

République Togolaise

MORTALITÉ



ANALYSES DES DONNÉES
RGPH4-novembre 2010

BADOHOUN KetomagnanYawovi,

avec la contribution de ADEDZI Kodjo

INSEED

Institut National de la Statistique et des Études Économiques
et Démographiques

2016



République Togolaise

MORTALITÉ

ANALYSES DES DONNÉES
RGP4-novembre 2010

BADOHOUN KetomagnanYawovi,

avec la contribution de ADEDZI Kodjo

INSEED

Institut National de la Statistique et des Études Économiques
et Démographiques

2016



KetomagnanYawovi BADOHOUN, Démographe

Avec la contribution de

Kodjo ADEDZI, Démographe

AVANT PROPOS

En application du Décret présidentiel n°2008/PR du 21 juillet 2008, le Ministère de la Planification, du développement et de l'aménagement du Territoire, à travers la Direction Générale de la Statistique et de la Comptabilité Nationale (DGSCN), a organisé et réalisé du 06 au 21 novembre 2010 le quatrième recensement général de la population et de l'habitat (RGPH4). Cette réalisation répond aux préoccupations unanimement exprimées par les partenaires tant nationaux qu'internationaux dans un contexte caractérisé par un déficit criard de données statistiques.

Il convient de rappeler que le Togo a eu à réaliser quatre recensements généraux de la population. L'exécution du quatrième recensement a eu lieu environ trois décennies (29 ans) après celle du troisième du 09 au 22 novembre 1981. Le deuxième recensement a été effectué de mars à avril 1970. Quant au premier recensement, il a été réalisé en deux ans, soit de 1958 à 1960.

Les principaux objectifs assignés au quatrième Recensement Général de la Population et de l'Habitat sont de plusieurs ordres. Il s'agit plus précisément de :

- procéder à un inventaire général des ressources humaines et des conditions d'habitation ;
- repérer, aussi précisément que possible, toutes les localités notamment les villes, les villages, les fermes, les hameaux et les quartiers se trouvant dans les limites du territoire national et de dénombrer les effectifs de leur population ;
- déterminer la structure de la population par sexe, âge, nationalité, situation matrimoniale, degré d'instruction, profession, branche d'activité et saisir les mouvements migratoires et naturels ;
- fournir des données sur les caractéristiques de l'habitat ;

- constituer une base de sondage pour toutes les enquêtes statistiques ultérieures et principalement pour le tirage de l'échantillon sur lequel seront effectuées les enquêtes post-censitaires.

Les objectifs du RGPH4 intègrent les orientations des différentes politiques de développement en cours de mise en œuvre dans le pays, (notamment le nouveau Document de la stratégie de réduction de la pauvreté, les Objectifs du millénaire pour le développement et certains cadres sectoriels de développement), tout en fournissant les indicateurs pour le suivi et l'évaluation de toutes ces politiques.

A l'instar des recensements précédents, le RGPH4 demeure une source fiable d'informations sur l'état et la dynamique de la population. Il a la particularité d'avoir pris en compte quelques sujets importants non encore explorés par le passé, notamment la mortalité maternelle, l'enregistrement des naissances à l'état civil et la possession d'acte de naissance.

Un RGPH dont les données ne sont pas analysées et publiées est considéré comme un échec. Ainsi, afin de valoriser et de rentabiliser le RGPH4 pour l'ensemble des utilisateurs (autorités politico-administratives, partenaires techniques et financiers, leaders d'opinions, ONG, chercheurs, etc.), il a été prévu l'élaboration de neuf (09) rapports thématiques. La rédaction de ces rapports a été menée par une équipe de cadres pluridisciplinaires (statisticiens, démographes, économistes et géographes) avec l'appui technique de l'UNFPA et de l'IFORD. Il s'agit des analyses thématiques suivantes :

- Évaluation des données
- État et structure de la population
- Caractéristiques des ménages et de l'habitat
- Natalité et fécondité
- État matrimonial et nuptialité
- Mortalité
- Mouvements migratoires

- Caractéristiques de l'éducation
- Caractéristiques économiques.

C'est le lieu ici d'exprimer notre profonde gratitude à tous ceux qui, de près ou de loin, ont contribué à la réussite de cette activité d'intérêt national. Nos sincères remerciements s'adressent particulièrement :

- Au Gouvernement togolais pour avoir soutenu avec détermination l'opération dans tous ses aspects ;
- À l'UNFPA et à la Banque Mondiale pour leurs appuis techniques et financiers ;
- Aux cadres analystes de l'INSEED qui ont participé à la rédaction des thématiques avec abnégation et dévouement pour permettre d'aboutir aux produits actuels ;
- À l'IFORD qui n'a hésité à aucun moment d'envoyer, chaque fois que la demande est faite, pour un appui technique, ses experts sans lesquels les présentes analyses thématiques n'auraient pas eu lieu ;
- Aux autorités du Ministère de la Planification, du Développement et de l'Aménagement du Territoire qui ont efficacement suivi et orienté la réalisation effective de l'activité ;
- Au personnel de terrain et de bureau qui ont participé à la réalisation du RGPH4 ainsi que les populations qui ont bien voulu mettre à notre disposition les informations.

Le Ministre de la Planification du développement

RÉSUMÉ EXÉCUTIF

La mortalité demeure sans doute pour les pays en développement, en particulier ceux de l'Afrique subsaharienne, un des problèmes de santé majeurs des politiques de population. C'est un phénomène holistique dans la mesure où la mortalité touche à tous les domaines de la vie de l'homme.

L'objectif de ce rapport est de déterminer les niveaux et structures de la mortalité générale, de la mortalité des enfants et de la mortalité maternelle. De façon spécifique, cette étude se propose de :

- estimer le niveau général de la mortalité ;
- produire les tables de mortalité ;
- estimer la mortalité des enfants de moins de cinq ans ;
- montrer les disparités de la mortalité ;
- estimer la mortalité maternelle.

L'approche méthodologique de l'analyse reste essentiellement descriptive. Après la définition des principaux concepts et indicateurs, il a été présenté le mode de calcul des indicateurs de mortalité suivi de l'évaluation de la qualité des données du quatrième recensement général de la population et de l'habitat. Cette évaluation qui a été à la fois externe et interne a révélé que les données sont relativement de mauvaises qualités car; les décès des douze derniers mois étant sous-estimés. Devant cette situation, il a été recommandé de procéder par une méthode d'analyse indirecte des données des indicateurs.

Pour la mortalité générale et la mortalité des enfants, ce sont respectivement les modules COMBIN et CEBCS du logiciel MORTPAK qui ont été utilisés. S'agissant de la mortalité maternelle, les données étant relativement de bonne qualité, c'est à partir d'une méthode directe que les indicateurs ont été calculés.

Au regard des résultats obtenus, la mortalité, quoiqu'en baisse durant la période 1981 à 2010, demeure très élevée. Le taux brut de mortalité est estimé à 10,6‰ au niveau de l'ensemble du pays. En milieu rural, ce taux

est de 12,6‰ contre 7,3‰ en milieu urbain. Il est de 11,8% pour les hommes contre 9,5% pour les femmes. L'analyse du taux comparatif, en retenant la structure par âges de l'ensemble du pays, montre que le niveau de mortalité est plus élevé dans les régions Maritime (10,3‰), Centrale (9,9‰) et Savanes (8,8‰) que dans les autres régions du pays.

L'espérance de vie à la naissance extraite des tables de mortalité produites, montre qu'au Togo l'espérance de vie à la naissance est de 60,8ans. L'espérance de vie à la naissance chez les femmes (64,2 ans) est supérieure à celle des hommes (56,4ans). En outre, la population urbaine a une espérance de vie de 64,1 ans tandis que celle rurale est de 60,8ans. Dans les régions, c'est dans les régions Lomé commune et de la Kara que l'espérance de vie est largement au-dessus de la moyenne nationale (67,7ans dans Lomé Commune et 67,2 ans dans la Kara).

Les grandes composantes de la mortalité des enfants à savoir la mortalité infantile, juvénile et infanto-juvénile ont fait aussi l'objet de cette étude. De l'analyse des données, il ressort que le quotient de mortalité infantile est estimé à 83%. Une analyse suivant le sexe montre que c'est les filles qui courent moins le risque de décéder (78‰ contre 89‰) et en considérant le milieu de résidence, le quotient de mortalité en milieu rural est de 90‰ contre 64‰ en milieu urbain. Selon la région de résidence, les régions de la Kara (105‰) et des Savanes (101‰) enregistrent des quotients de mortalité infantile très élevés. Les quotients de mortalité les plus faibles sont observés dans Lomé commune (67‰) et dans la région Maritime (72‰). La comparaison du quotient de mortalité infantile dans le temps montre que le niveau de mortalité des enfants a très peu évolué. Il est resté quasi stationnaire dans le temps.

Les résultats du RGPH4 montrent qu'au niveau national le quotient de mortalité juvénile est de 34%. Tout comme la mortalité infantile, les garçons courent 2,3 fois plus de risque de mourir que les filles. En milieu rural et dans la région de la Kara, le quotient de mortalité juvénile reste élevé.

Le niveau de mortalité infanto-juvénile quoiqu'en baisse reste élevé. Le quotient de mortalité infanto-juvénile au Togo est de 115‰. Tout comme la mortalité infantile et juvénile, les filles courent moins le risque de décéder que les garçons (105‰ contre 124‰). Les enfants résidant en milieu rural comparés à ceux résidant en milieu urbain, courent plus le risque de décéder. De même, les enfants de la région de la Kara et des Savanes surtout sont ceux qui enregistrent les quotients les plus élevés. Lomé commune est la région qui enregistre le quotient de mortalité le plus faible. De 1988 à 2010 la variation du quotient de mortalité infanto-juvénile a connu pour un premier temps une baisse spectaculaire de 23 points au cours de la période 1988-1998, de 12 points entre 1998 et 2006 et de 8 points entre 2006 et 2010.

Contrairement à toute attente, l'analyse des niveaux de mortalité des enfants selon la variable niveau d'instruction de la mère montre que les enfants de mères ayant le niveau supérieur courent plus le risque de décéder.

S'agissant de la mortalité maternelle, les résultats obtenus donnent un rapport de mortalité maternelle de 437 décès maternels pour 100 000 naissances vivantes. Ce ratio est plus élevé en milieu rural qu'en milieu urbain. Selon la région de résidence, le rapport de mortalité maternelle varie d'un minimum de 258 à 573 décès maternels pour 100 000 naissances vivantes. Le rapport de mortalité maternelle est très élevé dans le groupe d'âges des 15-19 ans et des 34-39 ans.

Pour mieux cerner la mortalité au sein de la population, il est indispensable d'organiser des études spécifiques touchant toutes les composantes de la mortalité en vue de la recherche des déterminants nouveaux en rapport avec le plateau sanitaire. Ceci permettrait de mieux orienter les politiques visant le bien être de la population.

SIGLES ET ABRÉVIATIONS

AGP	:	Accord Politique Global
CIPD	:	Conférence Internationale sur la Population et le Développement
DRS	:	Direction Régionale de Santé
DSRP	:	Document de Stratégie de Réduction de la Pauvreté
IDH	:	Indice du Développement Humain
MGE	:	Médicaments Génériques Essentiels
MSP	:	Ministère de la Santé Publique
OMD	:	Objectifs du millénaire pour le développement
OMS	:	Organisation Mondiale de la Santé
ONU	:	Organisation des Nations Unies
PEV	:	Programme Élargi de Vaccination
PNDS	:	Plan National de Développement Sanitaire
PNS	:	Politique Nationale de Santé
PNUD	:	Programme des Nations Unies pour le Développement
PR	:	Présidence de la République
SCAPE	:	Stratégie de Croissance Accélérée et de Promotion de l'Emploi
QUIBB	:	Questionnaire Unifié des indicateurs de Base de Bien-être
SIDA	:	Syndrome Immunodéficient Acquis

- SR** : Santé de la Reproduction
- SSP** : Soins de Santé Primaire
- UE** : Union Européenne
- VIH** : Virus de l'Immunodéficience Humaine

TABLE DES MATIÈRES

AVANT PROPOS.....	i
RÉSUMÉ EXÉCUTIF.....	v
SIGLES ET ABRÉVIATIONS.....	ix
TABLE DES MATIÈRES.....	xi
LISTE DES TABLEAUX.....	xiii
LISTE DES GRAPHIQUES.....	xiv
TABLEAU SYNOPTIQUE.....	xvii
INTRODUCTION GÉNÉRALE.....	1
CHAPITRE I :.....	5
CONTEXTE ET ASPECTS MÉTHODOLOGIQUES.....	5
1.1 Contexte.....	5
1.1.1. Contexte institutionnel et politique.....	5
1.1.2. Contexte socioéconomique.....	10
1.1.3. Contexte socio-culturel.....	11
1.1.4. Contexte démographique.....	13
1.1.5. Contexte sanitaire.....	14
1.1.6. Contexte environnemental.....	17
1.2. Aspects méthodologiques.....	19
1.2.1. Définition des concepts.....	19
1.2.2. Principaux indicateurs et leur limite.....	20
1.2.3. Variables d'observation et résultats de l'évaluation des données de mortalité.....	25
CHAPITRE II : MORTALITÉ GÉNÉRALE.....	27
2.1. Niveau général de la mortalité.....	27
2.1.1. Taux brut de mortalité.....	27
2.1.2. Taux comparatif de mortalité.....	29
2.2. Construction de la table de mortalité.....	30
2.3. Table de mortalité selon le sexe et espérance de vie.....	31
2.4. Évolution de l'espérance de vie à la naissance et des taux bruts de mortalité.....	33
CHAPITRE III :.....	35
MORTALITÉ DANS L'ENFANCE.....	35
3.1. Niveau et évolution de la mortalité dans l'enfance.....	35
3.1.1. Mortalité infantile.....	35
3.1.2. Mortalité juvénile.....	38

3.1.3. Mortalité infanto-juvénile	39
3.2. Analyse différentielle de la mortalité dans l'enfance.....	42
3.2.1. Instruction de la mère et mortalité dans l'enfance	42
3.2.2. Religion de la mère et mortalité dans l'enfance	43
3.2.3. État matrimonial de la mère et mortalité dans l'enfance	44
3.2.4. Occupation de la mère et mortalité dans l'enfance	45
CHAPITRE IV : MORTALITÉ MATERNELLE	47
4.1. Niveau de la mortalité maternelle	47
4.2. Évolution de la mortalité maternelle	48
4.3. Analyse différentielle de la mortalité.....	49
4.4. Autre indicateur de mortalité maternelle.....	50
CONCLUSION GÉNÉRALE	51
BIBLIOGRAPHIE	55
ANNEXES	i

LISTE DES TABLEAUX

<i>Tableau4.1 : Rapport de mortalité maternelle par région (pour 100 000 naissances vivantes)</i>	<i>48</i>
<i>Tableau4.3 : Indicateurs de mortalité maternelle selon le milieu de résidence</i>	<i>50</i>
<i>Tableau A.1 : Indicateurs de mortalités observés et redressés des enfants par milieu de résidence (après application du coefficient de redressement)</i>	<i>i</i>
<i>Tableau A.2: Indicateurs d'entrée pour la construction des tables de mortalité selon le milieu de résidence</i>	<i>i</i>
<i>Tableau A.3 : Indicateurs d'entrée pour la construction des tables de mortalité selon la région</i>	<i>ii</i>
<i>Tableau A.4: Taux de mortalité par âge estimés et décès attendus selon le sexe</i>	<i>iii</i>
<i>Tableau A.5 : Taux de mortalité par âge estimés et décès attendus selon le milieu de résidence</i>	<i>iv</i>
<i>Tableau A.6 : Table de mortalité par sexe du Togo (Urbain)</i>	<i>v</i>
<i>Tableau A.8 : Table abrégée de mortalité par sexe de la commune de Lomé ..</i>	<i>vii</i>
<i>Tableau A.9 : Table abrégée de mortalité par sexe de la région Maritime</i>	<i>viii</i>
<i>Tableau A.10 : Table abrégée de mortalité par sexe de la région des Plateaux</i>	<i>ix</i>
<i>Tableau A.11 : Table abrégée de mortalité par sexe de la région Centrale</i>	<i>x</i>
<i>Tableau A.12 : Table abrégée de mortalité par sexe de la région de la Kara...</i>	<i>xi</i>
<i>Tableau A.13 : Table abrégée de mortalité par sexe de la région des Savanes</i>	<i>xii</i>
<i>Tableau A.14: Taux de couverture des variables</i>	<i>XIII</i>

LISTE DES GRAPHIQUES

<i>Graphique 2.1 : Taux brut de mortalité selon le sexe.....</i>	<i>28</i>
<i>Graphique 2.2 : Taux brut de mortalité selon le milieu de résidence.....</i>	<i>28</i>
<i>Graphique 2.3 : Taux brut de mortalité selon la région de résidence.....</i>	<i>28</i>
<i>Graphique 2.4 : Taux comparatif de mortalité selon le milieu de résidence....</i>	<i>29</i>
<i>Graphique 2.5 : Taux comparatif de mortalité selon la région.....</i>	<i>30</i>
<i>Graphique 2.6 : Évolution de l'espérance de vie à la naissance selon l'année d'observation.....</i>	<i>34</i>
<i>Graphique 3.1 : Quotient (‰) de mortalité infantile selon le sexe.....</i>	<i>35</i>
<i>Graphique 3.2 : Quotient (‰) de mortalité infantile selon le milieu de résidence.....</i>	<i>36</i>
<i>Graphique 3.3 : Quotient (‰) de mortalité infantile selon la région de résidence.....</i>	<i>37</i>
<i>Graphique 3.4 : Évolution du quotient (‰) de mortalité infantile de 1988 à 2010.....</i>	<i>37</i>
<i>Graphique : 3.5 : Évolution du quotient (‰) de mortalité juvénile selon le sexe.....</i>	<i>38</i>
<i>Graphique 3.6 : Évolution du quotient (‰) de mortalité juvénile selon le milieu de résidence.....</i>	<i>38</i>
<i>Graphique 3.7 : Quotient (‰) de mortalité juvénile selon la région de résidence.....</i>	<i>39</i>
<i>Graphique 3.8 : Quotient (‰) de mortalité infanto-juvénile selon le sexe.....</i>	<i>40</i>
<i>Graphique 3.9 : Quotient (‰) de mortalité infanto-juvénile selon le milieu de résidence.....</i>	<i>40</i>
<i>Graphique 3.10 : Quotient (‰) de mortalité infanto-juvénile selon la région de résidence.....</i>	<i>41</i>
<i>Graphique 3.11 : Évolution du quotient (‰) de mortalité infanto-juvénile entre 1988-2010.....</i>	<i>41</i>
<i>Graphique 3.12 : Quotient (‰) de mortalité infantile, juvénile et infanto-juvénile selon le niveau d'instruction de la mère.....</i>	<i>43</i>
<i>Graphique 3.13 : Quotient (‰) de mortalité infantile, juvénile et infanto-juvénile selon la religion de la mère.....</i>	<i>44</i>
<i>Graphique 3.14 : Quotient (‰) de mortalité infantile, juvénile et infanto-juvénile selon l'état matrimonial de la mère.....</i>	<i>45</i>
<i>Graphique 3.15 : Quotients (‰) de mortalité infantile, juvénile et infanto-juvénile selon l'occupation de la mère.....</i>	<i>46</i>
<i>Graphique 4.1 : Rapport de mortalité maternelle selon le milieu de résidence</i>	<i>47</i>

Graphique 4.2 : Évolution du rapport de mortalité maternelle (1998-2010)... 49
Graphique 4.3: Rapport de mortalité maternelle par groupe d'âges (pour 100 000)..... 49

TABLEAU SYNOPTIQUE

Indicateur	Valeur
Taux brut de mortalité	
Ensemble du pays	10,6‰
Homme	11,8‰
Femme	9,5‰
Urbain	7,3‰
Rural	12,6‰
Espérance de vie à la naissance	
Ensemble du pays	60,8 ans
Homme	56,4 ans
Femme	64,2 ans
Urbain	64,1 ans
Rural	60,8 ans
Quotient de mortalité infantile	
Ensemble du pays	83‰
Masculin	89‰
Féminin	78‰
Urbain	64‰
Rural	90‰
Quotient de mortalité juvénile	
Ensemble du pays	34‰
Masculin	39‰
Féminin	29‰
Urbain	18‰
Rural	41‰

Quotient de mortalité infanto-juvénile	
Ensemble du pays	115‰
Masculin	124‰
Féminin	105‰
Urbain	81‰
Rural	128‰
Mortalité maternelle	
Rapport de mortalité maternelle	437 pour cent mille
Rapport de mortalité maternelle en milieu urbain	303 pour cent mille
Rapport de mortalité maternelle en milieu Rural	492 pour cent mille

INTRODUCTION GÉNÉRALE

La mortalité est un phénomène démographique parmi tant d'autres qui désigne l'action de la mort sur les populations. Ce phénomène se traduit par un évènement appelé "décès" qui est une disparition permanente de tout signe de vie à un moment donné postérieur à toute naissance vivante. L'analyse de la mortalité vise la mesure de la survenance des décès au sein de la population. Elle s'inscrit dans les grandes lignes des objectifs du recensement de la population et de l'habitat (4^{ème} RGPH) réalisé en 2010 mentionnés dans le document projet. Les indicateurs obtenus dans cette étude viennent combler le déficit en données pour la mise en place des politiques et programmes de développement.

