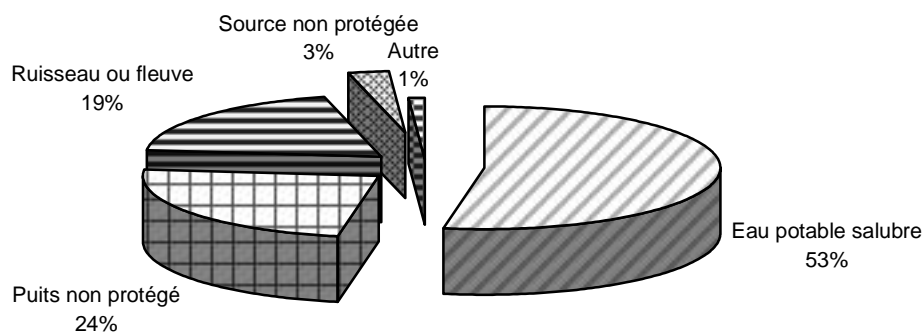
La probabilité de savoir lire et écrire diminue continuellement avec l'âge des enquêtés. Alors que 3 personnes sur quatre (74 %) âgées de 15 à 24 ans sont alphabétisées, le taux d'alphabétisation chez les personnes âgées de 65 ans et plus est de 14 %.

## CHAPITRE 4 EAU ET ASSAINISSEMENT

### 4.1 Utilisation de l'eau de boisson

L'eau potable est un préalable à la bonne santé. L'eau non potable peut être un vecteur important de maladies telles que le trachome, le choléra, la fièvre typhoïde et la schistosomiase. L'eau de boisson peut être contaminée également par des produits chimiques, des matières physiques et radiologiques qui ont des effets néfastes sur la santé humaine. Outre les aspects de santé, l'accès à l'eau de boisson peut être particulièrement important pour les femmes et les enfants, en particulier dans les zones rurales, auxquels incombe la principale responsabilité du transport de l'eau, souvent sur de longues distances. Dans le cadre de cette analyse, ont été considérées comme sources d'eau potable salubre les types d'approvisionnement en eau qui suivent : robinet dans le logement, robinet dans la concession, borne fontaine, puits à pompe, puits protégé, source protégée, eau de pluie et eau en bouteille.

**Graphique 4.1 Source principale d'approvisionnement en eau de boisson**



Selon les données de MICS2, 53 % des ménages togolais utilisent de l'eau potable salubre. Quand on prend les différents types d'approvisionnement, un ménage sur trois (34 %) utilise de l'eau des bornes fontaines. Les ménages qui disposent de l'eau courante dans leurs cours ou dans leur parcelle sont plutôt rares. Ils représentent à peine 5 % de l'ensemble des ménages (tableau 4.1). Une proportion non négligeable de ménages utilise de l'eau des puits non protégés (24 %) et des cours d'eau (19 %) comme source d'approvisionnement en eau (graphique 4.1).

La source d'approvisionnement en eau varie selon le lieu de résidence. En effet, alors que 78 % des ménages résidant en ville utilisent de l'eau potable salubre pour leur boisson, ceux qui habitent les campagnes ne sont que 36 % à avoir le même privilège. De même, l'utilisation de l'eau des sources malsaines est plus importante dans les milieux ruraux que dans les villes. L'utilisation de l'eau provenant des fleuves ou ruisseaux illustre bien ce déséquilibre ; alors que 32 % des ménages ruraux s'approvisionnent dans les cours d'eau, seul 2 % des ménages urbains se trouvent dans la même situation. Les bornes fontaines sont également plus présentes dans les villes, ce qui justifie que leur utilisation soit plus importante dans les ménages qui s'y trouvent. En ville, cette source est utilisée par 55 % des ménages contre 19 % dans les villages.

Au niveau régional, la situation de la Région des Savanes où 64 % des ménages consomment soit l'eau des puits non protégés soit l'eau des cours d'eau reste la plus préoccupante du pays. La meilleure situation dans le pays en matière d'approvisionnement en eau se vit dans la capitale Lomé, suivie de la Région de la Kara, Maritime, Centrale et des Plateaux. Dans la capitale, 84 % de la population utilisent de l'eau potable salubre et à Kara le niveau de cet indicateur est de 60 % contre 53 % pour la région Maritime. Lomé, la capitale se caractérise ensuite par une proportion relativement non négligeable comparativement aux autres régions de ménages disposant de l'eau courante dans le logement ou dans la concession (tableau 4.1).

[Tab.13] Tableau 4.1 : Pourcentage de population qui a accès à une eau à boire salubre, Togo, 2000

Caractéristiques	Source principale d'eau de boisson														Total	Ménage buvant eau salubre
	Robinet dans le logement	Robinet dans la concession	Borne Fontaine	Puits à pompe	Puits protégé	Source protégée	Eau de pluie	Eau en bouteille	Puits non protégé	Source non protégée	Mare, Ruisseau ou Fleuve	Camion citerne, vendeur d'eau	Autre	Pas de réponse, NSP		
<b>Région</b>																
Lomé	10,9	7,9	60,6	0,0	4,2	0,1	0,3	0,3	14,3	0,0	0,0	0,4	0,8	0,0	100,0	<b>84,2</b>
Maritime	0,5	2,2	39,8	3,8	3,2	0,5	3,0	0,0	34,6	0,8	10,4	1,0	0,2	0,0	100,0	<b>53,0</b>
Plateaux	0,3	0,9	22,1	4,3	6,3	0,3	2,5	0,0	15,1	5,3	41,9	0,3	0,7	0,1	100,0	<b>36,6</b>
Centrale	0,3	2,0	12,9	7,4	20,3	1,9	0,1	0,0	34,8	0,4	19,7	0,0	0,0	0,0	100,0	<b>45,0</b>
Kara	0,3	1,9	32,5	8,3	14,6	1,6	0,4	0,0	12,7	6,1	19,6	0,0	1,9	0,0	100,0	<b>59,7</b>
Savanes	1,3	0,3	13,2	9,3	5,0	0,7	0,0	0,1	35,5	5,6	28,5	0,4	0,0	0,1	100,0	<b>29,8</b>
<b>Milieu de résidence</b>																
Urbain	5,6	6,2	55,2	0,8	8,3	0,2	1,4	0,1	19,2	0,6	1,5	0,4	0,4	0,0	100,0	<b>77,8</b>
Rural	0,1	0,3	19,3	7,2	6,0	0,9	1,7	0,0	27,3	4,2	31,7	0,5	0,7	0,1	100,0	<b>35,5</b>
<b>Ensemble Togo</b>	<b>2,3</b>	<b>2,7</b>	<b>33,9</b>	<b>4,6</b>	<b>7,0</b>	<b>0,6</b>	<b>1,6</b>	<b>0,1</b>	<b>24,0</b>	<b>2,7</b>	<b>19,4</b>	<b>0,5</b>	<b>0,6</b>	<b>0,0</b>	<b>100,0</b>	<b>52,7</b>

Source : MICS2-TOGO, 2000

## 4.2 Assainissement

L'élimination inadéquate des excréments humains et l'insuffisance d'hygiène personnelle sont la cause d'une gamme de maladies, notamment les maladies diarrhéiques et la polio. L'élimination sûre des excréments humains comprend : les toilettes à chasse d'eau reliées à un système d'égouts ou à des fosses septiques, les autres toilettes à chasse d'eau, les fosses d'aisance améliorées et les fosses d'aisance traditionnelles. Dans le cadre de MICS2, nous avons distingué les fosses septiques, les fosses étanches, les latrines couvertes et les latrines traditionnelles. Au Togo, 45 % de la population vit dans des ménages avec un système sanitaire adéquat de traitement des excréments (tableau 4.2). De plus les fosses étanches sont les types de toilettes les plus répandues. Ce système d'évacuation des excréments est utilisé par un ménage sur quatre (24 %). Environ un ménage sur dix (8 %) seulement dispose de fosses d'aisance reliée à un système d'égouts ou à des fosses septiques. C'est essentiellement certains ménages (34 %) qui vivent dans la capitale qui sont équipés de ce type de toilettes. Dans l'ensemble un ménage sur deux (55 %) ne dispose pas de toilette. Il ressort des données que l'utilisation de la nature pour la défécation, des toilettes avec fosses étanches suivies de quelques rares toilettes équipées de fosses septiques constituent les principaux modes d'évacuation des excréments au Togo.

**[Tab.14] Tableau 4.2 : Pourcentage de population qui a accès à un système sanitaire pour le traitement des excréments, TOGO, 2000**

Caractéristiques	Genre de toilette utilisée						Total	Ménages avec système sanitaire adéquat	Nombre de ménages
	Chasse d'eau ou fosse septique	Fosse étanche	Latrines couvertes	Latrines traditionnelle ou non couvertes	Autre	Pas de toilette/ brousse/ champ			
<b>Région</b>									
Lomé	33,9	44,1	11,2	1,6	0,6	8,8	100,0	90,4	821
Maritime	4,3	28,3	5,6	15,9	1,2	44,6	100,0	54,2	1382
Plateaux	2,1	16,6	4,0	11,4	0,3	65,6	100,0	34,2	1072
Centrale	1,5	18,6	1,9	0,6	0,0	77,5	100,0	22,5	372
Kara	1,9	7,8	1,0	1,2	0,0	88,1	100,0	11,9	519
Savanes	0,3	10,1	0,8	1,5	1,4	85,9	100,0	12,7	418
<b>Milieu de résidence</b>									
Urbain	19,2	44,0	8,1	3,5	0,7	24,5	100,0	74,8	1869
Rural	0,7	9,6	2,8	11,2	0,7	75,1	100,0	24,2	2715
<b>Ensemble Togo</b>	8,2	23,6	5,0	8,1	0,7	54,5	100,0	44,8	4584

Source : MICS2-Togo, 2000

Comme pour d'autres indicateurs, on relève un important écart entre le milieu urbain et le milieu rural au sujet de l'élimination des excréments. Trois ménages urbains sur quatre (75 %) utilisent de toilettes convenables pour l'élimination des excréments alors que dans les milieux ruraux, ce pourcentage est de 24 % (tableau 4.2). Les habitants de la capitale ont beaucoup plus de chance d'utiliser un système adéquat d'élimination des excréments que dans toutes les autres parties du pays. A Lomé, 9 ménages sur 10 disposent d'un système adéquat d'élimination des excréments

contre 45 % pour la moyenne nationale. Lomé est suivi de la Région Maritime où 54 % de la population vit dans des ménages avec un système sanitaire adéquat. Les Régions de la Kara et des Savanes où l'on dénombre respectivement 88 % et 86 % des ménages ne disposant pas de toilette sont les plus mal loties en matière d'évacuation des excréments. La nature (brousse, champ, dépotoir) est utilisée par la grande majorité des ménages des régions des Plateaux, Centrale, de la Kara et des Savanes comme type d'aisance.



## CHAPITRE 5 MALNUTRITION DES ENFANTS

### 5.1 Statut nutritionnel des enfants de moins de trois ans

#### 5.1.1 Indice de l'état nutritionnel des enfants

Le statut nutritionnel des enfants reflète leur santé générale. Lorsque les enfants ont accès à suffisamment de nourriture, ils ne sont pas exposés aux maladies répétées, et lorsqu'on s'occupe bien d'eux, ils mettent à profit toutes leurs potentialités de croissance et sont considérés comme bien nourris.

Au sein d'une population bien nourrie, il existe une distribution standard de la taille et du poids pour les enfants âgés de moins de cinq ans. La malnutrition au sein d'une population peut être évaluée grâce à la comparaison des enfants avec cette distribution standard. La population standard ou de référence utilisée ici est la norme NCHS, qui est recommandée pour l'UNICEF et l'Organisation mondiale de la santé. Chacun des trois indicateurs du statut nutritionnel est exprimé en unités d'écart types (scores-z) par rapport à la moyenne de cette population de référence.

Le poids pour âge est une mesure tant de la malnutrition aiguë que chronique. Les enfants dont le poids pour âge est supérieur à deux écarts types en dessous de la moyenne de la population de référence sont considérés comme souffrant d'insuffisance pondérale modérée ou sévère, tandis que ceux dont le poids pour âge est supérieur à trois écarts types en dessous de la moyenne sont considérés comme souffrant d'insuffisance pondérale sévère.

La taille pour âge est une mesure de la croissance linéaire. Les enfants dont la taille pour âge est supérieure à deux écarts types en dessous de la moyenne de la population de référence sont considérés comme courts pour leur âge et sont considérés comme souffrant d'un retard de croissance modéré ou sévère. Ceux dont la taille pour âge est supérieure à trois écarts types en dessous de la moyenne sont considérés comme souffrant de retard de croissance sévère. Le retard de croissance reflète la malnutrition chronique due à l'insuffisance de nutrition sur une longue période et aux maladies récurrentes ou chroniques.

Enfin, les enfants dont le poids pour taille est supérieur à deux écarts types en dessous de la moyenne de la population de référence sont considérés comme émaciés de façon modérée ou sévère, tandis que ceux qui ont plus de trois écarts types en dessous de la moyenne sont considérés comme émaciés de façon sévère. L'émaciation est en général la conséquence d'une insuffisance nutritionnelle récente. Cet indicateur peut présenter des variations saisonnières importantes inhérentes à l'évolution de la disponibilité de la nourriture ou à la prévalance des maladies.

## 5.1.2 Niveaux de l'état nutritionnel des enfants

Le tableau 5.1 présente les pourcentages d'enfants de moins de trois ans souffrant de sous nutrition selon les trois indices présentés ci-dessus et selon certaines caractéristiques socio-démographiques.

### 5.1.2.1 Retard de croissance : taille-pour-âge

Au Togo, plus du cinquième des enfants (22 %) souffrent d'un retard de croissance, et 7 % présentent un retard de croissance sévère. Ces niveaux sont respectivement 10 et 70 fois plus élevés que ceux qui sont supposés exister dans une population où les enfants sont en bonne santé.

[Tab. EDST-II] **Tableau 5.1 : Etat nutritionnel des enfants par caractéristiques socio-démographiques**

Caractéristique	Taille-pour-âge		Poids-pour-taille		Poids-pour-âge		Effectif
	Inférieur à 3ET	Inférieur à - 2ET <sup>1</sup>	Inférieur à - 3ET	Inférieur à - 2ET <sup>1</sup>	Inférieur à - 3ET	Inférieur à 2ET <sup>1</sup>	
<b>Age de l'enfant</b>							
≤ 6	0,2	3,6	1,6	6,0	0,3	3,3	610
6-11	2,6	10,0	2,0	13,2	5,2	20,4	650
12-23	10,3	32,8	3,7	19,6	9,8	36,9	1001
24-35	10,6	29,3	1,1	8,1	8,3	29,7	999
<b>Sexe de l'enfant</b>							
Masculin	7,9	23,4	2,5	11,4	7,1	25,8	1603
Féminin	6,1	20,1	1,8	13,1	6,2	24,5	1657
<b>Rang de naissance</b>							
1	6,0	21,0	2,0	12,4	5,9	24,3	622
2-3	6,9	20,6	2,7	11,7	6,3	24,8	1031
4-5	7,6	22,5	2,1	10,7	7,0	25,0	820
6 ou plus	7,2	22,9	1,5	14,6	7,4	26,4	788
<b>Intervalle entre naissance</b>							
Première naissance	5,9	20,8	2,0	12,4	5,9	24,5	627
≤ 24 mois	12,7	26,8	2,7	12,8	10,2	30,3	252
24-47 mois	7,2	22,9	2,2	12,4	6,9	26,3	1702
48 mois ou plus	5,1	17,8	2,0	11,6	5,5	20,9	679
<b>Milieu de résidence</b>							
Lomé	1,1	10,6	2,3	9,4	1,9	12,1	357
Autres villes	4,9	18,4	0,6	8,8	4,0	19,6	413
Urbain	3,1	14,8	1,4	9,1	3,1	16,1	770
Rural	8,1	23,9	2,4	13,3	7,8	27,9	2490
<b>Région</b>							
Ensemble Maritime	4,5	16,6	2,5	11,3	5,2	20,2	1099
Maritime	6,1	19,5	2,6	12,3	6,7	24,1	742
Plateaux	6,8	21,5	2,0	11,0	5,4	24,2	876
Centrale	8,3	23,9	2,0	9,2	6,8	24,5	348
Kara	5,5	20,8	1,2	12,6	6,2	24,2	444
Savanes	13,2	32,8	2,5	18,6	12,6	38,8	493
<b>Niveau d'instruction</b>							
Aucun	8,4	25,5	2,2	14,2	8,3	30,1	1915
Primaire	5,7	17,6	2,1	9,6	4,6	19,1	1047
Secondaire ou plus	2,6	12,0	2,3	9,5	3,6	14,2	299
Ensemble des enfants	7,0	21,7	2,1	12,3	6,7	25,1	3260

Source : EDST-II, TOGO, 1998

Les plus fortes variations de la prévalence du retard de croissance s'observent selon l'âge de l'enfant (graphique 102) : les enfants de moins de six mois sont les moins touchés (4 %) ; entre six mois et un an, le dixième des enfants (10 %) souffrent de cette forme de sous-nutrition. À partir de 1 an, la proportion d'enfants atteints devient extrêmement élevée (33 %). À partir de 2 ans, le pourcentage demeure constamment élevé (29 % des enfants âgés de 24-35 ans mois). À partir de cet âge, les retards de croissance staturale acquis ne sont plus rattrapables.

Les écarts du retard de croissance selon le sexe de l'enfant sont relativement faibles : chez les garçons, 23 % sont atteints de retard de croissance, parmi lesquels 8 % le sont sous la forme sévère ; chez les filles, ces pourcentages sont estimés, respectivement à 20 et 6 %.

