

*Suivi de la Situation des
Enfants et des Femmes*



Résultats de l'enquête nationale
à indicateurs multiples
TOGO 2006

RAPPORT FINAL

AOUT 2007

**DIRECTION GENERALE DE LA STATISTIQUE
ET DE LA COMPTABILITE NATIONALE**

Tel. : (228) 221 62 24 / 221 22 87
BP 118, Lomé, Togo
Email : dgscn_tg@yahoo.fr
Site Web: www.stat-togo.org



Tableau récapitulatif des résultats

Indicateurs de l'Enquête par grappes à Indicateurs Multiples (MICS) et des Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD), Togo, 2006

RUBRIQUE	N° INDICATEUR MICS	N° INDICATEUR OMD	INDICATEURS	Valeur	
MORTALITE INFANTILE					
Mortalité Infantile	1	13	Taux de mortalité infantile	77	%
	2	14	Taux de mortalité chez les moins de 5 ans	123	%
NUTRITION					
Etat Nutritionnel	6	4	Prévalence de l'insuffisance pondérale	26,8	%
	7		Prévalence des retards de croissance	23,7	%
	8		Prévalence de la déperdition	14,3	%
Allaitement	45		Allaitement commencé à temps	35,8	%
	15		Taux d'allaitement continu	28,4	%
	16		Taux d'allaitement continu chez 12-15 mois chez 20-23 mois	70,2	%
				44,2	%
	17		Taux d'alimentation complémentaire commencé à temps	34,9	%
	18		Fréquence de l'alimentation complémentaire	24,9	%
19	Enfants bien nourris	26,6	%		
Vitamine A	42		Supplémentation en vitamine A (moins de 5 ans)	39,3	%
	43		Supplémentation en vitamine A (accouchées)	45,5	%
Faible poids à la naissance	9		Enfants de faible poids à la naissance	11,5	%
	10		Enfants pesés à la naissance	43,6	%
SANTE DE L'ENFANT					
Couverture vaccinale	25	15	Couverture vaccinale contre la tuberculose	88,0	%
	26		Couverture vaccinale contre la polio	70,6	%
	27		Couverture vaccinale contre la diphtérie, le tétanos et la coqueluche (DTC)	65,0	%
	28		Couverture vaccinale contre la rougeole	63,1	%
	31		Enfants entièrement vaccinés	49,2	%
	29		Couverture vaccinale contre l'hépatite B	1,4	%
	30		Couverture vaccinale contre la fièvre jaune	49,5	%
Toxoïde tétanique	32		Protection contre le tétanos néonatal	71,0	%
Traitement par la réhydratation orale	33		Utilisation de la thérapie de réhydratation par voie orale (TRO)	21,0	%
	34		Traitement à domicile de la diarrhée	9,2	%
	35		Traitement RVO reçu ou apport d'aliments liquides, et poursuite de l'alimentation	21,6	%
	23		Consultations pour les enfants suspectés de pneumonie	22,7	%
	22		Traitement antibiotique des enfants suspectés de pneumonie	25,6	%
Combustible solide	24	29	Combustibles solides	97,8	%
Paludisme	36	22	Disponibilité de moustiquaires imprégnées (MI) par ménage	40,2	%
	37		Enfants de moins de 5 ans dormant sous une MI	38,4	%
	38		Enfants de moins de 5 ans dormant sous une moustiquaire	40,8	%
	39		Traitement antipaludéen (moins de 5 ans)	37,5	%
	40		Traitement préventif intermittent du paludisme (femmes enceintes)	18,1	%

RUBRIQUE	N° INDICATEUR MICS	N° INDICATEUR OMD	INDICATEURS	Valeur	
Sources et Coûts de l'approvisionnement	96		Source d'approvisionnement Moustiquaires imprégnées	83,4	%
	97		Coût d'approvisionnement Moustiquaire imprégnée Secteur public	2463	FCFA
			Secteur médical privé	4000	FCFA
ENVIRONNEMENT					
Eau et assainissement	11	30	Utilisation de source d'eau potable améliorée	60,6	%
	13		Traitement de l'eau	5,4	%
	12	31	Utilisation d'installations sanitaires améliorées	31,7	%
	14		Élimination des excréments infantiles	26,5	%
Bail assuré et durabilité de l'habitat	93		Bail assuré	49,8	%
	94		Durabilité de l'habitat	0,7	%
	95	32	Taudis	71,9	%
SANTE DE LA REPRODUCTION					
Contraception et besoin à couvrir	21	19c	Prévalence des contraceptifs	16,8	%
	98		Besoins à couvrir en matière de planning familial	40,6	%
	99		Demande couverte en matière de planning familial	29,3	%
Santé de la mère et de l'enfant	20		Soins prénatals	83,8	%
	44		Contenu des soins prénatals	88,6	%
	4	17	Assistance par un personnel qualifié	62,0	%
	5		Accouchements dans un établissement spécialisé	62,9	%
DEVELOPPEMENT DE L'ENFANT					
Développement de l'enfant	46		Soutien pour les études	36,3	%
	47		Soutien paternel pour les études	40,9	%
	48		Soutien pour les études : livres pour enfants	4,9	%
	49		Soutien pour les études : autres livres	26,2	%
	50		Soutien pour les études : matériel ludique	15,1	%
	51		Tuteur mineur	30,2	%
EDUCATION					
Education	52		Fréquentation du préscolaire	15,7	%
	53		Prédisposition pour la scolarisation	10,9	%
	54		Taux d'entrée net au cycle primaire	52,4	%
	56		Taux net de fréquentation au cycle secondaire	38,8	%
	55		Taux net de fréquentation au cycle primaire	79,3	%
	57	7	Enfants parvenus au CM2	92,0	%
	58		Taux de passage au cycle secondaire	45,2	%
	61	9	Indice de parité Primaire Secondaire	0,9	ratio
				0,8	ratio
	57	7	Enfants parvenus au CM2	92,0	%
	58		Taux de transition (passage) au cycle secondaire	44,9	%
	59	7b	Taux d'achèvement des études primaires	22,6	%
	61	9	Indice de parité Primaire Secondaire	0,9	ratio
0,7				ratio	
Alphabétisation	60	8	Taux d'alphabétisation chez les femmes 15-24 ans	55,5	%

RUBRIQUE	N° INDICATEUR MICS	N° INDICATEUR OMD	INDICATEURS	Valeur	
PROTECTION DE L'ENFANT					
Enregistrement des naissances	62		Enregistrement des naissances	78,1	%
Travail des enfants	71		Travail des enfants	29,4	%
	72		Elèves ouvriers	71,7	%
	73		Ouvriers élèves	29,1	%
Discipline des enfants	74		Punitions de l'enfant Punition psychologique/physique	90,3	%
Mariage précoce et polygamie	67		Mariage avant 15 ans	5,2	%
			Mariage avant 18 ans	27,9	%
	68		Jeunes femmes de 15-19 ans mariées ou en union	16,2	%
	70		Polygamie	33,6	%
	69		Différence d'âges des conjoints Femmes âgées de 15-19 ans	21,9	%
		Femmes âgées de 20-24 ans	24,6	%	
Excision/Mutilation génitale féminine	66		Approbation de l'E/MGF	2,0	%
	63		Prévalence de l'excision/mutilation génitale féminine (E/MGF)	5,8	%
	64		Prévalence d'une forme extrême d'E/MGF	1,3	%
	65		Prévalence de l'E/MGF chez les filles	1,0	%
Violence domestique	100		Attitudes face à la violence domestique	53,2	%
Handicap	101		Enfants handicapés		%
VIH/SIDA, COMPORTEMENT SEXUEL ET ENFANTS ORPHELINS ET VULNERABLES					
Connaissance du VIH/SIDA et attitude	82	19b	Connaissances générales sur la prévention du VIH/SIDA chez les jeunes	12,6	%
	89		Connaissances sur la transmission mère-enfant du VIH/SIDA	60,0	%
	86		Attitude face aux porteurs du VIH/SIDA	14,2	%
	87		Femmes connaissant les centres de dépistage du VIH/SIDA	44,2	%
	88		Femmes ayant subi le test de dépistage du VIH/SIDA	9,7	%
	90		Prise en charge psychologique pour la prévention de la transmission mère-enfant du VIH/SIDA	48,5	%
	91		Dépistage pour la prévention de la transmission mère-enfant du VIH/SIDA	8,4	%
Comportement sexuel	84	19a	Âge lors du premier rapport sexuel chez les jeunes	12,4	%
	92		Différence d'âges des partenaires sexuels	15,8	%
	83		Utilisation de préservatifs avec les partenaires occasionnels	49,9	%
	85		Rapport sexuel à haut risque au cours de l'année écoulée	47,7	%
Orphelins et enfants vulnérables	75	20	Prévalence d'orphelins	9,9	%
	78		Conditions d'accueil des enfants	16,7	%
	76		Prévalence d'enfants vulnérables	9,2	%
	77		Fréquentation scolaire comparative orphelins/non-orphelins	0,9	ratio
	81		Soutien extérieur aux enfants rendus orphelins ou vulnérables par le VIH/SIDA	6,0	%
	79		Malnutrition chez les enfants rendus orphelins ou vulnérables par le VIH/SIDA	1,1	ratio
	80		Rapports sexuels précoces chez les enfants rendus orphelins ou vulnérables par le VIH/SIDA	0,7	ratio

SOMMAIRE

TABLEAU RECAPITULATIF DES RESULTATS	ii
SOMMAIRE	v
LISTE DES TABLEAUX	vii
LISTE DES GRAPHIQUES	ix
SIGLES ET ABBREVIATIONS	x
AVANT-PROPOS ET REMERCIEMENTS	xi
RESUME ANALYTIQUE	xii
I. INTRODUCTION	1
1.1 CONTEXTE.....	1
1.2 OBJECTIFS DE L'ENQUETE.....	3
II. METHODOLOGIE D'ECHANTILLONNAGE ET D'ENQUETE	4
2.1 CONCEPTION DE L'ECHANTILLON.....	4
2.2 QUESTIONNAIRES.....	4
2.3 FORMATION ET TRAVAIL SUR LE TERRAIN.....	5
2.4 TRAITEMENT DES DONNEES.....	6
III. REPRESENTATIVITE DE L'ECHANTILLON ET CARACTERISTIQUES DES MENAGES ET DES PERSONNES INTERROGEES.....	7
3.1 REPRESENTATIVITE DE L'ECHANTILLON.....	7
3.2 CARACTERISTIQUES DES MENAGES.....	7
3.3 CARACTERISTIQUES DES PERSONNES INTERROGEES.....	10
IV. LA MORTALITE DES ENFANTS DE MOINS DE CINQ ANS	11
4.1 METHODOLOGIE	11
4.2 NIVEAU DE LA MORTALITE SELON LES CARACTERISTIQUES SOCIO DEMOGRAPHIQUES	11
4.3 TENDANCE ET EVOLUTION DE LA MORTALITE DES ENFANTS DE MOINS DE CINQ ANS.....	13
V. ETAT NUTRITIONNEL DES ENFANTS DE MOINS DE CINQ ANS	15
5.1 STATUT NUTRITIONNEL	15
5.2 ALLAITEMENT AU SEIN	17
5.3 IODATION DU SEL.....	22
5.4 SUPPLEMENT EN VITAMINE A	22
5.5 FAIBLE POIDS A LA NAISSANCE	24
VI. SANTE DE L'ENFANT.....	27
6.1 COUVERTURE VACCINALE.....	27
6.2 PROTECTION CONTRE LE TETANOS NEONATAL (anatoxine tétanique)	29
6.3 TRAITEMENT PAR SOLUTION DE REHYDRATATION ORALE.....	30
6.4 TRAITEMENT ANTIBIOTIQUE DES ENFANTS SUSPECTES DE PNEU- MONIE.....	32
6.5 UTILISATION DES COMBUSTIBLES SOLIDES	34
6.6 PALUDISME	35
6.7 SOURCES ET COUTS DE L'APPROVISIONNEMENT EN MOUSTIQUAIRE TRAITEE	37
VII. ENVIRONNEMENT	39
7.1 EAU ET ASSAINISSEMENT.....	39
7.2 CONDITION DE L'HABITAT.....	44
VIII. SANTE DE LA REPRODUCTION	47
8.1 CONTRACEPTION	47
8.2 BESOINS NON SATISFAITS	48
8.3 CONSULTATIONS PRENATALES	49
8.4 ASSISTANCE PENDANT L'ACCOUCHEMENT	51
IX. LE DEVELOPPEMENT DE L'ENFANT.....	53
9.1 SOUTIEN FAMILIAL DANS L'EDUCATION DE LA PETITE ENFANCE	53
9.2 MATERIELS D'APPRENTISSAGE	54

9.3 ENFANTS LAISSES SANS SURVEILLANCE OU AVEC D'AUTRES ENFANTS	55
X. EDUCATION.....	56
10.1 EDUCATION PRESCOLAIRE ET PREDISPOSITION A LA SCOLARISATION.....	56
10.2 FREQUENTATION DE L'ECOLE PRIMAIRE ET SECONDAIRE.....	57
10.3 ALPHABETISATION DES JEUNES FEMMES	60
XI. PROTECTION DE L'ENFANT	62
11.1 ENREGISTREMENT DE LA NAISSANCE.....	62
11.2 TRAVAIL DES ENFANTS.....	63
11.3 DISCIPLINE DES ENFANTS.....	64
11.4 MARIAGE PRECOCE ET POLYGAMIE.....	64
11.5 EXCISION OU MUTILATION GENITALE FEMININE	67
11.6 VIOLENCE CONJUGALE.....	68
XII. VIH/SIDA : COMPORTEMENT SEXUEL, ENFANTS ORPHELINS ET VULNERABLES	70
12.1 CONNAISSANCE DE LA TRANSMISSION DU VIH/SIDA ET UTILISATION DU PRESERVATIF	70
12.2 COMPORTEMENT SEXUEL LIE A LA TRANSMISSION DU VIH/SIDA.....	76
12.3 ORPHELINS ET ENFANTS VULNERABLES	78
TABLEAUX	83
ANNEXES.....	174

LISTE DES TABLEAUX

Tableau HH.1: Résultats des enquêtes auprès des ménages et des personnes	84
Tableau HH.2: Répartition de la population des ménages par âge et sexe.....	85
Tableau HH.3: Composition du ménage	86
Tableau HH.4: Caractéristiques individuelles des femmes	87
Tableau HH.5: Caractéristiques individuelles des enfants.....	88
Tableau CM.1: Mortalité des enfants.....	89
Tableau CM.2: Naissances vivantes et proportion de décès	90
Tableau NU.1: Malnutrition infantile.....	91
Tableau NU.1W: Malnutrition infantile	92
Tableau NU.2: Allaitement initial	93
Tableau NU.3: Allaitement maternel	94
Tableau NU.3W: Allaitement maternel.....	95
Tableau NU.4: Enfants adéquatement nourris.....	96
Tableau NU.5: Consommation de sel iodé.....	97
Tableau NU.6: Supplémentation des enfants en vitamine A	98
Tableau NU.7: Supplémentation post partum de la mère en vitamine A	99
Tableau NU.8: Enfants à faible poids à la naissance	100
Tableau CH.1: Vaccination au cours de la première année	101
Tableau CH.1c: Vaccinations au cours de la première année de vie (suite).....	102
Tableau CH.2: Vaccinations selon les caractéristiques contextuelles.....	103
Tableau CH.2c: Vaccinations selon les caractéristiques contextuelles	104
Tableau CH.2c: Vaccinations selon les caractéristiques contextuelles (suite).....	105
Tableau CH.2c: Vaccinations selon les caractéristiques contextuelles (suite).....	106
Tableau CH.3: Protection contre le tétanos néonatal	107
Tableau CH.4: Réhydratation par voie orale	108
Tableau CH.5: Prise en charge de la diarrhée à domicile.....	109
Tableau CH.6: Recherche de soins pour des cas de pneumonie suspectés	110
Tableau CH.7: Traitement Antibiotique de la pneumonie	111
Tableau CH.7A: Connaissance de deux signes de risque de pneumonie	112
Tableau CH.8: Utilisation de combustibles solides	113
Tableau CH.9: Utilisation de combustible solide par type de foyer	114
Tableau CH.10: Disponibilité de moustiquaires imprégnés.....	115
Tableau CH.11: Enfants dormant dans un lit avec moustiquaire	116
Tableau CH.12: Traitement des enfants avec des médicaments anti-paludéens	117
Tableau CH.13: Traitement préventif du paludisme par intermittence	118
Tableau CH.14: Source et coût de l'approvisionnement en moustiquaires traités	119
Tableau EN.1: Utilisation de sources d'eau améliorée	120
Tableau EN.2: Traitement domestique de l'eau	121
Tableau EN.3: Durée par rapport à la source d'eau	122
Tableau EN.4: Personne en charge de la corvée de l'eau.....	123
Tableau EN.5: Utilisation des moyens sains d'évacuation des excréments	124
Tableau EN.5w: Utilisation commune des installations d'assainissement améliorées	125
Tableau EN.6: Evacuation du traitement des enfants	126
Tableau EN.7: Utilisation de sources d'approvisionnement améliorée et d'installations sanitaires améliorées	127

Tableau EN.8: Sécurité de la propriété.....	128
Tableau EN.9: Durabilité du logement	129
Tableau EN.10: Habitat précaire.....	130
Tableau RH.1: Utilisation de la contraception.....	131
Tableau RH.2: Besoin non satisfait en matière de contraception	132
Tableau RH.3: Prestataires de soins prénatals	133
Tableau RH.4: Soins prénatals	134
Tableau RH.4w: Contenu des soins prénatals	135
Tableau RH.5: Assistance pendant l'accouchement	136
Tableau CD.1: Soutien familial dans l'éducation de la petite enfance.....	137
Tableau CD.2: Matériels d'apprentissage	138
Tableau CD.3: Enfants laissés sans surveillance ou avec d'autres enfants.....	139
Tableau ED.1: Education préscolaire	140
Tableau ED.2: Admission à l'école primaire	141
Tableau ED.3: Taux net de scolarisation primaire	142
Tableau ED.4: Taux net de scolarisation secondaire	143
Tableau ED.4w: Enfants ayant l'âge de fréquenter l'école secondaire qui fréquentent l'école primaire.....	144
Tableau ED.5: Enfants atteignant la 5ème année (ou la 6ème année).....	145
Tableau ED.6: Achèvement de l'école primaire et passage à l'école secondaire	146
Tableau ED.7: Parité entre les sexes en matière d'éducation.....	147
Tableau ED.8: Alphabétisation des adultes	148
Tableau CP.1: Enregistrement des naissances	149
Tableau CP.2: Travail des enfants	150
Tableau CP.2w: Travail des enfants	151
Tableau CP.3: Etudiants travailleurs et travailleurs étudiants	152
Tableau CP.4: Discipline des enfants	153
Tableau CP.5: Mariage précoce et polygamie.....	154
Tableau CP.6: Écart d'âge entre les conjoints.....	155
Tableau CP.7: Excision.....	156
Tableau CP.8: Excision des filles	157
Tableau CP.9: Attitudes à l'égard de la violence domestique	158
Tableau HA.01: Connaissance de prévention de la transmission du VIH/SIDA	159
Tableau HA.02: Identification des préjugés concernant le VIH/SIDA	160
Tableau HA.03: Parfaite connaissance des voies de transmission du VIH/SIDA	161
Tableau HA.04: Connaissance de la transmission mère-enfant du VIH.....	162
Tableau HA.05: Attitudes à l'égard des personnes vivant avec le VIH/SIDA	163
Tableau HA.06: Connaissance d'une structure sanitaire pour le test de dépistage du VIH	164
Tableau HA.07: Couverture du test de dépistage et du counselling durant les soins prénatals	165
Tableau HA.08: Comportement sexuel qui augmente le risque d'infection par le HIV	166
Tableau HA.09 : Utilisation d'un préservatif lors des derniers rapports sexuels à haut risque	167
Tableau HA.10: Enfants vulnérables et orphelins	168
Tableau HA.11: Prévalence de état d'orphelin et vulnérabilité parmi les enfants.....	169
Tableau HA.12: Fréquentation scolaire des enfants orphelins et vulnérables	170
Tableau HA.13: Soutien des enfants orphelins et vulnérables dû au SIDA	171
Tableau HA.14: Malnutrition chez les enfants orphelins et vulnérables	172
Tableau HA.15: Comportement sexuel chez les jeunes femmes par 'statut d'orphelin et de vulnérabilité du fait du SIDA.	173

LISTE DES GRAPHIQUES

Graphique HH.1 : Pyramide des âges	9
Graphique CM.1: Taux de mortalité infantile selon certaines caractéristiques socio démographiques	13
Graphique CM.1: Tendence observée des taux de mortalité des enfants de moins de cinq ans	14
Graphique NU.1: Pourcentage des enfants de moins de 5 ans qui sont malnutris	16
Graphique NU.2: Pourcentage des femmes ayant commencé à allaiter moins d'une heure et d'un jour après la naissance	19
Graphique NU.3: Différentes formes d'alimentation des enfants selon leur âge	21
Graphique NU.5: Pourcentage de naissances vivantes dont le poids est inférieur à 2500 grammes à la naissance	26
Graphique CH.1: Pourcentage d'enfants de 12 à 23 mois vaccinés contre les maladies de l'enfance	28
Graphique CH.2: Pourcentage de mères ayant eu une naissance vivante au cours des 12 derniers mois, protégées contre le tétanos néonatal	30
Graphique CH.3: Pourcentage des enfants de 0-59 mois ayant eu la diarrhée durant les 2 semaines et reçu une solution pour la réhydratation par voie orale (RVO)	32
Graphique CH.4: Pourcentage des enfants de 0-59 mois ayant eu la diarrhée dans les deux dernières semaines et qui ont reçu plus de liquide et ont poursuivi l'alimentation	33
Graphique EN.1: Répartition (en%) de la population des ménages selon la source d'approvisionnement en eau de boisson	40
Graphique HA.1: Pourcentage des femmes de 15-49 ans ayant une connaissance exhaustive du mode de transmission du VIH/SIDA	73
Graphique HA.2: Comportement sexuel qui augmente le risque d'infection par le HIV	77

SIGLES ET ABREVIATIONS

ACT	Associations médicamenteuses à base d'artémisinine
BCG	Bacille Bilié de Calmette et Guérin (Vaccin antituberculeux)
CDC	Centers for Disease Control, Etats-Unis
CDE	Convention relative aux droits des enfants
CEDEF	Convention sur l'Elimination de toutes les formes de Discrimination à l'Egard des Femmes
CO	Monoxyde de carbone
CSPro	Census and Survey Processing System
DEVINFO	Système de gestion de base de données
DGSCN	Direction Générale de la Statistique et de la Comptabilité Nationale
DSRP	Document de Stratégie de Réduction de la Pauvreté
DTCoq	Diphthérie, Tétanos, Coqueluche (Vaccin)
E/MGF	Excision ou mutilation génitale féminine
EDST	Enquête Démographique et de Santé au Togo
IPS	Indice de parité des sexes
IST	Infections sexuellement transmissibles
MDE	Monde digne des enfants
MI	Moustiquaire imprégnée
MICS	Enquête par Grappes à Indicateurs Multiples
NCHS	National Center for Health Statistics, Etats-Unis
OMD	Objectifs du Millénaire pour le Développement
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
ONU	Organisation des Nations Unies
ONUSIDA	Programme commun des Nations Unies sur le VIH/SIDA
PEV	Programme élargi de vaccination
PPTE	Pays pauvres très endettés
QI	Quotient intellectuel
QUIBB	Questionnaire des Indicateurs de base du Bien-être
SIDA	Syndrome d'Immunodéficience Acquise
SO2	Dioxyde d'azote
SPSS	Statistical Package for Social Sciences
SRO	Sel de réhydratation par voie orale
TCI	Troubles liés à la carence en iode
TPI	Traitement préventif intermittent
TRO	Thérapie de réhydratation par voie orale
UNDAF	Plan cadre d'assistance des Nations Unies
UNGASS	Session spéciale de l'Assemblée de l'ONU sur le VIH/SIDA
UNICEF	Fonds des Nations Unies pour l'Enfance
VIH	Virus de l'Immunodéficience Humaine
ZD	Zone de dénombrement

AVANT-PROPOS ET REMERCIEMENTS

L'enquête MICS3-TOGO qui vient d'être réalisée a été rendue possible grâce à la volonté de l'UNICEF qui l'a initiée et soutenue matériellement, techniquement et financièrement.

Au terme de cette enquête qui vient enrichir la banque de données sur la situation des enfants et des femmes au Togo, la Direction Générale de la Statistique et de la Comptabilité Nationale (DGSCN) tient à adresser ses sincères remerciements aux institutions et aux personnes ci-après :

- L'UNICEF pour sa noble initiative et toutes les ressources mises à la disposition de l'enquête ;
- Le PNUD pour sa contribution financière ;
- Le Comité de pilotage de MICS3 pour avoir su prendre, conformément à ses attributions, les dispositions appropriées pour la réalisation effective de l'enquête ;
- La Direction Générale de la Santé pour son aide matérielle ayant permis la collecte des données;
- Le 5^{ème} PPMR (Programme Pluriannuel de Micro Réalisations) pour sa contribution efficace à la réussite de l'enquête ;
- Les préfets et autorités traditionnelles (chefs de canton, de village, etc.) pour les facilités administratives offertes en vue de sensibiliser et mobiliser la population à enquêter ;
- Tout le personnel d'encadrement technique pour les efforts consentis et le sérieux du travail accompli ;
- Les directeurs régionaux de la Statistique et de la Comptabilité Nationale pour avoir prouvé encore une fois leur maturité en matière de collecte de données ;
- Les directeurs régionaux du Plan et de l'Aménagement du Territoire pour les ressources matérielles mises à la disposition de l'enquête ;
- Les agents de collecte et de saisie pour l'esprit de sacrifice dont ils ont fait preuve ;
- Madame Hanu Béatrice VOSSAH-MOOH, Monsieur Kodjo Mawulolo ANIPAH et Monsieur Julien AMEGANDJIN, respectivement Administrateur Adjoint du projet Suivi /Evaluation, Consultant en cartographie et analyse des données, et Consultant en sondage, tous trois pour le compte de UNICEF-Togo, pour avoir apporté leurs expériences à toutes les phases de l'enquête ;
- Docteur Mouawiyatou BOURAIMA, Chef du Service National de la Nutrition au Ministère de la Santé, pour sa contribution inestimable tant pour la logistique que pour l'appui technique.

RESUME ANALYTIQUE

L'enquête par grappe à indicateurs multiples (MICS3-2006) du Togo est une enquête nationale sur les ménages, les femmes et les enfants. Les données collectées sont représentatives au niveau national, au niveau du milieu de résidence (urbain et rural) et au niveau des cinq régions du pays et de la ville de Lomé. Les principaux objectifs consistent à recueillir des informations récentes pour le suivi de la progression des Objectifs du millénaire pour le développement adopté en septembre 2000 et du Plan d'action d'un Monde digne des enfants, adopté en mai 2002.

MORTALITE DES ENFANTS DE MOINS DE CINQ ANS

Dans le cadre de l'enquête MICS3, les taux de mortalité infantile et infanto-juvénile sont calculés sur la base d'une technique d'estimation indirecte dénommée Méthode de Brass. Le taux de mortalité infantile (avant 1 an) s'élève à 77 pour mille, alors que la probabilité de mourir avant cinq ans est de 123 pour mille (taux de mortalité infanto-juvénile).

Les taux de mortalité infantile et infanto-juvénile sont plus élevés chez les enfants de sexe masculin (respectivement 89 pour mille et 139 pour mille) que chez les enfants de sexe féminin (65 pour mille et 105 pour mille). Les probabilités de décès des nourrissons et des enfants de moins de cinq ans sont environ deux fois plus élevées dans les zones rurales (89 pour mille et 143 pour mille) que dans les centres urbains (49 pour mille et 73 pour mille).

ETAT NUTRITIONNEL DES ENFANTS DE MOINS DE CINQ ANS

- Statut nutritionnel

L'insuffisance pondérale qui se traduit par un poids insuffisant par rapport à l'âge, concerne le quart (27 %) des enfants de moins de cinq ans ; parmi ces derniers 7 % sont atteints de la forme sévère. Le retard de croissance qui se manifeste par une taille un peu plus petite par rapport à l'âge touche un peu moins du quart des enfants (24 %) alors qu'un enfant sur dix (10 %) souffre de la forme sévère. L'émaciation ou la déperdition aiguë qui se traduit par un poids de l'enfant trop faible par rapport à sa taille concerne 14 % des enfants dont 3 % présentent une forme sévère.

Par ailleurs, 3 % des enfants de moins de cinq ans sont obèses, ce qui se manifeste par une surcharge pondérale. L'insuffisance pondérale et le retard de croissance sont plus répandus chez les garçons avec des proportions respectives de 27 % et 26 % que chez les filles (26% et 22%). En revanche, les filles sont légèrement plus émaciées (15%) que les garçons (14 %).

- Allaitement au sein

L'allaitement initial qui consiste à commencer à allaiter le bébé moins d'une heure après la naissance est pratiqué par un peu plus du tiers des femmes (36 %) alors que plus des deux tiers des femmes (70 %) ont allaité leurs enfants moins d'une journée après la naissance. L'allaitement maternel exclusif n'est pas encore systématique car seulement 35 % des enfants âgés de moins de 4 mois sont exclusivement nourris au lait maternel contre 28 % chez les enfants âgés de moins de six mois.

L'introduction des aliments complémentaires solides et semi solides ou pâteux en plus de l'allaitement est assez répandue car les pourcentages des enfants qui reçoivent ces aliments passent de 35 % entre 6-9 mois à 70 % entre 12-15 ans. Toutefois le sevrage reste assez tardif car 44 % des enfants du groupe d'âges 20-23 mois sont toujours allaités au sein avec des aliments solides ou semi solides ; cette pratique est nettement plus répandue dans les zones rurales (56 %) que dans les centres urbains (26 %).

- Supplément en vitamine A

Un peu plus de sept enfants sur dix (73 %) ont reçu une capsule de supplément en vitamine A au cours des douze derniers mois alors que 15 % des enfants l'ont reçue à un moment quelconque non connu). Au total, plus de 88 % des enfants ont reçu à un moment donné une capsule de supplément en vitamine A tandis que 11 % ne l'ont jamais reçue. Par ailleurs, moins d'une mère sur deux (46 %) a reçu un supplément en vitamine A avant les huit premières semaines qui ont suivi la naissance de son nouveau né tandis que 2 % des mères ne sont pas sûres d'en avoir reçu.

- Faible poids à la naissance

Un peu plus de quatre enfants sur dix (44 %) nés au cours des deux dernières années ont été pesés et près de 12 % de ces enfants ont un poids inférieur à 2 500 grammes.

SANTE DE L'ENFANT

- Couverture vaccinale

Environ 87 % des enfants âgés de 12 à 23 mois ont reçu un vaccin du BCG avant le 1^{er} anniversaire alors que respectivement 63 % et 69 % ont reçu les trois doses de DTCoq et de Polio à l'âge de 12 mois ; la couverture pour le vaccin contre la rougeole à l'âge de 12 mois est de 63 %. Au total 49 % des enfants ont reçu toutes les huit doses des vaccins du Programme élargi de vaccination (PEV), et parmi eux, 43% ont été complètement vaccinés avant leur premier anniversaire. Dans le même temps, 6 % des enfants n'ont reçu aucune dose de vaccin avant l'âge d'un an.

La protection contre le tétanos néonatal touche environ sept mères sur dix (71 %) et de grandes disparités existent selon les régions car les pourcentages varient de 84 % dans la Commune de Lomé à 61 % dans la région des Savanes.

- Traitement par solution de réhydratation orale

La prévalence de la diarrhée au cours des deux semaines précédant l'enquête est de 15 % chez les enfants de moins de cinq ans et la pointe se situe chez les enfants âgés de 12 à 23 mois (23 %), ce qui correspond à la période de sevrage.

Un peu moins de 10 % des enfants qui ont fait la diarrhée ont reçu des liquides préparés à partir des paquets de solution de réhydratation par voie orale (SRO) alors que 2 % ont reçu des liquides de SRO pré conditionnés et 13 % des liquides recommandés faits à la maison. La grande majorité des enfants (79 %) ayant fait la diarrhée n'a reçu aucun traitement.

- Traitement antibiotique des enfants suspectés de pneumonie

Des symptômes de pneumonie sont signalés chez 6 % des enfants de moins de cinq ans au cours des deux semaines qui ont précédé l'enquête. Parmi ces enfants, 23 % ont été emmenés chez un prestataire de soins de santé appropriés dont 19 % dans une formation sanitaire publique et 4% dans des structures privées ; un enfant malade sur quatre (26 %) a reçu un traitement antibiotique.

La respiration rapide et la respiration difficile sont identifiées respectivement par 26 % et 22 % des mères comme étant des symptômes qui nécessitent que l'enfant soit emmené immédiatement chez un prestataire de soins de santé. Dans l'ensemble, 12 % seulement des femmes ont identifié correctement à la fois ces deux signes d'alerte de la pneumonie. Par contre, la fièvre (82%) est le symptôme le plus cité par la mère pour emmener l'enfant dans un établissement sanitaire.

- Utilisation des combustibles solides

Dans l'ensemble, la majeure partie des ménages (98 %) utilise encore les combustibles solides pour faire la cuisine au Togo. Le charbon de bois (44%) et le bois de chauffe (50%) sont les combustibles les plus utilisés tandis que le pétrole (moins de 1 %) et le gaz (1 %) sont les sources d'énergies les moins utilisées dans le pays.

- Paludisme

Près d'un ménage sur deux (46 %) possède au moins une moustiquaire et 40 % une moustiquaire imprégnée. Par ailleurs 41 % des enfants de moins de cinq ans ont dormi sous une moustiquaire et 38 % sous une moustiquaire imprégnée. Il existe une disparité liée au sexe, marquée par une légère prédominance de l'utilisation de moustiquaires imprégnées chez les garçons (40 %) que chez les filles (37 %). Un peu moins d'un enfant sur cinq (19%) a fait la fièvre au cours des deux semaines qui ont précédé l'enquête. En tout, 48 % des enfants fébriles ont été traités avec un antipaludéen "approprié" et 38 % ont reçu des antipaludéens dans les 24 heures qui ont suivi l'apparition des symptômes.

Un peu moins d'une femme sur cinq (18 %) qui a donné une naissance au cours des deux dernières années a eu un traitement préventif intermittent (TPI) contre le paludisme durant leur grossesse. Les médicaments les plus utilisés sont la chloroquine (59 %) et le Fansidar (23%). Les femmes qui résident dans les centres urbains (90 %) utilisent plus un médicament contre le paludisme durant leur grossesse que celles des zones rurales (70%).

Les sources publiques (83 %) ou privées (4 %) ont été les principaux moyens d'approvisionnement en moustiquaire traitée. Par ailleurs, 93 % des ménages ont reçu gratuitement les moustiquaires imprégnées au cours des campagnes nationales dans les structures publiques tandis que 14 % des ménages les ont obtenues auprès des sources privées. Le coût moyen d'acquisition des moustiquaires traitées par les ménages est de 2 500F CFA pour les sources publiques et de 4 000F CFA pour les sources privées.

ENVIRONNEMENT

- Eau et assainissement

Au total, 61 % de la population utilise une source d'approvisionnement améliorée en eau de boisson ; cette proportion est deux fois plus élevée dans les zones urbaines (88 %) que dans les zones rurales (40 %).

La grande majorité des ménages (90 %) n'utilise aucune méthode pour traiter l'eau de boisson ; en revanche 5, % des ménages, traitent l'eau de boisson en y ajoutant de l'eau de javel ou du chlore tandis que moins de 1 % des ménages utilise un filtre à eau et la même proportion fait bouillir l'eau avant de la boire.

Seulement 18 % des ménages disposent d'une source d'approvisionnement en eau de boisson à domicile. Pour les ménages n'ayant pas sur place leur source d'approvisionnement, le temps moyen pour aller chercher et ramener l'eau à boire est de 24 minutes. Ce temps est deux fois plus élevé dans les zones rurales (30 minutes) que dans les zones urbaines (14 minutes).

Dans la majorité des ménages, c'est une femme adulte (58 %) qui est chargée de la corvée d'eau. Les hommes adultes ne vont chercher de l'eau que dans 11 % des ménages, tandis que les proportions des filles et des garçons de moins de 15 ans qui vont chercher de l'eau représentent respectivement 6 % et 3 %.

Un peu moins du tiers des ménages (32 %) dispose d'installations sanitaires améliorées ; toutefois ce pourcentage est presque sept fois plus élevé en milieu urbain (67 %) qu'en milieu rural (10 %). Dans les centres urbains, les installations d'assainissement améliorées les plus répandues sont les fosses septiques (23%), les latrines couvertes (18 %) et les latrines améliorées aérées (13 %). Par contre, dans les zones rurales où les installations sanitaires non améliorées sont prédominantes, ce sont les "autres types de toilettes" (77 %) qui sont les plus utilisés.

- Conditions de l'habitat

La moitié des ménages urbains (50 %) n'a pas la sécurité de logement. Moins de 1 % de ménage vit dans des habitations considérées comme non durables; pour chacun des autres

types de logements à savoir "logement en mauvais état", "logement situé dans une zone à risque" et "logement vulnérable aux accidents", moins de 1% des ménages sont concernés.

Un peu moins de trois quarts des ménages urbains (72 %) vivent dans un habitat précaire. Les principaux facteurs qui contribuent à rendre l'habitat urbain au Togo précaire sont l'absence de sécurité de logement (55 %), l'absence d'utilisation d'installations sanitaires améliorées (34 %) et la promiscuité dans le logement (19 %).

SANTE DE LA REPRODUCTION

Le taux global de prévalence contraceptive est de 17 % dont 11 % concernent les méthodes modernes et 6 % les méthodes traditionnelles (abstinence, retrait et méthode de l'aménorrhée post partum). La contraception est plus pratiquée par les femmes mariées des centres urbains (14 %) que celles qui résident dans les zones rurales (9 %).

Quatre femmes en union sur dix (41 %) ont des besoins non satisfaits en matière de planification familiale ; cette proportion de femmes mariées regroupe 26 % pour l'espacement des naissances et 15 % pour la limitation des naissances .

Sur 100 naissances 84 ont fait l'objet au moins une fois de consultations prénatales dispensées par un personnel qualifié de santé. Le taux de couverture des soins prénatals est plus élevé dans le milieu urbain (96 %) que dans la zone rurale (76 %).

Pour près de neuf grossesses sur dix (89 %), les femmes enceintes qui ont accouché ont reçu des soins prénatals au moins une fois pendant la grossesse et que plus de huit femmes enceintes sur dix ont effectué au cours des consultations prénatales, des prises de poids (86 %) et des mesures de tensions artérielles (84 %). L'analyse des urines est effectuée par moins de sept femmes enceintes sur dix (68 %).

D'autre part, plus de six accouchements sur dix (63%) au cours des deux dernières années se sont déroulés dans une formation sanitaire, alors que 62 % des mères ont bénéficié de l'assistance d'un personnel qualifié. Les accouchements assistés par un personnel qualifié de la santé sont plus fréquents à Lomé (98 %) que dans les autres régions ; ils restent faibles particulièrement dans la région des Savanes (19 %).

DEVELOPPEMENT DE L'ENFANT

Pour plus du tiers des enfants de moins de cinq ans (36 %), un adulte était impliqué dans plus de quatre activités favorisant l'apprentissage et la maturité scolaire durant les trois jours précédant l'enquête. Le nombre moyen d'activités que des adultes ont entrepris avec des enfants est de 3. Par ailleurs quatre pères sur dix (41 %) se sont engagés dans au moins une activité de promotion de l'apprentissage et de préparation aux études de leurs enfants. Le quart (26 %) des enfants vit dans des ménages où il y a au moins 3 livres pour adultes tandis que 5 % seulement des enfants âgés de 0 à 59 mois ont des livres pour enfants. La proportion des enfants âgés de 0 à 59 mois ayant trois jouets ou plus pour s'amuser à la maison se situe à 15 % alors que ceux ne disposant d'aucun jouet représentent 24 %.

Près de trois enfants sur dix (29 %) de moins de cinq ans ont été mis sous la surveillance d'autres enfants, tandis que 9 % ont été laissés seuls durant la semaine qui a précédé l'enquête.

EDUCATION

La fréquentation d'une école maternelle ou d'un jardin pour les enfants de 36 à 59 mois reste encore faible (16 %). Les disparités entre les milieux urbain (32 %) et rural (5 %) sont importantes tandis que les enfants du sexe féminin (18 %) semblent être privilégiés dans la fréquentation d'un programme préscolaire que les petits garçons (14 %).

Parmi les enfants en âge d'entrer à l'école primaire (6 ans), 52 % sont inscrits en première année du primaire et le pourcentage des enfants de sexe masculin est un peu plus élevé (55 %) que celui des filles (50 %). La majorité des enfants en âge d'être dans

l'enseignement primaire (6-11ans) sont scolarisés (75 %) ; mais si l'on tient compte de la mise à l'école tardive en élargissant la plage d'âge aux groupes 6-14 ans, le taux net de scolarisation passe à 79 %. Il existe un léger écart entre le taux net de scolarisation des garçons de 6-11 ans (77 %) et celui des filles de même groupe d'âges (72 %). Dans les centres urbains, 89 % des enfants de (6-11 ans) sont scolarisés contre 68 % dans la zone rurale.

Dans l'enseignement secondaire, seulement le tiers (33 %) des enfants en âge de fréquenter le secondaire (12-18 ans) suit les cours dans un établissement secondaire. Si on prend la tranche d'âges 14-21 ans, le taux net de scolarisation au secondaire passe à 40 %.

Sur tous les enfants qui entrent en première année, la majorité (92 %) va en définitive atteindre la cinquième année du cycle primaire. Toutefois seuls 17 % des enfants en âge d'achever le cycle primaire (11 ans) étaient en dernière année du cycle. Ce pourcentage est plus important dans les centres urbains (32%) que dans les zones rurales (11 %). Par ailleurs, moins d'un élève sur deux (45 %) qui a achevé avec succès la dernière année de l'école primaire se trouvait en première année du secondaire l'année suivante. Ce taux de transition est un peu plus élevé chez les garçons (47 %) que chez les filles (43 %) et plus élevé dans le milieu urbain (54 %) que dans le milieu rural (39 %).

L'indice de parité des sexes (IPS) est proche de 1 au cycle primaire dans presque toutes les régions, ce qui indique qu'il n'existe presque pas d'écart entre filles et garçons âgés de 5 à 11 ans en termes de fréquentation de l'école primaire. Par contre, pour le cycle secondaire, l'IPS est de 0,7 pour l'ensemble du pays.

L'analphabétisme est encore répandu chez les femmes. Parmi celles qui sont âgées de 15 à 24 ans, 56 % seulement savent lire et écrire. La proportion des jeunes alphabètes est plus importante dans les centres urbains (67 %) que la zone rurale (42 %).

PROTECTION DE L'ENFANT

- Enregistrement de la naissance

Au niveau national, 78 % des enfants de moins de cinq ans ont été enregistrés à l'état civil ; l'enregistrement des naissances ne se fait pas nécessairement dans les délais légaux, car à l'âge de 11 mois, 70 % seulement des enfants sont enregistrés ; ce pourcentage augmente graduellement avec l'âge jusqu'à 59 mois pour atteindre 80 %. Parmi les différentes raisons du non enregistrement des naissances à l'état civil, le coût élevé (25%), l'ignorance (16%), la peur de payer une amende (8%) ou l'éloignement (7%) sont plus évoqués.

- Travail des enfants

Au total, 29 % des enfants âgés de 5-14 ans ont effectué au cours de la semaine qui a précédé l'enquête des travaux rémunérés ou domestiques. Dans l'ensemble, les enfants sont plus occupés dans le ménage pour l'entreprise familiale (21 %) alors qu'en dehors du ménage, ils sont employés pour des travaux non rémunérés (7 %). Les enfants effectuant des travaux rémunérés en dehors du ménage sont peu nombreux (3 %).

- Discipline des enfants

Neuf enfants âgés de 2 à 14 ans sur dix (90 %) ont subi au moins une forme de punition psychologique ou corporelle de la part de leur mère ou d'autres membres du ménage, tandis que près du quart des enfants (24 %) a fait l'objet de corrections corporelles sévères.

- Mariage précoce et polygamie

Pour l'ensemble du pays, 5 % des femmes en union ont contracté leur premier mariage avant l'âge de 15 ans. Cette proportion est deux fois plus élevée dans les zones rurales (7 %) que dans les centres urbains (3 %). La polygamie pour sa part reste assez répandue, car plus du tiers des femmes âgées de 15 à 49 ans en union (34 %) vit dans une union

polygamique. Cette pratique est plus développée dans les zones rurales (40 %) que dans les centres urbains (24 %).

Plus d'une adolescente (15-19 ans) mariée sur cinq (22 %) et le quart (25 %) des jeunes femmes âgées de 20-24 ans en union ont un conjoint plus âgé d'au moins dix ans. Le phénomène est plus répandu dans les centres urbains où 40 % des jeunes mariées de 15-19 ans et 29 % des femmes de 20-24 ans ont épousé des maris plus âgés de 10 ans au moins alors que dans la zone rurale les pourcentages s'élèvent respectivement à 15 % et 21 %.

- Excision ou mutilation génitale féminine

La prévalence de la mutilation génitale chez les femmes de 15-49 ans au Togo est de 6%. Le pourcentage des femmes qui ont subi une excision est plus élevé en milieu rural (7 %) qu'en milieu urbain (3 %). Parmi les femmes excisées, 86 % ont subi une ablation partielle alors que 2 % ont été victimes de la forme extrême de la mutilation génitale qui se manifeste par la couture ou la fermeture du vagin. Sur 100 femmes, 85 pensent que la pratique de l'excision doit s'arrêter, 9 estiment que cela dépend de la situation alors que 2 % croient que la pratique peut continuer.

L'excision des jeunes filles est une pratique qui tend à disparaître car la prévalence est de 1 % pour l'ensemble du pays. Parmi les filles qui ont été excisées, 11 % ont subi la forme extrême de mutilation et 82 % une ablation partielle des organes génitaux.

- Violence conjugale

Au total 53 % des femmes enquêtées approuvent qu'un mari puisse battre sa femme ou sa partenaire dans certaines conditions ; ce pourcentage est plus élevé dans la zone rurale (62 %) que dans le milieu urbain (44 %).

VIH/SIDA:COMPORTEMENT SEXUEL, ENFANTS ORPHELINS ET VULNERABLES

- Connaissance de la transmission du VIH/SIDA et utilisation du préservatif

La très grande majorité des femmes (96 %) a entendu parler de la pandémie du sida. Cependant, le pourcentage des femmes qui connaissent l'un des trois principaux moyens de prévenir la transmission du VIH/SIDA est de 92 % alors que 53 % en ont une connaissance exhaustive. Par ailleurs, six femmes sur dix (60 %) connaissent tous les trois modes de transmission du sida de la mère à l'enfant tandis que 5 % des femmes ne connaissent aucun de ces trois moyens.

Au total, près de neuf femmes sur dix (86 %) approuvent au moins une attitude discriminatoire vis-à-vis des personnes atteintes de VIH/SIDA alors que 14 % des enquêtées sont opposées à toutes les formes discriminatoires et de stigmatisation des personnes vivant avec le VIH/SIDA. Ces pourcentages sont deux fois plus élevés dans le milieu urbain (20 %) que dans les zones rurales (9 %).

Dans l'ensemble, quatre femmes âgées de 15-49 ans sur dix (44 %) connaissent un endroit où l'on peut faire le test de dépistage du sida tandis qu'une femme sur dix (10 %) a déjà effectué ce test. Parmi les femmes qui ont effectivement effectué le test, neuf sur dix (92 %) ont eu les résultats. En outre, presque une femme sur deux (49 %) qui avait donné naissance au cours des deux dernières années a bénéficié des informations ou conseils sur la prévention du VIH/SIDA lors des consultations prénatales mais seulement 8 % ont effectué le test de dépistage pour connaître leur situation sérologique.

- Comportement sexuel lié à la transmission du VIH/SIDA

Le pourcentage des filles adolescentes âgées de 15-19 ans qui ont eu leur premier rapport sexuel avant l'âge de 15 ans est de 12 %. Ce pourcentage est deux fois plus élevé dans les zones rurales (18 %) que dans les zones urbaines (8 %). Chez les femmes mariées âgées de 20-24 ans, 54 % ont eu leur premier rapport sexuel avant l'âge de 18 ans. Ces pratiques

sont plus répandues chez les jeunes femmes des zones rurales (64 %) que chez celles du milieu urbain (46 %).

La plupart des jeunes femmes de 15-24 ans (72 %) sont sexuellement actives dont 62 % ont eu des rapports sexuels au cours des douze derniers mois. Une proportion non négligeable (3 %) de ces femmes ont des comportements à hauts risques, parce qu'elles ont eu des rapports sexuels avec plusieurs partenaires tandis que près d'une jeune femme sur deux (48 %) a eu une sexualité extraconjugale. Parmi ces dernières, une sur deux (50 %) a déclaré avoir eu des rapports protégés.

- Orphelins et enfants vulnérables

Le ratio taux de fréquentation scolaire des enfants orphelins et vulnérables par rapport au taux de fréquentation des enfants ni orphelins ni vulnérables est égal à 1, ce qui signifie qu'il n'y a pas de différence apparente entre les deux groupes d'enfants dans la fréquentation scolaire.

La très grande majorité des enfants orphelins et vulnérables du sida (94%) ne reçoit aucun soutien de la part du gouvernement et des organisations communautaires. Seuls 6 % de ces enfants ont reçu au moins un des quatre types de soutien au cours des douze derniers mois tandis qu'une proportion très infime (0,2%) a reçu tous les quatre types de soutien (médical, émotionnel ou psychosocial, social ou matériel et scolaire).

Globalement, les enfants orphelins et vulnérables présentent une prévalence de malnutrition un peu plus importante que les enfants qui vivent avec leurs parents biologiques. Toutefois, les trois indices de l'état nutritionnel sont moins élevés chez les enfants orphelins que chez les enfants vulnérables.

Le pourcentage des adolescentes âgées de 15 à 17 ans qui ont eu des rapports sexuels avant l'âge de 15 ans est moins élevé chez les jeunes orphelines et vulnérables (10%) que chez les adolescentes n'étant ni orphelines et ni vulnérables (15%). Le ratio pourcentage des adolescentes orphelines et vulnérables sur le pourcentage de jeunes filles âgées de 15 à 17 ans non orphelines ou non vulnérables est de 0.7, ce qui indique que les jeunes filles en situation difficile au Togo, à la différence de ce qui se passe dans beaucoup de pays, courent moins de 30 % de risques de contracter leurs premiers rapports sexuels avant l'âge de 15 ans.

I. INTRODUCTION

1.1 CONTEXTE

Ce rapport est basé sur l'Enquête par Grappes à Indicateurs Multiples (MICS) menée au Togo en 2006 par la Direction Générale de la Statistique et de la Comptabilité Nationale (DGSCN). Cette enquête fournit des informations précieuses sur la situation des enfants et des femmes au Togo, et se base en grande partie sur la nécessité de surveiller la progression vers les objectifs et cibles émanant d'accords internationaux récents : la Déclaration du Millénaire adoptée par tous les 191 Etats membres des Nations Unies en septembre 2000 et le Plan d'Action d'un Monde digne des enfants (MDE), adopté par 189 Etats membres lors d'une session spéciale des Nations Unies sur les enfants en mai 2002. Ces deux engagements se basent sur les promesses faites par la communauté internationale lors du Sommet Mondial de 1990 pour les enfants.

En signant ces accords internationaux, les gouvernements se sont engagés à améliorer les conditions de vie de leurs enfants et à surveiller les progrès réalisés en ce sens. L'UNICEF s'est vu attribuer un rôle de soutien dans le cadre de cette mission (voir tableau ci-dessous).

Un engagement à l'action : Responsabilités nationales et internationales de compte-rendu

Les gouvernements qui ont signé la Déclaration du Millénaire ainsi que la Déclaration et le Plan d'Action pour un Monde digne des enfants se sont également engagés à faire le suivi des progrès réalisés pour atteindre les buts et les objectifs qu'ils contiennent :

- "Nous assurerons le suivi régulier et l'évaluation au niveau national et, si besoin est au niveau régional, des progrès accomplis vers les objectifs et les cibles du présent Plan d'action aux échelles nationales, régionales et internationales. En conséquence, nous renforcerons notre capacité statistique nationale en améliorant la collecte, l'analyse et la ventilation des données, notamment par sexe, âge et autres facteurs susceptibles de créer des inégalités, et nous appuierons toute une série de recherches axées sur les enfants. Nous améliorerons la coopération internationale afin d'appuyer les efforts de renforcement des capacités statistiques, et d'accroître les capacités des communautés en matière de suivi, d'évaluation et de planification. (Un Monde digne des enfants, paragraphe 60)
- "...Nous évaluerons périodiquement les progrès réalisés, aux niveaux national et sous-national, afin de mieux surmonter les obstacles et d'accélérer l'action..." (**Un Monde digne des enfants**, paragraphe 61)

Le Plan d'Action (paragraphe 61) préconise également l'implication spécifique de l'UNICEF dans la rédaction de rapports d'étape périodiques:

- "... En tant que qu'organisation mondiale chef de file pour la protection de l'enfance, le Fonds des Nations Unies pour l'enfance est prié de continuer à préparer et à diffuser, en étroite collaboration avec les Gouvernements, les fonds, programmes et institutions spécialisées concernés des Nations Unies, et avec les autres acteurs appropriés, le cas échéant, l'information sur les progrès réalisés dans la mise en œuvre de la présente déclaration et du présent plan d'action".

De la même façon, la **Déclaration du Millénaire** (paragraphe 31) suggère la rédaction périodique de rapports sur ces progrès:

- "...Nous demandons à l'Assemblée Générale de réviser régulièrement les progrès réalisés dans l'application des dispositions de cette Déclaration, et demandons au Secrétaire Général de publier des rapports périodiques à soumettre à l'Assemblée Générale et qui serviront de base à d'autres actions".

Le Togo fait partie des pays qui ont souscrit à plusieurs initiatives internationales telles que : les Objectifs du millénaire pour le Développement (OMD), les Pays pauvres très endettés (PPTE), un "Monde digne des enfants " (MDE), etc.

Le gouvernement togolais en collaboration avec les partenaires au développement a mis en œuvre des politiques et stratégies sectorielles pour améliorer la situation des enfants. A cet effet, le Ministère de la Santé a élaboré, validé et lancé le Plan national de réduction de la mortalité maternelle et néonatale qui couvre la période 2002-2006 ; par ailleurs, le Cadre Stratégique National de lutte contre le VIH/SIDA/IST 2001-2005 a été mis en œuvre à partir de 2004. Le Plan d'Action National "Education pour Tous " a été validé en 2005 en vue d'atteindre les objectifs nationaux basés sur les initiatives internationales dont le Togo est partie prenante. Le Document intérimaire de Stratégie de Réduction de la Pauvreté (DSRP) du Togo validé par le Gouvernement Togolais en Novembre 2004 est aligné sur les OMD/MDE. L'analyse couvre tous les secteurs des OMD mais elle n'est pas approfondie au stade du DSRP intérimaire. Le processus du DSRP final en cours fera une analyse plus détaillée à partir de certaines enquêtes et évaluations comme MICS3, QUIBB, Estimation des coûts (Costing) des OMD.

Bien que le Togo ne dispose pas encore du DSRP approuvé par les partenaires au développement en particulier la Banque Mondiale et le Fonds Monétaire International (FMI), il fait de ce document un cadre de référence pour tout programme de développement du pays. Le système de gestion de base de données DEVINFO adopté par le gouvernement sera l'un des outils de suivi et d'évaluation des indicateurs des OMD.

Les orientations stratégiques de l'UNDAF (Plan cadre d'assistance des Nations Unies) 2008-2012 basées sur les OMD portent sur trois priorités :

- La lutte contre la pauvreté (OMD 1);
- Le développement des secteurs sociaux et des ressources humaines (OMD 2 à 6 et 7 (Eau et Assainissement)) ;
- La promotion de la bonne gouvernance démocratique, administrative et économique.

En plus de ces trois priorités le Togo a retenu une quatrième priorité à savoir la gestion durable de l'environnement et des ressources naturelles.

Par ailleurs, les recommandations issues des différents rapports (Convention relative aux Droits de l'Enfant présenté par le Gouvernement Togolais le 24 Janvier 2005 à Genève et de la Convention sur l'Elimination de toutes les formes de Discrimination à l'Egard des Femmes soumis en Janvier 2006 à New York) présentés par le Togo sont en cours d'exécution à travers les différents programmes énumérés ci-dessus.

Les validations de UNDAF (2008-2012) et des stratégies nationales de développement basées sur les OMD (mars 2007) sont des signes d'espoir pour créer un "Monde digne des enfants".

A défaut du recensement général de la population depuis plus de 25 ans, des enquêtes récentes telles que MICS, QUIBB_2006 ont été réalisées pour fournir des informations fiables, complémentaires et croisées sur les indicateurs retenus par le pays pour suivre les différents engagements pris par le Togo y compris un "Monde digne des enfants".

Plus concrètement, l'objectif principal de l'enquête MICS3 n'est pas de collecter simplement des données mais c'est d'orienter l'attention des décideurs politiques et des partenaires au développement vers un certain nombre de problèmes à résoudre, notamment vers l'amélioration des services sociaux de base.

Ce rapport final présente les résultats des indicateurs et des sujets couverts dans le cadre de l'enquête.

1.2 OBJECTIFS DE L'ENQUETE

L'enquête MICS3 a pour principaux objectifs:

- d'apporter des informations récentes pour l'évaluation de la situation des enfants et des femmes au Togo;
- de fournir les données nécessaires pour contrôler les progrès dans la réalisation des Objectifs du millénaire pour le développement, les objectifs d'un Monde digne des enfants (MDE) et d'autres objectifs fixés au plan international, comme base à une action future ;
- de contribuer à l'amélioration des systèmes de collecte et de suivi des données au Togo et de renforcer l'expertise technique en matière de conception, de mise en oeuvre et d'analyse de ces systèmes.

II. METHODOLOGIE D'ECHANTILLONNAGE ET D'ENQUETE

2.1 CONCEPTION DE L'ECHANTILLON

Le plan de sondage de l'enquête MICS du Togo a été conçu pour fournir des estimations sur un grand nombre d'indicateurs sur la situation des enfants et des femmes au niveau national, en zones urbaine et rurale et pour six (6) domaines d'études presque confondues aux régions du pays à savoir : Lomé la capitale, la région Maritime (sans Lomé), la région des Plateaux, la région Centrale, la région de la Kara et la région des Savanes.

Les régions ont été identifiées comme les principaux domaines d'échantillonnage et l'échantillon a été sélectionné en deux étapes. Dans chaque région, un certain nombre de zones de dénombrement (ZD) a été sélectionné avec une probabilité proportionnelle à l'effectif de la population.

	Domaines d'étude						Total
	Lomé	Maritime	Plateaux	Centrale	Kara	Savanes	
Nombre de ZD	64	53	55	40	45	43	300

Après l'établissement d'une liste des ménages dans les zones de dénombrement sélectionnées, un échantillon systématique de 22 ménages a été tiré au sort dans chaque zone de dénombrement. Etant donné que toutes les 300 zones de dénombrement sélectionnées ont pu être visitées, on a obtenu au total un échantillon de 6 600 ménages. L'échantillon a été stratifié par région et n'est pas auto-pondéré ; pour donner des résultats au niveau national, des échantillons pondérés sont utilisés et on peut trouver une description plus détaillée du plan d'échantillonnage dans l'Annexe A.

2.2 QUESTIONNAIRES

Trois types de questionnaires ont été utilisés dans le cadre de l'enquête :

- 1) un questionnaire ménage pour recueillir des informations sur tous les membres et visiteurs du ménage et sur les caractéristiques de l'habitat ;
- 2) un questionnaire individuel femme administré dans chaque ménage à toutes les femmes âgées de 15 à 49 ans ;
- 3) un questionnaire individuel enfant, administré aux mères ou personnes en charge de tous les enfants de moins de cinq ans vivant dans le ménage.

Chaque type de questionnaire comprend des modules différents.

Le questionnaire ménage comprend les modules suivants:

- o Liste des membres du ménage
- o Education
- o Eau et assainissement
- o Caractéristiques du chef de ménage et de l'habitat
- o Sécurité de la propriété/Durabilité de l'habitat
- o Moustiquaires traitées aux insecticides
- o Enfants vulnérables et orphelins du fait du sida
- o Travail des enfants

- Discipline des enfants
- Iodation du sel.

Le questionnaire individuel femme comprend les modules suivants :

- Mortalité des enfants
- Anatoxine tétanique (Protection contre le tétanos néonatal)
- Santé maternelle et du nouveau-né
- Union/Mariage et polygamie
- Sécurité de la propriété pour femme
- Contraception
- Excision/mutilations génitales féminines
- Attitudes face à la violence conjugale
- Comportement sexuel
- Connaissance du VIH/SIDA.

Le questionnaire individuel enfant a été administré aux mères ou aux personnes en charge des enfants de moins de cinq ans¹ vivant dans le ménage. Ce questionnaire est administré aux mères des enfants de moins de cinq ans ; dans le cas où la mère ne figure pas sur la liste établie sur les membres du ménage, la personne en charge de l'enfant est identifiée et interviewée.