Thème classique de l'analyse des données de tout Recensement Général de la Population et de l'Habitat aux côtés des autres phénomènes de la dynamique de la population tels que la fécondité et les migrations, l'analyse de la mortalité permet de mettre en évidence le rôle de la mortalité dans la transition démographique en tant que variable d'ajustement de la fécondité.

D'une manière générale, selon G. Béninguissé¹, la fécondité tend à baisser dans un contexte de la baisse de la mortalité. Lorsque cette baisse est continue, cette tendance influe sur les déterminants de la fécondité et favorise l'émergence d'un bonus démographique. En revanche, le retournement de la mortalité peut freiner ou stopper la baisse de la fécondité ainsi ralentir la transition démographique et compromettre l'émergence du bonus démographique.

¹ Manuel de formation à l'analyse des données du RGPH4 du Togo en 2013

Comme utilité sociale, l'analyse de la mortalité permet de suivre l'atteinte des objectifs de la politique sanitaire d'un pays, notamment les objectifs du millénaire pour le développement (OMD) portant sur la réduction de la mortalité des enfants de moins de cinq ans (objectif 4, cible 5) et sur la santé maternelle (objectif 5, cible 6). En effet, les indicateurs de mortalité des enfants rendent compte de manière indirecte du niveau de développement d'un pays et peuvent aussi servir de moyens d'évaluation de l'efficacité de certains programmes spécifiques (Programme Élargi de Vaccination, lutte contre le paludisme, etc.). Les indicateurs de la mortalité maternelle pour leur part renseignent sur l'état de la santé de la reproduction de la population en général et des femmes en particulier. Les politiques et programmes mis en œuvre peuvent être améliorés ou orientés autrement afin d'assurer une bonne santé aux enfants et aux mères pour que celles-ci ne meurent pas en couche. De plus, les politiques visant les personnes âgées peuvent être développées lorsqu'on examine l'évolution de l'espérance de vie à la naissance.

Des études antérieures ont abordé le thème de la mortalité. Au nombre de ces études on note le RGPH de 1981, l'enquête démographique et de santé du Togo (EDST) de 1998, les enquêtes par grappes à indicateurs multiples (MICS) en 2006 et en 2010. Il est à noter que les données d'enquêtes présentent des insuffisances pour l'étude de certains phénomènes démographiques. Les indicateurs n'étant pas significatifs à des niveaux désagrégés. De plus, les données à utiliser pour le calcul des indicateurs présentent des insuffisances méthodologiques pour l'analyse de la mortalité. Pour une meilleure planification du développement économique et sociale, l'enregistrement des faits d'état civil devrait être la meilleure source pour l'analyse de la mortalité et des autres phénomènes démographiques. Cependant il se révèle être mal tenu et incomplet.

Dans un tel contexte, le recensement général de la population reste une source fiable qui fournit des informations au niveau géographique le plus fin. Ces informations sont d'une importance capitale dans la mise en

œuvre des politiques sectorielles et dans un contexte de décentralisation initiée au Togo depuis déjà des années.

Au regard de tout ce qui précède, l'objectif général assigné à ce thème est la détermination du niveau et de la structure de la mortalité générale, de la mortalité des enfants et de la mortalité maternelle. Répondre à cet objectif permettra d'aider les décideurs à une meilleure orientation et formulation des politiques de population.

Comme objectifs spécifiques de l'analyse de la mortalité, on retient de:

- ✓ déterminer les niveaux, tendances et disparités spatiales de la mortalité générale, de la mortalité des enfants et de celle de la mortalité maternelle;
- ✓ mettre en évidence les différentiels socio-démographiques, socio-économiques et socio-culturels de la mortalité des enfants de moins de cinq ans afin d'identifier les populations à risque,
- ✓ disposer et élaborer les tables de mortalité au niveau national et selon le milieu de résidence et calculer les indicateurs y afférents.

Ce rapport s'articule autour de quatre chapitres. Le premier chapitre présente le contexte et l'aspect méthodologique, le deuxième aborde la mortalité générale en traitant du niveau de la mortalité en général et l'espérance de vie; le troisième est consacré à l'estimation de la mortalité dans l'enfance tandis que le quatrième aborde la mortalité maternelle.

CHAPITRE I :

CONTEXTE ET ASPECTS MÉTHODOLOGIQUES

La mort et l'état de santé sont des phénomènes multifactoriels. La plupart des décès observés au sein d'une population sont la conséquence d'une détérioration de l'état de santé due à un certain nombre de facteurs. La santé, la maladie et la mort dérivent des réalités biologiques culturelles, économiques, sanitaires, individuelles et collectives. L'analyse des indicateurs de la mortalité dans un pays doit tenir compte de ces paramètres. Ce chapitre se propose de présenter le contexte d'étude et ensuite l'aspect méthodologique qui a conduit au calcul des indicateurs de mortalité.

1.1 Contexte

1.1.1. Contexte institutionnel et politique

Le contexte institutionnel est caractérisé par la souscription du Togo à plusieurs déclarations internationales et régionales dont la déclaration d'Alma Ata au Kazakhstan sur les soins de santé primaires qui s'est tenue le 12 septembre 1978. Ainsi, les années 1970 et 1980 ont été marquées par le remplacement de l'orientation curative par la santé de base plus préventive.

Afin d'accélérer l'application des stratégies des SSP, le Togo a aussi souscrit depuis 1987 à l'Initiative de Bamako, qui a pour but de redynamiser le système de santé en réorganisant son fonctionnement et en impliquant davantage les populations bénéficiaires dans sa gestion. Ces dispositions ont permis de rapprocher les services de santé des populations, avec l'extension des services de santé de base (*5 km de rayon d'action des centres de santé préconisé par l'Initiative de Bamako en 1987*) et le développement des programmes spécifiques tels que le

Programme Élargi de Vaccination (PEV). C'est alors le principe de gratuité de soins fondé sur la philosophie de l'État-providence qui prévalait. L'objectif de cette politique sanitaire consistait en une intégration des populations rurales dans les services de santé.

Plus tard, la déclaration de politique sectorielle sur la santé de 1990 et la déclaration de la mise en œuvre d'une nouvelle politique des SSP axée sur la participation communautaire sera consolidée par les exhortations de la Conférence Internationale sur la Population et le Développement (CIPD) tenue au Caire en 1994. Au cours de cette conférence, un programme d'action étalé sur 20 ans a été élaboré.

Le Togo a fait sien également les recommandations des Objectifs du millénaire pour le développement (OMD). En effet, le pays doit atteindre au plus tard en 2015 divers objectifs parmi lesquels, l'objectif n°4 qui vise la réduction de deux tiers de la mortalité des enfants de moins de 5 ans, l'objectif n°5 qui vise la réduction de trois quarts de la mortalité maternelle et l'objectif n°6 qui vise à stopper la propagation du VIH-SIDA, à maîtriser le paludisme et d'autres grandes maladies et à commencer à inverser leur tendance.

Eu égard à ce qui précède, il est à noter des progrès en matière de soins médicaux à la population. Mais, comme dans la plupart des pays d'Afrique subsaharienne, la crise financière de l'État à partir des années 80 s'est révélée être une hypothèque lourde sur la voie de la réalisation des objectifs de santé pour tous à la fin du siècle. Elle a fondamentalement modifié la problématique sanitaire du Togo. Les services publics de santé étaient durement freinés dans leur fonctionnement. La pénurie des ressources financières a privé les formations sanitaires de médicaments qui du coup étaient peu fréquentées. Dans ce contexte, il est donc nécessaire d'explorer de nouvelles approches permettant d'asseoir un système de santé performant en vue de réduire les risques de décès.

Des progrès notables ont été réalisés sur le plan du développement

humain, depuis l'accession du Togo à l'indépendance² et surtout au milieu des années 1970. Dès mai 1963, un conseil technique de la santé dénommé "*Collège du ministre*" a été créé pour assister le ministre dans ses activités. Ce conseil à caractère consultatif étudiait les problèmes de la santé au Togo et formulait des avis et recommandations sur la politique sanitaire du pays. À partir de cette période, les soins étaient donnés dans 2 hôpitaux généraux principaux publics (*Lomé* et *Sokodé*), 14 hôpitaux généraux secondaires publics, 2 hôpitaux primaires, 2 centres médico-sociaux, 17 maternités, 145 dispensaires de brousse (Ministère de la santé, 1964). L'accent était mis sur la médecine préventive. Ainsi, pour rapprocher les services de santé des populations, l'État togolais a fait sien la déclaration d'Alma-Ata de 1978, l'Initiative de Bamako de 1987 et d'autres initiatives. En conséquence, les efforts de l'État ont permis, grâce au premier plan de développement économique et social, de mettre en place d'autres infrastructures sanitaires.

Le Togo a officiellement adopté sa politique de population le 14 octobre 1998 qui a pour objectif fondamental, « *l'amélioration des conditions de vie des populations* ». Ainsi, en vue de concrétiser les résolutions et les recommandations de la Conférence Internationale sur la Population et le Développement (CIPD) tenue au Caire en Égypte en septembre 1994, le Ministère de la Santé a élaboré un document de base qui est un outil de travail et de référence³.

Pour atteindre les Objectifs du millénaire pour le développement relatifs à la réduction de la mortalité maternelle et infantile, certains efforts ont été accomplis par l'État togolais. De ce fait, l'organisation actuelle de

² Le Togo a eu son indépendance le 27 avril 1960.

³ « *Politique et Normes de services en Santé de la Reproduction au Togo* » (2001).

l'administration sanitaire découle du décret n° 90/158/PR du 2 octobre 1990 portant organisation et attributions du Ministère de la Santé et du décret n°90/159/PR du 2 octobre 1990 portant organisation des services de la Direction Générale de la Santé Publique ainsi que l'arrêté d'application n° 11/91/MSP du 27 mars 1991 portant organisation des services des Directions Centrales, Régionales et Préfectorales de la Santé. En effet, cette réforme du secteur Santé amorcée depuis 1990, par le Gouvernement avec l'appui des partenaires au développement, s'inscrit dans le programme de décentralisation des structures sanitaires par la création de cinq (5) Directions Régionales de la Santé et d'une Direction Urbaine (Lomé-commune) pour la capitale (Lomé). Elle a pour but d'améliorer la gestion et la performance du secteur de la santé. Mais en réalité, le fonctionnement du Ministère reste peu décentralisé ; de nombreux acteurs au niveau central confondent les fonctions du niveau national avec celles du niveau régional (audit organisationnel du ministère, 2009).

En 1991, le Ministère de la Santé Publique est devenu Ministère de la Santé et de la Population. Le développement des actions sanitaires est appuyé par les bailleurs de fonds. Une analyse de la situation sanitaire nationale a été faite en juillet et août 1994 avec l'appui de l'OMS. Elle a été complétée en décembre 1995 et consignée dans un document intitulé « *Analyse de la situation dans le contexte général de développement socio-sanitaire du Togo, décembre 1995* ». Le Ministère de la Santé a aussi entamé un processus d'opérationnalisation des districts sanitaires depuis 1996 avec un projet de restructuration à court et moyen termes de trente (30) préfectures en 35 districts sanitaires. Soutenues par l'OMS, des consultations nationales en vue du renouvellement de la stratégie « *Santé Pour Tous* » ont abouti à un consensus national en août 1996. Un rapport sur l'évaluation de la mise en œuvre de la stratégie santé pour tous en l'an 2000 a été rédigé en juin 1997. Un programme d'élaboration du Plan National de Développement Sanitaire a été mis sur pied. De même, un comité technique a été constitué pour la mise en œuvre de ce

plan d'action élaboré en novembre 1995 et révisé successivement en 1997, 1998 et 1999.

La Politique Nationale de Santé (PNS) a été finalisée en 1996 et adoptée par le Gouvernement en 1997. La note de stratégie nationale du secteur de la santé a été élaborée en janvier 1998 et validée en juin 1998. En effet, l'objectif fondamental de cette Politique Nationale de Santé était « *l'amélioration de l'état de santé des populations dans le cadre du développement socioéconomique général et de la lutte contre la pauvreté* », dont les objectifs spécifiques étaient de : i) *réduire la mortalité et la morbidité et améliorer le bien-être à travers des soins préventifs, curatifs, promotionnels et ré-adaptatifs ; ii) étendre la couverture sanitaire à l'ensemble de la population, notamment aux plus démunis, en assurant des services de qualité et la disponibilité des Médicaments Génériques Essentiels (MGE) ; iii) agir sur les déterminants de la santé et rendre le système viable et performant.*

Les Plans Nationaux de Développement Sanitaire (PNDS 2002-2006, PNDS 2009-2013), développés avec l'appui technique de l'OMS et le soutien financier du PNUD et divers plans stratégiques spécifiques (paludisme, VIH, PEV, SR, etc.) traduisent en actions opérationnelles les grandes orientations et les axes stratégiques de la politique sanitaire nationale qui met en exergue : i) *la lutte intégrée contre la maladie ; ii) l'accès des populations aux services et soins de qualité ; iii) la réduction de la mortalité maternelle et infanto-juvénile ; iv) la promotion d'un environnement favorable à la santé ; v) l'organisation et la gestion du secteur Santé ; vi) l'appui au secteur à travers le développement du partenariat national et extérieur.*

Cependant, le pays a subi au début de la décennie 1990 les séquelles de la crise sociopolitique dont les effets sont encore perceptibles. Quoique le Togo ait entamé son processus de démocratisation au début des années 1990, il n'est guère épargné par les troubles sociopolitiques qui se sont

accentués durant la période 1992-1993. Ce qui entraîna une détérioration de la situation économique du pays due à 15 ans de suspension de la coopération avec l'Union Européenne (UE) et d'autres partenaires au développement. Ainsi, le gouvernement togolais n'arrivait plus à développer des programmes sociaux du fait de la faiblesse de l'épargne nationale. C'est pourquoi, le Togo s'est engagé dans le processus d'élaboration de son premier Document de Stratégie de Réduction de la Pauvreté (DSRP) en février 2001. Malgré l'adoption de ce document par le gouvernement, les mesures de politique envisagées à cet effet n'ont connu qu'une mise en œuvre très limitée. Pour sortir de cette crise, le Gouvernement a enclenché dès 2005 des réformes destinées à apaiser le climat politique. Grâce à l'Accord Politique Global (APG) auquel est parvenue la classe politique, le Gouvernement s'est employé au rétablissement de la coopération financière avec les institutions financières dès 2007. Dans cette perspective, un deuxième document de stratégie intitulé Stratégie de Croissance Accélérée et de Promotion de l'Emploi (SCAPE) a été adopté. La SCAPE vise à accélérer, sur la période 2013-2017, la croissance pour réduire la pauvreté et les inégalités et créer des emplois, avec des effets multiplicateurs sur le niveau des revenus, la qualité de vie des togolais et la vitesse de réalisation des Objectifs du millénaire pour le développement.

Toutes ces actions devraient éventuellement avoir des conséquences positives sur la mortalité en réduisant les niveaux de mortalité infantile, maternelle observés dans le pays relevant par voie de conséquence l'espérance de vie à la naissance.

1.1.2. Contexte socioéconomique

Le contexte socio-économique national du pays est marqué par des troubles politiques des années 90, de la dévaluation du franc CFA en 1994 et de l'application des Programmes d'ajustement Structurel. Comme corollaire à la crise politique on peut citer la réduction de l'aide publique au développement, décisions qui ne sont pas de nature à favoriser la

réduction de la pauvreté.

Plus tard la décrispation de la crise politique a permis de nouveau la normalisation des relations avec les partenaires au développement. Le pays bénéficie dès lors du soutien économique des partenaires d'antan. Malgré la reprise de la coopération, la situation économique du pays est restée précaire. Le revenu par tête d'habitat était de 410 USD en 2008 contre 818 USD en moyenne pour les pays de l'Afrique-saharienne.

L'engagement pris par les chefs d'États lors de la conférence d'Abuja est de consacrer 15% du budget de l'état au secteur de la santé. Cependant, force est de constater que la part du budget consacrée à la santé est en nette diminution. En effet, de 7% en 2006 la part du budget consacrée à la santé a baissé de 3 points soit 4% en 2010.

De plus, le contexte social se caractérise par une progression de la pauvreté des ménages avec un taux de pauvreté passant de 32% à la fin des années 1980 à 61,7% en 2006. La pauvreté phénomène multidimensionnel se caractérise par une faible consommation des biens, la malnutrition principalement observée chez les enfants, les maladies, un faible taux de scolarisation ou par un accès difficile aux services.