Du point de vue du rang de naissance de l'enfant, la prévalence du retard de croissance diffère peu (23 % chez les enfants de rang 4 ou plus contre 21 % chez ceux de rang inférieur à 4). La sous-nutrition chronique touche plus les enfants qui suivent leur aîné à moins de 24 mois (27 %) que ceux qui le suivent à plus de 24 mois (23 % à 24-47 mois et 18 % à 48 mois ou plus). Les différences sont plus importantes lorsqu'on considère la sous-nutrition chronique sévère (13 % contre 7 % et 5 %).

Au niveau du milieu de résidence, le retard de croissance est nettement plus important en milieu rural (24 %) qu'en milieu urbain (15 %), en particulier à Lomé (11 %). Au niveau régional, les enfants de la région des Savanes sont plus touchés (33 %) par le retard de croissance que les enfants des autres régions où moins du quart souffre de ce type de malnutrition. Les enfants de la région des Savanes sont particulièrement touchés par le retard de croissance sévère (13 %).

L'instruction semble contribuer à une réduction du retard de croissance qui, estimé à 26 % lorsque la mère est sans instruction, passe à 18 % lorsque la mère a un niveau d'instruction primaire et à 12 % lorsqu'elle a le niveau secondaire ou plus. Sous sa forme sévère, elle est estimée, respectivement, à 8 %, 6 % et 3 %.

### 5.1.2.2 Emaciation

Le tableau 5.1 fournit également les proportions d'enfants atteints d'émaciation ou de sous-nutrition aiguë, exprimée au moyen de l'indice poids-pour-taille. Dans l'ensemble, 12 % des enfants sont émaciés, dont 2 % sous une forme sévère : ces proportions sont respectivement 5 fois et 20 fois plus élevées que celles attendues dans une population en bonne santé et bien nourrie. Du point de vue de l'âge (graphique 10.2), ce sont les enfants de 6-11 mois (13 %), et surtout ceux de 12-23 mois (20 %) qui sont les plus atteints. Ce groupe d'âges correspond à un stade du développement où les enfants sont particulièrement exposés aux agents pathogènes comme l'indique la forte prévalence de la diarrhée dans ces groupes d'âges (voir chapitre 9 sur Santé de la mère et de l'enfant).

Selon l'intervalle entre les naissances, les variations sont faibles. Par contre, selon le rang de naissance, on note que les enfants de rang 6 ou plus sont plus fréquemment émaciés (15 %) que les autres enfants de rang inférieur à 6 (12 % ou moins).

Suivant le schéma de la sous-nutrition chronique, la sous-nutrition aiguë est également moins forte dans la capitale comme dans les autres villes (9 %) qu'en milieu rural où elle atteint 13 des enfants.

Les enfants de la région des Savanes sont plus affectés (19 %) par l'émaciation que ceux des autres régions, en particulier de la région Centrale (9 %). Les enfants des mères instruites se trouvent toujours dans une meilleure situation (10 % contre 14 % lorsque la mère n'est pas instruite).

### 5.1.2.3 Insuffisance pondérale

Le poids-pour-âge est un indice qui reflète, chez l'enfant, les effets combinés du retard de croissance et de l'émaciation. C'est la mesure la plus souvent utilisée par les services de santé pour le suivi de la croissance pondérale, mais sa valeur en tant qu'indice est limitée quand il n'existe qu'une seule mesure dans le temps. Il est présenté ici essentiellement pour permettre des comparaisons avec les résultats des études ou des suivis nutritionnels des enfants qui utilisent cette mesure. Comme le poids-pour-taille, le poids-pour-âge est sensible aux variations saisonnières.

Il apparaît ici que le quart (25 %) des enfants togolais de moins de trois ans présentent une insuffisance pondérale, dont 7 % sous une forme sévère (tableau 5. 1). Comme l'état nutritionnel mesuré au moyen de cet indice rend compte à la fois, des formes chroniques et aiguës de la sous-nutrition, les variations du poids-pour-âge selon les différentes caractéristiques socio-démographiques suivent les mêmes tendances que celle observées pour le poids-pour-taille et surtout celles observées pour la taille-pour-âge.

Du point de vue du rang de naissance de l'enfant, l'insuffisance pondérale varie faiblement (26 % chez les enfants de rang 6 ou plus contre 25 % ou moins chez ceux de rang inférieur à 6). L'insuffisance pondérale touche plus les enfants qui suivent leur aîné à moins de 24 mois (30 %) que ceux qui le suivent à plus de 24 mois (26 % à 24-47 mois et 21 % à 48 mois ou plus). Les différences sont plus importantes lorsqu'on considère l'insuffisance pondérale sévère (10 % contre 7 % et 6 %).

Le pourcentage d'enfants qui souffrent d'insuffisance pondérale atteint 28 % en milieu rural contre 20 % dans les autres villes et 12 % dans la capitale. Ce pourcentage atteint 39 % dans la région des Savanes contre moins du quart des enfants dans les autres régions.

Lorsque la mère est sans instruction, l'insuffisance pondérale est estimée à 30 % ; celle-ci atteint 19 % chez les enfants dont la mère a un niveau d'instruction primaire, et 14 % chez les enfants dont la mère a un niveau d'instruction secondaire ou plus.

## 5.2 . Allaitement au sein

L'allaitement au sein au cours des premières années de la vie protège les enfants contre l'infection. De plus, l'allaitement au sein constitue une source idéale d'éléments nutritifs. Cependant, nombre de mères cessent d'allaiter trop tôt, ce qui peut perturber la croissance et contribuer à la malnutrition en termes d'oligo-éléments. Le but du Sommet mondial pour les enfants stipule que les enfants doivent être allaités exclusivement pendant quatre à six mois et que l'allaitement devrait être poursuivi avec des aliments complémentaires pendant la majeure partie de la deuxième année de la vie.

Dans l'enquête MICS-2, le statut d'allaitement repose sur les rapports des femmes concernant la consommation des enfants au cours des 24 heures précédant l'interview. De par *allaitement*

*exclusif*, on entend les enfants qui ne reçoivent que le lait maternel et les vitamines, les suppléments minéraux ou les médicaments. Par *allaitement complémentaire*, on entend les enfants qui reçoivent le lait maternel et les aliments solides ou semi-solides.

[Tab. 16] **Tableau 5.2 : Pourcentage d'enfants vivants par pratique d'allaitement, Togo, 2000**

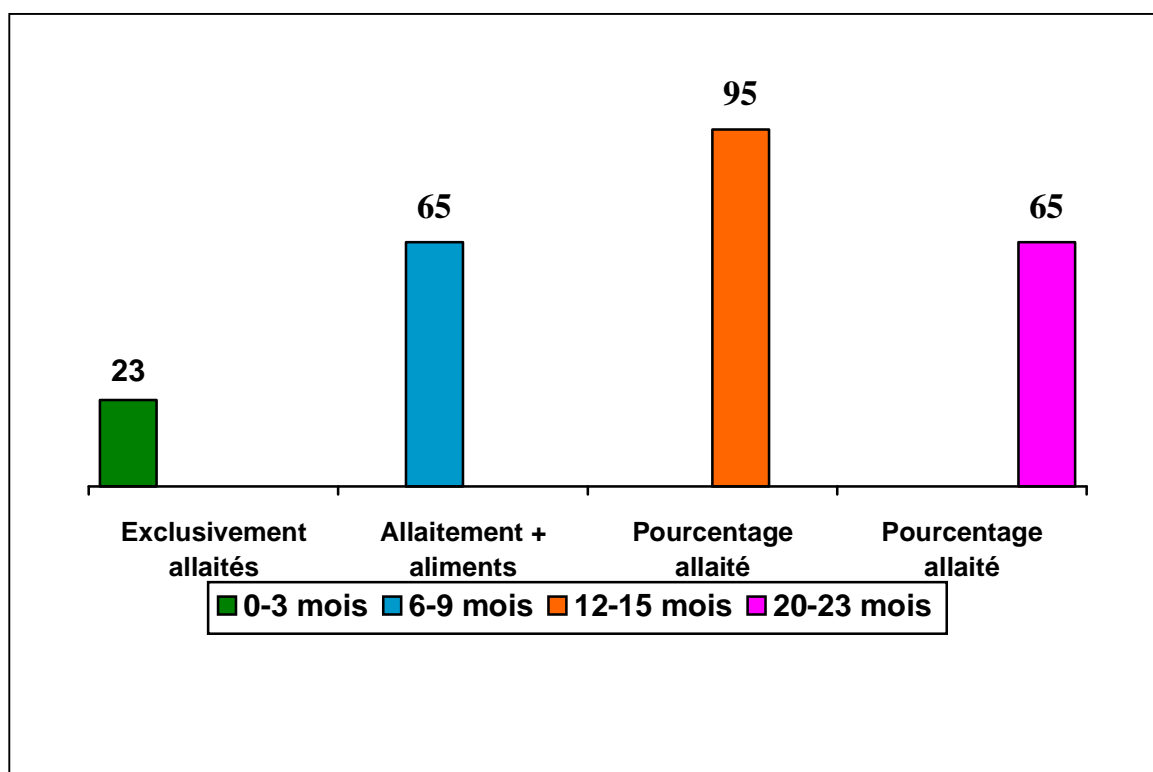
Caractéristiques	Exclusivement Allaités		Aliments de complément Solides / liquides		Allaités				Enfants âgés de 0-59 mois	
	Enfants 0-3 mois	Effectifs	Enfants 6-9 mois	Effectifs	Enfants 12-15 mois	Enfants 20-23 mois		Effectif	Effectif	Non Pondéré
					Effectif	Effectif	Effectif			
<b>Sexe</b>										
Masculin	18,8	110	68,6	106	94,0	142	65,7	90	1575	1568
Féminin	26,9	129	61,8	114	96,8	135	64,2	86	1556	1562
<b>Région</b>										
Lomé	20,0	26	73,3	19	96,3	34	50,0	23	318	249
Maritime	13,1	65	62,9	58	97,4	55	59,8	29	788	467
Plateaux	39,0	64	77,4	50	96,3	63	71,2	56	797	647
Centrale	16,2	23	75,0	20	91,5	29	62,4	10	283	455
Kara	28,8	24	73,9	25	97,7	43	66,2	29	404	443
Savanes	16,5	38	42,9	48	91,7	52	69,4	30	542	871
<b>Milieu de résidence</b>										
Urbain	22,7	61	72,4	54	98,0	82	50,3	45	853	719
Rural	23,3	179	62,7	167	94,3	195	70,0	431	2279	2413
<b>TOTAL</b>	<b>23,2</b>	<b>239</b>	<b>65,1</b>	<b>221</b>	<b>95,4</b>	<b>277</b>	<b>65,0</b>	<b>177</b>	<b>3132</b>	<b>3132</b>

Source : MICS2-TOGO, 2000

Les données du tableau 5.2 de l'enquête MICS2 montrent que 23 % des enfants ont été exclusivement allaités au sein entre 0 et 3 mois, alors que lors de l'EDST-II cette proportion était de 15 %. Entre six et neuf mois, plus de six enfants sur dix (65 %) reçoivent en plus du lait maternel des aliments solides contre 92 % à l'EDST-II, ce qui traduit une amélioration dans le respect des recommandations de l'OMS et de l'UNICEF. Plus de six femmes togolaises sur dix (65 %) continuent d'allaiter leurs enfants jusqu'à deux ans au moins. Avant les seize mois, on peut constater que ce sont tous les enfants (95 %) qui sont toujours nourris au sein.

Au niveau régional, on note quelques légères différences au sujet de l'allaitement des enfants. La Région des Plateaux se détache de toutes les autres par l'importance que ses femmes accordent à l'allaitement au sein. Quel que soit l'âge de l'enfant, le fait de résider dans la région des Plateaux augmente les chances d'être allaités. Avant 4 mois par exemple, 39 % des enfants de cette région sont exclusivement allaités au sein contre 23 % pour l'ensemble du pays. Entre 20 et 23 mois, c'est également dans cette région que l'on dénombre plus de femmes (71 %) qui continuent d'allaiter leurs enfants.

**Graphique 5.1** : Pratique de l'allaitement des enfants de moins de 2 ans



### 5.3 Supplément en vitamine A

La carence en vitamine A (CVA) affaiblit les systèmes immunitaires des enfants, accroît leurs chances de mourir de maladies courantes de l'enfance et mine la santé de la femme enceinte et allaitante. Elle peut provoquer également des lésions aux yeux et la cécité chez les enfants. Toutefois, elle peut être évitée facilement par le supplément en vitamine A ou par la fortification des aliments. L'UNICEF et l'OMS recommandent que tous les pays dont le taux de mortalité des moins de cinq ans dépasse 70 pour 1000 naissances vivantes ou dans lesquels la carence en vitamine A constitue un problème de santé mettent en place un programme de lutte contre la carence en vitamine A.

Au cours des six mois précédents l'enquête MICS-2, 16 % des enfants âgés de 6 à 59 mois avaient reçu une dose élevée de supplément en vitamine A (tableau 5.3). Environ 1 enfant sur dix (9 %) n'avaient pas reçu de supplément au cours des six derniers mois, mais avaient reçu une avant cette période. On note que 3 % des enfants avaient reçu un supplément en vitamine A à un moment ou à un autre par le passé, mais leur mère ou la personne en charge n'avait pas pu préciser la période exacte.

Les proportions des enfants qui ont reçu un supplément en vitamine A au cours des six derniers mois varient selon l'âge. Elles passent de 19 % chez les nourrissons de 6 à 11 mois à 22 % chez les enfants de 12 à 23 mois. A partir de 24 mois ces pourcentages baissent graduellement pour s'établir à 11 % chez les enfants âgés de 48 à 59 mois.

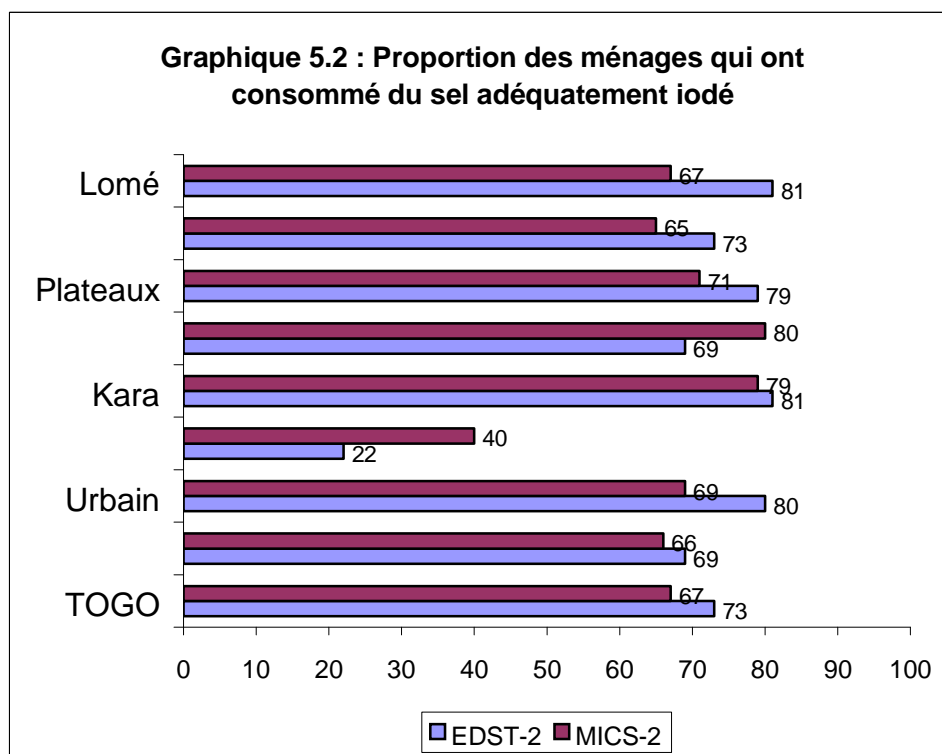
[Tab. 18] **Tableau 5.3 : Répartition (en %) des enfants âgés de 6-59 mois selon qu'ils ont reçu une dose élevée de vitamine A ou non pendant les six derniers mois, Togo, 2000**

Caractéristiques	VITAMINE					TOTAL	
	Reçu dans les 6 derniers mois	Reçu avant les 6 derniers mois	Reçu pas sûre quand	Pas sûre s'ils ont reçu	Jamais Reçu	Total	Effectif des enfants
<b>Sexe</b>							
Masculin	17,1	10,0	3,6	3,5	65,8	100,0	1405
Féminin	15,3	7,8	3,0	2,7	71,2	100,0	1365
<b>Région</b>							
Lomé	10,6	12,8	4,6	5,5	66,5	100,0	278
Maritime	14,0	4,4	0,7	1,7	79,3	100,0	689
Plateaux	12,2	7,8	3,7	5,4	70,9	100,0	712
Centrale	8,2	7,5	4,5	3,0	76,8	100,0	250
Kara	33,1	9,0	5,1	2,7	50,1	100,0	362
Savanes	20,1	15,5	3,7	0,8	60,0	100,0	480
<b>Milieu de résidence</b>							
Urbain	16,6	9,2	3,9	4,1	66,2	100,0	761
Rural	16,1	8,8	3,0	2,7	69,3	100,0	2009
<b>Age des enfants</b>							
Moins de 6 mois	0,0	0,0	0,0	0,0	100,0	100,0	1
6-11 MOIS	18,6	3,6	2,3	0,6	75,0	100,0	338
12-23	21,4	9,7	3,7	1,9	63,4	100,0	637
24-35	16,5	11,6	2,9	2,0	67,0	100,0	637
36-47	13,8	8,0	3,9	4,6	69,7	100,0	629
48-59	10,8	9,3	3,2	5,9	70,8	100,0	528
<b>Niveau d'instruction de la mère</b>							
Aucun	14,3	7,3	3,3	3,3	71,9	100,0	1816
Primaire	18,3	11,4	3,4	1,5	65,2	100,0	731
Secondaire et plus	25,3	14,0	2,3	6,9	51,5	100,0	220
<b>TOTAL</b>	<b>16,2</b>	<b>8,9</b>	<b>3,3</b>	<b>3,1</b>	<b>68,5</b>	<b>100,0</b>	<b>2770</b>

Source : MICS2-TOGO, 2000

## 5.4 Iodation du sel

La carence en iode dans l'alimentation constitue la cause la plus importante au monde de l'arriération mentale et peut réduire le quotient intellectuel (QI) moyen d'une population dans les proportions pouvant atteindre treize points. L'iodation du sel constitue un moyen efficace et à faible coût d'éviter les troubles liés à la carence en iode (TCI). Le sel iodé de façon adéquate contient 15 ppm (part par million) d'iode ou plus. Dans le cadre de l'enquête MICS - 2, le sel qu'utilisent les ménages a été testé par le Kit fourni par le Ministère de la Santé ; ce Kit présente cinq niveaux de graduation à savoir 0 PPM ou non iodé (pas de couleur), 25 PPM (couleur faible), 50 PPM (couleur foncée), 75 et 100 PPM (couleur très foncée).