Le questionnaire individuel enfant comprend les modules suivants :

- Enregistrement de la naissance à l'état-civil et apprentissage précoce
- Développement de l'enfant
- Vitamine A
- Déparasitage
- Allaitement
- Traitement des maladies
- Paludisme
- Vaccination
- Anthropométrie.

Ces questionnaires sont basés sur le modèle de questionnaire MICS3². A partir de la version anglaise du modèle de questionnaire MICS3, les questionnaires ont été traduits en français et ont fait l'objet d'un essai préliminaire à Lomé pendant 5 jours c'est-à-dire du 1^{er} au 05 avril 2006. Sur la base des résultats de l'essai préliminaire, des modifications ont été apportées à la formulation et à la traduction des questionnaires. Une copie des questionnaires MICS3 du Togo est fournie dans l'Annexe F.

En plus de l'administration des questionnaires, les équipes en charge du travail sur le terrain ont testé la teneur en iode du sel de cuisine utilisé par les ménages et mesuré le poids et la taille des enfants de moins de 5 ans. Les détails et conclusions de ces mesures sont fournis dans les chapitres respectifs du rapport.

2.3 FORMATION ET TRAVAIL SUR LE TERRAIN

La formation comprenait des cours sur la cartographie et la reconnaissance des zones de dénombrement (ZD) et les contenus des questionnaires ainsi que des interviews simulées entre les agents de collecte pour leur permettre de s'habituer à poser des questions.

¹ Les termes "enfants de moins de 5 ans", "enfants de 0 à 4 ans" et « enfants de 0 à 59 mois » sont utilisés de façon interchangeable dans ce rapport.

² On peut trouver le modèle de questionnaire MICS3 sur www.childinfo.org, ou dans UNICEF, 2006.

a)- Enquête pilote

La formation du personnel pour le travail sur le terrain a été menée pendant 11 jours c'est-à-dire du 21 au 31 mars 2006. Vers la fin de la période de formation, les agents de collecte ont passé 3 jours à s'exercer à mener des interviews dans 2 quartiers choisis à Lomé (Kodjoviakopé et Nyékonakpoè).

Les données ont été collectées par 4 équipes, chacune comprenant 4 enquêteurs et 1 superviseur. Le travail sur le terrain a commencé le 1^{er} avril 2006 et s'est terminé le 05 avril 2006.

b)- Enquête principale

La formation du personnel pour le travail sur le terrain a été menée pendant 14 jours, du 21 avril au 04 mai 2006. Vers la fin de la période de formation, les agents de collecte ont passé 4 jours à s'exercer à mener des interviews dans 5 quartiers choisis à Lomé (Totsi, Tokoin-Hôpital, Hanoukopé, Kodjoviakopé et Nyékonakpoè).

Les données ont été collectées par 13 équipes, chacune comprenant 5 ou 6 enquêteurs (selon les régions), un contrôleur, un chauffeur (pour 2 équipes) et un superviseur. Le travail sur le terrain a commencé le 10 mai 2006 et s'est terminé le 24 juin 2006.

2.4 TRAITEMENT DES DONNEES

Les données de l'enquête ont été saisies à l'aide du logiciel CSPro sur 8 micro-ordinateurs par 14 opérateurs de saisie sous la surveillance de 3 contrôleurs et 2 superviseurs. Afin de garantir la qualité des données, on a procédé à la double saisie suivie d'un contrôle de cohérence et de vraisemblance. Des procédures et programmes standard élaborés dans le cadre du projet global MICS3 et adaptés au questionnaire du Togo ont été utilisés tout au long du processus. Le traitement des données a commencé vingt jours après le début de la collecte des données c'est-à-dire le 30 mai 2006 et s'est achevé le 15 juillet 2006. Les données ont été analysées à l'aide du logiciel Statistical Package for Social Sciences (SPSS), Version 14, et le modèle de syntaxe et les plans d'exploitation des données élaborés par l'UNICEF.

III. REPRESENTATIVITE DE L'ECHANTILLON ET CARACTERISTIQUES DES MENAGES ET DES PERSONNES INTERROGEEES

3.1 REPRESENTATIVITE DE L'ECHANTILLON

Sur les 6 600 ménages sélectionnés, 6 562 ont été retrouvés et 6 492 ont été interrogés avec succès soit un taux de réponse des ménages de 98,9 %.

Dans les ménages enquêtés, 6 713 femmes (âgées de 15 à 49 ans) ont été identifiées. Sur ces femmes, 6 213 ont été interrogées avec succès soit un taux de réponse de 92,6%.

En outre, 4 158 enfants de moins de cinq ans ont été identifiés dans les ménages et 4 077 ont été enquêtés avec succès, ce qui correspond à un taux de réponse de 98,1%.

Le taux global de réponse pour les femmes est de 91,6% et celui pour les enfants de moins de cinq ans est de 97,0% (tableau HH.1).

D'après les résultats du tableau HH.1, il ressort qu'il n'y a pas d'écart sensible entre les taux de réponse des ménages, tant au niveau des régions qu'au niveau des zones (urbaine et rurale). Il est à noter cependant que ces taux tournent autour de la moyenne nationale qui est de 98,9%.

En ce qui concerne le taux de réponse des femmes, il existe un écart entre les centres urbains (88,3%) et les zones rurales (95,4%). Les raisons majeures de cet écart seraient dues au fait que les ruraux sont le plus souvent des agriculteurs rattachés à leurs terres alors que les citadins sont très mobiles et sont rarement disponibles pour accepter les interviews.

Au niveau des régions, on note une grande disparité de ces taux entre Lomé la capitale (84,5%) et les autres : Plateaux (91,3%), Kara (94,8%), Savanes (95,7%), Maritime (97,3%) et Centrale (98,2%).

Pour les enfants de moins de cinq ans, il n'existe pas de différence notable entre ces taux au niveau urbain, rural et régional. Le taux de réponse est en moyenne de 98,1% au niveau national et régional sauf dans la région des Plateaux où il est le plus bas (94,4%).

3.2 CARACTERISTIQUES DES MENAGES

La distribution par âge et par sexe de la population touchée par l'enquête est fournie dans le tableau HH.2. Cette distribution est également utilisée pour produire la pyramide des âges dans la Figure HH.1. Dans les 6 492 ménages interrogés avec succès au cours de l'enquête, 30 542 membres de ménage ont été répertoriés.

Sur ces 30 542 membres de ménage, on compte 15 131 hommes et 15 411 femmes ; ce qui représente 49,5% pour la population masculine contre 50,5% pour la population féminine.

Les résultats indiquent également que la taille moyenne des ménages est de 4,7 individus.

La structure par âge et par sexe de la population enquêtée est fournie dans le tableau HH.2. Les données de ce tableau montrent que les effectifs et les pourcentages de la population sont nettement plus importants vers les bas âges (moins de 20 ans) que vers les âges avancés (notamment à partir de 55 ans).

En effet, la répartition de la population en pourcentage par groupes d'âges quinquennaux se présente comme suit : 12 % pour 0-4 ans, 16 % pour 5-9 ans, 14 % pour 10-14 ans, 10 % pour 15-19 ans, 8 % pour 20-24 ans, 7.5% pour 25-29ans, 6 % pour 30-34 ans et 35-39ans tandis que l'on enregistre moins de 5 % pour tous les autres groupes d'âges.

En comparant la structure par sexe et par grands groupes d'âges de MICS3 à celle obtenue lors de EDST2 (cf. tableauHH.2w), on se rend également compte que la population togolaise est légèrement plus féminine (51%) que masculine (49%). Par ailleurs, la répartition par grands groupes d'âges montre que la proportion des moins de 15 ans a tendance à baisser alors que celles des tranches 15-64 ans et 65 ans+ ont augmenté de 1998 à 2006.

Tableau HH.2w : Répartition en pourcentage de la population par grands groupes d'âges selon différentes sources, Togo 2006

Grand groupe d'âges	EDST (1998)			MICS (2006)		
	Homme	Femme	Total	Homme	Femme	Total
< 15 ans	50,6	45,1	47,7	42,7	41,5	42,2
15-64 ans	45,4	50,3	48,0	53,0	53,4	53,2
65 ans +	4,0	4,6	4,2	4,1	4,8	4,5

La structure par âge et par sexe est également illustrée la pyramide de population dans la Figure HH.1. La pyramide des âges présente une allure régulière caractérisée par une base large avec une forte population de moins de 20 ans représentant plus la moitié de la population et un sommet rétréci à cause de la mortalité élevée des adultes. Cependant on constate un très grand rétrécissement de la base. Ce rétrécissement peut être dû d'une part à une baisse récente de la fécondité au Togo et d'autre part à un mauvais enregistrement par les agents enquêteurs pour diminuer les interviews sur les enfants de moins de cinq ans.

A l'exception des enfants de moins de cinq ans, les âges des hommes en général sont mieux déclarés que ceux des femmes. En ajout à la tendance à déclarer les âges ronds terminés par zéro (0) ou cinq (5) pour les personnes qui n'ont pas une idée précise de leur âge, il y a gonflement des femmes âgées de 50-54 ans et des enfants de 5-9 ans et un creux pour les femmes de 15-19 ans. Cette situation s'explique par le fait que, dans la recherche de faire diminuer leurs charges de travail à effectuer sur le terrain, les agents enquêteurs ont procédé à des manipulations suivantes :

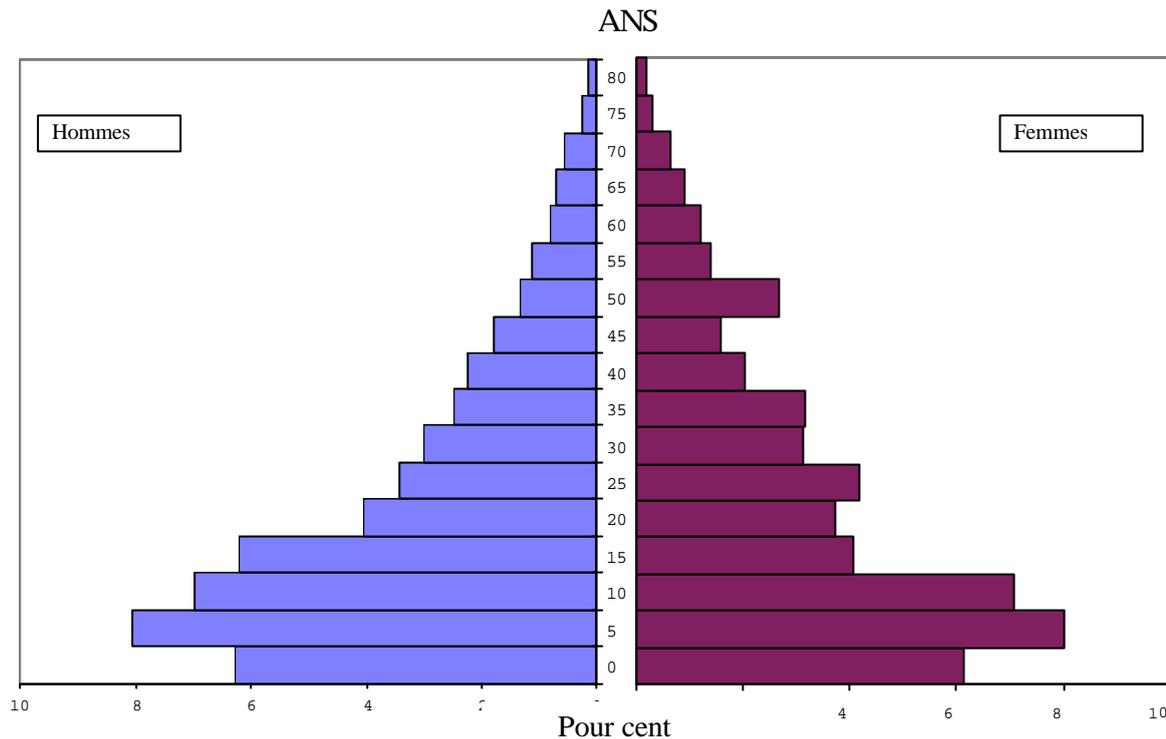
- le vieillissement des femmes de 45-49 ans en les classant dans la tranche d'âges 50-54 ans ;
- le vieillissement des enfants de 0-4 ans en les renvoyant dans la tranche d'âges 5-9 ans ;
- le rajeunissement des femmes de 15-19 ans en les faisant passer dans la tranche d'âges 10-14 ans.

Ces vieillissements et rajeunissements peuvent mieux s'observer à travers la distribution de la population par année d'âge dans le tableau DQ.1 en annexe D. Il faut reconnaître cette mauvaise qualité du travail des agents sur le terrain s'expliquerait par le fait que le contrôle ou la supervision a manqué de vigilance.

Les données du tableau HH.2 indiquent également la proportion des enfants dont l'âge est compris entre 0 et 17 ans est importante ; elle s'élève à 48,2 % dans l'ensemble. Cette proportion est de 50,2 % pour les garçons contre 46,3 % pour les filles.

Figure 6. Pyramide des âges, Togo, 2006

A REFAIRE



Le tableau HH.3 fournit des informations sur les caractéristiques socio-démographiques et contextuelles sur les ménages ; il s'agit du sexe du chef de ménage, de la région et du milieu de résidence, de la taille du ménage et du groupe ethnique³ du chef de ménage. Ces variables fondamentales sont également utilisées tout au long de ce rapport à travers les différents tableaux.

Les nombres pondérés et non pondérés des ménages sont égaux, puisque les pondérations de l'échantillonnage ont été normalisées (voir Annexe A). Le tableau HH.3 permet également de connaître la proportion des ménages ayant au moins un enfant de moins de 18 ans (76 %), la proportion des ménages ayant au moins un enfant de moins de cinq ans (42 %) et la proportion des ménages ayant au moins une femme éligible de 15 à 49 ans (73 %).

Les données du tableau font aussi ressortir que les ménages dirigés par les hommes (74 %), représentent un peu moins de trois fois ceux dirigés par les femmes (26 %). Les ménages enquêtés sont relativement plus nombreux en milieu rural (59 %) qu'en milieu urbain (41 %). Par ailleurs, il est à mentionner que les ménages composés de 4-5 personnes (28 %) et ceux de 2-3 personnes (26%) sont les plus représentés ; ils sont suivis par les ménages composés de 6-7 personnes (18 %) et ceux d'une seule personne (13 %). Les ménages de grande taille (plus de 7 personnes) sont en faibles proportions (moins de 10 %).

³Les questions posées pour cerner ou collecter les informations relatives à ces variables de base sont consignées dans le questionnaire en annexe F. Les détails des différents groupes ethniques se retrouvent en annexe G.

3.3 CARACTERISTIQUES DES PERSONNES INTERROGÉES

Les tableaux HH.4 et HH.5 fournissent des informations sur les caractéristiques socio-démographiques et contextuelles des femmes enquêtées âgées de 15 à 49 ans et des enfants de moins de cinq ans. Dans ces deux tableaux, le nombre total d'observations pondérées et non pondérées est égal, puisque la pondération des échantillons a été normalisée (standardisée). Ces tableaux fournissent également des informations utiles sur les caractéristiques socio-démographiques et contextuelles des femmes et des enfants.

Le tableau HH4 fournit des caractéristiques fondamentales sur les femmes enquêtées âgées de 15 à 49 ans. Ce tableau comprend des informations sur la distribution des femmes selon la région, le milieu de résidence (urbain/rural), l'âge, la situation matrimoniale, le statut de mère, l'éducation⁴, l'indice de richesse⁵ et le groupe ethnique.

Il ressort des données qu'un grand nombre de femmes résident dans le milieu rural (52 %) contre 48% dans le milieu urbain. Par ailleurs, la région Maritime (sans Lomé commune) abrite la proportion la plus élevée des femmes enquêtées (31 %) ; elle est suivie par Lomé commune (23%) et la région des Plateaux (17 %). La plus faible proportion est observée dans la région Centrale. Plus de la moitié de ces femmes ont un âge compris entre 15-30 ans (54 %). Par ailleurs, les femmes de 15-49 ans enquêtées présentent les caractéristiques suivantes :

- 1) les deux tiers des femmes (66 %) sont actuellement mariées ;
- 2) environ sept femmes sur dix (71 %) ont déjà donné naissance à un enfant ;
- 3) près de quatre femmes sur dix (39 %) sont sans aucune instruction ;
- 4) seulement un tiers des femmes (33 %) est pauvre.

Certaines caractéristiques fondamentales des enfants de moins de cinq ans sont présentées dans le tableau HH.5. Elles comprennent la distribution des enfants selon plusieurs attributs : le sexe, la région et le milieu de résidence, l'âge en mois, l'éducation de la mère ou de la personne en charge, l'indice de richesse et le groupe ethnique.

Les données du tableau montrent que les proportions de filles (50,5 %) et de garçons (49,5 %) enquêtés sont presque identiques. Une grande partie des enfants de moins de cinq ans réside dans les zones rurales : 63 % contre 27 % dans les centres urbains. Au niveau des régions, on constate que les enfants de moins de 5 ans touchés par l'enquête résident en grande partie dans la région Maritime (30 %) ; cette région est suivie par Lomé Commune (18 %) et la région des Plateaux (16 %). La proportion la plus faible est enregistrée dans la région Centrale (9 %).

Près de la moitié des enfants de moins de 5 ans (49 %) a une mère n'ayant aucun niveau d'instruction. Parmi les mères des enfants ayant reçu une instruction, celles qui ont le niveau primaire sont les plus nombreuses (34 %). Par ailleurs, les données montrent que près de quatre mères sur dix (39 %) sont riches (riches ou très riches).

⁴Dans tout le rapport, le terme "éducation" fait référence au niveau d'instruction des personnes enquêtées.

⁵ Une analyse des composantes de base a été effectuée en utilisant les informations sur la propriété des biens et des équipements des ménages (terre et bétail non compris) afin d'assigner des coefficients de pondération aux biens de chaque ménage et d'obtenir des scores de richesse pour chaque ménage de l'échantillon. Les biens utilisés dans le calcul de l'indice de richesse sont les suivants : sources d'approvisionnement en eau, type d'installations sanitaires, mode d'évacuation des eaux usées, nombre de pièces utilisées pour dormir, nature du sol-mur-toit du logement, type de source d'énergie utilisée pour l'éclairage et la cuisson des aliments, quelques biens possédés (voir les variables HC9 et HC10 du questionnaire en annexe F). L'indice de richesse a pour but de produire un classement des ménages selon leur richesse, des plus pauvres au plus riches.

IV. LA MORTALITE DES ENFANTS DE MOINS DE CINQ ANS

L'un des Objectifs du millénaire pour le développement (OMD) et d'un Monde digne des enfants est de réduire la mortalité infantile et infanto-juvénile. En particulier, les OMD prônent la réduction de la mortalité infanto-juvénile de deux tiers entre 1990 et 2015. Le suivi des progrès vers cet objectif est une tâche importante mais difficile. L'évaluation de la mortalité infantile semble une chose aisée, mais les tentatives d'utiliser des questions directes telles que, «un membre de ce ménage est-il décédé l'année dernière ? » donne des résultats inexacts. L'utilisation d'évaluations directes de la mortalité infantile à partir des naissances fait perdre beaucoup de temps, est plus coûteuse et nécessite d'accorder une plus grande attention à la formation et à la supervision. Par contre, les méthodes indirectes mises au point pour calculer les taux de mortalité infantile donnent des estimations solides comparables à celles obtenues à partir d'autres sources. Les méthodes indirectes minimisent les pièges des trous de mémoire, des définitions inexactes ou mal interprétées et de mauvaises techniques de sondage.

4.1 METHODOLOGIE

Le taux de mortalité infantile est la probabilité de mourir avant le premier anniversaire. Le taux de mortalité infanto-juvénile est la probabilité de mourir avant le cinquième anniversaire. Dans le cadre des enquêtes de type MICS, les taux de mortalité infantile et infanto-juvénile sont calculés sur la base d'une technique d'estimation indirecte dénommée Méthode de Brass (Nations Unies, 1983 ; 1990a ; 1990b). Les données utilisées pour les estimations sont les suivantes : le nombre moyen d'enfants nés-vivants, le nombre moyen d'enfants survivants chez les femmes âgées de 15 à 49 ans réparties en groupes d'âges de cinq ans, et la proportion de ces enfants qui sont décédés. Cette technique convertit ces données en probabilités de mourir en tenant compte tant des risques de mortalité auxquels les enfants sont exposés que de la durée de leur exposition au risque de mourir, en supposant un type de mortalité particulière selon le groupe d'âge. Sur la base des informations recueillies précédemment sur la mortalité au Togo, le modèle Nord a été sélectionné comme étant le tableau type de mortalité le plus approprié.

4.2 NIVEAU DE LA MORTALITE SELON LES CARACTERISTIQUES SOCIO DEMOGRAPHIQUES

Le tableau CM.1 présente des estimations de la mortalité infantile et infanto-juvénile selon des caractéristiques socio démographiques de la mère et des enfants, alors que le tableau CM.2 présente les données de base utilisées dans le calcul des taux de mortalité pour le total national. Le taux de mortalité infantile est estimé à 77 pour mille, alors que la probabilité de mourir des moins de cinq ans tourne autour de 123 pour mille. Ces estimations ont été calculées en faisant la moyenne des estimations de mortalité obtenues de femmes entre 25-29 ans et 30-34 ans et se rapportent à la mi-2001.

4.2.1 Analyse selon le sexe

Il existe des différences dans les probabilités de mourir entre les garçons et les filles. Les taux de mortalité infantile et infanto juvénile sont plus élevés chez les enfants de sexe masculin (respectivement 89 pour mille et 139 pour mille) que chez les enfants de sexe féminin (respectivement 65 pour mille et 105 pour mille).

4.2.2 Analyse selon la zone de résidence

Il ressort des données du tableau CM1 qu'il existe de grandes disparités entre les taux de mortalité des enfants des milieux urbain et rural, et des différentes régions du pays. En effet, les probabilités de décès des nourrissons et des enfants de moins de cinq ans sont environ deux fois plus élevées dans les zones rurales (89 pour mille et 143 pour mille) que dans les centres urbains (49 pour mille et 73 pour mille).

Par ailleurs, les taux les plus élevés sont enregistrés dans la région des Savanes (111 pour mille pour la mortalité infantile et 186 pour mille pour la mortalité infanto juvénile) et les probabilités de décès les moins élevées sont observées à Lomé 37 pour mille chez les moins d'un an et 52 pour mille pour les enfants de moins de cinq ans. Après la capitale, les niveaux de mortalité infantile et infanto juvénile les moins élevés sont enregistrés dans les régions de la Kara (respectivement 77 pour mille et 122 pour mille) et Maritime sans la ville de Lomé (respectivement 78 et 86 pour mille). Quant aux régions des Plateaux et Centrale, la probabilité de décès des enfants de moins d'un an s'élève respectivement à 79 et à 86 pour mille tandis que pour 1000 naissances vivantes respectivement 125 dans la région des Plateaux et 139 dans la région Centrale meurent avant l'âge de cinq ans.

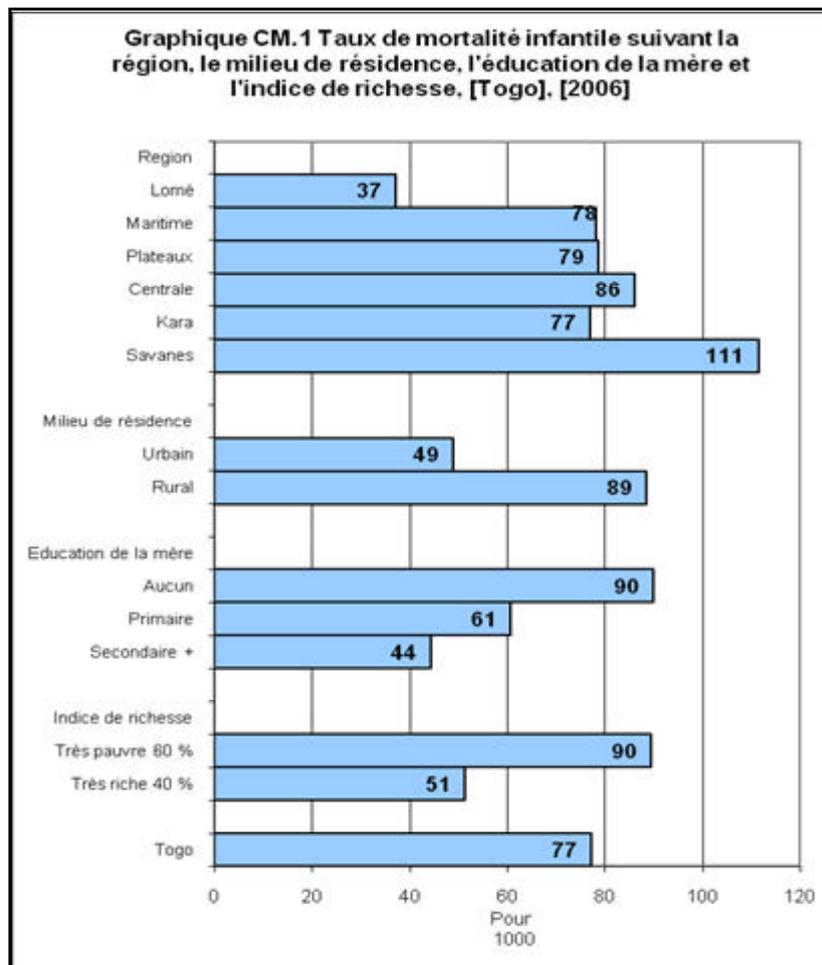
4.2.3 Analyse selon le niveau d'instruction de la mère

Le niveau d'instruction de la mère a une très grande influence sur la probabilité de décès des enfants. Un enfant dont la mère est sans instruction court deux fois plus de risque de mourir avant le premier anniversaire et avant cinq ans (taux de mortalité infantile : 90 pour mille et taux de mortalité infanto juvénile : 145 pour mille) qu'un enfant dont la mère a atteint le niveau secondaire ou plus (44 pour mille et 64 pour mille). Les enfants dont les mères ont fréquenté l'école primaire ont des niveaux de mortalité infantile (61 pour mille) et infanto juvénile (93 pour mille) inférieurs à la moyenne nationale.

Les meilleures conditions de vie, d'hygiène et d'alimentation, mais surtout le recours plus important des femmes instruites aux services de santé (meilleur suivi des grossesses et nombre plus important d'enfants vaccinés) pourraient expliquer l'essentiel de ces différences de mortalité.

4.2.4 Analyse selon l'indice de richesse

D'importants écarts entre les niveaux de mortalité ont également été observés au niveau des indices de richesse. En effet, les probabilités de décès des moins d'un an et des enfants de moins de 5 ans nés dans les ménages très pauvres (respectivement 92 pour mille et 150 pour mille) sont deux fois plus élevées que celles observées dans les ménages riches (43 pour mille pour le taux de mortalité infantile et 62 pour mille pour la mortalité infanto juvénile). Les enfants appartenant aux ménages modestes (moyens) présentent un niveau de mortalité infantile (78 pour mille) légèrement supérieur à la moyenne nationale et un niveau de mortalité infanto juvénile similaire au taux national (123 pour mille).



4.3 TENDANCE ET EVOLUTION DE LA MORTALITE DES ENFANTS DE MOINS DE CINQ ANS

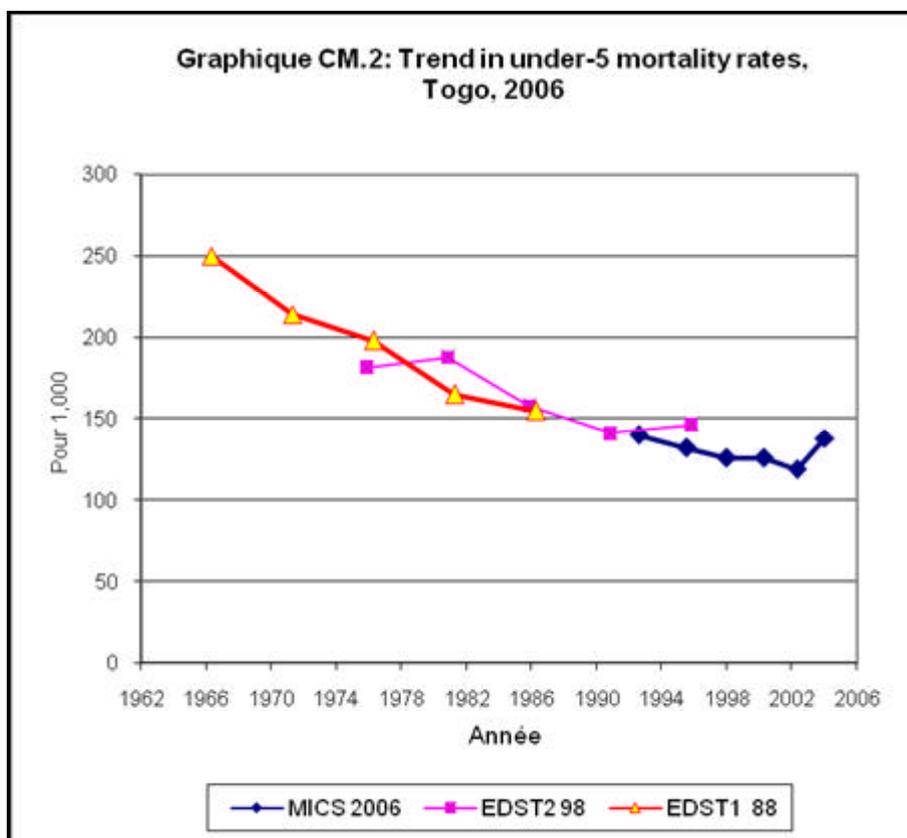
Le tableau CM2w illustré par le graphique CM2 donne les niveaux de la mortalité infantile et infanto juvénile estimés à partir de l'enquête MISC3 réalisée en 2006 et des première et deuxième enquêtes démographiques et de santé (EDST-I et II) réalisées en 1998 et en 1998. Il est à noter que les enquêtes démographiques et de santé ont calculé les taux de mortalité des enfants de moins de cinq ans à partir d'informations sur l'historique des naissances recueillies auprès des mères des enfants tandis que l'enquête MISC3 a utilisé la méthode de Brass décrite ci-dessus.

Tableau CM 2w : Evolution des taux de mortalité infantile et infanto juvénile			
Les indicateurs clés	(Pour Mille Naissances vivantes)		
	1988 (EDST- I)	1998 (EDST- II)	2006 (MICS3)
Le taux de mortalité infantile	81	80	77
Le taux de mortalité des enfants de moins de 5 ans	158	146	123

Les niveaux de mortalité infantile et infanto juvénile pour MISC3 ont été calculés en faisant la moyenne des estimations de mortalité obtenues de femmes entre 25-29 ans et 30-34 ans et se rapportent au milieu de l'année 2001 alors que les niveaux estimés dans les deux enquêtes démographiques et de santé concernent les périodes de cinq de 0 à 5 ans avant les enquêtes réalisés en 1988 et 1998 ce qui correspond aux périodes de 1983-1987 pour l'EDST I et de 1993-1997 pour l'EDST II.

Il ressort des données du tableau CM2w que la mortalité infantile a très peu évolué au cours des vingt dernières années. En effet sur 1000 naissances vivantes en 2001, 77 décèdent avant leur premier anniversaire alors que les données de l'EDST-II, (1998) et de l'EDST -I (1988) révèlent respectivement qu'entre 1993 et 1997, et entre 1983 et 1987 que sur 1000 naissances vivantes 80 et 81 enfants n'atteignent pas l'âge d'un an révolu. Le niveau de la mortalité des enfants de moins de cinq ans par contre a connu une baisse régulière et sensible pendant ce temps passant de 158 pour mille au cours de la période 1983-1987, à 146 pour mille pendant la période 1993-1997 et à 123 pour mille en 2001.

Une analyse approfondie et séparée devrait être entreprise pour expliquer les déterminants et les causes de ces baisses.



V. ETAT NUTRITIONNEL DES ENFANTS DE MOINS DE CINQ ANS

5.1 STATUT NUTRITIONNEL

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

La malnutrition est associée à plus de la moitié des décès d'enfants dans le monde. Les enfants en état de malnutrition courent plus de risques de mourir des maladies communes de l'enfance et ceux qui survivent souffrent de maladies répétées et de retard de croissance. Trois quarts des enfants qui sont morts de causes liées à la malnutrition n'étaient que légèrement ou modérément malnutris c'est-à-dire qu'ils ne présentaient pas de signes extérieurs de leur vulnérabilité. Un des Objectifs du millénaire pour le développement est de réduire de moitié la proportion des personnes souffrant de la faim entre 1990 et 2015. L'objectif d'un Monde digne des enfants est de réduire la prévalence de la malnutrition chez les enfants de moins de cinq ans d'au moins d'un tiers (entre 2000 et 2010), en accordant une attention particulière aux enfants de moins de deux ans. Une réduction de la prévalence de la malnutrition contribuera à atteindre l'objectif de la réduction de la mortalité dans l'enfance.

Au sein d'une population bien nourrie, il existe une distribution standard de la taille et du poids pour les enfants de moins de cinq ans. La malnutrition au sein d'une population peut être évaluée en comparant les enfants avec une population standard. La population de référence utilisée dans ce rapport est la norme OMS/CDC/NCHS, qui a été recommandée par l'UNICEF et l'Organisation mondiale de la santé dans le cadre des enquêtes MICS. Chacun des trois indicateurs du statut nutritionnel peut être exprimé en unités d'écart types (scores-z) par rapport à la médiane de cette population de référence.

5.1.1 Indices de l'état nutritionnel

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

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

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

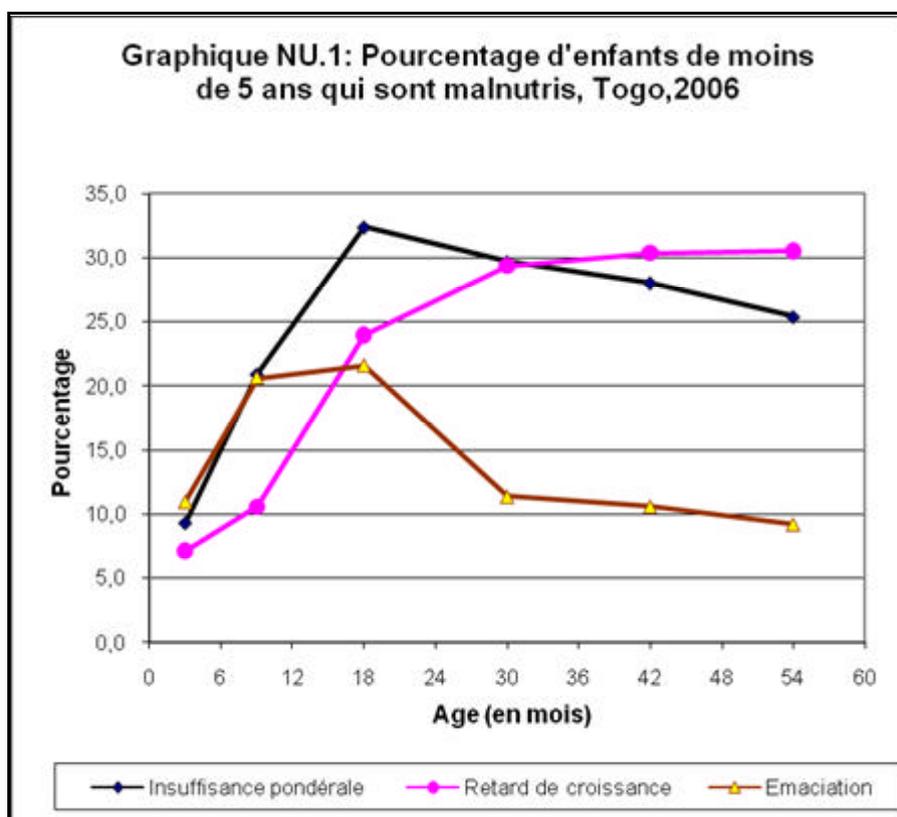
Dans le cadre de l'enquête MICS3, les poids et les tailles des enfants sont mesurés en utilisant l'équipement anthropométrique recommandé par l'UNICEF (UNICEF, 2006). Les conclusions de ce chapitre sont basées sur les résultats de ces mesures.

5.1.2 Niveaux de l'état nutritionnel des enfants

Le tableau NU.1 présente les pourcentages d'enfants classés dans chacune de ces catégories, sur la base des mesures anthropométriques prises durant le travail sur le terrain. Ce tableau comprend en outre le pourcentage d'enfants en surcharge pondérale, qui prend en compte les enfants dont le poids pour la taille est supérieur à deux écarts types au dessus de la médiane de la population de référence.

Le tableau NU.1w présente le pourcentage des enfants qui n'ont pas pu être pesés et mesurés au moment de la collecte. Ces derniers représentent 2% des enfants de moins de cinq ans pour l'ensemble du pays.

L'insuffisance pondérale, qui se traduit par un poids insuffisant par rapport à l'âge, concerne le quart (26 %) des enfants de moins de cinq ans vivant au Togo, dont 7 % sont atteints de la forme sévère. Le retard de croissance qui se manifeste par une taille un peu plus petite par rapport à l'âge et qui est provoqué par une sous nutrition chronique touche un peu moins du quart des enfants (24 %) alors qu'un enfant sur dix (10 %) souffre de la forme sévère. L'émaciation ou la déperdition aiguë qui se traduit par un poids de l'enfant trop faible par rapport à sa taille touche 14 % des enfants dont 3 % présentent une forme sévère. Par ailleurs, 3 % des enfants de moins de cinq ans sont obèses ce qui se manifeste par une surcharge pondérale ou un poids plus important que la taille.



5.1.3 Niveaux de l'état nutritionnel des enfants selon les caractéristiques socio démographiques

Les écarts entre le sexe pour les trois indices sont relativement faibles. Toutefois l'insuffisance pondérale et le retard de croissance sont plus répandus chez les garçons avec des proportions respectives de 27 % et 26 % que chez les filles (26% et 22%). En revanche, les filles sont légèrement plus émaciées (15%) que les garçons (14 %).

La région des Savanes présente pour les trois indices les pourcentages les plus élevés d'enfants malnutris alors que les plus faibles proportions sont enregistrées à Lomé. Les

écarts entre les deux régions sont très importants ; en effet les enfants qui résident dans la région des Savanes (33 %) sont deux fois plus touchés par le retard de croissance que ceux qui sont à Lomé (14 %). Plus d'un enfant sur deux de la région des Savanes (55 %) souffre d'insuffisance pondérale alors qu'à Lomé cette forme de malnutrition frappe moins de deux enfants sur dix (15 %). Par ailleurs, les résultats montrent que près du tiers (32%) des enfants dans la région des Savanes souffrent d'une émaciation contre 6 % à Lomé.

Les enfants qui résident dans les zones rurales sont beaucoup plus malnutris que les enfants des centres urbains. En effet, 16 % des enfants du milieu urbain souffrent d'une insuffisance pondérale dont 3 % de la forme sévère contre 32 % des enfants du milieu rural dont 9 % ont la forme sévère. Les enfants du milieu rural (28 %) souffrent plus du retard de croissance que les enfants du milieu urbain (17 %) ; les proportions des enfants qui présentent la forme sévère s'élèvent à 8 % dans les centres urbains et à 12 % dans la zone rurale. La forme modérée de l'émaciation qui traduit une sous-alimentation aiguë est deux fois plus répandue chez les enfants du milieu rural (18 %) que chez les enfants du milieu urbain (8 %) tandis que la forme sévère est près de cinq fois plus importante dans le milieu rural (5 %) que dans le milieu urbain (1 %).

L'instruction de la mère est un important facteur de réduction de la malnutrition chez les enfants. Les insuffisances pondérales modérées et sévères s'élèvent respectivement à 32 % et à 9 % chez les enfants dont la mère est sans instruction alors que chez les enfants dont la mère a un niveau secondaire ou plus, 18 % présentent la forme modérée et 3 % la forme sévère.

Le pourcentage des enfants souffrant d'insuffisance pondérale et d'émaciation croît avec l'âge et atteint le pic entre 12 et 23 mois, 32 % pour l'insuffisance pondérale et 22 % pour l'émaciation. Par la suite, on note une légère baisse graduelle jusqu'à 59 mois ; cette tendance est prévisible, car elle correspond à l'âge où beaucoup d'enfants sont sevrés du lait maternel, et exposés à la contamination due à l'eau de boisson, aux aliments et à l'environnement. En ce qui concerne le retard de croissance, la proportion des enfants atteints augmente avec l'âge, passant de 7 % avant six mois à 24 % à 12-23 mois pour s'établir à 31 % à 48-59 mois.

La surcharge pondérale est deux fois plus élevée chez les petites filles (4 %) que les petits garçons (2 %). Il existe de grands contrastes entre les différentes régions ; en effet, dans la région des savanes moins de 1 % des enfants de moins de cinq ans présente une surcharge pondérale contre 6 % dans la région des Plateaux.

5.2 ALLAITEMENT AU SEIN

L'allaitement au sein au cours des premières années joue un rôle important dans l'état nutritionnel des enfants. Il transmet les anticorps de la mère à l'enfant, donc protège les enfants contre les infections et certaines maladies comme la diarrhée. Aussi le lait maternel contient-il tous les éléments nutritifs indispensables au bon développement et à la croissance de l'enfant durant ses premiers mois d'existence. Le lait maternel est une source idéale d'éléments nutritifs ; il est sûr et plus économique. Cependant de nombreuses mères abandonnent l'allaitement trop tôt et souvent utilisent le lait artificiel pour nourrir, ce qui peut contribuer à un fléchissement de la croissance et à une malnutrition due à une carence en micronutriments. De plus, ce lait autre que maternel n'est pas sûr en cas d'absence d'eau potable. L'objectif du plan d'action d'un «Monde digne des enfants» stipule que les enfants doivent être allaités exclusivement au sein pendant 6 mois, puis les mères doivent poursuivre l'allaitement jusqu'à l'âge de 2 ans au moins, en l'associant avec des aliments complémentaires sûrs, appropriés et suffisants.

L'OMS et l'UNICEF donnent les recommandations d'alimentation suivantes :

- l'allaitement exclusif au cours des six premiers mois ;
- la poursuite de l'allaitement jusqu'à deux ans ou plus ;
- l'alimentation complémentaire sûre, appropriée et adéquate à partir du sixième mois ;

- la fréquence de l'alimentation complémentaire: 2 fois par jour pour les enfants de 6 à 8 mois ; 3 fois par jour pour les enfants de 9 à 11 mois.

Il est également recommandé que l'allaitement au sein commence dans l'heure qui suit la naissance.

Les indicateurs des pratiques d'alimentation des enfants recommandées sont les suivants :

- taux d'allaitement exclusif (< 6 mois ou < 4 mois) ;
- taux d'alimentation complémentaire opportun (6-9 mois) ;
- taux de poursuite de l'allaitement (12-15 ou 20-23 mois) ;
- début opportun de l'allaitement (dans l'heure qui suit la naissance) ;
- fréquence de l'alimentation complémentaire (6-11 mois) ;
- bébés adéquatement nourris (0-11 mois).

Ainsi, pour permettre de décrire la situation du moment sur l'allaitement maternel, les questions ci-après ont été posées aux mères ou tutrices des enfants de moins de cinq (5) ans :

- les enfants qui sont sous allaitement au moment de l'enquête ;
- les enfants ayant reçu des aliments en complément les dernières vingt-quatre (24) heures précédant le passage de l'agent enquêteur.

5.2.1 Allaitement initial

Le tableau NU.2 présente la proportion de femmes âgées de 15 à 49 ans qui ont donné naissance au cours des deux années ayant précédé l'enquête et qui ont commencé juste après la naissance de l'enfant, à allaiter leurs nouveaux-nés en moins d'une heure ou en moins d'une journée.

Les données du tableau indiquent qu'un peu plus du tiers des femmes (36 %) ont commencé à allaiter leur bébé moins d'une heure après la naissance alors que plus des deux tiers des femmes (70 %) ont allaité leurs enfants moins d'une journée après la naissance. Il découle de ces résultats que trois mères sur dix (30 %) n'ont pas donné de lait à leurs enfants dès le premier jour. Le fait de ne pas allaiter l'enfant dès sa naissance peut avoir un effet néfaste sur sa santé car c'est lors des premiers allaitements dans les vingt-quatre heures suivant la naissance, que l'enfant bénéficie du colostrum qui contient les anticorps de la mère qui sont essentiels pour éviter de nombreuses maladies. De plus, si le nouveau-né n'est pas allaité dans les vingt-quatre heures, il reçoit à la place, divers liquides qui risquent de le mettre en contact avec des agents pathogènes.

Dans les zones rurales 69 % des enfants ont été allaités durant les premières vingt-quatre heures et le tiers (34 %) durant la première heure, alors que dans les centres urbains 71 % des mères ont allaité leurs enfants dans les premières vingt-quatre heures et 39 % durant la première heure qui a suivi la naissance.

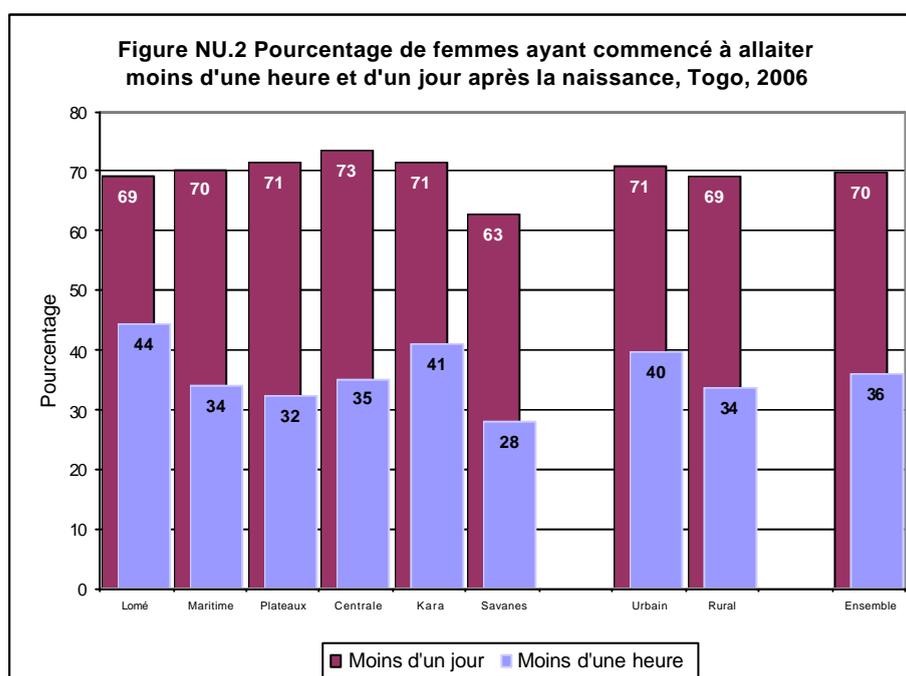
Dans la plupart des régions, au moins 7 mères sur 10 ont mis leurs nouveaux-nés au sein dans les vingt-quatre heures qui ont suivi la naissance ; en revanche dans la région des Savanes seulement 6 enfants sur 10 ont été allaités dès le premier jour. En ce qui concerne l'allaitement durant la première heure qui a suivi la naissance, dans la région de la Kara et à Lomé 41 % et 44 % des femmes ont respectivement commencé à allaiter leurs enfants moins d'une heure après la naissance alors que dans la région des Savanes seulement 28 % de mères ont allaité leurs enfants durant la première heure.

Le niveau d'instruction influence sensiblement le début de l'allaitement. Les enfants dont la mère est sans instruction commencent à être allaités plus tardivement que ceux dont la mère est instruite : en effet, le pourcentage d'enfants allaités dès le premier jour varie de 69 % chez les enfants dont la mère est sans instruction à 72 % chez les enfants dont la mère a

le niveau de secondaire ou plus. Les écarts sont un peu plus importants dans le cas où l'allaitement a eu lieu durant la première heure ; ainsi 34 % des femmes non instruites ont allaité leurs enfants durant la première heure, alors que respectivement 37 % des femmes qui ont le niveau primaire et 39 % de celles qui le niveau secondaire ou plus ont mis leurs enfants au sein immédiatement après la naissance.

Par ailleurs, l'indice de richesse pour sa part a une relation positive sur l'allaitement initial des nouveaux nés. Les enfants issus des ménages pauvres sont plus tardivement allaités que les enfants des ménages modestes et riches ; en effet, 62 % des enfants issus des ménages pauvres et 69 % des enfants des ménages très pauvres sont allaités durant le premier jour alors que dans les ménages moyens et riches les proportions des enfants allaités moins d'un jour après la naissance sont similaires et s'élèvent à 75 %.

La proportion des enfants qui ont été mis au sein moins d'une heure après leur naissance, varie de 28 % dans les ménages pauvres à 40 % dans les ménages riches et 43% et dans les ménages moyens.



5.2.2 Allaitement maternel exclusif

Dans le tableau NU.3, le statut d'allaitement est basé sur les informations des mères ou des personnes en charge des enfants en ce qui concerne la consommation d'aliments et de bouillies au cours des 24 heures ayant précédé l'enquête. L'allaitement exclusif, fait référence aux enfants qui ne reçoivent que du lait maternel (et des vitamines, des suppléments minéraux ou des médicaments). Ce tableau présente l'allaitement exclusif des enfants au cours des six premiers mois de la vie (séparément pour les 0-3 mois et les 0-5 mois), ainsi que l'allaitement complémentaire des enfants de 6 à 9 mois et la poursuite de l'allaitement des enfants de 12 à 15 mois et de 20 à 23 mois.

Cette rubrique concerne les groupes d'âges 0-3 mois et 0-5 mois révolus. Il ressort des données du tableau NU.3, que 35 % des enfants âgés de moins de 4 mois sont exclusivement nourris au lait maternel. L'allaitement maternel exclusif ne présente pas d'écart sensible suivant le sexe. On enregistre 34 % des enfants de sexe masculin contre 36 % des enfants de sexe féminin.

Le niveau d'instruction de la mère a une influence sur l'allaitement exclusif des enfants de 0-3 mois. En effet, les résultats de l'enquête montrent que 29 % des enfants dont les mères n'ont jamais été à l'école ont été exclusivement nourris au lait maternel contre 34 % chez les

enfants dont les mères ont fait l'école primaire et 48 % des enfants dont les mères ont fait le cours secondaire.

Par ailleurs chez les enfants âgés de moins de 6 mois, 28 % sont exclusivement nourris au lait maternel. Il existe un grand écart entre le milieu urbain (41 %) et le milieu rural (22 %). On remarque aussi que les proportions des enfants soumis exclusivement au lait maternel dans ce groupe d'âge augmentent au fur et à mesure que le niveau d'instruction de leurs mères s'élève.

Les résultats révèlent en outre qu'il existe une relation entre le niveau d'instruction de la mère et l'allaitement exclusif au sein des enfants ; en effet les proportions des enfants exclusivement nourris au sein augmentent avec le niveau d'instruction de la mère ; ces pourcentages passent de 23 % chez les enfants dont la mère est sans instruction à 31 % chez ceux dont la mère a fait l'école primaire et à 39 % chez les enfants dont la mère a suivi les cours secondaires ou plus.

5.2.3 Allaitement et alimentation de complément

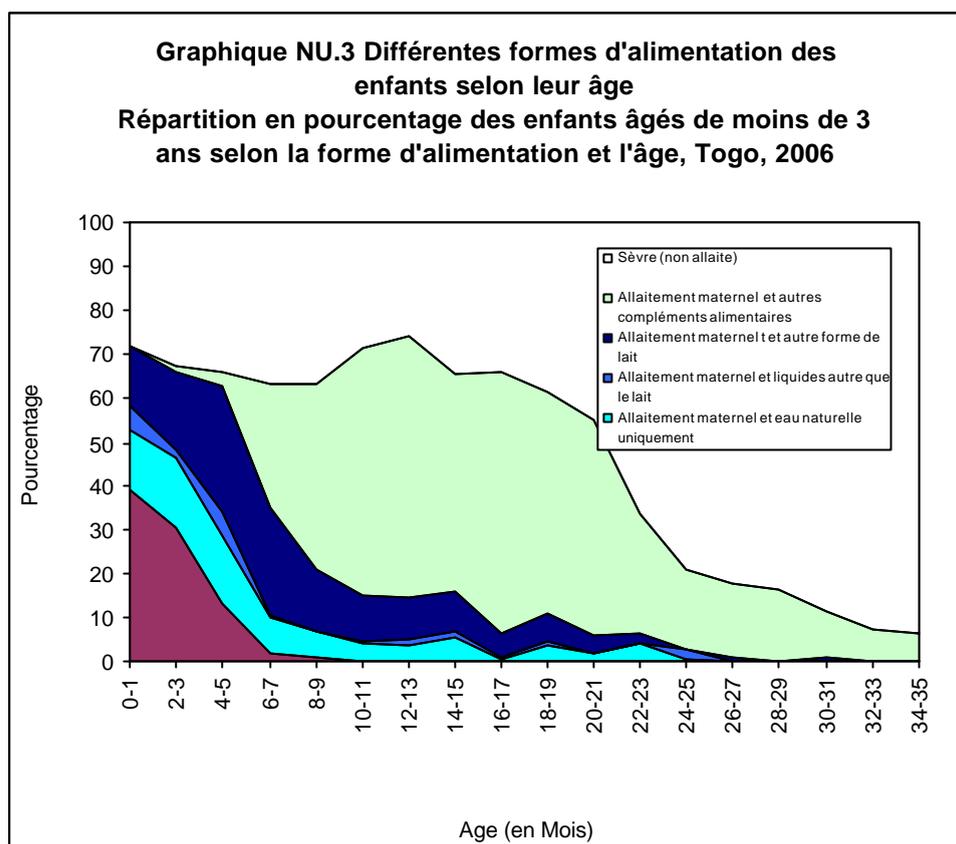
Le tableau NU.3 fournit également des informations sur les types d'aliments reçus par les enfants âgés de moins de deux ans au cours des vingt quatre heures qui ont précédé l'interview. L'alimentation complémentaire concerne les enfants des groupes d'âges 6-9 mois, 12-15 mois et 20-23 mois révolus qui en plus du lait maternel reçoivent des aliments solides ou semi-solides.

Pour le groupe d'âges 6-9 mois, 35 % des enfants reçoivent en plus du lait maternel des aliments complémentaires solides et semi solides ou pâteux. Cette situation est plus observée en milieu rural (36 %) qu'en milieu urbain (32 %). Cette proportion est relativement plus élevée chez les filles (40 %) que chez les garçons (30 %). En se référant au niveau d'instruction de la mère, on remarque que cette pratique est plus répandue chez les enfants dont les mères ont fait l'école primaire (41 %) et 33 % chez les enfants dont les mères n'ont jamais été à l'école. Toutefois on note que 31 % des enfants dont les mères ont fait au moins le cours secondaire reçoivent également les compléments d'aliments en plus du lait maternel.

Il est à noter que 70 % des enfants du groupe d'âges 12-15 mois continuent d'être allaités ; cette pratique est plus répandue chez les garçons (72 %) que chez les filles (68 %) d'une part et plus chez les enfants du milieu rural (72 %) que chez des enfants résidant dans les centres urbains (68 %) d'autre part. L'allaitement tardif est un peu plus répandu chez les femmes instruites (72 %) que les femmes sans instruction (69 %).

Par ailleurs 44 % des enfants du groupe d'âges 20-23 mois sont allaités au sein avec des aliments solides ou semi solides en complément. Cette pratique est plus répandue dans les zones rurales (56 %) que dans les centres urbains (26 %).

La Figure NU.3 présente la situation détaillée du statut d'allaitement par âge en mois de l'enfant. La majorité des enfants reçoivent des aliments liquides ou des aliments autres que le lait maternel, même aux âges les plus précoces. A la fin du sixième mois, le pourcentage des enfants allaités exclusivement au sein est inférieur à 2 %, alors que environ 21% des enfants sont encore allaités après 2 ans.



5.2.4 Les enfants adéquatement nourris

Le tableau NU.4 donne des indications sur les enfants adéquatement nourris. Les différents critères usés pour déterminer une alimentation adéquate dépendent de l'âge de l'enfant ; il s'agit des :

- enfants âgés de 0 à 5 mois allaités exclusivement au sein ;
- enfants âgés de 6 à 8 mois qui ont reçu en plus du lait maternel, des aliments complémentaires au moins de deux fois au cours des 24 dernières heures ;
- enfants âgés de 9 à 11 mois qui ont été allaités au sein et qui ont reçu des compléments alimentaires au moins trois fois au cours des 24 dernières heures ;
- enfants âgés de 6 à 11 mois qui ont été allaités au sein et qui ont reçu des compléments alimentaires un nombre minimum de fois recommandé par jour.

La combinaison de ces différents critères donne la proportion des enfants âgés de 0 à 11 mois révolus qui sont nourris d'une manière appropriée. Les données du tableau NU.4 indiquent que seulement un peu plus du quart (27 %) des enfants de moins d'un an quel que soit le sexe sont adéquatement nourris selon les recommandations de l'OMS et de l'UNICEF.

Les proportions les plus élevées des enfants adéquatement nourris sont enregistrées dans les régions Maritime (31 %), de la Kara (31 %) et à Lomé (30 %) alors que la région Centrale présente avec 13 % la proportion la plus faible, suivie des régions des Plateaux et des Savanes, (23 %) chacune d'enfants nourris de manière appropriée. Selon le milieu de résidence, les résultats montrent que les proportions des enfants adéquatement nourris sont plus importantes dans les centres urbains (29 %) que dans le milieu rural (25 %).

Les résultats révèlent en outre que le niveau d'instruction des mères n'est déterminant qu'à partir du secondaire ; en effet les enfants des femmes qui ont atteint le secondaire ou plus présentent les forts pourcentages (32 %) d'enfants correctement nourris alors que les enfants

des femmes sans instruction ou qui ont le niveau primaire présentent respectivement les proportions d'enfants bien nourris de 26 % et 25 %.

L'analyse des données selon l'indice de richesse présente des résultats très contrastés ; les proportions des enfants exclusivement allaités au sein jusqu'à cinq mois sont plus faibles dans les ménages très pauvres (12 %) et pauvres (16 %) que dans les ménages de condition de vie moyenne (35 %) et des ménages riches (49 %). Toutefois les enfants des ménages très riches ne respectent pas les recommandations de l'UNICEF et de l'OMS, car seulement 31 % des enfants de ces ménages sont soumis à un allaitement exclusif jusqu'à six mois.

Le rôle de l'indice de richesse dans l'alimentation correcte des enfants de moins d'un an n'est pas perceptible, car les données révèlent qu'il n'y a pratiquement pas de différence entre les enfants nourris de manière appropriée des ménages très pauvres (25%) et ceux des ménages très riches (26 %). Toutefois les enfants des ménages de condition moyenne (33 %) et des ménages riches (30 %) semblent être plus adéquatement nourris que les autres enfants.

5.3 IODATION DU SEL

Les troubles liés à la carence en iode (TCI) sont la principale cause au monde de l'arriération mentale susceptible d'être évitée et du retard du développement psychomoteur du jeune enfant. Sous sa forme la plus extrême, la carence en iode est responsable du crétinisme. Elle augmente également le risque de mort à la naissance et de fausse couche chez la femme enceinte. La carence en iode est plus généralement et visiblement associée au goitre. Les TCI sont surtout responsables de l'arriération mentale et contribuent ainsi aux mauvais résultats scolaires, à la réduction du quotient intellectuel et à un faible rendement au travail. L'objectif international était de parvenir à une élimination durable de la carence en iode d'ici 2005. L'indicateur est le pourcentage de ménages consommant un sel iodé de façon adéquate (≥ 15 parts par million).

Il convient de souligner que les résultats sur la disponibilité du sel iodé dans les ménages consignés dans ce rapport, proviennent de l'enquête nationale TDCI (Troubles Dus à la Carence en Iode) réalisée en 2005 grâce à l'appui financier de l'UNICEF. En effet, cette enquête ne s'est pas limitée au test qualitatif c'est-à-dire un test rapide à l'iodate à l'aide des kits comme cela a été le cas pour l'enquête MICS3. Au cours de l'enquête TDCI, les résultats ont été confirmés grâce au dosage de l'iode par titrimétrie en laboratoire ; ceci constitue un test quantitatif plus objectif que le test qualitatif qui peut être influencé par la mauvaise interprétation de la coloration du sel au réactif des kits, par la détérioration des kits, etc..

Somme toute, d'après les résultats de l'enquête TDCI, la proportion de sel iodé à plus de 15 ppm est de 93 % au Togo en 2005 (voir détails en annexe H).

5.4 SUPPLEMENT EN VITAMINE A

La vitamine A est essentielle pour la santé des yeux et le bon fonctionnement du système immunitaire. On la trouve dans des aliments comme le lait, le foie, les œufs, les fruits rouges et oranges, l'huile de palme rouge et les légumes à feuilles vertes ; la quantité de vitamine A que le corps tire de ces sources varie largement. Dans les régions en développement, où la vitamine A est largement consommée sous forme de fruits et de légumes, la consommation quotidienne par habitant est souvent insuffisante pour couvrir les besoins alimentaires. Cette consommation inadéquate est encore aggravée par l'augmentation des besoins en vitamine A durant la croissance de l'enfant ou durant les périodes de maladie ainsi que par les pertes accrues durant les infections générales de l'enfance. En conséquence, la carence en

vitamine A est assez répandue dans les pays en développement et particulièrement dans les pays où le taux de mortalité dans l'enfance est le plus élevé.