En outre, il existe une relation négative entre les taux de mortalité infantile et infanto-juvénile et le quintile de bien-être économique du ménage dans lequel se trouve l'enfant. On déduit que plus le niveau de vie du ménage s'améliore plus les taux de mortalité infantile et infanto-juvénile deviennent faibles. Les enfants issus du ménage le plus pauvre ont un taux de mortalité infantile et infanto-juvénile très élevé que les enfants des ménages le plus riche (92 pour mille contre 56 pour mille pour la mortalité infantile et 149 pour mille contre 85 pour mille pour la mortalité infanto-juvénile).

1.1.3. Contexte socio-culturel

Dans tout contexte de pauvreté, les gens ont tendance à trouver la sécurité dans les us et coutumes traditionnels. Cette tendance à valoriser ou à faire

recours à la culture des ancêtres peut être à la fois source de problèmes de santé et d'expansion des maladies au sein de la population.

Il existe de nos jours des pratiques culturelles qui ont des conséquences néfastes sur la santé des enfants, des femmes et des hommes. Certaines pratiques alimentaires imposées aux enfants entraînent la malnutrition de ces derniers.

L'excision ou la mutilation génitale féminine expose les filles et les femmes à des risques de santé et a des conséquences négatives qui mettent en danger leur vie. Pourtant cette pratique a été interdite par la loi N°98-016 du 17 novembre 1998. La pratique de l'excision est essentiellement circonscrite à quelques communautés dans les régions septentrionales du pays.

La prévalence de la mutilation génitale chez les femmes de 15-49 ans varie considérablement selon les régions. Elle est plus faible dans les régions méridionales (0,9 pour cent dans la région maritime, 2 pour cent dans Lomé commune et 2 pour cent dans les plateaux). La proportion des femmes qui ont subi une forme quelconque de mutilation génitale féminine atteint son niveau le plus élevé dans la région Centrale avec une prévalence de 14 pour cent. Dans les régions des savanes et de la Kara, la prévalence s'élève respectivement à 10 pour cent et 5 pour cent.

Le mariage précoce ou les grossesses précoces augmentent le risque de mortalité maternelle et celui des enfants. S'agissant du mariage précoce, au Togo parmi les femmes âgées de 15 à 19 ans, 11,5 pour cent étaient mariées ou sont en union au moment de l'enquête. La région de la Kara se révèle être la région où la pratique est plus répandue (16,7 pour cent) suivie par la région des Savanes (14,2 pour cent) La précocité de l'union touche plus les femmes des ménages les plus pauvres (22,6 pour cent) et celles sans instruction (32,9 pour cent). Et le lévirat entre autres constituent très souvent des causes de décès des enfants, des mères et des hommes.

Au faible niveau de vie et d'instruction de la population sont souvent associés un environnement insalubre et à une mortalité élevée. Les enfants de mères ayant au moins le niveau d'instruction primaire ont plus de chance de survivre que leurs homologues de mères sans instruction.

La religion de la mère est un facteur de discrimination de la mortalité des enfants. Les enfants de mères pratiquant la religion traditionnelle présentent un risque de mortalité plus élevé que les enfants de mères chrétiennes et musulmanes (78 pour mille contre 48 pour mille et 57 pour mille). Pour la mortalité infantile, l'écart entre le risque de décès des enfants de mères chrétiennes (81 pour mille) et celui des enfants de mères musulmanes (90 pour mille) est faible. Selon Mudubu, l'ouverture de la religion chrétienne au modèle occidental peut expliquer en partie ce faible risque de mortalité juvénile des enfants des mères chrétiennes par rapport à celui des enfants des adeptes de la religion traditionnelle.

1.1.4. Contexte démographique

La population du Togo estimée à 6 191 155 habitants en 2010 contre 2 719 567 habitants en 1981 est caractérisée par une prédominance de la population féminine (51,4%). De plus la structure par âge de la population togolaise montre une extrême jeunesse de celle-ci : les jeunes de moins de 25 ans représentent 60% et ceux de moins de 15 ans 42% de la population totale. La proportion des personnes âgées n'est seulement que de 4% de la population totale.

En 2010, 62,3% de la population totale vivent en milieu rural contre 74,8% en 1981. Au cours de la même année, les centres urbains (définis comme les chefs-lieux de préfecture et la capitale) occupent 37,7% de la population alors que cette population n'était que de 25,2% en 1981.

La structure par âge et par sexe de la population reflète le niveau élevé de la fécondité et de la mortalité bien que ces phénomènes qui contribuent à la dynamique de la population soient en nette régression. Ainsi, le taux brut de natalité est passé de 45‰ en 1981 à 36‰ en 1998. L'indice

synthétique de fécondité qui traduit le nombre d'enfants par femme est passé de 5,4 à 4,8 enfants entre 1998- 2010 (MICS, 2010). Pour ce qui concerne la mortalité, bien que le Togo ait eu à tirer avantage des progrès de la médecine, le niveau de la mortalité générale reste préoccupant. Le taux brut de mortalité qui est de 16,88‰ en 1981 est estimé à 13‰ en 1998. En outre, le taux de mortalité des enfants de moins de 5ans est resté stationnaire de 2006 à 2010. En effet, les données relatives à la mortalité des enfants de moins de cinq ans montrent une relative stagnation des indicateurs au cours de la période 2006-2010. L'enquête MICS réalisée en 2006 estime les taux de mortalité infantile et infanto-juvénile respectivement à 77‰ et 123‰. Près de cinq ans plus tard (en 2010), les taux de mortalité des enfants ont très peu varié (78‰ pour la mortalité infantile et 124‰ pour la mortalité infanto-juvénile). Le niveau de mortalité des enfants demeure élevé dans les régions du pays. C'est principalement les régions de la Kara et des Savanes qui enregistrent les taux de mortalité infantile et infanto-juvénile les plus élevés.

Pour ce qui concerne les décès maternels, le ratio de mortalité maternelle est estimé à 478 décès maternels pour 100 000 naissances vivantes. Ainsi pour une cible de 142,5 décès maternels pour 100 000 naissances vivantes retenue dans le cadre des OMD le niveau de mortalité maternelle reste élevée.

1.1.5. Contexte sanitaire

Les indicateurs de la santé montrent que le Togo dispose en 2010 d'un médecin pour 8516 habitants, d'un infirmier d'état pour 5765 habitants et d'une sage-femme pour 12260 habitants. Le nombre de formations sanitaires selon les normes nationales retenues est de 738. Le taux de fréquentation des structures sanitaires au niveau du pays (31%) est très faible. Ce taux se maintient en dessous de la norme nationale retenue (80%) quelle que soit la région considérée. Ainsi, au niveau régional, la région Centrale enregistre le taux le plus élevé (52%) ; le taux le plus faible est enregistré dans la région Maritime (22%). Bien que faible, le

taux de fréquentation des structures sanitaires au niveau national a connu une augmentation de près de 10 points au cours de la période 2005 -2010 passant de 21,2% à 31%.

D'après le rapport de l'enquête QUIBB 2011, le taux d'accès de la population aux structures sanitaires est de 66,8%. Ce taux est de 78,0% en milieu urbain contre 53,9% en milieu rural. S'agissant de la qualité des prestations de services, 61,2% des individus malades ou blessés ont consulté un personnel du corps médical. Parmi eux 14,4% ne sont pas satisfaits des services fournis. Les principales raisons évoquées sont le coût élevé des services (33,0%) et la durée d'attente trop longue (28,1%). Les raisons de non satisfaction (mécontentement) évoquées sont : traitement inefficace (55,7%), la non satisfaction de façon générale (20,9%), temps d'attente trop long (11,1%), établissement mal entretenu (9,9%).

Le contexte sanitaire du Togo est caractérisé par les niveaux de morbidité et de mortalité élevés. Les pathologies les plus fréquemment rencontrées pour causes de consultation ou d'hospitalisation sont le paludisme, les plaies ou traumatismes, les infections respiratoires aiguës, les parasitoses intestinales, l'anémie, la pneumonie ou pneumopathie, l'hypertension artérielle.

Le paludisme est reconnu comme étant l'une des principales causes de décès des enfants de moins de cinq ans. Il contribue également à l'anémie des enfants (MICS, 2010). Les données hospitalières révèlent que le paludisme grave est responsable de 14% des décès hospitalières. Il est suivi par l'AVC (5,15%), le VIH/SIDA (3,89%). Comme mesure préventive, l'utilisation de la moustiquaire imprégnée d'insecticide est préconisée aux ménages. Cette disposition peut considérablement réduire le taux de mortalité pour cause de paludisme chez l'enfant. Mais seulement 56% de ménages disposent d'au moins une moustiquaire imprégnée de longue durée et près de trois quart des enfants de moins de cinq ans vivant dans des ménages ayant au moins une MI ont dormi sous

une moustiquaire imprégnée (MICS,2010) la nuit précédant le passage de l'agent enquêteur.

Le Togo comme la plupart des pays en voies de développement n'est pas en marge des conséquences néfastes du Sida. De 2008 à 2010 le taux de positivité au VIH dans les CDVA a connu une baisse. Les données enregistrées à travers les régions sanitaires montrent que le taux de positivité au VIH est de 17,22% au niveau national. Ce taux est de 29,93% dans Lomé-commune et de 9,23% dans les Savanes. Ainsi les infections sexuellement transmissibles et le VIH/SIDA en particulier touchent une frange importante de la population. De 3,5% de la population en 1997 selon les données du PNLS, cette proportion est de 3,2% (DSRP,-C, 2009). Les actions visant à réduire la pandémie du VIH/SIDA s'imposent et sont coordonnées par le conseil national de lutte contre le sida/IST (CNLS). Le PNLS structure technique qui relève du ministère de la santé mise en place pour coordonner la riposte aux infections sexuellement transmissibles mène des activités au nombre desquelles on enregistre les activités de prévention (diagnostic et traitement des IST, conseil et dépistage, sécurité transfusionnelle, Prévention de la Transmission Mère Enfant), de soins, de traitement et de soutien aux PVVIH.

Par ailleurs, la plupart des décès maternels (trois quart) surviennent pendant l'accouchement et la période post-partum (MICS, 2006). Ainsi, pour une maternité sans risque, il est indispensable qu'un prestataire de soins de santé soit présent lors de l'accouchement et qu'un moyen de transport soit disponible en cas de complication.

Malheureusement, malgré les efforts consentis par le gouvernement, les ménages restent toujours confrontés aux problèmes d'accès aux services de santé. Seulement 71,2% de ménages au Togo sont à moins de 3 km du centre de santé le plus proche. Une analyse de l'accessibilité géographique suivant les régions montrent que les ménages des régions des Savanes (45%), Kara (67,3%) et Centrale (64,8%) souffrent

énormément d'accès à un centre de santé.

L'OMS recommande pour sa part aux femmes enceintes un minimum de quatre consultations prénatales durant la grossesse. Globalement les données de MICS montrent que près de 45% de femmes ne respectent pas ces directives et seulement 62% en 2006 et 59,4% de femmes en 2010 sont assistées par un personnel qualifié. Les maternités précoces et tardives causes d'importants problèmes de santé de la reproduction qui sont aussi associées à un niveau de mortalité maternelle élevé.

Concernant la santé des enfants, on note que la malnutrition, autre fléau, est associée à plus de la moitié des décès des enfants dans le monde (MICS, 2010). Les enfants malnutris courent plus de risque de mourir des maladies de l'enfance, mêmes ceux d'entre eux qui survivent souffrent de maladies récurrentes et de retard de croissance pouvant entraîner plus tard la mort. De façon générale, l'état de santé des enfants reflète leur état nutritionnel.

Les enfants bien nourris et qui vivent dans un environnement sain profitent pleinement de toute leur potentialité de croissance. Au Togo près de 30% des enfants de moins de 5 ans souffrent de retard de croissance et 9% sont atteints de la forme sévère. La prévalence de l'émaciation ou la malnutrition aigüe touche 5% des enfants de moins de 5 ans et la forme sévère 1% de ces enfants. L'insuffisance pondérale touche 17% des enfants et sa forme sévère 4% des enfants.

L'analyse de l'évolution récente des données portant sur certains domaines du système de santé (niveau de l'état de santé, offre de services, financement, etc.) indique une légère amélioration concernant notamment l'offre de services du premier échelon. Toutefois, d'importants efforts restent encore à fournir à tous les niveaux pour améliorer la performance du système de santé du Togo.

1.1.6. Contexte environnemental

Le Togo est situé en zone inter tropicale ce qui a des conséquences épidémiologiques. La chaleur et l'humidité du climat favorisent la prolifération des vecteurs de maladies tropicales telles que le paludisme, la rougeole, les infections des voies respiratoires et les hépatites qui sont les principales causes de décès particulièrement chez les enfants. A ces maladies liées aux conditions climatiques s'ajoutent les infections diarrhéiques liées à l'accès insuffisant à l'eau potable et au manque d'hygiène du milieu.

La qualité de l'eau de boisson est un indicateur qui permet d'apprécier le degré d'exposition des enfants aux agents pathogènes vecteurs de diverses maladies. En effet, les résultats des enquêtes (EDS et MICS) du Togo montrent que seulement 53% des ménages en 1998 contre 57% des ménages en 2010 ont accès à l'eau potable. Le mode d'approvisionnement en eau varie fortement selon le milieu de résidence et la région. La proportion de ménages qui utilisent les sources d'approvisionnement en eau potable améliorée est plus élevée en milieu urbain (89%) qu'en milieu rural (39%) ; les régions des Savanes (43%) et des Plateaux (35%) enregistrent les proportions les plus faibles.

L'assainissement dans les habitations laisse à désirer. Les lieux d'aisances s'ils existent ne répondent pas toujours aux conditions hygiéniques. La proportion des ménages ne disposant pas de lieux d'aisances adéquat n'est pas négligeable. Les modes d'évacuation des eaux usées, des ordures ménagères et de vidange n'assurent pas un bon assainissement du milieu de vie dans les habitations. En milieu urbain la situation est nettement meilleure qu'en milieu rural. C'est ce qui expliquerait la mortalité différentielle. Ainsi, l'accès aux installations sanitaires améliorées contribue à la réduction des maladies diarrhéiques et peut considérablement amoindrir les effets néfastes des agents pathogènes responsables de la mort et des maladies des enfants. Au niveau national, c'est seulement 35% des ménages et en milieu rural 12% des ménages qui utilisent les installations sanitaires améliorées.

Le climat du pays est assez diversifié. Globalement le sud est plus humide que le nord où il fait plus chaud. L'harmattan, vent poussiéreux et sec est plus rude dans les Savanes et Kara que dans les autres régions du pays. Cette diversification a sans doute des conséquences écologiques et peut être cause de précarité dans certaines régions. Il y a aussi la malnutrition des enfants liée essentiellement à la précarité attribuable en partie à l'appauvrissement des sols et aux épisodes de sécheresse, surtout dans la partie septentrionale du pays.

Malgré le tableau que présente le contexte économique, politique et sanitaire, des efforts sont menés par le gouvernement et les ONG pour assurer une bonne santé à la population togolaise. En témoigne les actions menées par le gouvernement et les partenaires au développement pour l'atteinte des objectifs du millénaire pour le développement.

1.2. Aspects méthodologiques

L'étude de la mortalité dans les pays en développement se heurte le plus souvent à la qualité des informations recueillies. Ce problème concerne principalement l'exhaustivité des données collectées, l'exactitude des informations relatives aux âges au décès et les causes de décès lorsqu'il s'agit de la mortalité maternelle ; ces informations étant très sensibles à obtenir. Ainsi, ce chapitre, après un rappel des définitions communément admises des différents concepts liés à la mortalité, expose les problèmes de mesure à partir de l'évaluation de la qualité des données et les méthodes d'estimation des niveaux actuels de la mortalité.

1.2.1. Définition des concepts

✓ **Mortalité** : c'est l'occurrence des décès au sein d'une population. En fonction des populations cibles ou de la cause, plusieurs composantes de la mortalité peuvent être distinguées.

✓ **Mortalité générale** : elle étudie l'occurrence du phénomène (décès) au sein de toute la population.

✓ **Mortalité maternelle** : c'est l'occurrence des décès liés à la grossesse au sein de la population féminine en âge de procréer (15-49 ans). L'OMS définit le décès maternel comme « le décès d'une femme survenu au cours de la grossesse ou dans un délai de 42 jours après sa terminaison, quelle qu'en soit la durée ou la localisation, pour une cause quelconque déterminée ou aggravée par la grossesse ou les soins qu'elle a motivés, mais ni accidentelle, ni fortuite ». De façon opérationnelle, les décès maternels sont observés dans un délai de 60 jours après la terminaison de la grossesse.

✓ **Mortalité infantile** : concerne l'occurrence des décès d'enfants de moins d'un an au sein des naissances vivantes. Est considérée comme naissance vivante, tout enfant ayant manifesté un signe quelconque de vie (cris, battement de cœur, etc.) à la naissance même s'il est décédé par la suite.

✓ **Mortalité juvénile** : concerne la survenance des décès d'enfants survenus entre 1 et 4 ans révolus.

✓ **Mortalité infanto-juvénile ou mortalité des enfants de moins de cinq ans** : s'intéresse à l'occurrence des décès des enfants survenus avant 5 ans.

1.2.2. Principaux indicateurs et leur limite

✓ **Taux Brut de Mortalité (TBM)** : c'est le nombre de décès pour 1 000 habitants au cours d'une année. Cet indicateur rend compte de l'ampleur des décès enregistrés au sein d'une population au cours d'une année, quels que soient l'âge et le sexe des personnes décédées.

$$TBM = \frac{D}{P_{moy}} * 1000$$

où D et P_{moy} représentent respectivement les décès survenus dans l'année et la population au milieu de cette année.

✓ **Taux comparatif de mortalité** : c'est un taux qui est généralement destiné à comparer le niveau de mortalité dans diverses populations, abstraction faite de leurs différences de structure et notamment de leur structure par âge.

✓ **Taux de mortalité par âge (TM(a))** : c'est le nombre de décès pour 1 000 personnes du groupe d'âges déterminé durant une année donnée. Comme la mortalité varie suivant le sexe, ce taux sera calculé séparément pour le sexe masculin et le sexe féminin aux différents âges, les taux de mortalité par âge doivent être indiqués séparément et pour les divers groupes d'une population.

$$TM(a) = \left[\frac{D(a)}{P_{moy}(a)} \right] * 1000$$

où $D(a)$: Nombre de décès d'âge (a) au cours de la période considérée,
 $P_{moy}(a)$: Population moyenne d'âge (a) au cours de cette période.

Le quotient (de mortalité) est une probabilité de survenance à une date ou à un âge donné d'un événement (décès) avant une durée ou un âge ultérieur, dans une génération ou une cohorte soumise à un phénomène à événements non renouvelables. Il se calcule en divisant les décès à un âge x par l'effectif de la population exposée à cet âge x et est noté ${}_a q_x$.