[Tab. 17] **Tableau 5.4 : Pourcentage de ménages ayant consommé du sel suffisamment iodé, MICS2 -Togo, 2000**

Caractéristiques	Pourcentage de ménage n'ayant pas de sel	Pourcentage de ménage dont le sel est testé	Résultat du test				Effectif de ménages interviewés	
			Non iodé	25 PPM	50 PPM	75 PPM +		
<b>Région</b>								
Lomé	11,8	84,8	33,4	29,0	25,3	12,3	66,6	822
Maritime	6,6	92,2	35,5	28,5	26,0	10,0	64,5	1382
Plateaux	6,8	90,9	28,9	28,5	31,8	10,9	71,1	1073
Centrale	5,6	90,2	20,3	40,7	36,7	2,2	79,7	374
Kara	5,7	91,6	21,3	35,7	27,3	15,7	78,7	520
Savanes	3,3	94,0	59,8	24,9	10,6	4,7	40,2	419
<b>Milieu de résidence</b>								
Urbain	9,2	87,9	31,3	29,3	26,7	12,7	68,7	1871
Rural	5,6	92,3	34,2	30,5	26,9	8,4	65,8	2719
<b>TOTAL</b>	<b>7,1</b>	<b>90,5</b>	<b>33,1</b>	<b>30,0</b>	<b>26,8</b>	<b>10,1</b>	<b>66,9</b>	<b>4590</b>

Source : MICS2-TOGO, 2000



Les données du tableau 5.4 montrent que dans 91 % des ménages enquêtés, le sel était disponible. Parmi les ménages dans lesquels le sel a été testé, 67 % disposaient d'un sel iodé de façon adéquate. Si au niveau du milieu de résidence, l'écart d'utilisation du sel iodé entre les ménages urbains (69 %) et ruraux (66 %) est faible, au niveau régional par contre il subsiste de grandes disparités. En effet dans les Régions Centrale et de la Kara le sel consommé par les ménages était adéquatement iodé à près de 80 % alors que dans la Région des Savanes seulement 40 % des ménages consomment de sel iodé. Cette faiblesse serait sans doute due à l'utilisation de la potasse comme sel de cuisine. Néanmoins on note une légère amélioration par rapport à l' EDST-II où seulement 22 % des ménages utilisaient du sel iodé dans la Région des Savanes contre 81 % dans la Région de la Kara.

## 5.5 Faible poids à la naissance

Les nourrissons qui pèsent moins de 2500 grammes (2,5 kg) à la naissance sont considérés comme des bébés dont le poids est faible à la naissance. Etant donné que de nombreux nourrissons ne sont pas pesés à la naissance et que ceux qui sont pesés peuvent constituer un échantillon biaisé de toutes les naissances, le poids à la naissance notifié ne peut être utilisé pour évaluer la prévalence du faible poids à la naissance pour tous les enfants. Par conséquent, le pourcentage des naissances dont le poids est inférieur à 2500 grammes est calculé à partir de deux éléments du questionnaire : l'évaluation faite par la mère de la taille de l'enfant à la naissance (c'est-à-dire, très petit, plus petit que la moyenne, moyen, plus gros que la moyenne, très gros) et le rappel de la mère du poids de l'enfant ou le poids tel qu'enregistré sur une fiche de santé si l'enfant a été pesé à la naissance. Il ressort des données du tableau 5.5 de MICS 2 qu'un plus du tiers (35 %) des bébés qui ont vu le jour au cours des douze derniers précédant l'enquête ont été pesés à la naissance au Togo.

Tout d'abord, les deux éléments ont été tabulés pour les enfants qui avaient été pesés à la naissance afin d'obtenir la proportion des naissances dans chaque catégorie de la taille qui pesaient moins de 2500 grammes. Cette proportion est ensuite multipliée par le nombre total d'enfants appartenant à la catégorie de la taille pour obtenir le nombre estimatif des enfants dans chaque catégorie de la taille qui avait un faible poids à la naissance. Les chiffres pour chaque catégorie de la taille sont résumés afin d'obtenir le nombre total des enfants ayant un faible poids à la naissance. Ce chiffre est divisé par le nombre total de naissances vivantes afin d'obtenir le pourcentage du faible poids à la naissance.

Au total 16 % des nourrissons auraient un poids à la naissance inférieur à 2500 grammes (Tableau 5.5). La prévalence du faible poids à la naissance varie selon les régions ; les Régions Maritime, Centrale et de la Kara avec une proportion respective de 13 % enregistrent les pourcentages les moins élevés alors qu'à l'opposé la Région des Savanes avec 22 % d'enfants pesant moins de 2500 grammes à la naissance possède la proportion la plus élevée. On note également une différence entre les zones urbaines (13 %) et les zones rurales (16 %) ; les données révèlent que le niveau d'instruction de la mère a une corrélation sur le poids à la naissance des enfants ; en effet la prévalence du poids faible à la naissance est de 17 % chez les femmes qui n'ont reçu aucune instruction contre respectivement 13 % et 11 % chez les femmes ont atteint les niveaux primaire et secondaire et plus.

**[Tab. 20] Tableau 5.5 : Pourcentage de naissances vivantes survenues au cours des 12 derniers mois dont le poids est inférieur à 2500 grammes, Togo 2000**

<b>Caractéristiques</b>	Pourcentage de naissance inférieur à 2500 grammes	Pourcentage de naissance à la pesée à la naissance	Nombre de naissance
<b>Région</b>			
Lomé	15,0	79,0	73
Maritime	13,2	29,3	178
Plateaux	15,3	27,7	160
Centrale	13,1	40,4	59
Kara	12,9	45,3	93
Savanes	21,7	15,6	134
<b>Milieu de résidence</b>			
Urbain	13,3	57,7	196
Rural	16,3	25,5	500
<b>Niveau d'instruction</b>			
Sans instruction	17,2	23,3	441
Primaire	12,9	49,2	211
Secondaire et +	11,2	76,9	43
Programme non formel	0,0	100,0	1
<b>Total</b>	<b>15,5</b>	<b>34,6</b>	<b>697</b>

Source : MICS2-TOGO, 2000

## Chapitre 6 Santé de l'enfant

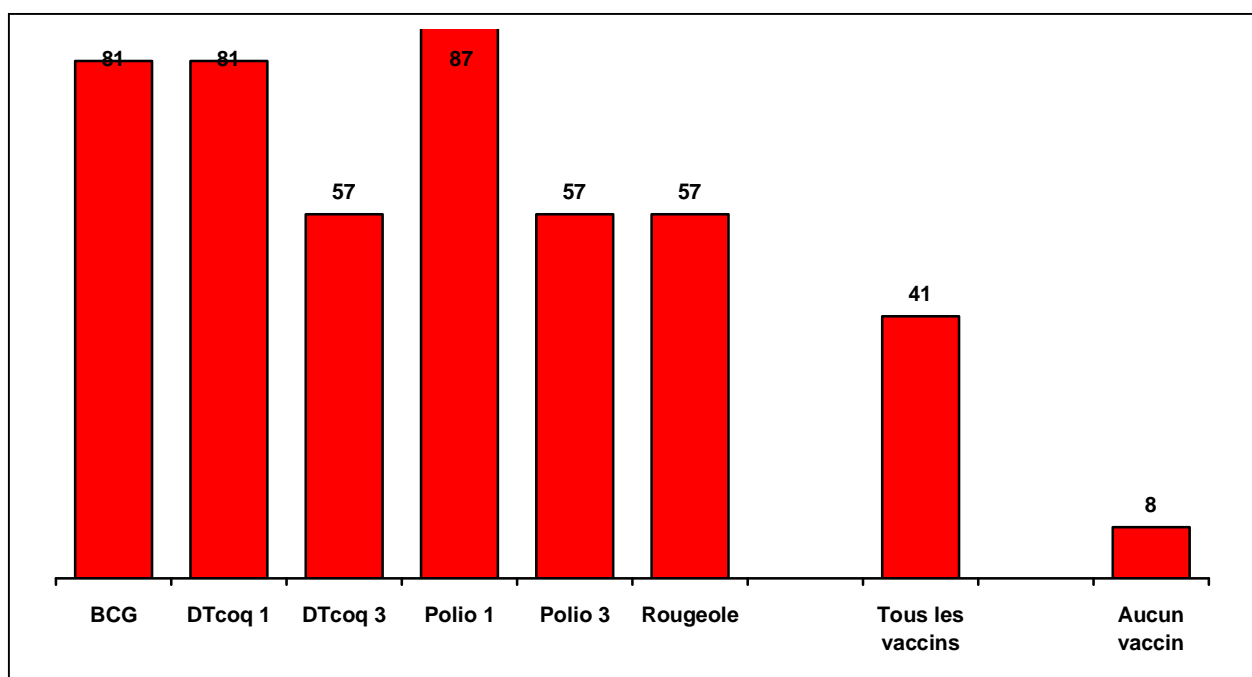
### 6.1 Couverture vaccinale

Selon les directives de l'UNICEF et de l'OMS, un enfant devrait recevoir la vaccination du BCG afin de le protéger contre la tuberculose, trois doses de DTCoq pour le protéger contre la diphtérie, la coqueluche et le tétanos, trois doses de vaccin contre la polio et une vaccination contre la rougeole à l'âge de 12 mois. Dans le cadre de la MICS-2, les mères ont été invitées à produire les carnets de vaccination pour les enfants âgés de moins de cinq ans. Les agents enquêteurs ont recopié les informations des carnets relatives à la vaccination dans le questionnaire. Les mères ont également été sondées afin qu'elles notifient toute vaccination reçue par l'enfant, qui ne figure pas dans le carnet.

Pour l'ensemble du pays un peu moins des deux tiers des enfants (66 %) avaient un carnet de santé. Si l'enfant n'avait pas de carnet, on lisait à la mère une brève description de chaque vaccin et on lui demandait de se rappeler si l'enfant l'avait reçue ou non, pour la DTCoq et la polio, et combien de fois.

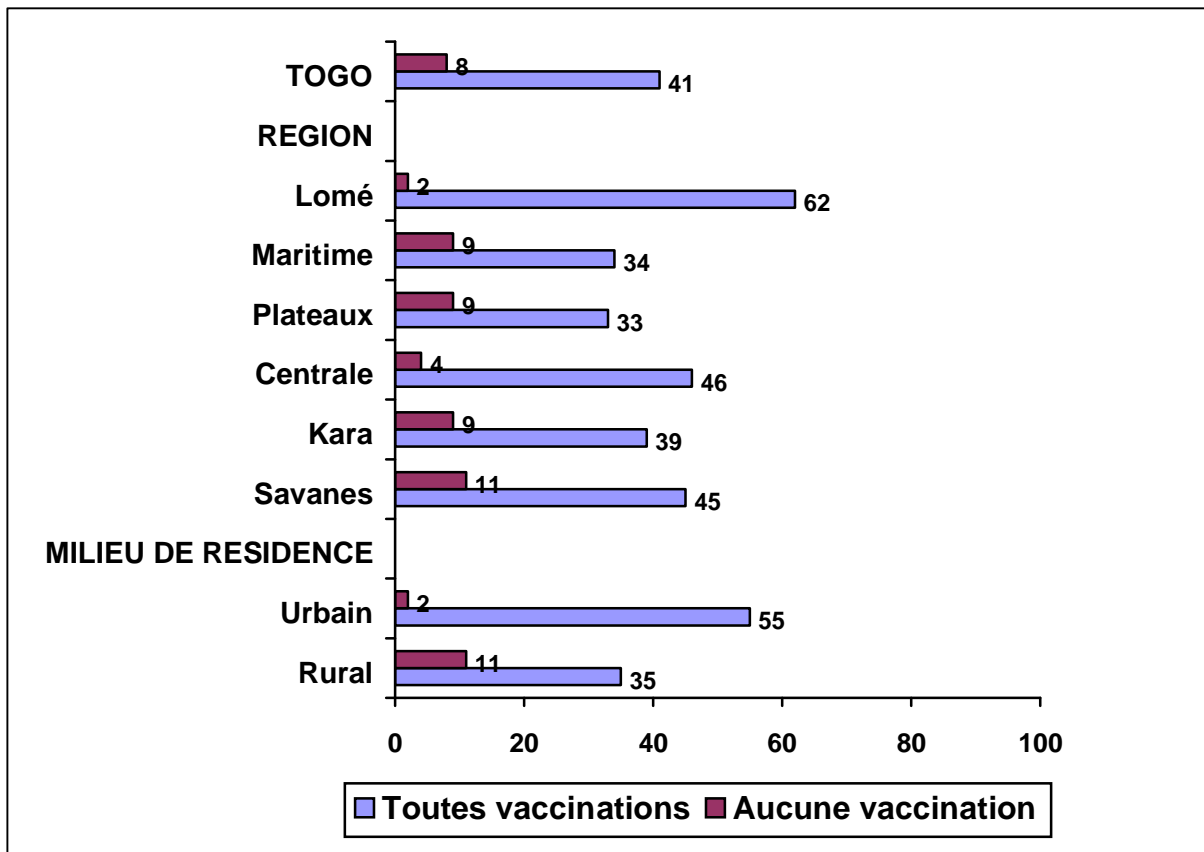
Le tableau 6.1 présente le pourcentage des enfants âgés de 12 à 23 mois qui ont reçu chacune des vaccinations. Dans ce tableau, les enfants âgés de 12 à 23 mois constituent le dénominateur, de façon que seuls les enfants qui sont suffisamment âgés pour être entièrement vaccinés soient pris en compte. Il ressort des données que 81 % des enfants âgés de 12 à 23 mois avaient reçu une vaccination de BCG à l'âge de 12 mois et la première dose de la DTCoq. Le pourcentage baisse pour les deuxième et troisième doses de la DTCoq, s'élevant seulement à 71 % pour la deuxième dose, et à 57 % pour la troisième dose. Environ neuf enfants sur dix (87%) avaient reçu la première dose de Polio, mais ce pourcentage baisse, pour s'établir à 57 % pour la troisième dose. La proportion des enfants qui sont vaccinés contre la rougeole s'élevait à 57%. Pour l'ensemble du Togo 41 % des enfants âgés de 12-23 mois sont complètement vaccinés contre les six maladies de l'enfance tandis que 8 % des enfants n'ont reçu aucun vaccin.

**Graphique 6.1 Couverture vaccinale des enfants avant l'âge de 12 mois, enfants de 12-23 mois**



La couverture vaccinale varie très fortement selon le milieu de résidence ; dans le milieu urbain elle s'élève à 55 % contre 35 % dans la zone rurale. Au niveau régional on note des différences très importantes. La proportion la plus élevée est observée à Lomé (62%) ; viennent ensuite les Régions Centrale et des savanes avec respectivement 46 et 45 % de taux de couverture vaccinale. Les taux de couverture vaccinale les plus faibles sont enregistrés dans les Régions des Plateaux (33 %), Maritime (34 %) et de la Kara (39%). Il n'y a pas de variation significative selon le sexe de l'enfant.

**Graphique 6.2** Enfants de 12-23 mois ayant eu tous les vaccins de PEV et enfants n'ayant eu aucun vaccin



[Tab.22 ] **Tableau 6.1 : Pourcentage d'enfants âgés de 12-23 mois qui sont actuellement vaccinés contre les maladies de l'enfance, Togo, 2000**

Caractéristiques	BCG	DTCoq 1	DTCoq 2	DTCoq 3	POLIO 0	POLIO 1	POLIO 2	POLIO 3	Rougeole	Toutes Vaccinations	Aucune Vaccinat°	% avec carte de vaccinat°	Effectif d'enfants
<b>Sexe</b>													
Masculin	82,5	83,3	71,9	57,4	72,0	87,1	75,9	58,7	57,7	40,1	8,5	64,4	325
Féminin	80,3	79,4	69,7	55,7	71,2	87,0	73,2	55,5	55,6	41,5	7,6	66,6	312
<b>Région</b>													
Lomé	96,7	95,1	86,9	73,8	91,8	95,1	82,0	75,4	78,7	62,3	1,6	78,7	78
Maritime	74,9	78,1	59,3	49,9	66,5	87,0	70,5	49,9	49,7	34,3	9,0	63,1	142
Plateaux	77,6	78,3	68,7	52,2	62,8	86,2	70,9	54,5	45,9	32,5	9,3	61,3	159
Centrale	92,5	86,0	81,7	68,8	73,1	86,0	81,7	64,5	67,8	46,3	4,3	64,5	58
Kara	78,2	79,6	70,1	52,1	71,7	88,3	76,7	55,1	59,7	38,6	8,8	59,1	88
Savanes	81,3	79,5	72,2	56,4	75,7	82,3	74,4	55,3	57,4	44,5	10,8	70,7	113
<b>Milieu de résidence</b>													
Urbain	93,8	93,7	82,3	69,2	87,6	94,6	81,8	70,0	68,8	55,3	2,2	77,4	188
Rural	76,2	76,2	66,0	51,3	64,9	83,9	71,5	51,8	51,6	34,7	10,5	60,5	449
<b>Niveau d'instruction de la mère</b>													
Aucun	76,7	76,7	65,4	48,9	65,7	82,6	69,4	49,2	54,2	33,9	11,4	59,7	396
Primaire	86,2	86,3	73,8	63,2	76,4	93,2	78,1	62,4	53,6	44,0	2,6	69,1	181
Secondaire et +	98,0	98,0	98,0	87,6	96,0	98,0	98,0	94,0	82,4	76,3	2,0	92,7	60
Total	81,4	81,4	70,8	56,6	71,6	87,1	74,6	57,2	56,7	40,8	8,0	65,5	637

Source : MICS2-TOGO, 2000

## 6.2 Diarrhée

La déshydratation due à la diarrhée constitue une cause importante de mortalité chez les enfants au Togo. La prise en charge à domicile de la diarrhée ou à l'aide soit des sels de réhydratation orale (SRO) soit des fluides faits à domicile recommandés permet d'éviter nombre de ces décès. La prévention de la déshydratation et de la malnutrition, grâce à l'augmentation de l'absorption de fluides et à la poursuite de l'alimentation de l'enfant, constitue également une stratégie importante de la prise en charge de la diarrhée.