Le Sommet mondial pour les enfants de 1990 s'était fixé comme objectif l'élimination presque totale de la carence en vitamine A et de ses conséquences, comme la cécité, d'ici l'an 2000. Cet objectif a également été approuvé par la Conférence politique sur Ending Hidden Hunger de 1991, la Conférence internationale sur la nutrition de 1992 et la Session spéciale de l'Assemblée Générale de l'ONU sur les enfants de 2002. Le rôle essentiel de la vitamine A pour la santé de l'enfant et le renforcement du système immunitaire fait du contrôle de sa carence un élément essentiel des efforts pour la survie de l'enfant et la réalisation du quatrième Objectif du millénaire pour le développement, à savoir une réduction de deux tiers de la mortalité des moins de cinq ans d'ici 2015.

Pour les pays qui ont des problèmes de carence en vitamine A, les recommandations internationales actuelles préconisent l'administration d'une dose élevée de vitamine A tous les quatre à six mois, pour tous les enfants âgés de 6 à 59 mois vivant dans les régions affectées. Donner aux jeunes enfants deux capsules de vitamine A par an est une stratégie sûre, peu coûteuse et efficace pour éliminer la carence en vitamine A et améliorer la survie des enfants. Donner de la vitamine A aux nouvelles mères allaitantes aide à protéger leurs enfants durant les premiers mois de la vie et aide à la reconstitution des réserves de la mère en vitamine A, qui s'épuisent pendant la grossesse et l'allaitement. Pour les pays qui ont des programmes de supplément en vitamine A, la définition de l'indicateur est le pourcentage des enfants de 6 à 59 mois qui ont reçu au moins une dose de supplément en vitamine A au cours des six derniers mois.

Sur la base des directives de l'UNICEF et de l'OMS, le ministère de la Santé du Togo recommande que les enfants de 12-59 mois reçoivent une capsule de vitamine A tous les six mois. Dans certaines régions du pays, les capsules de vitamine A sont associées aux services de vaccination et sont donnés quand l'enfant entre en contact avec ces services après ses six premiers mois. Il est également recommandé que les mères prennent un supplément en vitamine A huit semaines avant l'accouchement en raison des besoins accrus en vitamine A pendant la grossesse et l'allaitement.

Les résultats du tableau NU.6 montrent que près de 4 enfants sur dix (39 %) ont reçu une capsule à dose élevée de supplément en vitamine A au cours des six derniers mois qui ont précédé l'enquête MICS3, alors qu'un peu plus du tiers des enfants (34 %) l'ont reçue avant les six derniers mois, 15 % des enfants l'ont reçue à un moment donné mais leurs parents ne savent pas la période exacte.

Au total, près de 88 % des enfants de 6 à 59 mois ont reçu à un moment donné une capsule de supplément en vitamine A alors que 11 % ne l'ont jamais reçue et pour 1 % les parents ne sont pas sûrs de la prise de la vitamine A par les enfants.

L'analyse des données selon l'âge révèle que plus de la moitié (52 %) des enfants âgés de 6 à 11 mois a reçu une capsule de supplément en vitamine A au cours des six derniers mois contre 40 % chez les enfants âgés de 12-23 mois, 37 % chez ceux de 24-35 mois et 38 % chez les enfants de 36-47 mois et enfin 35 % chez ceux de 48-59 mois.

La région des Plateaux présente la proportion la plus élevée (46 %) des enfants qui ont reçu un supplément en vitamine A durant les six derniers mois tandis que la région Centrale a le pourcentage le plus faible (27 %).

L'instruction de la mère des enfants a une influence sur l'administration des suppléments de vitamine A aux enfants. En effet, les pourcentages des enfants qui ont reçu les capsules au cours des six derniers mois qui ont précédé l'enquête augmentent avec le niveau d'instruction ; ils passent de 35 % chez les enfants des femmes sans instruction à 44 % chez celles qui ont le niveau secondaire ou plus. En revanche, les pourcentages des enfants qui n'ont reçu aucun supplément en vitamine A sont presque deux fois plus élevés chez les

enfants dont la mère est sans instruction (15 %) que chez ceux dont la mère a le niveau secondaire ou plus (8 %).

Le tableau NU.7 donne le pourcentage des femmes âgées de 15-49 ans qui ont une naissance vivante au cours des deux dernières années qui ont précédé l'enquête, selon qu'elles ont reçu un supplément de vitamine A avant la huitième semaine après la naissance de l'enfant.

Les données du tableau NU.7 indiquent que près d'une mère sur deux (46 %) a reçu un supplément en vitamine A avant les huit premières semaines qui ont suivi la naissance de son nouveau né tandis que 2 % des mères ne sont pas sûres d'en avoir reçu. Les mères qui résident en milieu rural ont plus reçu le supplément en vitamine A (47 %) que les mères des centres urbains (43 %). Les régions des Plateaux et de la Kara enregistrent les proportions les plus élevées avec respectivement 58 % et 51% des mères qui ont reçu un supplément post partum, alors qu'à Lomé, seulement 41 % des mères ont reçu une capsule de vitamine A après la naissance de leur nouveau-né. La proportion des mères qui ont reçu un supplément en vitamine A croît avec le niveau d'instruction de la mère, passant de 42 % chez les mères sans instruction à 49 % chez celles qui ont atteint le niveau secondaire ou plus.

5.5 FAIBLE POIDS A LA NAISSANCE

Le poids à la naissance est un bon indicateur non seulement de la santé et du statut nutritionnel de la mère mais également des chances de survie, de croissance, de santé à long terme et de développement psychosocial du nouveau-né. Un faible poids à la naissance (moins de 2 500 grammes) comporte une série de risques graves pour la santé des enfants. Les bébés sous-alimentés dans le ventre de leurs mères risquent davantage de mourir au cours de leurs premiers mois et années. Ceux qui survivent ont un système immunitaire affaibli et courent plus de risques de tomber malades; ils vont probablement rester malnutris ce qui va entraîner une réduction de leur force musculaire tout au long de leur vie. Ils seront en outre davantage exposés au diabète et aux maladies cardiovasculaires à l'âge adulte. Les enfants présentant un faible poids à la naissance ont tendance à avoir un quotient intellectuel plus faible et des troubles cognitifs, qui auront une incidence sur leur réussite scolaire et leurs opportunités d'emploi en tant qu'adultes.

Dans les pays en développement, un faible poids à la naissance découle principalement d'une mauvaise santé et d'un mauvais statut nutritionnel de la mère. Trois facteurs ont plus d'impact :

- le mauvais statut nutritionnel de la mère avant la conception,
- la petite taille de l'enfant (due principalement à la malnutrition et aux infections contractées durant son enfance),
- la mauvaise nutrition durant la grossesse.

La prise de poids insuffisante de la femme durant la grossesse joue un rôle particulièrement important puisque qu'elle est responsable en grande partie du retard de la croissance du fœtus. Qui plus est, des maladies comme la diarrhée et le paludisme, qui sont courantes dans de nombreux pays en développement peuvent sensiblement retarder la croissance du fœtus si la mère en est atteinte durant sa grossesse.

Dans les pays industrialisés, le tabagisme durant la grossesse est la principale cause du faible poids à la naissance. Dans les pays tant développés qu'en développement, les adolescentes qui donnent naissance à des enfants alors qu'elles n'ont pas terminé leur propre croissance courent le risque de mettre au monde des enfants souffrant d'insuffisance pondérale.

Un des principaux obstacles à l'évaluation de l'incidence du faible poids à la naissance est le fait que plus de la moitié des nourrissons ne sont pas pesés à la naissance dans les pays en développement. Par le passé, la plupart des estimations de la faiblesse du poids à la naissance dans les pays en développement étaient basées sur les données collectées

auprès des structures sanitaires. Cependant, ces estimations sont biaisées pour la plupart des pays en développement parce que la majorité des nouveaux-nés ne naissent pas dans ces structures, et ceux qui y voient le jour ne représentent qu'un échantillon sélectionné de toutes les naissances.

Etant donné que de nombreux nourrissons ne sont pas pesés à la naissance et que ceux qui le sont peuvent constituer un échantillon biaisé de toutes les naissances, les poids à la naissance notifiés ne peuvent généralement pas être utilisés pour évaluer la prévalence du faible poids à la naissance pour tous les enfants. Par conséquent, le pourcentage des naissances dont le poids est inférieur à 2 500 grammes est calculé à partir de deux éléments du questionnaire: l'évaluation faite par la mère de la taille de l'enfant à la naissance (c'est à dire très petit, plus petit que la moyenne, moyen, plus gros que la moyenne, très gros) et le rappel de la mère du poids ou le poids tel qu'enregistré sur une fiche de santé si l'enfant a été pesé à la naissance⁶.

Il ressort du tableau NU.8 que 44 % des enfants nés au cours des deux dernières années avant MICS3, 2006 ont été pesés et près de 12 % de ces enfants ont un poids inférieur à 2 500 grammes.

5.5.1 Les enfants pesés à la naissance

Les proportions des nouveaux-nés pesés cachent de très grandes disparités. La ville de Lomé se détache des autres régions ; en effet un peu plus de 3 naissances sur 4 survenues dans la capitale (76 %) ont été pesées contre un peu plus d'une naissance sur 10 (14 %) dans la région des Savanes. Les proportions des bébés pesés à la naissance sont également faibles dans les régions des Plateaux (24 %). Dans la Maritime sans Lomé 42 % des enfants sont pesés à la naissance tandis que dans les régions Centrale et de la Kara, les enfants pesés à la naissance représentent respectivement 50 % et 47 %. En ce qui concerne le milieu de résidence, les données révèlent que 7 naissances sur 10 (70 %) sont pesées dans les centres urbains contre moins de 3 naissances sur 10 (28 %) dans les zones rurales.

L'instruction a une grande influence sur la pesée des enfants à la naissance. Les proportions des enfants pesés varient avec le niveau d'instruction de la mère, entre 28 % chez les enfants dont la mère est sans instruction à 75 % chez les enfants dont les mères ont le niveau secondaire ou plus.

Il existe également des écarts importants qui augmentent graduellement avec l'indice de richesse ; en effet les proportions des naissances pesées à la naissance passent de 18 % chez les enfants des ménages très pauvres à 78% chez les enfants des ménages très riches.

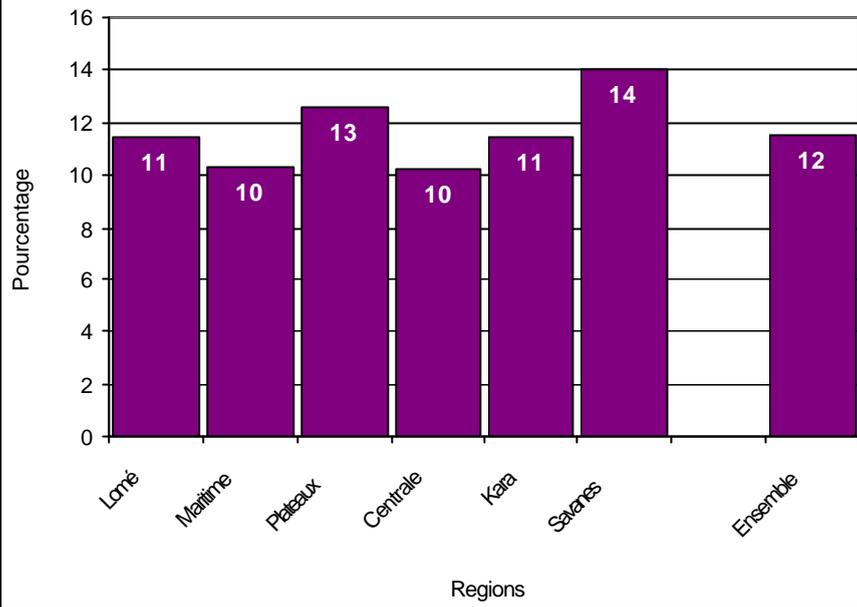
5.5.2 Les enfants de poids à la naissance inférieur à 2 500 grammes

Parmi les enfants qui ont été pesés, les proportions des enfants qui ont un poids inférieur à 2 500 grammes varient entre 10 % dans la région Maritime sans Lomé à 14 % dans la région des Savanes.

D'une manière générale, il existe très peu d'écart entre les proportions des enfants dont le poids est inférieur à 2 500 grammes quelles que soient les caractéristiques socio démographiques et contextuelles.

⁶Pour une description détaillée de cette méthodologie, voir Boerma, Weinstein, Rutstein and Sommerfelt, 1996.

Graphique NU.5 Pourcentage de naissances vivantes dont le poids est inférieur à 2500 grammes à la naissance, Togo, 2006



VI. SANTE DE L'ENFANT

6.1 COUVERTURE VACCINALE

L'Objectif 4 du millénaire pour le développement (OMD) est de réduire la mortalité infantile de deux tiers entre 1990 et 2015. La couverture vaccinale joue un rôle essentiel dans cet objectif. La vaccination a sauvé la vie à des millions d'enfants au cours des trois dernières décennies depuis le lancement du Programme élargi vaccination (PEV) en 1974. Cependant dans le monde il y a encore 27 millions d'enfants qui ne bénéficient pas d'une vaccination systématique, ce qui fait que des maladies qui peuvent être évitées par la vaccination causent encore plus de deux millions de décès par an.

Un des objectifs d'un Monde digne des enfants est de garantir la couverture vaccinale totale de 90 % des enfants de moins d'un an au niveau national, avec une couverture d'au moins 80 % dans chaque préfecture ou district sanitaire.

Selon les directives de l'UNICEF et de l'OMS, un enfant devrait recevoir la vaccination du BCG à la naissance pour le protéger contre la tuberculose, trois doses de DTCoq pour le protéger contre la diphtérie, la coqueluche et le tétanos, trois doses de vaccin contre la polio et une vaccination contre la rougeole à l'âge de 12 mois. Pendant la collecte de données, il a été demandé aux mères de produire les carnets de vaccination pour les enfants de moins de cinq ans. Les enquêteurs ont recopié les informations relatives à la vaccination dans le questionnaire de MICS3.

Au total, 68 % des enfants possèdent un carnet de santé (tableau CH.1). Pour les enfants qui n'en possèdent pas, les enquêteurs ont demandé à la mère d'essayer de se rappeler si l'enfant a reçu ou non chacun des vaccins, ainsi que le nombre de fois pour le DTCoq et le Polio. Le tableau CH.1 indique le pourcentage d'enfants de 12 à 23 mois ayant reçu tous les vaccins. Son dénominateur est composé d'enfants âgés de 12-23 mois de façon à ne compter que les enfants suffisamment âgés pour être complètement vaccinés.

Les indicateurs sont calculés en tenant compte de l'âge des enfants au moment de la vaccination. Dans un premier temps, le numérateur inclut l'ensemble des enfants vaccinés à un moment quelconque avant l'enquête sur la foi du carnet de vaccination ou du témoignage de la mère. Le second type d'indicateurs prend en compte uniquement les enfants vaccinés avant leur premier anniversaire. Pour les enfants dépourvus de carnet de vaccination, la proportion des enfants vaccinés avant le premier anniversaire est supposée identique à celle des enfants ayant un carnet.

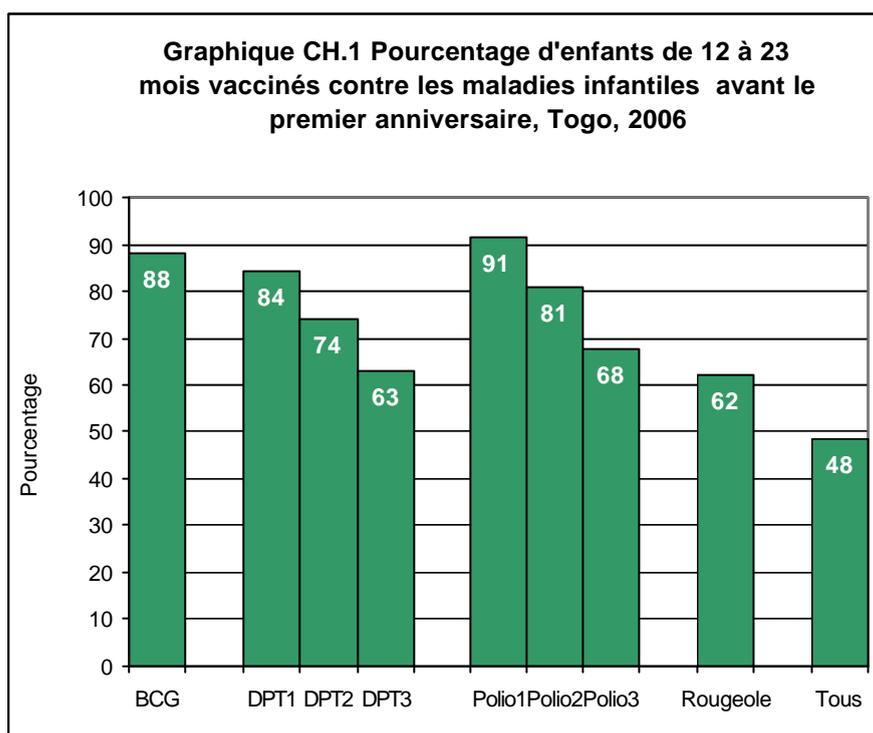
Environ 87 % des enfants âgés de 12 à 23 mois ont reçu un vaccin du BCG à l'âge de 12 mois et la première dose de la DTCoq a été administrée à 84 %. Le pourcentage baisse pour les doses suivantes de la DTCoq à 75 % pour la deuxième dose et à 63 % pour la troisième dose (Figure CH.1). Par ailleurs, 91% des enfants ont reçu la première dose de Polio à l'âge de 12 mois et ce pourcentage baisse à 69 % pour la troisième dose. La couverture pour le vaccin contre la rougeole à l'âge de 12 mois est inférieure à celle des autres vaccins et s'établit à 58 % ; cette baisse est due essentiellement au fait que sur 63 % des enfants qui ont reçu ce vaccin, seuls 58 % l'avaient reçu avant leur premier anniversaire. Au total 49 % des enfants ont reçu toutes les huit doses des vaccins du Programme Elargi de Vaccination (PEV), et parmi eux, 43% ont été complètement vaccinés avant leur premier anniversaire. Dans le même temps, on constate que 6 % des enfants n'ont reçu aucun vaccin avant l'âge d'un an.

Le tableau CH.1c donne la répartition en pourcentage des enfants de 12-23 mois vaccinés à un moment quelconque avant l'enquête et avant le premier anniversaire contre les maladies l'hépatite B et la fièvre jaune. Il convient de signaler que parmi ces deux maladies, le vaccin contre qui ne faisait partie du l'hépatite B ne fait pas encore partie du PEV tandis que le

vaccin contre la fièvre jaune (vaccin anti-amaril) n'est introduit dans le programme qu'en 2005.

Les résultats montrent que très peu d'enfants ont été vaccinés contre l'hépatite B ; en effet seulement un peu plus de 1% des enfants ont eu les trois doses contre l'hépatite B, ce qui constitue une couverture assez faible compte tenu de la gravité de la maladie et l'ampleur de son expansion dans le pays. Beaucoup de sensibilisation et d'information doivent être portées aux ménages et aux femmes pour que les vaccins de cette maladie soient aussi vulgarisés comme ceux des autres maladies du Programme élargi de vaccination.

Par ailleurs le vaccin contre la fièvre jaune a été administré à 44 % des enfants de 12 à 23 mois avant l'âge d'un an. Ce pourcentage passe presque à 50 % si on prend tous les enfants vaccinés à un moment quelconque.



Les tableaux CH.2 et CH.2c présentent les taux de couverture vaccinale chez les enfants de 12-23 mois selon les caractéristiques socio démographiques et le milieu de résidence. Les pourcentages d'enfants qui ont reçu des vaccins à un moment quelconque avant l'enquête sont basés sur les informations tirées des carnets de santé et des informations fournies par les mères ou des personnes ayant la charge de ces enfants.

Les données indiquent que la couverture vaccinale complète est un peu plus élevée chez les enfants de sexe féminin (50 %) que chez les enfants de sexe masculin (46 %). En revanche le pourcentage des petits garçons qui n'ont reçu aucune vaccination est moins important (4 %) que celui des petites filles (6 %).

La ville de Lomé est la zone qui a la meilleure couverture vaccinale et la plus faible proportion des enfants qui n'ont reçu aucun vaccin. En effet 63 % des enfants de 12 à 23 mois qui résident dans la capitale sont correctement vaccinés contre les six principales maladies⁷ meurtrières de l'enfance incluses dans le programme élargi de vaccination alors que moins de 1% de ces enfants n'ont reçu aucune dose de ces vaccins. En revanche la région de la Kara, avec 34 %, a la plus faible couverture vaccinale tandis que la région des Savanes détient le pourcentage le plus élevé (13 %) des enfants qui n'ont reçu aucune dose des vaccins du PEV.

⁷ Tuberculose, Diphtérie, Tétanos, Coqueluche, Poliomyélite et Rougeole

Les résultats révèlent en outre qu'il y a une relation positive entre le niveau d'instruction de la mère et la couverture vaccinale des enfants. En effet, les proportions des enfants dont les mères ont suivi au moins les cours secondaires sont deux fois plus élevées (70 %) que les enfants des femmes sans instruction (33 %).

Les indices de richesse pour leur part sont des facteurs de discrimination entre les enfants car les enfants dont les mères sont issues des ménages très riches et riches ont beaucoup plus de chance d'être complètement vaccinés contre les maladies du programme élargi de vaccination avec des taux respectifs de 62 % et 56 % que les enfants des ménages très pauvres et pauvres chez qui les taux de couverture s'établissent à 39 %.

6.2 PROTECTION CONTRE LE TETANOS NEONATAL (anatoxine tétanique)

Un des objectifs des OMD consiste à réduire de trois quarts le taux de mortalité maternelle, avec une stratégie visant à éliminer le tétanos maternel. Un autre objectif est la réduction de l'incidence du tétanos néonatal à moins d'un cas pour 1000 naissances vivantes dans chaque district. Par ailleurs, un objectif d'un Monde digne des enfants était d'éliminer le tétanos maternel et néonatal avant 2005.

La prévention du tétanos maternel et néonatal consiste à s'assurer que toutes les femmes enceintes reçoivent au moins deux doses de vaccins antitétaniques. Cependant, si toutes les femmes n'ont pas reçu deux doses de ce vaccin durant la grossesse, elles sont considérées (ainsi que leur nouveau-né) comme étant protégées si les conditions suivantes sont réunies:

- elles ont reçu au moins deux doses de vaccins antitétaniques dont la dernière au cours des trois années précédentes ;
- elles ont reçu au moins trois doses de vaccins antitétaniques dont la dernière au cours des cinq dernières années ;
- elles ont reçu au moins 4 doses dont la dernière au cours des 10 dernières années;
- elles ont reçu au moins cinq doses qui leur assurent une protection pour toute la vie féconde.

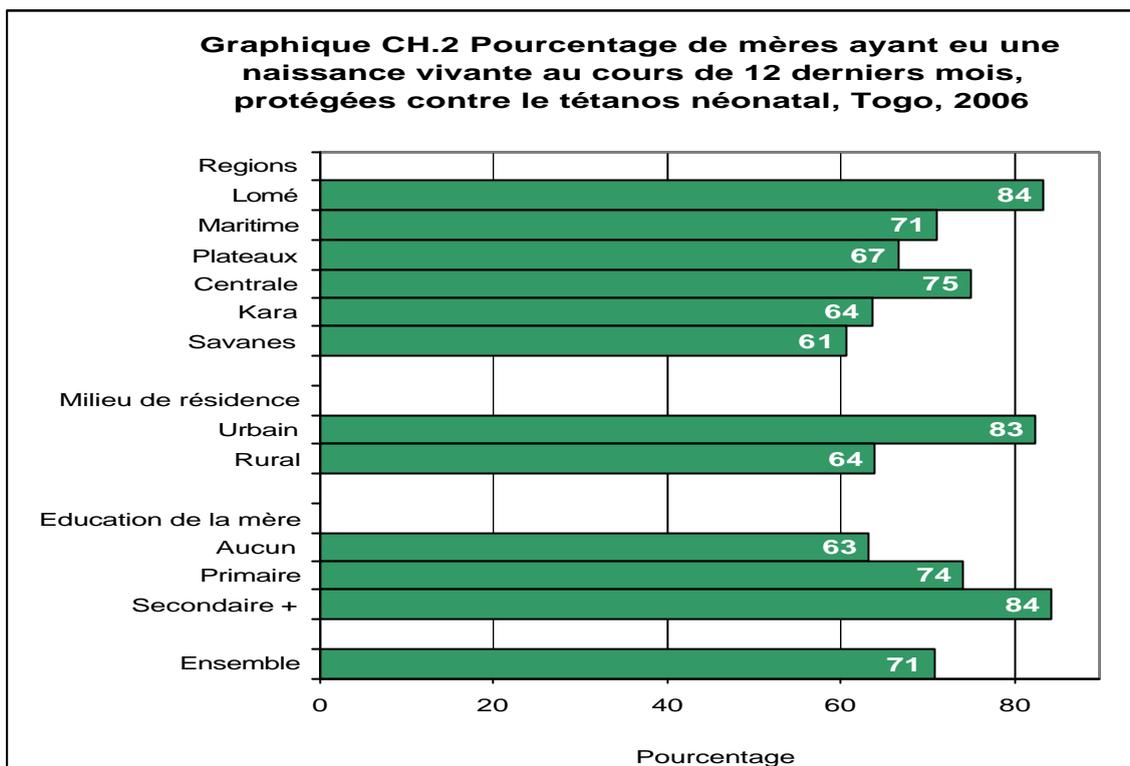
Le tableau CH.3 présente l'état de protection contre le tétanos des femmes qui ont eu une naissance vivante au cours des 12 derniers mois. La Figure CH.2 illustre la situation de protection des femmes contre le tétanos néonatal selon les caractéristiques socio-démographiques et contextuelles.

Au total un peu plus de sept mères sur dix (71 %) sont protégées contre le tétanos néonatal. Toutefois, on note de grandes disparités selon les régions et le milieu de résidence. Lomé Commune avec un pourcentage de 84 % détient le meilleur taux des femmes protégées contre le tétanos néonatal alors que la région des Savanes (61 %) a la plus faible proportion. Les pourcentages des femmes protégées varient dans les autres régions entre 75 % (région Centrale) et 64 % (région de la Kara). Les mères du milieu urbain (83 %) sont mieux protégées que les femmes qui résident dans le milieu rural (64 %).

On note également une différence de protection selon l'âge des mères. Les mères les mieux protégées sont celles qui ont 30-34 ans avec 76 % ; viennent ensuite les mères qui ont 25-29 ans (72 %) et 20-24 ans (71 %). Les femmes les moins protégées sont celles qui sont à la fin de leur vie féconde c'est-à-dire âgée de 45-49ans (48 %).

L'éducation semble exercer une influence sur la protection des mères au tétanos néonatal. En effet, les femmes les mieux instruites, c'est-à-dire celles qui ont suivi les cours secondaires ou plus ont un taux de protection de 84 % alors que les femmes qui sont sans instruction n'ont qu'un taux de protection de 63 %.

Les pourcentages des mères protégées varient avec l'indice de richesse ; les résultats montrent que plus la mère est dans un ménage aisé, plus elle est mieux protégée contre le tétanos néonatal. Les proportions varient de 56 % chez les mères des ménages les plus pauvres à 88 % chez les femmes des ménages les plus riches.



6.3 TRAITEMENT PAR SOLUTION DE REHYDRATATION ORALE

La diarrhée est la deuxième cause principale de mortalité des enfants de moins de cinq ans dans le monde. La plupart des décès liés à la diarrhée dans l'enfance sont dus à la déshydratation du fait de la perte de grandes quantités d'eau et d'électrolytes du corps sous forme de selles liquides. La prise en charge de la diarrhée - soit par les sels de réhydratation orale (SRO) soit par les liquides faits à domicile recommandés - permet d'éviter nombre de ces décès. Prévenir la déshydratation et la malnutrition par l'augmentation de l'absorption des liquides et la poursuite de l'alimentation de l'enfant constituent également une stratégie importante pour la prise en charge de la diarrhée.

6.3.1 Rappel des objectifs

Les Objectifs du millénaire pour le développement consistent en partie à :

- 1) réduire de moitié les décès dus à la diarrhée chez les enfants de moins de cinq ans d'ici 2010 et
- 2) réduire de deux tiers le taux de mortalité des enfants de moins de cinq ans d'ici 2015.

En outre, parmi les objectifs d'un *Monde digne des enfants* figure la réduction de 25 % de la prévalence de la diarrhée.

Les indicateurs retenus sont :

- La prévalence de la diarrhée ;
- La thérapie de réhydratation par voie orale (TRO) ;
- La prise en charge à domicile de la diarrhée ;
- L'augmentation de l'absorption de liquides (TRO) et la poursuite de l'alimentation.

Dans le questionnaire de l'enquête MICS3, la mère (ou la personne en charge de l'enfant) a été invitée à indiquer si leur enfant avait eu la diarrhée au cours des deux semaines précédant l'enquête. Le cas échéant, une série de questions a été posée à la mère sur ce que l'enfant a bu et mangé durant l'épisode diarrhéique et si c'était plus ou moins ce que l'enfant avait l'habitude de manger et de boire.

6.3.2 Prévalence de la diarrhée

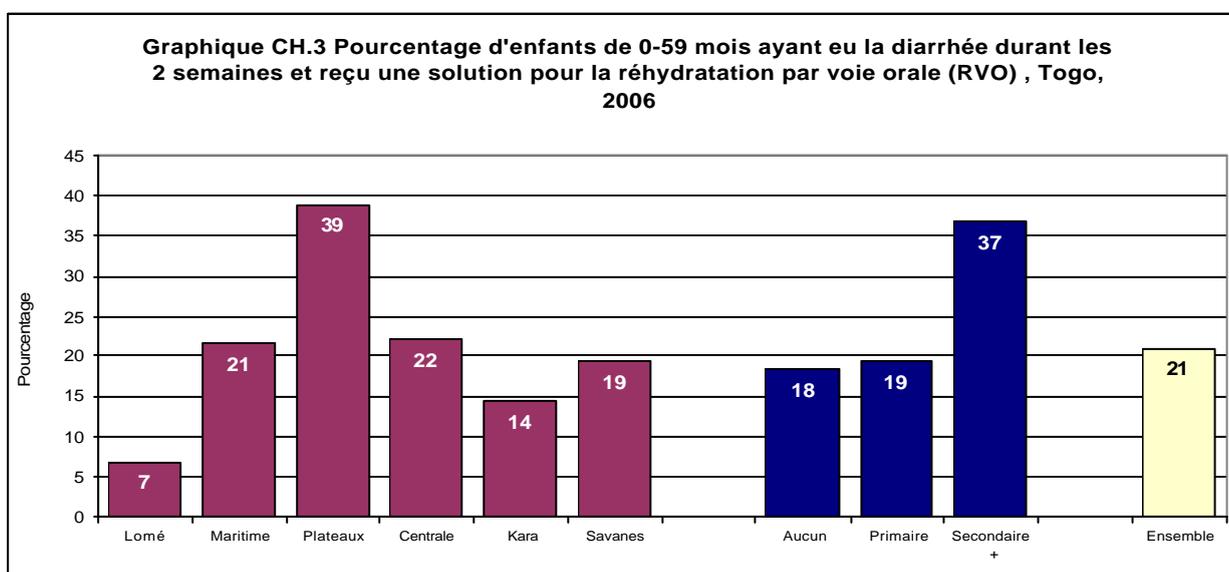
D'une manière générale, 15 % des enfants de moins de cinq ans ont fait la diarrhée au cours des deux semaines précédant l'enquête (tableau CH.4). La prévalence de la diarrhée est la plus élevée dans les régions Centrale et Kara (20 %) tandis que la proportion la plus faible est observée dans la commune de Lomé (8 %). La pointe de la prévalence de la diarrhée se situe chez les enfants âgés de 12 à 23 mois (23 %), ce qui correspond à la période de sevrage.

6.3.3 Thérapie de réhydratation par voie orale

Le tableau CH.4 présente également le pourcentage des enfants qui reçoivent les différents types de liquides recommandés pendant l'épisode de la diarrhée. Etant donné que les mères ont pu citer plus d'un type de liquides, le total des pourcentages n'est pas nécessairement égal à 100. Un peu moins de 10 % des enfants ont reçu des liquides préparés à partir des paquets de solution par la réhydratation par voie orale (SRO) ; 2 % ont reçu des liquides de SRO pré-conditionnés et 13 % ont reçu des liquides recommandés faits à la maison. Les enfants dont la mère a reçu une éducation secondaire (37 %) ont plus de chances de recevoir un traitement par réhydratation orale que les autres enfants. Un peu plus de 2 enfants sur 10 (21%) ayant fait la diarrhée ont reçu un ou plusieurs traitements recommandés à domicile (c'est à dire qu'ils ont été traités avec la SRO ou les liquides recommandés faits à domicile), tandis qu'un peu moins de 8 enfants sur 10 (79 %) n'ont reçu aucun traitement.

La proportion des enfants qui ont reçu la solution pour la réhydratation par voie orale est quasi similaire dans les centres urbains (22 %) et dans les zones rurales (21 %). Par contre dans les régions, il y a de fortes disparités ; en effet, la plus forte proportion qui s'élève à 39% est enregistrée dans la région des Plateaux alors que la plus faible proportion située à 7% apparaît dans la commune de Lomé Figure CH.3.

Par ailleurs, plus l'indice de richesse du ménage augmente, plus les enfants de 0-59 mois ayant eu la diarrhée reçoivent une solution de réhydratation appropriée : pauvre (15 %), moyen (21 %) et très riche (30%).



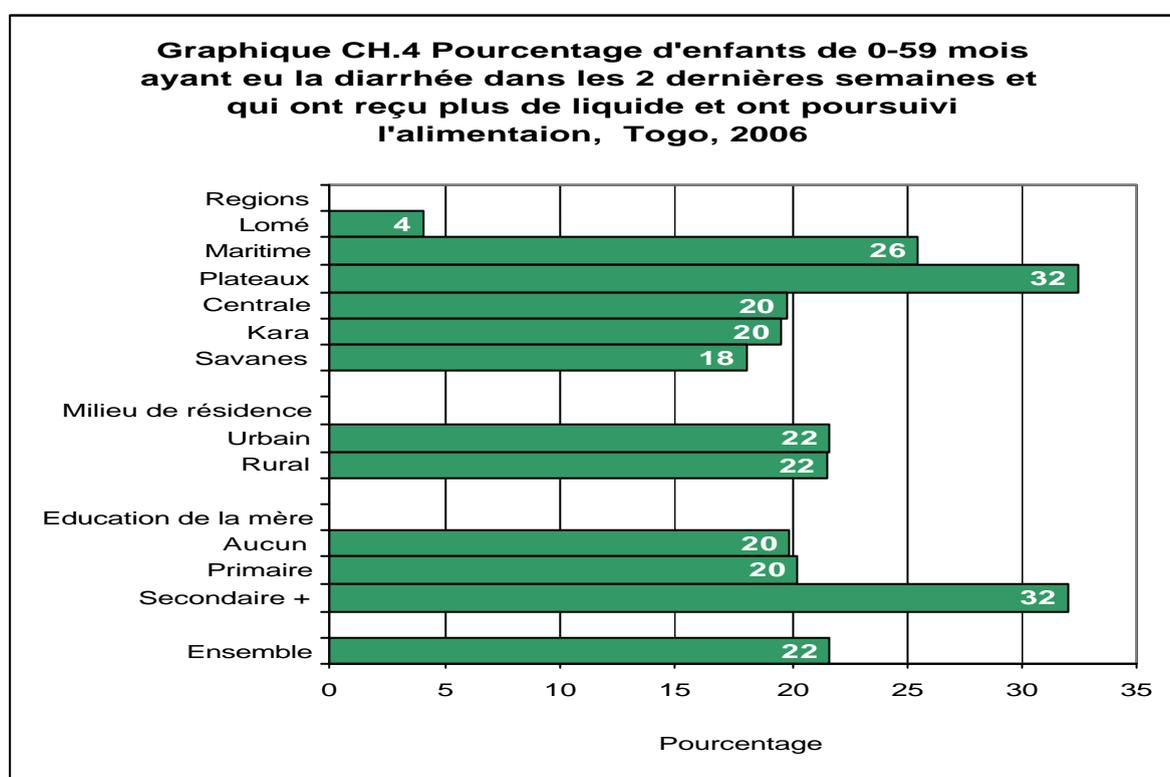
Un peu plus d'un enfant de moins de cinq ans sur 10 (13 %) ayant fait la diarrhée a bu plus de liquides que d'habitude tandis que 12 % ont bu la même quantité ou moins de liquide (tableau CH.5). En outre, 67 % des enfants ont mangé au moins la même chose ou plus que d'habitude, mais 33 % n'ont rien mangé ou ont moins mangé que d'habitude. Selon les données, 22 % des enfants ont reçu davantage de liquides tout en continuant à être alimenté.

De la comparaison des informations des tableaux CH.5 et CH.4, il apparaît clairement que la tendance observée chez les enfants ayant reçu soit une TRO, soit davantage de liquides et qu'en même temps avaient continué de manger est similaire (21 %). Ces tendances sont conformes aux recommandations de l'OMS et de l'UNICEF.

La prise en charge à domicile de la diarrhée est différente d'une région à une autre : Lomé (moins de 1 %), Kara (9 %), Centrale (11 %), Maritime (14 %).

Parmi les enfants qui ont reçu une TRO ou davantage de liquides et qui ont continué de manger, les proportions varient de 4 % à Lomé à 33 % dans la région des Plateaux.

Les enfants des mères ayant reçu une éducation secondaire (32%) ont plus de chances de recevoir une TRO ou davantage de liquides et puis continuer de manger que les enfants dont la mère est sans instruction ou de niveau primaire (20 %).



6.4 TRAITEMENT ANTIBIOTIQUE DES ENFANTS SUSPECTES DE PNEUMONIE

La pneumonie est l'une des principales causes de mortalité infantile, et l'utilisation d'antibiotiques chez les enfants de moins de 5 ans suspectés de pneumonie est une intervention décisive. Un des objectifs d'un Monde digne des enfants est de réduire d'un tiers les décès liés aux infections respiratoires aiguës.

Les enfants souffrant de pneumonie présumée sont ceux qui ont eu une maladie avec une manifestation de toux accompagnée d'une respiration rapide ou difficile et dont les symptômes n'étaient pas dus à un problème au niveau de la poitrine et à une obstruction nasale. Les indicateurs sont :

- la prévalence des enfants suspectés de la pneumonie ;

- la recherche de soins pour une pneumonie présumée ;
- le traitement aux antibiotiques de la pneumonie suspectée ;
- la connaissance des indicateurs d'alerte de la pneumonie.

6.4.1 Prévalence des enfants suspectés de la pneumonie et recherche de soins

Le tableau CH.6 présente la prévalence de la pneumonie présumée et les formations sanitaires ou autres lieux de soins (si des soins ont été cherchés en dehors du domicile). Les résultats révèlent que 6 % des enfants âgés de 0 à 59 mois ont été signalés comme présentant des symptômes de pneumonie au cours des deux semaines qui ont précédé l'enquête. Parmi ces enfants, 23 % ont été emmenés chez un prestataire de soins de santé appropriés (pharmacie non comprise) dont 12 % dans un centre de santé, 3 % dans un hôpital public et 4 % dans d'autres centres publics de soins ; au total 19 % de ces enfants ont été emmenés dans une formation sanitaire publique et 4% dans des structures privées.

Dans l'utilisation des prestations appropriées, il n'y a pas de différence entre le sexe de l'enfant suspecté de pneumonie et consulté. Les enfants de moins d'un an (32%) sont plus amenés en consultation dans un centre de soins appropriés que les autres.

On constate qu'une légère différence existe entre les centres urbains (24%) et les zones rurales (22%).

L'analyse régionale révèle deux grands groupes :

- un premier groupe où il y a un nombre significatif d'enfants suspectés de pneumonie et qui ont été emmenés dans les centres de soins. Il s'agit de Lomé (24 %), Maritime (24 %) et Centrale (13%) ;
- un second groupe composé des régions des Plateaux, de la Kara et des Savanes dans lesquelles le nombre d'enfants malades emmenés dans les formations n'était pas suffisant pour calculer des indicateurs significatifs.

Par ailleurs, plus le niveau d'instruction des mères évoluent plus elles amènent leur progéniture en consultation adéquate. La proportion des enfants dont les mères sont sans instruction est de 21 % ; elle se situe à 23 % chez les mères de niveau primaire et à 26 % chez celles de niveau secondaire ou plus.

Dans les ménages moyens le pourcentage des enfants malades et emmenés dans un centre de soins appropriés est paradoxalement faible (6 %) tandis que dans les ménages très pauvres et pauvres ces pourcentages s'élèvent respectivement à 17 % et 26%. Dans les ménages riches (33%) et très riches (28 %) les enfants malades sont plus conduits dans les formations sanitaires appropriées. Ainsi donc les résultats selon l'indice de richesse présentent une particularité qui mérite d'être étudié en profondeur au cours des analyses supplémentaires.

6.4.2 Traitement aux antibiotiques de la pneumonie suspectée

Le tableau CH.7 présente l'utilisation d'antibiotiques pour le traitement des enfants de moins de 5ans suspectés de pneumonie par sexe, âge, région, lieu de résidence et indice de richesse.

Au Togo, un enfant malade sur quatre (26 %), a reçu un antibiotique au cours des deux semaines qui ont précédé l'enquête. Le sexe de l'enfant ne semble pas avoir une influence sur le traitement des enfants suspectés (26 % tant pour les garçons que chez les filles).

L'utilisation d'antibiotiques varie avec l'âge de l'enfant ; la proportion la plus importante est enregistrée chez les enfants de 24-35 mois (33%) tandis que le pourcentage le plus faible est observé dans les groupes d'âges 12-23 mois et 48-59 mois (22 %).

Le pourcentage le plus élevé est enregistré dans la région de la Kara (36 %) alors que la proportion la plus faible est observée à Lomé (25 %). On observe aussi que la proportion

des enfants suspectés de pneumonie ayant reçu un antibiotique est légèrement plus élevée en milieu urbain (27%) qu'en milieu rural (25%).

Le tableau indique également que le traitement des enfants suspectés de pneumonie avec antibiotique est très faible dans les ménages pauvres (13%) et plus élevé dans les ménages riches (43%).

Par ailleurs, le niveau d'instruction des mères ne semble pas avoir d'incidence majeure sur l'utilisation des antibiotiques pour le traitement de la pneumonie chez les enfants. En effet, le pourcentage des enfants suspectés de pneumonie et traité avec antibiotique est identique (25 %) chez les mères sans instruction et celles qui ont suivi au moins les cours secondaires alors que les enfants dont les mères ont fait les études primaires ont une proportion de 27 %.

6.4.3 Connaissance des indicateurs d'alerte de la pneumonie

Les indications de la connaissance des signes d'alerte de la pneumonie sont présentées dans le tableau CH.7A. De toute évidence, la connaissance de la mère des signes d'alerte (respiration difficile et rapide) est un déterminant important de la recherche des soins.

La respiration rapide et la respiration difficile sont identifiées respectivement par 19 % et 22 % des mères comme étant des symptômes qui nécessitent que l'enfant soit emmené immédiatement chez un prestataire de soins de santé. Dans l'ensemble, quelle que soit la caractéristique, 12 % seulement des femmes ont identifié correctement à la fois les deux signes d'alerte de la pneumonie. Par contre, le développement de la fièvre (82%) est le symptôme le plus cité par la mère ou la personne en charge pour emmener l'enfant dans un établissement sanitaire.

Les mères ou les personnes en charge d'enfant reconnaissant les deux signes de risque de pneumonie sont en proportion plus importante en milieu urbain (15%) qu'en milieu rural (10%). Au niveau régional, cette proportion est la plus élevée dans la région des Savanes (29%). Celle-ci est suivie par la région des Plateaux (19%) et Lomé (17%) tandis que les régions Centrale (2%) et Maritime (5%) enregistrent les pourcentages les plus faibles.

Les données révèlent qu'il n'existe pas de grand écart entre les pourcentages selon le niveau d'instruction des mères ou personnes en charges des enfants ; les proportions varient de 11% (niveau primaire) à 13% (niveau secondaire ou plus). Par ailleurs on constate qu'il n'y aurait pas de relation entre l'indice de richesse et la connaissance des deux signes de risque de pneumonie. La proportion la plus élevée (18%) s'observe chez les mères ou personnes en charges des enfants les plus riches. Elle est suivie par la proportion concernant les plus pauvres (13%). Ce sont les mères ou personnes en charges des enfants de la classe moyenne qui connaissent le moins (8%) les deux signes d'alerte de la pneumonie.

6.5 UTILISATION DES COMBUSTIBLES SOLIDES

Plus de 3 millions de personnes dans le monde dépendent des combustibles solides (biomasse et charbon) pour leurs besoins en énergie de base, comme la cuisine et le chauffage. Faire la cuisine et se chauffer avec des combustibles solides entraîne des niveaux élevés de pollution de l'air intérieur, par la production d'un mélange complexe de polluants nuisibles pour la santé. Le principal problème posé par l'utilisation de combustibles solides est l'émanation d'une combustion incomplète, comme le monoxyde de carbone (CO), les hydrocarbures aromatiques polycycliques, le dioxyde d'azote (SO₂) et autres éléments toxiques. L'utilisation de combustibles solides augmente les risques de maladies respiratoires aiguës, de pneumonie, d'obstruction pulmonaire chronique, de cancer et peut-être de tuberculose, de faible poids à la naissance, de cataracte, d'asthme et constitue une cause majeure de mauvaise santé en particulier chez les enfants de moins de 5 ans où elle se manifeste sous forme de maladie respiratoire aiguë.

Le principal indicateur est la proportion de la population utilisant des combustibles solides comme source principale d'énergie domestique pour la cuisine.

Dans l'ensemble, la majeure partie des ménages (98 %) utilise encore les combustibles solides pour faire la cuisine au Togo (Tableau CH.8). Le charbon de bois (44%) et le bois de chauffe (50%) sont les combustibles les plus utilisés tandis que le pétrole (moins de 1%) et le gaz (1%) sont les sources d'énergies les moins utilisées dans le pays.

En milieu urbain, les combustibles solides représentent 95 % des sources d'énergie utilisées par les ménages pour cuisiner contre 100 % en milieu rural. Le combustible le plus utilisé est le charbon de bois en milieu urbain (82 %) et le bois de chauffe en milieu rural (76 %). L'utilisation des sources d'énergie moderne notamment le gaz est plus répandue à Lomé (4 %) que dans les autres régions (moins de 1 %).

Les ménages dont le chef a un niveau d'instruction élevé (secondaire ou plus) utilisent plus les sources modernes d'énergie notamment le gaz (3 %) que les ménages avec un chef sans instruction (moins de 1%).

L'utilisation de combustible solide a plus ou moins d'effet sur la pollution intérieure, étant donné que la concentration des polluants est différente selon que le même combustible est consommé dans différents fourneaux. L'utilisation de fourneaux fermés avec des cheminées réduit la pollution intérieure, tandis qu'un fourneau ouvert ou un feu ouvert sans cheminée ni hotte signifie qu'il n'y a pas de protection contre les effets nocifs des combustibles solides. Le type de fourneau utilisé avec un combustible solide est présenté dans le tableau CH.9. Le foyer ouvert ou feu sans cheminée ou couvercle est le type de foyer le plus utilisé par les ménages au Togo (97%) et quelles que soient les caractéristiques plus de neuf ménages sur dix utilisent les foyers ouverts sans cheminée.

6.6 PALUDISME

Le paludisme est une cause majeure de mortalité chez les enfants de moins de cinq ans au Togo. Il est également un facteur d'anémie chez l'enfant et une cause fréquente d'absentéisme scolaire. Les mesures préventives, notamment l'utilisation de moustiquaires imprégnées à l'insecticide (MI), peuvent réduire considérablement le taux de mortalité lié au paludisme chez les enfants. Dans les zones où le paludisme est endémique, les recommandations internationales proposent de traiter toute fièvre chez l'enfant comme s'il s'agissait du paludisme, en lui donnant immédiatement un traitement complet à base de comprimés antipaludéens. Les enfants manifestant des symptômes de paludisme aigu, tels que la fièvre ou les convulsions, doivent être acheminés dans une formation sanitaire. De même, les enfants convalescents du paludisme doivent recevoir un surplus de liquides et d'aliments et, les plus petits d'entre eux doivent continuer d'être allaités.

6.6.1 Utilisation des moustiquaires

Le questionnaire comprend des questions sur la disponibilité et l'utilisation des moustiquaires tant dans les ménages que chez les enfants de moins de cinq ans ; il comporte en outre des questions sur le traitement antipaludéen et la prophylaxie intermittente pour le paludisme.

Les résultats de l'enquête révèlent que 46 % des ménages possèdent au moins une moustiquaire (tableau CH.10) et 40 % une moustiquaire imprégnée. La disponibilité de moustiquaire imprégnée est plus élevée en milieu rural (42 %) qu'en milieu urbain (37 %) et varie considérablement selon les régions ; la plus forte proportion des ménages ayant au moins une moustiquaire imprégnée est enregistrée dans la région des Savanes (60 %) tandis que le pourcentage le plus faible est observé dans la région des Plateaux (33 %).

Le niveau d'instruction du chef de ménage a une influence positive sur la disponibilité de moustiquaire imprégnée. Les ménages dont le chef a un niveau secondaire ou plus

possèdent plus de moustiquaires imprégnées (52 %) que ceux dont le chef a le niveau primaire (42 %) ou sont sans niveau d'instruction (34 %).

Le tableau CH.11 donne le pourcentage des enfants de 0-59 mois qui ont dormi sous une moustiquaire la nuit précédant le passage de l'enquêteur. Il ressort des données que 41 % des enfants de moins de cinq ans ont dormi sous une moustiquaire et 38 % sous une moustiquaire imprégnée. Il est à noter que parmi l'ensemble de moustiquaires utilisées pour dormir, les moustiquaires imprégnées représentent la grande majorité.

L'utilisation de moustiquaires imprégnées chez les enfants de moins de cinq ans varie très peu selon la tranche d'âges : 42 % chez les enfants de 24-35 mois et 37 % chez les enfants de 12-23 mois et 48-59 mois. Il existe une disparité liée au sexe, marquée par une légère prédominance de l'utilisation de moustiquaires imprégnées chez les garçons (40 %) que chez les filles (37 %).

Les enfants qui résident en milieu rural utilisent plus les moustiquaires traitées (40 %) que ceux de la zone urbaine (36 %). Sur le plan régional, la proportion des enfants qui dorment sous une moustiquaire traitée est plus élevée dans les régions Centrale (54 %), de la Kara (48 %) et des Plateaux (42 %) qu'à Lomé (31 %) et dans la région Maritime (32 %).

6.6.2 Prévalence et le traitement de la fièvre chez les enfants de moins de cinq ans

Des questions sur la prévalence et le traitement de la fièvre ont été posées aux mères de tous les enfants âgés de moins de cinq ans ; les résultats montrent qu'un peu moins d'un enfant sur cinq (19 %) a fait la fièvre au cours des deux semaines qui ont précédé l'enquête (tableau CH.12). La prévalence de la fièvre varie avec l'âge, et connaît un maximum au groupe d'âges 11-23 mois et 24-35 mois (22 %).

Il y a des écarts régionaux importants en matière de prévalence de la fièvre ; la plus forte proportion est enregistrée dans la région Maritime sans Lomé (25 %) et la plus faible dans la région des Plateaux (13 %).

La fièvre est moins fréquente chez les enfants dont la mère a fait des études secondaires ou supérieures (17%) et chez ceux dont la mère est sans instruction (19 %) que chez les enfants dont la mère a un niveau primaire (21 %).

De même, il a été demandé aux mères de mentionner tous les médicaments administrés à l'enfant pour traiter la fièvre, aussi bien les médicaments donnés à domicile que ceux prescrits dans un établissement de santé. En tout, 48 % des enfants fébriles au cours des deux dernières semaines ont été traités avec un antipaludéen "approprié" et 38 % ont reçu des antipaludéens dans les 24 heures qui ont suivi l'apparition des symptômes.

Les médicaments antipaludéens « appropriés » incluent la chloroquine, la Sulfadoxine-Pyriméthamine (SP/Fansidar), les associations médicamenteuses à base d'artémisinine (ACT), etc. Les résultats montrent que 32 % des enfants atteints de fièvre ont reçu la chloroquine, tandis que 3 % seulement ont été soignés avec la SP/Fansidar. Un faible pourcentage (1 %) a reçu les associations médicamenteuses à base d'artémisinine tandis que un pourcentage très élevé des enfants (85 %) a reçu des médicaments autres que les antipaludéens, y compris des antipyrétiques comme le paracétamol, l'aspirine ou l'ibuprofène. Il y a peu de différences entre les filles (49 %) et les garçons (47 %) en ce qui concerne l'administration d'antipaludéens.

Par ailleurs, l'administration de médicaments antipaludéens est plus répandue chez les enfants résidant dans la zone urbaine (57 %) que ceux de la zone rurale (43 %). En ce qui concerne les régions, les proportions des enfants qui ont reçu des antipaludéens appropriés pour lutter contre la fièvre sont plus élevées dans les régions de la Kara (65 %), des Savanes (58 %) et Centrale (57 %) que dans les régions Maritime (34 %), Plateaux (49 %) et Lomé (55 %).

Le niveau d'instruction de la mère a une grande influence sur le traitement des enfants ayant fait la fièvre les deux dernières semaines qui ont précédé l'enquête avec des antipaludéens appropriés. Les pourcentages les plus élevés sont enregistrés chez les enfants dont la mère a le niveau d'instruction secondaire ou supérieur (73 %) que chez les enfants dont la mère a le niveau primaire (45 %) ou sans instruction (43 %).

6.6.3 Prévention et traitement de la fièvre chez les femmes enceintes

Dans le cadre de l'enquête MICS3, il a été demandé aux femmes de mentionner les médicaments qu'elles avaient reçu durant leur dernière grossesse au cours des deux années qui ont précédé l'enquête. Les femmes sont considérées comme ayant reçu une thérapie préventive intermittente si elles ont reçu au moins 2 doses de Sulfadoxine-Pyriméthamine/Fansidar durant leur grossesse. Le traitement préventif intermittent du paludisme chez les femmes enceintes ayant accouché au cours des deux années précédant l'enquête est présenté dans le tableau CH.13.

En cas d'infection, les femmes enceintes risquent l'anémie, l'accouchement prématuré et de donner naissance à un enfant mort-né. Leurs bébés risquent de présenter un faible poids à la naissance, ce qui compromet leurs chances de survie au bout de leur première année. Pour cette raison, des mesures sont prises pour protéger les femmes enceintes en leur distribuant des moustiquaires traitées à l'insecticide et en leur faisant prendre des médicaments lors des consultations prénatales pour prévenir l'infection du paludisme (traitement préventif intermittent, TPI).

Les résultats révèlent que 78 % des femmes qui ont eu une naissance au cours des deux années qui ont précédé l'enquête ont eu un traitement préventif (IPT) contre le paludisme durant leur grossesse. Il est à remarquer que la chloroquine (59 %) est le médicament le plus utilisé par ces femmes. Viennent ensuite la prise du SP/Fansidar (23 %) et les autres médicaments (14 %).

Les femmes qui résident dans les centres urbains (90 %) utilisent plus un médicament contre le paludisme durant leur grossesse que celles des zones rurales (70 %). La chloroquine est le médicament le plus utilisé par 77 % des femmes du milieu urbain et 54 % par celles du milieu rural.

Le pourcentage de femmes qui ont utilisé un médicament contre le paludisme durant la grossesse varie selon les régions ; les proportions les plus élevées sont enregistrées à Lomé (91 %) et dans la région Maritime (80 %) tandis que les pourcentages les plus faibles sont observés dans les régions de la Kara (68 %) et des Savanes (70 %). A l'instar de ce qui est observé pour l'ensemble du pays et les milieux urbain et rural, la chloroquine est de loin le médicament le plus utilisé suivi de SP/Fansidar pour traiter le paludisme.

6.7 SOURCES ET COUTS DE L'APPROVISIONNEMENT EN MOUSTIQUAIRE TRAITÉE

Dans le cadre de l'enquête MICS3, des questions ont été également posées pour recueillir des informations sur les sources et les coûts d'approvisionnement en moustiquaires imprégnées.

Ces informations sont très importantes du fait qu'elles permettent une évaluation basée sur la portée des programmes sur la population en général et sur les groupes cibles en particulier. Ces informations sont également utiles pour contrôler la fourniture de matériel gratuit ou subventionné et pour l'évaluation des coûts du matériel, étant donné que le prix du matériel pourrait constituer un obstacle à son utilisation. Pour les responsables de programme souhaitant déterminer la part des secteurs aussi bien public que privé dans la fourniture de ces approvisionnements, et l'importance relative de chacune des sources, les informations sur les sources et les coûts des approvisionnements peuvent être essentielles.

Néanmoins, cette partie fait uniquement état des moustiquaires imprégnées. Les sources et coûts de l'approvisionnement en moustiquaires imprégnées (MII) sont fournis dans le

tableau CH.14. Ce tableau donne des informations sur l'obtention des MII par la voie publique (83 %) ou la voie privée (4 %). Parmi les sources publiques, 93 % des ménages ont reçu gratuitement les moustiquaires imprégnées au cours des campagnes nationales alors que ce pourcentage est de 14 % chez les sources privées.

Les pourcentages des moustiquaires imprégnées et traitées acquises gratuitement sont plus élevés dans les régions des Savanes (97 %), Centrale (96 %) et Maritime (94 %) que dans les autres régions et les campagnes (95 %) pour le type public; en outre le type privé est plus apprécié dans la commune de Lomé (20 %) qu'ailleurs.

Quelle que soit la source d'approvisionnement, la MII coûte un peu plus cher dans les centres urbains que dans les zones rurales ; les montants sont de 2500 F CFA et 2000 F CFA pour la source publique et de 3500 F CFA et 3300 F CFA pour la source privée.

Au niveau régional, le coût de la MII est relativement plus élevé à Lomé et dans les régions Maritime et des Savanes que dans les autres régions. Les données relatives à l'indice de richesse indiquent qu'il n'y a pas de discrimination dans la vente des MII d'autant plus que les coûts observés chez les ménages les plus pauvres et chez les ménages les plus riches sont presque identiques : 2900 F CFA et 3000 F CFA pour la voie publique et 3990 F CFA et 4000 F CFA pour la source privée. Toutefois, on constate en ce qui concerne les MII acquises gratuitement que les pourcentages sont légèrement plus élevés pour les ménages pauvres que pour les ménages riches.

VII. ENVIRONNEMENT

7.1 EAU ET ASSAINISSEMENT

L'eau potable est une nécessité de base pour une bonne santé. Une eau non potable peut être un vecteur important de maladies telles que le trachome, le choléra, la fièvre typhoïde et la schistosomiase. L'eau de boisson peut également être contaminée par des produits chimiques, des matières physiques et radiologiques qui ont des effets néfastes sur la santé humaine. En plus de son association aux maladies, l'accès à l'eau potable peut être particulièrement important pour les femmes et les enfants à qui il incombe essentiellement le transport de l'eau, souvent sur de longues distances surtout dans les zones rurales.

L'un des objectifs des OMD est de réduire de moitié, entre 1990 et 2015, les proportions des personnes qui n'ont pas un accès durable à une eau de boisson potable et à une hygiène de base. L'objectif d'un Monde digne des enfants est la réduction d'au moins d'un tiers de la proportion des ménages qui n'ont pas accès à des installations sanitaires hygiéniques et à une eau potable salubre à un coût abordable.

La liste des indicateurs utilisés dans l'enquête MICS3 est la suivante :

Dans le domaine de l'approvisionnement en eau :

- Utilisation de sources d'approvisionnement en eau potable améliorées ;
- Utilisation d'une méthode adéquate du traitement de l'eau ;
- Temps d'approvisionnement en eau potable;
- Personne recueillant l'eau potable.

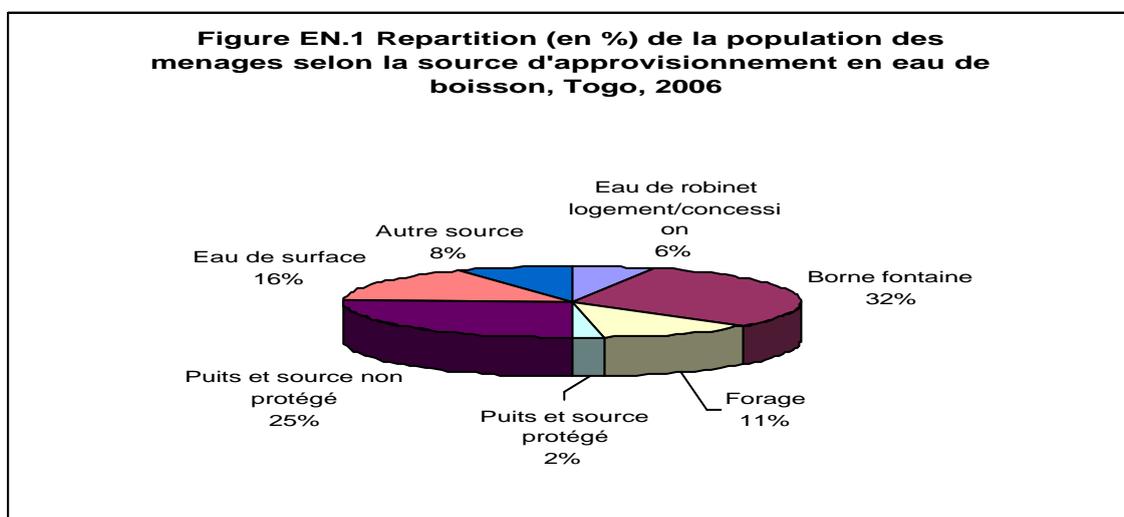
Dans le domaine de l'hygiène et de l'assainissement :

- Utilisation d'installations sanitaires améliorées;
- Elimination hygiénique des excréments des enfants.