Sur la base de l'hypothèse de répartition uniforme des décès après 5 ans les taux de mortalité par âge sont transformés en quotient à partir la formule suivante :

$${}_a q_x = \frac{2a * {}_a m_x}{(2 + a * {}_a m_x)}$$

où ${}_a q_x$ est le quotient à l'âge x, ${}_a m_x$ représente les taux à l'âge x et a l'amplitude des intervalles de classes d'âges.

Avant un an d'âge, la formule suivante est utilisée :

${}_1q_0 = \frac{{}_1m_0}{1+k*_1m_0}$ où la valeur $k = \frac{2}{3}$ est la proportion des décès des enfants survenus avant 6 mois quand le quotient de mortalité infantile est supérieur à 100 pour mille naissances vivantes. Par contre

$k = \frac{3}{4}$ lorsque le quotient de mortalité infantile est inférieur à 100 pour mille naissances vivantes.

À partir des quotients obtenus, des tables de mortalité seront générées en considérant comme racine de la table $S_0=100000$. Les survivants aux âges x (en années révolues) ou effectifs de la population stationnaire d'âge x sont obtenus par les formules suivantes : $S_x = S_{x+1} * (1-{}_xq_x)$ ou

$$L_x = \frac{a*(S_x + S_{x+a})}{2}$$

Puisque la fonction de survie n'est pas linéaire entre 0 et 1 an,

$$L_0 = k''S_0 + k'S_1 \text{ où } k'' = 1 - k'$$

Aussi, pour les moins d'un an, une meilleure approximation du nombre

de personnes-années vécues serait-il alors : $T_x = \sum_x^{w-x} L_i$; où w est ici le dernier groupe d'âges et x l'âge.

✓ **Espérance de vie à la naissance (e_0)** : c'est le nombre moyen d'années qu'une personne pourrait espérer vivre si les taux de mortalité par âge pour une année donnée restaient les mêmes jusqu'à la fin de sa vie. On a :

$$e_0 = \frac{T_0}{S_0} = 0,5 + \frac{S_1 + S_2 + S_3 + S_4 + \dots + S_n}{S_0} ; \text{ où } T_0 \text{ est le nombre total de}$$

personnes années vécues et $S_0, S_1, S_2, S_3 \dots S_n$ les survivants aux âges correspondants. Pour les groupes d'âges quinquennaux, la formule se

présente comme suit:

$$e_0 = 0,5 + \frac{[2,5 * S_1 + 4,5 * S_5 + 5 * (S_{10} + S_{15} + S_{20} + \dots + S_n)]}{S_0}$$

De façon générale l'espérance de vie à l'âge x est donnée par la formule : $e_x = \frac{T_x}{S_x}$

✓ **Taux de mortalité infantile (TMI)** : c'est le nombre de décès d'enfants de moins d'un an pour 1 000 naissances vivantes durant une année donnée. Il concerne l'occurrence des décès d'enfants de moins d'un an au sein des naissances vivantes. On estime que le taux de mortalité infantile est une bonne indication de la situation sanitaire d'une population.

✓ **Taux de mortalité juvénile (TMJ)** : c'est le nombre de décès d'enfants âgés d'au moins un an survenus avant le 5^{ème} anniversaire pour 1 000 enfants pris à un an au cours d'une année.

✓ **Taux de mortalité infanto-juvénile (TMIJ) ou taux de mortalité des enfants de moins de cinq ans** : c'est le nombre de décès d'enfants survenus avant le cinquième anniversaire pour 1 000 naissances vivantes au cours d'une année.

✓ **Quotient de mortalité infantile (QMI)** : c'est le risque pour un nouveau-né de mourir avant son 1^{er} anniversaire. Il s'exprime en nombre de décès d'enfants de moins d'un an pour 1 000 naissances vivantes au cours d'une année et est noté ${}_1q_0$.

✓ **Quotient de mortalité juvénile (QMJ)** : c'est le risque pour un enfant pris à l'âge d'un an, de mourir avant son 5^{ème} anniversaire. Il s'exprime en nombre de décès d'enfants âgés de un à quatre ans révolus pour 1 000 enfants pris à 1 an exact et noté ${}_4q_1$

✓ **Quotient de mortalité infanto-juvénile (QMIJ)** : c'est le risque pour un nouveau-né de mourir avant son 5^{ème} anniversaire. Il s'exprime en nombre de décès d'enfants de moins de 5 ans sur 1 000 naissances vivantes et noté ${}_5q_0$.

Remarque : le taux de mortalité infantile est assimilé au quotient de mortalité infantile.

✓ **Rapport de mortalité maternelle (RMM)** : c'est le nombre de femmes qui meurent des suites d'une grossesse ou d'un accouchement durant une année donnée pour 100 000 naissances vivantes durant cette année. Les morts provoquées par les complications des avortements spontanés ou des avortements provoqués sont incluses.

✓ Le RMM est abusivement appelé taux de mortalité maternelle (TMM) ; il serait prudent de bien préciser le dénominateur lorsqu'on se sert de ces mesures.

✓ **Taux de mortalité Maternelle (TMM)** : C'est le nombre de décès maternels au sein des femmes en âge de procréer dans la population. Cet indicateur traduit le risque de mortalité maternelle parmi les femmes ayant l'âge de procréer. Il s'obtient par la formule suivante : $TMM = \frac{\text{Nombre de décès maternels}}{\text{Nombre de femmes de 15-49 ans}}$ (en pour mille)

✓ **Proportion de décès maternel pour cause de mortalité maternelle (PDCM)** : c'est la proportion de décès de femmes adultes reliés à des causes maternelles. On a :

$$✓ \quad PDCM = \frac{\text{Nombre de décès maternels}}{\text{Nombre de décès chez les femmes de 15-49 ans}}$$

✓ **Le risque de décès maternel sur la durée de la vie (RDV)**. Cet indicateur reflète les chances d'une femme de mourir de causes maternelles au cours de sa vie reproductive (environ 35 ans). Cet indicateur tient compte de la probabilité de décéder chaque fois qu'une femme tombe enceinte. On l'obtient par la formule suivante

✓ $RDV = 35 * TMM$

1.2.3. Variables d'observation et résultats de l'évaluation des données de mortalité

- Les informations collectées au cours du 4^{ème} RGPH qui ont permis d'obtenir les indicateurs de mortalité sont relatives aux :
- enfants nés des femmes recensées âgées de douze ans ou plus (enfants nés vivants, enfants actuellement en vie) ;
- décès survenus au cours des douze derniers mois ayant précédé le recensement (nombre de décès, sexe et âge au décès) dans les ménages;
- décès maternels de mères âgées de 12 à 49 ans spécifiquement pour l'étude de la mortalité maternelle.

La plupart des informations relatives à la mortalité étant très sensibles ; elles peuvent être sujettes à des erreurs d'observation, à une mauvaise appréciation de la période de douze mois ayant précédé l'opération par exemple. Pour les questions relatives aux enfants nés vivants et survivants, les personnes interrogées peuvent donner des réponses erronées conduisant parfois à une omission très importante des enfants de moins de cinq ans. On relève également dans les déclarations des enquêtés l'inclusion à tort des mort-nés dans les décès des enfants survenus hors de la période de référence.

Au regard de ces écueils, les données collectées doivent faire l'objet d'une évaluation. Pour mesurer l'ampleur des erreurs de déclaration, les données et indicateurs de base ont été soumises à une évaluation interne et externe plus élaborées dans le rapport intitulé "Evaluation des données".

L'évaluation interne est appréciée par l'examen des taux de réponses des variables de mortalité ; l'analyse des taux spécifiques de mortalité ; le

rapport de masculinité des taux de mortalité par âge et l'évaluation des données sur la survie des enfants.

De façon générale, il ressort de ce rapport que les taux de réponses des variables d'intérêts de la mortalité sont satisfaisants à l'exception de la variable date de décès. L'analyse des graphiques représentant les taux spécifiques de mortalité par âge, la courbe des rapports de masculinité et la courbe représentative des proportions d'enfants décédés montrent que les données de la mortalité présentent quelques anomalies.

L'évaluation interne qui a consisté à comparer uniquement, faute de données sur la mortalité adultes, les indicateurs de la mortalité des enfants obtenus à partir des données du RGPH4 à ceux des MICS et des EDST a permis de conclure à une sous-estimation du niveau de mortalité

Les résultats des méthodes d'évaluation interne et externe ont conduit à des méthodes d'estimation indirectes des indicateurs de mortalité.

Les questions qui ont permis de collecter les données relatives à la mortalité maternelle au cours du RGPH4 sont les suivantes :

- Était-elle décédée durant la grossesse ?
- Était-elle décédée au cours de l'accouchement ?
- Était-elle décédée dans les 42 jours (6 semaines) après la fin de la grossesse ?

La méthode d'estimation directe a été utilisée pour le calcul des indicateurs de mortalité maternelle.

CHAPITRE II : MORTALITÉ GÉNÉRALE

Le schéma de mortalité aux différents âges résume l'historique de l'incidence de la mort et de la maladie dans une population. D'une population à une autre, la mortalité varie énormément en fonction de l'état de développement économique, social, sanitaire et culturel du pays. Pour apprécier le niveau de mortalité au Togo lors du RGPH4, les questions directes et indirectes relatives à l'évaluation de la mortalité ont été posées aux membres du ménage. Ce chapitre a pour objectif de présenter le niveau général de la mortalité en tenant compte de certaines caractéristiques.

2.1. Niveau général de la mortalité

Le niveau de mortalité général sera apprécié à travers les indicateurs tels que le taux brut de mortalité, le taux comparatif de mortalité et l'espérance de vie qui est un indicateur synthétique de la table de mortalité.

2.1.1. Taux brut de mortalité

Le graphique 2.1 présente le taux brut de mortalité selon le sexe. Il ressort que le taux brut de mortalité au Togo est de 10,6%. Ce taux traduit qu'en moyenne sur 1000 individus, près de 11 personnes décèdent annuellement, soit 65 647 décès au cours de l'année 2010 en considérant la population recensée.

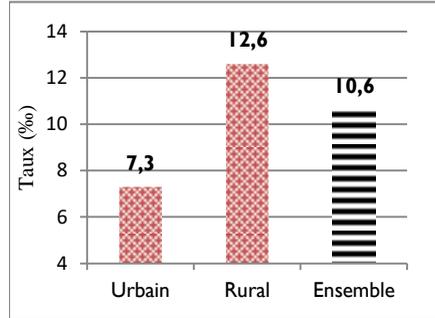
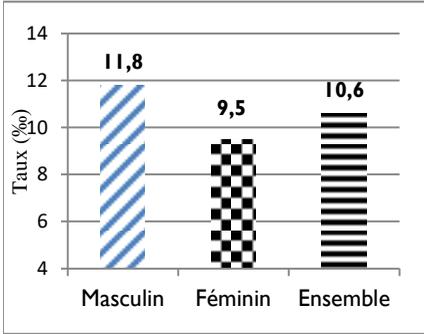
L'analyse selon le sexe montre que le taux brut de mortalité est de 11,8% chez les hommes alors que chez les femmes, ce taux est de 9,5%.

L'analyse du taux brut de mortalité selon le milieu de résidence montre qu'il existe des disparités en matière de mortalité entre le milieu urbain et le milieu rural. Sur 1000 habitants considérés au cours des douze derniers mois, près de 7 personnes en milieu urbain contre un peu plus de 12

personnes en milieu rural décèdent (7,3% contre 12,6%).

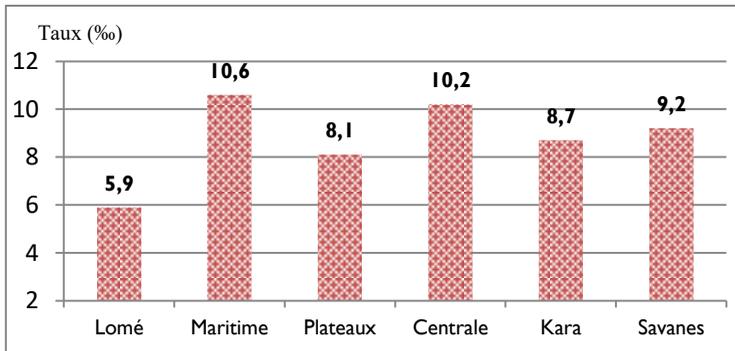
Graphique 2.1 : Taux brut de mortalité selon le sexe

Graphique 2.2 : Taux brut de mortalité selon le milieu de résidence



L'analyse du taux brut de mortalité selon la région montre qu'il est moins élevé dans Lomé commune (5,9‰) et plus élevé dans les régions Maritime et Centrale qui enregistrent des taux de plus de 10‰. Dans les régions des Savanes, Kara, Plateaux, ce taux est respectivement 9,2‰, 8,7‰ et 8,1‰.

Graphique 2.3 : Taux brut de mortalité selon la région de résidence

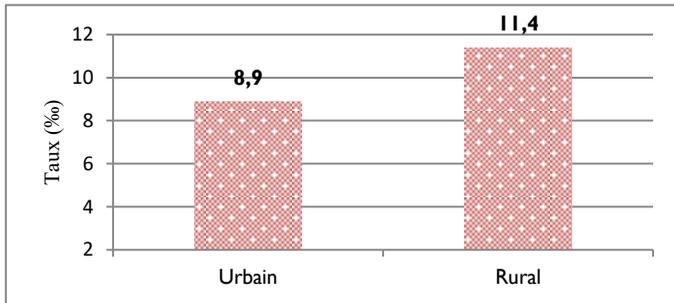


2.1.2. Taux comparatif de mortalité

L'examen des taux bruts de mortalité a montré des différences selon le milieu et les régions de résidence mais ne traduit pas nécessairement des niveaux d'intensités différentes. Afin de permettre des comparaisons, l'effet de structure de différentes populations doit être éliminé. Pour ce faire, les taux comparatifs de mortalité ont été utilisés en prenant la structure par âge de la population de l'ensemble du pays comme référence.

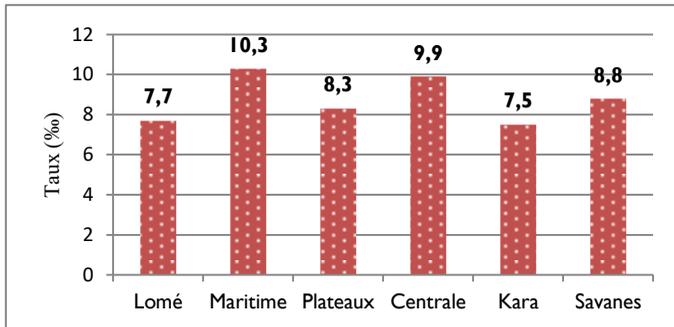
Selon le milieu de résidence, l'utilisation du taux comparatif de mortalité montre que le niveau de mortalité demeure plus élevé en milieu rural (11,4‰) qu'en milieu urbain (8,9‰). Par contre, la tendance se trouve modifiée au niveau des régions.

Graphique 2.4 : Taux comparatif de mortalité selon le milieu de résidence



En effet, Lomé commune dans laquelle le taux brut de mortalité était le moins élevé se trouve classée après la région de Kara où le niveau de mortalité est le plus bas par l'utilisation des taux comparatifs alors cette région se positionnait au troisième rang selon le taux brut de mortalité.

Graphique 2.5 : Taux comparatif de mortalité selon la région



2.2. Construction de la table de mortalité

Le module COMBIN de MORTPAK a été utilisé pour construire les tables de mortalité pour la population masculine et féminine.

Ce module produit une table de mortalité à partir des données d'entrées relatives à l'espérance de vie à 20 ans et d'une estimation de la proportion d'enfants survivants à un an et de la proportion d'enfants survivants à 5 ans, ou les deux à la fois. Le procédé ajuste les tables types Coale et Demeny pour intégrer les proportions d'enfants et d'adultes survivants introduites comme données d'entrées. Les quotients de mortalité par groupe d'âges ${}^a q_x$ correspondant aux proportions de survivants sont déterminés séparément pour les plus de 20 ans et pour les moins de 20 ans.

L'addition des décès obtenus par groupe d'âges pour chacun des sexes par l'application des taux spécifiques aux populations de référence ont permis d'obtenir les décès par groupe d'âges quinquennaux de l'ensemble des deux sexes au niveau de chaque entité géographique. Ces décès par groupe d'âges sont ensuite rapportés aux effectifs par groupe d'âges de la population dans laquelle les événements décès se produisent pour obtenir les taux spécifiques de l'ensemble de la population des deux sexes. Ces

taux sont transformés en quotients pour construire finalement les tables de mortalité des deux sexes pour chaque entité géographique. La procédure est la même pour la construction des tables de mortalité au niveau des régions.

Pour des raisons pratiques, les tables de mortalité exposées dans ce travail présentent le quotient de mortalité à l'âge x , le taux de mortalité à l'âge x , les survivants à l'âge x et l'espérance de vie à l'âge x . Les paramètres d'entrée dans le module COMBIN de MORTPAK au niveau national et selon le milieu de résidence figurent en annexe.

2.3. Table de mortalité selon le sexe et espérance de vie

Le taux de mortalité par âge de la table de mortalité par âge (Tableau 2.1) reste très élevé à la naissance. Il décroît rapidement jusqu'à 5 ans et reste quasiment constant entre 5ans et 45 ans. Après 50 ans on note une augmentation progressive des niveaux des différents taux jusqu'à l'âge limite.

S'agissant de l'espérance de vie à la naissance, il ressort du tableau 2.1 que l'espérance de vie (e_0) à la naissance est de 56,4 ans pour les hommes. Cette durée moyenne de vie passe à 60,4 ans pour les garçons qui parviennent à surmonter la mortalité à leur premier anniversaire gagnant de facto 4 années supplémentaires. Un enfant qui survivra au-delà de 5 ans (fin de la petite enfance) peut espérer vivre 59,2 ans. L'espérance de vie à 10 ans qui est de 55,1 ans est encore proche de l'espérance de vie enregistrée à la naissance.

En considérant la table de mortalité féminine, il y ressort que l'espérance de vie à la naissance enregistrée est de 64,2 ans. L'espérance de vie à 1 an est de 67,9 ans soit un gain de vie de 3 ans. À 10 ans l'espérance de vie est de 62 ans et à 20 ans elle est de 52,7 ans. L'écart entre les espérances de vie des deux sexes décroît avec l'âge. Cet écart est de 7,8 ans à la naissance et 7,5 ans à 1 an. À 10 ans et 20 ans, l'écart est respectivement de 6,9 ans et 6,4 ans. On peut conclure que les femmes en général vivent

plus longtemps que les hommes.