Dans le questionnaire de MICS 2, on a demandé aux mères ou à défaut aux personnes ayant la charge des enfants de moins de cinq ans d'indiquer si leur enfant avait eu la diarrhée au cours des deux semaines précédant l'enquête. Le cas échéant, la mère a été invitée à répondre à une série de questions concernant les liquides et la nourriture donnés à l'enfant pendant l'épisode et à dire s'il s'agissait plus ou moins de ce que l'enfant avait coutume de manger et de boire. D'une manière générale, 23 % des enfants âgés de moins de cinq ans avaient fait de la diarrhée au cours des deux semaines précédant l'enquête (Tableau 6.2) alors qu'au cours de l'EDST-II, 31 % des enfants âgés de moins de trois ans avaient eu la diarrhée. Bien que le groupe d'âges cible ne soit pas identique on note qu'il y a une nette amélioration de la situation au cours des deux dernières années.

La prévalence de la diarrhée est plus élevée dans le milieu rural (24 %) que les centres urbains (24 %). Selon les régions de résidence, elle varie du simple au double entre Lomé (17 %) et la Région des Savanes (33 %). D'une manière générale la prévalence de la diarrhée est plus élevée dans les régions septentrionales du Togo (Région de la Kara 24 % et Région Centrale 27 %) que dans les régions méridionales (Région Maritime 18 % et Région des Plateaux 19 %). La pointe de la prévalence de la diarrhée intervient au cours de la période de sevrage, chez les enfants âgés de 6 à 23 mois. Au cours des deux semaines ayant précédé l'enquête 32 % des enfants de 6 à 11 mois et 33 % des enfants de 12 à 23 mois ont eu la diarrhée contre respectivement 15 % chez les nourrissons de moins de 6 mois et 17 % chez les enfants de 48-59 mois. La prévalence de la diarrhée est également plus élevée chez les enfants des femmes sans instruction que chez qui ont fait l'enseignement secondaire et plus. En effet 25 % des enfants des femmes sans instruction ont eu la diarrhée contre respectivement 20 % et 15 % chez les enfants de celles ont fait les études primaires et secondaires.

Le Tableau 6.2 présente également le pourcentage des enfants qui reçoivent les différents types de liquides recommandés pendant l'épisode de diarrhée. Etant donné que les mères ont pu citer plus d'un type de liquide, le total des pourcentages n'est pas nécessairement égal à 100. Un enfant sur deux avait reçu du lait maternel pendant la diarrhée. Les enfants âgés de moins de 12 mois ont particulièrement plus de chances (94 %) d'avoir reçu du lait maternel. Le tiers des enfants (33 %) avaient reçu des gruaux, 13 % de SRO et 18 % une solution préparée à la maison. Les enfants des mères ayant une éducation secondaire semblent avoir plus de chances que les autres enfants de recevoir de la SRO du lait maternel, et des gruaux. Au total plus de neuf enfants sur dix (95 %) ayant la diarrhée ont reçu un ou plusieurs des traitements à domicile recommandés (c'est-à-dire qu'ils ont été traités avec la SRO ou les liquides faits à domicile recommandés).

Un peu moins d'un tiers des enfants âgés de moins de cinq ans (30 %) ayant la diarrhée ont bu plus que d'habitude, tandis que 64 % ont bu la même quantité ou moins (Tableau 24). Environ 61 % avaient mangé un peu moins, la même quantité ou plus que d'habitude, tandis que 38 % avaient mangé beaucoup moins que d'habitude ou pas du tout. D'une manière générale, seuls 15 pour cent des enfants ayant la diarrhée avaient reçu davantage de fluides et avaient continué de manger tel que recommandé.

[Tab. 23] **Tableau 6.2 : Pourcentage d'enfants de moins de cinq ans ayant eu la diarrhée au cours des deux dernières semaines qui ont reçu une SRO ou TRO, Togo, 2000**

Caractéristiques	A la diarrhée les deux dernières semaines	Effectif d'enfants moins de 5 ans	Enfants avec la diarrhée qui ont reçu :								Effectif d'enfants qui a eu la diarrhée	
			Lait maternel	Gruau	Solution préparée à la maison acceptable	Sachet ou paquet SRO	Autre lait ou lait en poudre/boîte	Eau avec allaitement	Traitement Recommandé	Aucun traitement		
<b>Sexe</b>												
Masculin	24,6	1575	49,9	33,3	16,7	13,3	6,3	70,9	96,7	3,3	387	
Féminin	20,4	1556	50,9	32,5	18,5	12,7	3,5	59,3	93,9	6,1	317	
<b>Région</b>												
Lomé	16,9	318	50,0	45,2	14,3	9,5	16,7	50,0	92,9	7,1	54	
Maritime	18,4	788	42,4	30,7	11,1	15,0	1,0	58,2	94,9	5,1	145	
Plateaux	19,3	797	49,0	38,9	9,2	9,4	2,3	78,5	96,2	3,8	154	
Centrale	26,6	283	39,7	52,1	25,6	13,2	1,7	57,0	96,7	3,3	75	
Kara	23,8	404	62,2	32,4	10,0	9,5	2,6	61,4	96,2	3,8	96	
Savanes	33,4	542	56,3	18,3	31,1	17,3	9,9	71,3	95,1	4,9	181	
<b>Milieu de Résidence</b>												
Urbain	17,9	853	53,4	30,9	12,7	15,4	8,2	62,2	93,9	6,1	153	
Rural	24,2	2279	49,5	33,5	18,8	12,3	4,2	66,6	95,9	4,1	552	
<b>Age</b>												
< 6 mois	14,5	362	94,2	35,0	10,7	21,0	1,2	35,5	96,9	3,1	53	
6-11 mois	32,2	338	85,9	29,2	16,2	7,7	5,4	49,8	96,7	3,3	109	
12-23 mois	33,0	638	81,7	33,6	16,9	15,0	6,3	64,7	96,2	3,8	211	
24-35 mois	22,2	637	24,9	39,0	16,4	11,6	3,5	75,7	96,6	3,4	141	
36-47 mois	16,2	629	4,8	33,6	21,5	10,9	7,9	76,3	94,9	5,1	102	
48-59 mois	16,9	528	0,0	24,2	21,4	14,7	2,9	77,1	90,1	9,9	89	
<b>Niveau d'instruction de la mère</b>												
Aucun	24,6	2035	49,5	29,1	19,0	12,4	5,8	65,5	94,7	5,3	501	
Primaire	19,8	850	52,6	42,0	11,0	13,0	2,5	71,1	98,3	1,7	169	
Secondaire et plus	14,5	244	52,1	43,2	26,5	21,1	6,9	42,2	92,4	7,6	35	
Programme non formel	0,0	1	-	-	-	-	-	-	-	-	0	
Missing/DK	0,0	1	-	-	-	-	-	-	-	-	0	
<b>TOTAL</b>	<b>22,5</b>	<b>3132</b>	<b>50,4</b>	<b>32,9</b>	<b>17,5</b>	<b>13,0</b>	<b>5,0</b>	<b>65,7</b>	<b>95,4</b>	<b>4,6</b>	<b>705</b>	

Source : MICS2, Togo, 2000



[Tab.24] **Tableau 6.3 : Pourcentage d'enfants de moins de cinq ans ayant eu la diarrhée au cours des deux dernières semaines qui ont reçu davantage de liquides et ont continué à manger pendant la maladie, Togo, 2000**

Caractéristiques	A la diarrhée les deux dernières semaines	Effectif d'enfants moins de 5 ans	Ont reçu plus de liquides				Ont mangé pendant la diarrhée				Ont reçu davantage de liquides et ont continué à manger	Effectif d'enfants ayant eu la diarrhée
			Plus	Même quantité / un peu plus	Missing /DK	Total	Un peu moins/ même plus	Beaucoup moins / pas du tout	Missing /DK	Total		
Masculin	24,6	1575	30,0	68,0	2,0	100,0	63,1	35,9	0,9	100,0	14,8	387
Féminin	20,4	1556	28,7	67,3	4,0	100,0	58,1	41,1	0,9	100,0	15,0	317
<b>Région</b>												
Lomé	16,9	318	35,7	57,1	7,1	100,0	71,4	28,6	0,0	100,0	21,4	54
Maritime	18,4	788	38,7	55,3	6,1	100,0	43,9	54,1	2,0	100,0	14,8	145
Plateaux	19,3	797	24,0	75,3	0,8	100,0	69,9	29,3	0,8	100,0	16,3	154
Centrale	26,6	283	29,8	67,7	2,5	100,0	67,8	32,2	0,0	100,0	19,0	75
Kara	23,8	404	9,1	89,9	1,0	100,0	79,7	19,3	1,0	100,0	7,3	96
Savanes	33,4	542	35,8	62,1	2,1	100,0	50,8	48,4	0,7	100,0	14,4	181
<b>Milieu de Résidence</b>												
Urbain	17,9	853	31,4	63,2	5,3	100,0	64,2	35,8	0,0	100,0	18,1	153
Rural	24,2	2279	29,0	68,8	2,2	100,0	60,0	38,9	1,1	100,0	14,1	552
<b>Age</b>												
< 6 mois	14,5	362	10,7	88,1	1,2	100,0	54,2	44,6	1,2	100,0	5,7	53
6-11 mois	32,2	338	18,3	81,1	0,6	100,0	52,7	47,3	0,0	100,0	7,1	109
12-23 mois	33,0	638	34,3	63,4	2,3	100,0	58,3	40,5	1,1	100,0	17,1	211
24-35 mois	22,2	637	35,8	61,7	2,5	100,0	72,1	26,9	1,0	100,0	23,7	141
36-47 mois	16,2	629	31,0	65,4	3,6	100,0	65,3	32,9	1,8	100,0	12,9	102
48-59 mois	16,9	528	31,2	60,9	7,9	100,0	58,0	42,0	0,0	100,0	13,4	89
<b>Niveau d'instruction de la mère</b>												
Aucun	24,6	2035	30,5	66,6	2,9	100,0	58,2	40,6	1,3	100,0	14,1	501
Primaire	19,8	850	27,5	70,7	1,7	100,0	68,8	31,2	0,0	100,0	16,7	169
Secondaire et plus	14,5	244	24,7	66,4	9,0	100,0	61,3	38,7	0,0	100,0	18,8	35
Programme non formel	0,0	1	0,0	0,0	0,0	100,0	0,0	0,0	0,0	100,0	-	0
Missing/DK	0,0	1	0,0	0,0	0,0	100,0	0,0	0,0	0,0	100,0	-	0
<b>TOTAL</b>	<b>22,5</b>	<b>3132</b>	<b>29,5</b>	<b>67,6</b>	<b>2,9</b>	<b>100,0</b>	<b>60,9</b>	<b>38,2</b>	<b>0,9</b>	<b>100,0</b>	<b>14,9</b>	<b>705</b>

Source : MICS2, Togo, 2000

### 6.3 Infections respiratoires aiguës

Les infections respiratoires aiguës de la voie inférieure, en particulier la pneumonie, constituent l'une des principales causes de décès chez les enfants dans les pays en voie de développement. Dans le questionnaire de MICS 2, les enfants ayant une infection respiratoire aiguë sont considérés comme ceux qui ont eu une maladie avec une toux accompagnée d'une respiration rapide ou difficile et dont les symptômes étaient dus à un problème au niveau de la poitrine ou à la fois à un problème au niveau de la poitrine et l'obstruction nasale ou dont la mère ne connaissait pas la cause du problème.

Moins d'un enfant sur dix, soit 9 % des enfants âgés de moins de cinq ans avaient une infection respiratoire aiguë au cours des deux semaines précédant l'enquête selon ces critères (Tableau 6.4). Parmi ceux-ci, seulement 7 % avaient été présentés à un médecin (hôpital et médecin privé) pour traitement, et 25 % avaient été présentés à un infirmier ou à un assistant de santé dans un centre de santé, un dispensaire ou un centre de PMI. Un peu plus de 2 % des enfants ont été emmenés chez un guérisseur traditionnel et 16 % un membre de la famille, un ami ou un voisin.

D'une manière générale, un peu moins du tiers des enfants ayant des IRA avaient été emmenés chez un prestataire de soins approprié (c'est-à-dire, un médecin, un spécialiste, un infirmier / assistant de santé, un hôpital).

**[Tab.25] Tableau 6.4 : Pourcentage d'enfants de moins de cinq ans ayant eu des infections respiratoires aiguës (IRA) durant les deux dernières semaines qui ont été traités par les fournisseurs de services de santé, Togo, 2000**

Caractéristiques	A l'infection respiratoire aiguë	Effectif d'enfants de moins de 5 ans	Hôpital	Centre de santé	Dispensaire	Agent de santé du village	Clinique SMI/PMI	Clinique mobile	Médecin privé	Guérisseur traditionnel	Autres	Autre fournisseurs privés	Effectif d'enfants ayant IRA
<b>Sexe</b>													
Masculin	8,2	1575	4,4	8,8	16,5	4,3	3,0	0,5	1,8	2,7	17,1	35,0	130
Féminin	8,7	1556	7,0	4,1	12,6	0,0	0,5	0,0	0,9	2,2	14,4	24,2	136
<b>Région</b>													
Lomé	2,8	318	14,3	14,3	0,0	0,0	0,0	0,0	14,3	0,0	14,3	28,6	9
Maritime	9,0	788	6,4	2,0	13,9	4,4	0,0	0,0	0,0	6,0	14,3	26,6	71
Plateaux	8,1	797	7,6	11,2	9,1	1,8	0,0	0,0	3,6	0,0	15,6	31,6	65
Centrale	4,2	283	15,8	21,2	10,5	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	5,2	47,5	12
Kara	7,9	404	8,0	6,1	12,2	0,0	0,0	0,0	0,0	3,0	12,2	26,2	32
Savanes	14,3	542	0,8	3,4	22,8	1,7	5,9	0,8	0,0	1,7	20,2	29,5	78
<b>Milieu de résidence</b>													
Urbain	4,0	853	30,4	22,1	0,0	9,2	0,0	0,0	3,7	0,0	18,4	61,7	34
Rural	10,2	2279	2,3	4,1	16,6	1,1	2,0	0,3	1,0	2,8	15,3	24,9	232
<b>Age</b>													
≤ 6 mois	9,4	362	0,0	3,5	13,2	0,0	1,9	0,0	0,0	0,0	16,3	18,6	34
6-11 mois	13,2	338	7,0	1,4	23,7	0,0	2,9	0,0	2,6	6,8	8,7	37,7	45
12-23 mois	7,9	638	2,8	3,7	13,9	6,2	1,3	0,0	0,0	0,0	27,1	27,8	51
24-35 mois	7,6	637	7,6	9,8	17,8	3,8	4,1	1,4	2,4	2,9	18,0	37,6	48
36-47 mois	7,2	629	7,1	13,5	6,9	1,4	0,0	0,0	2,8	4,6	6,9	26,1	45
48-59 mois	8,2	528	10,0	5,8	10,9	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	15,6	26,7	44
<b>Niveau d'instruction de la mère</b>													
Aucun	10,0	2035	4,3	6,2	16,4	0,6	2,2	0,3	0,6	2,7	13,9	27,8	204
Primaire	4,9	850	12,1	4,4	8,1	10,4	0,0	0,0	2,9	2,3	30,2	34,9	41
Secondaire et plus	8,5	244	9,9	12,1	8,8	0,0	0,0	0,0	5,7	0,0	4,7	36,5	21
Programme non formel	0,0	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	0
Missing D/K	0,0	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	0
<b>Total</b>	<b>8,5</b>	<b>3132</b>	<b>5,9</b>	<b>6,4</b>	<b>14,5</b>	<b>2,1</b>	<b>1,7</b>	<b>0,2</b>	<b>1,4</b>	<b>2,4</b>	<b>15,7</b>	<b>29,6</b>	<b>266</b>

Source : MICS 2, Togo, 2000

## 6.4 Initiative de la PCIME

La prise en charge intégrée des maladies de l'enfance (PCIME) est un programme qui a été élaboré par l'UNICEF et l'OMS et qui combine les stratégies de lutte et de traitement des cinq principales causes de décès des enfants : les infections aiguës de la voie respiratoire inférieure, la déshydratation due à la diarrhée, le paludisme et la malnutrition. Le programme met l'accent sur l'amélioration des aptitudes de prise en charge des cas par les agents de santé, l'amélioration du système de santé et l'amélioration des pratiques familiales et communautaires pour la prévention et la prise en charge précoce des maladies de l'enfance. La prise en charge à domicile adéquate de la maladie est une composante de la PCIME. Cette approche enseigne aux mères que la prise en charge à domicile appropriée de la diarrhée ou de n'importe quelle autre maladie nécessite que l'on donne davantage de fluides et que l'on continue de nourrir normalement les enfants malades.