7.1.1 Sources d'approvisionnement en eau

7.1.1.1 Les sources d'eau améliorée

La distribution de la population par source d'approvisionnement en eau potable est présentée dans le tableau EN.1 et illustrée par la Figure EN.1. On y distingue deux types de sources d'eau à boire : les sources améliorées et les sources non améliorées.



Rentrent dans la catégorie des sources améliorées : l'eau de robinet dans le logement et dans la concession, l'eau des bornes fontaines ou kiosques à eau, l'eau de forage, l'eau des puits à pompe, l'eau de puits et sources protégées, l'eau de pluie et l'eau minérale (en bouteille ou sachets).

L'eau minérale est considérée comme une source d'approvisionnement en eau améliorée seulement si le ménage utilise une source d'approvisionnement en eau améliorée pour d'autres besoins, comme la lessive et la cuisine.

Au total, 61 % de la population utilise une source d'approvisionnement améliorée en eau de boisson. La proportion de la population qui utilise une source d'approvisionnement améliorée est deux fois plus élevée dans les zones urbaines (90 %) que dans les zones rurales (43 %). Les sources d'approvisionnement en eau de boisson varient considérablement selon les régions. Les proportions de la population utilisant une source d'approvisionnement en eau améliorée sont les plus élevées à Lomé (94 %), dans les régions de la Kara (64 %) et Centrale (60 %) alors que les proportions les plus faibles sont observées dans les régions Maritime (57 %), des Savanes (48 %) et des Plateaux (42 %).

Dans l'ensemble, la proportion des personnes utilisant l'eau de robinet dans la concession (4 %) ou dans le logement (2 %) est faible. Les données montrent en outre que c'est particulièrement à Lomé (18 %) que les ménages utilisent l'eau de robinet dans la concession ou logement.

Le pourcentage d'utilisation de l'eau des bornes fontaines ou kiosques à eau est le plus utilisée parmi les sources améliorées : 35 % dans l'ensemble du pays. Ce pourcentage est un peu plus de trois fois plus élevé dans les centres urbains (61 %) que dans les zones rurales (18 %). L'utilisation de l'eau des bornes fontaines est plus répandue à Lomé (68 %) ; viennent ensuite les régions Maritime (36 %) et des Plateaux (26 %). La proportion la plus faible est enregistrée dans la région des Savanes (15 %).

Après les bornes fontaines ou kiosques à eau, c'est l'eau des forages qui est la plus utilisée (10 %) parmi les sources améliorées. Au niveau régional, les forages sont nettement plus répandus dans la région de la Kara (28 %) que dans les autres régions.

Les sources non améliorées sont constituées par les eaux provenant des sources et puits non protégés, des camions citernes, des charrettes et de l'eau de surface. Les principales sources non améliorées utilisées sont les puits non protégés (21%) et les eaux de surface (17%). L'utilisation de ces sources d'eau est plus répandue dans les zones rurales que dans les centres urbains : 28 % contre 9 % pour les puits non protégés et 27 % contre 1 % pour les eaux de surface.

L'utilisation de ces deux principales sources non améliorées diffère d'une région à une autre. Les eaux des puits non protégés sont plus utilisées dans les régions Maritime (34 %), des Savanes (31 %) et Centrale (26 %) alors que l'utilisation des eaux de surface est plus répandue dans les régions des Plateaux (48 %) et de la Kara (20 %).

7.1.1.2 Traitement domestique de l'eau

Le tableau EN.2 présente la répartition en pourcentage de la population des ménages selon la méthode de traitement de l'eau de boisson utilisée dans le ménage et le pourcentage des populations des ménages qui utilise une méthode appropriée de traitement de l'eau.

Les différents moyens adéquats de traitement de l'eau de boisson sont :

- faire bouillir l'eau ou y ajouter de l'eau de Javel ou du chlore ;
- utiliser un filtre à eau ;
- utiliser la désinfection solaire.

Les résultats du tableau EN.2 révèlent que la grande majorité des ménages (90 %) n'utilise aucune méthode pour traiter l'eau de boisson ; en revanche 5 % des ménages, traitent l'eau de boisson en y ajoutant de l'eau de javel ou du chlore tandis que moins de 1 % des ménages utilise un filtre à eau et la même proportion fait bouillir l'eau avant de la boire. Parmi les méthodes utilisées par les ménages pour traiter l'eau de boisson, certaines sont peu fiables ou inadéquates ; il s'agit essentiellement de l'emploi de linge pour filtrer l'eau (3 %) et le fait de laisser reposer l'eau (1 %).

Il ressort en outre des résultats du tableau EN.2 que pour toutes sources confondues d'approvisionnement en eau, un peu plus de 5% des ménages utilisent une méthode appropriée de traitement de l'eau. S'agissant des sources améliorées et les sources non améliorées d'approvisionnement en eau, on y enregistre respectivement moins de 5% et 7% des ménages qui utilisent une méthode appropriée de traitement de l'eau.

Les ménages des centres urbains utilisent plus des méthodes appropriées pour le traitement de l'eau que ceux du milieu rural quelles que soient les sources d'approvisionnement. Les pourcentages des ménages qui utilisent des méthodes appropriées pour traiter l'eau dans le milieu urbain s'élèvent à 7% pour toutes sources, à 6% pour les sources améliorées et à 17% pour les sources non améliorées alors que dans les zones rurales, les proportions des ménages utilisant ces trois différentes sources représentent respectivement 4%, 3% et 5%. La région Centrale enregistre les pourcentages les plus élevés des méthodes appropriées de traitement de l'eau (11% pour toutes sources, 12% pour les sources améliorées et 11% pour les sources non améliorées) ; les proportions les plus faibles sont observées dans les régions de la Kara et des Savanes. La ville de Lomé pour sa part enregistre la proportion la plus élevée (22 %) de ménages utilisant une méthode appropriée de traitement de l'eau provenant des sources non améliorées.

Le niveau d'instruction du chef de ménage a une influence sur l'utilisation des méthodes appropriées de traitement de l'eau, car les données montrent que plus le niveau d'instruction du chef de ménage est élevé, plus grande est la proportion qui utilise des méthodes appropriées pour traiter l'eau de boisson quelles que soient les sources d'approvisionnement. Pour les eaux provenant de toutes sources, les pourcentages passent de 3% dans les ménages dont le chef est sans instruction à 6% lorsque le chef de ménage a le niveau primaire et à 9% si le chef a atteint le niveau secondaire. Des tendances similaires sont observées au niveau des sources non améliorées d'approvisionnement en eau où les pourcentages varient de 4% dans les ménages dont le chef est sans instruction à 13% dans les ménages dont le chef a atteint le niveau secondaire.

L'examen des données du tableau EN.2 montre par ailleurs qu'il existe une relation entre l'indice de richesse et les méthodes appropriées de traitement de l'eau. Les pourcentages des ménages qui utilisent des méthodes appropriées pour traiter l'eau de boisson augmentent graduellement des ménages les plus pauvres aux ménages les plus riches ; on y enregistre 2% dans les ménages les plus pauvres, 5% dans les ménages de condition de vie moyenne et 8% dans les ménages riches.

7.1.1.3 Transport de l'eau

Le "temps qu'il faut pour obtenir de l'eau" et la "personne qui recueille habituellement l'eau" sont respectivement présentés dans les tableaux EN.3 et EN.4. Il faut noter que les résultats se rapportent à un aller-retour de la maison à la source d'approvisionnement en eau de boisson. Les informations sur le nombre de trajets effectués en une journée n'ont pas été recueillies.

Le tableau EN.3 montre que pour 18 % des ménages, la source d'approvisionnement en eau de boisson se trouve sur place à domicile. Un peu plus du tiers des ménages (36 %) mettent moins d'un quart d'heure pour aller chercher l'eau à boire. Par ailleurs, un peu plus d'un ménage sur cinq (22 %) mettent entre 15 minutes et moins de 30 minutes pour s'approvisionner en eau à boire. Par conséquent, pour plus de la moitié des ménages (57 %), il faut moins de 30 minutes pour arriver à la source et ramener l'eau à boire. Dans

l'ensemble, 8 % des ménages mettent une heure ou plus pour aller chercher leur eau à boire. A l'exception des ménages qui ont accès à l'eau sur place, le temps moyen pour se rendre à la source d'approvisionnement en eau est de 24 minutes.

Le temps moyen passé dans les zones rurales (30 minutes) pour s'approvisionner en eau est deux fois plus élevé que dans les zones urbaines (14 minutes). La durée moyenne d'accès à la source d'eau de boisson varie selon les régions ; la durée moyenne la moins élevée est observée à Lomé (11 minutes) alors que la plus élevée est enregistrée dans la région des Savanes (39 minutes).

La durée moyenne d'accès à une source d'eau est influencée par le niveau d'instruction et l'indice de richesse du chef de ménage. Les ménages où le chef est sans instruction mettent en moyenne plus de temps (27 minutes) que les ménages dont le chef a fait les études primaires (24 minutes) ou a atteint le niveau secondaire (19 minutes). Par ailleurs, la durée moyenne d'accès à une source d'eau de boisson est presque trois fois plus élevée (35 mn) dans les ménages où le chef est pauvre que dans ceux dans lesquels chef est très riche (13 mn).

Le tableau EN.4 donne la répartition en pourcentage des ménages selon la personne qui a en charge la corvée d'eau dans le ménage. Il ressort des données que dans la majorité des ménages (58 %), une femme adulte est généralement la personne qui va chercher l'eau, quand la source d'approvisionnement en eau de boisson ne se trouve pas sur place. Les hommes adultes ne vont chercher de l'eau que dans 11 % des cas, tandis que les proportions des filles ou des garçons de moins de 15 ans allant chercher de l'eau représentent respectivement 6 % et 3 %.

7.1.2 Assainissement

7.1.2.1 Evacuation des excréments

L'élimination inadéquate des excréments humains et la mauvaise hygiène personnelle sont associées à une série de maladies, notamment les maladies diarrhéiques et la poliomyélite. Les installations sanitaires améliorées pour l'élimination des excréments sont :

- les toilettes à chasse d'eau reliées à un système d'égouts ou à des fosses septiques ou encore des latrines ;
- les fosses d'aisance améliorées ventilées, les fosses d'aisance avec dalle et les toilettes à compostage.

Les résultats du tableau EN.5 indiquent que moins du tiers de la population (32 %) dispose d'installations sanitaires améliorées. L'utilisation d'installations sanitaires améliorées varie considérablement entre les zones urbaines et les zones rurales. Le pourcentage de la population disposant d'installations sanitaires améliorées est presque sept fois plus élevé en milieu urbain (67 %) qu'en milieu rural (10 %). Il est à noter que Lomé la capitale avec 79 % enregistre le pourcentage le plus élevé de personnes disposant d'un système adéquat d'évacuation des excréments ; Lomé est suivie par les régions Maritime (34 %) et Centrale (24 %). Les proportions les plus faibles de la population utilisant des installations sanitaires améliorées sont enregistrées dans les régions des Savanes (6 %) et de la Kara (9 %).

Dans les zones rurales la population dispose principalement de latrines à fosse ou de simples trous servant de fosses d'aisance (11 %) et beaucoup plus d'autres types d'installations sanitaires non améliorées (77 %). En revanche, les installations sanitaires sont plus répandues en zone urbaine : fosse septique (23 %) et latrine couverte (18 %). Il convient de souligner que les citadins font également beaucoup usage d'autres installations sanitaires non améliorées car on y enregistre 13 % pour les latrines à fosse/trous ouverts et 20 % pour les autres types de toilettes non améliorées.

Les données du tableau EN.5 montrent également qu'à l'exception de Lomé et de la région Maritime plus de six membres de ménage sur dix ne disposent pas de toilettes dans leur logement ou concession. Le lieu d'aisance le plus utilisé par ces populations est la brousse et les champs. Le pourcentage de personnes qui utilisent ce type d'aisance dans la région Maritime est de 48 % ; cette proportion passe à 64 % dans la région des Plateaux, à 70 % dans la région Centrale, à 85 % dans les régions de la Kara et des Savanes.

Le tableau EN.6 donne la répartition en pourcentage des enfants âgés de 0-2 ans selon le lieu d'évacuation de leurs excréments et le pourcentage des enfants âgés de 0-2 ans dont les excréments ont été évacués de façon saine. Les résultats indiquent que la plupart des excréments de ces enfants (34 %) sont jetés dans la poubelle avec des ordures ménagères ; les toilettes ou latrines (26 %) constituent par ordre d'importance, le second lieu d'évacuation des excréments des enfants.

Au total la proportion des enfants de 0-2 ans dont les excréments sont évacués de façon saine s'élève à 27 %. Cette proportion est beaucoup plus élevée dans le milieu urbain (59 %) qu'en milieu rural (8 %). La commune de Lomé se distingue par le plus fort pourcentage (72 %) ; elle est suivie par les régions Maritime (28 %) et Centrale (17 %). La région des Savanes enregistre la plus faible proportion (5 %).

Une relation existerait entre le niveau d'instruction de la mère d'une part et l'indice de richesse d'autre part et la proportion d'enfants dont les excréments sont évacués de façon saine. Les proportions d'enfants dont les excréments sont évacués sainement varient de 15 % chez les mères sans instruction à 57 % chez celles qui ont atteint le niveau secondaire. Par ailleurs, les pourcentages les plus faibles sont enregistrés chez les enfants des ménages les plus pauvres (2 %) alors qu'ils sont très élevés dans les ménages aisés : 52 % dans les ménages riches et 68 % dans les ménages très riches.

7.1.2.2 Sources en eau améliorée et évacuation saine des excréments

Une vue d'ensemble des pourcentages des membres de ménage disposant de sources d'approvisionnement améliorées en eau de boisson et de moyens sanitaires pour l'élimination des excréments est présentée dans le tableau EN.7. Il ressort des résultats que pour l'ensemble du pays, un peu plus du quart (27 %) de la population utilise à la fois de sources d'approvisionnement améliorées en eau de boisson et de moyens sanitaires pour l'élimination des excréments.

La proportion de la population utilisant à la fois les sources d'approvisionnement améliorées en eau et les moyens sains d'évacuation des excréments est beaucoup plus élevée dans les centres urbains (62 %) que dans les zones rurales (6 %). Il existe de grandes disparités entre les régions. La plus forte proportion est enregistrée à Lomé (75 %) ; viennent ensuite les régions Maritime (27 %) et Centrale (17 %). Les pourcentages les plus faibles sont observés dans les régions des Savanes (5 %) et de la Kara (9 %).

Le niveau d'instruction du chef de ménage semble avoir une influence sur l'utilisation simultanée de sources d'approvisionnement améliorées en eau et d'installations sanitaires améliorées. Les pourcentages passent de 13 % dans les ménages dont le chef est sans instruction à 47 % dans les ménages dont le chef a atteint le niveau secondaire.

Il existe une relation entre l'indice de richesse et l'utilisation simultanée des sources d'approvisionnement améliorée en eau et d'installations sanitaires améliorées. Les proportions relatives à l'utilisation des deux structures améliorées sont très faibles pour les ménages pauvres (moins de 1 %) et remarquablement élevées pour les ménages riches (41 %) et très riche (83 %).

7.2 CONDITION DE L'HABITAT

Le but de l'OMD 11 est l'amélioration significative des conditions de vie d'au moins 100 millions d'habitants des bidonvilles et l'indicateur qui s'y rapporte est la proportion des membres des ménages urbains vivant dans des taudis.

Dans le cadre de l'enquête MICS 3, trois indicateurs ont été introduits pour évaluer les problèmes liés au fait d'habiter dans les bidonvilles ; il s'agit de :

- la sécurité du logement ;
- la durabilité de l'habitat ;
- la proportion des ménages vivant dans des taudis.

Un ménage urbain est considéré comme vivant dans un taudis dans le cadre de l'enquête MICS 3, s'il remplit une des conditions suivantes :

- il n'a pas accès à des sources d'approvisionnement en eau améliorées ;
- il ne dispose pas d'installations sanitaires améliorées ;
- la surface habitable n'est pas suffisante ;
- l'habitat n'est pas durable ou la propriété n'est pas assurée.

7.2.1 Sécurité de la propriété

Le fait que la propriété n'est pas assurée se définit par l'absence de documents officiels pour la résidence ou le risque perçu d'expulsion. Le tableau EN.8 porte sur la sécurité de la propriété ; il présente le pourcentage des membres de ménage urbains qui ne possèdent pas de pièces en règle pour la résidence qu'ils occupent ou qui pensent avoir le risque d'être expulsé de leur logement et le pourcentage des membres des ménages qui ont été expulsés de leur logement au cours des cinq dernières années.

Les résultats du tableau EN.8 indiquent que dans les zones urbaines couvertes par l'enquête MICS 3, 13 % des personnes interrogées ont indiqué qu'elles courent le risque d'être expulsées de leur logement. Par ailleurs, les données montrent que la moitié des citadins (50 %) n'a pas la sécurité de leur logement. Il convient de rappeler que le ménage est considéré comme n'ayant pas une sécurité de logement lorsqu'il n'a pas un document en règle pour l'occupation de son logement ou lorsque les membres du ménage sentent courir un risque d'être expulsés du logement.

Les données révèlent en outre que le manque de sécurité de logement est plus ressenti dans les régions des Savanes (71 %), de la Kara (67 %) et Centrale (64 %). Le phénomène est relativement plus atténué à Lomé, dans les régions des Plateaux et Maritime où les proportions s'élèvent respectivement à 50 %, 47 % et 41 %.

Par ailleurs, pour l'ensemble du pays, 5 % des citadins interrogés lors de la collecte ont déclaré qu'ils ont été expulsés de leur logement au cours des cinq dernières années précédant l'enquête. Cette proportion est plus élevée dans la région de la Kara (8 %) et Maritime (7 %) tandis qu'elle est relativement plus faible dans la région des Plateaux (3 %) et celle des Savanes (4 %).

Les ménages urbains qui n'ont pas de sécurité de logement présentent des disparités au niveau des régions ; les plus fortes proportions sont enregistrées dans les régions des Savanes (71 %) et de la Kara (67 %) tandis que les plus faibles proportions des ménages qui n'ont pas de sécurité de logement sont observées dans les régions Maritime (41 %) et des Plateaux (47 %).

Il existe une relation entre le niveau d'instruction du chef de ménage et la sécurité de logement ; en effet plus le niveau d'instruction du chef ménage augmente, plus le ménage court moins de risques pour la sécurité de son logement. Les pourcentages des ménages

qui n'ont pas de sécurité de logement varient de 57 % dans les ménages dont le chef est sans instruction à 52 % lorsque le chef de ménage a le niveau primaire et à 47 % quand ce dernier a atteint le niveau secondaire.

Au niveau de l'indice de richesse, les ménages les plus aisés sont plus en sécurité pour le logement que les autres. Les résultats montrent que les ménages urbains les plus pauvres sont dans une insécurité totale dans leur logement (100 %). Les pourcentages des ménages qui n'ont pas de sécurité de logement s'élèvent à 76 % dans les ménages pauvres et à 72 % dans les ménages de conditions de vie moyennes. La situation de la sécurité de logement se pose avec moins d'acuité dans les ménages riches : 60 % dans les ménages riches et 36 % dans les ménages très riches.

7.2.2 Le confort du logement

Le tableau EN.9 fournit des informations sur les caractéristiques et les matériaux qui ont servi à la construction des logements. Les habitations dans lesquelles vivent les ménages sont considérées comme non durables dans le cadre de l'enquête MICS3 si le sol du logement n'est pas recouvert et si deux mauvaises conditions ou plus sont identifiées.

Dans l'ensemble, moins de 1 % des membres de ménage vit dans des habitations considérées comme non durables. Egalement, on enregistre moins de 1 % de ménages vivant dans chacun des types de logements suivants : "logement en mauvais état", "logement vulnérable aux accidents" et "logement situé dans une zone à risque".

Quelles que soient les caractéristiques des ménages, il n'existe pas de grands écarts sur les différents types d'habitation.

Le tableau EN.10 donne le pourcentage des ménages et celui de la population des villes vivant dans un habitat précaire.

Un ménage est considéré comme vivant dans un habitat précaire si l'une des cinq conditions d'un habitat insalubre ci-après est vérifiée ; il s'agit de :

- logement considéré comme non durable ;
- logement avec absence de sécurité ;
- logement encombré (plus de trois personnes par chambre à coucher) ;
- logement sans source améliorée d'approvisionnement en eau ;
- logement sans installation sanitaire améliorée.

Les résultats révèlent qu'un peu moins des trois quarts des ménages urbains (72 %) vivent dans un habitat précaire, ce qui correspond approximativement à 70 % des membres des ménages.

Les ménages vivant dans un habitat précaire et dont le chef est sans instruction représentent 78 %. Cette proportion baisse lentement à 72 % et 65 % respectivement chez les ménages dont le chef a fait le cycle primaire et chez ceux dont le chef a atteint le niveau secondaire.

L'indice de richesse semble exercer également une influence sur la précarité de l'habitat ; en effet les ménages urbains pauvres et très pauvres vivent dans une précarité totale (100%). On note une légère amélioration au fur et à mesure que l'indice de richesse s'élève ; le pourcentage se situe à 55 % chez les ménages très riches.

Les facteurs qui contribuent à rendre l'habitat urbain au Togo précaire sont essentiellement l'absence de sécurité de logement (55 %) et l'absence d'utilisation d'installations sanitaires améliorées (34 %). Les autres composantes qui interviennent dans la précarité de l'habitat sont l'encombrement des logements marqué par la promiscuité des chambres à coucher c'est-à-dire plus de trois personnes par chambre à coucher (19 %), l'absence d'utilisation de

source améliorée d'approvisionnement en eau (10 %) et dans une moindre mesure l'absence d'un logement durable (1 %).

VIII. SANTE DE LA REPRODUCTION

8.1 CONTRACEPTION

La contraception ou la planification familiale appropriée est importante pour la santé des femmes et des enfants pour :

- la prévention des grossesses trop précoces ou trop tardives ;
- l'extension de la période entre les naissances ;
- la limitation du nombre d'enfants.

Un objectif d'un "Monde digne des enfants" est l'accès de tous les couples à l'information et aux services permettant la prévention des grossesses trop précoces, trop rapprochées, trop tardives ou trop nombreuses.

La prévalence contraceptive est le pourcentage des femmes utilisant une méthode contraceptive (traditionnelle ou moderne) au moment de l'enquête. Elle permet d'évaluer l'impact des programmes de planification familiale dans le pays.

Les données du tableau RH1 présentent le pourcentage de femmes âgées de 15 à 49 ans actuellement en union utilisant (ou dont le partenaire utilise) une méthode contraceptive. Les résultats indiquent que le taux global de prévalence (toutes méthodes confondues) est de 17 % dont 11 % concernent les méthodes modernes et 6 % les méthodes traditionnelles (abstinence, retrait et méthode de l'aménorrhée post partum).

Les méthodes modernes les plus utilisées par les femmes en union sont les préservatifs masculins (4%), les injections (3%), les pilules (2%) et les implants (1 %). L'abstinence (5 %) est de loin la méthode traditionnelle la plus pratiquée par les femmes.

La contraception est plus pratiquée par les femmes mariées des centres urbains (14 %) que celles qui résident dans les zones rurales (9 %). L'utilisation des méthodes modernes est plus importante que les méthodes traditionnelles quel que soit le milieu de résidence. En milieu urbain les méthodes modernes et traditionnelles sont respectivement pratiquées par 14 % et 3 % des femmes mariées ou actuellement en union tandis que dans les zones rurales les méthodes modernes sont utilisées par 9 % des femmes mariées contre 7 % pour les méthodes traditionnelles.

Le taux de prévalence contraceptive le plus élevé, quelle que soit la méthode et pour toutes méthodes confondues, est enregistré dans la région Centrale (27 %) ; celle-ci est suivie par les femmes en union des régions Maritime (23 %), de la Kara (18 %) et de Lomé (15 %). Les femmes mariées résidant dans les régions des Plateaux (10 %) et des Savanes (8 %) possèdent les taux de prévalence les plus faibles.

Il est à noter que quels que soient la région et le milieu de résidence, les femmes en union utilisent plus les méthodes modernes que les méthodes traditionnelles de contraception.

Par ailleurs l'examen des données montre qu'il existe une relation entre le niveau d'instruction des femmes et la prévalence de la contraception. En effet, pour toutes méthodes confondues, les femmes du niveau secondaire enregistrent les taux de prévalence les plus élevés (27 %). Elles sont suivies par les femmes qui ont fait des études primaires (19 %) et enfin celles n'ayant aucune instruction (12 %). Les femmes qui ont le niveau secondaire ou plus utilisent trois fois plus (21 %) de méthodes modernes que celles qui sont sans instruction (7 %), et environ deux fois plus que les femmes qui ont fait les études primaires (12 %). L'analyse des données révèle en outre qu' il n'existe pas de grands écarts entre les femmes des différents niveaux d'études par rapport à l'utilisation des méthodes traditionnelles car les taux de prévalence varient entre 7 % chez les femmes qui ont le niveau primaire et 5 % chez celles qui sont sans instruction.

L'examen des données par âge du tableau RH1, montre que quelle que soit la méthode utilisée, la prévalence contraceptive est plus élevée dans le groupe d'âges 25 -29 ans. Cependant il n'y a pas de grands écarts entre les taux de prévalence de contraception moderne jusqu'à 39 ans. Ces taux sont presque similaires dans les différents groupes de femmes de 15 à 39 ans et se situent entre 12 % et 13 %. Toutefois à partir de 40 ans, on note une baisse graduelle des pourcentages des femmes qui utilisent les méthodes modernes ; ces taux passent de 8 % chez les femmes mariées de 40-44 ans à 5 % chez celles âgées de 45-49 ans.

Les données semblent indiquer qu'il existe une relation entre l'indice de richesse et l'utilisation des méthodes contraceptives. En effet, les proportions des femmes en union qui utilisent la contraception augmentent graduellement avec le niveau l'indice de richesse ; pour toutes méthodes confondues ces proportions passent de 12 % chez les femmes des ménages très pauvres à 17 % chez les femmes en union des ménages modestes pour s'établir à 19 % chez les femmes des ménages riches et très riches. Les mêmes tendances sont observées en ce qui concerne l'utilisation des méthodes modernes où les pourcentages varient de 12 % chez les femmes en union des familles pauvres à 19 % chez celles qui vivent dans les ménages très riches.

8.2 BESOINS NON SATISFAITS

Les besoins à couvrir ⁸ en matière de contraception font référence aux femmes fécondes qui n'utilisent aucune méthode de contraception, mais qui souhaitent reporter la prochaine naissance ou qui souhaitent simplement arrêter de faire des enfants. Les besoins non satisfaits à couvrir sont identifiés dans le cadre de l'enquête MICS3 en utilisant une série de questions portant sur les comportements et les préférences à l'heure actuelle en matière d'utilisation des contraceptifs, de fécondité et de fertilité.

Les femmes dont les besoins ne sont pas couverts en matière d'espacement des naissances sont des femmes mariées (ou en union) au moment de l'enquête, fécondes (qui sont actuellement enceintes ou qui pensent être physiquement en mesure de tomber enceinte), qui n'utilisent pas de contraceptifs actuellement et qui souhaitent espacer leurs naissances. Les femmes enceintes sont considérées comme voulant espacer leurs naissances quand elles ne souhaitaient pas d'enfants au moment où elles sont tombées enceintes. Les femmes qui ne sont pas enceintes sont classées dans cette catégorie si elles souhaitent avoir un (autre) enfant, mais qui veulent cet enfant au moins dans deux ans ou après le mariage.

Les femmes dont les besoins sont à couvrir en matière de limitation des naissances sont celles qui sont actuellement mariées (ou en union), fécondes (sont enceintes ou pensent qu'elles sont physiquement en mesure de tomber enceinte à l'heure actuelle), qui n'utilisent aucun moyen de contraception et souhaitent limiter leurs naissances. Ce dernier groupe comprend les femmes qui sont enceintes au moment de l'enquête mais qui n'avaient pas du tout souhaité cette grossesse et les femmes qui ne sont pas enceintes actuellement mais qui ne souhaitent pas avoir un (autre) enfant.

L'ensemble des besoins non couverts en matière de contraception est simplement la somme des besoins à couvrir en matière d'espacement et de limitation des naissances.

En utilisant les informations sur la contraception et les besoins à couvrir, le pourcentage de la demande satisfaite en matière de contraception est également estimé à partir des données de l'enquête MICS3. Le pourcentage de demande satisfaite en matière de

⁸ L'évaluation des besoins à couvrir dans le cadre de la MICS est un peu différente de celle utilisée dans d'autres enquêtes sur les ménages, telles que les Enquêtes démographiques et de santé (EDS). Dans une EDS, des informations plus détaillées sont recueillies sur des variables supplémentaires, telles que l'aménorrhée post-partum et l'activité sexuelle. Les résultats de ces deux types d'enquête ne sont strictement pas comparables.

contraception est défini comme la proportion des femmes mariées ou en union au moment de l'enquête qui utilisent une méthode contraceptive, sur la demande totale en matière de contraception. La demande totale de contraception concerne les femmes qui ont des besoins non couverts actuellement (en matière d'espacement et de limitation), plus celles qui utilisent une contraception actuellement.

Le tableau RH.2 montre que 41 % des femmes en union ont des besoins non satisfaits en matière de planification familiale. Cette proportion regroupe 26 % des femmes mariées ou en union ayant des besoins non satisfaits en matière d'espacement des naissances et 15 % pour la limitation des naissances. Par ailleurs 17 % de ces femmes utilisent actuellement au moins une méthode contraceptive moderne ou traditionnelle et le pourcentage de demande en contraception satisfaite est de 29 %. Enfin la demande potentielle totale en planification familiale, constituée par l'ensemble des femmes en union qui ont des besoins non satisfaits et des besoins satisfaits est de 70 % tandis que la demande totale de contraception actuelle est de 58 %.

Le pourcentage des besoins non satisfaits passe de 25 % chez les femmes âgées de 44-49 ans à 48 % chez les femmes de 20-24 ans. Il est à noter que les femmes âgées de moins de 35 ans ont un besoin en matière de l'espacement des naissances alors que celles de 35 ans et plus ont un besoin de limitation des naissances.

Les besoins non satisfaits en contraception varient très peu entre le milieu urbain (40 %) et le milieu rural (41 %) ; en revanche, il existe des écarts assez importants entre les régions du pays. La région des Plateaux avec 43 % a le pourcentage de besoins non satisfaits le plus élevé tandis que dans la région Centrale 29 % seulement des femmes en union ont déclaré avoir des besoins non satisfaits en matière de contraception.

L'instruction permet aux femmes les plus instruites d'avoir un taux de satisfaction de besoins plus élevé que les femmes sans instruction. Les proportions en besoins non satisfaits varient de 37 % chez les femmes qui ont le niveau secondaire ou plus à 43 % chez les femmes sans instruction. En revanche, les pourcentages des demandes de contraception satisfaites sont presque deux fois plus élevées chez les femmes qui ont fait le secondaire ou plus (42 %) que chez les femmes sans instruction (22 %).

Les indices de richesse semblent introduire des différences dans la satisfaction des besoins en contraception. Les pourcentages des besoins satisfaits sont plus élevés chez les femmes des ménages très riches (36 %) que chez les femmes des ménages modestes (30 %) et surtout chez les femmes des ménages très pauvres (22 %).

8.3 CONSULTATIONS PRENATALES

La période prénatale présente des opportunités importantes de faire profiter aux femmes enceintes de plusieurs interventions qui peuvent être vitales pour leur santé et leur bien-être et ceux de leurs bébés. Une meilleure compréhension de la croissance et du développement du fœtus et de sa relation avec la santé de la mère a débouché sur une attention accrue pour le potentiel des soins prénatals comme une intervention susceptible d'améliorer tant la santé de la mère que du nouveau-né. Par exemple, si la période prénatale est utilisée pour informer les femmes et les familles sur les signes de danger et les symptômes ainsi que sur les risques du travail et de l'accouchement, elle peut constituer le moyen de s'assurer que les femmes enceintes accouchent, en pratique, avec l'assistance d'un prestataire de santé qualifié.

La période prénatale donne également l'occasion de donner des informations sur l'espacement des naissances, qui est reconnu comme un facteur important de l'amélioration de la survie de l'enfant. La vaccination contre le tétanos pendant la grossesse peut être un moyen de sauver la vie aussi bien de la mère que de l'enfant. La prévention et le traitement du paludisme chez les femmes enceintes, la prise en charge de l'anémie durant la grossesse et le traitement des IST peuvent améliorer considérablement les résultats pour la santé du fœtus et de la mère. Des résultats négatifs tels qu'un faible poids à la naissance,

peuvent être réduits par une combinaison des interventions visant à améliorer le statut nutritionnel des femmes et prévenir les infections (par exemple, le paludisme et les IST) durant la grossesse. Plus récemment, le potentiel de la période prénatale comme point d'entrée pour la prévention et la prise en charge du VIH/SIDA, en particulier pour la prévention de la transmission du VIH/SIDA de la mère à l'enfant, a entraîné un regain d'intérêt pour l'accès aux soins prénatals et leur utilisation.

L'OMS recommande un minimum de quatre consultations prénatales sur la base d'un passage en revue de l'efficacité des différents modèles de soins prénatals. Les directives de l'OMS sont précises sur le contenu des consultations prénatales, qui comprennent:

- la mesure de la tension artérielle ;
- l'analyse des urines pour détecter la présence de bactéries et d'albumine ;
- l'analyse sanguine pour dépister la syphilis et l'anémie sévère ;
- la prise du poids et de la taille (facultative).

Le tableau RH3 donne la répartition en pourcentage des femmes âgées de 15 à 49 ans qui ont accouché au cours des deux dernières années ayant précédé l'enquête MICS3 selon le type de prestataire des soins prénatals. On remarque que sur 100 naissances 84 ont fait l'objet au moins une fois de consultations prénatales dispensées par un personnel qualifié de santé (médecin, infirmière/sage-femme, sage-femme auxiliaire et assistant médical). Un peu moins d'une grossesse sur deux (47 %) a été suivie par une infirmière ou une sage-femme. Les soins prénatals fournis par les sages-femmes auxiliaires représentent 12 % tandis qu'ils s'élèvent à 19% pour les accoucheuses. Il est à noter que seulement 5% et 2 % des consultations prénatales ont été dispensées respectivement par un médecin et un assistant médical.

Le taux de couverture des soins prénatals offerts par le personnel qualifié est plus important dans le milieu urbain (96 %) que dans la zone rurale (76 %). Les mêmes disparités sont observées dans les régions où les proportions des femmes qui ont consulté un personnel qualifié de santé varient entre 97 % à Lomé et 64 % dans la région des Savanes.

On note également dans le tableau RH3 que les consultations prénatales sont plus fréquentes chez les femmes jeunes que chez celles plus âgées. En effet jusqu'à 40 ans, plus de huit femmes enceintes sur dix consultent un personnel qualifié pour des soins prénatals mais au-delà de cet âge, la proportion des femmes qui se font consulter par un personnel qualifié de santé est inférieure à (80 %).

Par ailleurs, les résultats révèlent que les consultations prénatales sont moins fréquentes chez les femmes sans instruction (75 %) que chez celles qui ont un niveau primaire (90 %) ou un niveau secondaire ou plus (96 %).

Il existe également une relation entre l'indice de richesse et les prestations des soins prénatals par un personnel qualifié de santé. La proportion des consultations prénatales est d'autant plus importante que l'indice de richesse est élevé ; ces pourcentages varient de 68 % chez les femmes des ménages très pauvres à presque 100 % chez les femmes qui sont dans les ménages très riches.

Le tableau RH.4 donne la répartition en pourcentage des femmes enceintes qui ont reçu des soins prénatals parmi les femmes qui ont accouché au cours des deux années qui ont précédé l'enquête MISC3 et le pourcentage de celles qui ont reçu des soins spécifiques recommandés par l'OMS.

Les données révèlent que pour près de neuf grossesses sur dix (89 %), les femmes enceintes qui ont accouché ont reçu des soins prénatals au moins une fois pendant la grossesse. La fréquence des soins prénatals est plus importante en milieu urbain (97 %) qu'en milieu rural (84 %) et varie selon les régions. La ville de Lomé avec 98 % enregistre la plus forte proportion des femmes enceintes qui ont reçu des soins prénatals tandis que la région de la Kara avec 80 % a le pourcentage le plus faible.

En outre les résultats du tableau RH 4 donnent le niveau des pourcentages des examens prescrits par l'OMS pour des soins spécifiques.

Il ressort de ces données que sur les quatre analyses spécifiques, une forte proportion des femmes enceintes a effectué la prise de poids et la mesure de la tension, deux examens de routine que l'on fait lors des consultations prénatales dans les centres de santé. En revanche, les soins qui demandent des analyses de laboratoire comme des prélèvements sanguins sont moins effectués.

D'une manière générale, plus de huit femmes enceintes sur dix ont effectué au cours des consultations prénatales, des prises de poids (86 %) et des mesures de tensions artérielles (84 %).

L'analyse des urines en vue de la détection de la présence des bactéries et de l'albumine est effectuée par moins de sept femmes enceintes sur dix (68 %) ; cet examen est plus répandu chez les femmes enceintes des centres urbains (90 %) que chez celles du milieu rural (54 %). Les disparités similaires sont observées au niveau des régions ; en effet à Lomé et dans la région Maritime respectivement 94 % et 71 % des femmes enceintes ont effectué l'analyse des urines alors que les proportions enregistrées dans les régions Centrale et de la Kara sont respectivement de 55 % et 54 %.

Des quatre analyses recommandées par l'OMS, l'analyse sanguine en vue du dépistage de la syphilis et de l'anémie sévère est la moins pratiquée. Sur le plan national, moins d'une femme enceinte sur deux (48 %) a recours à cet examen crucial pour l'amélioration de la santé de la mère et de son enfant. Cette analyse demande des équipements qui sont le plus souvent disponibles dans les laboratoires des centres urbains du Togo. Ce manque de laboratoire explique en partie les écarts observés entre le pourcentage des femmes enceintes qui ont effectué le test sanguin en milieu urbain (73 %) et en milieu rural (32 %). Les femmes qui ont atteint le niveau secondaire ou plus (72 %) ont plus effectué les analyses de détection de la syphilis et l'anémie sévère que celles qui ont fait l'école primaire (52 %) ou qui sont sans instruction (35 %).

Il existe des relations entre l'indice de richesse et les différents types d'examen et soins spécifiques qu'une femme doit recevoir pendant les consultations prénatales. Quels que les types d'examen les proportions des femmes qui en ont eu recours augmentent graduellement avec le niveau de l'indice de richesse. Pour le test sanguin, les proportions des femmes qui ont effectué le test sanguin passent de 23 % chez les femmes des ménages pauvres à 37 % chez les femmes en union des ménages modestes et à 80 % chez les femmes des ménages très riches.

8.4 ASSISTANCE PENDANT L'ACCOUCHEMENT

Trois quarts de tous les décès maternels surviennent pendant l'accouchement et la période post-partum qui suit immédiatement la naissance du bébé. La seule intervention essentielle pour une maternité sans risques est de s'assurer qu'un prestataire de soins de santé qualifié avec des compétences de sage-femme soit présent lors de chaque naissance, et qu'un moyen de transport soit disponible pour l'évacuation vers un centre de soins en obstétrique en cas d'urgence. Un objectif du Monde digne des enfants est d'assurer que les femmes puissent accéder facilement et à moindre coût à une assistance qualifiée pendant l'accouchement.

Les indicateurs sont la proportion des naissances avec l'assistance d'un personnel qualifié et la proportion des accouchements dans un établissement de santé. L'indicateur de l'assistance qualifiée pendant l'accouchement est également utilisé pour tenir à jour les progrès réalisés dans le cadre de l'Objectif du millénaire pour le développement consistant à réduire le taux de mortalité maternelle de trois quarts entre 1990 et 2015.

L'enquête MICS3 comprenait plusieurs questions pour l'évaluation de la proportion des naissances assistées par un personnel qualifié. Par assistant qualifié, on entend un médecin, un assistant médical, une infirmière, une sage-femme ou une accoucheuse auxiliaire.

Le tableau RH.5 indique que plus de six accouchements sur dix (63 %) au cours des deux années qui ont précédé l'enquête MISC3 se sont déroulés dans une formation sanitaire. On note par ailleurs que l'utilisation des centres de santé pour l'accouchement est plus fréquente chez les femmes plus jeunes (68 % chez les moins de 20 ans) que chez les femmes âgées (53 % ans chez les 35-39 ans). La fréquence des accouchements dans un centre de santé est liée à la proximité des infrastructures sanitaires, ce qui explique leur plus grande fréquentation dans les centres urbains (92 %) qu'en zone rurale (43 %).

Le tableau RH.5 fournit également des informations sur l'assistance à l'accouchement. Pendant les deux années qui ont précédé l'enquête. Les données indiquent que 62 % des mères ont bénéficié de l'assistance d'un personnel qualifié. Un peu plus de quatre naissances sur dix (43%) ont été assistées par une sage-femme ou une infirmière. Les sages-femmes auxiliaires ont suivi une naissance sur dix (10%) contre moins d'une naissance sur dix (9 %) pour les médecins.

Toutefois, il est à noter que 1 % des accouchement a été assisté par des agents santé communautaire qui exercent le plus souvent dans les zones rurales reculées où il n'y a pas de formation sanitaire et 9 % des accouchements sont assurés par des accoucheuses traditionnelles dont une partie reçoit des formations sommaires de la part des personnels de santé.

Les accouchements assistés par un personnel qualifié de la santé sont plus fréquents à Lomé (98 %) que dans les autres régions et faibles particulièrement dans la région des Savanes (19 %). D'une manière générale, on note une diminution de la fréquence des accouchements assistés par un personnel qualifié au fur et à mesure qu'on s'éloigne de la capitale. Ces pourcentages passent de 71 % (région Maritime) à 56 % (région des Plateaux), à 46% (région Centrale) et à 41% (région de la Kara).

Les résultats montrent en outre que plus le niveau de la mère est élevé, plus elle accouche avec l'assistance d'un personnel qualifié. En effet, 44 % des femmes sans instruction sont assistées au cours de leur accouchement par un personnel qualifié ; cette proportion passe à 71 % chez les femmes qui ont fait le cours primaire et à 89 % chez celles qui ont atteint le niveau secondaire ou plus.

Il existe également une relation étroite entre l'indice de richesse et l'assistance à l'accouchement par un personnel de santé qualifié. La proportion des accouchements par un personnel de santé qualifié varie de 29 % chez les femmes vivant dans les ménages pauvres à 58 % chez les femmes qui vivent dans les ménages modestes et 97 % dans les ménages très riches.

IX. LE DEVELOPPEMENT DE L'ENFANT

Il est bien reconnu qu'une période rapide de développement du cerveau a lieu au cours des trois à quatre premières années de vie et que la qualité des soins donnés à la maison est un déterminant majeur du développement de l'enfant durant cette période. Dans ce contexte, les activités des adultes avec les enfants, la présence de livres dans la maison, pour les enfants et les conditions de prise en charge sont des indicateurs importants de la qualité des soins donnés à la maison. Un objectif d'un Monde digne des enfants est que les "enfants doivent être physiquement sains, mentalement alertes, émotionnellement stables, socialement compétents et prêts à apprendre".

Des informations sur un grand nombre d'activités qui soutiennent l'apprentissage précoce ont été recueillies dans le cadre de cette enquête. Elles sont relatives à l'implication des adultes avec des enfants dans les activités suivantes : lire des livres ou regarder les images des livres, raconter des histoires, chanter, emmener les enfants en dehors de la maison ou de la concession, jouer avec les enfants, et passer du temps avec les enfants à désigner, compter ou dessiner des choses.

9.1 SOUTIEN FAMILIAL DANS L'EDUCATION DE LA PETITE ENFANCE

Les résultats du tableau CD.1 montrent que pour plus du tiers des enfants de moins de cinq ans (36 %), un adulte était impliqué dans plus de quatre activités favorisant l'apprentissage et la maturité scolaire durant les trois jours précédant l'enquête. Le nombre moyen d'activités que des adultes ont entrepris avec des enfants était de 3,1.

Ce tableau indique également que l'implication du père dans ces activités est relativement importante ; en effet quatre pères sur dix (41 %) s'engagent au moins dans une activité de promotion de l'apprentissage et de préparation aux études de leurs enfants alors que dans 23 % de ménages, les enfants vivent sans leur père.

Il n'y a pratiquement pas de différences entre les garçons (36 %) et les filles (37 %) en termes d'activités pratiquées par les adultes avec les enfants.

On note en outre qu'une plus grande proportion d'adultes est engagée dans des activités d'apprentissage et de maturité scolaire avec les enfants dans les zones urbaines (40 %) que dans les zones rurales (34 %).

Par ailleurs, les résultats révèlent qu'il n'y a pas de grande différence entre les proportions observées dans les régions ; en effet, la plus forte proportion d'implication des adultes dans des activités avec les enfants (39 %) est enregistrée à Lomé tandis que le pourcentage le plus faible (28 %) est observé dans la région Centrale.

L'implication du père présentait une tendance similaire en termes d'engagement des adultes dans ces activités. Il est intéressant de noter que les mères et les pères les plus instruits sont plus engagés dans ce genre d'activités avec les enfants que ceux qui ont moins d'instruction.

L'indice de richesse semble avoir une influence sur le soutien familial dans l'éducation de la petite enfance. Les proportions varient entre 44 % chez les enfants vivant dans les ménages les plus riches et 32 % pour ceux issus des ménages les plus pauvres.

9.2 MATÉRIELS D'APPRENTISSAGE

Avoir accès à des livres dès le plus jeune âge permet non seulement à l'enfant de mieux comprendre la nature de l'impression, mais donne aussi à l'enfant l'occasion de voir les autres lire, comme les frères et sœurs plus âgés qui font leurs devoirs. La présence de livres est importante pour les performances scolaires ultérieures et les scores de quotient intellectuel (QI).

Les données du tableau CD.2 montrent qu'en 2006, 26 % des enfants vivent dans des ménages où il y a au moins 3 livres pour adultes tandis que seulement, 5 % des enfants âgés de 0 à 59 mois ont des livres pour enfants ; toutefois le nombre médian de livres pour adultes et de livres pour enfants est identique et presque nul.

Bien qu'il n'y ait pas de disparités observées entre les garçons et les filles (26 % pour chacun des deux sexes), les enfants des zones urbaines semblent avoir davantage accès aux deux types de livres que ceux vivant dans les ménages ruraux. En effet, 46 % des enfants de moins de cinq ans dans les zones urbaines vivent dans des ménages où l'on trouve plus de trois livres non destinés aux enfants, tandis que cette proportion est de 15 % dans les ménages ruraux. Le pourcentage des enfants âgés de moins de cinq ans qui disposent de trois livres ou plus pour enfants est de 8 % dans les zones urbaines contre 3 % dans les zones rurales.

Il existe de grandes disparités entre les différentes régions en ce qui concerne la présence de livres aussi bien pour les adultes que pour les enfants. En effet, Lomé et la région Maritime avec respectivement 49 % et 32 % comptent les plus forts pourcentages d'enfants vivant dans des ménages disposant d'au moins trois livres non destinés aux enfants ; par contre les régions des Savanes (8 %) et Centrale (14 %) ont les plus faibles proportions d'enfants vivant dans des ménages avec trois livres non destinés aux enfants. Des écarts similaires existent en termes de possession de trois livres ou plus destinés aux enfants.

Les résultats du tableau révèlent en outre qu'il y a une relation entre le niveau d'instruction de la mère des enfants d'une part, l'indice de richesse du ménage d'autre part et la possession d'au moins trois livres d'adultes ou d'enfants par le ménage.

On constate que plus le niveau d'instruction de la mère est élevé, plus le nombre de livres pour adultes et pour enfants est élevé. En effet, 13 % des enfants dont les mères ont un niveau secondaire ou plus possèdent au moins trois livres pour enfant ; cette proportion passe à 5 % chez les enfants dont les mères ont le niveau primaire et à 2 % chez dont les mères sont sans instruction. Par ailleurs, les proportions d'enfants vivant dans des ménages disposant de trois livres pour adultes varient de 17 % dans les ménages dans lesquels les mères sont sans instruction à 51 % dans les ménages où les mères ont le niveau de secondaire ou plus.

Dans les ménages très pauvres, les proportions d'enfants disposant d'au moins trois livres non destinés aux enfants et d'au moins trois livres pour enfants s'élèvent respectivement à 7 % et 1 % alors que dans les ménages très riches ces pourcentages sont de 57 % et 14 %.

Le tableau CD.2 montre également que 15 % des enfants âgés de 0 à 59 mois avaient trois jouets ou plus pour s'amuser à la maison, tandis que 24 % n'avaient aucun des jouets demandés aux mères ou aux personnes ayant leur charge. Les jouets dans le cadre de l'enquête MICS3 incluaient des objets du ménage, des jouets fabriqués à la maison, des jouets venant d'un magasin et des objets et matériaux trouvés en dehors de la maison. Il est intéressant de noter que 34 % des enfants s'amuse avec des jouets provenant d'un magasin alors que les pourcentages des jouets fabriqués à la maison ou avec des objets et matériels trouvés hors du ménage représentent respectivement 26 % et 46 %.

La proportion des enfants qui ont trois jouets ou plus pour s'amuser est de 15 % aussi bien chez les garçons que chez les filles. Toutefois, il existe une disparité entre les zones urbaines (20 %) et les zones rurales (12 %). On note par ailleurs des disparités selon le

niveau d'instruction de la mère ; en effet 13 % des enfants dont la mère est sans instruction possèdent trois jouets ou plus, tandis que cette proportion est de 15 % pour les enfants dont la mère a suivi les cours primaires et 22 % ayant le niveau secondaire ou plus.

Les données indiquent en outre qu'il y a de grands écarts entre les régions ; en effet les proportions des enfants qui ont trois jouets ou plus résidant dans la région Maritime et à Lomé sont plus élevés et représentent respectivement 23 % et 22 % alors que ces pourcentages sont assez faibles dans les régions des Plateaux et Savanes (12 %), de la Kara (4 %) et Centrale (3 %).

9.3 ENFANTS LAISSES SANS SURVEILLANCE OU AVEC D'AUTRES ENFANTS

Laisser les enfants seuls ou avec d'autres enfants plus jeunes augmente le risque des accidents. Dans le cadre de l'enquête MICS3, deux questions ont été posées pour déterminer si des enfants de moins de cinq ans ont été laissés seuls durant la semaine qui a précédé l'enquête, et si ces enfants ont été laissés sous la surveillance d'autres enfants âgés de moins de 10 ans.

Les résultats du tableau CD.3 montrent que 29 % des enfants âgés de 0 à 59 mois ont été laissés sous la surveillance d'autres enfants, tandis que 9 % ont été laissés seuls durant la semaine qui a précédé l'enquête. Il n'y a pratiquement pas de disparité entre les sexes ; en revanche les enfants des zones rurales et des régions Centrale, de la Kara et des Savanes plus sont plus confiés aux autres enfants.

Les proportions des enfants laissés sous la garde d'autres enfants de moins de dix ans ou laissés seuls au cours de la dernière semaine qui a précédé l'enquête varient respectivement de (11 % et 5 %) à Lomé à (51 % et 11 %) dans la région des savanes. Dans les centres urbains ces proportions représentent 17 % pour les enfants laissés sous la garde d'autres enfants et 6 % pour les enfants laissés seuls tandis que dans les zones rurales les pourcentages s'élèvent à respectivement à 36 % et à 10 %.

Par ailleurs, la prévalence de prise en charge inadéquate est plus importante chez les enfants dont les mères sont sans niveau d'instruction (37 %), que pour les enfants dont les mères ont les niveaux primaire (25 %) et secondaire ou plus (21 %).

Les enfants âgés de 24 à 59 mois ont davantage été laissés sans surveillance (37 %) que ceux âgés de 0 à 23 mois (22 %). Les enfants sous la garde inadéquate dont les mères sont issues des ménages pauvres sont en proportion plus élevée : 41 % contre 18 % pour les enfants des ménages très riches.

X. EDUCATION

10.1 EDUCATION PRESCOLAIRE ET PREDISPOSITION A LA SCOLARISATION

Recevoir une éducation préscolaire dans le cadre d'un enseignement organisé ou d'un programme d'éducation des enfants est important pour la prédisposition des enfants à être scolarisés. Un des objectifs d'un Monde digne des enfants est la promotion de l'éducation de la petite enfance.

La fréquentation d'une école maternelle ou d'un jardin d'enfants reste encore faible au Togo bien qu'en progression ; en effet moins de deux enfants âgés de 36 à 59 mois sur dix (16 %) suivent aujourd'hui un programme d'éducation préscolaire (tableau ED.1). Les disparités entre les milieux urbain et rural d'une part et entre les différentes régions d'autre part sont importantes. Les pourcentages des jeunes enfants qui suivent l'éducation préscolaire atteignent 32 % dans les centres urbains et ne sont que de 5 % dans les zones rurales. Il est à noter que le taux de fréquentation d'un programme préscolaire le plus élevé est enregistré dans la Commune de Lomé (36 %) ; Lomé est suivie par la région Maritime (17 %) tandis que les pourcentages les moins élevés sont observés dans les régions Centrale (6 %), des Savanes (6 %), de la Kara (7 %) et des Plateaux (8 %).

Les données révèlent en outre des disparités liées au genre, à l'indice de richesse et au niveau d'instruction de la mère.

Les enfants du sexe féminin (18 %) semblent être privilégiés dans la fréquentation d'un programme préscolaire que les petits garçons (14 %).

Les disparités selon l'indice de richesse sont importantes. Les enfants vivant dans des ménages très riches (43 %) et riches (19 %) suivent plus un enseignement préscolaire que les enfants vivant dans les ménages pauvres (3 %).

Il existe une relation entre le niveau d'instruction de la mère et la fréquentation d'un programme préscolaire. La proportion des enfants qui suivent une éducation préscolaire passe de 8 % chez les enfants de mère sans instruction à 17 % chez les enfants dont la mère a fait l'école primaire et à 38 % chez les enfants dont la mère a atteint le niveau secondaire.

Il est à noter que c'est surtout après leur quatrième anniversaire que les enfants sont envoyés dans le programme d'éducation préscolaire ; en effet, la proportion d'enfants âgés de 36 à 47 mois qui suivent un programme d'éducation préscolaire est de 10 % alors que ce pourcentage passe à plus du double (23 %) chez les enfants de 48 à 59 mois.

Le tableau ED.1 indique également la proportion des enfants admis en première année de l'école primaire qui avaient suivi un programme d'enseignement préscolaire l'année précédente ; cette proportion est un indicateur important de la prédisposition à la scolarisation.

Au total 11 % des enfants qui ont six ans en 2006 et qui sont en première année de l'école primaire étaient scolarisés dans un établissement préscolaire l'année précédente ; la proportion est deux fois plus élevée chez les filles (15 %) que chez les garçons (7 %).

Au Togo, l'enseignement préscolaire se faisait essentiellement dans les grandes villes et était souvent réservé à une minorité de la classe économiquement aisée ; c'est ainsi que près du quart des enfants (23 %) des centres urbains étaient inscrits dans le préscolaire l'année précédente contre seulement 4 % chez les enfants des zones rurales.

Les disparités régionales sont également très importantes ; les proportions des enfants en première année du primaire ayant suivi un enseignement préscolaire sont plus élevées dans la commune de Lomé (30 %) et dans la région des Plateaux (19 %) alors que les proportions

les plus faibles sont observées dans la région Maritime (6 %) et dans la région de la Kara (4 %) ; ces pourcentages sont pratiquement nuls dans les régions Centrale et des Savanes.

Il existe une relation entre l'indice de richesse et la prédisposition à la scolarisation préscolaire, car le pourcentage d'enfants admis en première année d'enseignement primaire ayant suivi un programme d'enseignement préscolaire est de 4 % seulement dans les ménages les plus pauvres ; par contre cette proportion atteint 30 % dans les ménages riches.

10.2 FREQUENTATION DE L'ECOLE PRIMAIRE ET SECONDAIRE

L'accès universel à une éducation de base et l'achèvement de l'éducation primaire par les enfants constituent l'un des buts les plus importants des Objectifs du millénaire pour le développement et d'un "Monde digne des enfants". L'éducation est une condition essentielle de la lutte contre la pauvreté, de la responsabilisation des femmes, de la protection des enfants contre le travail dangereux et l'exploitation sexuelle, ainsi que de la promotion des droits humains et de la démocratie, de la protection de l'environnement et de l'influence sur la croissance démographique.

Les indicateurs de la fréquentation de l'école primaire et secondaire sont :

- le taux net de nouvelles inscriptions au primaire ;
- le taux de fréquentation net du primaire ;
- le taux de fréquentation net du secondaire ;
- le taux de fréquentation net du primaire des élèves en âge de fréquenter le secondaire ;
- l'indice de parité des sexes (IPS).

Les indicateurs de la progression scolaire sont :

- le taux de réussite (survie) jusqu'en cinquième année ;
- le taux de passage au secondaire ;
- le taux d'achèvement net du cycle primaire.

10.2.1 Admission à l'école primaire

Les données du tableau ED.2 révèlent que parmi les enfants en âge d'entrer à l'école primaire (6 ans) au Togo, 52 % sont inscrits en première année du primaire. Le pourcentage des enfants de 6 ans de sexe masculin est un peu plus élevé (55 %) que celui des filles (50 %).

On note peu de différence entre les taux d'admission à six ans à l'école primaire des enfants du milieu urbain (53 %) et ceux du milieu rural (52 %).

Dans la région Centrale deux tiers des enfants (66 %) commencent l'école effectivement à 6 ans contre 59 % dans la région Maritime, 53 % dans la région des Plateaux, 44 % à Lomé, 43 % dans la région de la Kara et 41 % dans la région des Savanes.

Il est à noter qu'à Lomé et dans certains centres urbains beaucoup d'enfants commencent l'école primaire avant l'âge de 6 ans, car cette prescription n'est respectée que dans les écoles publiques. Un bon nombre des enfants dont les mères sont instruites ou qui vivent dans des ménages riches commence aussi l'école primaire avant l'âge légal si bien qu'à 6 ans on note peu de différence entre les taux d'admission à l'école entre les enfants des différents milieux sociaux.

Il ressort des données qu'il n'y a apparemment pas de différence entre les enfants qui sont admis à l'école primaire à 6 ans dont la mère a au moins un niveau d'instruction secondaire (50 %) et ceux dont la mère est sans instruction (50%). En revanche, la proportion des enfants inscrits en première année de l'école primaire dont la mère a le niveau primaire est un peu plus élevée (55 %).

L'indice de richesse ne semble pas influencer l'admission à l'école primaire car l'indicateur afférent est le même (49 %) aussi bien pour les ménages les plus riches que pour les ménages les plus pauvres. La proportion la plus élevée (57 %) est plutôt observée à la fois chez les ménages de condition moyenne et les ménages riches.

10.2.2 Niveau de fréquentation de l'école primaire ou secondaire

Le tableau ED.3 présente le pourcentage des enfants en âge d'aller à l'école primaire et qui fréquente effectivement un établissement primaire ou secondaire.

La majorité des enfants en âge d'être dans l'enseignement primaire (6-11 ans) est scolarisée (79 %), ce qui implique que 21 % des enfants censés être scolarisés ne le sont pas. Toutefois si l'on tient compte de la mise à l'école tardive des enfants dans les zones rurales et dans certaines régions en élargissant la plage d'âge aux groupes 6-14 ans, le taux net de scolarisation passe à 78 %.

Il existe un léger écart entre le taux net de scolarisation des garçons de 6-11 ans (82 %) et celui des filles de même groupe d'âges (76 %). Dans les centres urbains, 91% des enfants de (6-11 ans) sont scolarisés contre 74 % dans la zone rurale. De grandes disparités sont observées au niveau des régions ; en effet le taux net de scolarisation tous sexes confondus le plus élevé est enregistré dans la commune de Lomé (92 %) ; celle-ci est suivie par les régions Maritime (87 %), Centrale et des Plateaux (83 %). Les régions de la Kara et des Savanes enregistrent les taux nets de scolarisation les plus faibles qui sont respectivement de 68 % et de 52 %.

Le niveau d'instruction de la mère et l'indice de richesse du ménage dans lequel vit l'enfant ont des incidences sur les taux nets de scolarisation. Les enfants dont la mère est sans instruction ont le taux net de scolarisation tous sexes confondus le plus faible (73 %) tandis que les enfants dont la mère a fait les cours secondaires ou plus enregistrent le taux le plus élevé (92 %). Les enfants qui vivent dans des ménages aisés ont également plus de chance d'aller à l'école que ceux des ménages démunis car les taux nets de scolarisation varient de 66 % dans les ménages très pauvres à 91 % dans les ménages les plus riches.

Le tableau ED.4 présente le pourcentage des enfants ayant l'âge d'aller à l'école secondaire et qui fréquentent un établissement de niveau secondaire ou plus.

Dans l'enseignement secondaire un peu moins de quatre enfants sur dix (39 %) en âge de fréquenter le secondaire (12-18 ans) tous sexes confondus suivent les cours dans un établissement secondaire. Si on prend la tranche d'âge 14-21 ans le taux net de scolarisation au secondaire est presque identique 39 %.