Tableau 2.1 : Table abrégée de mortalité par sexe (Ensemble du pays)

Age (x)	Ensemble				Masculin				Féminin			
	Q(x)	M(x)	I(x)	E(x)	Q(x)	M(x)	I(x)	E(x)	Q(x)	M(x)	I(x)	E(x)
0 an	76,3	80,6	100 000	60,8	82,5	87,7	100 000	56,4	69,6	73,4	100 000	64,2
1 an	41,8	10,7	92 368	64,8	44,7	11,5	91 753	60,4	38,1	9,8	93 037	67,9
5 ans	11,0	2,2	88 512	63,5	14,9	3,0	87 648	59,2	7,0	1,4	89 489	66,6
10 ans	7,1	1,4	87 538	59,2	9,3	1,9	86 345	55,1	4,7	0,9	88 862	62,0
15 ans	11,3	2,3	86 918	54,6	15,2	3,1	85 541	50,6	7,0	1,4	88 445	57,3
20 ans	14,7	3,0	85 934	50,2	20,9	4,2	84 241	46,3	9,4	1,9	87 831	52,7
25 ans	15,2	3,1	84 670	45,9	21,0	4,2	82 478	42,2	11,0	2,2	87 004	48,2
30 ans	17,5	3,5	83 384	41,6	23,9	4,8	80 746	38,1	12,1	2,4	86 049	43,7
35 ans	20,4	4,1	81 926	37,3	27,1	5,5	78 820	34,0	14,2	2,9	85 004	39,2
40 ans	26,0	5,3	80 252	33,0	35,1	7,1	76 680	29,8	17,8	3,6	83 801	34,7
45 ans	33,9	6,9	78 163	28,8	45,4	9,3	73 989	25,8	22,5	4,6	82 307	30,3
50 ans	47,0	9,6	75 510	24,7	63,3	13,1	70 629	21,9	32,7	6,6	80 452	25,9
55 ans	66,7	13,8	71 961	20,8	89,2	18,6	66 158	18,2	46,6	9,5	77 823	21,7
60 ans	100,0	21,1	67 158	17,2	131,8	28,1	60 257	14,8	75,9	15,7	74 196	17,7
65 ans	152,9	33,1	60 439	13,8	194,1	42,8	52 316	11,6	125,3	26,6	68 563	13,9
70 ans	248,1	56,7	51 195	10,8	299,0	70,0	42 163	8,8	216,1	48,1	59 970	10,5
75 ans	393,8	98,1	38 493	8,6	450,0	116,6	29 555	6,4	355,6	86,0	47 010	7,7
80 ans ou Plus	—	195,2	23 333	7,5	—	215,0	16 255	4,7	—	183,1	30 293	5,5
TBM (%)	10,6				11,8				9,5			

Le tableau 2.2 donne l'espérance de vie à la naissance par sexe et selon le milieu de résidence. Cet indicateur déduit à partir d'une table de mortalité traduit le nombre d'années qu'un nouveau-né peut espérer vivre si les taux courants de mortalité ou si les conditions sanitaires du moment restent inchangées. Selon les résultats du RGPH 4, un enfant qui vient au monde en 2010 peut espérer vivre en moyenne 60,8 ans. L'analyse selon le sexe montre que l'espérance de vie à la naissance est plus élevée chez les femmes que chez les hommes et ceci quel que soit le milieu de résidence. Ainsi, pour une femme l'espérance de vie à la naissance est de

64,2 ans et de 56,4 ans chez les hommes.

En considérant le milieu de résidence, l'espérance de vie est plus faible en milieu rural qu'en milieu urbain (60,8 ans contre 64,1 ans).

Tableau 2.2 : *Espérance de vie à la naissance (e_0) en années*

Milieu de résidence	Masculin	Féminin	Ensemble
Urbain	58,3	68,2	64,1
Rural	54,3	62,1	60,8
Ensemble	56,4	64,2	60,8

Les données du tableau 2.2 montrent que l'espérance de vie à la naissance est plus élevée dans la région de la Kara (67,2 ans) et à Lomé Commune (67,1 ans) et plus faible dans la région Maritime (61,4 ans). Dans la région Centrale, l'espérance de vie est de 62,3 ans. À l'exception des régions Centrale et Kara, généralement les femmes vivent plus longtemps que les hommes.

Tableau 2.3: *Espérance de vie à la naissance selon la région de résidence*

Région	Masculin	Féminin	Ensemble
Maritime	58,4	63,2	61,4
Plateaux	63,9	66,6	65,9
Centrale	62,4	60,9	62,3
Kara	69,7	66,2	67,2
Savanes	62,8	65,3	64,8
Lomé	63,1	69,8	67,1

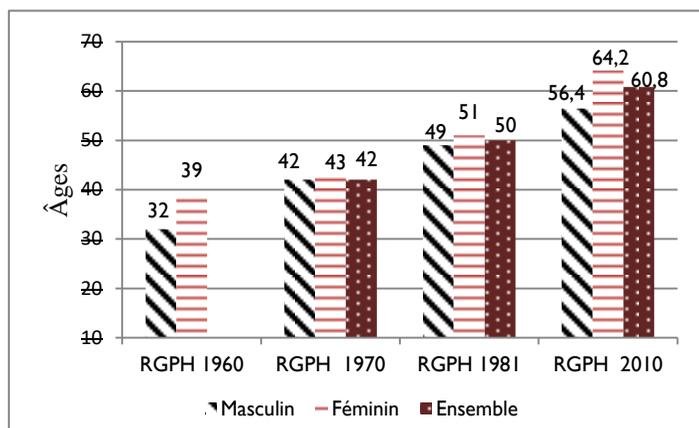
2.4. Évolution de l'espérance de vie à la naissance et des taux bruts de mortalité

Le graphique 2.6 présente l'évolution de l'espérance de vie à la naissance selon le sexe entre 1960 et 2010. En comparant les résultats des différents recensements réalisés au Togo, on constate qu'entre le RGPH2 de 1970,

RGPH3 de 1981 et RGPH4 de 2010, l'espérance de vie à la naissance est passée de 42 ans en 1970 à 50 ans en 1981 et à 60,8 ans en 2010. De 32 ans pour les hommes et 39 ans pour les femmes (RGPH, 1960), l'espérance de vie à la naissance a évolué atteignant 56,4 ans pour les hommes et 64,2 ans pour les femmes (RGPH, 2010). Il ressort ainsi que depuis 1960, l'espérance de vie des femmes est restée supérieure à celle des hommes comme ce qui est généralement observé dans beaucoup d'autres pays.

De plus, en considérant le sexe, l'espérance de vie à la naissance a connu au cours de la période 1960 -2010 une croissance de plus de 20 points traduisant les effets positifs de la médecine, de l'éducation et les efforts réalisés dans les domaines qui concourent à la santé.

Graphique 2.6 : Évolution de l'espérance de vie à la naissance selon l'année d'observation



Selon le recensement général de la population et de l'habitat de 1970, le taux brut de mortalité est de 19 pour 1000. Dix ans plus tard, le taux brut de mortalité passe à 15,6 pour 1000 (RGPH, 1981). Le dernier RGPH estime ce taux est de 10,6 pour 1000 (RGPH, 2010).

CHAPITRE III :

MORTALITÉ DANS L'ENFANCE

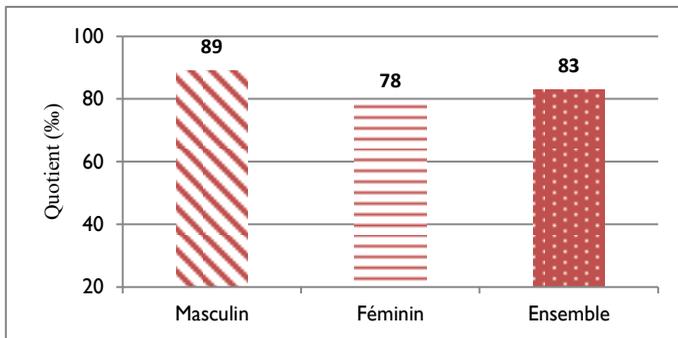
Le niveau de mortalité des enfants est un meilleur indicateur du niveau de développement d'une population. Connaître ce niveau permet de rechercher les déterminants en vue des actions visant l'amélioration de la santé des enfants. Ce chapitre, après estimation du niveau de mortalité des enfants à savoir la mortalité infantile, juvénile et infanto-juvénile, présentera le niveau de mortalité des enfants de moins de cinq ans en tenant compte des caractéristiques propres à la mère.

3.1. Niveau et évolution de la mortalité dans l'enfance

3.1.1. Mortalité infantile

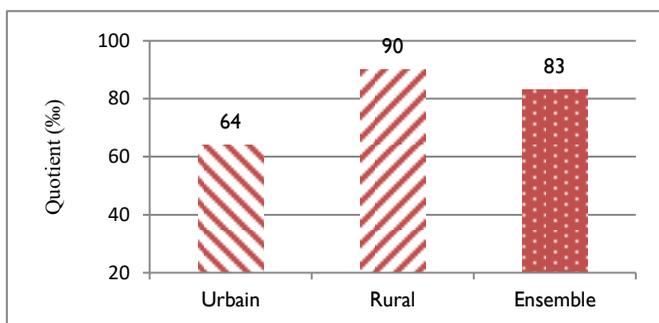
L'analyse des données relatives à la mortalité des enfants montre que dans l'ensemble le risque pour un enfant de décéder avant le premier anniversaire est de 83%. Le niveau de mortalité des enfants de sexe masculin est plus élevé que celui des enfants de sexe féminin (89% contre 78%) (graphique 3.1).

Graphique 3.1 : Quotient (%) de mortalité infantile selon le sexe



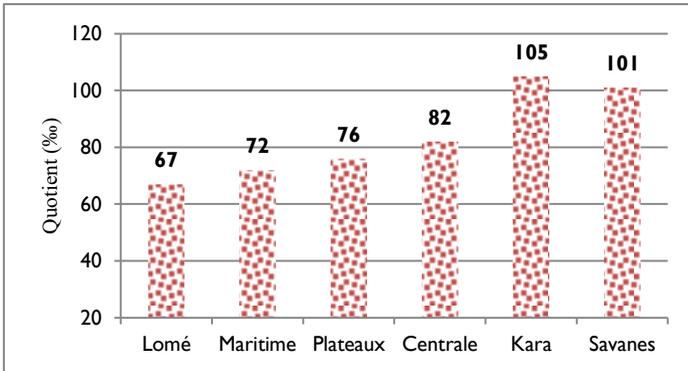
Selon le milieu de résidence, la mortalité touche plus les enfants du milieu rural que les enfants du milieu urbain. En effet, sur 1000 enfants qui naissent, 64 en milieu urbain contre 90 en milieu rural n'atteignent pas leur premier anniversaire.

Graphique 3.2 : Quotient (‰) de mortalité infantile selon le milieu de résidence



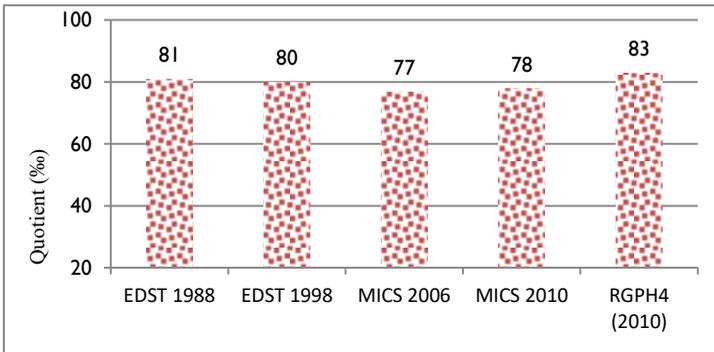
En considérant la région de résidence, on note une surmortalité des enfants de moins d'un an dans les régions de la Kara (105‰), des Savanes (101‰) et Centrale (82‰). Lomé commune apparaît comme étant la région où la mortalité infantile est la plus faible (67‰). Dans la région Maritime et des Plateaux, la probabilité de décès des enfants de moins d'un an s'élève respectivement à 72 et à 76 pour 1000 (graphique 3.3).

Graphique 3.3 : Quotient (‰) de mortalité infantile selon la région de résidence



En comparant le quotient de mortalité infantile obtenu à celui issu d'autres sources, on se rend compte que la mortalité a connu une baisse régulière au cours de la période 1988-2006. Après cette période la mortalité a connu une hausse légère pour atteindre le niveau actuel 83%.

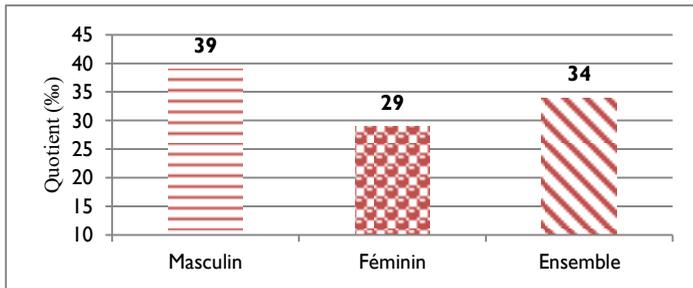
Graphique 3.4 : Évolution du quotient (‰) de mortalité infantile de 1988 à 2010



3.1.2. Mortalité juvénile

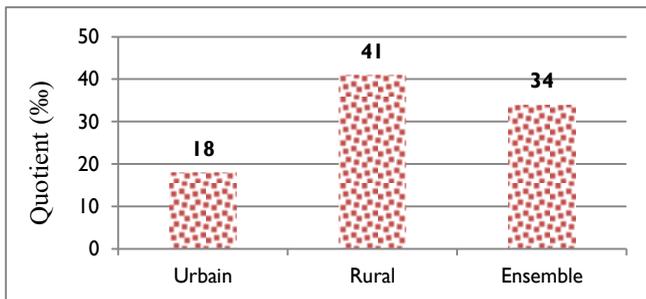
Au niveau national, le quotient de mortalité juvénile est de 34%. Les données relatives à la mortalité des enfants de 1 à 4 montrent une surmortalité masculine. Le quotient de mortalité juvénile des enfants de sexe masculin est de 10 points plus élevé que celui des filles (39% contre 29%).

Graphique : 3.5 : Évolution du quotient (%) de mortalité juvénile selon le sexe



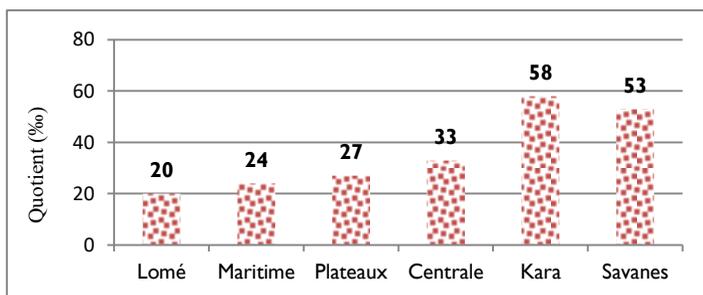
Selon le milieu de résidence, le quotient de mortalité est plus élevé en milieu rural (41%) qu'en milieu urbain (18%). En milieu urbain le quotient de mortalité juvénile est en dessous de celui observé au niveau national.

Graphique 3.6 : Évolution du quotient (%) de mortalité juvénile selon le milieu de résidence



En considérant la région de résidence, c'est beaucoup plus dans les régions de la Kara (58‰) et des Savanes (53‰) qu'on observe les quotients de mortalité les plus élevés. Les quotients de mortalité juvénile les plus faibles sont enregistrés dans Lomé Commune, Maritime, Plateaux et dans la région Centrale où les quotients vont d'un minimum de 20‰ à un maximum de 33‰.

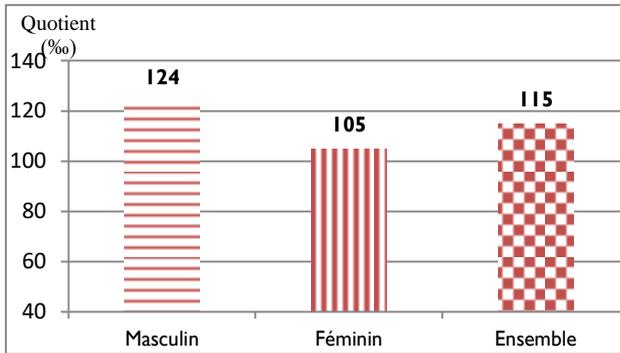
Graphique 3.7 : Quotient (‰) de mortalité juvénile selon la région de résidence



3.1.3. Mortalité infanto-juvénile

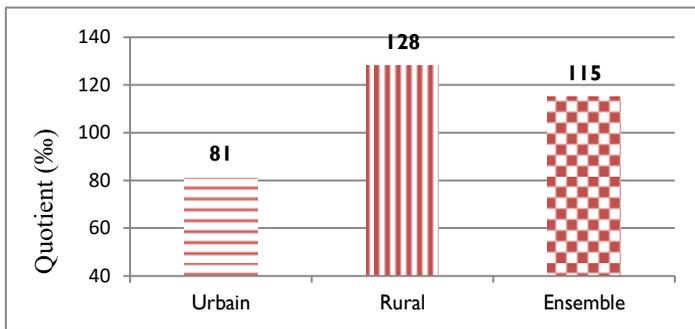
Les données du RGPH4 montrent que le quotient de mortalité des enfants de moins de cinq ans est de 115‰. L'analyse de la mortalité des enfants de moins de cinq ans selon le sexe montre une surmortalité masculine. En effet, le quotient de mortalité infanto-juvénile est de 124‰ pour les enfants de sexe masculin et de 105‰ pour les enfants de sexe féminin.

Graphique 3.8 : Quotient (%) de mortalité infanto-juvénile selon le sexe



En considérant le milieu de résidence, le risque de décédé des enfants de moins de cinq ans est plus élevé en milieu rural qu'en milieu urbain (128‰ contre 81‰).

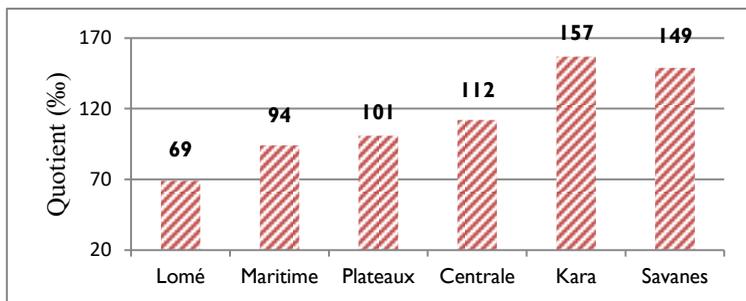
Graphique 3.9 : Quotient (%) de mortalité infanto-juvénile selon le milieu de résidence



L'analyse de la mortalité infanto-juvénile selon la région de résidence montre que le quotient de mortalité infanto-juvénile est au-dessus du niveau observé dans l'ensemble du pays dans la région Centrale (112‰), de la Kara (157‰) et des Savanes (149‰). Dans les régions Lomé Commune, Maritime et Plateaux, les niveaux de mortalité infanto-

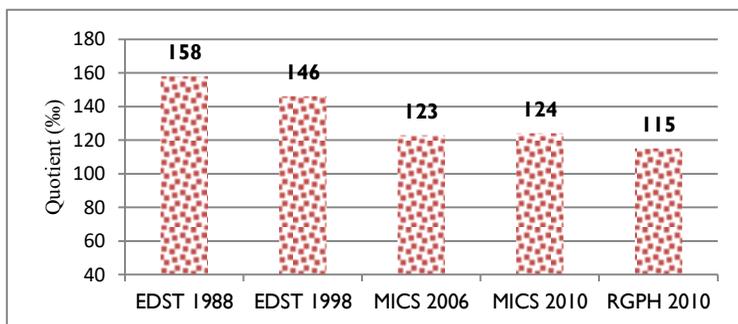
juvénile sont en dessous de celui observé au niveau national. D'une façon générale, le quotient de mortalité infanto-juvénile est très faible dans Lomé Commune (69‰).