Le Tableau 6.5 présente des informations sur le comportement des enfants malades faces aux liquides et à la nourriture. Près de six enfants sur dix (58 %) aurait eu la diarrhée ou d'autres maladies au cours des deux semaines précédant l'enquête. Parmi ceux-ci, le quart de ces enfants malades (25 %) avaient bu plus de liquide pendant la maladie et 74 % avaient continué de manger (c'est-à-dire, qu'ils mangeaient moins, la même quantité ou plus).

D'une manière générale, seuls 13 % des enfants malades avaient reçu davantage de liquide et avaient continué de manger conformément aux recommandations du programme de la PCIME.

La promotion des connaissances au niveau des personnes en charge en ce qui concerne le moment approprié pour rechercher les soins pour les enfants malades constitue un autre volet essentiel du programme de la PCIME. Au cours de l'enquête MICS 2- Togo 2000 les mères ou les personnes en charge des enfants ont été invitées à citer tous les symptômes qui pourraient les conduire à emmener immédiatement un enfant dans un établissement de santé. La réponse la plus courante, donnée par près de huit femmes sur dix, soit 78 % des mères, était qu'elles emmèneraient l'enfant dans un établissement de santé s'il avait de la fièvre (Tableau 6.6). Les deux autres signes les plus cités par les mères pour aller chercher immédiatement les soins sont quand il y aura du sang dans les selles (38 %) ou lorsque l'état de l'enfant s'aggrave (36 %), tandis que 15 % ont mentionné la difficulté respiratoire.

L'incapacité d'allaiter et la respiration rapide ont été citées chacune par 6 % des mères alors que la difficulté à boire pousserait seulement 5 % des mères à emmener immédiatement leur enfant dans un établissement de santé.

Au total 59 % des mères ou des personnes ayant la charge des enfants connaissent au moins deux signes de gravité qui nécessitent d'aller chercher des soins dans un centre approprié. Il n'y a pratiquement de différences entre les mères des zones urbaines (60 %) et rurales (59 %). Néanmoins on note des disparités au niveau régional ; dans la Région des Savanes 80 % des mères connaissent au moins deux signes contre respectivement 41 % dans la Région des Plateaux, 54 % dans la Région Centrale, 57 % dans la commune de Lomé et dans la Région de la Kara et 66 % dans la Région Maritime.

Les données révèlent que le niveau d'instruction n'est pas un facteur très déterminant dans la connaissance des signes de gravité. En effet les mères qui n'ont pas reçu d'éducation connaissent au moins les deux signes 61 % autant que celles qui ont fait les études secondaires (63 %) alors seulement 53 % des femmes qui ont atteint le niveau primaire ont mentionné au moins deux signes de la recherche des soins.

[Tab. 26] **Tableau 6.5 : Pourcentage d'enfants de 0-59 mois reportés malades durant les deux dernières semaines qui ont reçu davantage de liquides et ont continué à manger, Togo, 2000**

Caractéristiques	Enfants reportés malades dans les deux dernières semaines	Effectif d'enfants moins de 5 ans	Ont reçu de liquides pendant la maladie				Ont mangé pendant la maladie				Ont reçu davantage de liquides et ont continué à manger	Effectif d'enfants malades
			Plus	Même quantité/u n peu moins	Missing /DK	Total	Un petit peu moins / même plus	Beaucoup moins/pas du tout	Missing /DK	Total		
<b>Sexe</b>												
Masculin	57,5	1575	25,9	73,1	1,0	100,0	65,0	34,5	0,5	100,0	12,7	906
Féminin	57,6	1556	24,0	74,3	1,8	100,0	65,4	34,0	0,6	100,0	13,5	897
<b>Région</b>												
Lomé	52,6	318	23,7	73,3	3,1	100,0	74,8	25,2	0,0	100,0	13,0	167
Maritime	62,6	788	28,2	70,0	1,8	100,0	53,4	45,8	0,9	100,0	11,9	494
Plateaux	58,1	797	25,0	74,2	0,8	100,0	73,2	26,3	0,5	100,0	15,9	463
Centrale	54,7	283	24,9	73,5	1,6	100,0	70,7	29,3	0,0	100,0	16,5	155
Kara	54,5	404	9,0	90,6	0,4	100,0	75,8	23,3	0,9	100,0	6,1	220
Savanes	56,3	542	32,2	66,6	1,3	100,0	56,4	43,2	0,4	100,0	14,1	305
<b>Milieu de Résidence</b>												
Urbain	53,3	853	21,5	76,2	2,2	100,0	68,5	31,5	0,0	100,0	12,4	454
Rural	59,2	2279	26,2	72,7	1,1	100,0	64,0	35,2	0,7	100,0	13,3	1350
<b>Age</b>												
< 6 mois	46,9	362	8,3	90,6	1,1	100,0	54,4	43,1	2,5	100,0	5,2	170
6-11 mois	70,0	338	13,6	86,1	0,3	100,0	55,9	44,1	0,0	100,0	5,8	237
12-23 mois	64,8	638	29,3	69,5	1,2	100,0	63,2	36,3	0,6	100,0	15,7	414
24-35 mois	59,1	637	30,3	68,8	0,9	100,0	71,3	28,3	0,4	100,0	17,4	376
36-47 mois	51,1	629	26,3	72,0	1,7	100,0	70,4	29,1	0,6	100,0	13,1	321
48-59 mois	54,2	528	29,8	67,3	2,9	100,0	68,3	31,7	0,0	100,0	14,5	286
<b>Niveau d'instruction de la mère</b>												
Aucun	57,5	2035	25,6	73,0	1,4	100,0	62,4	36,8	0,8	100,0	11,6	1170
Primaire	60,8	850	24,1	74,9	1,0	100,0	71,3	28,7	0,0	100,0	16,0	517
Secondaire et plus	47,7	244	23,3	74,0	2,7	100,0	66,3	33,7	0,0	100,0	15,0	117
Programme non formel	0,0	1	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	-	0
Missing/DK	0,0	1	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	-	0
<b>TOTAL</b>	<b>57,6</b>	<b>3132</b>	<b>25,0</b>	<b>73,6</b>	<b>1,4</b>	<b>100,0</b>	<b>65,2</b>	<b>34,3</b>	<b>0,5</b>	<b>100,0</b>	<b>13,1</b>	<b>1804</b>

Source : MICS2, Togo, 2000

[Tab. 27] **Tableau 6.6 : Pourcentage de personnes en charge d'enfants âgés de 0-59 mois qui connaissent au moins deux signes pour aller chercher immédiatement des soins, Togo, 2000**

Caractéristiques	Ne peut pas boire/allaiter	Devient encore plus malade	Développe une fièvre	A une respiration rapide	A des difficultés à respirer	A du sang dans les selles	Boit avec difficulté	Connaît au moins de 2 signes	Effectif de personnes en charge
<b>Région</b>									
Lomé	6,4	29,7	79,5	3,6	16,9	34,5	5,6	57,0	318
Maritime	2,4	51,8	78,3	7,8	18,4	39,8	2,9	66,4	788
Plateaux	7,4	29,3	70,2	3,9	8,9	19,7	3,4	41,2	797
Centrale	12,5	28,1	79,8	4,2	14,3	29,7	1,8	53,9	283
Kara	3,7	21,2	82,3	3,9	12,5	33,8	7,7	57,1	404
Savanes	9,3	39,3	84,5	12,7	17,6	73,1	9,5	80,0	542
<b>Milieu de Résidence</b>									
Urbain	4,6	34,8	76,7	6,1	18,6	41,1	4,5	60,4	853
Rural	7,0	35,9	78,6	6,5	13,1	37,2	5,1	58,6	2279
<b>Niveau d'instruction de la mère</b>									
Aucun	6,9	38,0	78,3	7,2	14,7	40,4	5,6	61,4	2035
Primaire	5,3	32,4	77,2	5,0	12,7	30,8	3,2	52,5	850
Secondaire et plus	5,6	26,8	79,0	4,5	19,8	45,9	6,2	62,5	244
Programme non formel	0,0	0,0	100,0	100,0	0,0	0,0	100,0	100,0	1
Missing/DK	0,0	100,0	100,0	0,0	0,0	0,0	0,0	100,0	1
<b>TOTAL</b>	<b>6,4</b>	<b>35,6</b>	<b>78,1</b>	<b>6,4</b>	<b>14,6</b>	<b>38,3</b>	<b>5,0</b>	<b>59,1</b>	<b>3132</b>

Source : MICS2, Togo, 2000

## 6.5 Paludisme

Le paludisme constitue l'une des principales causes de mortalité chez les enfants âgés de moins de cinq ans au Togo. Il provoque également l'anémie chez les enfants et représente une cause importante d'absentéisme à l'école. Dans les zones où le paludisme est répandu, comme au Togo les recommandations internationales suggèrent le traitement de toute fièvre chez les enfants tout comme s'il s'agissait de paludisme et de donner immédiatement à l'enfant un traitement complet de comprimés antipaludéens appropriés. Les enfants présentant des symptômes de paludisme sévère tels que la fièvre ou les convulsions, devraient être emmenés dans un établissement de santé. De même, les enfants convalescents du paludisme devraient recevoir plus de liquides et des aliments supplémentaires et continuer d'être allaités.

Le questionnaire de MICS 2 comprend des questions concernant l'utilisation des moustiquaires chez les enfants. Au Togo, ces questions ont été posées dans toutes les régions, car dans tout le pays le paludisme est une maladie endémique.

Seulement 15 % des enfants âgés de moins de cinq ans ont dormi sous une moustiquaire la nuit avant l'enquête (Tableau 6.7). Ce pourcentage baisse avec l'âge, passant de 20 % chez les enfants âgés de moins de 6 mois à 11 % chez les enfants de 6 à 11 mois. Il remonte à 17 % chez les enfants âgés de 12 à 23 mois avant de retomber à 14 % au-delà de 36 mois. Dans une manière générale les enfants qui résident dans le milieu urbain (19 %) utilisent plus les moustiquaires que les enfants de la zone rurale (13 %). Les données montrent qu'il subsiste de grandes disparités au niveau régional. Les proportions des enfants qui dorment sous une moustiquaire sont plus élevées dans les Régions des Plateaux (21 %) et Maritime (17 %) que dans les Régions septentrionales où elles culminent à 7 % dans la Région de la Kara. Ces pourcentage varient de 28 % dans la ville de Lomé à 5 % dans la Région des Savanes. La plupart des moustiquaires ne sont pas traitées à l'insecticide et 14 % des moustiquaires utilisées sont imprégnées à l'insecticide. Il ressort des données qu'aucune moustiquaire sous lesquelles dorment les enfants n'est dans la Région Centrale, alors que dans la Région de la Kara voisine, la moitié des moustiquaires utilisées par les enfants sont traitées des insecticides.

Les questions concernant la prévalence et le traitement de la fièvre ont été posées pour tous les enfants âgés de moins de cinq ans. Un peu plus d'un enfant sur trois (36 %) âgés de moins de cinq ans avait fait de la fièvre au cours des deux semaines précédant la MICS (Tableau 6.8). La prévalence de la fièvre est la plus élevée (43 %) chez les enfants âgés de 6 à 11 mois, puis baisse pour s'établir à 34 % chez les enfants âgés de 48 à 59 mois et à 25 % chez les nourrissons de moins de 6 mois. La fièvre est moins répandue parmi les enfants dont les mères ont une éducation secondaire ou supérieure (29 %) par rapport à ceux dont les mères étaient moins instruites. Les disparités régionales sont importantes, passant de simple au double entre Lomé (20 %) et le reste de la Région Maritime (42 %) et la Région des Savanes (40 %). Dans les autres régions les proportions des enfants qui ont fait la fièvre au cours des deux semaines précédant l'enquête sont assez importantes, 28 % dans la Région de la Kara et respectivement 36 % et 38 % dans les Régions Centrale et des Plateaux. Il a été demandé aux mères de mentionner tous les médicaments administrés à l'enfant pendant la maladie, tant les médicaments donnés à domicile que ceux donnés ou prescrits par un établissement de santé. Environ 65 % des enfants avaient reçu du paracétamol et 42 % avaient reçu de la chloroquine. D'une manière générale, les enfants fébriles dans la ville de Lomé avaient plus de chances de recevoir un antipaludéen approprié que les enfants des autres régions. Il n'y a pratiquement pas de différence entre les enfants dans les zones urbaines (43 %) et ceux des zones rurales (42 %) dans le traitement correct du paludisme.

[Tab. 28] **Tableau 6.7 : Pourcentage d'enfants âgés de 0-59 mois qui ont dormi sous une moustiquaire imprégnée d'insecticide la nuit dernière, Togo, 2000**

Caractéristiques	Dormi sous une moustiquaire			Effectif D'enfants	Moustiquaire traité			Enfants dormant sous moustiquaire
	Oui	Non	Ne sait pas		Oui	Non	Ne sait pas	
<b>Sexe</b>								
Masculin	15,3	84,6	0,1	1575	15,1	84,9	0,0	242
Féminin	14,1	85,6	0,2	1556	11,6	87,8	0,5	220
<b>Région</b>								
Lomé	28,1	71,5	0,4	318	15,7	84,3	0,0	89
Maritime	17,2	82,8	0,0	788	7,5	92,5	0,0	135
Plateaux	20,6	78,9	0,4	797	11,6	87,7	0,7	164
Centrale	6,2	93,8	0,0	283	0,0	100,0	0,0	17
Kara	7,0	93,0	0,0	404	50,4	49,6	0,0	28
Savanes	5,0	95,0	0,0	542	17,1	82,9	0,0	28
<b>Milieu de Résidence</b>								
Urbain	18,5	81,4	0,1	853	19,7	80,3	0,0	158
Rural	13,3	86,5	0,2	2279	10,2	89,4	0,4	304
<b>Age</b>								
< 6 mois	19,7	80,0	0,3	362	6,6	93,4	0,0	72
6-11 mois	11,2	88,8	0,0	338	12,5	87,5	0,0	38
12-23 mois	17,0	82,8	0,2	638	15,1	84,9	0,0	109
24-35 mois	13,0	86,8	0,2	637	10,9	89,1	0,0	83
36-47 mois	14,2	85,8	0,0	629	8,8	89,9	1,3	89
48-59 mois	13,6	86,2	0,2	528	27,2	72,8	0,0	72
<b>TOTAL</b>	<b>14,7</b>	<b>85,1</b>	<b>0,2</b>	<b>3132</b>	<b>13,5</b>	<b>86,3</b>	<b>0,3</b>	<b>462</b>

Source : MICS2, Togo, 2000



[Tab.29] **Tableau 6.8 : Pourcentage d'enfants âgés de 0-59 mois souffrant de la fièvre durant les deux dernières semaines qui ont été traités avec un anti-paludéen , Togo, 2000**

Caractéristiques	A la fièvre les deux dernières semaines	Effectif d'enfants moins de 5 ans	Paracetamol	Chloroquine	Fansidar	Autre	Ne sait pas	Aucun	Effectif D'enfants
<b>Sexe</b>									
Masculin	36,0	1575	67,0	60,0	2,8	39,1	2,0	60,2	567
Féminin	36,4	1556	62,6	58,5	4,0	38,1	2,5	59,8	566
<b>Région</b>									
Lomé	20,1	318	60,0	56,0	4,0	40,0	0,0	58,0	64
Maritime	42,2	788	68,9	54,3	4,9	39,2	1,7	55,5	332
Plateaux	38,3	797	61,4	56,3	1,9	43,8	2,7	56,3	305
Centrale	35,8	283	62,0	65,7	3,7	36,8	4,9	66,3	101
Kara	28,3	404	64,0	70,6	3,1	25,7	4,1	70,6	114
Savanes	39,9	542	66,5	62,8	3,0	37,7	1,0	64,0	216
<b>Milieu de Résidence</b>									
Urbain	28,8	853	66,6	61,5	4,5	36,0	0,6	62,3	246
Rural	38,9	2279	64,3	58,6	3,1	39,3	2,7	59,4	887
<b>Age</b>									
< 6 mois	25,3	362	55,6	53,5	2,9	34,3	4,4	55,0	91
6-11 mois	43,1	338	67,9	58,5	4,1	33,3	2,2	60,4	146
12-23 mois	41,2	638	66,9	61,3	5,0	39,8	2,7	62,0	263
24-35 mois	38,8	637	67,9	61,3	1,3	41,8	1,7	61,9	247
36-47 mois	33,1	629	57,4	58,8	4,8	43,7	1,1	59,5	208
48-59 mois	33,7	528	68,5	57,2	1,9	33,1	2,7	57,2	178
<b>Niveau d'instruction de la mère</b>									
Aucun	37,7	2035	65,2	59,2	2,7	36,1	2,4	59,9	767
Primaire	34,8	850	61,5	56,8	5,7	44,2	2,4	59,9	296
Secondaire et plus	28,9	244	74,6	69,5	1,1	42,8	0,0	69,5	71
Programme non formel	0,0	1	-	-	-	-	-	-	0
Missing/DK	0,0	1	-	-	-	-	-	-	0
<b>TOTAL</b>	<b>36,2</b>	<b>3132</b>	<b>64,8</b>	<b>59,2</b>	<b>3,4</b>	<b>38,6</b>	<b>2,3</b>	<b>60,0</b>	<b>1133</b>

Source : MICS2 ó Togo, 2000

## Chapitre 7 VIH/SIDA : CONNAISSANCE ET ATTITUDE

### 7.1 Connaissance

L'une des stratégies les plus importantes de réduction du taux d'infection du VIH/SIDA concerne la promotion des connaissances précises sur les modes de transmission du Sida et les moyens de prévenir sa transmission. L'enquête MICS2 a réservé un module pour pouvoir apprécier la connaissance du Sida et les attitudes de la population vis à vis de la pandémie.