Le taux net de scolarisation au secondaire des garçons de 12-18 ans sont nettement plus élevés (45 %) que celui des filles de même groupe d'âge (32 %) ; ces écarts entre les garçons et les filles se creusent au fur et à mesure qu'on avance en âge car à 12 ans ces taux qui s'établissent respectivement à 26 % chez les garçons et à 19 % chez les filles, passent à 53 % chez les garçons et 25 % chez les filles dont l'âge est de 18 ans.

Par ailleurs les taux nets de scolarisation au secondaire sont environ de deux fois plus élevés dans le milieu urbain (54 %) que dans le milieu rural (28 %). Ces taux varient selon les régions ; les plus forts taux sont enregistrés à Lomé (53 %) tandis que les taux les plus faibles sont observés dans la région des Savanes (16 %).

Les données du tableau ED4 révèlent également que le taux net de scolarisation serait influencé par le niveau d'instruction de la mère d'une part et l'indice de richesse du ménage dans lequel vit l'élève d'autre part. En effet, pour l'ensemble des deux sexes, le taux net de scolarisation au secondaire passe de 26 % chez les élèves dont la mère est sans instruction à 69 % chez les élèves dont la mère a fait au moins le cours secondaire ; ces taux varient également de 19% chez les enfants des ménages très pauvres à 59 % chez les enfants des ménages les plus riches.

Le tableau ED4w présente le taux net de fréquentation de l'école primaire des enfants en âge d'être au secondaire mais qui sont encore au cours primaire. Près de trois enfants sur dix (28 %) fréquentent l'école primaire alors qu'ils devaient être au cours secondaire. Ces taux sont plus élevés chez les garçons (29 %) que chez les filles (26 %) ; ils sont également plus élevés dans la zone rurale (36 %) que dans le milieu urbain (17 %).

On note que le niveau d'instruction de la mère et l'indice de richesse ont une influence sur le taux net de fréquentation de l'école primaire des enfants en âge d'être au secondaire (12-18 ans) ; plus chacune de ces deux variables augmente plus les taux nets de fréquentation sont faibles. En effet, pour les deux sexes confondus, les taux nets de fréquentation les plus élevés concernent les enfants dont les mères sont sans instruction (41 %) et ceux dont les mères n'ont atteint que le niveau primaire (43 %) alors que le taux le plus faible est observé au niveau des enfants dont les mères ont atteint le niveau secondaire (19 %). Les pourcentages des enfants qui ont l'âge de fréquenter un cours secondaire mais qui se retrouvent à l'école primaire s'élèvent à 34 % dans les ménages pauvres ; cette proportion diminue à 33 % dans les ménages modestes, à 26 % dans les ménages riches et à 13 % seulement dans les ménages très riches.

10.2.3 Achèvement du cycle d'enseignement primaire

Le pourcentage des enfants qui entrent en première année et qui finissent par atteindre la cinquième année est présenté dans le tableau ED.5.

Les données de MICS3 indiquent que la réussite dans l'enseignement primaire ne semble pas poser de problèmes majeurs. Les taux de passage d'une classe à une autre sont très élevés et dépassent 90 % quelles que soient les caractéristiques.

Le taux de survie à la 5^{ème} année de l'enseignement primaire est un indicateur très important pour les Objectifs du millénaire pour le développement et ceux d'un Monde digne des enfants. Ces taux de survie confirment une forte rétention des élèves aux premières années de la scolarisation. Sur tous les enfants qui entrent en première année, la majorité (92 %) va en définitive atteindre la cinquième année. Il faut noter que ce nombre comprend aussi les enfants qui redoublent des classes et qui finissent par passer en cinquième année. Il convient de souligner qu'il n'y a pratiquement pas d'écart sensible entre les différents taux de promotion d'un niveau à un autre, quels que soient le sexe, la région, le niveau d'instruction de la mère et l'indice de richesse.

Le taux d'achèvement net du cycle primaire et le taux de passage au secondaire sont présentés dans le tableau ED.6. Le taux net d'achèvement des études primaires est le nombre total d'élèves ayant l'âge de compléter l'école primaire (11 ans) inscrits en dernière année de l'école primaire sur le nombre total d'élèves ayant l'âge officiel de compléter les études primaires. Ce taux doit être distingué du taux d'achèvement brut de l'enseignement primaire qui comprend les enfants de tous âges en dernière année de l'école primaire.

Au moment de l'enquête, seuls 23 % des enfants en âge d'achever le cycle primaire (11 ans) étaient en dernière année du cycle primaire. Ce taux est moins élevé chez les filles (19 %) que chez les garçons (26 %) ; il est par contre plus important dans les centres urbains (40 %) que dans les zones rurales (15 %). Au niveau régional, les proportions varient entre 45 % dans la commune de Lomé et 5 % dans la région des Savanes.

Les données révèlent aussi que le niveau d'instruction de la mère d'une part et l'indice de richesse du ménage dans lequel l'élève vit d'autre part influent sur le taux net d'achèvement des études primaires des élèves. En effet, les taux nets d'achèvement des études primaires passent de 16 % chez les élèves dont la mère est sans instruction, à 27 % chez ceux dont la mère a suivi les études primaires et à 53 % chez les élèves dont la mère a atteint le niveau secondaire.

Les écarts entre les taux nets d'achèvement sont plus importants entre les élèves de différentes catégories socio-économiques ; les taux passent de 12 % chez les élèves qui vivent dans les ménages très pauvres à 54 % chez les élèves des ménages très riches.

Le taux de passage au secondaire ou le taux de transition de l'enseignement primaire à l'enseignement secondaire est le pourcentage des enfants inscrits en dernière année de l'enseignement primaire l'année précédente et qui se retrouve en première année de l'enseignement secondaire au moment de l'enquête. Les résultats de l'enquête révèlent que moins d'un élève sur deux (45 %) qui a achevé avec succès la dernière année de l'école primaire se trouvait en première année du secondaire l'année suivante. Ce taux de transition est un peu plus élevé chez les garçons (47 %) que chez les filles (43 %) et plus élevé dans le milieu urbain (53 %) que dans le milieu rural (40 %). Au niveau régional, le taux de transition le plus élevé est enregistré dans la région de la Kara (66 %) tandis que la région Maritime détient le taux le plus faible (22 %).

Le tableau ED.7 présente les ratios des taux de scolarisation des filles et des garçons dans l'enseignement primaire et dans l'enseignement secondaire. Ces taux sont mieux connus sous le nom d'indice de parité des sexes (IPS). Il faut noter que les ratios ci-inclus sont obtenus à partir des ratios de fréquentations nets plutôt que des ratios de fréquentations bruts. Ces derniers ratios fournissent une description erronée de l'IPS surtout parce que dans la majorité des cas, la plupart des enfants trop âgés qui fréquentent l'école primaire sont des garçons.

Le tableau ED.7 révèle que la parité des sexes (IPS) est proche de 1 au cycle primaire, dans presque toutes les régions, ce qui indique qu'il n'existe presque pas d'écart entre filles et garçons âgés de 5 à 11 ans en termes de fréquentation de l'école primaire. Dans les régions Centrale et de la Kara cet indice est égal à 1, car les taux nets de scolarisation des filles et des garçons dans l'enseignement primaire sont similaires ; par contre la région des Savanes enregistre l'indice de parité entre les sexes le plus faible du pays (0,8).

Pour le cycle secondaire, l'indice de parité des sexes (IPS) est de 0,7 pour l'ensemble du pays. Cet indice varie peu selon la région, le milieu de résidence, et l'indice de richesse des ménages. Toutefois les résultats montrent que les indices de parités des sexes les plus faibles sont observés dans la région des Savanes (0,5) d'une part et chez les élèves vivant dans les ménages les plus pauvres (0,5) d'autre part alors que les ratios les plus élevés sont enregistrés chez les élèves dont les mères ont atteint l'enseignement primaire (0,8) ou secondaire (0,9).

10.3 ALPHABETISATION DES JEUNES FEMMES

Un des objectifs d'un Monde digne des enfants est de s'assurer de l'alphabétisation des adultes. L'alphabétisation des adultes est également un indicateur des OMD, qui se rapporte aussi bien aux hommes qu'aux femmes. Dans le cadre de l'enquête MICS3, étant donné que seul un questionnaire pour les femmes a été administré, les résultats sont basés uniquement sur les femmes âgées de 15 à 49 ans. L'alphabétisation a été évaluée d'après la capacité des femmes à lire une courte et simple déclaration ou d'après leur fréquentation de l'école. Le pourcentage des femmes âgées de 15 à 24 ans qui savent lire et écrire est présenté dans le tableau ED.8.

Il ressort des données de MICS3 que 56 % des femmes de 15-24 ans savent lire et écrire ; en d'autres termes une frange importante des jeunes femmes (44 %) reste encore analphabète. La proportion des jeunes alphabètes est plus importante dans les centres urbains (67 %) que dans la zone rurale (42 %). La région des Savanes a le pourcentage des alphabètes (23 %) le plus faible et forme avec la région des Plateaux (48 %) les deux régions dans lesquelles les pourcentages des jeunes femmes alphabètes sont inférieurs à ceux des analphabètes tandis que la commune de Lomé (69 %) détient le pourcentage le plus élevé des jeunes femmes alphabètes.

La probabilité de savoir lire et écrire diminue avec l'âge des femmes ; en effet la proportion des jeunes femmes qui savent lire et écrire passe de 49 % dans le groupe d'âges 20-24 ans à 61 % dans le groupe d'âges 15-19 ans. Les données révèlent en outre que seulement le tiers (33 %) des femmes qui ont terminé le cycle primaire sont capables de lire et écrire. La

grande majorité de ces femmes de 15-24 ans (67 %) retombe dans l'illettrisme (analphabétisme de retour).

Il existe une relation entre l'alphabétisation des jeunes femmes et l'indice de richesse. Les taux des jeunes femmes alphabètes passent de 25 % dans les ménages très pauvres à 69 % dans les dans les ménages très riches.

XI. PROTECTION DE L'ENFANT

11.1 ENREGISTREMENT DE LA NAISSANCE

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

Un des objectifs d'un Monde digne des enfants stipule d'élaborer des systèmes pour garantir l'enregistrement à l'état civil de chaque enfant, à la naissance ou peu après, et préserver ainsi son droit à avoir un nom et une nationalité, conformément aux lois nationales et aux instruments internationaux compétents. L'indicateur est le pourcentage d'enfants âgés de moins de cinq ans dont la naissance a été enregistrée à l'état civil.

Les résultats de l'enquête (tableau CP1) indiquent qu'au niveau national 78 % des enfants de moins de cinq ans ont été enregistrés à l'état civil tandis que pour un peu plus de 2 % d'enfants, la personne qui a répondu aux questions au cours de l'interview ne sait pas si la naissance a été enregistrée ou non.

L'enregistrement des naissances ne se fait pas nécessairement dans les délais légaux, car à l'âge de 11 mois, seulement 70 % des enfants sont enregistrés et ce pourcentage augmente graduellement avec l'âge jusqu'à 59 mois pour atteindre 80 %. Les résultats selon l'âge révèlent un mauvais fonctionnement des services de l'état civil au Togo ; selon les textes, toute naissance devrait être déclarée dans un délai de trente jours au-delà duquel aucun enregistrement n'est plus possible dans un centre d'état civil, mais au tribunal pour procéder à un jugement supplétif tenant lieu d'un bulletin de naissance. Mais dans les faits cette prescription n'est respectée que dans les villes ou chefs-lieux de préfecture où les centres d'état civil sont placés sous l'autorité des Maires ou des Préfets. Dans la zone rurale, par contre, cette prérogative est dévolue aux chefs de village qui nomment les agents d'état civil qui ont généralement un bas niveau d'instruction et de plus ne reçoivent pas de formation préalable.

Il n'existe pas de grandes disparités dans l'enregistrement des naissances selon le sexe ; le taux d'enregistrement est de 79 % chez les garçons contre 77% chez les filles. On note en revanche un écart selon le milieu de résidence ; en effet dans les centres urbains plus de neuf enfants sur dix (93 %) sont enregistrés à l'état civil contre moins de sept enfants sur dix (69 %) dans les zones rurales.

La ville de Lomé a le taux le plus élevé (94 %) des enfants de moins de cinq ans dont la naissance a été enregistrée à l'état civil tandis que les régions des Plateaux et de la Kara avec respectivement 65 % et 66 % détiennent les plus faibles pourcentages. Dans la région Maritime, un peu plus de huit naissances sur dix (82 %) ont été enregistrées contre sept enfants de moins de cinq ans sur dix dans les régions Centrale (78 %) et des Savanes (74 %).

Les enfants dont la mère a atteint le niveau d'éducation secondaire (93 %) ou réside dans un ménage riche (89 %) sont plus enregistrés à l'état civil que ceux dont la mère est sans instruction (70 %) ou est dans des ménages très pauvres (58 %).

Parmi les différentes raisons du non enregistrement des naissances à l'état civil, le coût élevé (25 %), l'ignorance (16 %), la peur de payer une amende (8 %) ou l'éloignement (7 %) constituent les principales causes.

11.2 TRAVAIL DES ENFANTS

L'article 32 de la Convention des droits relatifs aux enfants stipule : "Les Etats parties reconnaissent le droit de l'enfant à être protégé contre l'exploitation économique et contre toute forme de travail susceptible d'être dangereuse ou de s'opposer à l'éducation de l'enfant, ou d'être dangereuse pour la santé de l'enfant ou son développement physique, mental, spirituel, moral ou social..."

Le Monde digne des enfants, par ailleurs, mentionne neuf stratégies pour lutter contre le travail des enfants tandis que les OMD préconisent la protection des enfants contre l'exploitation. Dans le cadre de l'enquête MICS3, plusieurs questions ont porté sur le travail des enfants, qui est l'implication d'enfants âgés de 5 à 14 ans dans des activités professionnelles.

Un enfant est considéré comme "travailleur" au moment de l'enquête si :

- entre l'âge de 5 et 11 ans, il a effectué au moins une heure de travail rémunéré ou 28 heures de corvées ménagères durant la semaine qui a précédé l'enquête ;
- entre l'âge de 12 et 14 ans, il a effectué au moins 14 heures de travail rémunéré ou 28 heures de travail ménager durant la semaine qui a précédé l'enquête.

Cette définition permet de faire la différence entre le travail rémunéré et le travail ménager afin d'identifier le type de travail devant être éliminé. Ainsi, les estimations fournies ici représentent la prévalence minimum du travail rémunéré effectué par les enfants ; il est à signaler que certains enfants peuvent se livrer à des activités professionnelles dangereuses tandis que d'autres présentent des risques moins évidents pour un nombre d'heures inférieur à celui spécifié dans les critères expliqués ci-dessus.

Le tableau CP.2 présente les résultats sur le travail des enfants et la nature de l'activité. Il ressort des données qu'au total 29 % des enfants âgés de 5-14 ans ont effectué au cours de la semaine qui a précédé l'enquête des travaux rémunérés ou domestiques. Parmi ces enfants, 3 % ont effectué un travail rémunéré, alors que 21 % ont travaillé dans une entreprise familiale. Il est à noter que 3 % des enfants ont fait les travaux domestiques (faire la cuisine, les achats, la collecte d'eau, ou s'occuper des enfants) pendant au moins 28 heures au cours de la dernière semaine.

Dans l'ensemble il n'y a pas de disparité entre les garçons et les filles, toutefois les résultats montrent que les filles (4 %) s'adonnent plus aux travaux domestiques que les garçons (2 %). En revanche, les travaux rémunérés sont légèrement plus confiés aux garçons (4 %) qu'aux filles (3 %).

La proportion des enfants qui travaillent est plus élevée dans la zone rurale (31 %) que dans le milieu urbain (25 %). Il existe également des disparités au niveau des régions ; les régions des Savanes (37 %) et Maritime (32 %) comptent les pourcentages les plus élevés des enfants travailleurs alors que la proportion la plus faible est enregistrée dans la région des Plateaux (24 %).

Il existe une relation entre le niveau d'instruction de la mère de l'enfant d'une part et l'indice de richesse du ménage dans lequel vit l'enfant d'autre part et le travail des enfants. Les pourcentages des enfants qui ont travaillé sont plus élevés chez les enfants dont la mère est sans instruction (31 %) ou qui vit dans des ménages pauvres (33 %) que chez les enfants dont la mère a atteint le niveau secondaire (20 %) ou est dans des ménages très riches (21 %).

11.3 DISCIPLINE DES ENFANTS

Comme stipulé dans un Monde digne des enfants, “les enfants doivent être protégés contre tout acte de violence...”et la Déclaration du Millénaire préconise la protection des enfants contre les abus, l'exploitation et la violence. Dans le cadre de l'enquête MICS3, des questions ont été posées aux mères ou aux personnes ayant la charge des enfants âgés de 2 à 14 ans sur la manière de discipliner leurs enfants quand ces derniers se conduisent mal.

Il faut noter que pour le module sur la discipline des enfants, un enfant âgé de 2 à 14 ans par ménage a été sélectionné au hasard au cours du travail sur le terrain. Sur ces questions, les trois indicateurs utilisés pour décrire les aspects de la discipline des enfants sont :

- les pourcentages d'enfants âgés de 2 à 14 ans :
 - qui subissent des agressions psychologiques comme punition,
 - des corrections physiques légères,
 - des corrections physiques sévères ;
- outre ces trois indicateurs, les données permettent de calculer le pourcentage des parents ou personnes ayant la charge des enfants âgés de 2 à 14 ans qui croient que pour élever correctement leurs enfants, ils doivent les corriger physiquement.

Dans l'ensemble, neuf enfants âgés de 2 à 14 ans sur dix (90 %) ont subi au moins une forme de punition psychologique ou physique de la part de leur mère ou de la personne ayant leur charge ou d'autres membres du ménage, tandis que près du quart des enfants (24 %) a fait l'objet de corrections physiques sévères. D'autre part, le tiers (33 %) des mères ou personnes ayant la charge des enfants pensaient que les enfants devaient être corrigés physiquement, ce qui contraste avec la forte prévalence actuelle de la discipline physique.

Les garçons font plus l'objet de corrections physiques mineures ou sévères (74 % et 26 %) que les filles (73 % et 22 %).

Il est très intéressant de noter que les disparités sont relativement faibles quelles que soient les caractéristiques contextuelles. En termes de sévérité des corrections physiques, les écarts sont faibles entre les enfants qui vivent en milieu rural (89 %) et ceux du milieu urbain (92 %). La même tendance est observée au niveau de l'indice de richesse ; les écarts sont également faibles entre les pourcentages des enfants dont la mère vit dans les ménages les plus pauvres (89 %) et ceux dont la mère vit dans les ménages les plus riches (92 %).

Il est à noter que, vis-à-vis des punitions physiques sur les enfants, il existe un grand écart entre l'opinion des parents et la pratique. En effet, 33 % des parents déclarent que les enfants doivent être corrigés physiquement pour être bien élevés alors que dans la pratique 90 % ont exercé des punitions corporelles sur les enfants.

11.4 MARIAGE PRECOCE ET POLYGAMIE

Le mariage avant l'âge de 18 ans est une réalité pour de nombreuses jeunes filles. Selon les estimations de l'UNICEF recueillies à travers le monde, plus de 60 millions de femmes âgées de 20 à 24 ans ont été mariées ou sont en union avant l'âge de 18 ans. Les facteurs qui influencent les taux de mariage précoce sont :

- l'état du système d'enregistrement à l'état civil d'un pays qui permet d'apporter la preuve de l'âge des enfants ;
- l'existence d'un cadre législatif adéquat assorti d'un mécanisme d'exécution pour se pencher sur les cas de mariages précoces ;
- l'existence de lois coutumières ou religieuses qui tolèrent cette pratique.

Dans plusieurs régions du monde, les parents encouragent le mariage de leurs filles alors qu'elles sont toujours des enfants, dans l'espoir que ce mariage va leur profiter aussi bien

sur le plan financier que social. Dans la réalité, le mariage des enfants est une violation des droits humains ; il compromet le développement des filles et débouche souvent sur des grossesses précoces et un isolement social. En outre le faible niveau d'instruction et l'absence de formation professionnelle renforcent la nature inégalitaire de la pauvreté.

Le droit à un consentement "libre et entier" d'un mariage est reconnu dans la Déclaration universelle des droits de l'homme qui stipule qu'un consentement ne peut être "libre et entier" quand l'une des parties concernées n'est pas suffisamment mûre pour prendre une décision éclairée sur un partenaire pour la vie.

La Convention sur l'élimination de toutes les formes de discrimination contre les femmes (CEDEF) mentionne le droit à la protection contre le mariage précoce dans son article 16 qui stipule que "les fiançailles et les mariages d'enfants n'ont pas d'effets juridiques et toutes les mesures nécessaires, y compris des dispositions législatives, sont prises afin de fixer un âge minimal pour le mariage...". Tandis que le mariage n'est pas considéré directement dans la Convention sur les droits des enfants, le mariage précoce est lié à d'autres droits (tels que le droit d'exprimer librement ses opinions, le droit à la protection contre toutes les formes d'abus et le droit à être protégé contre les pratiques traditionnelles dangereuses).

D'autres accords internationaux relatifs au mariage des enfants figurent dans la Convention sur le consentement au mariage, l'âge minimal fixé pour le mariage, l'enregistrement des mariages, la Charte africaine sur les droits et le bien-être des enfants et le Protocole de la Charte africaine sur les droits de l'homme et des peuples sur les droits des femmes en Afrique. Le mariage précoce a également été identifié par le Forum panafricain contre l'exploitation sexuelle des enfants comme un type d'exploitation sexuelle des enfants à des fins commerciales.

Les jeunes filles mariées sont un groupe unique, bien que souvent invisible. Obligées de faire la plupart des corvées ménagères, sous pression pour apporter la preuve de leur fécondité et responsable de l'éducation d'enfants alors qu'elles sont elles-mêmes des enfants, les filles mariées et les mères enfants sont confrontées à l'obligation de prendre des décisions et à des choix de vie limités. Les garçons sont également affectés par le mariage précoce mais ce phénomène touche beaucoup plus les filles et avec beaucoup plus d'intensité. La cohabitation - quand le couple vit ensemble comme s'il était marié - pose les mêmes problèmes relatifs aux droits de l'homme que le mariage. Quand une fille vit avec un homme et assume le rôle de s'occuper de lui, l'on considère souvent qu'elle est devenue une femme adulte, même si elle n'a pas encore atteint l'âge de 18 ans. D'autres problèmes dus au caractère non officiel de cette relation (par exemple l'héritage, la nationalité et la reconnaissance sociale) peuvent rendre les filles dans des unions informelles plus vulnérables sur plusieurs plans que celles dans des mariages officiellement reconnus.

Les études montrent que plusieurs facteurs s'associent pour exposer les enfants à un mariage précoce. La pauvreté, la protection des filles, l'honneur de la famille et la recherche de stabilité pendant les périodes d'instabilité sociale sont considérés comme des facteurs importants dans l'exposition des filles à être mariées alors qu'elles sont encore des enfants. Les femmes mariées très jeunes sont plus enclines à penser qu'il est parfois acceptable pour un mari de battre son épouse et elles ont été elles-mêmes plus souvent exposées à la violence conjugale. La différence d'âge entre les partenaires contribue à une dynamique d'abus de pouvoir et à augmenter le risque de se retrouver veuve prématurément.

Un autre problème des mariages précoces est l'âge auquel les filles deviennent actives sexuellement. Les femmes qui se sont mariées avant l'âge de 18 ans ont tendance à avoir plus d'enfants que celles qui se sont mariées plus tard. Les décès liés à la grossesse sont une cause principale de mortalité chez les filles mariées ou célibataires âgées de 15 à 19 ans et particulièrement chez les plus jeunes de ce groupe d'âges. On constate que les filles qui se marient à un jeune âge ont plus de chance d'épouser des hommes plus âgés, ce qui les expose à un risque accru de contracter une infection au VIH/SIDA. La pression placée sur la jeune épouse pour qu'elle se reproduise et le déséquilibre des pouvoirs découlant de la différence d'âge font que ce genre de couples utilisent très peu le préservatif.

Au cours de la collecte des données de MISC3 des questions sur l'âge au premier mariage et le nombre de coépouses ont été posées aux femmes en union pour mesurer le niveau de ces pratiques.

Il ressort des données du tableau CP5 que pour l'ensemble du pays, 5 % des femmes en union ont contracté leur premier mariage avant l'âge de 15 ans. Cette proportion est deux fois plus élevée dans les zones rurales (7 %) que dans les centres urbains (3 %) et varie selon les régions. La proportion la plus élevée est observée dans la région des Plateaux (10%) alors que Lomé et la région Centrale enregistrent les proportions les plus faibles (3 % chacun).

Le niveau d'éducation et l'indice de richesse semblent avoir une influence sur l'âge d'entrée en union des jeunes filles ; en effet les résultats montrent que 8 % des femmes sans instruction ont été mariées avant l'âge de 15 ans. Cette proportion baisse lorsque le niveau d'études des femmes s'élève ; elle s'établit à 5 % chez les femmes qui ont fait des études primaires et 2 % chez celles qui ont atteint le niveau secondaire. Par ailleurs, le pourcentage des femmes mariées avant 15 ans passe de 8 % dans les ménages très pauvres à 3 % dans les ménages les plus riches.

A partir de 15 ans la proportion des femmes en union augmente rapidement ; en effet un peu plus du quart des jeunes femmes (28 %) a déjà contracté le premier mariage à 18 ans ; cette proportion est deux fois plus élevée en milieu rural (37 %) qu'en milieu urbain (18%). L'intensité de la nuptialité varie selon les régions et les proportions les plus élevées sont enregistrées dans les régions des Savanes (39 %), des Plateaux (35 %) et Centrale (32 %) alors que la proportion la plus faible est enregistrée à Lomé (15 %).

La polygamie, pour sa part, est une pratique très ancienne qui est entretenue par des considérations religieuses, culturelles et économiques. La polygamie ou le fait qu'un homme épouse plus d'une femme à la fois est une pratique assez répandue au Togo. Les données de MICS 3 montrent que, plus du tiers des femmes âgées de 15 à 49 ans en union (34 %) vit dans une union polygamique. Cette pratique est plus répandue dans les zones rurales (40 %) que dans les centres urbains (24 %) et plus chez les femmes sans instruction (43 %) que chez celles qui ont fait l'école primaire (27 %) ou atteint les cours secondaires (21 %). Les résultats montrent en outre que le niveau de la polygamie augmente avec l'âge des femmes ; en effet entre 15 et 19 ans, moins de deux femmes mariées sur dix (16 %) vivent dans une union polygamique, cette proportion passe à 38 % dans la tranche d'âges 35-39 ans et à 54 % dans la tranche d'âges 45-49 ans.

Une autre composante est la différence d'âge entre les époux dont l'indicateur est le pourcentage de femmes mariées ou en union avec une différence d'âge de 10 ans ou plus avec leur conjoint actuel.

Le tableau CP.6 présentant les résultats de la différence d'âge entre les maris et les femmes indique que plus d'une adolescente (15-19 ans) mariée sur cinq (22 %) et le quart (25 %) des jeunes femmes âgées de 20-24 ans en union ont un conjoint plus âgé d'au moins dix ans. Ces pourcentages seraient plus élevés s'il n'y avait pas de proportions très importantes de conjoints dont l'âge est inconnu, 29 % chez les femmes de 15-19 ans et 14 % chez celles de 20-24 ans.

Le phénomène est plus répandu dans les centres urbains où 40 % des jeunes mariées de 15-19 ans et 29 % des femmes de 20-24 ans ont épousé des maris plus âgés de 10 ans au moins alors que dans la zone rurale les pourcentages s'élèvent respectivement à 15 % et 21 %.

Chez les adolescentes de 15-19 ans les proportions les plus élevées sont enregistrées à Lomé (37 %) et dans la région Centrale (34 %) tandis que les pourcentages les plus faibles sont observés dans la région des Savanes (6 %). En revanche chez les jeunes femmes mariées de 20-24 ans, la région Maritime avec 30 % enregistre le pourcentage le plus élevé de mari dont d'écart d'âge est d'au moins 10 ans alors que la région des Plateaux a la proportion la plus faible (16 %).

Il faut noter que les proportions très élevées de l'âge inconnu du conjoint pour certaines variables (région, niveau d'instruction, indice de richesse) ne permettent pas de dégager des tendances très claires.

11.5 EXCISION OU MUTILATION GENITALE FEMININE

L'excision ou la mutilation génitale féminine (E/MGF) est l'ablation partielle ou totale des organes génitaux externes féminins ou toute autre lésion causée aux organes génitaux féminins. La mutilation génitale féminine est toujours traumatisante avec des complications immédiates telles qu'une douleur insoutenable, l'état de choc, la rétention d'urine, l'ulcération des parties génitales et la lésion des tissus adjacents. Les autres complications sont la septicémie, la stérilité, l'arrêt de progression du travail et même la mort.

La pratique de l'excision est essentiellement circonscrite dans les communautés à dominance musulmane dans les régions septentrionales du Togo. L'opération est généralement pratiquée sur les filles âgées de 4 à 14 ans ; elle est également pratiquée sur les très jeunes enfants, les femmes sur le point de se marier et parfois sur les femmes enceintes ou qui viennent de donner naissance de leur premier enfant. Elle est souvent pratiquée par des praticiens traditionnels, comme des accoucheuses traditionnelles, sans anesthésie, en utilisant des ciseaux, des lames de rasoir ou des éclats de verre.

Cette pratique a été interdite par la loi N° 98-016 du 17 novembre 1998 portant interdiction des mutilations génitales féminines au Togo qui stipule en son article premier que toutes les formes de mutilations génitales féminines (MGF) pratiquées par toute personne, quelle que soit sa qualité, sont interdites au Togo.

La mutilation génitale féminine est une violation fondamentale des droits humains. En l'absence de toute nécessité médicale perçue comme telle, elle expose les filles et les femmes à des risques pour leur santé et a des conséquences qui mettent leur vie en danger.

Le droit au plus haut niveau de santé réalisable et celui à l'intégrité physique font partie des droits violés par cette pratique. En outre, tout porte à croire que des filles de moins de 18 ans n'ont pas pu donner un consentement éclairé à des pratiques potentiellement si préjudiciables à leur santé que la mutilation génitale féminine.

Dans le cadre de l'enquête MICS3, une série de 16 questions ont été posées pour déterminer le niveau de connaissance, la prévalence et les détails sur le type de la mutilation génitale féminine pratiquée.

11.5.1 Prévalence de l'excision ou mutilation génitale féminine

Le tableau CP.7 présente la prévalence de l'excision chez les femmes et le type ainsi que l'étendue de ces pratiques et l'attitude des femmes face à la mutilation génitale féminine.

La prévalence de la mutilation génitale chez les femmes de 15-49 ans au Togo est de 6 % ; on note de grandes disparités selon les caractéristiques contextuelles et socio-économiques ; le pourcentage des femmes qui ont subi une forme quelconque d'excision est plus élevé chez les femmes du milieu rural (7 %) que chez les femmes qui résident dans les centres urbains (3 %). Les écarts entre les régions sont très importants ; la pratique de mutilation génitale féminine est assez répandue dans les régions Centrale (23 %) et des Savanes (15 %) alors qu'elle est très peu pratiquée sur les femmes qui résident à Lomé (2 %) et dans la région Maritime (1 %). L'analyse par âge des taux de prévalence montre que la pratique de mutilation génitale diminue dans les jeunes générations ; le niveau de la prévalence n'est que de 1 % parmi les femmes âgées de 15-19 ans ; ce pourcentage augmente graduellement avec l'âge et passe de 3 % dans le groupe 20-24 ans à 7 % chez les 34-35 ans pour se stabiliser au tour de 10 % parmi les femmes âgées de 40 ans et plus.

Il existe une relation entre le niveau d'instruction d'une part, l'indice de richesse d'autre part et les pratiques de l'excision ; en effet la prévalence des mutilations génitales féminines est plus élevée chez les femmes sans instruction (11%) que chez les femmes qui ont fait des études primaires (3 %) ou des études secondaires (2 %). Les femmes qui vivent dans des ménages pauvres sont également plus excisées (9 %) que celles des ménages riches (6 %) et très riches (3 %).

Parmi les femmes excisées 86 % ont subi une ablation partielle qui consiste à enlever une partie de la chair de l'organe génital alors que 2 % ont été victimes de la forme extrême de la mutilation génitale qui se manifeste par la couture ou la fermeture du vagin.

11.5.2 Opinion sur la pratique de l'excision

Les opinions des femmes sur les mutilations génitales féminines sont des éléments qui peuvent influencer le comportement des femmes sur l'arrêt ou la poursuite de la pratique de l'ablation des organes génitaux externes féminins.

Sur 100 femmes interrogées, 85 pensent que la pratique de l'excision doit s'arrêter, 9 estiment que cela dépend de la situation alors que 2 % croient que la pratique peut continuer. Il est à noter que 83 % des femmes excisées estiment que la pratique doit être abandonnée alors que chez les femmes non excisées la proportion est de 85 %. Les femmes qui résident à Lomé (90 %) et dans la région Centrale (90 %) sont plus favorables à l'arrêt de la pratique de l'excision.

D'une manière générale la très grande majorité des femmes enquêtées quelles que soient leurs caractéristiques pensent que la pratique de l'excision doit être abandonnée.

11.5.3 Prévalence de l'excision sur les filles des enquêtées

Le tableau CP.8 présente la prévalence et l'ampleur de la mutilation génitale féminine pratiquée sur les filles des répondantes.

L'excision des filles est une pratique qui tend à disparaître comme le montrent les données du tableau CP.8. La prévalence qui est de 1 % pour l'ensemble du pays varie selon les régions. Presque nulle à Lomé et dans la région Maritime, la prévalence des jeunes filles est inférieure à 1 % dans la région des Plateaux ; les taux les plus élevés sont enregistrés dans les régions Centrale (3 %) et des Savanes (4 %).

La prévalence est également nulle chez les filles des enquêtées âgées de moins de 30 ans alors qu'elle est de 3 % chez les filles des enquêtées âgées de 40-44 ans. Par ailleurs, le taux de prévalence est inférieure à 1 % chez les filles des femmes qui résident dans les centres urbains ou qui ont fait au moins l'école primaire ou encore vivent dans des ménages des riches.

Parmi les filles qui ont été excisées 11 % ont subi la forme extrême de mutilation des organes génitaux. La forme de mutilation la plus répandue est l'enlèvement des parties de la zone génitale (82 %).

11.6 VIOLENCE CONJUGALE

Plusieurs questions ont été posées aux femmes âgées de 15 à 49 ans pour évaluer leur attitude concernant le fait que les maris ont des raisons de frapper ou battre leurs femmes ou partenaires pour diverses raisons. Ces questions ont été posées pour avoir une indication des croyances culturelles qui tendent à être associées à la prévalence de la violence faite aux femmes par leurs maris ou partenaires. La principale supposition est que les femmes qui approuvent les déclarations indiquant que les maris ou partenaires ont des raisons de battre leurs femmes ou partenaires dans les situations décrites en réalité tendent à faire l'objet de violences de la part de leurs propres maris ou partenaires.

Les résultats du tableau CP.9 montrent qu'au total 53 % des enquêtées approuvent qu'un mari puisse battre sa femme ou sa partenaire dans les conditions suivantes :

- pour 41 % des enquêtées, dans le cas où la femme néglige ses enfants ;
- pour 35 % des enquêtées, dans le cas où la femme sort sans prévenir son mari ;
- pour 22 % des enquêtées, dans le cas où la femme tient tête à son mari dans une discussion ;
- pour 28 % des enquêtées, dans le cas où la femme brûle le repas ;
- pour 19 % des enquêtées, dans le cas où la femme refuse d'avoir des rapports sexuels avec son mari.

La proportion des femmes qui approuve la violence faite aux femmes est plus élevée dans la zone rurale (62 %) que dans le milieu urbain (44 %). L'opinion des enquêtées varie selon la région dans laquelle elles résident ; plus de huit femmes sur dix de la région des Savanes (83 %) pensent qu'un mari puisse battre sa femme dans l'un des cas énumérés ci-dessus alors qu'à Lomé moins de quatre femmes sur dix (38 %) approuvent cet avis.

Les opinions des femmes divergent selon leur statut matrimonial, leur niveau d'éducation et l'indice de richesse du ménage dans lequel elles vivent. Les données du tableau CP9 montrent que les femmes mariées (56 %) sont plus disposées à supporter la violence conjugale que les femmes célibataires (46 %) ; il en est de même des femmes sans instruction (61 %) par rapport à celles qui ont atteint le niveau secondaire ou plus (42 %) ou entre les femmes des ménages pauvres (70 %) et celles résidant dans les ménages très riches (41 %).

XII. VIH /SIDA : COMPORTEMENT SEXUEL, ENFANTS ORPHELINS ET VULNERABLES

12.1 CONNAISSANCE DE LA TRANSMISSION DU VIH/SIDA ET UTILISATION DU PRESERVATIF

Un des préalables les plus importants à la réduction du taux d'infection par le VIH/SIDA est la connaissance précise de la manière dont le VIH/SIDA se transmet et des stratégies de prévention de la transmission. Une information correcte est la première étape vers la sensibilisation et la mise à la disposition des jeunes des instruments de nature à les protéger contre l'infection au VIH/SIDA.

Les conceptions erronées sur le VIH/SIDA sont répandues et peuvent semer la confusion chez les jeunes et faire obstacle aux efforts de prévention. Les différentes régions de par le monde sont susceptibles de présenter des variations dans les conceptions erronées sur le VIH/SIDA, même si certaines semblent universelles ; par exemple :

- le fait de partager la nourriture peut transmettre le VIH/SIDA,
- les piqûres de moustiques peuvent transmettre le VIH/SIDA.

La Session spéciale de l'Assemblée Générale de l'ONU sur le VIH/SIDA (UNGASS) a invité les gouvernements à renforcer les connaissances et les compétences des jeunes pour leur permettre de se protéger contre le VIH/SIDA. Les indicateurs servant à mesurer cet objectif ainsi que l'OMD consistant à réduire les infections au VIH/SIDA de moitié sont le renforcement du niveau de connaissance du VIH/SIDA et sa prévention et le changement de comportements pour prévenir une propagation supplémentaire de la maladie. Le module sur le VIH/SIDA a été administré aux femmes âgées de 15 à 49 ans.

12.1.1 Connaissance des principaux moyens pour éviter l'infection du VIH/SIDA

Un indicateur à la fois des OMD et de l'UNGASS est le pourcentage de jeunes femmes qui ont une connaissance globale et correcte de la prévention de la transmission du VIH/SIDA.

Les femmes ont été interrogées pour savoir si elles connaissent les trois principaux moyens d'éviter la transmission ; à savoir :

- avoir un seul partenaire fidèle et non infecté,
- utiliser un préservatif pour chaque rapport sexuel,
- pratiquer l'abstinence sexuelle.

Au Togo, il y a plusieurs associations et organisations non gouvernementales internationales et locales qui font des campagnes de sensibilisation et de lutte contre le VIH/SIDA et les efforts entrepris depuis une dizaine d'années font que la très grande majorité des femmes (96 %) a entendu au moins une fois parler de la pandémie. Cependant, le pourcentage de femmes qui connaissent les trois principaux moyens de prévenir la transmission du VIH/SIDA n'est que de 53 % (tableau HA.1).

Le fait d'avoir un partenaire sexuel fidèle et non infecté est cité par 83% des femmes tandis que 66% savent qu'il faut utiliser un préservatif lors de chaque rapport sexuel et 76% connaissent l'abstinence sexuelle comme un moyen de prévenir la transmission du VIH/SIDA. Il est à noter que 92% des femmes connaissent au moins un moyen, alors qu'une faible proportion de femmes (8%) ne connaît aucun de ces trois moyens de prévention.

La proportion des femmes qui résident dans le milieu urbain (99 %) et qui déclarent avoir entendu parler du sida est un peu plus élevée que celle des femmes du milieu rural (94%).

Le fait d'avoir entendu parler de la pandémie du sida est quasi général quelles que soient les caractéristiques contextuelles et socio démographiques, toutefois dans la région des Plateaux 87 % des femmes seulement ont déclaré avoir entendu parler de l'infection.

Les femmes de la région Centrale (67 %) et de Lomé (60 %) connaissent plus les trois moyens de prévention de la transmission du sida que les femmes des autres régions ; en revanche, seulement un peu moins d'une femme sur deux (49 %) dans les régions des Savanes et des Plateaux a identifié correctement les trois moyens de prévention du VIH/SIDA alors que près de deux femmes sur dix ne connaissent aucun moyen de prévention.

L'instruction et l'indice de richesse du ménage ont une influence sur la connaissance des moyens de prévention de la transmission du VIH/SIDA. En effet, plus le niveau d'instruction de la femme augmente, plus elle a de chance de connaître les trois méthodes de prévention ; les proportions des femmes qui ont cité les trois moyens de prévention et celles des femmes qui ne connaissent aucune méthode varient respectivement de 46 % et 14 % chez les femmes sans instruction à 61 % et 4 % chez celles qui ont fait des études secondaires ou plus. Les disparités sont moins importantes entre les femmes des différentes catégories socio-économiques ; les proportions des enquêtées qui ont cité les trois moyens de prévention et celles qui ne connaissent aucun moyen varient respectivement de 47 % et 16 % parmi les femmes qui habitent dans les ménages pauvres à 56 % et 6 % chez les femmes des ménages riches.

12.1.2 Identification des conceptions erronées sur le VIH/SIDA

Le tableau HA.2 présente le pourcentage de femmes en mesure d'identifier correctement les préjugés ou conceptions erronées concernant le VIH/SIDA. L'indicateur est basé sur la connaissance des deux conceptions erronées les plus répandues au Togo selon lesquelles le VIH/SIDA peut être transmis par des moyens surnaturels et des piqûres de moustique.

Les résultats de l'enquête MISC3 montrent qu'une femme sur trois (33 %) a indiqué correctement que le VIH/SIDA ne peut pas être transmis par des moyens surnaturels tandis qu'un peu plus d'une femme sur deux (51 %) a affirmé que le VIH/SIDA ne peut être répandu par des piqûres de moustique. En revanche, plus de huit femmes sur dix (81 %) pensent à juste titre qu'une personne qui semble bien portante peut être infectée.

Le tableau HA.2 fournit également des informations sur les femmes qui savent ou non que le VIH/SIDA ne peut être transmis par le partage de la nourriture mais qui peut l'être par le partage des aiguilles ou des seringues.

Sur les femmes interrogées, 72 % savent que le VIH/SIDA ne peut être transmis en partageant la nourriture avec une personne infectée tandis que 92 % estiment que le VIH/SIDA peut être transmis en recevant une injection par piqûre avec une aiguille qui a été déjà utilisée par quelqu'un d'autre.

La connaissance du mode de transmission du VIH/SIDA et des stratégies de prévention constitue une condition décisive de la réduction du taux d'infection du VIH/SIDA. L'information correcte constitue le premier jalon de la sensibilisation des jeunes et de la mise à leur disposition des moyens de protection contre l'infection. Les idées fausses sur le VIH/SIDA sont très répandues et peuvent créer la confusion dans la tête des jeunes et contrecarrer les efforts de prévention. Elles varient en fonction des régions, même si certaines idées sont communes à toutes les zones (par exemple, le partage des repas ou les piqûres de moustiques peuvent transmettre le VIH/SIDA).

Le tableau HA.3 résume les informations tirées des tableaux HA.1 et HA.2 et présente le pourcentage de femmes de 15 à 49 ans qui connaissent deux méthodes de prévention de la transmission du VIH/SIDA, la proportion des femmes qui ont identifié trois idées fausses sur la transmission du VIH/SIDA et la proportion des femmes qui ont une connaissance exhaustive du VIH/SIDA, c'est-à-dire la proportion des femmes qui ont identifié à la fois les deux méthodes de prévention et les trois idées fausses.

Malgré de nombreuses campagnes de sensibilisation, la connaissance des méthodes de prévention du VIH/SIDA n'a pas beaucoup évolué. Au niveau de l'ensemble du pays, 61 %

des femmes ont reconnu deux méthodes de prévention, 63% en zone urbaine contre 58 % dans les zones rurales.

Le pourcentage augmente avec le niveau d'études des femmes, 53 % parmi les femmes sans instruction et 67 % chez celles qui ont atteint le niveau secondaire.

D'une manière générale et quelles que soient les caractéristiques contextuelles et socio-démographiques, moins du tiers des femmes a identifié correctement les idées fausses sur la transmission du VIH/SIDA. Sur la connaissance exhaustive du VIH/SIDA, on enregistre 13 % des femmes au niveau national dont 15 % dans les centres urbains contre 10 % dans les zones rurales.

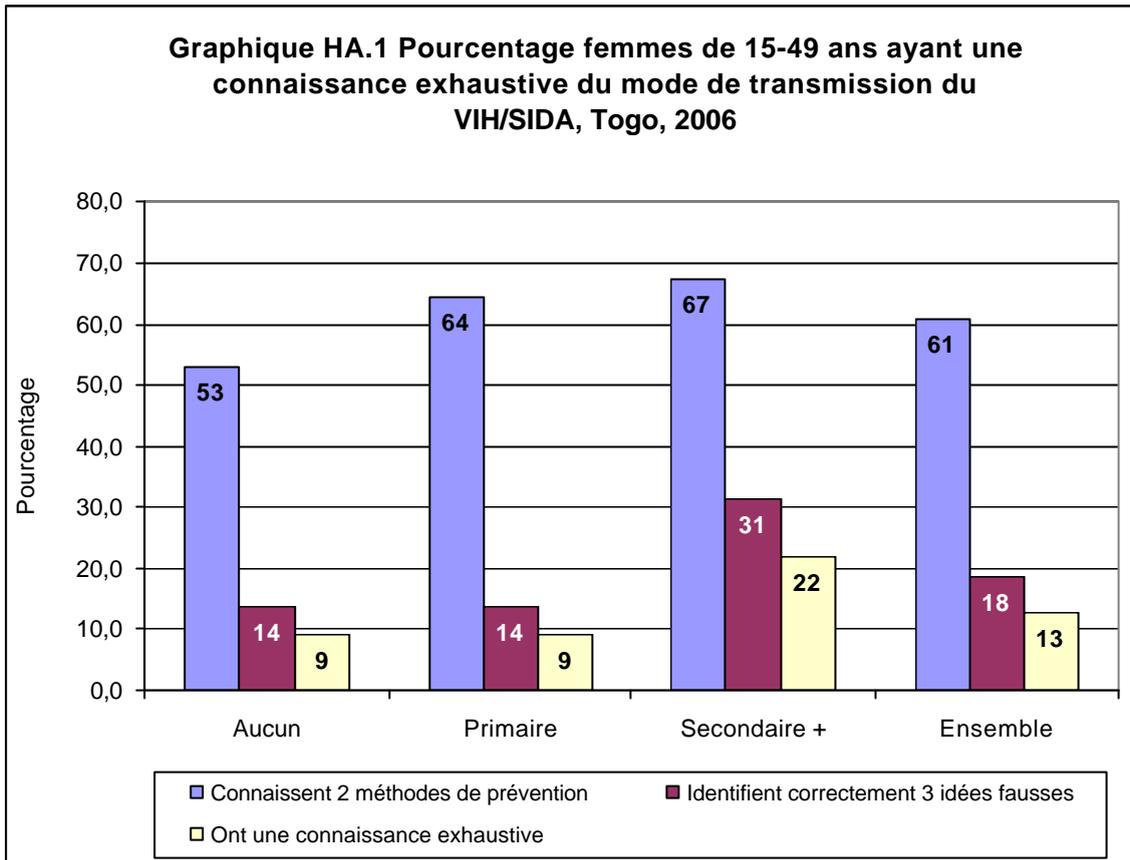
On note de profondes disparités au niveau régional ; les femmes qui résident dans la région Centrale ont une meilleure connaissance (75 %) des deux méthodes de prévention de la transmission du VIH/SIDA. Un peu plus de 6 femmes sur 10 ont eu une bonne connaissance des deux méthodes de prévention du VIH/SIDA à Lomé (65 %) et dans la région de la Kara (64 %) contre un peu plus d'une femme sur deux dans la région Maritime sans Lomé (58 %), et dans les régions des Plateaux (55 %) et des Savanes (52 %).

Les femmes de la région de la Kara (29 %) suivies par celles de la région des Savanes (27 %) ont mieux identifié des idées erronées sur la transmission du VIH/SIDA. En revanche les femmes de la région Maritime (13 %) et de Lomé (18 %) ont moins identifié correctement les idées fausses sur la transmission du VIH.

En définitive, les femmes de la région de la Kara (21 %) ont cité les deux méthodes de prévention et identifié les trois idées erronées du VIH/SIDA, elles sont suivies par les femmes des régions des Savanes (19 %) et Centrale (16 %). A l'opposé, les femmes des régions Maritime (8 %) et des Plateaux (11 %) ont la plus faible proportion de la parfaite connaissance du VIH/SIDA.

L'identification correcte des idées erronées augmente avec le niveau d'instruction des femmes ; de 14 % chez les femmes sans instruction et celles du niveau de l'enseignement primaire, la proportion passe à 31 % chez les femmes qui ont atteint le niveau secondaire. Au total, 22 % des femmes qui ont atteint le niveau secondaire ont identifié correctement les deux méthodes de prévention et les trois idées fausses de VIH/SIDA contre 9 % chez les femmes sans instruction et celles qui ont suivi l'enseignement primaire.

La connaissance complète sur la transmission du VIH/SIDA est assez faible et varie légèrement avec l'âge des femmes ; la proportion des jeunes de 15 à 24 ans qui connaît deux méthodes de prévention de la transmission du VIH/SIDA et rejette les idées fausses à savoir qu'une personne bien portante peut être porteuse du virus constitue un indicateur clé qui permet d'évaluer la réponse d'un pays face à la pandémie. Mais 15 % des jeunes femmes de 15 à 24 ans ont une connaissance exhaustive du VIH/SIDA contre 9 % chez les femmes de 45-49 ans.



12.1.3 Connaissance de la transmission du VIH/SIDA de la mère à l'enfant

La connaissance de la transmission du VIH/SIDA de la mère à l'enfant est également une première étape importante pour pousser les femmes à se faire dépister pour le VIH/SIDA quand elles sont enceintes afin d'éviter l'infection du bébé. Les femmes devraient savoir que le VIH/SIDA peut se transmettre durant la grossesse, lors de l'accouchement et pendant l'allaitement. Le niveau de connaissance des femmes âgées de 15 à 49 ans concernant la transmission de la mère à l'enfant est présenté dans le tableau HA.4.

Au total 92 % des femmes savent que le sida peut être transmis de la mère à l'enfant, mais interrogées sur les mécanismes de transmission 77 % estiment que l'enfant peut contracter le sida durant la grossesse, 74 % au cours de l'accouchement et 81 % pendant l'allaitement. Six femmes sur dix (60%) connaissent tous les trois modes de transmission du sida de la mère à l'enfant tandis que 5 % des femmes n'en connaissent aucune voie spécifique.

La connaissance des trois modes de transmission de mère à l'enfant est un peu plus élevée chez les femmes de la zone rurale (62 %) que chez celles des centres urbains (58 %). On note de légères disparités entre les régions et les plus fortes proportions sont observées dans les régions de la Kara (65 %) et des Savanes (64 %) tandis que les femmes de la Commune de Lomé et de la région des Plateaux enregistrent les pourcentages les plus faibles respectivement 59 % et 56 %. A l'opposé, les pourcentages des femmes qui ne connaissent aucune voie de transmission varient de 3 % dans les régions Maritime et des Plateaux à 10 % dans la région des Savanes.

La connaissance des trois mécanismes de transmission du VIH/SIDA de la mère à l'enfant varie selon l'âge des femmes. La connaissance augmente graduellement avec l'âge passant de 56 % parmi les femmes âgées de 15-19 ans à 65 % chez celles de 45-49 ans ; en revanche les pourcentages des femmes qui ne connaissent aucune voie de transmission passent de 6 % dans la tranche d'âges de 15-19 ans à 4 % dans le groupe de 45-49 ans.

Il n'existe pas de différence marquée entre la connaissance des modes de transmission de VIH/SIDA de la mère à l'enfant et le niveau d'instruction des femmes d'une part et l'indice de richesse d'autre part.

12.1.4 Attitudes discriminatoires vis-à-vis des personnes atteintes du VIH/SIDA

Les indicateurs sur les attitudes envers les personnes vivant avec le VIH/SIDA mesurent la stigmatisation et la discrimination dont ces personnes font l'objet au sein de la communauté. La stigmatisation et la discrimination sont faibles si les répondants expriment une attitude d'acceptation sur les quatre questions suivantes :

- prenez-vous en charge un membre de la famille malade du SIDA;
- achèterez-vous des légumes frais chez un vendeur séropositif ;
- pensez-vous qu'une enseignante séropositive doit être autorisée à enseigner ;
- garderez-vous secret le statut d'un membre de la famille par rapport au VIH/SIDA.

Le tableau HA.5 présente les attitudes des femmes âgées de 15-49 ans envers les personnes vivant avec le VIH/SIDA ; un peu plus d'une femme sur cinq (23 %) ne serait pas prête à prendre soin d'un membre de sa famille atteinte du VIH/SIDA tandis que moins d'une femme sur deux (46 %) souhaiterait que l'état d'un membre infecté par le VIH/SIDA soit gardé secret. Par ailleurs 42 % des enquêtées pensent que si un enseignant qui a le VIH/SIDA peut continuer par travailler alors que deux femmes sur trois (67 %) n'achèteraient pas la nourriture chez un vendeur qui est infecté par le VIH/SIDA.

Au total près de neuf femmes sur dix (86 %) sont d'accord avec au moins une attitude discriminatoire, en revanche c'est seulement 14 % des enquêtées qui sont opposées à toutes les quatre attitudes discriminatoires et la stigmatisation des personnes vivant avec le VIH/SIDA.

Les pourcentages des femmes qui sont contre la stigmatisation sont deux fois plus élevés dans le milieu urbain (20 %) que dans les zones rurales (9 %). La proportion des femmes qui sont contre les attitudes discriminatoire s'élève à 22 % à Lomé et à 16 % dans la région des Plateaux. Les pourcentages les plus faibles sont enregistrés dans les régions Centrale (8 %) et des Savanes (9 %).

Les attitudes discriminatoires sont plus fréquentes chez les femmes sans instruction et parmi les femmes qui vivent dans les ménages pauvres. En effet les pourcentages des femmes qui s'opposent à la stigmatisation passent de 9 % chez les femmes sans instruction à 22 % chez celles qui ont fait au moins les cours secondaires, alors que les pourcentages des femmes qui sont opposées aux mesures discriminatoires envers les personnes vivant avec le VIH/SIDA passent de 6 % chez les femmes des ménages pauvres à 22 % chez celles des ménages riches.

12.1.5 Connaissance d'un endroit pour faire le test de dépistage du VIH/SIDA

Un autre indicateur important est la connaissance des endroits où l'on peut effectuer le test de dépistage du VIH/SIDA et l'utilisation de ces services. Les questions liées à la connaissance par les femmes d'un centre de dépistage du VIH/SIDA et la mesure dans laquelle elles ont été testées sont présentées dans le tableau HA.6.

Dans l'ensemble, moins d'une femme âgée de 15-49 ans sur deux (44 %) connaît un endroit où l'on peut faire le test de dépistage du sida tandis qu'une femme sur dix (10 %) a déjà effectué le test de dépistage. Parmi les femmes qui ont effectivement effectué le test, neuf sur dix (92 %) ont eu les résultats.

Les pourcentages des femmes qui connaissent un endroit pour effectuer le test de dépistage de VIH/SIDA sont beaucoup plus importants dans les centres urbains (57 %) que dans les zones rurales (33 %), alors que 16 % des femmes du milieu urbain ont fait le test de dépistage de sida contre seulement 4 % dans les zones rurales. Par ailleurs parmi les

femmes qui ont effectué le test, 94 % des femmes des centres urbains et 84 % de celles du milieu rural ont eu leur résultat.

Les pourcentages des femmes qui ont une connaissance d'un endroit pour effectuer le test de dépistage du VIH/SIDA sont plus élevés dans la région Centrale (57 %) et à Lomé (54 %) que dans les autres régions alors que les pourcentages des femmes qui ont effectué le test de dépistage varient entre 18 % à Lomé et 5 % dans la région des Plateaux. Parmi les femmes qui ont effectué le test de dépistage, il est à noter que quelle que soit la région, plus de huit femmes sur dix ont eu le résultat du test.

Il existe une relation étroite entre l'instruction et la connaissance d'un lieu de dépistage. Les pourcentages des femmes sans instruction (29 %) et ceux des femmes qui ont fait l'école primaire (43 %) et qui connaissent un centre de dépistage du VIH/SIDA sont plus faibles que la proportion des femmes qui ont atteint le niveau secondaire (68 %). Par ailleurs 6 % des femmes sans instruction, 9 % de celles qui ont fait le cours primaire et 17 % des femmes qui ont le niveau secondaire ou plus ont déjà effectué un test de dépistage. Mais quel que soit leur niveau d'instruction, au moins huit femmes sur dix qui ont fait un test de dépistage sont allées chercher les résultats.

Les femmes qui habitent les ménages pauvres ont moins de chance de connaître un lieu où on peut faire le test de dépistage du VIH/SIDA ; les proportions passent de 27 % chez les femmes des ménages très pauvres à 62 % chez celles des ménages les plus riches. Les pourcentages des femmes qui ont fait le test de dépistage varient entre 3 % dans les ménages les pauvres et 20 % dans les ménages les plus riches tandis que les pourcentages des femmes qui sont allées chercher les résultats passent de 77 % chez les femmes des ménages modestes à 94 % chez les femmes des ménages les plus riches.

12.1.6 Le test de VIH/SIDA et conseil pour les soins prénatals

Le tableau HA.7 donne la répartition en pourcentage des femmes âgées de 15-49 ans qui avaient donné naissance au cours des deux années précédant l'enquête et qui ont reçu des conseils et effectué le test de dépistage lors des consultations prénatales.

Pour l'ensemble du pays, près d'une femme sur deux (49 %) qui avait donné naissance au cours des deux années ayant précédé l'enquête MICS3 a bénéficié des informations ou conseils sur la prévention du VIH/SIDA lors des consultations prénatales mais seulement 10 % ont effectué le test de dépistage pour connaître leur situation sérologique et 8 % ont eu les résultats.

Les pourcentages des femmes qui ont reçu des conseils sur la prévention du VIH/SIDA et effectué le test de dépistage lors des consultations prénatales sont plus élevés dans le milieu urbain (59 %) que dans les zones rurales (42 %). Les proportions des femmes qui ont effectué un test du VIH/SIDA dans le cadre des soins prénatals s'élèvent à 16 % dans le milieu urbain et à 5 % dans les zones rurales alors que les pourcentages des femmes qui ont obtenu les résultats du test s'élèvent respectivement à 15 % dans le milieu urbain et à 4 % dans la zone rurale. Les pourcentages des femmes qui ont bénéficié de ces informations ou de conseils sont plus élevés à Lomé (61 %) et dans la région Centrale (56 %) tandis que la proportion la plus faible est enregistrée dans la région de la Kara (29 %).

La ville de Lomé compte également les plus fortes proportions des femmes qui, après les consultations prénatales et les conseils de prévention du VIH/SIDA, ont effectué le test de dépistage (19 %) et obtenu les résultats du test (18 %) ; dans les autres régions les pourcentages des femmes qui ont fait les tests des dépistages et qui ont reçu les résultats du test varient respectivement entre 10 % et 7 % dans la région des Savanes et entre 7 % et 3 % dans la région Centrale.

Les résultats révèlent qu'il existe une relation entre le fait de recevoir un conseil de prévention sur le VIH/SIDA lors des consultations prénatales et l'instruction d'une part et l'indice de richesse d'autre part. Les pourcentages les plus importants sont observés chez

les femmes dont le niveau d'instruction est plus élevé ; ainsi chez les femmes qui ont atteint les cours secondaires, 57 % ont bénéficié des informations sur la prévention du VIH/SIDA durant les visites prénatales, 18 % ont été testées et 16 % ont reçu les résultats du test. Les pourcentages les plus faibles sont observés chez les femmes qui sont sans instruction ; parmi ces dernières, 42 % ont bénéficié de ces informations, 6 % ont effectué le test de dépistage et 5 % ont eu les résultats.

Les femmes des ménages très pauvres bénéficient moins de conseils (39 %) que les femmes des ménages les plus riches (63 %). Les pourcentages des femmes qui ont fait les tests de dépistages et cherché leurs résultats s'élèvent à 3 % (pour chaque cas) chez les femmes des ménages pauvres alors que dans les ménages les plus riches ces proportions représentent respectivement 22 % et 21 %.

12.2 COMPORTEMENT SEXUEL LIE A LA TRANSMISSION DU VIH/SIDA

La promotion d'un comportement sexuel plus sûr est essentielle pour réduire la prévalence du VIH/SIDA. L'utilisation de préservatifs au cours des rapports sexuels, surtout avec les partenaires occasionnels, est particulièrement importante pour réduire la propagation du VIH/SIDA. Dans la plupart des pays, plus de la moitié des nouvelles infections au VIH/SIDA concernent les jeunes gens âgés de 15 à 24 ans, par conséquent un changement de comportement parmi ce groupe d'âges sera particulièrement important pour réduire les nouvelles infections. Un module de questions a été administré aux femmes âgées de 15 à 24 ans pour évaluer leur risque d'infection au VIH/SIDA.