Graphique 3.10 : Quotient (‰) de mortalité infanto-juvénile selon la région de résidence



Le graphique 3.11 présente les niveaux de la mortalité infanto-juvénile obtenus à partir de différentes sources depuis 1988 à 2010. Les données montrent que la mortalité infanto-juvénile a amorcé depuis des années une baisse régulière. En 1988, le niveau de mortalité infanto-juvénile était de 158‰. Il est passé après plus de vingt ans à 115‰ soit une baisse de près de 40 points.

Graphique 3.11 : Évolution du quotient (‰) de mortalité infanto-juvénile entre 1988-2010



3.2. Analyse différentielle de la mortalité dans l'enfance

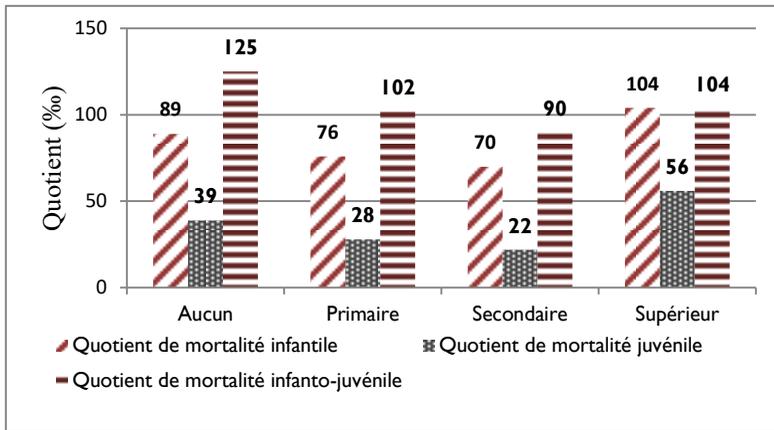
3.2.1. Instruction de la mère et mortalité dans l'enfance

Le graphique 3.12 présente les quotients de mortalité infantile, juvénile et infanto-juvénile selon le niveau d'instruction de la mère. En effet, les quotients de mortalité infantile des enfants de mères ayant le niveau supérieur (104‰) et de mères n'ayant aucun niveau d'instruction (89‰) sont plus élevés que les quotients de mortalité infantile des enfants de mères ayant le niveau primaire (76‰) et ceux de mères ayant le niveau secondaire (70‰).

En considérant le quotient de mortalité juvénile, on note qu'il est plus élevé chez les enfants de mères ayant le niveau d'instruction supérieur (56‰) que chez les enfants de mères sans instruction (39‰). Les enfants de mères ayant le niveau primaire ont un quotient de mortalité de (28‰) contre 22‰ pour les enfants de mère ayant le niveau d'instruction secondaire.

La mortalité infanto-juvénile suit la même tendance que celles infantile et juvénile. Ce sont les enfants de mères n'ayant aucun niveau d'instruction qui courent plus de risque de décéder (125‰). Ils sont suivis par les enfants de mère ayant le niveau d'instruction supérieur (104‰) et ceux de mères ayant le niveau primaire (102‰). C'est les enfants de mères ayant le niveau secondaire qui courent moins de risque de décéder avant leur cinquième anniversaire (90‰).

Graphique 3.12 : Quotient (%) de mortalité infantile, juvénile et infanto-juvénile selon le niveau d'instruction de la mère

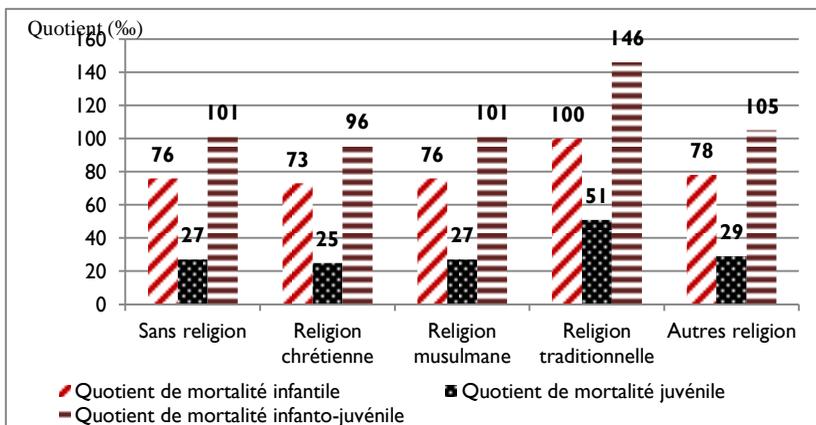


L'analyse de la mortalité selon le niveau d'instruction de la mère montre que c'est les enfants de mères n'ayant aucun niveau d'instruction et ceux ayant le niveau supérieur qui courent plus de risque de décéder. Les résultats de ces derniers s'opposent aux études réalisées dans la mesure où la littérature montre que le niveau d'instruction élevé correspond souvent au niveau de mortalité faible.

3.2.2. Religion de la mère et mortalité dans l'enfance

Le graphique 3.13 montre que le quotient de mortalité infantile le plus élevé (100‰) est enregistré chez les enfants de mères appartenant à la religion traditionnelle et le plus faible chez les enfants de mères appartenant à la religion chrétienne (73‰). Les enfants de mères appartenant aux autres religions ont un quotient de mortalité infantile de 78‰. En outre, on ne note pas de différence entre le quotient de mortalité infantile observé chez les enfants de mère pratiquant la religion musulmane et ceux de mères sans religion (76‰).

Graphique 3.13 : Quotient (%) de mortalité infantile, juvénile et infanto-juvénile selon la religion de la mère



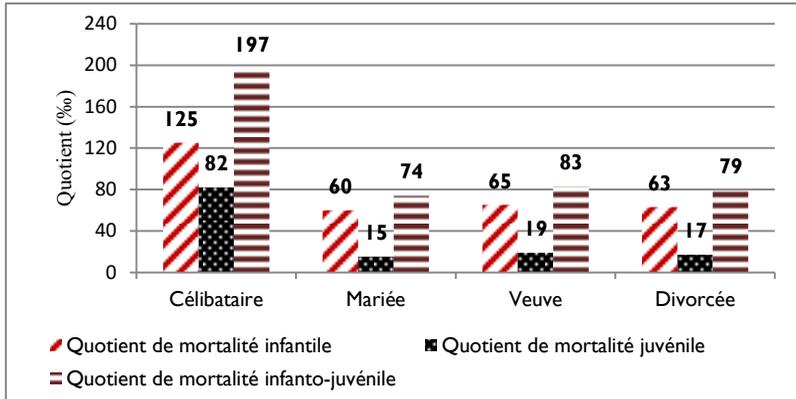
En considérant la mortalité juvénile, c'est également chez les enfants de mères de religion traditionnelle que le risque de décéder est plus élevé (51%) ; il est plus faible chez les enfants de mères chrétiennes (25%). Le constat est aussi valable avec l'analyse de la mortalité infanto-juvénile qui montre que les enfants de mères pratiquant la religion traditionnelle (146%) courent plus le risque de décéder que les enfants de mères chrétiennes (96%). La mortalité reste élevée chez les enfants de mères des autres religions (105%) ; les enfants de mères appartenant à la religion musulmane et ceux de mères sans religion enregistrent chacun un quotient infanto-juvénile de 101%.

3.2.3. État matrimonial de la mère et mortalité dans l'enfance

Il ressort du graphique 3.14 que le quotient de mortalité infantile des enfants de mères célibataires est deux fois supérieur à celui des enfants dont les mères sont mariées (125% contre 60%). Le quotient de mortalité infantile enregistré chez les enfants de mères divorcées et veuves est respectivement de 63% et 65%.

En considérant le quotient de mortalité juvénile, on se rend compte que la mortalité reste très élevée chez les enfants de mères célibataires 82%.

Graphique 3.14 : Quotient (‰) de mortalité infantile, juvénile et infanto-juvénile selon l'état matrimonial de la mère



L'analyse de la mortalité infanto-juvénile selon l'état matrimonial, montre que le risque de décéder des enfants de mères célibataires est 2.6 fois plus que élevé que celui des enfants de mères mariées (197‰ contre 74‰). Le quotient de mortalité des enfants de mères veuves est légèrement supérieur à celui des enfants de mères divorcées (83‰ contre 79‰).

3.2.4. Occupation de la mère et mortalité dans l'enfance

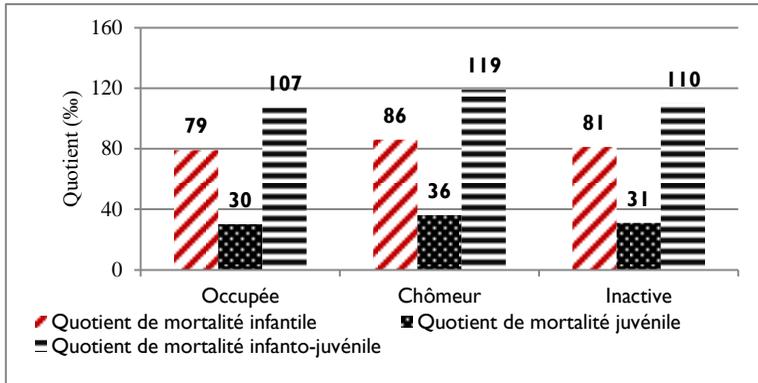
Il ressort du graphique 3.15 que la mortalité infantile sévit plus chez les enfants de mères en chômage (86‰) et inactives (81‰). S'agissant des enfants de mères actives on note que sur 1000 naissances vivantes de ces femmes, 76 de ces enfants décèdent avant leur premier anniversaire.

En considérant la mortalité juvénile, la même tendance s'observe puisque 36‰ des enfants de mères chômeurs ayant fêté leur premier anniversaire meurent avant leur cinquième anniversaire. Il est à relever qu'il existe peu de différence de mortalité juvénile entre les enfants de mères inactives

(31‰) et occupées (30‰).

L'analyse de la mortalité infanto-juvénile montre que c'est les enfants de mères chômeurs qui courent plus le risque de décéder (119‰). Toutefois, le quotient de mortalité infanto-juvénile des enfants de mères inactives (110‰) et de mères occupées (107‰) restent élevés.

Graphique 3.15 : Quotients (‰) de mortalité infantile, juvénile et infanto-juvénile selon l'occupation de la mère



Ce chapitre a permis de montrer la variation des quotients selon certaines variables de différenciation. En effet, La mortalité reste élevée au niveau national, en milieu rural et surtout dans la région de la Kara. Les enfants de mères ayant le niveau maternel ou primaire courent moins de risque de décéder que leurs homologues de mères sans instruction ou de niveau supérieur. L'analyse selon le statut d'occupation de la mère montre que les enfants de mères occupées enregistrent des quotients de mortalité plus faibles que les enfants de mères en chômage ou inactive. Selon le statut matrimonial, ce sont les enfants de mères mariées qui enregistrent un quotient de mortalité plus faible. Cette étude au regard des données collectées n'autorise pas une analyse causale qui permettrait d'apprécier la contribution ou l'effet de chaque variable dans l'étude de la mortalité des enfants.

CHAPITRE IV : MORTALITÉ MATERNELLE

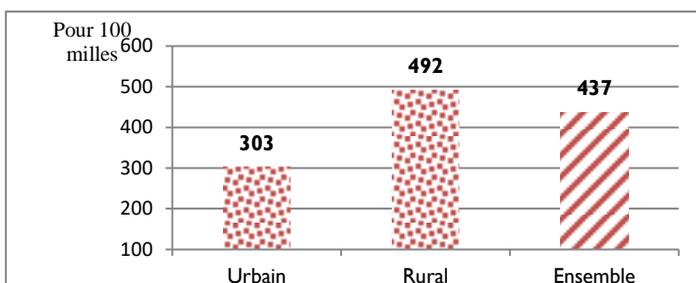
L'amélioration de la santé maternelle est l'un des huit objectifs du Millénaire pour le développement (OMD) dont les deux cibles retenues visent la réduction du rapport de mortalité maternelle (RMM) de trois quarts entre 1990 et 2015 et la généralisation de l'accès à la médecine procréative à l'horizon 2015. Ce chapitre vise à estimer le niveau de mortalité maternelle et les disparités régionales que cache cet indicateur.

4.1. Niveau de la mortalité maternelle

Le niveau de la mortalité maternelle reste élevé au Togo. Les données du graphique 4.1 indiquent que le rapport de mortalité maternelle au niveau national est de 437 décès maternels pour cent mille naissances vivantes.

En considérant le milieu de résidence, le rapport de mortalité maternelle est plus élevé en milieu rural (492 décès maternels pour cent mille naissances vivantes) qu'en milieu urbain (303 décès maternels pour cent mille naissances vivantes).

Graphique 4.1 : Rapport de mortalité maternelle selon le milieu de résidence



L'analyse du rapport de mortalité maternelle selon la région de résidence (Tableau 4.1) montre qu'il existe des régions à faible et à fort niveau de mortalité maternelle. Dans les régions Lomé commune (258 décès

maternels pour 100 000 naissances vivantes), Savanes (381 décès maternels pour 100 000 naissances vivantes) et Plateaux (394 décès maternels pour 100 000 naissances vivantes), le rapport de mortalité maternelle est en dessous de la moyenne nationale. Par contre c'est dans les régions Centrale (573 décès maternels pour 100 000 naissances vivantes), Maritime (501 décès maternelles pour 100 000 naissances vivantes) et Kara (494 décès maternels pour 100 000 naissances vivantes) qu'on enregistre les niveaux de mortalité maternelle les plus élevés.

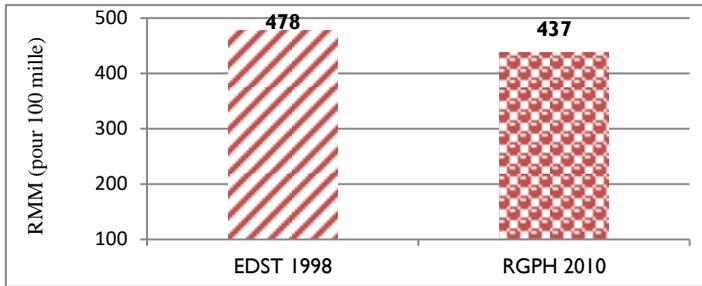
Tableau4.1 : Rapport de mortalité maternelle par région (pour 100 000 naissances vivantes)

Région	Rapport de Mortalité Maternelle (RMM)
Lomé commune	258
Maritime	501
Plateaux	394
Centrale	573
Kara	494
Savanes	381
Ensemble	437

4.2. Évolution de la mortalité maternelle

Le graphique 4.2 présente les estimations du rapport de mortalité maternelle obtenu à partir des sources EDST-II de 1998 et du RGPH4 de 2010. Bien que le RMM ne soit pas standardisé, on peut remarquer que le rapport de mortalité maternelle obtenu à partir des données du RGPH4 est inférieur à celui obtenu en 1998 à partir des données de l'enquête démographique et de santé ; le niveau passant de 478 à 437 décès maternelles pour 100 000 naissances vivantes.

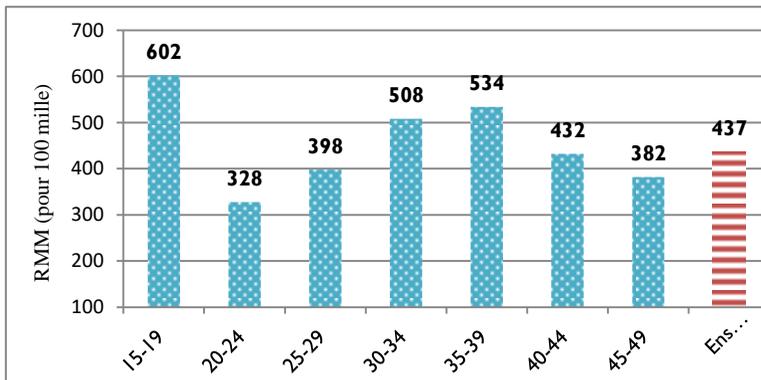
Graphique 4.2 : Évolution du rapport de mortalité maternelle (1998-2010)



4.3. Analyse différentielle de la mortalité

L'analyse de la mortalité maternelle par groupe d'âges fait apparaître des groupes à haut risque. On note la surmortalité des mères du groupe d'âges 15-19 ans (602 décès maternels pour 100 000 naissances vivantes), 35-39 ans (534 décès maternels pour 100 000 naissances vivantes) et 30-34 ans (508 décès maternels pour 100 000 naissances vivantes). Les mères des autres groupes 20-24 ans, 25-29 ans, 40-44 ans ont un rapport de mortalité maternelle en dessous de la moyenne nationale.

Graphique 4.3: Rapport de mortalité maternelle par groupe d'âges (pour 100 000)



4.4. Autre indicateur de mortalité maternelle

Les données relatives à la mortalité maternelle montrent que le Taux de Mortalité Maternelle (TMM) qui reflète le risque de mortalité maternelle parmi les femmes en âge de reproduction est de 0,59 %. Ce taux en milieu urbain est de 0,33‰ contre 0,78‰ en milieu rural.

Tableau4.3 : Indicateurs de mortalité maternelle selon le milieu de résidence

Milieu de résidence	Taux de Mortalité Maternelle (pour 1000)
Urbain	0,33
Rural	0,78
Ensemble	0,59

Il ressort des résultats obtenus que la mortalité maternelle quoiqu'en baisse reste élevée au Togo. De plus, le rapport de mortalité maternelle est plus élevé en milieu rural qu'en milieu urbain. Les jeunes mères du groupe d'âges 15-19 ans et leurs homologues du groupe 34-35 ans sont celles qui meurent plus de causes maternelles. L'analyse selon la région de résidence laisse voir des disparités. Les régions Centrale, de la Kara et des Savanes sont celles qui enregistrent un rapport de mortalité élevé.