Aujourd'hui, avec les multiples campagnes de sensibilisation et de lutte contre le Sida, il ne fait aucun doute que l'on enregistre une grande majorité de la population qui déclare avoir entendu parler du Sida. Les données de l'enquête MICS2 montrent qu'au Togo, 96 % des femmes âgées de 15 à 49 ans ont entendu parler du VIH/SIDA au moins une fois dans leur vie. La proportion des femmes qui habitent les centres urbains et qui déclarent avoir entendu parler du sida ne diffère pas de celle des femmes rurales qui font la même déclaration (98 % contre 95 %). De même quand on introduit les régions de résidence, le fait d'avoir entendu parler de la pandémie est quasi-universelle. On ne relève aucune spécificité majeure selon une région donnée. Même dans la région des Savanes où certains indicateurs font état d'une situation moins bonne par rapport aux autres régions, 87 % des femmes interrogées ont entendu parler de la maladie ((tableau 7.1).

Les femmes ont été interrogées sur les différents moyens de prévention de la maladie lors de MICS2. Le fait d'avoir un partenaire fidèle non infecté, l'utilisation du condom et l'abstention ont été analysés dans le tableau 7.1. Les données de ce tableau montrent que les femmes ont entendu parler du sida mais la majorité ne connaît pas les principaux moyens de prévention. Le fait d'avoir un partenaire sexuel fidèle non infecté est le moyen de prévention que citent la grande majorité des femmes enquêtées (72 %). Viennent ensuite l'utilisation du condom (57 %) et le fait de s'abstenir (54 %). Quand on prend en compte tous les trois moyens de prévention, la proportion de femmes qui les ont cités tous est de 40 %. La véritable connaissance de l'épidémie est donc encore loin d'être universelle comme l'affirment certains observateurs. Par ailleurs, environ une femme sur quatre (23,2) ne connaît aucun moyen de prévention. Enfin la connaissance des moyens de prévention est fonction du milieu de résidence des femmes. Les femmes du milieu urbain sont proportionnellement mieux informées au sujet de la maladie que celles qui résident dans les milieux ruraux. La proportion de femmes ne connaissant aucun moyen de prévention est bien illustratif à cet égard.

Sur le plan régional, la connaissance de tous les trois moyens de prévention retenus ici est plus répandue parmi les femmes de la Région des Savanes par rapport aux autres femmes. Mais en même temps, il s'agit de la région où l'on dénombre une proportion importante de femmes qui ne connaissent aucun moyen de prévention de la maladie. Au sujet de la prévention du Sida, il faut noter que Lomé, la capitale ne présente pas la meilleure situation comme on l'a vu pour d'autres indicateurs. Environ une femme sur quatre (24 %) qui habite la capitale ne connaît aucun moyen de prévention de la maladie. L'instruction constitue pour sa part un important facteur de la connaissance du Sida. Plus le niveau d'instruction de la femme est élevé, plus elle a de chance de connaître toutes les trois méthodes de prévention de la maladie. De même, la proportion de femmes ne connaissant aucun moyen est trois fois plus élevée parmi les femmes n'ayant aucun niveau d'instruction par rapport aux femmes ayant fait au moins des études secondaires. Au Togo, la connaissance des trois moyens de prévention est plus répandue dans les groupes d'âges 15 à 39 ans (tableau 7.1).

La transmission de la maladie par les moyens surnaturels est encore vivace chez une femme sur deux au Togo. Selon les données de MICS2, 49 % des femmes ont indiqué correctement que le sida ne peut être transmis par les moyens surnaturels tandis que 42 % ont affirmé que le sida ne peut être répandu par des piqûres de moustiques (tableau 7.2). Environ sept femmes sur dix (65 %) pensent, à juste titre qu'une personne qui semble être en bonne santé peut être infectée. L'ensemble des trois conceptions erronées a été identifié par une femme sur cinq (22 %). Dans l'ensemble, cette proportion ne diffère pas sensiblement d'une région à une autre. Néanmoins, il faut souligner la particularité de la région des Plateaux où seulement 13 % des femmes ont su identifier toutes les trois conceptions erronées. Le niveau d'instruction influence considérablement la connaissance des conceptions erronées sur le VIH/SIDA. La proportion de femmes qui connaît les trois conceptions erronées est trois fois plus importante parmi les femmes ayant fait les études secondaires par rapport aux femmes qui n'ont aucun niveau d'instruction. De même les femmes des zones urbaines ont plus de chances que celles des zones rurales à identifier correctement toutes les trois conceptions erronées.

[Tab. 30] **Tableau 7.1 : Pourcentage de femmes âgées de 15-49 ans qui connaissent les principaux moyens de prévention de la transmission du VIH, Togo, 2000**

Caractéristiques	Avoir entendu parler du VIH/SIDA	Principaux moyens de prévention connus						Nombre de femmes	
		Avoir seulement un partenaire sexuel fidèle non infecté	Utiliser le Condom chaque fois	S'abstenir complètement de rapports sexuels	Connaît tous les trois moyens de prévention	Connaît au moins un moyen de prévention	Ne connaît aucun moyen de prévention		
<b>Région</b>									
Lomé	98,8	69,2	58,1	50,9	36,7	76,4	23,6	884	
Maritime	98,7	80,8	62,2	46,7	37,1	85,1	14,9	1284	
Plateaux	98,1	72,4	59,4	60,9	44,2	78,3	21,7	1081	
Centrale	92,8	62,7	43,8	48,2	30,3	66,5	33,5	400	
Kara	92,3	66,3	49,6	55,1	37,1	70,7	29,3	506	
Savanes	86,8	67,4	52,8	62,3	49,5	67,8	32,2	519	
<b>Milieu de résidence</b>									
Urbain	98,2	76,4	62,7	53,7	39,9	82,6	17,4	1944	
Rural	94,6	69,0	52,6	53,4	39,2	72,7	27,3	2730	
<b>Niveau d'instruction</b>									
Aucun	93,	66,3	47,0	50,6	34,7	69,2	30,8	2375	
Primaire	98,3	75,2	64,0	56,2	43,6	81,3	18,7	1473	
Secondaire & +	99,8	82,7	72,0	57,1	45,3	90,6	9,4	827	
<b>Age</b>									
15-19 ans	95,4	73,2	62,8	55,0	44,1	79,5	20,5	927	
20-24 ans	97,4	74,3	63,8	54,8	42,2	80,8	19,2	869	
25-29 ans	97,2	74,0	60,1	54,1	42,3	78,4	21,6	883	
30-34 ans	96,4	66,9	50,2	51,3	35,5	70,5	29,5	681	
35-39 ans	94,7	71,6	49,7	53,3	37,9	74,5	25,5	624	
40-44 ans	94,1	70,6	45,3	51,8	31,4	73,1	26,9	446	
45-49 ans	96,1	70,8	54,7	51,7	31,5	76,9	23,1	245	
<b>Ensemble Togo</b>	<b>96,1</b>	<b>72,1</b>	<b>56,8</b>	<b>53,5</b>	<b>39,5</b>	<b>76,8</b>	<b>23,2</b>	<b>4674</b>	

Source : MICS2-Togo, 2000

[Tab.31] Tableau 7.2 : Pourcentage de femmes âgées de 15-49 ans qui ont correctement identifié des conceptions erronées sur le VIH/SIDA, Togo, 2000

Caractéristiques	Avoir entendu parler du VIH/SIDA	SIDA ne peut pas être transmis par moyens surnaturels	SIDA ne peut pas être transmis par des piqûres de moustiques	Une personne apparemment en bonne santé peut être infectée	Connaît toutes les trois conceptions erronées	Connaît au moins une conception erronée	Ne peut identifier correctement aucune conception erronée	Nombre de femmes
<b>Région</b>								
Lomé	98,8	47,3	52,6	79,5	27,3	90,1	9,9	884
Maritime	98,7	55,3	47,3	67,4	25,9	86,4	13,6	1284
Plateaux	98,1	44,2	31,9	64,5	13,3	81,1	18,9	1081
Centrale	92,8	44,8	35,5	60,3	20,4	75,8	24,2	400
Kara	92,3	51,0	41,0	47,7	20,4	69,8	30,2	506
Savanes	86,8	46,6	36,4	55,5	22,4	69,4	30,6	519
<b>Milieu de résidence</b>								
Urbain	98,2	53,9	53,4	75,5	29,6	89,6	10,4	1944
Rural	94,6	45,4	33,6	57,4	16,2	75,4	24,6	2730
<b>Age</b>								
15-19 ans	95,4	52,6	49,8	64,8	26,8	82,6	17,4	927
20-24 ans	97,4	53,8	45,4	70,0	26,8	84,7	15,3	869
25-29 ans	97,2	48,7	42,0	67,1	21,5	83,4	16,6	883
30-34 ans	96,4	43,1	35,4	63,6	17,3	77,1	22,9	681
35-39 ans	94,7	45,2	35,7	61,5	17,0	78,3	21,7	624
40-44 ans	94,1	46,9	41,3	58,9	18,8	79,1	20,9	446
45-49 ans	96,1	47,7	33,2	62,9	16,4	79,9	20,1	245
<b>Niveau d'instruction</b>								
Aucun	93,3	44,3	30,8	55,2	14,8	72,7	27,3	2358
Primaire	98,3	49,2	42,3	69,5	20,4	86,4	13,6	1473
Secondaire & +	99,8	61,1	72,2	84,8	44,3	96,3	3,7	827
<b>Ensemble Togo</b>	96,1	48,9	41,8	64,9	21,8	81,3	18,7	4674

Source : MICS2-Togo, 2000

quatre vingt cinq pour cent des femmes au Togo savent que le Sida peut être transmis de la mère à l'enfant. Interrogées particulièrement sur les mécanismes par lesquels la transmission de la mère à l'enfant s'effectue, 83 % ont déclaré que la transmission pendant la grossesse était possible, 79 % ont affirmé que la transmission au moment de l'accouchement est possible, et 78 % ont admis que le Sida peut être transmis par le lait maternel. Trois femmes sur quatre (74 %) connaissent tous les trois modes de transmission (tableau 7.3). La connaissance de transmission de la mère à l'enfant est très élevée dans la région Maritime. La proportion de femmes qui ont une connaissance exacte de cette transmission dans cette région dépasse celle de toutes les autres régions et même de la capitale. En dehors de la région Maritime, le niveau de connaissance des moyens de transmission de la mère à l'enfant ne diffère pas selon les régions. Cette connaissance est meilleure dans les groupes de femmes où le niveau d'instruction est plus élevé.

[Tab.32] **Tableau 7.3 : Pourcentage de femmes âges de 15-49 ans qui ont correctement identifié les moyens de transmission du VIH de la mère à l'enfant, Togo, 2000**

Caractéristiques	Connaît SIDA peut être transmis de la mère à l'enfant	Transmission pendant la grossesse	Transmission durant l'accouchement	Transmission durant l'allaitement	Connaît toutes les 3 possibilités (gross. acc. alla.)	Ne connaît aucun moyen spécifique	Nombre de femmes
<b>Région</b>							1,00
Lomé	92,6	90,1	85,7	77,2	72,4	7,6	884
Maritime	95,0	94,7	93,0	92,1	90,4	5,0	1284
Plateaux	81,9	78,6	72,6	76,7	67,9	18,6	1081
Centrale	81,2	79,9	77,1	73,3	69,5	18,8	400
Kara	78,3	75,9	71,0	73,0	66,3	22,0	506
Savanes	61,1	60,7	57,9	58,9	56,3	38,9	519
<b>Milieu de résidence</b>							
Urbain	91,8	89,9	86,5	82,0	77,7	8,4	1944
Rural	79,8	78,1	74,1	75,8	70,7	20,5	2730
<b>Age</b>							
15-19 ans	83,3	81,3	76,8	76,2	71,1	16,7	927
20-24 ans	88,1	85,9	82,3	80,0	74,8	12,4	869
25-29 ans	86,7	85,4	81,6	81,5	76,9	13,5	883
30-34 ans	84,6	82,8	77,9	77,6	72,4	15,6	681
35-39 ans	82,1	80,1	76,7	75,1	70,5	18,3	624
40-44 ans	82,2	81,2	80,1	78,0	75,6	17,8	446
45-49 ans	83,6	82,1	77,8	80,7	74,6	16,4	245
<b>Niveau d'édification</b>							
Aucun	77,0	75,4	72,2	73,4	69,3	23,3	2358
Primaire	89,7	88,2	83,3	83,7	78,0	10,5	1473
Secondaire & +	98,0	95,4	92,0	83,0	78,0	2,0	827
<b>Ensemble Togo</b>	84,8	83,0	79,2	78,4	73,6	15,4	4674

Source : MICS2-Togo, 2000

L'enquête MICS2 s'est attachée également à étudier les attitudes discriminatoires à l'égard des personnes vivant avec le VIH/SIDA. Pour ce faire, certaines questions relatives aux comportements à adopter vis-à-vis des malades du Sida. Il s'agissait alors de savoir si un enseignant qui a le virus du Sida, mais n'est pas malade doit être autorisé à continuer d'enseigner. La seconde préoccupation était de savoir si l'enquêtée achèterait de la nourriture avec un boutiquier ou un vendeur de nourriture qui, de l'avis de l'enquêtée, est infecté par le Sida. Les résultats de cette investigation sont présentés dans le tableau 7.4.

[Tab. 33] **Tableau 7.4 : Pourcentage de femmes âgées de 15-49 ans qui ont exprimé une attitude discriminatoire vis-à-vis des personnes avec le VIH/SIDA, Togo, 2000**

Caractéristiques	Croît qu'un enseignant qui a le VIH peut continuer de travailler	Achètera la nourriture chez un épicier qui a le Sida	Laissera l'enseignant continuer ou achètera la nourriture chez l'épicier	Ne croît pas que l'enseignant doit continuer et n'achètera pas la nourriture chez l'épicier	Nombre de femmes
<b>Région</b>					
Lomé	55,8	17,9	58,5	41,5	884
Maritime	37,5	5,9	38,2	61,8	1284
Plateaux	29,7	7,0	31,4	68,6	1081
Centrale	30,7	11,0	31,8	68,2	400
Kara	34,5	9,2	35,8	64,2	506
Savanes	22,0	5,8	22,9	77,1	519
<b>Milieu de résidence</b>					
Urbain	50,9	15,1	53,1	46,9	1944
Rural	26,3	5,0	27,2	72,8	2730
<b>Age</b>					
15-19 ans	37,1	8,9	38,6	61,4	927
20-24 ans	40,9	11,2	41,9	58,1	869
25-29 ans	36,5	11,8	38,8	61,2	883
30-34 ans	36,5	6,0	37,3	62,7	681
35-39 ans	33,4	8,5	35,2	64,8	624
40-44 ans	34,4	7,5	35,6	64,4	446
45-49 ans	30,8	7,8	31,3	68,7	245
<b>Niveau d'instruction</b>					
Aucun	25,3	4,2	25,9	74,1	2358
Primaire	37,6	9,8	39,6	60,4	1473
Secondaire & +	66,7	22,3	69,5	30,5	827
<b>Ensemble Togo</b>	36,5	9,2	37,9	62,1	4674

Source : MICS2-Togo, 2000

Comme on le lit dans le tableau 7.4, 36 % des femmes âgées de 15 à 49 ans au Togo pensent qu'un enseignant qui a le VIH/Sida peut être autorisé à travailler. Ce pourcentage est le plus élevé dans Lomé, la capitale du pays où 56 % des femmes interrogées estiment que l'enseignant infecté peut continuer son travail. De même, une attitude positive à l'égard de l'enseignant infecté se retrouve plus chez les femmes qui ont atteint au moins le niveau secondaire. Les femmes des zones urbaines et celles qui sont instruites ont plus de chance de se prononcer d'une manière adéquate au sujet de



ces comportements discriminatoires. En effet, accepter d'être enseigné par quelqu'un qui a le sida suppose que l'on a une connaissance exacte des modes de transmission. En clair, ce sont les femmes qui ont une connaissance douteuse ou approximative de la maladie qui ne permettrait pas à l'enseignant de travailler. C'est les mêmes femmes qui n'accepteraient pas la nourriture de l'épicier. Malheureusement les femmes qui affichent des attitudes réellement discriminatoires sont relativement importantes. Six femmes sur dix pensent que l'enseignant infecté doit être écarté et n'achètera pas non plus de la nourriture chez un épiciers qui a le sida. Les attitudes discriminatoires sont fréquentes dans le groupe de femmes du milieu rural et de celles qui n'ont que le niveau d'instruction primaire ou aucun niveau (tableau 7.4).

[Tab. 34] **Tableau 7.5 : Pourcentage de femmes âgées de 15-49 ans qui ont une bonne connaissance de la transmission du VIH/SIDA, Togo, 2000**

Caractéristiques	Avoir entendu parler du Sida	Connaît 3 moyens de prévention de la transmission du VIH	Identifient correctement 3 conceptions erronées au sujet de la transmission du Sida	A une connaissance suffisante du Sida	Nombre de femmes
<b>Région</b>					1,00
Lomé	98,8	36,7	27,3	13,7	884
Maritime	98,7	37,1	25,9	13,0	1284
Plateaux	98,1	44,2	13,3	7,7	1081
Centrale	92,8	30,3	20,4	9,5	400
Kara	92,3	37,1	20,4	10,9	506
Savanes	86,8	49,5	22,4	18,2	519
<b>Milieu de résidence</b>					
Urbain	98,2	39,9	29,6	14,3	1944
Rural	94,6	39,2	16,2	10,3	2730
<b>Age</b>					
15-19 ans	95,4	44,1	26,8	15,2	927
20-24 ans	97,4	42,2	26,8	14,6	869
25-29 ans	97,2	42,3	21,5	12,2	883
30-34 ans	96,4	35,5	17,3	9,6	681
35-39 ans	94,7	37,9	17,0	10,8	624
40-44 ans	94,1	31,4	18,8	8,2	446
45-49 ans	96,1	31,5	16,4	5,6	245
<b>Niveau d'instruction</b>					
Aucun	93,3	34,7	14,8	8,8	2358
Primaire	98,3	43,6	20,4	11,5	1473
Secondaire & +	99,8	45,3	44,3	21,9	827
<b>Ensemble Togo</b>	96,1	39,5	21,8	11,9	4674

Source : MICS2-Togo, 2000

Enfin, avec les données de MICS2, la présente analyse a essayé de définir le groupe de femmes qui ont une connaissance suffisante du sida. Seront considérées comme ayant une connaissance suffisante de la maladie, les femmes qui connaissent toutes les trois méthodes de prévention du sida (avoir un partenaire non infecté fidèle, l'utilisation du préservatif à chaque rapport sexuel et l'abstinence sexuelle) et qui ont identifié correctement toutes les trois conceptions erronées qui figurent dans le tableau 7.2. Les femmes ayant une connaissance suffisante du sida telle que cela a été défini dans le cadre de cette analyse sont plutôt rares au Togo. Elles sont 40 % à connaître les

trois moyens de prévention du sida et 22 % à identifier correctement les conceptions erronées. Mais quand on parle de connaissance suffisante du sida, seule 12 % des femmes togolaises appartiennent à cette catégorie. Curieusement c'est dans la région des Savanes que l'on observe la proportion la plus élevée de femmes qui ont une connaissance suffisante du sida. Lomé et la région Maritime occupent respectivement la deuxième et troisième place (tableau 7.5). Les différences importantes que l'on relève au sujet de cette connaissance se rapportent à l'âge. Les jeunes femmes (âgés de moins de 30 ans) ont beaucoup plus de chance d'appartenir à la catégorie des gens ayant une connaissance suffisante du sida par rapport à celles âgées de 40 ans et plus. Entre les femmes ayant fait le niveau secondaire et ceux qui ont seulement le niveau primaire la proportion de femmes ayant une connaissance suffisante passe du simple au double.