Les facteurs de risque d'infection au VIH/SIDA ont pour principales causes :

- une sexualité précoce, c'est-à-dire le fait d'avoir des rapports sexuels étant très jeunes et souvent avec des hommes plus âgés,
- des rapports sexuels avec un partenaire occasionnel (qui n'est pas le mari ou l'homme avec lequel on cohabite),
- la non utilisation du préservatif.

La fréquence des comportements sexuels qui augmente le risque d'infection au VIH/SIDA chez les femmes est présentée dans le tableau HA.8 illustrée par la Figure HA.2.

Le pourcentage des filles adolescentes âgées de 15-19 ans qui ont eu leur premier rapport sexuel avant l'âge de 15 ans exacts est de 12 %. Ces pourcentages sont deux fois plus élevés dans les zones rurales (18 %) que dans les zones urbaines (8 %). Les résultats indiquent par ailleurs que la région des Plateaux enregistre la forte proportion (22 %) des adolescentes qui ont contracté leur premier rapport sexuel avant 15 ans. Viennent ensuite par ordre d'importance, les régions des Savanes (15 %), Centrale (13 %) et Maritime (12 %), tandis que les plus faibles pourcentages sont observés à Lomé (9 %) et dans la région de la Kara (8 %).

On note par ailleurs que les pourcentages des jeunes femmes de 15-19 ans qui ont eu des rapports sexuels avant l'âge de 15 ans sont plus élevés chez les filles qui n'ont fait que le cours primaire (17 %) et chez celles sans instruction (15 %) que parmi les filles qui ont fait au moins le cours secondaire (8 %).

Les données révèlent en outre que l'un des facteurs de la précocité de la sexualité des jeunes filles est la pauvreté. En effet les pourcentages des filles qui ont fait leur expérience sexuelle avant l'âge de 15 ans sont presque quatre fois (19 %) plus élevés dans les ménages des pauvres que dans les ménages des plus riches (5 %).

Un autre indicateur qui traduit la précocité de la sexualité est le pourcentage des femmes âgées de 20-24 ans qui ont eu leur premier rapport sexuel avant l'âge de 18 ans ; un peu plus d'une femme sur deux (54 %) de 20-24 ans a eu ses premiers rapports sexuels avant l'âge de la majorité (18 ans). Ces pratiques sont plus répandues chez les jeunes femmes

des zones rurales (64 %) que chez leurs homologues des villes (46 %) à cause sans doute de la précocité du mariage des jeunes filles dans les zones rurales. La région de la Kara avec 62 % enregistre le pourcentage le plus élevé des jeunes femmes qui ont une activité sexuelle avant 18 ans. La région des Plateaux arrive en deuxième position avec 61 %, suivies des régions Centrale (56 %), des Savanes (55 %) et Maritime (54 %) tandis que la plus faible proportion (45 %) est observée chez les jeunes femmes de 20-24 ans de Lomé.

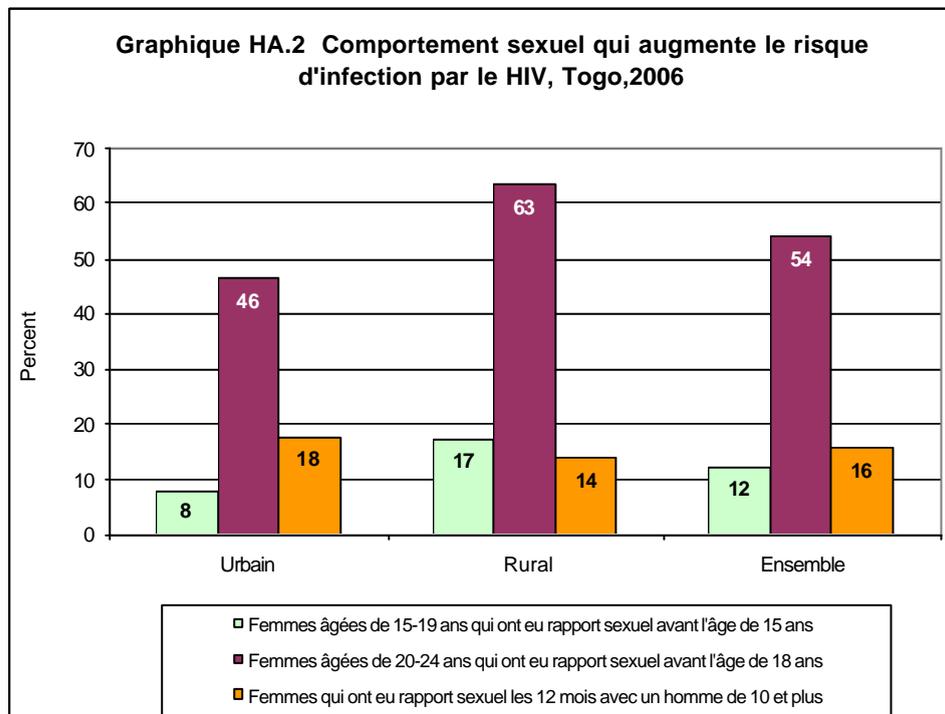
Les données révèlent en outre que les femmes sans instruction sont plus sexuellement actives précocement (68 %) que les femmes qui ont les niveaux primaire (56 %) et secondaire ou plus (43 %).

Le tableau HA.8 donne par ailleurs le pourcentage des femmes de 15-24 ans qui ont contracté des rapports sexuels au cours des douze derniers mois précédant l'enquête avec des hommes plus âgés d'au moins 10 ans ; ce pourcentage qui est de 16 % au niveau de l'ensemble du pays est un peu plus important dans les centres urbains (18 %) que dans le milieu rural (14 %).

Le mariage entre les jeunes femmes de 15-24 ans avec des hommes d'au moins dix ans plus âgés est plus répandu dans les régions de la Kara (20 %), Centrale (18 %) et Maritime (17 %) que dans les régions des Plateaux (12 %) et des Savanes (11 %).

Les jeunes femmes sans instruction (19 %) ont plus tendance à épouser les hommes beaucoup plus âgés que les femmes qui ont les niveaux primaire (16 %) et secondaire (13 %).

Les mariages entre les jeunes femmes et les hommes beaucoup plus âgés sont plus prépondérants dans les ménages les plus riches (22 %) alors qu'ils sont moins répandus chez les femmes des ménages riches (12 %) ; ces proportions s'élèvent à 13 % dans les ménages très pauvres et à 15 % dans les ménages pauvres.



L'utilisation de préservatifs lors des rapports sexuels avec un homme autre que le mari ou le concubin (relation sans mariage ni partage de domicile) a été évaluée chez les femmes de 15 à 24 ans qui ont eu des rapports sexuels avec ce type de partenaire au cours des douze derniers mois (tableau HA.9).

Les résultats montrent que la plupart des jeunes femmes de 15-24 ans (72 %) sont sexuellement actives dont 62 % ont eu des rapports sexuels au cours des douze derniers mois qui ont précédé l'enquête MICS3. Une proportion non négligeable (3 %) de ces femmes ont des comportements à hauts risques, parce qu'elles ont eu des rapports sexuels avec plusieurs partenaires durant les douze derniers mois tandis que près d'une jeune femme sur deux (48 %) a eu une sexualité extraconjugale c'est-à-dire avec un partenaire occasionnel sans mariage ni partage de domicile. Ce constat découle du fait que le mariage n'est plus le cadre institutionnel exclusif des relations sexuelles. Par ailleurs l'utilisation des préservatifs n'est pas encore systématique malgré l'existence des rapports sexuels à hauts risques ; en effet, parmi les femmes qui ont eu des relations extraconjugales avec des partenaires occasionnels seulement une sur deux (50 %) a déclaré avoir eu des rapports protégés. Cette pratique constitue un frein pour endiguer la propagation du VIH/SIDA.

Les comportements à risque sont plus répandus dans le milieu urbain que le milieu rural ; en effet, le pourcentage des jeunes femmes qui ont eu des relations sexuelles avec plus plusieurs partenaires est un peu plus élevé dans les centres urbains (3%) que dans la zone rurale (2%). Par ailleurs, les jeunes femmes des centres urbains ont plus de relations extraconjugales (60%) que leurs homologues du milieu rural (35%).

En revanche les femmes des zones rurales ont utilisé moins les préservatifs (36 %) pendant les rapports sexuels à risques que les jeunes femmes résidant dans les centres urbains (57 %).

Les jeunes femmes instruites qui sont supposées mieux connaître les moyens de prévention de la transmission de VIH/SIDA ont paradoxalement des proportions plus élevées des comportements à hauts risques de contamination. Les pourcentages de ces femmes qui ont eu des relations sexuelles avec des partenaires occasionnels au cours des douze derniers mois qui ont précédé l'enquête MICS3 passent de 23 % chez les jeunes femmes sans instruction à 39 % chez celles qui ont fait les études primaires et à 71 % parmi les jeunes femmes qui ont atteint le niveau secondaire. En revanche, les pourcentages des jeunes femmes qui ont utilisé des préservatifs lors des rapports sexuels avec un partenaire occasionnel sont plus élevés chez les femmes de niveau secondaire ou plus (59 %) que chez les jeunes femmes sans instruction (40 %) et celles qui ont un niveau de l'école primaire (37 %).

Le tableau HA.9 indique en outre le comportement à risque et l'indice de richesse. D'une manière générale les comportements à risque augmentent avec l'élévation de l'indice de richesse du ménage dans lequel vit la femme. Les proportions des femmes qui ont des relations hors mariage varient de 23 % dans les ménages les plus pauvres à 61 % chez les femmes qui résident dans les ménages riches. L'utilisation des préservatifs aussi suit les mêmes tendances, passant de 24% chez les jeunes femmes des ménages les plus pauvres à 58 % parmi celles des ménages les plus riches.

12.3 ORPHELINS ET ENFANTS VULNERABLES

Avec la progression de l'épidémie de VIH/SIDA des enfants deviennent plus en plus orphelins et vulnérables à cause du sida. Les enfants orphelins ou qui vivent dans des ménages vulnérables peuvent être exposés à un risque accru de négligence ou d'exploitation si les parents ne sont pas présents pour les assister. Le suivi des variations des différents résultats pour les orphelins et les enfants vulnérables et la comparaison de leur situation à celle de leurs pairs donnent une mesure de la manière dont les communautés et les gouvernements comblent leurs besoins.

Pour mesurer ces variations, il faut créer une définition mesurable des enfants orphelins et vulnérables. Le Groupe de référence de suivi et évaluation de l'ONU/SIDA a mis au point une définition indirecte des enfants qui ont été affectés par la mortalité et la morbidité des adultes. Ce groupe doit comprendre les nombreux enfants affectés par le sida dans des pays où une proportion importante des adultes est infectée par le VIH/SIDA.

Cette définition classe les enfants comme orphelins et vulnérables si :

- un de leurs parents est mort,
- un des parents est atteint d'une maladie chronique,
- un adulte (âgé de 18 à 59 ans) du ménage est mort (suite à une maladie chronique) ou était atteint d'une maladie chronique au cours de l'année précédant l'enquête.

12.3.1 Orphelins et enfants vulnérables

Le tableau HA.10 donne la répartition en pourcentage des enfants de moins de 18 ans ne vivant avec aucun de leurs parents biologiques, avec la mère seule et avec le père seul.

Il ressort des résultats que pour l'ensemble du pays 17 % des enfants de moins de 18 ans ne vivent avec aucun de leurs parents biologiques, un peu plus d'un enfant sur cinq (22 %) vit avec un seul parent dont 16 % avec la mère et 6 % avec le père. Enfin 61 % des enfants vivent avec leurs deux parents biologiques alors que 10 % ont perdu au moins un parent et 1 % les deux parents biologiques.

Les proportions des enfants vivant dans les ménages avec un ou deux parents varient selon les milieux urbain et rural. Dans les zones rurales 65 % des enfants vivent avec leurs deux parents biologiques contre 54 % dans les centres urbains alors que les proportions des enfants qui ont perdu l'un ou les deux parents représentent respectivement 9 % dans le milieu rural et 11 % dans le milieu urbain. Les proportions des enfants qui vivent avec un seul parent sont plus élevées dans les centres urbains (25 %) que les zones rurales (20 %).

Les pourcentages des enfants qui vivent avec les deux parents diminuent avec l'âge, passant de 75 % pour la tranche 0-4ans à 45 % pour le groupe 15-17 ans tandis que les pourcentages des enfants vivant dans des ménages mono parentaux ou sans parents biologiques suivent des tendances inverses ; 4 % des enfants âgés de 0-4 ans vivent sans aucun parent contre 28 % des enfants âgés de 15-17 ans. Les proportions des enfants vivant dans des ménages mono parentaux passent de 21 % pour le groupe 0-4 ans à 26 % chez les enfants âgés de 17 ans.

Les proportions les plus élevées des enfants vivant avec les deux parents (70 %) sont enregistrées dans les ménages pauvres, alors que les pourcentages les plus faibles sont observés dans les ménages les plus riches (54 %). Les pourcentages des enfants qui vivent avec un seul parent représentent 18 % dans les ménages pauvres contre 27 % dans les ménages riches.

Le tableau HA.11 présente le pourcentage d'enfants de moins 18 ans, orphelins et vulnérables. Au total un peu moins d'un enfant sur dix (9 %) est considéré comme vulnérable parce ce qu'on y rencontre dans ce groupe 1% d'enfants qui a au moins un parent atteint d'une maladie chronique, 7% qui ont de personnes adultes du ménage âgées de 18 à 59 ans atteintes d'une maladie chronique et 1 % a des personnes adultes décédées dans son ménage. Par ailleurs la proportion des orphelins ou les enfants dont un ou les deux parents sont décédés est de 10 % ce qui fait que d'une manière globale, le pourcentage des enfants orphelins et vulnérables est estimé à 18 %.

Les proportions des enfants orphelins et vulnérables varient très peu entre les milieux urbain (17 %) et rural (18 %) ; toutefois on note une différence entre les indicateurs qui composent cet indice. En effet, les proportions des enfants vulnérables représentent 6 % dans le milieu urbain contre 11 % dans le milieu rural alors que les proportions des enfants orphelins s'élèvent respectivement à 11 % dans les centres urbains et à 9 % dans les zones rurales.

Il existe de grandes disparités au niveau des régions ; la région Maritime (24 %) compte la plus forte proportion d'enfants vulnérables et orphelins alors que la proportion la plus faible est observée dans la région des Plateaux (12 %). Le niveau élevé de l'indice dans la région Maritime est dû entre autres à la part très importante de la proportion des enfants vulnérables (16 %).

L'analyse selon l'âge montre que les proportions des enfants orphelins et vulnérables passent de 9 % chez les moins d'un an à 26 % parmi les enfants âgés de 36-47 mois.

Il existe peu de disparité selon l'indice de richesse, néanmoins les pourcentages les plus faibles (15%) sont observés dans les ménages les plus riches tandis que les ménages modestes et les plus pauvres enregistrent les proportions les plus élevées (19 %).

12.3.2 Fréquentation scolaire des orphelins et des enfants vulnérables

Les orphelins ou les enfants séparés de leurs parents biologiques se retrouvent encore plus vulnérables à la négligence et à l'exploitation s'ils n'ont pas de parents pour les soutenir. Le suivi des variations des résultats scolaires chez les orphelins de père et de mère par rapport à ceux dont les parents biologiques sont en vie (et qui vivent avec au moins l'un d'eux) permet de vérifier que les droits de l'enfant sont respectés même après le décès des parents biologiques ou leur incapacité à subvenir aux besoins de leurs enfants.

Dans l'ensemble, un peu plus de 1% des enfants de 10 à 14 ans ont perdu leurs deux parents biologiques (tableau HA.12). Parmi ces derniers, les trois quarts (76%) fréquentent un établissement scolaire.

Les enfants de 10 à 14 ans qui n'ont perdu aucun parent biologique et qui vivent avec au moins l'un d'eux représentent 70 % de l'ensemble des enfants ; parmi ces derniers 82 % fréquentent un établissement scolaire.

Le ratio taux de fréquentation scolaire des orphelins de père et de mère par rapport aux non orphelins est 0,9 ; cette comparaison semble indiquer que les enfants orphelins de père et de mère sont défavorisés par rapport aux non orphelins.

Par ailleurs les enfants orphelins ou vulnérables représentent 22 % des enfants de 10 à 14 ans. Parmi ces enfants, 80 % vont encore à l'école soit le même le taux de fréquentation scolaire des enfants qui sont ni orphelins ni vulnérables. Le ratio taux de fréquentation scolaire des enfants orphelins et vulnérables par rapport au taux de fréquentation des enfants ni orphelins ni vulnérables est égale à 1 ce qui signifie qu'il n'y a pas de différence apparente entre les deux groupes d'enfants.

Les ratio taux de fréquentation scolaire des enfants orphelins et vulnérables par rapport aux taux de fréquentation scolaire des enfants ni orphelins ni vulnérables équivalent également à 1 quelles que soient les caractéristiques sociodémographiques et contextuelles exceptés les ratios de Lomé commune et des ménages les plus riches qui sont de 0,9 d'une part et les ratios de la région de la Kara et des ménages les plus pauvres qui sont de 1,1 d'autre part. En d'autres termes, il apparaît que les enfants orphelins et vulnérables sont légèrement défavorisés dans les ménages les plus riches et dans la commune de Lomé alors qu'ils sont favorisés dans la région de la Kara et des ménages plus pauvres.

12.3.3 Soutien aux orphelins et enfants vulnérables

Dans de nombreux pays, peu de services sont disponibles pour les familles qui ont pris en charge des enfants orphelins ou vulnérables. Les organisations communautaires et les gouvernements doivent s'assurer que ces familles soient aidées pour prendre ces enfants en charge. Le niveau et les types de soutien apportés aux ménages s'occupant des enfants rendus orphelins et vulnérables par le sida sont présentés dans le tableau HA.13.

Il ressort de ces résultats que la très grande majorité des enfants orphelins et vulnérables du sida (94%) ne reçoivent aucun soutien de la part du gouvernement et des organisations communautaires. Seuls 6 % de ces enfants ont reçu au moins un des quatre types de soutiens au cours des douze derniers mois. Les données du tableau indique également que 2 % ont reçu un soutien médical, 2% ont eu un soutien émotionnel et psychologique au cours des trois derniers mois, un peu plus de 1% a bénéficié d'un soutien social ou matériel durant les trois derniers mois et un peu moins de 2% ont eu un soutien scolaire. Une

proportion très infime de ces enfants (0,2%) a reçu tous les quatre types de soutiens (médical, émotionnel ou psychosocial, social ou matériel et scolaire).

Globalement il n'y a pas de différence liée au sexe pour les enfants orphelins et vulnérables qui ont reçu au moins un soutien, car les proportions sont identiques chez les garçons et les filles (6%). Toutefois les enfants du milieu urbain sont un peu plus favorisés (7%) que les enfants de la zone rurale (6%). Les résultats révèlent en outre des disparités au niveau des régions ; les enfants orphelins et vulnérables de la région de la Kara ont eu plus de soutien (12%) que les enfants des autres régions ; ils sont suivis par leurs homologues des régions Centrale (8%) et des Savanes (6%), Maritime (5 %), Lomé (4 %) et Plateaux (3%).

Les proportions les plus élevées des enfants orphelins et vulnérables qui ont bénéficié d'au moins un soutien sont observées chez les enfants vivant dans les ménages de classe moyenne (8%) tandis que les pourcentages les plus faibles sont enregistrés chez les enfants des ménages pauvres (3%).

12.3.4 Etat nutritionnel des orphelins et enfants vulnérables

La prévalence de la malnutrition chez les enfants orphelins et vulnérables âgés de moins de cinq ans est présentée dans le tableau HA.14. L'analyse devait permettre de comparer l'état nutritionnel des enfants orphelins et vulnérables avec la situation des enfants qui ne sont pas en situation difficile.

L'insuffisance pondérale, qui se traduit par un poids insuffisant par rapport à l'âge, concerne 26 % de l'ensemble des enfants de moins de cinq ans ; chez les enfants en situation difficile (orphelins ou vulnérables), le niveau de l'insuffisance pondérale est plus élevé (30 %). Toutefois les enfants orphelins présentent un niveau d'insuffisance pondérale deux fois moins élevé (16%) que les enfants vulnérables (36%). Le ratio insuffisance pondérale des enfants orphelins et vulnérables sur insuffisance pondérale des enfants non orphelins et non vulnérables est de 1,15, ce qui démontre que le niveau de la prévalence de l'insuffisance pondérale est plus élevé parmi les enfants en situation difficile.

Le retard de croissance qui se manifeste par une taille plus petite par rapport à l'âge et qui est provoqué par une sous nutrition chronique touche 24 % de l'ensemble des enfants et 26 % des enfants orphelins et vulnérables. Le retard de croissance qui reflète une malnutrition chronique due à l'insuffisance d'une nutrition adéquate sur une longue période et aux maladies chroniques ou récurrentes est plus répandu chez les enfants vulnérables (28 %) que chez les enfants orphelins (23 %). Le ratio retard de croissance des enfants orphelins ou vulnérables sur retard de croissance des enfants non orphelins ou non vulnérables est égal à 1,09.

L'émaciation ou la déperdition aiguë qui se traduit par un poids de l'enfant trop faible par rapport à sa taille touche 14 % de l'ensemble des enfants et 15 % des enfants en situation difficile. L'émaciation qui est la conséquence d'une insuffisance nutritionnelle récente touche un peu plus de deux fois les enfants vulnérables (19%) que les enfants orphelins (7%). Le ratio émaciation des enfants orphelins ou vulnérables sur émaciation des enfants non orphelins ou non vulnérables est de 1,08.

De l'examen du tableau HA.14, il ressort que les enfants orphelins et vulnérables présentent globalement une prévalence de malnutrition un peu plus importante que les enfants qui vivent avec leurs parents biologiques. Toutefois, les trois indices de l'état nutritionnel sont moins élevés chez les enfants orphelins que chez les enfants vulnérables, ce qui est le reflet de la solidarité africaine qui consiste à prendre en charge les orphelins de ses proches parents.

12.3.5 Comportement sexuel des filles orphelines et vulnérables

Le tableau HA.15 présente les informations sur le comportement sexuel des jeunes femmes orphelines et vulnérables âgées de 15 à 17 ans au Togo en 2006.

Il ressort des données que le pourcentage des adolescentes âgées de 15 à 17 ans qui ont eu des rapports sexuels avant l'âge de 15 ans est moins élevé chez les jeunes orphelines et vulnérables (10%) que chez les adolescentes non orphelines et non vulnérables (15 %). Toutefois on note une différence de comportement entre les jeunes orphelines et les jeunes filles vulnérables ; en effet la proportion des jeunes orphelines qui ont eu des rapports sexuels avant 15 ans est presque deux fois plus faible (7%) que celle des jeunes filles vulnérables (13%). Le ratio pourcentage des adolescentes orphelines et vulnérables sur le pourcentage de jeunes filles âgées de 15 à 17 ans non orphelines ou non vulnérables est de 0.7, ce qui indique que les jeunes filles en situation difficile au Togo, à la différence de ce qui se passe dans beaucoup de pays, courent moins de 30 % de risques de contracter leurs premiers rapports sexuels avant l'âge de 15 ans. En effet les recherches effectuées ont montré que dans certaines régions du monde les enfants orphelins courent plus de risques de présenter de mauvais résultats en matière de santé sexuelle et de la reproduction que les autres enfants.

TABLEAUX

Tableau CP.2: Le travail des enfants

Répartition (en %) des enfants âgés de 5-14 ans qui travaillent selon la nature de l'activité, Togo, 2006

Caractéristiques	<u>Travaille en dehors du ménage</u>		Travaux domestiques de 28 heures ou plus par semaine	Travaille dans l'entreprise familiale	Ensemble travail des enfants*	Nombre d'enfants âgés de 5-14 ans
	Travail rémunéré	Travail non rémunéré				
Sexe						
Masculin	3,9	6,6	1,6	20,7	29,2	4556
Feminin	2,5	6,5	4,0	20,9	29,6	4568
Région						
Lomé commune	3,0	14,3	5,9	8,4	27,1	1165
Maritime (sans Lomé commune)	5,6	6,1	2,7	21,5	32,1	2827
Plateaux	2,0	6,6	1,8	18,5	24,2	1805
Centrale	2,5	6,2	2,0	21,6	26,9	925
Kara	1,2	2,9	0,5	24,4	27,8	1225
Savanes	2,2	4,0	4,5	30,5	36,9	1177
Milieu de résidence						
Urbain	3,1	9,8	3,9	11,8	25,3	2854
Rural	3,3	5,0	2,3	24,9	31,3	6270
Age						
5-11 ans	3,8	8,8	1,8	25,7	34,6	6494
12-14 ans	1,8	1,0	5,3	8,6	16,7	2631
Va à l'école						
Oui	3,4	7,3	2,4	19,9	29,1	6603
Non	2,8	4,6	3,7	23,2	30,2	2522
Niveau d'instruction de la mère						
Aucun	3,3	5,4	2,6	23,6	31,0	5617
Primaire	3,6	8,4	3,2	18,7	29,7	2446
Secondaire +	2,2	8,0	3,1	9,9	19,8	1033
Programme non-formel	(*)	(*)	(*)	(*)	(*)	18
Missing/DK	(*)	(*)	(*)	(*)	(*)	10
Indice de richesse (quintiles)						
Très pauvre	4,4	4,4	3,0	25,7	33,1	2082
Pauvre	2,2	5,1	1,6	27,4	32,5	2085
Moyen	3,1	5,4	1,9	22,0	28,2	1938
Riche	3,8	10,7	3,9	14,6	29,4	1656
Très riche	2,5	8,6	4,1	9,1	21,0	1364
Ethnie du chef de ménage						
Adja-Ewe	4,6	7,5	3,4	18,5	30,1	4371
Kabye-Tem	1,7	6,2	1,3	21,6	27,2	2047
Para-Gourma	1,8	4,2	3,6	27,0	33,1	1698
Ana-lfè	1,5	6,8	1,6	17,6	21,4	293
Akposso-Akébou	2,3	8,7	1,2	14,6	22,8	273
Autre togolais	3,5	5,6	3,7	30,1	37,7	262
Africains	4,3	5,9	0,0	10,1	14,3	167
Autre	(*)	(*)	(*)	(*)	(*)	6
Manquant	(*)	(*)	(*)	(*)	(*)	7
Total	3,2	6,5	2,8	20,8	29,4	9124

* Indicateur MICS n0 71

* Le tableau repose sur les réponses à une série de questions dans le module sur le travail des enfants qui s'adresse à la mère/tutrice de chaque enfant âgé de 5-14 ans. Le numérateur inclut: (a) les enfants de 5-11 ans ayant eu dans la semaine précédant l'enquête une activité économique d'au moins une heure ou une activité domestique d'au moins 28 heures (HL5=5-11 et (CL3=1 ou CL3=2 ou CL8=1 ou CL7>=28)), et (b) les enfants âgés de 12-14 ans ayant eu une activité économique au cours de la semaine précédant l'enquête d'au moins 14 heures ou au moins 28 heures d'activité domestique (HL5=12-14 et ((CL4 + CL9)>=14 ou CL7>=28)).

Les numérateurs pour les colonnes du tableau sont calculés comme suit:

- 1) CL3=1 et (HL5=5-11 ou (HL5=12-14 et CL4>=14))
- 2) CL3=2 et (HL5=5-11 ou (HL5=12-14 et CL4>=14))
- 3) CL6=1 et CL7>=28
- 4) CL8=1 et (HL5=5-11 or (HL5=12-14 et CL9>=14))

5) (HL5=5-11 et (CL3=1 ou CL3=2 ou CL8=1 ou CL7>=28)) ou (HL5=12-14 et (CL4+CL9>=14 ou CL7>=28))

Tableau CP.2w: Travail des enfants

Répartition (en %) des enfants âgés de 5-14 ans qui travaillent actuellement et pourcentage d'enfants impliqués dans des activités d'enfants à éliminer, selon le type d'activité, Togo, 2006

Caractéristiques	Travail en dehors du ménage				Travaux domestiques		Travaille pour une entreprise familiale		Ensemble du travail des enfants		Nombre d'enfants âgés de 5-14 ans
	Travail rémunéré		Travail non rémunéré		Tout travail domestique	28+ heures/semaine	Tout travail des enfants	Travail des enfants (à éliminer)	Tout travail des enfants	Travail des enfants à éliminer / le total du travail des enfants*	
	Tout travail des enfants	Travail des enfants (à éliminer)	Tout travail des enfants	Travail des enfants (à éliminer)							
Sexe											
Masculin	6,3	3,9	9,0	6,6	71,6	1,6	28,8	20,7	38,8	29,2	4556
Feminin	3,9	2,5	9,4	6,5	81,2	4,0	30,2	20,9	39,8	29,6	4568
Région											
Lomé commune	4,3	3,0	21,3	14,3	78,2	5,9	12,5	8,4	35,3	27,1	1165
Maritime (sans Lomé commune)	8,8	5,6	8,6	6,1	81,8	2,7	30,3	21,5	42,5	32,1	2827
Plateaux	3,2	2,0	8,4	6,6	77,9	1,8	27,5	18,5	33,6	24,2	1805
Centrale	5,0	2,5	8,4	6,2	78,4	2,0	31,4	21,6	37,2	26,9	925
Kara	2,3	1,2	4,5	2,9	67,0	0,5	34,5	24,4	38,5	27,8	1225
Savanes	2,8	2,2	5,4	4,0	67,7	4,5	40,7	30,5	46,7	36,9	1177
Milieu de résidence											
Urbain	4,7	3,1	14,4	9,8	77,1	3,9	18,0	11,8	33,9	25,3	2854
Rural	5,3	3,3	6,8	5,0	76,1	2,3	34,7	24,9	41,8	31,3	6270
Age											
5-11 ans	3,8	3,8	8,8	8,8	71,5	1,8	25,7	25,7	34,6	34,6	6494
12-14 ans	8,3	1,8	10,3	1,0	88,5	5,3	38,8	8,6	51,1	16,7	2631
Fréquentation scolaire											
Oui	5,4	3,4	10,3	7,3	81,3	2,4	29,4	19,9	40,1	29,1	6603
Non	4,2	2,8	6,2	4,6	63,6	3,7	29,8	23,2	37,4	30,2	2522
Niveau d'instruction de la mère											
Aucun	5,3	3,3	7,8	5,4	75,5	2,6	33,3	23,6	41,6	31,0	5617
Primaire	5,5	3,6	11,8	8,4	79,1	3,2	26,7	18,7	39,4	29,7	2446
Secondaire +	3,0	2,2	10,7	8,0	75,0	3,1	14,9	9,9	26,4	19,8	1033
Programme non-formel	(*)	(*)	(*)	(*)	(*)	(*)	(*)	(*)	(*)	(*)	18
Missing/DK	(*)	(*)	(*)	(*)	(*)	(*)	(*)	(*)	(*)	(*)	10
Indice de richesse (quintiles)											
Très pauvre	6,3	4,4	5,5	4,4	73,9	3,0	35,6	25,7	42,9	33,1	2082
Pauvre	4,2	2,2	6,8	5,1	76,4	1,6	37,4	27,4	42,7	32,5	2085
Moyen	5,8	3,1	7,8	5,4	78,9	1,9	32,1	22,0	39,8	28,2	1938
Riche	5,4	3,8	15,7	10,7	77,0	3,9	21,8	14,6	39,4	29,4	1656
Très riche	3,3	2,5	12,4	8,6	76,1	4,1	13,8	9,1	27,9	21,0	1364
Ethnie du chef de ménage											
Adja-Ewe	7,3	4,6	10,7	7,5	81,5	3,4	26,6	18,5	40,1	30,1	4371
Kabye-Tem	3,3	1,7	8,6	6,2	73,7	1,3	31,7	21,6	37,8	27,2	2047
Paragourma	2,5	1,8	6,0	4,2	67,7	3,6	36,2	27,0	43,0	33,1	1698
Ana-Ifé	3,6	1,5	8,0	6,8	74,4	1,6	27,5	17,6	30,5	21,4	293
Akposso-Akébou	3,0	2,3	12,1	8,7	82,8	1,2	20,4	14,6	28,7	22,8	273
Autre togolais	4,3	3,5	8,3	5,6	65,3	3,7	38,9	30,1	47,4	37,7	262
Africains	4,3	4,3	8,6	5,9	76,1	0,0	15,0	10,1	20,2	14,3	167
Autre	(*)	(*)	(*)	(*)	(*)	(*)	(*)	(*)	(*)	(*)	6
Manquant	(*)	(*)	(*)	(*)	(*)	(*)	(*)	(*)	(*)	(*)	7
Total	5,1	3,2	9,2	6,5	76,4	2,8	29,5	20,8	39,3	29,4	9124

* MICS indicator 71

* Ce tableau repose sur les réponses à une série de questions dans le module sur le travail des enfants administrée à la mère/tutrice de chaque enfant de 5-14 ans. Le numérateur inclut: (a) les enfants de 5-11 ans qui ont eu au moins 1 heure d'activité économique ou au moins 28 heures d'activité domestique (HL5=5-11 et (CL3=1 ou CL3=2 ou CL8=1 ou CL7>=28)), et (b) les enfants de de 12-14 ans qui ont eu au moins 14 heures d'activité économique ou au moins 28 heures d'activité domestique (HL5=12-14 et ((CL4 + CL9)>=14 ou CL7>=28)).

Le numérateur des colonnes des tables s'obtiennent de la façon suivante:

- 1) CL3=1
- 2) CL3=1 et (HL5=5-11 ou (HL5=12-14 et CL4>=14))
- 3) CL3=2
- 4) CL3=2 et (HL5=5-11 ou (HL5=12-14 et CL4>=14))
- 5) CL6=1
- 6) CL6=1 et CL7>=28
- 7) CL8=1
- 8) CL8=1 et (HL5=5-11 ou (HL5=12-14 et CL9>=14))
- 9) CL3=1 ou CL3=2 ou (CL6=1 et CL7>=28) ou CL8=1
- 10) (HL5=5-11 et (CL3=1 ou CL8=1 ou CL7>=28)) ou (HL5=12-14 et (CL4+CL9>=14 ou CL7>=28))

L'analyse des résultats de ce tableau doit mettre l'accent sur les colonnes relatives au travail des enfants à éliminer

Tableau CP.3: Etudiants travailleurs et travailleurs étudiants

Répartition (en %) des enfants âgés de 5-14 ans qui étudient et travaillent et pourcentage des enfants âgés de 5-14 ans qui travaillent et étudient, Togo, 2006

Caractéristiques	Pourcentage d'enfants qui travaillent*	Pourcentage d'enfants scolarisés***	Nombre d'enfants âgés de 5-14 ans	Pourcentage d'enfants qui travaillent tout en allant à l'école**	Nombre d'enfants âgés de 5-14 ans qui travaillent	Pourcentage d'élèves qui travaillent aussi****	Nombre d'élèves âgés de 5-14 ans
Sexe							
Masculin	29,2	76,0	4556	76,2	1331	29,3	3462
Feminin	29,6	68,8	4568	67,2	1353	28,9	3141
Région							
Lomé commune	27,1	89,2	1165	84,0	316	25,6	1039
Maritime (sans Lomé cor	32,1	80,7	2827	80,6	907	32,0	2282
Plateaux	24,2	72,6	1805	76,8	437	25,7	1310
Centrale	26,9	73,9	925	75,1	249	27,3	683
Kara	27,8	61,4	1225	63,9	341	28,9	752
Savanes	36,9	45,6	1177	42,9	434	34,7	536
Milieu de résidence							
Urbain	25,3	86,5	2854	83,9	722	24,5	2469
Rural	31,3	65,9	6270	67,2	1963	31,9	4134
Age							
5-11 ans	34,6	70,0	6494	73,6	2245	36,4	4545
12-14 ans	16,7	78,2	2631	61,6	440	13,2	2058
Niveau d'instruction de la mère							
Aucun	31,0	65,1	5617	65,2	1740	31,0	3657
Primaire	29,7	81,8	2446	83,8	727	30,5	2000
Secondaire +	19,8	89,3	1033	83,2	204	18,4	922
Programme non-formel	(*)	(*)	(*)	(*)	(*)	(*)	15
Missing/DK	(*)	(*)	(*)	(*)	(*)	(*)	9
Indice de richesse (quintiles)							
Très pauvre	33,1	57,4	2082	61,4	688	35,4	1195
Pauvre	32,5	61,9	2085	63,2	677	33,1	1291
Moyen	28,2	76,2	1938	78,4	546	29,0	1478
Riche	29,4	86,4	1656	84,9	487	28,9	1430
Très riche	21,0	88,6	1364	81,0	287	19,2	1208
Ethnie du chef de ménage							
Adja-Ewe	30,1	80,7	4371	80,6	1315	30,1	3527
Kabye-Tem	27,2	74,5	2047	77,6	556	28,3	1525
Para-Gourma	33,1	48,5	1698	47,4	563	32,4	823
Ana-Ifè	21,4	70,3	293	63,9	63	19,4	206
Akposso-Akébou	22,8	85,8	273	86,5	62	22,9	235
Autre togolais	37,7	53,9	262	51,8	99	36,2	141
Africain	14,3	81,6	167	75,1	24	13,2	136
Autre	(*)	(*)	(*)	(*)	(*)	(*)	4
Manquant	(*)	(*)	(*)	(*)	(*)	(*)	6
Total	29,4	72,4	9124	71,7	2684	29,1	6603

*Ce tableau repose sur les réponses à une série de questions dans le module sur le travail des enfants administrées à la mère/tutrice de chaque enfant du ménage âgé de 5-14 ans. Le numérateur inclut: (a) les enfants de 5-11 ans qui ont eu pendant la semaine précédant l'enquête une activité économique pendant au moins 1 heure ou une activité domestique pendant au moins 28 heures (HL5=5-11 et (CL3=1 ou CL3=2 ou CL8=1 ou CL7>=28)), et (b) les enfants de 12-14 ans qui ont eu pendant la semaine précédant l'enquête au moins 14 heures d'activité économique ou au moins 28 heures d'activités domestiques (HL5=12-14 et ((CL4 + CL9)>=14 ou CL7>=28)).

**** Indicateur MICS n0 72**

** Étudiants travailleurs: nombre d'enfants âgés de 5-14 ans qui travaillent et vont aussi à l'école (ED4=1) divisé par le nombre total d'enfants âgés de 5-14 ans qui travaillent.

*** Pourcentage d'enfants âgés de 5-14 ans qui fréquentent l'école (ED4=1)

****** Indicateur MICS n0 73**

**** Travailleurs étudiants : nombre d'enfants âgés de 5-14 ans allant à l'école (ED4=1) qui sont aussi en activité divisé par le nombre

Tableau CP.4: Discipline des enfants

Répartition (en %) des enfants âgés de 2-14 ans selon la méthode utilisée pour discipliner l'enfant, Togo, 2006

Caractéristiques	Pourcentage d'enfants âgés de 2-14 ans qui ont subi:							Nombre d'enfants âgés de 2-14 ans**
	Des punitions non violentes	Des violences (ou punitions) psychologiques	Punition physique mineure	Punition physique sévère	Toute punition psychologique ou physique*	Pas de discipline ou punition	Mère/Tutrice croit que l'enfant mérite d'être puni physiquement	
Sexe								
Masculin	7,3	82,2	74,0	26,4	90,3	2,4	32,9	2179
Feminin	7,5	83,3	72,7	22,4	90,3	2,2	33,2	2228
Région								
Lomé commune	5,7	87,7	80,3	31,1	93,4	0,9	33,9	791
Maritime (sans Lomé commune)	4,6	87,3	76,4	23,2	94,6	0,8	34,8	1376
Plateaux	6,9	81,3	73,8	16,1	90,4	2,8	34,7	892
Centrale	12,4	74,2	61,7	15,1	81,7	5,8	27,2	416
Kara	16,2	74,1	59,8	28,1	83,0	0,8	26,2	505
Savanes	5,3	81,0	77,1	37,7	87,8	6,9	36,2	427
Milieu de résidence								
Urbain	6,4	84,3	77,9	25,8	92,2	1,4	33,4	1693
Rural	8,0	81,8	70,5	23,5	89,1	2,8	32,8	2714
Age								
2-4 ans	8,4	77,2	73,3	22,1	85,7	5,9	30,7	865
5-9 ans	6,8	83,6	77,7	26,1	91,7	1,5	35,3	1825
10-14 ans	7,6	84,7	68,7	23,6	91,1	1,3	31,8	1717
Niveau d'instruction de la mère								
Aucun	7,1	83,9	71,9	25,0	90,5	2,4	35,0	2412
Primaire	7,4	81,9	75,7	24,5	90,6	2,0	30,5	1299
Secondaire +	8,0	81,0	74,4	22,3	89,5	2,5	31,1	676
Programme non-formel	(*)	(*)	(*)	(*)	(*)	(*)	(*)	12
Missing/DK	(*)	(*)	(*)	(*)	(*)	(*)	(*)	7
Indice de richesse (quintiles)								
Très pauvre	7,1	81,7	71,9	24,7	89,3	3,6	34,1	915
Pauvre	8,6	80,1	70,1	25,3	88,3	3,2	32,4	872
Moyen	8,1	84,9	70,0	22,1	90,1	1,8	33,8	881
Riche	6,6	83,6	78,0	23,6	92,0	1,3	34,2	906
Très riche	6,6	83,7	76,9	26,2	91,9	1,5	30,6	833
Ethnie du chef de ménage								
Adja-Ewe	5,6	86,2	75,3	22,6	93,1	1,2	34,7	2289
Kabye-Tem	10,8	76,9	67,5	22,7	86,1	3,0	28,9	975
Paragourma	8,5	80,3	73,1	35,0	86,9	4,6	34,1	654
Ana-lfe	5,9	82,7	73,7	19,2	87,7	6,4	33,2	135
Akposso/Akébou	4,2	81,9	82,4	20,2	95,0	0,7	36,9	134
Autre togolais	14,8	73,4	68,3	20,4	82,6	2,5	28,4	99
Autre	6,3	87,4	78,9	27,5	93,2	0,6	29,0	120
Total	7,4	82,8	73,3	24,4	90,3	2,3	33,0	4407

***Indicateur MICS n0 74**

Les colonnes de la table se réfèrent à:

CD12H, CD12I, CD12J, ET CD12K=2)

2) Enfants de 2-14 ans ayant subi des punitions/corrections psychologiques (CD12D=1 OR CD12H=1)

3) Enfants de 2-14 ans ayant subi des punitions/corrections mineures (CD12C=1 OU CD12F=1 OU CD12G=1 OU CD12J=1)

4) Enfants de 2-14 ans ayant subi des punitions/corrections sévères (CD12I=1 OU CD12K=1)

5) Enfants de 2-14 ans ayant subi toute forme de punitions/corrections (colonnes 2, 3 ou 4)

6) Enfants de 2-14 ans qui ne ont pas subi aucune punition/correction psychologique ou physique (CD12A à CD12K=2)

7) Enfants dont la mère/tutrice pense que pour mieux les élever, ils doivent être physiquement punis (CD13=1)

**Le tableau repose sur les enfants de 2-14 ans sélectionnés au hasard (un enfant sélectionné par ménage dans les ménages comprenant les enfants de cette tranche d'âge) pendant le travail sur le terrain pour lesquels les questions sur la discipline de l'enfant ont été administrées.

Tableau CP.5: Mariage précoce et polygamie

Répartition (en %) des femmes âgées de 15-49 ans mariées ou en union avant d'atteindre leur quinzième anniversaire, pourcentage de femmes de 20-49 ans mariées ou en union avant leur 18ème anniversaire, pourcentage de femmes âgées de 15-19 ans actuellement mariées ou en union, et pourcentage de femmes mariées ou en union polygamique, Togo, 2006

Caractéristiques	Pourcentage de femmes mariées avant l'âge de 15 ans*	Nombre de femmes âgées de 15-49 ans	Pourcentage de femmes mariées avant l'âge de 18 ans*	Nombre de femmes âgées de 20-49 ans	Pourcentage de femmes de 15-19 ans mariées/en union**	Nombre de femmes âgées de 15-19 ans	Pourcentage de femmes âgées de 15-49 ans en mariage ou union polygamique***	Nombre de femmes de 15-49 ans mariées ou en union
Région								
Lomé commune	2,5	1449	15,1	1188	10,2	262	17,1	817
Maritime (sans Lomé commune)	5,0	1931	28,7	1550	12,6	380	37,4	1230
Plateaux	9,7	1067	35,1	912	19,4	155	29,7	767
Centrale	3,1	496	32,0	401	14,1	95	38,8	349
Kara	5,1	670	29,2	545	22,3	125	40,7	481
Savanes	5,8	597	39,1	483	32,6	114	47,9	465
Milieu de résidence								
Urbain	3,3	2962	17,7	2369	9,1	593	23,7	1657
Rural	6,9	3249	36,9	2710	24,0	538	40,3	2450
Age								
15-19	2,5	1131			16,2	1131	16,3	183
20-24	3,6	1042	24,3	1042			17,8	583
25-29	5,8	1202	24,6	1202			29,5	963
30-34	8,9	920	30,6	920			33,7	775
35-39	6,6	900	32,5	900			37,8	783
40-44	6,4	569	31,3	569			46,2	472
45-49	2,0	446	26,8	446			53,9	347
Niveau d'éducation de la femme								
Aucun	7,6	2395	36,6	2221	41,4	174	42,7	2000
Primaire	4,6	2125	26,1	1710	19,0	415	27,0	1391
Secondaire et +	2,4	1673	13,6	1134	6,0	540	21,1	704
Programme non-formel	(*)	(*)	(*)	(*)	(*)	(*)	(*)	12
Indice de richesse (quintiles)								
Très pauvre	7,8	975	42,6	840	25,6	135	35,4	781
Pauvre	6,9	1056	36,2	882	25,6	174	43,3	819
Moyen	6,3	1112	33,0	877	20,9	235	39,4	722
Riche	3,9	1463	21,5	1202	11,9	261	27,5	885
Très riche	2,9	1605	15,2	1279	7,3	327	24,5	899
Ethnie du chef de ménage								
Adja-Ewe	4,6	3257	24,8	2664	11,5	593	29,8	2029
Kabye-Tem	4,8	1343	27,8	1090	13,7	253	33,6	880
Paragourma	6,2	903	36,5	739	32,5	164	45,1	704
Ana-lfe	13,9	195	31,4	154	12,2	40	47,7	127
Akposso/Akébou	4,7	203	29,1	165	25,3	38	21,1	134
Autre togolais	2,5	143	40,7	119	19,0	24	35,8	105
Autre	6,5	168	27,9	148	38,9	20	28,7	127
Total	5,2	6211	27,9	5080	16,2	1131	33,6	4107

* Indicateur MICS n0 67

* Femmes qui était déjà mariées/en union (MA1=1 ou 2 ou MA3=1 ou 2) à 15 ans, ou à 18 ans (MA6-WM8<15,18) ou (MA8<15,18), calculé en utilisant le Century Month Codes (CMCs).

** Indicateur MICS n0 68

** Femmes âgées de 15-19 actuellement mariées ou en union (MA1=1 ou 2)

*** Indicateur MICS n0 70

*** Femmes en mariage/union polygamique (MA2A = 1) en proportion du nombre total de femmes actuellement mariées ou en union (MA1=1 ou 2).

Tableau CP.6: Écart d'âge entre les conjoints

Répartition (en %) des femmes de 15-19 ans et 20-24 ans actuellement mariées ou en union selon l'écart d'âge avec leurs conjoints, Togo, 2006

Caractéristiques	15-19 ans dont le conjoint est:						Nombre de femmes âgées de 15-19 actuellement mariées ou en union	20-24 dont le conjoint est:						Nombre de femmes âgées de 20-24 actuellement mariées/en union
	Plus jeune	0-4 ans plus âgé	5-9 ans plus âgé	10+ ans plus âgé*	Age du conjoint inconnu	Total		Plus jeune	0-4 ans plus âgé	5-9 ans plus âgé	10+ ans plus âgé*	Age du conjoint inconnu	Total	
Région														
Lomé commune	0,0	32,9	20,1	36,9	10,1	100	27	0,0	27,4	41,5	26,5	4,7	100	120
Maritime (sans Lomé commune)	0,0	22,5	26,6	21,2	29,7	100	48	1,0	23,1	35,1	30,1	10,6	100	175
Plateaux	0,0	10,6	40,3	26,1	23,0	100	30	1,2	30,7	35,9	15,9	16,3	100	114
Centrale	0,0	20,1	39,2	34,2	6,6	100	13	2,0	26,5	48,2	18,8	4,5	100	43
Kara	0,0	46,8	13,0	19,2	21,0	100	28	1,2	26,6	24,6	29,2	18,4	100	77
Savanes	0,8	10,0	24,9	6,1	58,2	100	37	1,1	14,1	24,5	19,1	41,1	100	54
Milieu de résidence														
Urbain	0,0	22,4	20,4	39,6	17,6	100	54	0,4	27,3	35,8	29,3	7,3	100	244
Rural	0,2	23,3	28,9	14,5	33,1	100	129	1,4	23,9	34,8	21,2	18,7	100	339
Niveau d'éducation de la femme														
Aucun	0,0	18,2	23,3	12,8	45,8	100	72	0,3	19,8	31,7	25,0	23,2	100	199
Primaire	0,4	23,0	27,4	29,1	20,1	100	79	1,7	27,7	36,5	22,1	12,1	100	239
Secondaire et +	0,0	33,9	31,0	24,4	10,7	100	32	0,6	29,7	38,5	26,8	4,4	100	142
Programme non-formel	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	100,0	0,0	100	3
Indice de richesse (quintiles)														
Très pauvre	0,0	15,4	29,0	14,9	40,7	100	34	1,6	23,1	40,8	14,6	19,9	100	111
Pauvre	0,7	25,9	25,3	13,6	34,4	100	45	0,8	21,1	34,6	20,2	23,3	100	107
Moyen	0,0	22,1	35,0	15,7	27,2	100	49	2,0	27,2	33,8	20,7	16,3	100	99
Riche	0,0	39,3	10,1	37,3	13,3	100	31	0,7	24,0	38,3	27,3	9,7	100	119
Très riche	0,0	9,6	28,1	40,0	22,4	100	24	0,0	30,0	29,8	35,8	4,4	100	147
Ethnie du chef de ménage														
Adja-Ewe	0,0	27,7	29,6	18,7	24,0	100	68	0,6	29,8	35,4	23,2	11,0	100	289
Kabye-Tem	0,0	30,2	23,2	22,8	23,8	100	35	1,4	25,2	37,9	20,3	15,3	100	127
Paragourma	0,6	14,5	23,9	13,6	47,4	100	54	0,7	16,5	34,0	24,3	24,6	100	95
Ana-lfe	0,0	40,0	38,5	21,4	0,0	100,0	4,9	0,0	26,6	17,9	42,1	13,3	100	10
Akposso/Akébou	0,0	7,9	52,2	40,0	0,0	100,0	9,6	5,9	25,7	40,1	22,3	6,0	100	23
Autre togolais	0,0	29,2	0,0	33,9	36,9	100,0	4,5	0,0	5,2	26,1	53,1	15,5	100	11
Autre	0,0	13,8	4,7	74,5	7,1	100	8	0,0	17,1	31,2	44,1	7,6	100	27
Total	0,2	23,0	26,4	21,9	28,5	100	183	0,9	25,4	35,2	24,6	13,9	100	583

* Indicateur MICS n0 69

* Actuellement mariées ou en union (MA1=1 ou 2) femmes âgées de 15-19 et 20-24 selon l'écart d'âge avec le conjoint (MA2<>98 ET ((MA2-(WM6-WM8)>=10) OU (MA2-WM9>=10))= <0, 0-4, 5-9, 10+).

Tableau CP.7: Excision

Répartition (en %) des femmes âgées de 15-49 ayant eu toute forme d'excision, type d'excision parmi celles qui sont excisées, pourcentage ayant subi la forme extrême d'excision et la répartition en pourcentage des femmes ayant entendu parler de l'excision selon leur opinion sur la poursuite de l'excision, Togo, 2006

Caractéristiques	Pourcentage de femmes excisées qui ont eu:								Répartition en pourcentage des femmes qui croient que l'excision doit:					Nombre de femmes de 15-49 ayant entendu parler de l'excision	
	Toute forme d'excision*	Nombre de femmes âgées de 15-49 ans	Parties de chair enlevées	Parties entaillées, pas de chair enlevée	Zone du vagin fermée par une couture	Forme d'excision non déterminée	Total	A subi une forme extrême d'excision**	Nombre de femmes ayant subi l'excision	Continuer ***	S'arrêter	Dépend de la situation	Ne sait pas		Total
Région															
Lomé commune	1,8	1449	94,8	0,0	5,2	0,0	100	5,2	26	1,0	89,9	6,9	2,3	100	908
Maritime (sans Lomé commun)	1,0	1931	76,1	10,7	7,8	5,5	100	1,8	19	1,3	81,8	11,3	5,5	100	1265
Plateaux	6,1	1067	73,4	25,2	1,4	0,0	100	1,4	65	1,0	83,8	12,9	2,2	100	634
Centrale	22,7	496	92,0	3,0	1,7	3,3	100	1,7	113	3,6	90,2	2,5	3,7	100	410
Kara	7,3	670	86,4	10,4	1,2	2,0	100	0,0	49	1,4	84,2	9,0	5,4	100	450
Savanes	14,7	597	85,9	1,0	0,0	13,1	100	0,0	88	6,8	75,4	6,8	11,0	100	499
Milieu de résidence															
Urbain	4,1	2962	81,8	13,0	1,9	3,4	100	1,4	121	1,0	89,3	7,0	2,6	100	2023
Rural	7,3	3249	87,8	5,1	1,7	5,5	100	1,2	238	3,0	79,4	10,9	6,7	100	2144
Age															
15-19	1,3	1131	82,1	0,0	9,0	8,8	100	9,0	15	2,9	88,0	4,7	4,4	100	582
20-24	2,5	1042	94,3	0,0	1,3	4,4	100	1,3	27	2,0	89,1	6,0	2,9	100	727
25-29	6,2	1202	84,3	8,5	1,6	5,6	100	0,0	75	2,4	83,6	9,1	5,0	100	830
30-34	6,5	920	88,8	7,4	0,0	3,8	100	0,0	60	1,8	83,9	9,3	4,9	100	673
35-39	9,4	900	82,6	10,2	0,0	7,1	100	0,0	84	1,0	82,2	11,1	5,6	100	644
40-44	10,0	569	85,8	11,3	1,0	1,9	100	1,0	57	1,6	81,7	11,5	5,3	100	409
45-49	9,5	446	85,8	4,7	6,7	2,8	100	5,3	42	2,1	79,5	14,2	4,3	100	303
Niveau d'éducation de la femme															
Aucun	11,0	2395	86,6	6,6	1,4	5,3	100	1,2	263	3,6	77,6	11,4	7,4	100	1581
Primaire	2,9	2125	84,2	11,5	1,9	2,4	100	0,0	63	1,2	85,4	9,5	3,9	100	1345
Secondaire et +	2,0	1673	81,3	9,2	4,0	5,5	100	4,0	34	0,8	92,2	5,0	2,1	100	1228
Programme non-formel	(*)	(*)	(*)	(*)	(*)	(*)	(*)	(*)	(*)	(*)	(*)	(*)	(*)	(*)	14
Expérience de l'excision															
Pas excisée	0,0	5852	0,0	0,0	0,0	0,0	0	0	0	1,2	84,7	9,2	4,9	100	3822
Excisée	100,0	359	85,7	7,7	1,7	4,8	100	1,3	359	10,9	82,6	4,8	1,7	100	346
Indice de richesse (quintiles)															
Très pauvre	6,4	975	84,7	1,7	1,8	11,8	100	0,0	63	4,0	71,0	14,7	10,3	100	613
Pauvre	8,2	1056	86,7	9,7	0,0	3,5	100	0,0	86	3,4	79,8	9,6	7,2	100	701
Moyen	6,9	1112	88,0	6,6	1,9	3,5	100	1,9	77	1,5	85,2	10,0	3,4	100	720
Riche	5,5	1463	89,0	5,0	2,9	3,2	100	2,1	81	1,1	88,9	7,0	3,0	100	1010
Très riche	3,3	1605	77,0	17,5	2,5	2,9	100	2,5	53	1,3	89,5	6,6	2,6	100	1123
Ethnie du chef de ménage															
Adja-Ewe	0,1	3257	49,0	51,0	0,0	0,0	100	0,0	4	0,7	84,1	10,9	4,4	100	2060
Kabye-Tem	11,0	1343	91,0	5,0	2,2	1,8	100	1,0	147	2,3	88,8	5,9	3,0	100	924
Paragourma	11,1	903	83,2	4,3	0,4	12,1	100	0,4	100	4,9	79,0	7,2	8,8	100	700
Ana-Ife	20,7	195	72,8	23,8	3,4	0,0	100	3,4	40	2,3	94,1	3,3	0,3	100	135
Akposso/Akébou	0,7	203	100,0	0,0	0,0	0,0	100	0,0	1	0,0	89,4	6,8	3,8	100	131
Autre togolais	34,5	143	89,5	2,7	2,7	5,2	100	2,7	49	7,4	74,8	12,2	5,6	100	121
Autre	10,3	168	82,0	18,0	0,0	0,0	100	0,0	17	3,1	83,1	11,4	2,4	100	96
Total	5,8	6211	85,7	7,7	1,7	4,8	100	1,3	359	2,0	84,5	8,9	4,6	100	4168

* Indicateur MICS n° 63

(FG5=1) et la fermeture de la zone génitale (FG6=1)

** Indicateur MICS n° 64

** La forme extrême d'excision consiste à la fois en la coupure de parties (infibulation) et la fermeture de la zone génitale (FG4=1 et FG6=1)

*** Indicateur MICS n° 66

*** Les femmes qui pensent que la pratique de l'excision doit se poursuivre (FG16=1).

générales (FG4), l'entaillement (FG5), et la fermeture de la zone génitale (FG6)

Tableau CP.8: L'excision des filles

Répartition (en %) des femmes dont au moins 1 fille vivante ayant été excisée, et pourcentage selon le type de mutilation, Togo, 2006

Caractéristiques	La fille a subi une forme de mutilation génitale*	Nombre de femmes âgées de 15-49 ans	Pourcentage de femmes dont la fille a eu:				Total	A subi la forme extrême d'excision	Nombre de femmes âgées de 15-49 ayant au moins une fille vivante excisée
			Parties de chair enlevées	Parties entaillées, pas de chair enlevée	Zone du vagin fermée par une couture	Forme d'excision non déterminée			
Région									
Lomé commune	0,2	655	0,0	0,0	100	0,0	100	100	1
Maritime (sans Lomé commune)	0,0	1029	0,0	0,0	0,0	0,0	0		0
Plateaux	0,5	643	27,7	0,0	72,3	0,0	100	72,3	3
Centrale	3,0	300	100,0	0,0	0,0	0,0	100	0,0	9
Kara	1,2	413	78,7	21,3	0,0	0,0	100	0,0	5
Savanes	4,2	391	91,4	1,5	0,0	7,1	100	0,0	17
Milieu de résidence									
Urbain	0,5	1327	25,2	16,4	58,4	0,0	100	58,4	6
Rural	1,4	2103	95,0	0,9	0,0	4,1	100	0,0	29
Age									
15-19	0,0	73	0,0	0,0	0,0	0,0	0		0
20-24	0,0	330	0,0	0,0	0,0	0,0	0		0
25-29	0,1	724	100,0	0,0	0,0	0,0	100	0,0	1
30-34	0,8	677	75,4	0,0	24,6	0,0	100	24,6	5
35-39	1,1	751	91,2	3,1	0,0	5,7	100	0,0	8
40-44	2,8	483	79,0	0,0	17,6	3,4	100	17,6	13
45-49	1,9	392	82,6	14,0	0,0	3,4	100	0,0	7
Niveau d'éducation de la femme									
Aucun	1,8	1729	88,6	0,0	7,6	3,8	100	7,6	31
Primaire	0,3	1154	33,1	32,9	34,0	0,0	100	34,0	4
Secondaire et +	0,0	541	0,0	0,0	0,0	0,0	0		0
Programme non-formel	0,0	6	0,0	0,0	0,0	0,0	0		0
Indice de richesse (quintiles)									
Très pauvre	1,2	675	93,7	3,1	0,0	3,1	100	0,0	8
Pauvre	2,0	684	100,0	0,0	0,0	0,0	100	0,0	14
Moyen	0,9	661	84,5	0,0	0,0	15,5	100	0,0	6
Riche	0,7	735	50,7	0,0	49,3	0,0	100	49,3	5
Très riche	0,4	674	0,0	43,7	56,3	0,0	100	56,3	2
Ethnie du chef de ménage									
Adja-Ewe	0,0	1718	100,0	0,0	0,0	0,0	100	0,0	0
Kabye-Tem	1,1	742	100,0	0,0	0,0	0,0	100	0,0	8
Paragourma	2,5	577	90,2	1,7	0,0	8,0	100	0,0	15
Ana-Ife	0,0	103	0,0	0,0	0,0	0,0	0		0
Akposso/Akébou	0,0	111	0,0	0,0	0,0	0,0	0		0
Autre togolais	8,9	86	82,7	0,0	17,3	0,0	100	17,3	8
Autre	4,5	94	18,5	24,8	56,7	0,0	100	56,7	4
Total	1,0	3431	82,4	3,7	10,6	3,3	100	10,6	35

***MICS indicateur 65**

* Femmes déclarant avoir au moins une fille vivante (FG9 > 0). Les différentes formes de mutilation génitale incluent l'enlèvement des parties de la zone génitale (FG11=1), l'entaillage des parties de la zone génitale (FG12=1) et la fermeture de la zone génitale (FG13=1). La forme extrême d'excision (infibulation) est définie par la coupure et la fermeture de la zone génitale (FG11=1 and FG13=1).