CONCLUSION GÉNÉRALE

Les données du recensement de 1981 sur la situation démographique du Togo étaient devenues désuètes. La base de sondage issue de ce recensement, réalisé 29 ans avant celui de 2010, ne répondait plus aux exigences des enquêtes par sondage. De même, les tables de mortalité qui en étaient dérivées ne rendaient plus compte du niveau de mortalité du pays. Ainsi, les résultats du recensement général de la population et de l'habitat de 2010 portant sur l'analyse de la mortalité permettent d'améliorer les connaissances et les disparités des différents indicateurs de mortalité.

Le contexte de l'étude a mis en exergue le niveau de mortalité en relation avec le contexte économique, politique, social et culturel observé depuis des années. L'aspect méthodologique à travers l'évaluation de la qualité des données collectées a orienté la mesure de la mortalité vers la méthode indirecte pour l'estimation de la mortalité générale.

Dans l'ensemble, la mortalité reste à un niveau particulièrement élevé au Togo. Le taux brut de mortalité s'établit à 10,6‰ contre 13‰ au RGPH 1981. L'analyse du taux brut de mortalité selon le sexe montre que sur 1000 hommes ou femmes, près de 12 hommes contre 10 femmes décèdent (11,8‰ contre 9,5‰).

Selon le milieu de résidence, le taux brut de mortalité en milieu urbain est de 7,3‰ contre 12,6‰ en milieu rural. La comparaison selon les régions par le taux comparatif de mortalité montre que c'est dans les régions Maritime (10,3‰), Centrale (9,9‰) et Savanes (8,8‰) qu'on enregistre les niveaux de mortalité les plus élevés.

L'espérance de vie à la naissance qui traduit le nombre moyen d'années qu'on peut espérer vivre sous l'hypothèse que les conditions sanitaires demeurent inchangées, est estimée à 60,8 ans. Selon le sexe, les femmes

vivent plus longtemps que les hommes (64,2 ans contre 56,4 ans). En considérant le milieu de résidence, on note un allongement de la durée de vie de plus de 4ans en milieu urbain qu'en milieu rural (64,1 ans contre 60,8 ans). En considérant la région de résidence, on constate que l'espérance de vie est au-delà de 60 ans pour les deux sexes confondus. Dans les régions Lomé commune (67,7 ans), Plateaux (65,9 ans) et Kara (67,2 ans), l'espérance de vie à la naissance est largement au-dessus de la moyenne nationale.

Les résultats relatifs à la mortalité des enfants montrent que le niveau de mortalité des enfants quoiqu'en baisse reste élevé. Le quotient de mortalité infantile selon les données du RGPH4 est estimé à 83‰. Selon le sexe, les données montrent une différence liée au fait que les filles bénéficient d'un avantage biologique. Le quotient de mortalité infantile est de 78‰ pour les filles contre 89‰ pour les garçons. En considérant le milieu de résidence, c'est les enfants résidant en milieu rural qui courent plus le risque de décéder que leurs homologues du milieu urbain (90‰ contre 64‰). Selon la région de résidence, les régions de la Kara (105‰) et des Savanes (101‰) enregistrent des quotients de mortalité infantile très élevés. Les quotients de mortalité les plus faibles sont observés dans Lomé commune (67‰) et dans la région Maritime (72‰).

Le quotient de mortalité juvénile est estimé au Togo à 34‰. Le quotient de mortalité juvénile est de 29‰ pour les filles et de 39‰ pour les garçons. Selon le milieu de résidence, les enfants du milieu rural courent 2,3 fois plus de risque de mourir que leurs homologues du milieu urbain (41‰ contre 18‰). Dans les régions, on constate que le quotient de mortalité juvénile augmente au fur et à mesure qu'on s'éloigne de Lomé Commune. Les enfants de la région de la Kara (58‰) courent plus le risque de décéder que les enfants des autres régions.

L'analyse de la mortalité des enfants de moins de cinq ans montre que le quotient de mortalité infanto-juvénile est de 115‰. Selon le sexe, le quotient de mortalité des enfants de sexe masculin est plus élevé que celui

de sexe féminin (124‰ contre 105‰). En considérant le milieu de résidence les enfants de moins de cinq ans du milieu rural courent 1,6 fois plus de risque de mourir que les enfants du milieu urbain. L'analyse selon la région de résidence montre que le quotient de mortalité infanto-juvénile est très élevé dans la région de la Kara (157‰) et Savanes (149‰). Dans les régions Centrale (112‰), Plateaux (101‰) et Maritime (94‰), le quotient de mortalité infanto-juvénile est en dessous de la moyenne nationale. C'est dans Lomé commune qu'on enregistre le quotient de mortalité infanto-juvénile le plus faible (69‰). La comparaison du quotient de mortalité infanto-juvénile obtenu entre 1988 et 2010 montre que le quotient de mortalité infanto-juvénile a connu une baisse de 12 points en 10 ans soit de 1988 à 1998, de 23 points entre 1998 et 2006, et de 8 points au cours de la période 2006-2010.

L'analyse différentielle de la mortalité dans l'enfance montre que les variables niveau d'instruction, religion, état matrimonial et occupation de la mère influencent le niveau de mortalité des enfants. En considérant l'instruction de la mère, on s'entend à ce que le quotient de mortalité des enfants de mère ayant le niveau supérieur soit plus faible. L'analyse des données du quatrième RGPH révèlent que les enfants de mères ayant le niveau d'instruction primaire ou secondaire courent moins de risque de décéder que les enfants de mère sans instruction ou ayant le niveau d'instruction supérieur. Le niveau élevé du quotient de mortalité des enfants de mère ayant le niveau supérieur s'expliquerait par l'occupation des mères. Ces dernières appelées à vaquer à leur activité laissent les enfants auprès des personnes immatures.

L'utilisation de la méthode directe a permis d'estimer le ratio de mortalité maternelle. Au regard des résultats obtenus, il s'est avéré qu'au Togo, le ratio de mortalité maternelle est de 437 décès maternels pour 100 000 naissances vivantes. Ce ratio est plus élevé en milieu rural qu'en milieu urbain où on note respectivement 492 et 303 décès maternels pour 100 000 naissances vivantes. En considérant la région de résidence, le rapport de mortalité maternelle est de 573 décès maternels pour 100 000

naissances vivantes dans la région Centrale, 501 décès maternels pour 100 000 naissances vivantes dans la région Maritime et 494 décès maternels pour 100 000 naissances vivantes dans la région de la Kara.

Ce niveau situe le Togo parmi les pays à forte mortalité maternelle indiquant ainsi que les politiques actuellement en cours en matière de santé de la reproduction méritent d'être renforcées. La politique visant à réduire la mortalité maternelle doit cibler les adolescentes (15-19 ans) et les femmes du groupe d'âges 35-39 ans qui ont un rapport de mortalité maternelle élevé.

Les données du RGPH pour l'étude de la mortalité ne permettant pas d'approfondir le thème dans sa globalité. Les questions relatives aux causes de décès n'étant pas saisies, il serait judicieux d'organiser des études spécifiques à la mortalité maternelle et à la mortalité des enfants pour une meilleure compréhension des facteurs qui influencent de nos jours ce phénomène démographique. De plus, l'enregistrement des faits d'état civil devrait être renforcé pour une meilleure connaissance des causes de décès et une actualisation à temps réel des indicateurs de mortalité au Togo.

BIBLIOGRAPHIE

Akoto E., M. (1985), Mortalité infantile et juvénile en Afrique : Niveaux et caractéristiques. Causes et déterminants, Département de Démographie, Université de Louvain.

Vignikin K. et GBETOGLO, D. Analyse approfondie des données de la seconde enquête démographique et de santé du Togo, les cahiers de l'URD N°5, Unité de Recherche Démographique, Université de Lomé.

Arriaga E. E. (1994), Population Analysis with Microcomputers, volumes I & II, Bureau of Census, USAID, UNFPA, Washington (USA).

Gendreau F. et al. (1985), Manuel de Yaoundé. Estimations indirectes des données en démographie africaine, Ordinal Editions, Liège (Belgique).

Institut National des Etudes Démographiques (INED) et al. (1973), Ajustement des données imparfaites.

Nations Unies (1984), Manuel X : Techniques indirectes d'estimation démographique, Etudes démographiques n° 81.

Pressat R., 1973, Analyse démographique : concepts, méthodes, résultats, PUF, Paris.

TAPINOS G., 1985, Éléments de démographie : analyse, déterminants socio-économiques et histoire de populations, Armand Colin, Paris.

UNITED NATIONS (2008), Principles and recommendations for Population and Housing Censuses. Revision 2, New York, USA.

UNITED NATIONS (1983), Manual X: Indirect Techniques for Demographic Estimation. UN, New York, USA.

Wunsh G. (1984), Techniques d'analyse des données démographiques déficientes, Ordinal Editions, Liège (Belgique).

ANNEXES

Tableau A.1 : Indicateurs de mortalités observés et redressés des enfants par milieu de résidence (après application du coefficient de redressement)

Milieu de résidence	Indicateurs de mortalité observés			Indicateurs de mortalité redressés		
	190	491	590	190	491	590
Urbain	51,8	17,5	68,4	61,4	20,7	81,0
Rural	81,6	48,5	126,1	82,8	49,3	128,0
Ensemble	72,1	39,3	108,5	76,4	41,6	115,0

Tableau A.2: Indicateurs d'entrée pour la construction des tables de mortalité selon le milieu de résidence

Indicateurs d'entrées	Urbain		Rural		Ensemble	
	Masculin	Féminin	Masculin	Féminin	Masculin	Féminin
e_{20}	46,2 ans	54,2 ans	45,1 ans	51,7 ans	46,3 ans	52,7 ans
I_1	93 120	94 556	91 072	92 432	91 753	93 037
I_5	90 849	92 899	86 335	88 178	87 648	89 489

Tableau A.3 : Indicateurs d'entrée pour la construction des tables de mortalité selon la région

Région	Indicateurs d'entrées	Sexe	
		Masculin	Féminin
Maritime	e ₂₀	47,6 ans	51,1 ans
	I ₁	90 372	93 429
	I ₅	88 495	90 739
Plateaux	e ₂₀	49,3 ans	54,8 ans
	I ₁	95 304	93 013
	I ₅	93 979	89 853
Centrale	e ₂₀	49,0 ans	50,9 ans
	I ₁	94 124	92 559
	I ₅	92 234	87 718
Kara	e ₂₀	53,9 ans	49,8 ans
	I ₁	96 005	98 325
	I ₅	95 019	97 268
Savanes	e ₂₀	49,1 ans	55,1 ans
	I ₁	93 540	92 541
	I ₅	92 738	87 612
Lomé	e ₂₀	49,4 ans	55,0 ans
	I ₁	94 550	95 172
	I ₅	93 199	93 944

Tableau A.4: Taux de mortalité par âge estimés et décès attendus selon le sexe

Age (X)	Population dénombrée			Taux (‰)			Décès attendus en 2010		
	Masculin	Féminin	Ensemble	Masculin	Féminin	Ensemble	Masculin	Féminin	Ensemble
0 an	89 458	87 674	177 132	87,7	73,4	80,6	89 458	87 674	177 132
1 an	335 932	326 858	662 790	11,5	9,8	10,7	335 932	326 858	662 790
5 ans	449 701	437 412	887 113	3	1,4	2,2	449 701	437 412	887 113
10 ans	363 187	332 416	695 603	1,9	0,9	1,4	363 187	332 416	695 603
15 ans	290 320	271 954	562 274	3,1	1,4	2,3	290 320	271 954	562 274
20 ans	233 196	271 159	504 355	4,2	1,9	3	233 196	271 159	504 355
25 ans	198 197	261 810	460 007	4,2	2,2	3,1	198 197	261 810	460 007
30 ans	184 745	208 734	393 479	4,8	2,4	3,5	184 745	208 734	393 479
35 ans	154 323	172 379	326 702	5,5	2,9	4,1	154 323	172 379	326 702
40 ans	129 607	141 145	270 752	7,1	3,6	5,3	129 607	141 145	270 752
45 ans	104 174	108 106	212 280	9,3	4,6	6,9	104 174	108 106	212 280
50 ans	77 087	88 581	165 668	13,1	6,6	9,6	77 087	88 581	165 668
55 ans	51 076	56 741	107 817	18,6	9,5	13,8	51 076	56 741	107 817
60 ans	41 341	54 235	95 576	28,1	15,7	21,1	41 341	54 235	95 576
65 ans	24 862	36 897	61 759	42,8	26,6	33,1	24 862	36 897	61 759
70 ans	22 467	35 067	57 534	70	48,1	56,7	22 467	35 067	57 534
75 ans	12 355	18 947	31 302	116,6	86	98,1	12 355	18 947	31 302
80 ans ou &	26 113	42 633	68 746	215	183,1	195,2	26 113	42 633	68 746
Total	2 788 141	2 952 748	5 740 889				35 422	30 225	65 647
TBM (‰)							11,8	9,5	10,6

Tableau A.5 : Taux de mortalité par âge estimés et décès attendus selon le milieu de résidence

Age (X)	Population dénombrée			Taux (‰)			Décès attendus en 2010		
	Urbain	Rural	Ensemble	Urbain	Rural	Ensemble	Urbain	Rural	Ensemble
0 an	61 946	128 592	190 538	65,4	88,0	80,6	4 049	11 314	15 363
1 an	217 441	495 182	712 623	5,5	12,9	10,7	1 203	6 395	7 598
5 ans	277 582	676 093	953 675	1,7	2,4	2,2	479	1 630	2 109
10 ans	251 528	497 789	749 317	1,3	1,5	1,4	323	743	1 066
15 ans	260 185	347 573	607 758	2,0	2,5	2,3	518	866	1 384
20 ans	273 250	273 261	546 511	2,6	3,3	3	715	906	1 621
25 ans	238 986	258 978	497 964	2,7	3,4	3,1	645	881	1 526
30 ans	192 154	233 188	425 341	3,2	3,8	3,5	615	886	1 501
35 ans	149 792	203 002	352 794	3,8	4,4	4,1	567	890	1 457
40 ans	118 532	173 697	292 229	4,8	5,6	5,3	569	973	1 542
45 ans	91 082	137 867	228 949	6,3	7,3	6,9	575	1 007	1 582
50 ans	68 493	110 129	178 622	9,0	10,0	9,6	617	1 101	1 719
55 ans	43 865	72 338	116 203	13,0	14,3	13,8	570	1 034	1 605
60 ans	31 610	71 299	102 909	19,6	21,7	21,1	618	1 549	2 168
65 ans	19 401	47 060	66 462	30,2	34,3	33,1	586	1 616	2 202
70 ans	15 335	46 546	61 881	51,3	58,4	56,7	787	2 719	3 506
75 ans	8 189	25 453	33 642	89,3	100,9	98,1	731	2 568	3 300
80 ans ou +	15 123	58 613	73 736	183,6	198,3	195,2	2 777	11 621	14 398
Total	2 334 493	3 856 662	6 191 155				16 945	48 699	65 646
	TBM (‰)						7,3	12,6	10,6

Tableau A.6 : Table de mortalité par sexe du Togo (Urbain)

Age (x)	Ensemble				Masculin				Féminin			
	Q(x)	M(x)	I(x)	E(x)	Q(x)	M(x)	I(x)	E(x)	Q(x)	M(x)	I(x)	E(x)
0 an	62,5	65,4	100 000	64,1	68,8	72,6	100 000	58,3	54,4	56,9	100 000	68,2
1 an	21,8	5,5	93 750	67,3	24,4	6,2	93 120	61,5	17,5	4,4	94 556	71,1
5 ans	8,5	1,7	91 706	64,8	14,6	2,9	90 849	59,1	5,1	1,0	92 899	68,4
10 ans	6,5	1,3	90 927	60,3	9,5	1,9	89 522	54,9	3,4	0,7	92 429	63,7
15 ans	10,0	2,0	90 336	55,7	16,6	3,4	88 672	50,4	4,9	1,0	92 114	58,9
20 ans	12,9	2,6	89 432	51,2	21,2	4,3	87 196	46,2	7,0	1,4	91 661	54,2
25 ans	13,4	2,7	88 279	46,9	21,3	4,3	85 346	42,1	8,2	1,6	91 020	49,6
30 ans	15,9	3,2	87 096	42,5	24,1	4,9	83 528	38,0	9,5	1,9	90 273	45,0
35 ans	18,8	3,8	85 711	38,1	27,4	5,6	81 513	33,9	11,2	2,3	89 418	40,4
40 ans	23,7	4,8	84 100	33,8	35,4	7,2	79 276	29,8	14,7	3,0	88 413	35,8
45 ans	31,0	6,3	82 106	29,6	45,8	9,4	76 466	25,8	19,1	3,8	87 117	31,3
50 ans	44,0	9,0	79 561	25,4	63,7	13,1	72 965	21,9	28,2	5,7	85 455	26,8
55 ans	63,0	13,0	76 060	21,5	89,7	18,7	68 315	18,2	40,5	8,3	83 044	22,5
60 ans	93,4	19,6	71 269	17,8	132,5	28,3	62 185	14,7	66,4	13,7	79 679	18,4
65 ans	140,4	30,2	64 612	14,3	195,0	43,0	53 945	11,6	111,4	23,5	74 392	14,5
70 ans	227,3	51,3	55 541	11,3	300,3	70,4	43 424	8,7	196,4	43,2	66 108	11,0
75 ans	365,3	89,4	42 916	8,8	451,3	117,1	30 385	6,4	331,6	78,9	53 127	8,0
80 ans ou +	...	183,6	27 239	7,5	...	215,5	16 671	4,6	...	175,7	35 513	5,7

Tableau A .7 : Table abrégée de mortalité par sexe du Togo (Rural)

Age (x)	Ensemble				Masculin				Féminin			
	Q(x)	M(x)	I(x)	E(x)	Q(x)	M(x)	I(x)	E(x)	Q(x)	M(x)	I(x)	E(x)
0 an	76,3	80,6	100 000	60,8	82,5	87,7	100 000	56,4	69,6	73,4	100 000	64,2
1 an	41,8	10,7	92 368	64,8	44,7	11,5	91 753	60,4	38,1	9,8	93 037	67,9
5 ans	11,0	2,2	88 512	63,5	14,9	3,0	87 648	59,2	7,0	1,4	89 489	66,6
10 ans	7,1	1,4	87 538	59,2	9,3	1,9	86 345	55,1	4,7	0,9	88 862	62,0
15 ans	11,3	2,3	86 918	54,6	15,2	3,1	85 541	50,6	7,0	1,4	88 445	57,3
20 ans	14,7	3,0	85 934	50,2	20,9	4,2	84 241	46,3	9,4	1,9	87 831	52,7
25 ans	15,2	3,1	84 670	45,9	21,0	4,2	82 478	42,2	11,0	2,2	87 004	48,2
30 ans	17,5	3,5	83 384	41,6	23,9	4,8	80 746	38,1	12,1	2,4	86 049	43,7
35 ans	20,4	4,1	81 926	37,3	27,1	5,5	78 820	34,0	14,2	2,9	85 004	39,2
40 ans	26,0	5,3	80 252	33,0	35,1	7,1	76 680	29,8	17,8	3,6	83 801	34,7
45 ans	33,9	6,9	78 163	28,8	45,4	9,3	73 989	25,8	22,5	4,6	82 307	30,3
50 ans	47,0	9,6	75 510	24,7	63,3	13,1	70 629	21,9	32,7	6,6	80 452	25,9
55 ans	66,7	13,8	71 961	20,8	89,2	18,6	66 158	18,2	46,6	9,5	77 823	21,7
60 ans	100,0	21,1	67 158	17,2	131,8	28,1	60 257	14,8	75,9	15,7	74 196	17,7
65 ans	152,9	33,1	60 439	13,8	194,1	42,8	52 316	11,6	125,3	26,6	68 563	13,9
70 ans	248,1	56,7	51 195	10,8	299,0	70,0	42 163	8,8	216,1	48,1	59 970	10,5
75 ans	393,8	98,1	38 493	8,6	450,0	116,6	29 555	6,4	355,6	86,0	47 010	7,7
80 ans ou +	...	195,2	23 333	7,5	...	215,0	16 255	4,7	...	183,1	30 293	5,5