## 7.2 Dépistage du Sida

Le dépistage volontaire du Sida, accompagné du conseil permet aux personnes infectées de rechercher les soins de santé et d'éviter d'infecter les autres. De plus, le dépistage est particulièrement important pour les femmes enceintes qui peuvent ainsi prendre des mesures pour éviter d'infecter leurs bébés. Les indicateurs présents dans le tableau 7.6 visent à assurer le suivi pour savoir si les femmes connaissent les endroits où elles peuvent effectuer le test du VIH/SIDA et si certaines ont déjà fait ce test.

Au Togo, seule 26 % des femmes interrogées ont déclaré connaître un endroit où l'on peut faire le test du Sida. C'est surtout les femmes instruites et les femmes qui habitent les zones urbaines qui se font cette déclaration. Au niveau des régions, Lomé et la région de la Kara sont les endroits où l'on dénombre une proportion importante de femmes qui connaissent un endroit où l'on fait le test. La proportion la plus faible de femmes qui connaissant un endroit a été enregistrée dans la région des Savanes (tableau 7.6).

Aller faire le test volontaire du Sida ne semble pas être une préoccupation pour les femmes togolaises. En effet, bien que 26 % déclarent connaître un endroit où l'on fait le test, seule 3 % des femmes interrogées ont déjà fait le test. Toutefois huit femmes sur dix qui ont fait le test ont cherché à avoir leurs résultats.

[Tab. 35] **Tableau 7.6 : Pourcentage de femmes âgées de 15-49 ans qui connaissent un endroit où elles peuvent aller faire un test du SIDA, Togo, 2000**

Caractéristiques	Connaît un endroit pour faire le test du Sida	A déjà fait le test	A fait le test et a eu le résultat	Nombre de femmes
<b>Région</b>				
Lomé	33,5	6,4	93,8	884
Maritime	27,2	2,4	87,4	1284
Plateaux	23,5	3,0	58,2	1081
Centrale	19,8	1,7	58,3	400
Kara	33,1	2,7	75,6	506
Savanes	9,0	1,5	78,4	519
<b>Milieu de résidence</b>				
Urbain	35,3	5,5	87,0	1944
Rural	18,5	1,5	63,9	2730
<b>Age</b>				
15-19 ans	24,8	1,8	61,3	927
20-24 ans	26,6	3,8	79,3	869
25-29 ans	26,0	3,4	83,6	883
30-34 ans	26,3	3,7	76,8	681
35-39 ans	21,6	2,4	100,0	624
40-44 ans	25,4	4,3	85,0	446
45-49 ans	30,5	3,4	80,0	245
<b>Niveau d' instruction</b>				
Aucun	15,2	1,2	67,2	2358
Primaire	28,4	3,0	74,8	1473
Secondaire & +	50,1	8,9	88,9	827
<b>Ensemble Togo</b>	25,5	3,2	80,6	4674

Source : MICS2-Togo, 2000

## CHAPITRE 8 SANTE REPRODUCTIVE

### 8.1 Utilisation d'une méthode contraceptive

L'utilisation de la contraception au moment de la collecte a été mentionnée par 26 % des femmes mariées ou vivant en union (tableau 8.1). Les méthodes traditionnelles sont les plus utilisées ; 16 % des femmes en union âgées de 15 à 49 ans utilisent ces méthodes contre 9 % qui déclarent les méthodes modernes. La continence périodique et l'abstinence prolongée sont les méthodes traditionnelles les plus utilisées alors que les injections et la pilule sont les méthodes modernes les plus citées par les femmes. Le condom n'a été cité que par 2 % des femmes. Les méthodes irréversibles notamment la stérilisation féminine et la stérilisation masculine sont les moins populaires. Par rapport aux groupes d'âges, la prévalence contraceptive oscille entre 19 % au-delà de 40 ans et 30 % à 30-34 ans. C'est surtout dans les groupes extrêmes que la prévalence est la plus faible.

La prévalence de la contraception est plus élevée dans la région Maritime où 39 % des femmes utilisent une méthode contraceptive quelconque. Cette région est suivie de la région des Plateaux et Lomé où la prévalence contraceptive se situe respectivement à 24 % et 23. Toutefois, il faut souligner que les femmes de la capitale sont celles qui utilisent plus les méthodes contraceptives modernes. Elles sont 14 % à faire cette déclaration contre 9 % pour la moyenne nationale. Les femmes des régions Centrale, de la Kara et des Savanes utilisent le moins possible les méthodes contraceptives modernes. La région Maritime par contre se fait distinguer par la proportion relativement élevée (28 %) des femmes qui utilisent une méthode contraceptive traditionnelle.

[Tab.36] **Tableau 8.1 : Pourcentage de femmes mariées ou en union âgées de 15-49 ans qui utilisent actuellement (ou dont le partenaire utilise) une méthode contraceptive, Togo, 2000**

Caractéristiques	Aucune méthode	Méthode moderne quelconque	Méthode traditionnelle quelconque	Toute méthode	Nombre de femme en union
<b>Région</b>					
Lomé	76,8	13,8	9,4	23,2	454
Maritime	60,7	10,8	28,4	39,3	848
Plateaux	76,4	10,9	12,7	23,6	782
Centrale	83,8	4,1	12,2	16,2	293
Kara	81,5	7,6	10,9	18,5	365
Savanes	81,7	3,6	14,7	18,3	432
<b>Milieu de résidence</b>					
Urbain	73,5	14,1	12,4	26,5	1076
Rural	74,7	6,8	18,5	25,3	2099
<b>Niveau d'instruction</b>					
Aucun	76,6	7,1	16,3	23,4	1945
Primaire	72,8	10,6	16,6	27,2	865
Secondaire & +	65,2	18,2	16,6	34,8	354
<b>Age</b>					
15-19 ans	79,5	6,1	16,2	20,5	192
20-24 ans	74,8	16,9	18,7	25,2	537
25-29 ans	72,3	23,2	17,7	27,7	737
30-34 ans	70,0	19,0	20,2	30,0	604
35-39 ans	72,6	17,2	15,2	27,4	545
40-44 ans	80,7	11,6	9,0	19,3	368
45-49 ans	80,7	6,0	11,5	19,3	190
<b>Ensemble Togo</b>	74,3	9,3	16,4	25,7	3174

Source : MICS2-Togo, 2000

Il existe une corrélation entre le niveau d'instruction des femmes et l'utilisation des contraceptifs. Alors que 23 % des femmes n'ayant aucun niveau d'instruction utilise une méthode contraceptive quelconque, la prévalence contraceptive dans le groupe de femmes ayant atteint le niveau secondaire est de 35 %. De plus, les femmes instruites choisissent plus que les autres femmes les méthodes modernes. Il n'y a pas de différence notable entre l'utilisation de méthodes traditionnelles selon le niveau d'instruction des femmes (tableau 8.1). De même, les données de MICS2 ne font dégager de différence notable entre le niveau de la prévalence contraceptive entre milieu urbain et milieu rural.

## 8.2 ó Consultations prénatales

Les consultations prénatales de qualité peuvent contribuer à prévenir la mortalité maternelle par la détection et la prise en charge des complications potentielles et des facteurs de risque, notamment la pré-éclampsie, l'anémie et les maladies sexuellement transmissibles. Les consultations prénatales constituent également des opportunités pour les femmes de connaître les signes de danger de la grossesse et de l'accouchement, d'être vaccinés contre le tétanos, d'apprendre les soins à prodiguer au nourrisson et d'être traités pour les affections existantes, notamment le paludisme et l'anémie.

Les injections de toxoïde tétanique sont administrées aux femmes pendant la grossesse pour protéger les nourrissons contre le tétanos néonatal qui constitue une cause importante de mortalité infantile due essentiellement aux conditions non hygiéniques pendant l'accouchement. Deux doses de toxoïde tétanique pendant la grossesse assurent une protection complète. Cependant, si une femme a été vaccinée pendant une grossesse précédente, il se peut qu'elle n'ait besoin que d'un rappel pour lui assurer une protection complète. Cinq doses assureraient une protection pour toute la vie.

[Tab.37] **Tableau 8.2 : Pourcentage de mères ayant eu une naissance survenue au cours des 12 derniers mois qui sont protégées contre le tétanos néonatal, Togo, 2000**

Caractéristiques	A reçu au moins 2 doses les 3 dernières années	A reçu au moins 3 doses, au cours des 10 dernières années	Est protégé contre le tétanos	Nombre de femmes ayant eu 1 naissance depuis Août 1999
<b>Région</b>				
Lomé	91,9	0,0	91,9	73
Maritime	93,2	0,0	93,2	178
Plateaux	95,0	0,0	95,0	158
Centrale	92,2	0,0	92,2	58
Kara	93,4	0,0	93,4	93
Savanes	93,6	0,4	94,0	134
<b>Milieu de résidence</b>				
Urbain	91,8	0,0	91,8	192
Rural	94,1	0,1	94,2	502
<b>Niveau d'instruction</b>				
Aucun	92,4	0,1	92,6	436
Primaire	95,0	0,0	95,0	210
Secondaire & +	96,2	0,0	96,2	47
<b>Ensemble Togo</b>	93,5	0,1	93,6	694

Source : MICS2-Togo, 2000

Au Togo, 92 % des femmes ayant accouché depuis Août 1999, sont protégées contre le tétanos néonatal (tableau 8.2). La quasi-totalité des femmes protégées a reçu au moins deux doses les 3 dernières années. Au sujet de cette protection, les données de MICS2 ne font dégager aucune différence majeure entre les différentes régions. Le niveau d'instruction n'influence pas tellement la chance d'être protégée contre le tétanos.

Les répondantes qui avaient accouché au cours de l'année précédant la MICS2 au Togo, ont été interrogées pour savoir si elles avaient reçu des soins prénatals pour l'accouchement et qui leur avait donné ces soins. Toutes les prestations reçues par les femmes ont été consignées dans les questionnaires. Le tableau 8.3. présente les résultats issus de la section relative aux prestations des soins prénatals. Si plus d'un prestataire a été mentionné par la répondante, elle est considérée comme ayant vu la personne la plus qualifiée qu'elle a mentionné.

Comme on peut le lire dans le tableau 8.3, au Togo, 9 femmes sur 10 (87 %) qui avaient accouché au cours de l'année précédant la MICS2 ont toutes reçu des soins prénatals. Environ une femme sur deux a reçu les soins prénatals d'un médecin ou d'une infirmière ou d'une sage femme. Les sages femmes auxiliaires ont donné les soins prénatals à 23 % de femmes ayant eu une naissance survenue au cours de la dernière année. Dans l'ensemble, 73% des femmes ont été consultées un personnel médical pour les soins prénatals. Le niveau d'instruction de la femme influence positivement la consultation d'un personnel de santé. Les femmes qui n'ont aucun niveau d'instruction sont 67 % à consulter un personnel médical alors que celles qui ont eu un niveau secondaire sont 90 % à faire la même chose. Les femmes qui habitent Lomé et la région Maritime ont plus de chance de se faire consulter par un personnel médical pour les soins prénatals. C'est dans la région des Plateaux que les femmes fréquentent moins un personnel médical (tableau 8.3). Les femmes qui résident dans les zones urbaines sont proportionnellement plus importantes à visiter un personnel médical pour les soins prénatals.

### **8.3 Assistance pendant l'accouchement**

L'assistance pendant l'accouchement par un personnel qualifié permet d'améliorer considérablement les résultats de santé pour les mères et les enfants grâce à l'utilisation de procédures appropriées sur le plan technique, et au diagnostic précis et rapide, ainsi qu'au traitement des complications. Par assistance *qualifiée pendant l'accouchement*, on entend une assistance apportée par un médecin, une sage femme ou une sage femme auxiliaire.

Selon les données de MICS2, environ une femme sur deux (49 %) des naissances intervenues au cours de l'année précédant l'enquête avaient été assistées par un personnel qualifié (tableau 8.4). L'assistance par un personnel qualifié est plus élevée à Lomé et dans la région Maritime. Les régions des Plateaux et des Savanes sont celles où les femmes ont moins de chance de se faire consulter par un personnel qualifié. En revanche, les femmes de la région des Savanes se font plus assister par des accoucheuses traditionnelles. Alors que sur le plan national, 16 % des femmes ont été assistées par une accoucheuse traditionnelle, environ 1 femme sur 2 (48 %) des femmes de la région des Savanes a accouché avec l'assistance d'une accoucheuse traditionnelle. Par ailleurs, la proportion de femmes ayant été assisté par un personnel qualifié est de 38 % dans le groupe des femmes n'ayant aucun niveau d'instruction à 70 % parmi les femmes ayant fait le niveau secondaire. Le niveau d'instruction est fortement corrélé à l'assistance pendant l'accouchement par un personnel qualifié. Par ailleurs, les femmes qui habitent les zones urbaines ont plus de chances que les autres à se faire assister par un personnel qualifié. Le milieu rural se caractérise également

par une proportion non négligeable (29 %) de femmes qui se font assister lors de leur accouchement par un parent ou un ami.

[Tab. 38] **Tableau 8.3 : Répartition (%) des femmes âgées de 15-49 ans ayant eu une naissance survenue au cours de la dernière année par type de personnel dispensant des soins prénatals, Togo, 2000**

Caractéristiques	Personne vue pour les soins prénatals						Total	A vu un personnel médical	Nombre de femmes
	Médecin	Infirmière Sage femme	Sage femme auxiliaire	Accoucheuse traditionnelle	Autre personne	N'a vu personne			
<b>Région</b>									
Lomé	14,5	64,5	14,5	0,0	1,6	4,8	100,0	93,5	73
Maritime	3,8	49,9	28,2	2,9	1,4	13,8	100,0	81,9	178
Plateaux	4,0	40,8	14,5	0,7	23,0	17,0	100,0	59,3	158
Centrale	1,9	45,6	17,5	1,9	25,2	7,8	100,0	65,1	58
Kara	3,0	53,8	20,6	1,8	13,1	7,6	100,0	77,4	93
Savanes	1,0	31,1	33,9	2,6	12,2	19,2	100,0	65,9	134
<b>Milieu de résidence</b>									
Urbain	8,4	67,4	17,5	0,4	1,1	5,2	100,0	93,3	192
Rural	2,6	37,7	24,8	2,4	16,2	16,4	100,0	65,1	502
<b>Niveau d'édification</b>									
Aucun	3,1	38,5	25,7	2,3	13,1	17,3	100,0	67,3	436
Primaire	3,1	56,3	21,2	1,1	10,8	7,4	100,0	80,6	210
Secondaire & +	19,0	67,5	3,8	0,0	7,0	2,7	100,0	90,3	47
<b>Ensemble Togo</b>	4,2	45,9	22,8	1,8	12,0	13,3	100,0	72,9	694

Source : MICS2-Togo, 2000



[Tab.39] **Tableau 8.4 : Répartition (en %) des femmes âgées de 15-49 ans ayant eu une naissance survenue au cours de la dernière année par type de personnel assistant dans l'accouchement, Togo, 2000**

Caractéristiques	Assistance pendant l'accouchement							Total	Assistance qualifiée	Nombre de femmes
	Aucune assistance	Médecin	Sage femme	Sage femme auxiliaire	Accoucheuse traditionnelle	Parent et ami	Autre			
<b>Région</b>										
Lomé	1,6	11,3	64,5	12,9	0,0	1,6	8,1	100,0	88,7	73
Maritime	5,2	4,0	39,0	17,8	6,5	23,3	4,3	100,0	60,7	178
Plateaux	4,0	3,6	20,5	9,1	5,0	41,1	16,7	100,0	33,2	158
Centrale	3,9	1,0	39,8	16,5	5,8	17,5	15,5	100,0	57,3	58
Kara	4,0	2,0	40,0	16,3	23,1	8,4	6,1	100,0	58,3	93
Savanes	3,6	0,4	9,1	8,8	47,6	25,4	5,1	100,0	18,3	134
<b>Milieu de résidence</b>										
Urbain	3,7	7,3	60,6	13,4	2,5	6,8	5,7	100,0	81,2	192
Rural	4,1	2,0	21,0	13,2	20,6	29,2	10,0	100,0	36,1	502
<b>Niveau d'instruction</b>										
Aucun	5,5	3,6	23,0	11,4	21,5	27,4	7,6	100,0	38,0	436
Primaire	1,7	2,2	45,9	17,5	6,7	16,4	9,7	100,0	65,6	210
Secondaire & +	0,0	7,6	51,1	11,2	0,0	12,7	17,3	100,0	70,0	47
<b>Ensemble Togo</b>	4,0	3,5	31,9	13,2	15,6	23,0	8,8	100,0	48,6	694

Source : MICS2-Togo, 2000

## Chapitre 9 Droits de l'enfant

### 9.1 Enregistrement des naissances à l'état civil

La Convention internationale relative aux droits de l'enfant stipule que chaque enfant a droit à un nom, à une nationalité et à la protection contre la privation de son identité. L'enregistrement des naissances à l'état civil constitue un moyen fondamental de préserver ces droits pour les enfants.