La colonne de la forme d'excision non déterminée est celle des femmes déclarant avoir au moins une fille excisée (FG9>0), mais qui ne répondent pas "oui" à aucune des trois questions subséquentes relatives à l'enlèvement des parties génitales (FG11), à l'entaillage des parties génitales (FG12) et la fermeture de la zone génitale (FG13)

Tableau CP.9: Attitudes à l'égard de la violence domestique

Répartition (en %) des femmes âgées de 15-49 ans qui croient que le mari a des raisons de battre sa compagne dans différentes circonstances, Togo, 2006

Caractéristiques	Pourcentage de femmes de 15-49 ans qui croient que le mari peut battre sa femme quand:						Nombre de femmes âgées de 15-49 ans
	Elle sort sans le prévenir	Elle néglige les enfants	Elle lui tient tête dans une discussion	Elle refuse d'avoir des rapports sexuels	Elle brûle le repas	Pour toutes ces raisons*	
Région							
Lomé commune	23,7	27,4	10,0	8,2	14,8	37,7	1449
Maritime (sans Lomé commune)	32,1	38,4	24,2	17,8	29,2	50,6	1931
Plateaux	31,0	38,1	24,3	20,5	20,2	50,5	1067
Centrale	46,8	55,4	22,4	24,7	37,5	66,7	496
Kara	42,7	50,1	21,3	19,7	40,4	61,9	670
Savanes	62,4	69,3	42,4	35,4	51,9	83,1	597
Milieu de résidence							
Urbain	26,6	32,6	14,0	12,2	19,8	44,0	2962
Rural	43,0	49,3	29,6	24,2	36,2	61,6	3249
Age							
15-19	36,4	39,6	18,7	14,7	31,4	53,6	1131
20-24	31,1	38,7	22,4	16,3	24,8	51,3	1042
25-29	35,1	42,7	21,9	17,9	28,8	54,3	1202
30-34	35,0	41,9	20,3	19,4	27,4	52,8	920
35-39	36,6	41,0	25,1	21,6	26,6	51,5	900
40-44	35,5	41,8	24,8	21,1	32,3	54,2	569
45-49	38,5	47,4	25,9	23,1	28,5	56,6	446
Statut matrimonial							
Actuellement mariée	37,4	44,4	24,7	21,1	30,0	56,0	4107
Vit avec un homme	34,0	40,7	21,7	18,8	29,0	52,1	526
Jamais mariée	29,8	33,6	15,7	11,5	23,9	46,4	1578
Niveau d'éducation de la femme							
Aucun	42,7	48,0	29,7	24,4	34,2	61,1	2395
Primaire	34,5	41,6	21,2	16,9	28,7	53,1	2125
Secondaire et +	25,3	31,5	12,5	12,0	19,4	42,0	1673
Programme non-formel	(*)	(*)	(*)	(*)	(*)	(*)	18
Indice de richesse (quintiles)							
Très pauvre	46,7	54,0	32,9	27,1	40,2	65,8	975
Pauvre	43,9	49,5	30,6	26,8	38,6	64,0	1056
Moyen	39,8	46,0	26,2	19,2	33,3	57,7	1112
Riche	30,7	37,1	16,4	13,6	21,2	47,6	1463
Très riche	23,3	29,0	12,7	11,7	17,4	40,4	1605
Ethnie du chef de ménage							
Adja-Ewe	28,2	32,9	19,0	14,6	22,6	44,6	3257
Kabye-Tem	38,5	46,9	20,2	17,9	31,9	58,9	1343
Paragourma	54,2	60,7	35,1	30,3	46,0	73,7	903
Ana-lfe	30,0	37,0	21,4	14,2	21,0	45,8	195
Akposso/Akébou	39,2	49,5	29,4	21,3	23,3	61,0	203
Autre togolais	51,8	57,8	32,5	36,7	42,9	71,5	143
Autre	28,4	39,3	13,6	20,4	19,3	48,2	168
Total	35,2	41,4	22,2	18,5	28,4	53,2	6211

* Indicateur MICS n0 100

* Femmes considérant que le conjoint a des raisons de battre sa femme si: (a) elle sort sans le prévenir (DV1A=1), (b) elle néglige les enfants (DV1B=1), (c) elle lui tient tête dans les discussions (DV1C=1), (d) elle refuse d'avoir des rapports sexuels (DV1D=1), ou (e) elle brûle le repas (DV1E=1), (f) pour au moins 1 de ces raisons (DV1A=1 ou DV1B=1 ou DV1C=1 ou DV1D=1 ou DV1E=1).

Tableau HA.1: Connaissance de prévention de la transmission du VIH/SIDA

Répartition (en %) des femmes âgées de 15-49 ans qui connaissent les principaux moyens de prévention de la transmission du VIH/SIDA, Togo, 2006

Caractéristiques	Principaux moyens de prévention connus							Nombre de femmes
	Entendu parler du SIDA	Avoir un seul partenaire fidèle et non infecté	Utiliser un condom chaque fois	S'abstenir d'avoir des rapports sexuels	Connait tous les trois moyens	Connait au moins un moyen	Ne connaît aucun moyen	
Région								
Lomé commune	99,6	90,4	69,2	83,2	59,7	95,6	4,4	1449
Maritime (sans Lomé commune)	99,3	84,8	65,1	72,7	47,0	95,6	4,4	1931
Plateaux	87,4	74,2	59,3	66,4	48,8	80,6	19,4	1067
Centrale	99,0	90,9	79,6	85,3	67,4	97,1	2,9	496
Kara	95,9	81,6	70,7	80,8	58,7	92,6	7,4	670
Savanes	94,0	72,5	57,5	72,2	49,0	82,8	17,2	597
Milieu de résidence								
Urbain	99,2	87,8	68,2	79,1	55,9	95,0	5,0	2962
Rural	93,9	79,0	64,2	73,0	51,0	88,5	11,5	3249
Age								
15-19	96,6	79,2	67,4	73,6	53,1	89,7	10,3	1131
20-24	96,5	84,3	67,1	77,7	55,4	92,8	7,2	1042
25-29	95,8	83,1	70,3	76,2	56,7	91,4	8,6	1202
30-34	96,2	83,7	63,4	71,8	49,7	91,2	8,8	920
35-39	95,5	83,2	64,2	75,7	51,3	90,6	9,4	900
40-44	98,3	88,4	67,0	79,2	56,3	95,2	4,8	569
45-49	97,3	83,8	57,6	81,3	48,3	92,4	7,6	446
Niveau d'éducation de la femme								
Aucun	92,6	77,8	58,0	71,5	46,2	86,2	13,8	2395
Primaire	98,1	86,0	69,7	77,6	56,0	94,5	5,5	2125
Secondaire et +	99,7	87,5	73,1	80,0	60,5	95,6	4,4	1673
Programme non-formel	(*)	(*)	(*)	(*)	(*)	(*)	(*)	18
Indice de richesse (quintiles)								
Très pauvre	91,8	74,3	59,0	69,0	47,2	83,8	16,2	975
Pauvre	93,4	78,4	64,2	74,6	51,8	88,5	11,5	1056
Moyen	95,6	82,3	68,1	75,8	53,9	92,1	7,9	1112
Riche	98,9	86,8	69,6	77,8	56,3	94,3	5,7	1463
Très riche	99,6	89,1	67,1	79,2	55,1	95,6	4,4	1605
Ethnie du chef de ménage								
Adja-Ewe	97,3	85,2	65,2	75,5	51,8	93,4	6,6	3257
Kabye-Tem	95,5	82,3	71,5	76,5	57,2	91,2	8,8	1343
Paragourma	94,7	76,9	64,1	75,6	53,9	86,5	13,5	903
Ana-Ife	91,1	79,7	59,4	75,9	48,3	88,2	11,8	195
Akposso/Akébou	99,5	89,3	72,4	80,6	61,8	95,8	4,2	203
Autre togolais	98,4	83,5	66,1	80,9	57,6	91,7	8,3	143
Autre	96,8	82,6	51,9	71,0	42,5	87,5	12,5	168
Total	96,4	83,2	66,1	75,9	53,4	91,6	8,4	6211

Le dénominateur des colonnes inclut toutes les femmes qui n'ont jamais entendu parler du SIDA. Les colonnes 1, 2 et 3 sont basées respectivement sur les réponses à HA1, HA2, HA4 et HA6.

Tableau HA.2: Identification des préjugés concernant le VIH/SIDA

Répartition (en %) des femmes de 15-49 ans qui ont identifié correctement les préjugés concernant le VIH/SIDA, Togo, 2006

Caractéristiques	VIH/SIDA ne peut pas être transmis par moyens surnaturels	VIH/SIDA ne peut pas être transmis par des piqûres de moustiquaires	Une personne apparemment en bonne santé peut être infectée	Connaît toutes les trois conceptions erronées	VIH/SIDA ne peut pas être transmis en partageant la nourriture avec une personne infectée	VIH/SIDA peut être transmis en recevant une injection par piqûre avec une aiguille qui a été déjà utilisée par quelqu'un d'autre	Nombre de femmes
Région							
Lomé commune	25,8	67,2	93,0	18,0	83,0	97,5	1449
Maritime (sans Lomé)	25,8	44,0	86,3	13,2	72,5	95,3	1931
Plateaux	26,4	45,6	73,5	16,3	62,8	82,8	1067
Centrale	45,0	45,8	70,6	21,1	76,7	92,3	496
Kara	48,4	56,9	71,5	28,5	70,0	90,5	670
Savanes	55,8	43,5	71,3	26,5	62,6	86,9	597
Milieu de résidence							
Urbain	30,6	64,6	91,1	21,7	81,7	96,0	2962
Rural	34,7	39,0	72,5	15,4	64,0	88,6	3249
Age							
15-19	39,1	56,9	79,9	23,3	76,0	92,4	1131
20-24	35,4	59,1	85,2	23,2	80,3	92,1	1042
25-29	31,9	50,5	83,8	18,2	72,8	92,7	1202
30-34	31,6	49,5	82,2	16,8	73,5	92,8	920
35-39	28,8	44,8	77,2	13,6	65,6	89,8	900
40-44	28,1	45,5	82,2	14,3	67,7	93,3	569
45-49	28,8	43,4	75,1	13,8	61,4	91,7	446
Niveau d'éducation de la femme							
Aucun	31,9	37,1	69,7	13,6	59,5	86,8	2395
Primaire	28,3	46,9	84,2	13,6	73,7	94,9	2125
Secondaire et +	39,3	76,6	94,6	31,2	89,2	96,3	1673
Programme non-form	(*)	(*)	(*)	(*)	(*)	(*)	18
Indice de richesse (quintiles)							
Très pauvre	35,0	34,7	64,1	14,3	57,8	85,8	975
Pauvre	37,2	36,6	71,2	16,1	63,4	87,1	1056
Moyen	33,2	43,3	76,8	16,4	69,5	90,9	1112
Riche	29,8	59,7	91,6	19,3	78,6	96,3	1463
Très riche	30,8	68,5	92,4	23,0	83,6	96,4	1605
Ethnie du chef de ménage							
Adja-Ewe	24,6	50,7	86,4	14,8	74,4	93,9	3257
Kabye-Tem	38,9	54,5	77,0	22,1	73,8	90,3	1343
Paragourma	50,4	46,8	71,8	24,4	62,8	88,7	903
Ana-lfe	35,3	51,0	74,1	17,2	67,8	87,8	195
Akposso/Akébou	28,2	48,6	84,3	15,4	76,3	95,6	203
Autre togolais	49,4	53,3	72,5	27,1	72,3	91,9	143
Autre	34,1	59,2	83,1	24,2	75,1	91,1	168
Total	32,7	51,2	81,4	18,4	72,4	92,1	6211

Tous les préjugés ne seront pas inclus dans toutes les enquêtes. Les questions exclues devront être ôtées du tableau.

Le dénominateur des colonnes inclut toutes les femmes, y compris celles qui n'ont pas entendu parler du SIDA.

autre préjugé évoqué dans le questionnaire devra être inclus dans les colonnes 5 et 6.

La colonne 3 concernant une personne saine pouvant avoir le SIDA inclut tous ceux qui répondent positivement à HA8 (HA8=1).

rejetent les deux préjugés les plus courants (aussi deux des HA3=2, HA5=2, HA7=2 ou HA7A=1) et répond correctement qu'une personne

Tableau HA.3: Parfaite connaissance des voies de transmission du VIH/SIDA

Répartition (en %) des femmes de 15-49 ans qui ont une parfaite connaissance des voies par lesquelles le VIH/SIDA est transmis, Togo, 2006

Caractéristiques	Connaît 2 moyens de prévenir la transmission du VIH	A correctement identifié 3 préjugés concernant la transmission du VIH/SIDA	Ont une parfaite connaissance (a identifié 2 moyen de prévention et 3 préjugés)*	Nombre de femmes
Région				
Lomé commune	65,4	18,0	12,0	1449
Maritime (sans Lomé commune)	58,2	13,2	8,3	1931
Plateaux	54,8	16,3	10,7	1067
Centrale	75,3	21,1	16,3	496
Kara	64,2	28,5	21,0	670
Savanes	52,0	26,5	19,3	597
Milieu de résidence				
Urbain	63,3	21,7	15,0	2962
Rural	58,4	15,4	10,4	3249
Age				
15-19	59,7	23,3	15,1	1131
20-24	61,7	23,2	15,5	1042
15-24	60,7	23,2	15,3	2174
25-29	64,3	18,2	13,6	1202
30-34	59,2	16,8	11,0	920
35-39	59,7	13,6	9,8	900
40-44	62,9	14,3	10,1	569
45-49	53,6	13,8	8,8	446
Niveau d'éducation de la femme				
Aucun	53,1	13,6	9,2	2395
Primaire	64,2	13,6	9,1	2125
Secondaire et +	67,2	31,2	21,9	1673
Programme non-formel	(*)	(*)	(*)	18
Indice de richesse (quintiles)				
Très pauvre	53,7	14,3	9,0	975
Pauvre	57,9	16,1	11,6	1056
Moyen	61,9	16,4	10,9	1112
Riche	64,5	19,3	13,5	1463
Très riche	62,6	23,0	15,8	1605
Ethnie du chef de ménage				
Adja-Ewe	60,0	14,8	9,0	3257
Kabye-Tem	65,4	22,1	17,1	1343
Paragourma	58,4	24,4	17,6	903
Ana-lfe	53,1	17,2	10,7	195
Akposso/Akébou	69,0	15,4	11,1	203
Autre togolais	60,2	27,1	20,7	143
Autre	49,3	24,2	16,4	168
Total	60,7	18,4	12,6	6211

* Indicateur MICS 82; Indicateur OMD 19b

* Ce tableau combine des informations des deux précédents tableaux. Le numérateur de la troisième colonne inclut les femmes qui connaissent les 2 moyens de prévenir la transmission du VIH (avoir un seul partenaire fidèle et non infecté (HA2=1) et utiliser un condom chaque fois (HA4=1)) et a identifié correctement 3 préjugés concernant le VIH (rejeter les deux plus courants préjugés (deux de HA3=2, HA5=2, HA7=2 ou HA7A=1) et accepter qu'une personne apparemment saine peut avoir le SIDA (HA8=1)). Toutes les femmes sont incluses dans le dénominateur incluant ceux qui n'ont pas entendu parler du SIDA.

Tableau HA.4: Connaissance de la transmission mère-enfant du VIH

Répartition (en %) des femmes de 15-49 ans qui ont correctement identifié les voies de transmission mère-enfant du VIH, Togo, 2006

Caractéristiques	Transmission du VIH/SIDA						Nombre de femmes
	Sait que le SIDA peut être transmis de mère à enfant	Durant la grossesse	A l'accouchement	A travers le lait maternel	Tous les trois voies*	Ne connaît aucune voie spécifique	
Région							
Lomé commune	96,1	77,2	76,6	84,8	58,5	3,5	1449
Maritime (sans Lomé coi	96,2	83,8	73,2	84,3	60,9	3,1	1931
Plateaux	84,4	70,9	68,5	74,2	55,6	3,1	1067
Centrale	91,5	74,9	73,1	78,6	59,2	7,4	496
Kara	90,3	75,1	79,9	81,9	64,5	5,6	670
Savanes	84,2	74,1	73,5	77,4	63,9	9,9	597
Milieu de résidence							
Urbain	96,1	77,7	76,6	83,9	58,0	3,1	2962
Rural	88,2	77,2	71,5	78,9	61,7	5,7	3249
Age							
15-19	90,3	74,8	68,4	80,5	55,5	6,3	1131
20-24	93,2	75,7	73,8	81,8	57,6	3,2	1042
25-29	91,5	77,7	74,8	80,3	60,3	4,4	1202
30-34	92,8	78,6	75,8	82,1	61,3	3,4	920
35-39	90,9	79,2	75,1	81,0	62,4	4,6	900
40-44	93,4	78,8	77,1	81,5	62,1	4,9	569
45-49	93,3	80,2	75,7	83,4	65,2	4,0	446
Niveau d'éducation de la femme							
Aucun	86,6	74,9	70,1	77,0	59,2	6,1	2395
Primaire	93,7	79,5	74,0	83,3	60,8	4,4	2125
Secondaire et +	97,5	78,5	79,3	84,9	60,2	2,2	1673
Programme non-formel	(*)	(*)	(*)	(*)	(*)	(*)	18
Indice de richesse (quintiles)							
Très pauvre	85,0	74,4	69,5	75,6	59,9	6,8	975
Pauvre	87,0	75,7	70,6	78,1	61,1	6,5	1056
Moyen	91,1	79,6	75,2	82,6	65,5	4,6	1112
Riche	95,8	80,6	76,2	85,4	61,4	3,0	1463
Très riche	96,7	76,1	75,8	82,2	54,1	3,0	1605
Ethnie du chef de ménage							
Adja-Ewe	94,2	80,8	73,8	83,1	61,1	3,1	3257
Kabye-Tem	90,1	73,0	74,8	79,3	57,9	5,4	1343
Paragourma	87,0	75,3	74,5	78,5	62,9	7,7	903
Ana-lfe	88,6	69,1	69,2	80,1	47,5	2,5	195
Akposso/Akébou	98,0	81,5	80,4	88,2	66,9	1,5	203
Autre togolais	87,6	73,3	71,4	74,1	58,8	10,8	143
Autre	91,1	68,2	66,1	77,1	46,3	5,7	168
Total	92,0	77,4	73,9	81,3	60,0	4,5	6211

* indicateur MICS 89

* Le dénominateur inclut toutes les femmes, même celles qui n'ont pas entendu parler du SIDA. Dans la première colonne, le numérateur inclut les femmes qui ont répondu 'oui' à la question de savoir si elles pensent que le SIDA peut être transmis de mère à enfant dans une des trois questions spécifiques (HA9A=1 ou HA9B=1 ou HA9C=1). Les indicateurs MICS incluent dans le numérateur les femmes qui ont répondu 'oui' à toutes les trois voies (HA9A=1 et HA9B=1 et HA9C=1). La colonne libellée 'Ne connaît aucune voie spécifique' devrait inclure les femmes qui n'ont répondu 'oui' à aucune voie spécifique (incluant celles qui ont répondu "Ne sait pas") (HA9A<>1 et HA9B<>1 et HA9C<>1).

Tableau HA.5: Attitudes à l'égard des personnes vivant avec le VIH/SIDA

Répartition (en %) des femmes de 15-49 ans qui ont entendu parler du SIDA et qui ont une attitude discriminatoire à l'égard des personnes vivant avec le VIH/SIDA, Togo, 2006

Caractéristiques	Pourcentage de femmes qui						Nombre de femmes qui ont entendu parler du SIDA
	Ne prendraient pas soin d'un membre de la famille malade du SIDA	Aimeraient garder secret la maladie d'un membre malade du VIH/SIDA	Pensent qu'un enseignant malade du SIDA ne devrait pas être autorisé à enseigner	N'achèteraient pas de la nourriture chez une personne vivant avec le VIH/SIDA	Sont d'accord avec au moins une déclaration discriminatoire	Ne sont pas d'accord sur aucune des déclarations discriminatoires*	
Région							
Lomé commune	15,9	45,5	27,8	51,0	78,1	21,9	1444
Maritime (sans Lomé commune)	22,9	44,7	52,0	70,1	87,8	12,2	1918
Plateaux	24,4	42,2	34,5	64,5	84,2	15,8	933
Centrale	21,3	58,8	47,8	72,5	92,5	7,5	491
Kara	24,4	47,8	39,6	71,1	90,3	9,7	643
Savanes	29,8	43,1	50,8	77,6	90,8	9,2	561
Milieu de résidence							
Urbain	15,9	46,0	29,8	53,3	79,9	20,1	2940
Rural	28,1	45,7	53,1	77,5	91,5	8,5	3050
Age							
15-19	23,6	49,7	41,7	59,7	85,8	14,2	1093
20-24	21,5	46,7	36,2	59,8	82,4	17,6	1006
25-29	19,8	44,9	40,7	66,5	86,0	14,0	1152
30-34	22,0	44,1	43,2	69,4	86,3	13,7	886
35-39	23,0	45,1	43,9	70,5	87,3	12,7	859
40-44	23,3	42,3	45,1	68,7	87,2	12,8	560
45-49	23,2	46,0	44,8	70,4	87,5	12,5	434
Niveau d'éducation de la femme							
Aucun	26,3	44,2	53,4	77,9	91,0	9,0	2219
Primaire	24,9	45,9	41,8	68,1	87,1	12,9	2085
Secondaire et +	13,3	47,9	26,0	46,3	77,4	22,6	1669
Programme non-formel	(*)	(*)	(*)	(*)	(*)	(*)	18
Indice de richesse (quintiles)							
Très pauvre	29,1	45,0	57,0	81,9	93,2	6,8	895
Pauvre	30,2	44,6	56,3	81,0	93,2	6,8	987
Moyen	26,0	46,0	46,0	72,0	87,4	12,6	1063
Riche	18,7	46,5	35,1	58,4	83,5	16,5	1446
Très riche	13,8	46,3	27,1	49,3	78,2	21,8	1599
Ethnie du chef de ménage							
Adja-Ewe	21,6	42,9	41,6	63,3	83,8	16,2	3170
Kabye-Tem	18,4	55,4	40,2	66,1	88,9	11,1	1283
Paragourma	28,6	45,1	48,3	74,7	90,3	9,7	856
Ana-Iffè	19,6	53,3	36,5	63,6	89,8	10,2	177
Akposso/Akébou	27,1	33,1	36,0	63,7	80,8	19,2	202
Autre togolais	26,4	48,3	40,9	69,6	90,4	9,6	140
Autre	20,9	37,2	32,6	61,3	75,7	24,3	162
Total	22,1	45,8	41,7	65,6	85,8	14,2	5990

* MICS indicateur 86

HA13 et 'non' à HA12 (HA10=1 et HA11=1 et HA12=2 et HA13=1). Pour chacune des colonnes individuelles, les tests devraient se faire ainsi qu'il Le dénominateur inclut seulement les femmes qui ont entendu parler du SIDA.

Tableau HA.6: Connaissance d'une structure sanitaire pour le test de dépistage du VIH

Répartition (en %) des femmes de 15-49 ans qui connaissent un endroit où on peut faire un test de dépistage du VIH, pourcentage de femmes qui ont été testées et pour ces dernières celles qui ont reçu le résultat du test, Togo, 2006

Caractéristiques	Connaît un endroit où on peut faire un test*	A été testée**	Nombre de femmes	Si testée, a reçu le résultat du test	Nombre de femmes qui ont été testées et ont reçu le résultat pour le VIH
Région					
Lomé commune	53,6	17,5	1449	94,2	254
Maritime (sans Lomé con	39,3	8,6	1931	94,6	167
Plateaux	38,6	5,2	1067	83,6	55
Centrale	57,4	8,1	496	86,7	40
Kara	40,9	6,8	670	89,5	45
Savanes	40,4	6,7	597	80,2	40
Milieu de résidence					
Urbain	56,9	15,8	2962	93,7	468
Rural	32,7	4,1	3249	84,2	134
Age					
15-19	43,6	5,9	1131	88,7	67
20-24	51,1	12,9	1042	91,2	134
25-29	46,1	12,4	1202	87,0	149
30-34	42,7	11,5	920	93,0	106
35-39	43,3	7,2	900	97,7	65
40-44	40,1	9,2	569	96,2	53
45-49	35,2	6,3	446	96,5	28
Niveau d'éducation de la femme					
Aucun	28,5	5,6	2395	91,3	135
Primaire	43,1	8,7	2125	87,1	185
Secondaire et +	68,3	16,8	1673	94,6	282
Indice de richesse (quintiles)					
Très pauvre	26,9	2,8	975	81,4	27
Pauvre	31,7	3,0	1056	88,3	31
Moyen	39,2	4,9	1112	76,8	55
Riche	49,0	11,1	1463	93,8	163
Très riche	62,2	20,3	1605	94,1	325
Ethnie du chef de ménage					
Adja-Ewe	44,0	10,4	3257	92,1	337
Kabye-Tem	47,3	10,1	1343	93,5	135
Paragourma	39,7	6,5	903	83,1	59
Ana-lfe	(*)	(*)	(*)	(*)	18
Akposso/Akébou	(*)	(*)	(*)	(*)	18
Autre togolais	(*)	(*)	(*)	(*)	9
Autre	41,5	14,8	168	91,0	25
Total	44,2	9,7	6211	91,6	601

* Indicateur MICS 87

* femmes qui connaissent un endroit où on peut faire un test de dépistage du VIH inclut celles qui ont été déjà testées, incluant les femmes qui ont déjà été testées, incluant celles testées durant les visites prénatales (HA18=1 ou HA15=1 ou MN5=1).

** MICS indicateur 88

** Femmes qui ont été testées pour le VIH inclut celles qui ont été testés durant les visites prénatales (HA15=1 ou MN5=1)

Les deux premières colonnes du tableau inclut toutes les femmes au dénominateur, même celles qui n'ont pas entendu parler du SIDA

Dans la quatrième colonne, le dénominateur comprend les femmes qui ont été testées (HA15=1 ou MN5=1) et le numérateur comprend les femmes qui ont reçu le résultat du test (HA16=1 ou MN6=1).

Tableau HA.7: Couverture du test de dépistage et du counselling durant les soins prénataux

Répartition (en %) des femmes de 15-49 ans qui ont eu une naissance au cours des deux années précédant l'enquête et qui ont reçu un test de dépistage du VIH et un counselling sur leurs soins prénataux, Togo, 2006

Caractéristiques	Pourcentage de femmes qui:				Nombre de femmes qui ont eu une naissance durant les 2 années précédant l'enquête
	Ont reçu des soins prénataux d'un personnel de santé pour sa dernière grossesse	Ont reçu des informations concernant la prévention du VIH durant les visites prénatales*	Ont été testées pour le VIH lors des visites prénatales	Ont reçu les résultats du test lors des visites prénatales**	
Région					
Lomé commune	91,6	61,4	18,6	17,8	327
Maritime (sans Lomé comr	66,5	44,4	7,5	6,8	493
Plateaux	67,4	49,7	6,8	5,5	270
Centrale	49,2	56,0	3,8	2,6	139
Kara	36,4	29,3	6,4	5,2	174
Savanes	41,9	47,2	9,6	7,4	225
Milieu de résidence					
Urbain	89,3	58,7	16,1	15,0	616
Rural	48,0	42,2	5,4	4,3	1011
Age					
15-19	65,5	28,3	8,8	8,1	123
20-24	64,2	47,9	12,2	11,9	365
25-29	63,9	47,3	9,7	7,4	500
30-34	68,0	52,7	10,8	9,9	307
35-49	57,7	54,5	5,1	4,7	333
Niveau d'éducation de la femme					
Aucun	53,7	41,5	6,1	5,4	747
Primaire	65,7	53,1	9,8	8,4	581
Secondaire et +	84,1	56,9	17,5	15,9	295
Programme non-formel	(*)	(*)	(*)	(*)	4
Indice de richesse (quintiles)					
Très pauvre	42,5	38,7	4,7	3,8	340
Pauvre	43,0	37,4	3,3	2,5	340
Moyen	56,1	44,6	4,9	3,1	285
Riche	82,9	58,8	12,5	11,4	334
Très riche	93,6	63,0	21,8	20,7	328
Ethnie du chef de ménage					
Adja-Ewe	73,0	48,9	10,4	9,5	794
Kabye-Tem	58,3	52,1	7,1	6,1	343
Paragourma	43,1	41,4	8,8	7,7	304
Ana-lfe	68,0	49,2	18,1	18,1	34
Akposso/Akébou	61,0	57,6	6,5	6,5	56
Autre togolais	44,4	48,1	11,8	7,8	40
Autre	87,6	49,8	9,9	5,8	56
Total	63,6	48,5	9,5	8,4	1627

Le numérateur de la colonne 1 inclut toutes les femmes qui ont reçu des soins prénataux pour leur dernière grossesse (MN2 = A, B or C).

* **Indicateur MICS 90**

* Le dénominateur de la colonne 2 inclut les femmes qui ont eu un counselling durant leur dernière grossesse dans les deux années

Le numérateur de la colonne 3 inclut le nombre de femmes qui ont reçu un test de dépistage du VIH durant les soins prénataux (MN5=1).

** **Indicateur MICS 91**

les soins prénataux pour leur dernière grossesse qui a donné une naissance dans les deux années précédant l'enquête.

Tableau HA.8: Comportement sexuel qui augmente le risque d'infection par le HIV

Répartition (en %) des femmes âgées de 15-19 ans qui ont eu le rapport sexuel avant 15 ans, des femmes âgées de 20-24 ans qui ont eu le rapport sexuel avant 18 ans et des femmes âgées de 15-24 ans qui ont eu le rapport sexuel avec un homme de 10 ans et plus, Togo, 2006

Caractéristiques	Femmes âgées de 15-19 ans qui ont eu le rapport sexuel avant l'âge de 15 ans *	Nombre de femmes âgées de 15-19 ans	Femmes âgées de 20-24 ans qui ont eu le rapport sexuel avant l'âge de 18 ans	Nombre de femmes âgées de 20-24 ans	Femmes qui ont eu le rapport sexuel les 12 mois précédant l'enquête avec un homme de 10 et plus **	Nombre de femmes qui ont eu le rapport sexuel les 12 mois précédant l'enquête
Région						
Lomé commune	8,5	262	44,9	276	16,9	315
Maritime (sans Lomé commune)	11,7	380	54,0	321	16,2	408
Plateaux	22,1	155	61,1	183	12,0	230
Centrale	12,9	95	56,4	69	17,9	104
Kara	8,1	125	61,8	117	19,9	172
Savanes	14,8	114	55,2	75	11,1	123
Milieu de résidence						
Urbain	7,8	593	46,4	581	17,5	686
Rural	17,5	538	63,5	461	14,0	666
Age						
15-19	12,4	1131		0	10,8	538
20-24		0	54,0	1042	19,1	815
Niveau d'éducation de la femme						
Aucun	15,4	174	68,1	261	19,2	322
Primaire	17,0	415	56,1	369	16,3	494
Secondaire et +	7,9	540	42,5	408	12,9	530
Programme non-formel	(*)	(*)	(*)	(*)	(*)	6
Indice de richesse (quintiles)						
Très pauvre	17,7	135	70,6	136	13,2	186
Pauvre	19,2	174	64,5	139	15,4	207
Moyen	15,6	235	58,9	165	13,5	268
Riche	11,0	261	54,8	263	12,2	328
Très riche	5,4	327	40,0	339	22,3	364
Ethnie du chef de ménage						
Adja-Ewe	12,0	593	52,3	536	13,5	662
Kabye-Tem	11,6	253	53,0	241	14,7	309
Paragourma	12,0	164	54,9	136	16,0	208
Ana-lfe	9,2	40	56,5	31	18,6	39
Akposso/Akébou	27,7	38	56,8	39	17,0	64
Autre togolais	9,4	24	60,7	21	32,1	25
Autre	17,9	20	71,7	39	42,2	46
Total	12,4	1131	54,0	1042	15,8	1352

* Indicateur MICS 84

* Le calcul du nombre de femmes de 15-19 qui ont eu des rapports sexuels avant l'âge de 15 ans est basé sur les réponses à SB1 (SB1<>0 et

** Indicateur MICS 92

** Cet indicateur est calculé seulement pour les femmes qui ont eu des rapports sexuels dans les 12 mois précédant l'enquête (SB1<>0 et SB2U<>4). La différence d'âge entre partenaires sexuels est calculée en utilisant l'âge de l'époux ou concubin (SB4=1) si c'est le dernier partenaire (MA2) ou avec l'âge du partenaire comme reporté à SB5 (SB4>1). Si le répondant a eu plus d'un partenaire dans les 12 mois précédant l'enquête, les réponses relatives à ce partenaire sont aussi utilisées (SB8, SB9). L'âge du partenaire est calculé comme étant 10 ans ou plus que l'âge de la femme si l'une quelconque des trois conditions suivantes est vérifiée:

- Si (SB4=1 ou SB8=1) et MA2<98 et (MA2-WM9)>=10
- Si SB4>1 et SB5<98 et (SB5-WM9)>=10
- Si SB8>1 et SB9<98 et (SB9-WM9)>=10

Tableau HA.9 : Utilisation d'un préservatif lors des derniers rapports sexuels à haut risque

Répartition (en %) des jeunes femmes de 15-24 ans ayant eu des rapports sexuels à haut risque au cours de l'année écoulée et ayant utilisé un préservatif lors de ces derniers rapports sexuels, Togo, 2006

Caractéristiques	Ont déjà eu des rapports sexuels	Ont eu des rapports sexuels au cours des 12 derniers mois	Ont des rapports sexuels avec plusieurs partenaires au cours des 12 derniers mois	Nombre de femmes de 15-24 ans	Pourcentage de femmes ayant eu des rapports sexuels avec un partenaire sans mariage ni partage de domicile*	Nombre de femmes de 15-24 ans ayant eu des rapports sexuels au cours des 12 derniers mois	Pourcentage de femmes ayant utilisé un préservatif lors des derniers rapports sexuels avec un partenaire sans mariage ni partage de domicile**	Nombre de femmes de 15-24 ans ayant eu des rapports sexuels avec un partenaire sans mariage ni partage de domicile au cours des 12 derniers mois
Région								
Lomé commune	68,8	58,6	1,5	537	59,7	315	50,5	188
Maritime (sans Lomé)	69,6	58,2	2,2	702	51,1	408	51,6	209
Plateaux	75,4	68,1	3,2	339	37,2	230	34,9	86
Centrale	72,9	63,5	3,2	164	49,4	104	59,1	52
Kara	80,6	71,1	3,9	242	43,8	172	59,0	75
Savanes	72,0	64,8	5,3	189	29,3	123	40,6	36
Milieu de résidence								
Urbain	68,3	58,5	3,0	1174	60,0	686	56,9	412
Rural	76,4	66,6	2,4	1000	35,0	666	37,6	233
Age								
15-19	52,8	47,5	2,7	1131	66,4	538	51,2	357
20-24	92,9	78,2	2,7	1042	35,3	815	48,3	288
Niveau d'éducation de la femme								
Aucun	83,0	74,1	2,5	435	22,8	322	40,4	73
Primaire	73,2	63,0	1,4	784	39,4	494	37,2	195
Secondaire et +	66,0	55,9	3,9	948	70,5	530	58,8	374
Programme non-formel	81,3	81,3	0,0	7	53,5	6	0,0	3
Indice de richesse (quintiles)								
Très pauvre	75,7	68,5	2,1	271	23,3	186	24,1	43
Pauvre	75,9	66,2	3,4	313	32,9	207	41,7	68
Modeste	77,0	67,1	3,1	400	46,5	268	41,4	125
Riche	74,0	62,5	3,2	524	60,7	328	54,3	199
Très riche	64,1	54,6	2,0	666	57,7	364	58,8	210
Ethnie du chef de ménage								
Adja-Ewe	69,5	58,6	2,1	1128	50,6	662	45,4	335
Kabye-Tem	73,1	62,5	3,2	494	51,7	309	62,6	160
Paragourma	75,9	69,4	4,1	300	34,2	208	47,0	71
Ana-lfe	57,6	54,4	2,9	71	67,7	39	48,2	26
Akposso/Akébou	90,9	83,8	4,2	77	52,7	64	47,7	34
Autre togolais	(*)	(*)	(*)	(*)	(*)	(*)	(*)	9
Autre	(*)	(*)	(*)	(*)	(*)	(*)	(*)	10
Total	72,0	62,2	2,7	2174	47,7	1352	49,9	645

* Indicateur MICS 85

** Indicateur MICS 83; Indicateur OMD 19a

Les numérateurs et dénominateurs sont définis ainsi qu'il suit :

1) Numérateur - Femmes qui ont eu des rapports sexuels (SB1<>0). Dénominateur - colonne 4

2) Numérateur - Femmes qui ont eu des rapport sexuels dans les 12 derniers mois (SB1<>0 et SB2U<4). Dénominateur - colonne 4

3) Numérateur - Femmes qui ont eu plus d'un partenaire SB6=1. Dénominateur - colonne 4

SB8>1). Dénominateur - colonne 6

ou (SB4=1 et SB8>1 et SB7=1)). Dénominateur - colonne 8

Note: Vérifier les tailles d'échantillon pour chaque colonne pour s'assurer qu'il y a suffisamment d'observations pour calculer l'indicateur.

Tableau HA.10: Enfants vulnérables et orphelins

Répartition (en %) des enfants âgés de 0-17 ans dans les ménages ne vivant pas avec un parent biologique ou des enfants qui sont des orphelins, Togo, 2006

Caractéristiques	Ne vit avec aucun des deux parents					Vit avec la mère seule		Vit avec le père seul			Impossible de déterminer	Total	Ne vivant pas avec un parent biologique *	Un ou les deux parents morts **	Nombre d'enfants
	Vit avec les deux parents	Seulement père vivant	Seulement mère vivante	Les deux vivants	Les deux décédés	Père vivant	Père décédé	Mère en vie	Mère décédée						
Sexe															
Masculin	62,5	1,0	2,4	9,7	1,3	11,7	3,9	5,9	1,3	0,4	100	14,4	9,9	7594	
Feminin	59,9	1,3	2,6	14,5	0,8	12,1	4,0	3,3	1,1	0,3	100	19,2	9,8	7128	
Région															
Lomé commune	51,7	1,6	2,4	14,0	1,2	18,6	5,4	4,0	0,4	0,7	100	19,2	11,0	2198	
Maritime (sans Lomé commune)	53,3	1,4	3,3	14,8	1,4	15,2	3,1	6,1	1,2	0,3	100	20,8	10,4	4553	
Plateaux	66,6	0,9	1,5	11,5	0,7	11,4	2,8	3,8	0,6	0,3	100	14,5	6,5	2747	
Centrale	61,4	1,2	3,1	13,9	0,8	7,5	4,4	5,5	1,9	0,4	100	19,0	11,4	1447	
Kara	68,3	1,3	2,1	10,0	0,8	8,1	3,8	3,7	1,8	0,2	100	14,1	9,8	1868	
Savanes	76,3	0,4	2,1	4,7	1,1	4,2	5,7	3,4	1,9	0,2	100	8,3	11,1	1909	
Milieu de résidence															
Urbain	53,9	1,7	3,1	14,7	1,2	15,5	4,4	4,1	0,8	0,6	100	20,7	11,3	5048	
Rural	65,0	0,9	2,1	10,7	1,0	10,0	3,7	4,9	1,4	0,2	100	14,6	9,1	9674	
Age															
0-4 ans	74,9	0,2	0,3	3,2	0,1	17,0	2,2	1,3	0,3	0,4	100	3,8	3,2	3753	
5-9 ans	63,6	1,3	1,9	12,8	0,8	10,4	3,4	4,6	1,1	0,1	100	16,8	8,5	4871	
10-14 ans	53,5	1,5	3,7	16,5	1,4	9,9	5,1	6,5	1,8	0,2	100	23,1	13,6	4254	
15-17 ans	45,0	1,9	5,6	17,8	2,8	10,0	6,4	7,3	1,9	1,3	100	28,1	18,6	1844	
Indice de richesse (quintiles)															
Moyen	54,7	1,4	3,1	14,7	1,2	14,5	3,8	5,0	1,2	0,3	100	20,4	10,8	2976	
Pauvre	68,6	1,0	1,5	9,9	1,0	8,2	3,9	4,4	1,4	0,2	100	13,4	8,8	3206	
Riche	55,2	1,6	2,7	12,2	1,0	15,3	4,3	5,8	1,3	0,5	100	17,6	11,0	2811	
Très pauvre	70,4	0,3	1,7	8,4	0,7	8,1	4,6	4,0	1,4	0,3	100	11,1	8,7	3205	
Très riche	54,4	1,7	3,8	16,1	1,3	14,5	3,0	4,0	0,7	0,5	100	22,9	10,5	2524	
Ethnie du chef de ménage															
Adja-Ewe	53,1	1,3	2,8	14,3	1,3	16,9	3,9	5,2	0,9	0,3	100	19,7	10,3	7109	
Kabye-Tem	65,1	1,0	2,4	11,9	0,8	9,1	3,5	4,6	1,5	0,2	100	16,1	9,2	3285	
Para-Gourma	76,6	0,6	1,7	6,1	0,7	3,6	5,1	3,2	2,0	0,4	100	9,1	10,0	2719	
Ana-lfè	60,5	1,5	2,9	13,5	1,6	9,9	4,8	4,8	0,5	0,2	100	19,5	11,3	437	
Akposso-Akébou	62,0	1,3	2,7	12,6	1,0	12,1	2,5	5,3	0,0	0,6	100	17,6	7,4	443	
Autre togolais	67,1	1,5	3,1	13,6	0,3	2,5	4,2	5,7	2,0	0,0	100	18,5	11,1	388	
Africains	63,9	3,5	1,4	10,9	0,0	13,6	1,6	2,2	0,8	2,0	100	15,8	7,3	318	
Autre	(*)	(*)	(*)	(*)	(*)	(*)	(*)	(*)	(*)	(*)	(*)	(*)	(*)	(*)	12
Manquant	(*)	(*)	(*)	(*)	(*)	(*)	(*)	(*)	(*)	(*)	(*)	(*)	(*)	(*)	11
Total	61,2	1,2	2,5	12,1	1,0	11,9	4,0	4,6	1,2	0,3	100	16,7	9,9	14722	

* Indicateurs MICS 78

* Enfants qui ne vivent pas avec au moins un parents biologique, soit parce que les parents vivent ailleurs soit parce qu'ils sont décédés (HL9=2 ou HL10=00) et (HL11=2 ou HL12=00)

**Indicateur MICS 75

** Enfants pour lesquels l'un ou les deux parents biologiques sont décédés (HL9=2 ou HL11=2).

Le dénominateur de ce tableau est l'effectif des enfants de 0-17 ans enquêtés dans la liste des ménages

Tableau HA.11: Prévalence de état d'orphelin et vulnérabilité parmi les enfants

Répartition (en %) des enfants de 0-17 ans orphelins ou vulnérables du fait du SIDA, Togo, 2006

Caractéristiques	Parent chroniquement malade	Adulte décédé dans le ménage	Adulte Chroniquement malade dans le ménage	Enfants vulnérables*	L'un ou les deux parents sont décédés**	Enfants orphelins et vulnérables	Nombre d'enfants de 0-17 ans
Sexe							
Masculin	1,0	1,5	7,0	8,9	9,9	17,3	7594
Feminin	1,2	1,5	7,7	9,5	9,8	18,1	7128
Région							
Lomé commune	0,9	1,0	4,1	5,3	11,0	15,0	2198
Maritime (sans Lomé commune)	2,3	2,0	12,9	15,7	10,4	24,3	4553
Plateaux	0,5	0,8	4,8	5,8	6,5	11,8	2747
Centrale	1,1	1,9	6,9	9,7	11,4	19,0	1447
Kara	0,4	1,3	5,7	6,8	9,8	15,6	1868
Savanes	0,2	1,9	3,2	4,9	11,1	14,6	1909
Milieu de résidence							
Urbain	0,9	0,8	5,3	6,4	11,3	16,5	5048
Rural	1,2	1,9	8,4	10,7	9,1	18,4	9674
Age							
0-11 mois	0,5	1,2	5,3	6,3	3,2	9,1	3753
12-23 mois	1,1	1,7	7,8	9,9	8,5	17,2	4871
24-35 mois	1,4	1,5	8,2	10,4	13,6	22,2	4254
36-47 mois	1,8	1,6	7,9	10,5	18,6	26,3	1844
48-59 mois							
Indice de richesse (quintiles)	1,3	1,8	9,4	11,5	8,7	19,0	3205
Très pauvre	1,0	2,4	8,0	10,6	8,8	17,8	3206
Pauvre	1,2	1,2	8,2	10,2	10,8	19,2	2976
Moyen	0,9	1,1	5,7	6,9	11,0	16,8	2811
Riche	1,2	0,8	4,4	5,8	10,5	15,1	2524
Très riche							
Ethnie du chef de ménage	1,5	1,5	9,7	11,7	10,3	20,6	7109
Adja-Ewe	0,9	1,7	7,1	9,2	9,2	17,2	3285
Kabye-Tem	0,3	1,2	2,5	3,8	10,0	12,7	2719
Paragourma	0,1	1,1	8,0	8,5	11,3	17,6	437
Ana-Ife	1,8	0,9	4,9	7,5	7,4	13,9	443
Akposso/Akébou	1,3	3,3	5,1	8,8	11,1	16,9	388
Autre togolais	1,1	0,0	1,9	3,0	7,3	8,7	318
Autre	(*)	(*)	(*)	(*)	(*)	(*)	12
Manquant	(*)	(*)	(*)	(*)	(*)	(*)	11
Total	1,1	1,5	7,3	9,2	9,9	17,7	14722

* Indicateur MICS 76

* Voir (4) en bas

** Indicateur 75

** Voir (5) en bas.

Les colonnes de cette table sont produites ainsi qu'il suit :

- 1) L'un des parents a été chroniquement malade pendant 3 mois au cours des 12 mois précédant l'enquête (HL10A=1 ou HL12A=1 pour cet enfant donné)
- 2) Décès d'un adulte dans le ménage après une maladie chronique de 3 mois au cours des 12 mois précédant l'enquête (OV4=1)
- 3) Un adulte dans le ménage a été malade pendant 3 mois au cours des 12 mois précédant l'enquête (HL5=15-59 et HL8A=1 pour un membre quelconque du ménage).
- 4) Un enfant vulnérable est défini comme un enfant vivant dans un ménage où l'une quelconque de ces 3 précédentes conditions est vérifiée
- 5) Un enfant est orphelin si l'un ou ses deux parents biologiques sont décédés (HL9=2 ou HL11=2 pour cet enfant donné).
- 6) Les enfants orphelins ou vulnérables sont ceux définis dans les colonnes 4 ou 5.
- 7) Nombre total d'enfants de 0-17 ans enquêtés dans la liste des ménages.

Note: Ne pas considérer les variables contextuelles si les tailles d'échantillons sont trop petites.

Un orphelin c'est un enfant de 0-17 ans qui a perdu l'un ou ses deux parents biologiques

Tableau HA.12 : Fréquentation scolaire des enfants orphelins et vulnérables

Fréquentation scolaire des enfants de 10-14 ans en fonction de leur état d'orphelins ou de vulnérabilité dû au SIDA, Togo, 2006

Caractéristiques	Pourcentage d'enfants dont le père et la mère sont décédés	Taux de fréquentation scolaire d'enfants dont le père et la mère sont décédés	Pourcentage d'enfants dont le père et la mère sont vivants et l'enfant vit au moins avec un des parents	Taux de fréquentation scolaire des enfants dont les deux parents sont vivants et l'enfant vit avec au moins l'un des parents	Ratio de fréquentation scolaire des orphelins de père et mère sur les enfants dont les parents sont vivants*	Pourcentage des enfants orphelins et vulnérables	Fréquentation scolaire des enfants orphelins et vulnérables	Pourcentage des enfants qui ne sont ni orphelins ni vulnérables	Fréquentation scolaire des enfants qui ne sont ni orphelins ni vulnérables	Ratio de fréquentation scolaire des enfants 'orphelins et vulnérables' sur les enfants 'ni orphelins ni vulnérables'	Nombre total d'enfants de 10-14 ans
Sexe											
Masculin	1,5	77,6	73,8	85,6	0,9	21,8	84,8	78,2	85,7	1,0	2115
Feminin	1,3	74,9	65,8	77,2	1,0	22,6	76,2	77,4	74,2	1,0	2139
Région											
Lomé commune	1,5	72,4	61,0	95,2	0,8	20,4	85,9	79,6	90,6	0,9	561
Maritime (sans Lomé)	1,8	84,2	67,4	91,7	0,9	29,2	86,6	70,8	87,9	1,0	1342
Plateaux	0,7	100,0	74,6	84,5	1,2	13,6	82,1	86,4	83,8	1,0	837
Centrale	1,2	55,2	66,3	84,3	0,7	23,7	81,1	76,3	83,2	1,0	434
Kara	1,1	61,0	73,3	71,0	0,9	20,4	80,4	79,6	71,1	1,1	542
Savanes	2,2	69,3	76,6	52,2	1,3	20,5	50,1	79,5	50,9	1,0	538
Milieu de résidence											
Urbain	1,5	73,8	62,4	94,7	0,8	21,9	84,8	78,1	88,0	1,0	1425
Rural	1,4	77,7	73,5	76,0	1,0	22,3	78,2	77,7	75,9	1,0	2828
Indice de richesse (quintiles)											
Très pauvre	0,8	58,6	75,0	66,5	0,9	23,5	71,9	76,5	66,1	1,1	900
Pauvre	1,7	71,2	76,2	73,6	1,0	21,2	76,4	78,8	73,6	1,0	926
Moyen	1,5	86,8	68,0	85,5	1,0	24,0	86,1	76,0	83,8	1,0	915
Riche	1,5	77,7	67,5	95,5	0,8	21,3	85,8	78,7	91,7	0,9	820
Très riche	1,7	80,4	59,5	95,5	0,8	20,5	82,9	79,5	87,0	1,0	693
Ethnie du chef de ménage											
Adja-Ewe	1,7	82,4	67,1	90,9	0,9	25,3	85,0	74,7	88,4	1,0	2088
Kabye-Tem	1,0	48,9	71,2	86,0	0,6	20,9	87,5	79,1	84,5	1,0	937
Para-Gourma	1,5	75,2	76,9	56,1	1,3	17,1	51,7	82,9	55,8	0,9	764
Ana-Ifè	2,0	82,9	65,3	79,9	1,0	19,8	78,1	80,2	76,7	1,0	143
Akposso-Akébou	1,9	100,0	69,7	92,2	1,1	18,0	91,6	82,0	89,4	1,0	126
Autre togolais	0,0		67,7	58,0		21,1	64,8	78,9	60,1	1,1	116
Africains	0,0		63,3	86,5		17,3	87,5	82,7	80,1	1,1	73
Autre	(*)	(*)	(*)	(*)	(*)	(*)	(*)	(*)	(*)	(*)	4
Manquant	(*)	(*)	(*)	(*)	(*)	(*)	(*)	(*)	(*)	(*)	3
Total	1,4	76,4	69,8	81,6	0,9	22,2	80,4	77,8	80,0	1,0	4254

* Indicateur MICS 77 ; Indicateur OMD 20

Tableau HA.13: Soutien des enfants orphelins et vulnérables dû au SIDA

Répartition (en %) des enfants âgés de 0-17 ans orphelins ou vulnérables dû au SIDA dont le ménage a reçu de l'aide extérieure pour s'occuper de l'enfant, Togo, 2006

Caractéristiques	Pourcentage d'enfants orphelins et vulnérables dont le ménage a reçu :							Nombre d'enfants orphelins ou vulnérables de 0-17 ans
	Un soutien médical (au cours des 12 derniers mois)	Un soutien émotionnel et psychosocial (au cours des 3 derniers mois)	Un soutien social/matériel (au cours des 3 derniers mois)	Un soutien relatif à l'éducation des enfants (au cours des 12 derniers mois)	Tout autre soutien*	Tous les types de soutien	Pas de soutien du tout	
Sexe								
Masculin	2,7	2,0	0,9	1,5	6,1	0,1	93,9	1315
Feminin	2,2	2,0	1,8	2,0	5,8	0,2	94,2	1293
Région								
Lomé commune	0,4	2,3	0,6	1,6	4,3	0,0	95,7	330
Maritime (sans Lomé cc)	1,4	2,5	1,2	1,4	5,3	0,2	94,7	1108
Plateaux	2,9	0,0	0,0	0,0	2,9	0,0	97,1	324
Centrale	5,2	1,1	2,5	2,5	7,9	0,1	92,1	275
Kara	3,5	3,7	3,4	3,7	12,3	0,0	87,7	292
Savanes	4,4	0,7	1,2	2,7	5,7	0,5	94,3	279
Milieu de résidence								
Urbain	2,3	3,0	1,0	1,8	6,8	0,0	93,2	831
Rural	2,5	1,5	1,5	1,7	5,6	0,3	94,4	1777
Age								
0-4 ans	2,8	2,5	1,6	0,0	5,7	0,0	94,3	342
5-9 ans	2,6	1,9	1,3	2,3	6,8	0,3	93,2	838
10-14 ans	2,3	1,8	1,3	2,0	5,6	0,2	94,4	944
15-17 ans	2,2	2,1	1,3	1,6	5,4	0,0	94,6	485
Indice de richesse (quintiles)								
Très pauvre	2,2	2,2	1,2	1,7	5,7	0,2	94,3	610
Pauvre	2,1	0,5	0,4	0,4	3,1	0,0	96,9	571
Moyen	3,7	2,3	2,3	2,8	8,2	0,5	91,8	572
Riche	2,2	1,4	1,1	2,1	5,7	0,0	94,3	473
Très riche	1,7	4,0	1,9	1,8	7,7	0,0	92,3	382
Ethnie du chef de ménage								
Adja-Ewe	0,9	2,2	0,9	1,1	4,1	0,2	95,9	1463
Kabye-Tem	4,8	2,1	2,2	2,2	9,6	0,0	90,4	564
Para-Gourma	3,6	1,3	1,4	3,0	6,2	0,4	93,8	346
Ana-Ifè	5,3	0,0	1,9	1,9	5,3	0,0	94,7	77
Akposso-Akébou	8,1	2,6	0,0	0,0	10,6	0,0	89,4	61
Autre togolais	4,1	0,9	3,2	1,2	6,1	0,0	93,9	66
Africains	0,0	2,3	2,3	18,7	21,0	0,0	79,0	28
Autre	(*)	(*)	(*)	(*)	(*)	(*)	(*)	3
Total	2,4	2,0	1,4	1,8	6,0	0,2	94,0	2608

* Indicateur MICS 81

* Le soutien aux enfants orphelins et rendus vulnérables du fait du SIDA est défini en fonction des 4 colonnes précédentes

Chaque colonne du tableau est calculée ainsi qu'il suit :

- 1) Soutien médical au cours des 12 derniers mois, OV10=1
 - 2) Soutien émotionnel au cours des 3 derniers mois, OV12=1
 - 3) Soutien matériel et social au cours des 3 derniers mois, OV14=1 ou OV16=1
 - 4) Assistance en matière d'éducation au cours des 12 derniers mois, OV18=1 (matière d'éducation) pour les enfants de 0-4 ans, (matière d'éducation) pour les enfants de 0-4 ans.
 - 7) 'Pas de soutien' est basé sur les enfants vivant dans des ménages qui n'ont reçu aucun des 4 types de soutien.
- la colonne (6) du tableau HA.11.

Note: Ne pas considérer les variables contextuelles si les tailles d'échantillons sont trop petites.

Les enfants orphelins et vulnérables du fait du SIDA comprennent les enfants dont le père ou la mère est décédé (quelle que soit la cause), qui vivent dans un ménage avec un adulte chroniquement malade, dont les parents sont chroniquement malades ou qui vivent dans un ménage où un adulte qui était chroniquement malade est décédé au cours des 12 derniers mois.

Tableau HA.14: Malnutrition chez les enfants orphelins et vulnérables

Répartition (en %) des enfants de 0-4 ans qui ont une faiblesse de poids modérée ou sévère, qui connaissent un retard de croissance ou sont émaciés par état d'orphelin et de vulnérabilité du fait du SIDA, Togo, 2006

Statut	Pourcentage d'enfants de 0-4 ans qui, modérément ou sévèrement :			Nombre d'enfants de 0-4 ans
	Ont un faible poids	Ont un retard de croissance	Sont émaciés	
Orphelin	16,0	22,5	7,3	98
Vulnérable	35,6	27,5	19,1	197
Orphelin ou vulnérable	29,5	25,6	15,4	282
N'est pas orphelin ou vulnérable	25,7	23,5	14,2	3155
Total	26,0	23,7	14,3	3437
Ratio OVC sur non-OVC*	1,15	1,09	1,08	

*** Indicateur MICS 79**

* Le ratio enfants 'orphelins et vulnérables' (OVC -- ligne 3) sur enfants qui 'ne sont pas orphelins ou vulnérables' (non-OVC -- ligne 4) est calculé en divisant le pourcentage d'enfants 'orphelins ou vulnérables' qui avaient un faible poids, ont un retard de croissance ou sont émaciés par le pourcentage d'enfants qui n'ont pas un faible poids, n'ont pas un retard de croissance ni sont émaciés, respectivement

Note: Évaluer les tailles d'échantillons pour les catégories d'enfants orphelins ou vulnérables pour s'assurer qu'elles sont suffisamment importantes pour permettre le calcul d'estimations fiables.

Le statut d'enfant orphelin ou vulnérable est calculé comme défini à la colonne (6) du tableau HA.11

Pour les définitions de 'modérément ou sévèrement concernant le faible poids, le retard de croissance, etc se référer au tableau NU.1

Les enfants orphelins et vulnérables du fait du SIDA (OVC) incluent les enfants dont la mère ou le père est décédé (quelle que soit la cause), qui vivent dans un ménage avec un adulte chroniquement malade, dont les parents sont chroniquement malades ou qui vivent dans un ménage où un adulte chroniquement malade est décédé au cours des 12 derniers mois.

Un orphelin est un enfant de 0-17 ans qui a perdu l'un ou ses deux parents. Les enfants à la fois orphelins et vulnérables apparaîtront dans la colonne 'vulnérable'.

Tableau HA.15: Comportement sexuel chez les jeunes femmes par statut d'orphelin et de vulnérabilité du fait du SIDA.

Répartition (en %) des jeunes femmes de 15-17ans qui ont eu des rapports sexuels avant l'âge de 15 ans par statut de vulnérabilité et de survie des parents, Togo, 2006

Statut	Pourcentage de jeunes femmes de 15-17 ans qui ont eu des rapports sexuels avant l'âge de 15 ans	Nombre de jeunes femmes de 15-17 ans
Orphelin	7,2	126
Vulnérable	13,2	58
Orphelin ou vulnérable	9,9	169
N'est pas orphelin ou vulnérable	14,8	488
Total	13,6	657
Ratio OVC sur non-OVC*	0,7	

*** Indicateur MICS 80**

* Le ratio des enfants orphelins et vulnérables (OVC -- ligne 3) sur les enfants qui ne sont pas orphelins et vulnérables (non-OVC -- ligne 4) est calculé en divisant le pourcentage d'enfants orphelins ou vulnérables qui ont eu des rapports sexuels avant l'âge de 15 ans par le pourcentage des enfants qui ne sont pas orphelins ou vulnérables qui ont eu des rapports sexuels avant l'âge de 15 ans

Note: Évaluer les tailles d'échantillons pour les catégories d'enfants orphelins ou vulnérables pour s'assurer qu'elles sont suffisamment importantes pour permettre le calcul d'estimations fiables.

Le statut d'enfant orphelin et vulnérable est calculé comme défini à la colonne (6) du tableau HA.11

Les enfants de 15-17 ans qui ont eu des rapports sexuels avant l'âge de 15 ans sont déterminés comme défini à la colonne (1) du tableau HA.8

Les enfants orphelins et vulnérables du fait du SIDA (OVC) incluent les enfants dont la mère ou le père est décédé (quelle que soit la cause), qui vivent dans un ménage avec un adulte chroniquement malade, dont les parents sont chroniquement malades, ou qui vivent dans un ménage où un adulte qui était chroniquement malade est décédé au cours des 12 derniers mois.

Un orphelin est un enfant de 0-17 ans qui a perdu l'un ou ses deux parents. Les enfants qui sont à la fois orphelins et vulnérables apparaîtront dans la colonne "vulnérables".

Les enfants vulnérables du fait du SIDA incluent les enfants qui vivent dans un ménage avec un adulte chroniquement malade, dont les parents sont chroniquement malades, ou qui vivent dans un ménage où un adulte qui était chroniquement malade est décédé au cours des 12 derniers mois.

ANNEXES

ANNEXE A : CONCEPTION D'UN ECHANTILLON

L'Enquête par Grappe à Indicateur Multiple (MICS3) qui va être réalisée au Togo est la troisième édition d'une série d'enquêtes organisées sous l'égide de l'UNICEF aux fins d'évaluer par période de cinq années, les conditions de vie de l'enfant et de la femme. L'enquête MICS3 est comme les précédentes, une enquête par sondage aléatoire à couverture nationale. Son exécution est assurée par la Direction Générale de la Statistique et de la Comptabilité Nationale en coopération avec le bureau de l'UNICEF au Togo et des représentants d'autres partenaires au développement du Togo.