Tableau A.8 : Table abrégée de mortalité par sexe de la commune de Lomé

Age (x)	Ensemble				Masculin				Féminin			
	Q(x)	M(x)	I(x)	E(x)	Q(x)	M(x)	I(x)	E(x)	Q(x)	M(x)	I(x)	E(x)
0 an	51,7	53,7	100 000	67,1	54,5	57,0	100 000	63,1	48,3	50,2	100 000	69,8
1 an	13,6	3,4	94 830	69,7	14,3	3,6	94 550	65,7	12,9	3,3	95 172	72,4
5 ans	6,2	1,2	93 540	66,6	8,2	1,7	93 199	62,6	4,2	0,8	93 944	69,3
10 ans	4,3	0,9	92 960	62,0	6,2	1,2	92 431	58,1	2,8	0,6	93 552	64,6
15 ans	7,0	1,4	92 561	57,3	10,7	2,2	91 861	53,4	4,1	0,8	93 286	59,8
20 ans	9,6	1,9	91 913	52,7	13,7	2,8	90 876	49,0	5,9	1,2	92 903	55,0
25 ans	10,2	2,1	91 030	48,2	13,8	2,8	89 632	44,6	7,0	1,4	92 352	50,3
30 ans	12,5	2,5	90 102	43,6	16,8	3,4	88 393	40,2	8,2	1,6	91 704	45,7
35 ans	14,8	3,0	88 976	39,1	19,5	3,9	86 906	35,9	9,8	2,0	90 953	41,0
40 ans	19,9	4,0	87 659	34,7	26,4	5,3	85 209	31,5	13,1	2,6	90 061	36,4
45 ans	26,6	5,4	85 914	30,4	35,8	7,3	82 961	27,3	17,3	3,5	88 883	31,8
50 ans	38,6	7,9	83 629	26,1	52,1	10,7	79 994	23,2	25,9	5,2	87 346	27,3
55 ans	55,5	11,4	80 401	22,1	75,4	15,6	75 829	19,4	37,3	7,6	85 085	23,0
60 ans	84,5	17,6	75 939	18,2	112,7	23,8	70 111	15,7	61,3	12,6	81 909	18,8
65 ans	131,4	28,1	69 522	14,7	168,7	36,7	62 213	12,4	103,9	21,8	76 887	14,8
70 ans	216,1	48,4	60 387	11,5	266,6	61,2	51 717	9,4	185,6	40,6	68 900	11,3
75 ans	352,1	85,5	47 337	9,0	414,4	104,5	37 929	6,9	318,2	75,1	56 112	8,2
80 ans ou +	...	179,7	30 670	7,5	...	202,2	22 212	4,9	...	171,7	38 257	5,8

Tableau A.9 : Table abrégée de mortalité par sexe de la région Maritime

Age (x)	Ensemble				Masculin				Féminin			
	Q(x)	M(x)	I(x)	E(x)	Q(x)	M(x)	I(x)	E(x)	Q(x)	M(x)	I(x)	E(x)
0 an	81,4	86,3	100 000	61,4	96,3	103,0	100 000	58,4	65,7	69,1	100 000	63,2
1 an	24,8	6,3	91 860	65,8	20,8	5,3	90 372	63,5	28,8	7,3	93 429	66,7
5 ans	11,0	2,2	89 582	63,4	11,6	2,3	88 495	60,9	10,3	2,1	90 739	64,6
10 ans	7,1	1,4	88 596	59,1	7,7	1,6	87 465	56,5	6,4	1,3	89 808	60,2
15 ans	11,1	2,2	87 967	54,5	12,7	2,6	86 789	52,0	9,3	1,9	89 236	55,6
20 ans	14,8	3,0	86 991	50,1	17,3	3,5	85 685	47,6	12,8	2,6	88 402	51,1
25 ans	15,8	3,2	85 704	45,8	17,4	3,5	84 203	43,4	14,6	2,9	87 270	46,7
30 ans	18,0	3,6	84 349	41,5	20,3	4,1	82 736	39,1	15,8	3,2	85 994	42,4
35 ans	20,5	4,2	82 831	37,2	23,4	4,7	81 052	34,9	18,0	3,6	84 633	38,0
40 ans	26,0	5,3	81 133	33,0	30,8	6,2	79 160	30,6	21,7	4,4	83 106	33,7
45 ans	33,3	6,8	79 024	28,8	40,7	8,3	76 723	26,5	26,5	5,4	81 304	29,4
50 ans	46,7	9,6	76 392	24,7	57,8	11,9	73 604	22,6	37,4	7,6	79 151	25,1
55 ans	66,8	13,8	72 825	20,8	82,4	17,2	69 351	18,8	53,0	10,9	76 195	21,0
60 ans	101,1	21,3	67 960	17,1	122,4	26,0	63 634	15,2	85,6	17,8	72 158	17,0
65 ans	154,8	33,6	61 089	13,7	181,7	39,8	55 843	12,0	139,3	29,8	65 980	13,3
70 ans	251,7	57,6	51 633	10,8	283,2	65,7	45 698	9,1	235,4	53,0	56 788	10,1
75 ans	396,7	99,0	38 637	8,5	432,7	110,6	32 755	6,6	377,9	92,8	43 420	7,3
80 ans ou +	...	196,1	23 309	7,5	...	208,6	18 582	4,8	...	190,0	27 013	5,3

Tableau A.10 : Table abrégée de mortalité par sexe de la région des Plateaux

Age (x)	Ensemble				Masculin				Féminin			
	Q(x)	M(x)	I(x)	E(x)	Q(x)	M(x)	I(x)	E(x)	Q(x)	M(x)	I(x)	E(x)
0 an	58,6	61,1	100 000	65,9	47,0	48,8	100 000	63,9	69,9	73,7	100 000	66,6
1 an	24,0	6,1	94 140	68,9	13,9	3,5	95 304	66,1	34,0	8,7	93 013	70,6
5 ans	6,0	1,2	91 881	66,6	7,6	1,5	93 979	63,0	4,3	0,9	89 853	69,1
10 ans	4,6	0,9	91 329	62,0	5,8	1,2	93 267	58,4	3,1	0,6	89 464	64,3
15 ans	7,6	1,5	90 909	57,2	10,3	2,1	92 722	53,8	4,5	0,9	89 187	59,5
20 ans	9,3	1,9	90 218	52,7	13,0	2,6	91 771	49,3	6,2	1,2	88 783	54,8
25 ans	9,7	1,9	89 379	48,1	13,1	2,6	90 582	44,9	7,3	1,5	88 234	50,1
30 ans	12,0	2,4	88 512	43,6	16,1	3,2	89 397	40,5	8,5	1,7	87 590	45,5
35 ans	14,2	2,9	87 450	39,1	18,7	3,8	87 957	36,1	10,2	2,0	86 845	40,8
40 ans	19,4	3,9	86 208	34,6	25,5	5,2	86 310	31,7	13,5	2,7	85 963	36,2
45 ans	26,4	5,4	84 536	30,2	34,8	7,1	84 111	27,5	17,7	3,6	84 806	31,7
50 ans	38,5	7,8	82 304	26,0	50,9	10,4	81 188	23,4	26,5	5,4	83 302	27,2
55 ans	56,1	11,5	79 135	21,9	73,9	15,3	77 058	19,5	38,1	7,8	81 098	22,9
60 ans	84,9	17,7	74 696	18,1	110,6	23,3	71 361	15,9	62,6	12,9	78 006	18,7
65 ans	131,9	28,2	68 354	14,5	166,0	36,0	63 468	12,5	105,7	22,2	73 126	14,8
70 ans	219,9	49,4	59 338	11,4	263,1	60,2	52 933	9,5	188,3	41,3	65 393	11,2
75 ans	362,8	88,6	46 290	8,9	410,5	103,3	39 007	6,9	321,6	76,1	53 080	8,2
80 ans ou +	...	185,0	29 496	7,5	...	200,9	22 995	5,0	...	172,7	36 011	5,8

Tableau A.11 : Table abrégée de mortalité par sexe de la région Centrale

Age (x)	Ensemble				Masculin				Féminin			
	Q(x)	M(x)	I(x)	E(x)	Q(x)	M(x)	I(x)	E(x)	Q(x)	M(x)	I(x)	E(x)
0 an	66,7	70,0	100 000	62,3	58,8	61,6	100 000	62,4	74,4	78,7	100 000	60,9
1 an	36,4	9,3	93 330	65,7	20,1	5,1	94 124	65,3	52,3	13,5	92 559	64,8
5 ans	9,5	1,9	89 933	64,1	8,4	1,7	92 234	62,6	10,6	2,1	87 718	64,3
10 ans	6,4	1,3	89 078	59,7	6,1	1,2	91 461	58,1	6,8	1,4	86 784	60,0
15 ans	10,1	2,0	88 508	55,1	10,3	2,1	90 898	53,5	9,9	2,0	86 197	55,4
20 ans	13,5	2,7	87 614	50,6	13,7	2,8	89 961	49,0	13,2	2,7	85 340	50,9
25 ans	14,5	2,9	86 432	46,3	13,8	2,8	88 729	44,6	15,1	3,0	84 211	46,5
30 ans	16,5	3,3	85 178	41,9	16,8	3,4	87 502	40,2	16,3	3,3	82 941	42,2
35 ans	19,0	3,8	83 773	37,6	19,5	3,9	86 030	35,9	18,5	3,7	81 589	37,9
40 ans	24,2	4,9	82 181	33,2	26,4	5,3	84 351	31,5	22,2	4,5	80 076	33,5
45 ans	31,4	6,4	80 192	29,0	35,8	7,3	82 125	27,3	27,0	5,5	78 301	29,2
50 ans	44,8	9,2	77 674	24,9	52,1	10,7	79 188	23,2	38,0	7,7	76 188	25,0
55 ans	64,3	13,3	74 195	20,9	75,4	15,6	75 065	19,4	53,8	11,0	73 294	20,9
60 ans	98,3	20,7	69 424	17,2	112,7	23,8	69 405	15,7	86,9	18,1	69 349	16,9
65 ans	152,4	33,0	62 599	13,8	168,7	36,7	61 586	12,4	141,2	30,2	63 320	13,3
70 ans	248,8	56,8	53 059	10,8	266,6	61,2	51 196	9,4	237,8	53,6	54 381	10,0
75 ans	394,4	98,3	39 858	8,6	414,4	104,5	37 547	6,9	380,7	93,7	41 447	7,3
80 ans ou +	...	195,5	24 138	7,5	...	202,2	21 989	4,9	...	190,9	25 669	5,2

Tableau A.12 : Table abrégée de mortalité par sexe de la région de la Kara

Age (x)	Ensemble				Masculin				Féminin			
	Q(x)	M(x)	I(x)	E(x)	Q(x)	M(x)	I(x)	E(x)	Q(x)	M(x)	I(x)	E(x)
0 an	28,6	29,2	100 000	67,2	40,0	41,3	100 000	69,7	16,8	17,0	100 000	66,2
1 an	10,5	2,6	97 140	68,2	10,3	2,6	96 005	71,6	10,8	2,7	98 325	66,3
5 ans	8,2	1,6	96 120	64,9	2,7	0,5	95 019	68,4	13,8	2,8	97 268	63,0
10 ans	4,7	0,9	95 332	60,4	2,5	0,5	94 760	63,5	7,3	1,5	95 924	58,8
15 ans	9,2	1,9	94 884	55,7	3,8	0,8	94 523	58,7	10,4	2,1	95 226	54,3
20 ans	14,2	2,9	94 011	51,2	4,9	1,0	94 163	53,9	15,7	3,2	94 240	49,8
25 ans	16,5	3,3	92 676	46,9	5,4	1,1	93 698	49,2	17,7	3,6	92 764	45,6
30 ans	18,0	3,6	91 147	42,6	7,3	1,5	93 188	44,4	19,0	3,8	91 123	41,3
35 ans	20,5	4,1	89 506	38,4	8,9	1,8	92 509	39,7	21,4	4,3	89 392	37,1
40 ans	24,3	4,9	87 671	34,1	13,4	2,7	91 685	35,0	25,0	5,1	87 482	32,8
45 ans	29,3	6,0	85 541	29,9	20,5	4,1	90 457	30,5	29,8	6,1	85 298	28,6
50 ans	37,8	7,7	83 034	25,7	33,2	6,7	88 604	26,1	41,5	8,5	82 753	24,4
55 ans	55,3	11,4	79 896	21,6	51,3	10,5	85 666	21,9	58,5	12,0	79 316	20,4
60 ans	87,8	18,4	75 478	17,8	78,4	16,3	81 270	17,9	94,3	19,7	74 672	16,5
65 ans	140,0	30,1	68 851	14,2	121,5	25,8	74 900	14,2	151,5	32,6	67 627	12,9
70 ans	233,0	52,8	59 212	11,1	202,7	44,8	65 801	10,8	251,5	57,2	57 383	9,7
75 ans	375,4	92,4	45 415	8,7	340,0	81,5	52 467	7,9	396,3	98,6	42 950	7,1
80 ans ou +	...	189,6	28 366	7,5	...	178,0	34 625	5,6	...	195,9	25 928	5,1

Tableau A.13 : Table abrégée de mortalité par sexe de la région des Savanes

Age (x)	Ensemble				Masculin				Féminin			
	Q(x)	M(x)	I(x)	E(x)	Q(x)	M(x)	I(x)	E(x)	Q(x)	M(x)	I(x)	E(x)
0 an	69,9	73,5	100 000	64,8	64,6	68,0	100 000	62,8	74,6	78,9	100 000	65,3
1 an	31,2	7,9	93 010	68,7	8,6	2,2	93 540	66,2	53,3	13,8	92 541	69,6
5 ans	6,0	1,2	90 108	66,8	8,0	1,6	92 738	62,7	4,0	0,8	87 612	69,4
10 ans	4,6	0,9	89 567	62,2	6,1	1,2	91 998	58,2	3,0	0,6	87 263	64,7
15 ans	7,7	1,5	89 155	57,5	10,7	2,2	91 440	53,5	4,3	0,9	87 004	59,9
20 ans	9,1	1,8	88 469	52,9	13,4	2,7	90 459	49,1	5,8	1,2	86 627	55,1
25 ans	9,4	1,9	87 664	48,4	13,6	2,7	89 243	44,7	6,9	1,4	86 124	50,4
30 ans	11,7	2,4	86 840	43,8	16,6	3,3	88 031	40,3	8,0	1,6	85 532	45,7
35 ans	14,0	2,8	85 824	39,3	19,3	3,9	86 571	36,0	9,6	1,9	84 844	41,1
40 ans	18,8	3,8	84 622	34,8	26,1	5,3	84 904	31,6	12,9	2,6	84 027	36,5
45 ans	25,8	5,2	83 031	30,4	35,4	7,2	82 690	27,4	17,1	3,4	82 944	31,9
50 ans	36,7	7,5	80 889	26,2	51,7	10,6	79 760	23,3	25,6	5,2	81 528	27,4
55 ans	54,9	11,3	77 921	22,1	74,9	15,5	75 640	19,4	36,9	7,5	79 441	23,1
60 ans	81,9	17,1	73 643	18,2	112,0	23,6	69 973	15,8	60,7	12,5	76 507	18,8
65 ans	129,9	27,8	67 611	14,6	167,8	36,5	62 138	12,4	102,9	21,6	71 863	14,9
70 ans	217,4	48,8	58 829	11,4	265,4	60,9	51 711	9,4	184,3	40,3	64 465	11,3
75 ans	361,8	88,3	46 039	8,9	413,1	104,1	37 986	6,9	316,5	74,6	52 587	8,2
80 ans ou +	...	185,7	29 382	7,5	...	201,8	22 295	5,0	...	171,2	35 942	5,8

Tableau A.14: Taux de couverture des variables

Variable	Région					Milieu de résidence			Ensemble du pays
	Lomé Commune	Maritime	Plateaux	Centrale	Kara	Savanes	Urbain	Rural	
Sexe	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Age	99,8	99,8	99,8	99,8	99,9	99,8	99,9	99,9	99,8
Milieu de résidence	99,4	99,6	99,7	99,6	99,9	99,8	99,8	99,9	99,7
Région	99,7	99,7	99,8	99,7	99,9	99,8	99,9	99,9	99,8
État matrimonial	94,4	94,7	94,8	94,7	96,3	95,9	95,0	97,8	97,2
Survie du père	98,5	99,0	99,2	99,2	99,2	99,2	99,5	99,5	99,0
Survie de la mère	98,4	98,9	99,0	99,0	99,1	99,0	99,5	99,4	98,9
Nombre de garçon nés vivants	91,1	90,5	91,8	93,4	95,4	92,3	96,0	95,0	92,0
Nombre de filles nées vivants	91,1	90,5	91,8	93,4	95,4	92,3	96,0	95,0	92,0
Nombre de garçon actuellement en vie	93,1	92,6	93,7	95,5	96,2	94,0	96,0	95,0	93,8
Nombre de fille actuellement en vie	93,1	92,6	93,7	95,5	96,2	94,0	97,0	96,3	93,8
Sexe du décédé	97,7	97,3	98,0	98,0	98,5	98,2	95,4	94,5	97,9
Date de décès	62,5	46,6	55,4	47,2	45,9	38,1	48,2	90,2	48,2
Age du décédé	98,0	98,0	98,5	98,2	98,5	98,2	89,2	97,3	97,3
Décès maternel durant la grossesse	55,4	47,2	45,9	38,1	45,9	38,1	98,4	99,5	46,6

Décès maternel au cours de l'accouchement	98,2	98,0	98,5	98,2	98,5	98,2	95,5	98,4	98,5
Décès maternel au cours de la période puerpérale	38,1	47,2	45,9	38,1	45,9	38,1	97,5	99,1	45,9