Le tableau 9.1 donne le pourcentage des enfants de moins de cinq ans selon que la naissance est enregistrée ou non et les raisons de non enregistrement ; les données montrent 83 % des naissances du Togo ont été enregistrées. Cependant l'enregistrement des enfants n'est pas systématique dès la naissance car à six mois seulement sept enfants sur dix (71 %) étaient enregistrés. Le taux d'enregistrement passe à 82 % à douze mois puis augmente graduellement pour atteindre 87 % chez les enfants de 48 - 59 mois.

Il n'existe pas de disparités importantes en ce qui concerne l'enregistrement des naissances à l'état civil entre les sexes, le taux d'enregistrement s'établit respectivement à 84 % pour les enfants de sexe masculin contre 81 % pour le sexe féminin.

Au niveau régional, la ville de Lomé a le plus fort taux d'enregistrement à l'état civil (96 %). Viennent ensuite les régions des Savanes et Maritime avec respectivement 89 et 87 %. Le taux le plus faible (73 %) est enregistré dans la Région des Plateaux.

Le tableau 9.2 donne le pourcentage des enfants âgés de 0-2 mois selon que la naissance est enregistrée ou non et les raisons de non enregistrement. Les données de ce tableau révèlent le mauvais fonctionnement de l'état civil au Togo. Car selon les textes, toute naissance devait être déclarée au plus tard 30 jours après l'événement ; au delà de ce délai aucun enregistrement n'est possible dans un centre d'état civil, mais au tribunal pour procéder à un jugement supplétif tenant lieu d'un bulletin de naissance. Mais dans les faits cette prescription n'est pas respectée car c'est seulement dans les villes que les centres d'état civil sont placés sous l'autorité du Maire ou du Préfet. Dans les villages par contre cette prérogative est dévolue au chef du village qui nomme les agents d'état civil qui ne reçoivent généralement pas de formation adéquate et ont niveau d'instruction très faible.

Il ressort des données du tableau 9.2 que seulement 46 % des naissances sont enregistrées dans les délais légaux c'est-à-dire 30 jours après l'événement. De 30 à 59 jours, les naissances enregistrées passent à 65 %. Au niveau régional, on constate que les naissances sont mieux enregistrées à Lomé (88 % dans les délais légaux). Viennent ensuite les Régions de la Kara (73%), Centrale (70 %) et Maritime (57 %) . Les délais sont moins bien respectés dans les Régions des Savanes et des Plateaux où seulement 49 % et 45 % des naissances sont respectivement enregistrées dans les délais. Au niveau du milieu de résidence, 9 naissances sur 10 (90 %) sont correctement enregistrées dans les villes contre seulement 49 % dans la zone rurale.

Parmi les enfants dont la naissance n'est pas enregistrée à l'état civil, le manque de connaissances et le coût semblent constituer les principales causes.

[Tab. 40] **Tableau 9.1 : Pourcentage des enfants âgés de 0-59 mois selon que la naissance est enregistrée ou non et les raisons de non enregistrement, Togo, 2000**

Caractéristiques	Naissance enregistrée	Naissance n'est pas enregistrée parce que :							Total	Effectif d'enfants
		Coût trop cher	Doit se déplacer très loin	Ne savait quelle devait être enregistrée	En retard, ne voulait pas payer d'amende	Ne sait pas où l'enregistrer	Autre	Ne sait pas		
<b>Sexe</b>										
Masculin	83,6	2,3	1,1	0,3	0,9	0,0	4,0	7,9	100,0	1575
Féminin	81,4	2,9	1,8	0,4	0,8	0,2	4,8	7,8	100,0	1556
<b>Région</b>										
Lomé	95,6	0,8	0,4	0,4	0,4	0,0	0,4	2,0	100,0	318
Maritime	86,7	1,6	1,1	0,4	1,3	0,4	2,9	5,6	100,0	788
Plateaux	72,9	5,8	1,3	0,4	0,7	0,0	6,8	11,9	100,0	797
Centrale	77,3	1,3	0,9	0,4	0,9	0,0	9,3	9,9	100,0	283
Kara	77,0	2,4	1,6	0,2	1,0	0,0	4,0	13,7	100,0	404
Savanes	89,4	1,1	2,7	0,0	0,6	0,0	3,1	3,1	100,0	542
<b>Milieu de Résidence</b>										
Urbain	93,5	0,5	0,3	0,4	1,0	0,0	0,5	3,7	100,0	853
Rural	78,4	3,3	1,8	0,3	0,8	0,1	5,8	9,4	100,0	2279
<b>Age</b>										
Moins de 6 mois	70,8	4,2	4,0	1,3	1,2	0,4	8,5	9,7	100,0	362
6-11 mois	81,9	3,1	1,4	0,0	1,1	0,0	5,6	6,8	100,0	338
12-23 mois	82,8	2,1	1,6	0,0	1,0	0,2	4,1	8,2	100,0	638
24-35 mois	83,7	2,8	0,9	0,1	0,3	0,0	4,3	7,8	100,0	637
36-47 mois	84,0	2,5	0,6	0,2	1,6	0,0	2,8	8,4	100,0	629
48-59 mois	87,1	1,6	1,0	0,6	0,2	0,0	3,2	6,3	100,0	528
<b>TOTAL</b>	<b>82,5</b>	<b>2,6</b>	<b>1,4</b>	<b>0,3</b>	<b>0,9</b>	<b>0,1</b>	<b>4,4</b>	<b>7,9</b>	<b>100,0</b>	<b>3132</b>

Source : MICS 2- Togo, 2000

[Tab. C] **Tableau 9.2 : Pourcentage des enfants âgés de 0-1 mois selon que la naissance est enregistrée ou non et les raisons de non enregistrement, Togo, 2000**

Caractéristiques	Naissance enregistrée	Naissance n'est pas enregistrée parce que :							Total	Effectif d'enfants
		Coût trop cher	Doit se déplacer très loin	Ne savait quelle devait être enregistrée	En retard, ne voulait pas payer d'amende	Ne sait pas où l'enregistrer	Autre	Ne sait pas		
<b>Sexe</b>										
Masculin	60,0	1,4	9,2	0,0	4,5	0,0	6,5	18,4	100,0	49
Féminin	56,7	5,6	3,4	4,6	1,1	2,4	14,0	12,2	100,0	59
<b>Région</b>										
Lomé	87,5	0,0	0,0	12,5	0,0	0,0	0,0	0,0	100,0	10
Maritime	56,8	6,2	6,2	6,2	0,0	6,2	6,2	12,3	100,0	23
Plateaux	45,3	3,9	7,8	0,0	3,9	0,0	15,6	23,4	100,0	31
Centrale	70,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	5,0	25,0	100,0	13
Kara	73,3	0,0	0,0	0,0	8,9	0,0	0,0	17,8	100,0	11
Savanes	48,7	6,6	13,1	0,0	3,3	0,0	23,0	5,3	100,0	20
<b>Milieu de résidence</b>										
Urbain	90,3	0,0	0,0	5,4	0,0	0,0	0,0	4,3	100,0	24
Rural	49,0	4,7	7,7	1,7	3,4	1,7	13,7	18,1	100,0	85
<b>Age (0-1 mois)</b>										
0 mois	45,6	0,0	8,5	3,7	0,0	3,7	20,1	18,4	100,0	39
1 mois	65,2	5,7	4,6	1,9	4,1	0,0	5,4	13,2	100,0	69
<b>TOTAL</b>	<b>58,2</b>	<b>3,7</b>	<b>6,0</b>	<b>2,5</b>	<b>2,6</b>	<b>1,3</b>	<b>10,6</b>	<b>15,0</b>	<b>100,0</b>	<b>108</b>

Source : MICS 2- Togo, 2000

## 9.2 Orphelinat et dispositions relatives à la garde des enfants

Les enfants qui sont orphelins ou qui vivent loin de leurs parents peuvent être exposés à un risque accru d'appauvrissement, de discrimination, de déni des droits de propriété et des droits d'héritage, de différentes formes de sévices, de négligence et d'exploitation par le travail ou par la sexualité. Le suivi du niveau de l'orphelinat et des dispositions relatives à la garde des enfants permet d'identifier ceux qui peuvent être exposés aux risques et de suivre l'évolution de leur situation au fil du temps.

Au Togo, 66 % des enfants âgés de 0 à 14 ans vivent avec les deux parents (Tableau 9.3). Une proportion non négligeable d'enfants (11 %) vivent avec leur mère uniquement bien que leur père soit vivant. Un peu moins d'un enfant sur dix (9 %) ne vit avec aucun des parents biologiques bien que ceux-ci soient vivants. Les enfants qui ne vivent pas avec un parent biologique représentent également 9 % et ceux dont l'un des deux parents est décédé représentent 6 % de tous les enfants âgés de 0 à 14 ans. Les données révèlent que les enfants plus âgés vivent loin de leurs parents biologiques que les enfants plus jeunes. En effet avant cinq ans 78 % des enfants vivent avec leurs deux parents biologiques ; cette proportion passe à 65 % pour les enfants âgés de 5 à 9 ans et s'établit à 56 % pour les 10 à 14 ans.

La situation varie considérablement selon le milieu et la région de résidence des enfants. Les enfants du milieu rural vivent plus avec leurs deux parents biologiques (71 %) que les enfants qui résident dans les centres urbains (55 %). Au niveau régional, on note une dégradation graduelle de la situation des enfants des régions septentrionales vers les régions méridionales. Les proportions des enfants qui vivent avec leurs deux parents biologiques varient de 82 % dans la Région des Savanes à 60 % dans la Région Maritime et à 51 % à Lomé. Les proportions des enfants qui vivent avec leur mère seule bien que leur père soit en vie sont nettement plus importantes à Lomé (15 %) et dans la Région Maritime (16 %) que les régions septentrionales à savoir Région des Savanes (3 %), Région de la Kara (7 %) et Région Centrale (9 %).

**[Tab. 41] Tableau 9.3 : Pourcentage d'enfants âgés de 0-14 ans dans les ménages qui ne vivent pas avec un parent biologique, Togo, 2000**

Caractéristiques	Vit avec les deux parents	Ne vit avec aucun parent				Vit avec la mère seulement		Vit avec le père seulement		Impos- sible à détermi- ner	Total	Ne vit pas avec un parent biologique	Un ou deux parents décédés	Effectif d'enfants
		Père seulement vivant	Mère seulement vivante	Les deux sont vivants	Les deux sont décédés	Père vivant	père décédé	mère vivante	mère décédée					
<b>Sexe</b>														
Masculin	67,7	0,6	1,3	7,7	1,1	10,7	4,3	4,4	1,9	0,2	100,0	10,4	9,0	5139
Féminin	64,6	1,3	1,7	10,5	1,4	11,0	4,7	3,4	1,0	0,3	100,0	14,4	9,8	5108
<b>Région</b>														
Lomé	50,9	0,9	3,1	12,1	3,4	14,7	6,5	6,7	1,1	0,6	100,0	17,0	13,2	1057
Maritime	59,5	1,7	1,0	10,9	0,8	16,0	4,0	4,8	1,4	0,0	100,0	13,7	8,4	2716
Plateaux	64,5	0,8	1,8	10,9	1,4	12,0	3,2	3,4	1,6	0,3	100,0	14,7	8,7	2539
Centrale	69,0	1,1	1,3	9,3	1,0	9,4	2,9	4,0	1,8	0,2	100,0	12,0	7,6	967
Kara	71,4	0,7	1,9	8,3	1,2	6,7	5,6	2,8	0,8	0,5	100,0	12,2	10,2	1289
Savanes	81,7	0,2	1,1	2,3	0,7	3,1	6,0	2,7	2,0	0,2	100,0	4,4	10,0	1679
<b>Milieu de résidence</b>														
Urbain	54,9	1,0	1,8	11,5	1,8	15,6	5,8	5,7	1,3	0,4	100,0	15,3	11,2	2991
Rural	70,6	1,0	1,4	8,1	1,0	9,0	4,0	3,2	1,5	0,2	100,0	11,2	8,6	7255
<b>Age</b>														
0-4 ans	78,3	0,5	0,2	2,4	0,2	14,4	2,4	1,0	0,4	0,2	100,0	3,2	3,6	2999
5-9 ans	65,4	1,1	1,4	11,4	1,2	9,3	4,3	4,6	1,3	0,1	100,0	14,6	8,9	3868
10-14 ans	56,2	1,3	2,9	12,4	2,2	9,5	6,6	5,7	2,7	0,5	100,0	18,0	15,1	3380
<b>Total</b>	<b>66,1</b>	<b>1,0</b>	<b>1,5</b>	<b>9,1</b>	<b>1,2</b>	<b>10,9</b>	<b>4,5</b>	<b>3,9</b>	<b>1,5</b>	<b>0,3</b>	<b>100,0</b>	<b>12,4</b>	<b>9,4</b>	<b>10247</b>

Source : MICS 2- Togo, 2000

### 9.3 Travail des enfants

Il est important d'assurer le suivi de la mesure dans laquelle les enfants travaillent, ainsi que du type de travail qu'ils effectuent pour plusieurs raisons. Les enfants qui travaillent ont moins de chances d'être scolarisés et plus de chances d'abandonner l'école. Les enfants peuvent ainsi être piégés dans un cycle de pauvreté et de privation. Les conditions de travail des enfants ne sont souvent pas réglementées et comportent peu de mesures de protection contre les sévices potentiels. En outre, de nombreux types d'activités sont fondamentalement dangereux, tandis que d'autres présentent des risques moins évidents pour les enfants, notamment l'exposition aux pesticides dans les activités agricoles, le transport de charges lourdes et faire les poubelles.

Au Togo, selon l'enquête de la MICS 2, environ 15 % des enfants âgés de 5 à 17 ans ont effectué un travail rémunéré (Tableau 9.4) et 12 % participent à un travail non-rémunéré pour une personne autre qu'un membre du ménage.

[Tab. 42] **Tableau 9.4 : Pourcentage des enfants âgés de 5-17 ans qui travaillent actuellement, Togo, 2000**

Caractéristiques	Travail payé	Travail non payé	Travaux domestiques < 4 h/jour	Travaux Domestiques 4h ou plus/jour	Travaillent Actuellement	Effectifs d'enfants
<b>Sexe</b>						
Masculin	15,7	12,6	76,2	21,3	87,0	4414
Féminin	13,7	12,0	75,4	22,2	89,4	4209
<b>Région</b>						
Lomé	12,3	13,6	72,3	25,3	84,8	953
Maritime	16,6	13,4	83,9	14,8	89,9	2391
Plateaux	12,8	20,7	76,4	20,7	89,5	2110
Centrale	11,9	9,2	71,7	25,4	86,6	827
Kara	16,1	2,6	66,2	30,0	85,3	1045
Savanes	16,9	5,4	72,9	24,3	88,6	1296
<b>Milieu de Résidence</b>						
Urbain	14,5	13,2	75,3	22,0	86,6	2766
Rural	14,8	11,9	76,0	21,6	88,9	5857
<b>Age</b>						
5-9 ans	8,7	10,1	73,5	24,1	80,7	3868
10-14 ans	18,1	14,2	79,6	18,4	95,0	3380
15-17 ans	23,1	13,9	73,2	23,1	92,5	1375
<b>TOTAL</b>	<b>14,7</b>	<b>12,3</b>	<b>75,8</b>	<b>21,7</b>	<b>88,2</b>	<b>8623</b>

Source : MICS2 ó Togo, 2000

Par "travail domestique", on entend faire la cuisine, les achats, le nettoyage, la lessive, la collecte de l'eau et s'occuper des enfants. Un peu plus des trois quarts (76 %) des enfants accomplissent ces tâches pendant moins de quatre heures par jour, tandis que 22 % y consacrent plus de quatre heures par jour. Il n'y a pratiquement pas de différence entre les filles (76 %) et les garçons (75 %) de 5 à 17 ans dans l'exécution des tâches domestiques. Les disparités entre les régions sont les plus importantes en ce qui concerne le pourcentage des enfants qui consacrent plus de quatre heures par jour aux tâches domestiques. Ce pourcentage se situe entre 30 % dans la Région de la Kara et 15 % dans la Région Maritime.

Les enfants qui ont effectué un travail rémunéré ou non-rémunéré pour une personne autre qu'un membre du ménage ou qui consacrent plus de quatre heures aux corvées ménagères au sein du ménage ou qui effectuent d'autres travaux familiaux sont considérés comme des enfants qui travaillent actuellement. Il ressort des données que près de neuf enfants sur dix (88 %) sont considérés comme travaillant à l'heure actuelle. Il n'existe pratiquement aucune différence entre les garçons (87 %) et les filles (89 %) . et on observe les mêmes proportions pour les enfants qui résident les zones urbaines (87 %) et ceux des zones rurales (89 %). Au niveau régional, les pourcentages des enfants qui travaillent actuellement sont compris entre 85 % (Commune de Lomé et Région de la Kara) et 90 % (Régions Maritime et des Plateaux).

Les enfants qui ont effectué un travail rémunéré ou non-rémunéré pour une personne autre qu'un membre du ménage ou qui consacrent plus de quatre heures aux corvées ménagères au sein du ménage ou qui effectuent d'autres travaux familiaux sont considérés comme des « travailleurs ». En général, 88 % des enfants sont considérés comme travaillant à l'heure actuelle. Il n'existe pratiquement pas de différence entre les garçons (87%) et les filles (88%), au de même qu'au niveau régional et selon le milieu de résidence car le concept de travail ne cadre pas avec le contexte socio-culturel du Togo.