Le présent document technique rend compte des travaux réalisés au titre de l'élaboration du plan de sondage de l'enquête et des résultats du tirage de l'échantillon des unités primaires. Il est le produit d'un appui technique réalisé dans le cadre d'une consultation effectuée du 21 au 27 octobre 2005. La consultation n'a pas porté sur les questions d'estimation ou de calcul des erreurs de sondage. Ces questions seront abordées lors d'une consultation ultérieure.

1. Introduction

l'Enquête par Grappe à Indicateur Multiple (MICS3) de 2005 est réalisée au moyen d'un sondage probabiliste, ce qui rend possibles l'extrapolation des résultats de l'échantillon observé à l'ensemble de l'univers sondé ainsi que le calcul des erreurs de sondage en terme de coefficient de variation ou d'intervalle de confiance.

Il est fait appel à un sondage aréolaire à deux degrés avec stratification au premier degré. Les unités statistiques du premier degré ou unités primaires sont les zones de dénombrement (ZD) définies lors des travaux cartographiques censitaires réalisés en 1996 pour le milieu rural et en 1997 pour le milieu urbain. Elles forment la base de sondage du premier degré du sondage.

Un échantillon de zones de dénombrement est tiré au premier degré. Les unités statistiques du deuxième degré ou unités secondaires sont constituées par les ménages des zones de dénombrement tirées au premier degré. Elles définissent la base de sondage du deuxième degré du sondage.

2. Base de sondage du premier degré

Le Togo est subdivisé en 5 régions administratives et chaque région est subdivisée en préfectures se composant de villes pour le milieu urbain et de cantons pour le milieu rural. Des travaux cartographiques censitaires réalisés en 1996 et en 1997 préalablement au recensement national de l'agriculture de 1996 et au projet de recensement général de la population et de l'habitat de 1997 ont fourni une subdivision du territoire national en zones de dénombrement. Les zones de dénombrement sont des unités aréolaires distinctes, non vides et qui recouvrent l'ensemble du pays. Elles forment une partition du territoire national habité et sont constituées de manière à contenir chacune, environ un millier d'habitants. Les travaux cartographiques ont également permis des estimations de l'effectif de la population pour chaque zone de dénombrement.

Au total, 4 618 zones de dénombrement ont été constituées et la population totale estimée à 4 247 832 habitants. La liste des zones de dénombrement avec leurs caractéristiques constitue la base de sondage du premier degré de l'enquête. Les principales caractéristiques de la zone de dénombrement contenues dans la base de sondage sont :

- le code de la région ;
- le nom de la région ;
- le code de la préfecture (ou de l'arrondissement pour Lomé) ;
- le nom de la préfecture (ou de l'arrondissement Lomé) ;
- le code du canton (de la ville ou du quartier pour Lomé) ;
- le nom du canton (de la ville ou du quartier pour Lomé) ;

- le code de la zone de dénombrement ;
- le nom du village (ou du quartier urbain) ;
- le milieu de résidence ;
- l'effectif de la population.

La Direction de la Démographie et des Statistiques Sociales de la Direction Générale de la Statistique et de la Comptabilité Nationale possède un fichier informatique en Excel de cette base de sondage. Lors de l'élaboration en 2003, du plan de sondage de l'enquête QUIBB, la base de sondage a été légèrement restructurée et on en possède depuis un fichier en Access. Le tableau 1 donne les principales caractéristiques de cette base de sondage.

Les nouveaux fichiers Excel et Access comportent l'essentiel de ce qui est exigé d'une base de sondage pour l'élaboration du plan de sondage de cette enquête MICS3. Cependant, ils ne comportent pas l'effectif des ménages par zone de dénombrement, ce qui constitue un inconvénient toutefois surmontable, car l'effectif des ménages de la zone de dénombrement est une variable plus stable que l'effectif de la population de la zone de dénombrement lorsque ces deux variables proviennent de travaux cartographiques.

Tableau 1 : Structure de la base de sondage des zones de dénombrement (ZD)

Code de la région	Nom de la région	Effectif des préfectures ou arrondissements de Lomé	Effectif des cantons ou quartiers de Lomé	Effectif des ZD	Proportion des ZD (%)	Effectif de la population	Proportion de la population (%)
1	Région Maritime	11	128	1 852	40,1	1 750 471	41,2
2	Région des Plateaux	9	95	1 064	23,0	965 640	22,7
3	Région Centrale	4	36	489	10,6	435 702	10,3
4	Région de la Kara	7	61	607	13,1	564 683	13,3
5	Région des Savanes	4	56	606	13,1	531 336	12,5
Ensemble du pays		35	376	4 618	100,0	4 247 832	100,0

3. Base de sondage du deuxième degré

Les ménages des zones de dénombrement tirées au premier degré constituent la base de sondage du deuxième degré de ce plan de sondage. Si les travaux cartographiques censitaires étaient récents, la base de sondage du deuxième degré de l'enquête MICS3 pourrait être extraite de la base globale des ménages dès la connaissance de l'identité des ZD tirées au premier degré. Mais en 2005, l'identité et la localisation des ménages d'une ZD ainsi que leur effectif ont dû connaître bien des changements. C'est pourquoi une observation nouvelle des ménages s'avère nécessaire dans chacune des ZD tirées au premier degré. Cette nouvelle collecte des données sera axée sur la localisation, l'identité et la taille de chaque ménage de la ZD enquêtée. Cette actualisation de la base des ménages pour les seules ZD de l'échantillon du premier degré est vue comme une véritable pré-enquête distincte avec des équipes propres de superviseurs, de contrôleurs et d'enquêteurs.

4. Domaines d'étude et strates

Un domaine d'étude est une partie de l'univers sondé pour laquelle sont recherchés des résultats significatifs, c'est-à-dire des estimations séparées et d'une précision suffisante. Dans le cas de l'enquête MICS3 du Togo, 5 principaux domaines d'étude sont envisagés au départ, à savoir les 5 régions administratives.

Les 5 domaines d'étude qui se confondent avec les 5 régions administratives correspondent grosso modo aux zones d'action des institutions ou ONG qui interviennent dans le domaine social au Togo. Cependant, la ville de Lomé et sa périphérie sont généralement considérées comme constituant une zone d'intervention particulière. C'est pourquoi cet espace urbain a été traité comme un domaine d'étude à part, non pas seulement pour tenir compte de sa spécificité de capitale, mais aussi en raison de son poids, soit 20,1 % de la population nationale ou 48,6 % de la population de la Région Maritime. Finalement, 6 domaines d'étude sont retenus, la Région Maritime étant subdivisée en deux domaines d'étude : la ville de Lomé et sa périphérie, d'une part, le reste du milieu urbain et le milieu rural de la région, d'autre part.

Le critère de stratification retenu pour cette enquête est le milieu de résidence, ce qui permet de séparer les ménages ruraux des ménages urbains dans chaque région, les enquêtes socio-économiques auprès des ménages ayant montré bien souvent que les ménages d'un même milieu de résidence se révèlent plus homogènes.

La prise en compte de ce critère de stratification a conduit à la définition de 12 strates à raison de deux par domaine d'étude. Le tableau 2 ci-après présente les caractéristiques de définition des 6 domaines d'étude et des 12 strates.

Tableau 2 : Caractéristiques de définition des domaines d'étude et des strates

Domaine d'étude		Code de la région	Code de la strate	Dénomination de la strate
Code	Dénomination			
1	Lomé et Périphérie	1	11	Lomé
		1	12	Périphérie de Lomé
2	Reste de la Région Maritime	1	13	Autre milieu urbain de la Région Maritime
		1	14	Milieu rural
3	Région des Plateaux	2	21	Milieu urbain
		2	22	Milieu rural
4	Région Centrale	3	31	Milieu urbain
		3	32	Milieu rural
5	Région de la Kara	4	41	Milieu urbain
		4	42	Milieu rural
6	Région des Savanes	5	51	Milieu urbain
		5	52	Milieu rural

La périphérie de la ville de Lomé est constituée par la partie urbaine de la préfecture du Golfe. Bien qu'elle ne fasse pas partie administrativement de la ville de Lomé, elle est pratiquement vue comme telle et ses habitants se considèrent des habitants de la capitale. Elle constitue un

espace qui compte un effectif de 216 034 habitants, soit 5,1 % de la population nationale. Les conditions de vie de cette périphérie sont présumées différentes de celles de la population de la ville de Lomé ainsi que de celles du reste du milieu urbain de la Région Maritime. En particulier, l'accès à l'eau potable et à l'électricité ainsi que l'éloignement des individus du centre de la capitale font de cet espace, un groupe particulier de population. C'est pourquoi il a été retenu de l'étudier à part en en faisant une strate.

5. Taille de l'échantillon national des ménages

Quelle taille n retenir pour l'échantillon national des ménages ? L'enquête MICS3 porte sur l'observation d'un grand nombre d'indicateurs de condition de vie concernant les enfants et les femmes. Pour une précision d'estimation donnée et pour une structure de sondage donnée, il correspond à chaque indicateur une taille d'échantillon. C'est la taille minimum qui assure la précision retenue. Chaque indicateur possède donc sa taille d'échantillon. Mais comme l'enquête n'utilise qu'un seul échantillon, on convient de choisir parmi les indicateurs à observer, celui qui requiert la taille d'échantillon la plus grande.

Dans les documents techniques de l'UNICEF présentés dans le premier atelier sur le MICS3 organisé à Dakar, du 13 au 18 juin 2005, il est recommandé de considérer parmi les sous-populations observées dans l'enquête, celle qui représente la plus faible proportion d'individus. Il s'agit de la sous-population des enfants de 12 mois à 23 mois qui représente selon les pays, 3 % à 5 % de la population totale. La raison est que la taille d'échantillon qui satisfait les exigences de précision pour l'estimation d'un indicateur-clé parmi les indicateurs recherchés pour cette population-cible, sera la plus grande taille possible. Et cette taille d'échantillon satisfera ipso facto les exigences de précision d'estimation pour tout indicateur de toute sous-population représentant une proportion plus élevée dans la population sondée. Parmi les indicateurs recherchés sur la population des enfants de 12 mois à 23 mois (taux de couverture vaccinale pour le DTCoq, la rougeole, le BCG ou la poliomyélite), l'indicateur-clé sera de préférence le taux de couverture vaccinale le plus faible attendu.

La taille n de l'échantillon national des ménages est déterminée par la formule ci-après :

$$n = \frac{4r(1-r)fw}{e^2 r^2 pt}$$

Les termes de la fraction du 2^e membre de l'équation sont définis ou justifiés comme suit :

- 4 est le facteur qui traduit un niveau de confiance de 0,95 pour les intervalles de confiance acceptés (en réalité la vraie valeur de ce facteur est le carré du nombre 1,96 que l'on arrondit à 4) ;
- r est le taux de couverture vaccinale pour l'indicateur-clé retenu ;
- f est l'effet du plan de sondage ou l'effet de la structure de sondage : il s'agit d'un coefficient de redressement pour tenir compte de l'utilisation d'un plan de sondage complexe par rapport au sondage aléatoire simple ;
- w est le facteur de correction qui tient compte des cas de non réponse potentiels de l'enquête ;
- e est l'erreur relative de niveau de confiance 0,95 que l'on est disposé à tolérer ;
- p est la proportion de la sous-population cible des enfants des 12 mois à 23 mois ;
- t est la taille moyenne des ménages au niveau national.

Données retenues pour la détermination de la taille n

Pour les principales vaccinations touchant la sous-population des enfants des 12 mois à 23 mois, les taux de couverture observés lors de l'enquête MICS2 en 2000 et les taux de

couverture attendus par le Programme Elargi de Vaccination du Togo pour 2005 se présentent comme suit.

	Taux observés en 2000	Taux attendus en 2005
DTC0q3	56,6 %	80 %
Rougeole	56,7 %	80 %
Polio3	57,2 %	80 %
BCG	81,4 %	80 %
Toutes vaccinations	40,8 %	-

Le niveau très élevé des taux de couverture vaccinale pour les principales vaccinations met quelque peu en défaut la méthode de détermination de la taille n. Il est entendu que la méthode vaut plutôt pour des niveaux de couverture attendus plus petits. Avec les résultats de l'enquête MICS2 de 2000, on peut faire l'hypothèse que l'ensemble des vaccinations aura un taux de couverture de 50 % en 2005 après avoir atteint le niveau de 40,8 % en 2000. Le taux de couverture de l'ensemble des vaccinations est l'indicateur-clé retenu avec $r = 0,50$.

Les valeurs suivantes sont retenues pour les différentes variables :

- $r = 0,50$
- $f = 3$ (une étude récente sur un pays de la région indique que cette variable a une valeur de l'ordre de 3)
- $w = 1,06$ (on anticipe 6 % de cas de non réponse)
- $e = 0,12$ (on est disposé à tolérer une erreur relative de 12 % à un niveau de confiance de 0,95)
- $p = 0,035$
- $t = 5,4$

On obtient pour la taille n de l'échantillon national des ménages la valeur 4674. Si le plan de sondage de l'enquête ne prévoyait pas de domaine d'étude, un échantillon de 4674 ménages au niveau national est suffisant pour satisfaire les exigences de précision de l'enquête. Cette taille d'échantillon demeurera toujours suffisante si le plan de sondage ne prévoit pas plus de 4 domaines d'étude, étant entendu qu'un plan de sondage doit allouer à chaque domaine d'étude un sous-échantillon de 800 à 1200 ménages pour être un plan efficace. La valeur de la taille n doit donc être corrigée pour être portée à 6000 au moins si l'on tient compte des 6 domaines d'étude retenus par le plan de sondage de l'enquête. Il a été convenu avec les acteurs de l'organisation de l'enquête MICS3 de considérer un échantillon de 6600 ménages.

6. Modes de tirage

Les tirages des échantillons sont mis en œuvre de façon indépendante d'une strate à l'autre. Les unités primaires (ou zones de dénombrement) sont tirées selon le mode de tirage systématique avec probabilités proportionnelles aux tailles des unités, un cas particulier de tirage avec probabilités inégales et sans remise. La probabilité de sortie d'une ZD à chaque tirage est choisie proportionnelle à la taille de la ZD, taille définie par l'effectif de la population de la ZD. La taille de l'échantillon des ZD est choisie égale à 300 au niveau national.

Pour les tirages du deuxième degré, c'est-à-dire les tirages des unités secondaires (ou ménages), il est fait appel à un sondage aléatoire simple sans remise. Les ménages sont donc tirés avec probabilités égales et sans remise. Pour des questions de commodité dans les estimations, on n'utilisera pas ici le tirage systématique avec probabilités égales à la place du sondage aléatoire simple sans remise.

Un nombre constant de ménages est prélevé dans chaque ZD-unité primaire de l'échantillon du premier degré. Ce nombre est choisi égal à 22, ce qui conduit à l'échantillon global de 6600 ménages envisagé.

Le plan de sondage défini par les modes de tirage retenus pour les deux degrés induit un échantillon auto-pondéré, ce qui signifie que toutes les unités secondaires (ou ménages) ont la

même probabilité d'appartenir à l'échantillon. L'avantage d'un tel échantillon est de simplifier les estimations puisqu'une moyenne d'échantillon d'une strate estime sans biais la moyenne correspondante de la strate. Mais malheureusement, cet avantage d'un échantillon auto-pondéré ne va pas jouer ici à cause de l'utilisation simultanée dans les estimations, de valeurs anciennes et de valeurs actualisées de la taille des ZD. Mais, cela ne constitue aucunement une difficulté pour la mise en œuvre des estimations, en raison de la puissance des outils de calcul dont nous disposons aujourd'hui.

7. Répartition des échantillons des unités primaires et des ménages

7.1 Répartition de l'échantillon des unités primaires entre les domaines d'étude

Le taux de sondage du premier degré n'est pas uniforme vis-à-vis des 6 domaines d'étude retenus. La répartition de l'échantillon des 300 ZD selon le domaine d'étude n'est donc pas proportionnelle à la taille des domaines d'étude. La nécessité de sur-échantillonner certains des domaines d'étude en est la raison.

Certains domaines d'étude sont plus faiblement représentés que d'autres dans l'univers sondé. Il en résulte qu'une répartition proportionnelle de l'échantillon des ZD entre les domaines d'étude ne garantit pas des estimations d'une précision acceptable pour certains des domaines d'étude faiblement représentés. Ainsi, la Région Centrale, la Région de la Kara et la Région des Savanes sont sur-échantillonnées. D'un autre côté, le domaine d'étude constitué de la ville de Lomé et de sa périphérie est également sur-échantillonné parce qu'il représente un grand espace urbain dont les ménages sont présumés peu homogènes, avec pour conséquence une plus forte dispersion pour les variables d'observation. D'avoir sur-échantillonné ce domaine d'étude permet d'atténuer la dispersion des variables d'observation en réduisant les variances estimées y relatives. Le tableau 3 présente la répartition retenue pour l'échantillon des 300 unités primaires entre les 6 domaines d'étude.

7.2 Répartition de l'échantillon des unités primaires entre les strates d'un domaine d'étude

Pour chaque domaine d'étude, il est fait appel à un sondage stratifié représentatif au premier degré. Autrement dit, le sous-échantillon des unités primaires de chacun des domaines d'étude est réparti entre les strates proportionnellement à la taille. Il n'a pas été possible de faire appel à l'une des répartitions optimales des sous-échantillons des unités primaires dans les domaines d'étude faute de disposer de données sur la dispersion des variables au niveau des strates. Le tableau 3 présente la répartition des sous-échantillons d'unités primaires au sein des domaines d'étude ainsi que le taux de sondage du 1^{er} degré.

On observe bien que le taux de sondage du 1^{er} degré est bien uniforme au sein de chaque domaine d'étude. Au niveau national, le taux de sondage du 1^{er} degré est de 0,06, ce qui correspond à l'observation en moyenne, de 6 unités primaires sur 100. Pour les domaines d'étude sur-échantillonnés, le taux est égal à 0,07 ou 0,08. Il est égal à 0,05 pour les 2 domaines d'étude sous-échantillonnés.

Tableau 3 : Structure de la base de sondage et de l'échantillon du 1^{er} degré

Dénomination du domaine d'étude	Dénomination de la strate	Effectif des ZD	Proportion des ZD %	Effectif de la population %	Proportion de la population	Répartition des 300 ZD par domaine d'étude			Répartition des ZD d'un domaine d'étude (répartition proportionnelle à la taille en ZD des strates)	Taux de sondage du 1 ^{er} degré
						Répartition proportionnelle à la taille en nombre de ZD	Répartition corrigée			
							Effectif	Effectif		
Lomé et Périphérie	Lomé	644	13,9	635 248	15,0				48	0,074
	Périphérie de Lomé	223	4,8	216 034	5,1				16	0,074
Sous-ensemble de Lomé		867	18,8	851 282	20,0	56	64	21,3	64	0,074
Région Maritime	Autre milieu urbain	93	2,0	89 589	2,1				5	0,054
	Milieu rural	892	19,3	809 600	19,1				48	0,054
Sous-ensemble de la Région Maritime		985	21,3	899 189	21,2	64	53	17,7	53	0,054
Région des Plateaux	Milieu urbain	171	3,7	166 929	3,9				9	0,052
	Milieu rural	893	19,3	798 711	18,8				46	0,052
Sous-ensemble de la Région des Plateaux		1 064	23,0	965 640	22,7	69	55	18,3	55	0,052
Région Centrale	Milieu urbain	128	2,8	115 583	2,7				10	0,082
	Milieu rural	361	7,8	320 119	7,5				30	0,082
Sous-ensemble de la Région Centrale		489	10,6	435 702	10,3	32	40	13,3	40	0,082
Région de la Kara	Milieu urbain	145	3,1	148 796	3,5				11	0,074
	Milieu rural	462	10,0	415 887	9,8				34	0,074
Sous-ensemble de la Région de la Kara		607	13,1	564 683	13,3	39	45	15,0	45	0,074
Région des Savanes	Milieu urbain	66	1,4	63 333	1,5				5	0,071
	Milieu rural	540	11,7	468 003	11,0				38	0,071
Sous-ensemble de la Région des Savanes		606	13,1	531 336	12,5	39	43	14,3	43	0,071
Ensemble du pays		4 618	100,0	4 247 832	100,0	300	300	100,0	300	0,065

7.3 Répartition de l'échantillon des ménages entre les strates d'un domaine d'étude

Au deuxième degré, 22 ménages sont prélevés dans chacune des 300 unités primaires tirées au 1^{er} degré, ce qui est conforme au choix de disposer d'un échantillon de 6600 ménages au niveau national. Le tableau 4 présente la répartition des 6600 ménages entre les strates.

Le taux global de sondage, celui des deux degrés réunis, n'est pas connu sauf de façon approximative, parce que la base de sondage ne contient pas d'information sur l'effectif des ménages. La colonne 7 du tableau 4 fournit pour chaque strate, un taux global de sondage estimé. Ce taux est basé sur l'effectif estimé des ménages calculé à partir des tailles moyennes des ménages par région qui sont :

- 4,8 pour la ville de Lomé ;
- 4,5 pour la Région Maritime ;
- 5,3 pour la Région des Plateaux ;
- 6,7 pour la Région Centrale ;
- 6,2 pour la Région de la Kara ;
- 7,8 pour la Région des Savanes.

Le taux global de sondage au niveau national est de 0,008, ce qui correspond à l'observation de 8 ménages en moyenne sur 1000.

Tableau 4 : Structure de la base de sondage et de l'échantillon du 2^e degré

Dénomination du domaine d'étude	Dénomination de la strate	Effectif de la population	Effectif estimé des ménages	Répartition des 300 ZD (Effectif)	Répartition des 6600 ménages (%)	Taux de sondage global
Lomé et Périphérie	Lomé	635 248	132 343	48	1 056	0,0080
	Périphérie de Lomé	216 034	48 008	16	352	0,0073
Sous-ensemble de Lomé		851 282	180 351	64	1 408	0,0078
Région Maritime	Autre milieu urbain	89 589	19 909	5	110	0,0055
	Milieu rural	809 600	179 911	48	1 056	0,0059
Sous-ensemble de la Région Maritime		899 189	199 820	53	1 166	0,0058
Région des Plateaux	Milieu urbain	166 929	31 496	9	198	0,0063
	Milieu rural	798 711	150 700	46	1 012	0,0067
Sous-ensemble de la Région des Plateaux		965 640	182 196	55	1 210	0,0066
Région Centrale	Milieu urbain	115 583	17 251	10	220	0,0128
	Milieu rural	320 119	47 779	30	660	0,0138
Sous-ensemble de la Région Centrale		435 702	65 030	40	880	0,0135
Région de la Kara	Milieu urbain	148 796	23 999	11	242	0,0101
	Milieu rural	415 887	67 079	34	748	0,0112
Sous-ensemble de la Région de la Kara		564 683	91 078	45	990	0,0109
Région des Savanes	Milieu urbain	63 333	8 120	5	110	0,0135
	Milieu rural	468 003	60 000	38	836	0,0139
Sous-ensemble de la Région des Savanes		531 336	68 120	43	946	0,0139
Ensemble du pays		4 247 832	786 595	300	6 600	0,0084

8. Mise en œuvre des tirages des unités primaires

Les tirages des unités primaires sont réalisés de façon indépendante d'une strate à l'autre. Comme cela est indiqué plus haut, les unités primaires (ou zones de dénombrement) sont tirées selon le mode de tirage systématique avec probabilités proportionnelles aux tailles des unités. Nous utilisons ici la méthode fondée sur les cumuls des probabilités d'inclusion d'ordre 1 des unités exposée brièvement ci-après.

Soit U une population composée des M unités statistiques d'étiquettes 1, 2, ..., r, ..., M et de tailles respectives $X_1, X_2, \dots, X_r, \dots, X_M$. On désire sélectionner m unités de la population U selon le mode de tirage systématique avec probabilités proportionnelles aux tailles (tirage SPPT) des unités.

On désigne par p_r la probabilité d'inclusion d'ordre 1 de l'unité r, c'est-à-dire la probabilité pour l'unité r de faire partie de l'échantillon des m unités et par X la somme cumulée totale des tailles X_r , soit

$$X = \sum_{j=1}^M X_j$$

La taille relative p_r de l'unité r est définie par la relation

$$p_r = X_r / X \quad \forall r = 1, 2, \dots, M$$

Pour un tirage SPPT, la probabilité d'inclusion p_r est proportionnelle à la taille relative p_r , ce qui s'exprime par la double relation

$$p_r = k p_r = k X_r / X \quad \forall r = 1, 2, \dots, M$$

où k est une constante.

On montre que pour tout plan de sondage de taille fixe m (taille de l'échantillon), on a

$$\sum_{r=1}^M p_r = m$$

On en déduit

$$m = \sum_{r=1}^M p_r = k \sum_{r=1}^M \frac{X_r}{X} = k$$

D'où

$$p_r = m p_r = m X_r / X \quad \forall r = 1, 2, \dots, M$$

La procédure de tirage fondée sur les probabilités d'inclusion exige que soit vérifiée la condition :

$$0 < p_r < 1 \quad \forall r = 1, 2, \dots, M$$

Si pour une unité r, $p_r > 1$, ou bien cette unité est désignée d'office pour faire partie de l'échantillon avec la probabilité 1 et on aura alors à tirer m-1 autres unités parmi les M - 1 unités restantes, ou bien l'unité est segmentée en 2 nouvelles unités ou plus avant les tirages.

La procédure de tirage est fondée sur les cumuls des probabilités d'inclusion des unités. Désignons par W_r le cumul des probabilités d'inclusion pour les r premières unités de la population U, soit

$$W_r = \sum_{j=1}^r p_j \quad \forall r = 1, 2, \dots, M$$

Notons que le cumul total W ou W_M des probabilités d'inclusion vérifie la relation

$$W = W_M = \sum_{j=1}^M p_j = m$$

Pour réaliser le tirage, on commence par générer un nombre aléatoire selon la loi uniforme sur l'intervalle $[0,1[$. Si u est le nombre obtenu, les m unités de l'échantillon, soit r_1, r_2, \dots, r_m , sont associés aux m nombres $u, u+1, \dots, u+(m-1)$ selon les conditions ci-après.

La première unité r_1 vérifiera la condition

$$Wr_{1-1} = u < Wr_1$$

La deuxième unité r_2 , l'unité r_h et l'unité r_m vérifieront respectivement les conditions

$$Wr_{2-1} = u+1 < Wr_2$$

$$Wr_{h-1} = u+(h-1) < Wr_h$$

et $Wr_{m-1} = u+(m-1) < Wr_m$

Les tirages des unités primaires ont été réalisés avec le logiciel TIRAGE 1.0, un logiciel ⁽¹⁾ destiné à la réalisation des tirages aléatoires. Les probabilités d'inclusion d'ordre 1 ont été calculées pour chaque strate. Elles satisfont toutes la condition

$$0 < p_r < 1 \quad \forall r = 1, 2, \dots, M$$

et aucune unité primaire n'a fait l'objet d'une segmentation préalablement aux tirages.

La liste des 300 unités primaires tirées figure en annexe. Chacune des unités primaires de cette liste est repérée par un numéro d'ordre allant de 1 à 300 et par le champ IDENTITE qui est une concaténation des codes de la région, de la préfecture (ou de l'arrondissement pour Lomé), du canton (ou de la ville, ou du quartier pour Lomé) et de la ZD. La ZD peut être également repérée par un code numérique de 4 chiffres qui est une concaténation du code de la strate et du rang de tirage dans la strate comme le montre le tableau 5 ci-après pour les ZD tirées de numéros d'ordre 8 à 12.

Tableau 5 : Autre code de repérage de la ZD pour les ZD de n° 8 à 12

N° d'ordre de la ZD	Code de la strate	Rang du tirage	Autre code de repérage de la ZD	IDENTITE
8	11	8	1108	1238261
9	11	9	1109	1238274
10	11	10	1110	1239288
11	11	11	1111	1239301
12	11	12	1112	1239315

Chaque ZD de la liste est présentée avec ses caractéristiques de la base de sondage ainsi que les caractéristiques du tirage.

⁽¹⁾ Le logiciel TIRAGE 1.0 est une réalisation de Julien Amegandjin. La version définitive de ce logiciel a été achevée en octobre 2005.

Mise en œuvre du tirage de l'échantillon des ménages

1. Introduction

Le présent document rend compte de la mise en œuvre du tirage de l'échantillon des ménages. Il fait suite à un premier document datant d'octobre 2005 et intitulé 'Plan de sondage et résultat du tirage de l'échantillon des unités primaires'.

On rappelle que les tirages des échantillons sont mis en œuvre de façon indépendante d'une strate à l'autre. Les unités primaires (ou zones de dénombrement) sont tirées selon le mode du tirage systématique avec probabilités proportionnelles aux tailles des unités, la taille étant définie par l'effectif de la population de la ZD. Au total, un échantillon de 300 ZD a été sélectionné au niveau national.

Pour les tirages du deuxième degré, c'est-à-dire les tirages des unités secondaires (ou ménages), il est fait appel à un sondage aléatoire simple sans remise. Les ménages sont donc tirés avec probabilités égales et sans remise.

Un nombre constant de ménages est prélevé dans chaque ZD-unité primaire de l'échantillon du premier degré. Ce nombre est choisi égal à 22, ce qui conduira à la sélection d'un échantillon national de 6 600 ménages.

2. Redénombrement des ménages des ZD échantillonnées

Les travaux cartographiques censitaires à partir desquels la base de sondage des zones de dénombrement a été constituée datant d'une dizaine d'années, il a été nécessaire de procéder en 2006 à l'actualisation de la liste des ménages des ZD échantillonnées préalablement au tirage du deuxième degré. Cette actualisation de la liste des ménages est axée sur la localisation et l'identification des ménages de chaque ZD observée.

Les listes des ménages redénombrés dans les ZD échantillonnées définissent la base de sondage du deuxième degré du sondage à partir de laquelle le tirage des ménages sera effectué. Les ménages redénombrés pour les 300 ZD sont présentés dans un fichier dénommé BaseDeSondage_Ménages qui comporte essentiellement des éléments d'identification des ménages dans la ZD, dont :

- le numéro d'ordre de la concession ;
- le numéro d'ordre du ménage ;
- les nom et prénoms du chef de ménage ;
- le quartier ou le nom de la rue.

3. Identification des ZD et des ménages

La méthode d'identification retenue pour une ZD de l'échantillon des ZD fait intervenir :

- le code du domaine d'étude ;
- le code de la strate à l'intérieur du domaine d'étude ;
- le numéro d'ordre de la ZD dans l'échantillon des 300 ZD.

Une concaténation des trois éléments ci-dessus fournit l'identité de la ZD comme un nombre de 5 chiffres.

Pour identifier un ménage dans une ZD donnée, on se référera à l'identité de la ZD et au numéro d'ordre du ménage dans la ZD d'après le redénombrement des ménages. Une concaténation de ces deux éléments fournit l'identité d'un ménage comme un nombre de 8 chiffres.

Les tableaux 1 et 2 ci-après présentent des exemples de construction de l'identité d'une ZD échantillonnée et de l'identité d'un ménage d'une telle ZD.

Dans le fichier BaseDeSondage_Ménages, les identités des ZD et des ménages sont construites de cette manière et sont dénommées respectivement ID_ZD et ID_MEN.

Tableau 1 : Exemples de code de ZD de l'échantillon des ZD

Nom du domaine d'étude	Nom de la strate	Code du domaine d'étude	Code de la strate	Numéro d'ordre de la ZD	Identité de la ZD
Lomé	Lomé	1	1	43	11043
Lomé	Lomé	1	1	44	11044
Lomé	Lomé	1	1	45	11045
Lomé	Lomé	1	1	46	11046
Lomé	Lomé	1	1	47	11047
Lomé	Lomé	1	1	48	11048
Lomé	Lomé Périphérique	1	2	49	12049
Lomé	Lomé Périphérique	1	2	50	12050
Lomé	Lomé Périphérique	1	2	51	12051
Lomé	Lomé Périphérique	1	2	52	12052
Lomé	Lomé Périphérique	1	2	53	12053
Lomé	Lomé Périphérique	1	2	54	12054
Lomé	Lomé Périphérique	1	2	55	12055
Région des Savanes	Milieu rural	5	2	295	52295
Région des Savanes	Milieu rural	5	2	296	52296
Région des Savanes	Milieu rural	5	2	297	52297
Région des Savanes	Milieu rural	5	2	298	52298
Région des Savanes	Milieu rural	5	2	299	52299
Région des Savanes	Milieu rural	5	2	300	52300

Tableau 2 : Exemples de code de ménage

Nom du domaine d'étude	Nom de la strate	Code du domaine d'étude	Code de la strate	Numéro d'ordre de la ZD	Identité de la ZD	Numéro d'ordre du ménage	Identité du ménage
Lomé	Lomé	1	1	44	11044	12	11044012
					11044	39	11044039
					11044	117	11044117
					11044	129	11044129
					11044	246	11044246
Région des Plateaux	Milieu rural	3	2	127	32127	4	32127004
					32127	58	32127058
					32127	156	32127156
					32127	212	32127212
					32127	278	32127278
Région Centrale	Milieu urbain	4	1	180	41180	8	41180008
					41180	15	41180015
					41180	33	41180033
					41180	158	41180158
Région des Savanes	Milieu rural	6	2	291	62291	28	62291028
					62291	66	62291066
					62291	190	62291190
					62291	200	62291200

3. Mise en œuvre du tirage des ménages

Première étape du tirage

La première étape du tirage des ménages va consister à créer un fichier à partir de l'échantillon des 300 ZD tirées. Le nouveau fichier dénommé 'Echantillon_ZD' comportera les variables suivantes :

- code du domaine d'étude ;
- code de la strate (ou le numéro d'ordre de la strate dans le domaine d'étude) ;
- le numéro d'ordre de la ZD (variant de 1 à 300) ;
- l'identité de la ZD (qui est une concaténation des 3 variables ci-dessus) ;
- la taille de la ZD (ou l'effectif des ménages de la ZD après l'opération de redénombrement des ménages).

Le fichier 'Echantillon_ZD' sera modifié pour que sa structure soit conforme avec celle de la table 'SourceTirages2eD_SPPT' de la base de données Data.mdb associée au logiciel TIRAGE 1.0 et utilisée pour le tirage des unités secondaires (ou ménages).

L'identité de la ZD et la taille de la ZD seront nommées 'Identité_UP' et 'Taille_UP' respectivement afin d'être reconnues par le logiciel de tirage. En outre, il sera créé dans le fichier 'Echantillon_ZD', une nouvelle variable (ou champ) dénommée 'NombreUS_àTirer'. Ce champ prendra la valeur 22 pour chacune des 300 ZD du fichier.

Deuxième étape du tirage

On procède ensuite au tirage de l'échantillon des ménages en se servant du module du logiciel TIRAGE1.0 dénommé 'Tirages PESR de l'échantillon du 2^e degré avec un nombre constant d'US par UP' associé au module 'Table-source des tirages du 2^e degré à la suite de tirages SPPT au 1^{er} degré' dans le menu 'Tirages dans un sondage à 2 degrés'.

Le tirage des 22 ménages dans une ZD qui en compte 188, consiste à tirer avec probabilités égales et sans remise, 22 nombres compris entre 1 et 188 inclus. Les 22 nombres tirés sont les numéros d'ordre des ménages tirés dans la ZD.

Les numéros d'ordre des 6600 ménages sélectionnés dans les 300 ZD sont envoyés dans la table 'RésultatTirages2eD_SPPT' de la base de données Data.mdb.

Troisième étape du tirage

A partir de la table 'RésultatTirages2eD_SPPT', on construit le fichier Echantillon_Ménages en adjoignant aux données existantes, un nouveau champ (ID_MEN) qui fournit l'identité du ménage par concaténation de l'identité de la ZD et du numéro d'ordre du ménage. Chacun des 6600 ménages de ce fichier Echantillon_Ménages comporte comme éléments d'identification seulement :

- le rang du tirage du ménage dans la ZD ;
- le numéro d'ordre de ménage dans la ZD ;
- l'identité de la ZD (ID_ZD) ;
- l'identité du ménage (ID_MEN).

Il ne comporte pas les coordonnées géographiques du ménage permettant à l'enquêteur de le retrouver sur le terrain. L'étape suivante du tirage va donc consister à associer à chaque ménage tiré, ses coordonnées géographiques.

Quatrième étape du tirage

La quatrième étape consiste à mettre en relation le fichier Echantillon_Ménages avec le fichier BaseDeSondage_Ménages de manière à apparier les 6600 ménages tirés avec leurs correspondants dans la base de sondage. Cet appariement permet d'obtenir pour chaque ménage tiré, ses coordonnées géographiques complètes.

Le fichier BaseDeSondage_Ménages comporte 65630 enregistrements et possède un volume admissible pour permettre la mise en relation des fichiers BaseDeSondage_Ménages et Echantillon_Ménages en Access sans que le fichier BaseDeSondage_Ménages soit nécessairement scindé au préalable en sous-fichiers par strate ou par domaine d'étude.

L'opération d'appariement des ménages tirés avec leurs correspondants de la base de sondage fournit un fichier dénommé Echnatillon_MénagesAvecCoordonnées. Ce dernier fichier contient toutes les informations pour retrouver un ménage échantillonné sur le terrain.

Pour des questions de commodité, il sera édité autant d'états de ce fichier pour une ZD qu'il y aura d'enquêteurs affectés à la ZD. En outre, il sera édité un état du fichier BaseDeSondage_Ménages pour chaque ZD pour les besoins des contrôleurs chargés du contrôle de la collecte dans les ZD.

5. Remplacement des ménages absents ou opposant un refus à l'enquête

Quand peut-on remplacer un ménage de la liste des 22 ménages à interviewer dans une ZD ? Cela est possible seulement dans les cas de ménages absents ou de ménages opposant un refus à l'enquête. Mais, seul le contrôleur d'enquête chargé de la ZD peut décider si un ménage doit être remplacé pour cause d'absence ou de refus de répondre à l'interview, et lorsqu'il se sera assuré que tous les recours possibles ont été utilisés en vain pour rencontrer le chef de ménage absent ou pour faire changer d'avis au chef de ménage réticent.

Pour remplacer un ménage absent ou qui refuse de répondre à l'enquête on pourrait tirer un certain de ménages qu'on met en réserve pour être utilisés comme ménages de remplacement. Ainsi, on pourrait tirer 30 ménages au lieu de 22 de chaque ZD et mettre en réserve 8 ménages. Cette procédure est entachée d'erreur parce que le tirage de 30 ménages avec probabilités égales et sans remise dans une ZD conduit à une probabilité de sélection d'un ménage de la ZD différente de celle correspondant au tirage de 22 ménages dans la même ZD.

Il est suggéré la solution de remplacement suivante : si le ménage absent ou qui oppose un refus porte le numéro n , il sera remplacé par le ménage de numéro $n+3$. Si le ménage de numéro $n+3$ est absent ou oppose un refus, on ira interviewer le ménage de numéro $n+6$, et ainsi de suite, on considèrera les ménages de numéros $n+9$, $n+12$, etc. Le nombre 3 a été obtenu de façon aléatoire.

Calcul des pondérations de l'échantillon

L'échantillon de l'enquête par grappes à indicateurs multiples du Togo n'est pas auto-pondéré. En fait, l'uniformité du nombre de ménages alloué à chaque région a permis d'utiliser des fractions d'échantillonnage différentes sur la base de la taille de chaque région. Pour cette raison, les pondérations de l'échantillon ont été calculées et utilisées dans les analyses ultérieures des données de l'enquête.

La principale composante de cette pondération est l'inverse de la fraction d'échantillonnage qui a permis de déterminer le nombre de ménages par échantillon dans ce domaine d'échantillonnage spécifique :

$$W_h = 1 / f_h$$

Le terme f_h , la fraction d'échantillonnage au niveau de la strate h -th, est le produit des probabilités de choix à chaque étape de chaque domaine d'échantillonnage :

$$f_h = P_{1h} * P_{2h} * P_{3h}$$

où P_{ih} est la probabilité de choix de l'unité d'échantillonnage à l'étape i -th pour le domaine d'échantillonnage h -th.

Les fractions d'échantillonnage des ménages de chaque zone (grappes) ont été calculées en raison de la différence entre le nombre estimatif de ménages par zone de dénombrement avant la sélection de la première étape (choix des unités d'échantillonnage principales) et le nombre révisé de ménages par zone. Ces fractions incluent donc la probabilité de choix de la zone de dénombrement appartenant à ce domaine d'échantillonnage spécifique ainsi que celle du choix d'un ménage appartenant à la zone de dénombrement de l'échantillon (grappe).

Une seconde composante à prendre en compte dans le calcul des pondérations de l'échantillon est le niveau de non-réponse aux enquêtes auprès des ménages et des personnes. L'ajustement pour la non-réponse des ménages est égal à l'inverse de la valeur suivante :

$$RR = \text{Nombre de ménages interrogés} / \text{Nombre de ménages occupés répertoriés}$$

À l'issue du travail de terrain, les taux de réponse ont été calculés pour chaque domaine d'échantillonnage. Ces taux ont servi à ajuster les pondérations d'échantillon calculées pour chaque grappe. Les taux de réponse de l'enquête MICS du/de la [Pays] sont présentés dans le Tableau HH.1 du présent rapport.

De même, l'ajustement des cas de non-réponse au niveau individuel (femmes et enfants de moins de 5 ans) est égal à l'inverse de la valeur ci-dessous :

$$RR = \text{Questionnaires pour femme (ou enfant de moins de 5 ans) remplis} / \text{Femmes (ou enfants de moins de 5 ans) concernés}$$

Le nombre de femmes et d'enfants de moins de 5 ans concernés est issu de l'inventaire des ménages fait dans le Questionnaire dédié aux ménages auprès des familles ayant répondu à l'enquête.

Pour chaque zone de dénombrement, les pondérations non ajustées des ménages ont été calculées en multipliant les facteurs ci-dessus. Ensuite, elles ont été standardisées (ou normalisées). Cette opération a pour finalité d'harmoniser la somme des unités

d'échantillonnage interrogées avec la taille totale de l'échantillon au niveau national. La normalisation consiste à multiplier les pondérations non ajustées susmentionnées par le ratio du nombre de ménages interrogés sur le nombre total de ménages à pondération non ajustée. Une procédure de standardisation similaire a été utilisée pour calculer les pondérations standardisées des questionnaires dédiés aux femmes et aux enfants de moins de 5 ans. Les pondérations ajustées (normalisées) ont varié entre pondération minimale et pondération maximale dans les 300 zones de dénombrement (grappes).

Les pondérations d'échantillon ont été annexées à l'ensemble des groupes de données et appliquées à chaque ménage, femme ou enfant de moins de 5 ans pour le besoin des analyses.

ANNEXE B: PERSONNEL DE L'ENQUETE MICS3

I. PERSONNEL

DIRECTEUR NATIONAL

Kokou Yao N'GUISSAN

DIRECTEUR TECHNIQUE

Bassanté Totomba BOUKPESSI

PERSONNEL D'ENCADREMENT TECHNIQUE

- | | |
|-------------------|-----------------------|
| 01 GENTRY Akoly | 03 AYIVI-AMAH Ayité |
| 02 FEBON Akindélé | 04 DJADOU Ayawo Zoglo |

II. CARTOGRAPHIE ET ENUMERATION

CARTOGRAPHES

- | | |
|------------------------|----------------------------|
| 01 AGOUNGBE Dérefon | 13 OURO-GNENI Akondo |
| 02 AMEGNEDO Komivi | 14 KANTCHIENE Sambila |
| 03 APEDO Komlan Mawuli | 15 KEDZAGNI Kokou |
| 04 ASSIKI Wouro | 16 KODJO Komlanvi |
| 05 ATARIGBE A. Tabiou | 17 KOLANI Gnorifome |
| 06 AWESSO Essobiou | 18 KUMEDZRO Atsu |
| 07 BANKA Kouassi | 19 TCHAMEKOR Komi |
| 08 BONA Howonou | 20 LAMBA Faré |
| 09 de POUKN Adamou | 21 WATAKLASSOU Koku |
| 10 DIWEDIGA Adjanakou | 22 SASSOU-MESAN Alain |
| 11 DJAGBA Digaguimba | 23 AKONO Abass |
| 12 DWEDGA Tantiba | 24 BADOMPTA Nimnora Wensah |

ENUMERATEURS

- | | |
|----------------------------|---------------------------|
| 01 AGBA Léblaki | 11 HOUNGLA Komi |
| 02 ANKOU Yao | 12 IKASSIBOU Dieudonné |
| 03 KANOU Diégougène | 13 KALGORA Mafima |
| 04 AWOUTE Akossiwa Mawussi | 14 LOGOSSOU-TEKO Foli |
| 05 BAWA Zékéria | 15 NYAVO Messan Amévi |
| 06 DANYAYA Issifou | 16 OUSMANE DAOULOU Anna |
| 07 DOGO Aklesso Biteng | 17 TCHOTA Lakimaté |
| 08 DOSSOU-YOVO Kokou | 18 TCHOULOU Nakpane |
| 09 EKLOU-ADEGNOH Koffi | 19 TONYEDJI Kokouvi Ayenu |
| 10 HEDEDZI Koffi | 20 YAYA Anzoumana |

CHAUFFEURS

- | | |
|-------------------------|----------------------------|
| 01 KONOU Koffi Ayah | 05 MOSSYAMBA Nalergou Issa |
| 02 MAMAM Alassane | 06 TCHANDAMA Koffi Paul |
| 03 YENTCHABRE Y. Picabe | 07 ASSOU Wobubé |
| 04 NAPO Bouraïma | 08 AGAYI Akouété |

III. PRE-TEST

AGENTS ENQUETEURS

- | | |
|----------------------------|---------------------------|
| 1 AFANDE Essi Siétsofé | 11 HLOMEWOO Kokou Amen |
| 2 AGBETROBOU Aguevi Adèle | 12 KANOU Diégougbéne |
| 3 ALLOU Balima | 13 KOUEVI Tsotso |
| 4 ANADI Yawavi | 14 KOUSSAWO Dédé |
| 5 AWOUTE Akossiwa Mawusi | 15 NAMADOU Djéria |
| 6 DARAGO Rabiadou | 16 NASSAMPERE Pouguininpo |
| 7 ESSO Abdel-Gamal Aklesso | 17 PREZI Palakimwé |
| 8 ESSOH A. Elemawussi | 18 SATCHIVI Delali |
| 9 ESSY Popo | 19 SOSSOU Biova Anastasie |
| 10 HEDEDZI Koffi | 20 TCHANHOU Baï Ginette |

AGENTS DE SAISIE

- 1 KOUMEDZRO Dénise
- 2 TOFFA Innoncente
- 3 HONGUES Essi Kossiwa

IV. ENQUETE PRINCIPALE

FORMATEURS

- | | |
|-------------------------|--------------------------|
| 01 BANABASSEY Faustin | 04 OURNA Tchambago |
| 02 TCHAKOROM Ouro | 05 DADJI Kwami Hoénoukpo |
| 03 BOURAIMA Mouawiyatou | 06 MENSAH Séwa |

SUPERVISEURS

- | | |
|--------------------------|----------------------|
| 01 DADJI Kwami Hoénoukpo | 03 KOUMAGNANOU Koffi |
| 02 MENSAH Séwa | 04 ATSU Komlavi |

SUPERVISEURS REGIONAUX

- | | |
|-----------------|-------------------------|
| 01 BOUWE Toyi | 03 ZAKARI Abdoulaye |
| 02 MEBA Lekssim | 04 KLOGO Kwasi Bléwussi |
| | 05 LAWSON Akouètè |

ENQUETEURS

- | | |
|--------------------------|----------------------------------|
| 1 ADEHENU Yawo Félicien | 38 KOMBATE Libéyamin |
| 2 ADOKI Essossinam | 39 KOUASSI DJAGUIDI Akouété |
| 3 AFANDE Essi Sietsofé | 40 KOUEVI Tsotso |
| 4 AGBAKPEM Afi Charlotte | 41 KOUSSAWO Dédévi |
| 5 AGBETROBU A. Adèle | 42 KPANKOU Koffi Bélélé |
| 6 AGONGO Kodjogbé | 43 KPENGLAME Simkpare Assikpalio |
| 7 AKPOTSUI Mireille | 44 KUAKUVI K. M. Joachim |
| 8 ALI Alassani | 45 LAGUEBANDE Issa |
| 9 ALLOU Balima Cécile | 46 LAKIMATE Ingrid |
| 10 ALOENYKU-TETE Adaku | 47 LAMBONI Bangoure |
| 11 AMEDAM Yao Arthur | 48 LANTAM Damba Ninpkibi |
| 12 AMEGAN Kafoui | 49 LAWANI Salamatou |
| 13 AMEGAN Komla | 50 MADJAKPRE Agowé |
| 14 ANADI Y. Essosolim | 51 MENSAH Adjoko |

- | | |
|------------------------------|------------------------------------|
| 15 ATCHIKITI Akoua Françoise | 52 MOUKPE PALANGA Abiré |
| 16 ATCHRIMI Abla Georgette | 53 NAGUIBE Guigbile Ivette |
| 17 ATTA Yanta | 54 NAMADOU Zéria |
| 18 AWASSIMI Koffi | 55 NAMOROU Lochina |
| 19 AWOUTE Akosiwa Mawusi | 56 NASSAMPERE P. Nicole |
| 20 BABERE Assossimna | 57 N'GUISSAN Kossi |
| 21 BASSAOU Eyana | 58 NOUTOVI Afi Philomène |
| 22 BOUTOULI Massimabè | 59 OUADJA Modoukpé |
| 23 COMBEY ADAMAH Kanlé | 60 OURO BERE Ladi |
| 24 DARAGO Rabiadou | 61 PALANGA Mazamasso |
| 25 DARE Kankoumpou Noufo | 62 PANTOM Mitayiko |
| 26 DJOBO Essohaname | 63 PRINCE-DZIDZOLI Kodzo Nouwozan |
| 27 DOUTI Maldja | 64 SANVEE Ohiniba |
| 28 DUTEY Akua Antoinette | 65 SEHOUEYOU Dèti |
| 29 ESSOH Abraga Vinyo Claire | 66 SIMALA Some |
| 30 ESSOH Akuvi | 67 TCHAGBATAOU Tcha-Tchagba Assibi |
| 31 FEDENU Koffi Etèba | 68 TCHAHOUN B. Ginette |
| 32 FOLITSE Afua Djigbodi | 69 TCHEDE Rahinatou |
| 33 GBEGBE Amavi Mawoussi | 70 TCHEINTI-NABINE Awou |
| 34 HEDEDZI Koffi | 71 TONYEDJI Kokouvi Ayenu |
| 35 HLOMEWOOU Kokou Amen | 72 TOSSOU Sidemeho |
| 36 KANTCHIL-LARRE Gisèle | 73 TSATSOU Messan |
| 37 KLOUTSE Ameyovi | 74 YERIMA Rafatou |

CONTROLEURS

- | | |
|-----------------------|---------------------------|
| 1 AGADAZI Mohamed | 8 KANOOU Diégoubéne |
| 2 BONA Howonou | 9 LARE Tindangue |
| 3 DEGLI Kokou Mensah | 10 PREZI Palakimwé |
| 4 DWEDGA Tantiba | 11 SOSSOU Biova Anastasie |
| 5 EKLOU-ADEGNOH Koffi | 12 TIEM Tchabli Nayabe |
| 6 ESSO Abdel-Gamal | 13 YEVU AYO Parfait |
| 7 ESSY Ama Paule | |

V. TRAITEMENT DES DONNEES

INFORMATIENS ENCADREURS

- | | |
|---------------------|-----------------------|
| 01 AYIVI-AMAH Ayité | 02 DJADOU Ayawo Zoglo |
|---------------------|-----------------------|

AGENTS DE SAISIE ET VERIFIEURS

- | | |
|--------------------------|------------------------|
| 01 TOFFA Innocente | 09 EKUE Kayi |
| 02 KOUMEDZRO Denise | 10 ASSIAH Dolou |
| 03 HOUNGUES Essi | 11 AVOULETE Antoine |
| 04 ASSIAMUA Evelyne | 12 HOUKPATI Komi |
| 05 EWOAMEOU Akossi Bella | 13 DOSSOU Comlan |
| 06 KOMBATE Donambiè | 14 YALAN Kossiwa D. |
| 07 AGBOKOU Akouvi | 15 EKLOU-ADEGNON Koffi |
| 08 TETENGUE Aléma | 16 DEGLI Kokou Mensah |
| 18 YAYA Arouna Fambaré | 17 TCHAMEKOR Komi |

VI. ANALYSE DES RESULTATS

- | | |
|--------------------------|-----------------------|
| 01 BOUKPESSI T. Bassanté | 04 AYIVI-AMAH Ayité |
| 02 FEBON Akindélé | 05 DJADOU Ayawo Zoglo |
| 03 MENSAH Séwa | |

VII. ADMINISTRATION ET GESTION

GESTIONNAIRE DU PROJET

- 01 BOURAIMA Soumaïla

SECRETAIRE DU PROJET

- 01 FOYEME Tiboïban

CONSULTATIONS

- 01 AMEGANDJIN Julien, Sondage
02 ANIPAH Kodjo Mawulolo, Cartographie et analyse des données

ANNEXE C : ESTIMATIONS DES ERREURS D'ECHANTILLONNAGE

L'échantillon de personnes interrogées choisi dans le cadre de l'enquête MICS du Togo n'est qu'un lot parmi tant d'autres qui auraient pu être choisis au sein de la même population, en utilisant la même composition et la même taille. Chacun de ces échantillons aurait donné des résultats légèrement différents de ceux de l'échantillon réellement choisi. Les erreurs d'échantillonnage sont une mesure de la variabilité entre l'ensemble des échantillons possibles. L'étendue de la variabilité n'est pas connue avec exactitude, mais une estimation statique peut être effectuée à partir des résultats de l'enquête.

Les mesures d'erreurs d'échantillonnage ci-dessous sont présentées dans cette annexe pour chaque indicateur sélectionné :

- 1 Erreur-type (*et*) : une erreur d'échantillonnage est généralement mesurée en termes d'erreur-type pour chaque indicateur (médians, proportions, etc.). L'erreur-type équivaut à la racine carrée de la variance. On utilise la méthode de la linéarisation de Taylor pour l'estimation des erreurs-types.
- 2 Le coefficient de variation (*et/r*) est le ratio de l'erreur-type sur la valeur de l'indicateur
- 3 L'effet du plan expérimental (*deff*) est le ratio de la variance réelle de l'indicateur, dans le cadre de la méthode d'échantillonnage utilisée dans l'enquête, sur la variance calculée dans le cadre de l'hypothèse d'un simple échantillonnage aléatoire. La racine carrée de l'effet du plan expérimental (*deft*) est utilisée pour démontrer l'efficacité de la conception de l'échantillon. Une valeur *deft* égale à 1 indique que la conception de l'échantillon est aussi efficace qu'un simple échantillonnage aléatoire, tandis qu'une valeur *deft* supérieure à 1 indique une augmentation de l'erreur-type due à l'utilisation d'une conception d'échantillon plus complexe.
- 4 Les limites de confiance sont calculées pour montrer l'intervalle dans lequel la valeur réelle pour la population devrait normalement figurer. La valeur de *n* importe quelle statistique calculée sur la base de l'enquête sera comprise dans une plage de plus ou moins deux fois son erreur-type ($p + 2.et$ ou $p - 2.et$) dans 95 % des échantillons possibles, de taille et de conception identiques.

Le module SPSS Version 14 Complex Samples a été utilisé pour le calcul des erreurs d'échantillonnage à partir des données de l'enquête MICS. Les résultats sont présentés dans les tableaux ci-après. Outre les valeurs des erreurs d'échantillonnage décrites ci-dessus, les tableaux incluent également le nombre de dénominateurs pondérés et non pondérés de chaque indicateur.

Les erreurs d'échantillonnage sont calculées pour les indicateurs ayant un intérêt majeur, le total national, les régions ainsi que pour les zones urbaines et rurales. Parmi les indicateurs choisis, 3 sont basés sur les ménages, 8 sur les membres des ménages, 13 sur les femmes et 15 sur les enfants de moins de 5 ans. Tous les indicateurs sont présentés dans ce rapport sous forme de proportions. Le Tableau SE.1 contient la liste des indicateurs dont les erreurs d'échantillonnage ont été calculées, ainsi que la population de base (dénominateur) de chaque indicateur. Les tableaux SE.2 à SE.9 présentent les erreurs d'échantillonnage calculées.

Tableau SE.1 :Indicateurs choisis pour le calcul des erreurs d'échantillonnage

Liste des indicateurs choisis pour le calcul des erreurs d'échantillonnage et populations de base (dénominateurs) de chaque indicateur, Pays, Année

Indicateur MICS	Population de base	
MÉNAGES		
30	Disponibilité de moustiquaires imprégnées par ménage	Tous les ménages
41	Consommation de sel iodé	Tous les ménages
74	Punitions de l'enfant	Enfants de 2-14 ans choisis
MEMBRES DES MÉNAGES		
11	Utilisation de sources d'eau potable améliorées	Tous les membres du ménage
12	Utilisation d'installations sanitaires améliorées	Tous les membres du ménage
55	Taux de fréquentation net du cycle primaire	Enfants ayant l'âge d'aller à l'école primaire
56	Taux de fréquentation net du cycle secondaire	Enfants ayant l'âge d'aller au secondaire
59	Taux d'achèvement des études primaires	Enfants ayant l'âge de finir les études primaires
71	Travail des enfants	Enfants âgés de 5-14 ans
75	Prévalence d'orphelins	Enfants de moins de 18 ans
76	Prévalence d'enfants vulnérables	Enfants de moins de 18 ans
FEMMES		
4	Assistance par un personnel qualifié	Femmes âgées de 15-49 ans ayant accouché d'un enfant vivant au cours des 2 dernières années
20	Soins prénatals	Femmes âgées de 15-49 ans ayant accouché d'un enfant vivant au cours des 2 dernières années
21	Prévalence des contraceptifs	Femmes de 15-49 ans mariées/en union libre
60	Alphabétisation des adultes	Femmes âgées de 15-24 ans
63	Prévalence de l'excision/mutilation génitale féminine (E/MGF)	Femmes âgées de 15-49 ans
67	Mariage avant 18 ans	Femmes âgées de 20-49 ans
70	Polygamie	Femmes de 15-49 ans mariées ou en union libre
82	Connaissances générales sur la prévention du VIH chez les jeunes	Femmes âgées de 15-24 ans
83	Utilisation de préservatifs avec les partenaires occasionnels	Femmes âgées de 15-24 ans ayant eu un partenaire extraconjugal occasionnel au cours des 12 derniers mois
84	Âge lors du premier rapport sexuel chez les jeunes	Femmes âgées de 15-24 ans
86	Attitude face aux porteurs du VIH/SIDA	Femmes âgées de 15-49 ans
88	Femmes ayant subi le test de dépistage du VIH	Femmes âgées de 15-49 ans
89	Connaissances sur la transmission mère-enfant du VIH	Femmes âgées de 15-49 ans
ENFANTS DE MOINS DE 5 ANS		
6	Prévalence de l'insuffisance pondérale	Enfants de moins de 5 ans
25	Couverture vaccinale contre la tuberculose	Enfants âgés de 12-23 mois
26	Couverture vaccinale contre la polio	Enfants âgés de 12-23 mois
27	Couverture vaccinale contre la DTC	Enfants âgés de 12-23 mois
28	Couverture vaccinale contre la rougeole	Enfants âgés de 12-23 mois
31	Enfants entièrement vaccinés	Enfants âgés de 12-23 mois
-	Infection respiratoire aiguë au cours des deux dernières semaines	Enfants de moins de 5 ans
22	Traitement antibiotique des enfants suspectés de pneumonie	Enfants de moins de 5 ans suspectés de pneumonie au cours des deux dernières semaines
-	Diarrhée au cours des deux dernières semaines	Enfants de moins de 5 ans
35	Traitement RVO reçu ou apport d'aliments fluides, et poursuite de l'alimentation	Enfants de moins de 5 ans atteints de diarrhée au cours des deux dernières semaines
37	Enfants de moins de 5 ans dormant sous une MI	Enfants de moins de 5 ans
-	Fièvre au cours des deux dernières semaines	Enfants de moins de 5 ans
39	Traitement antipaludéen	Enfants de moins de 5 ans atteints de fièvre au cours des deux dernières semaines
46	Soutien pour les études	Enfants de moins de 5 ans
62	Enregistrement des naissances	Enfants de moins de 5 ans

Table SE.2: Erreurs d'échantillonnage : Ensemble Togo

Erreurs-types, coefficients de variation, effets du plan expérimental (deff), carré des effets de plan expérimental (deft)² et intervalles de confiance pour les indicateurs choisis, Togo, 2006

Table	Valeur (r)	Erreur type (et)	Coefficient de variation (et/r)	Effet du plan exp. (deff)	Carré de l'effet du plan exp. (deft) ²	Effectif pondéré	Effectif non pondéré	Intervalle de confiance		Weighted count	
								r - 2et	r + 2et		
MENAGES											
Disponibilité de MI par ménage	CH.10	0,402	0,008	0,0194	1,6508	1,2848	6492000000	6492	0,387	0,418	6492
Consommation de sel iodé	NU.5	0,265	0,009	0,0327	2,3855	1,5445	6152259304	6201	0,247	0,282	6152
Punitions de l'enfant	CP.4	0,903	0,005	0,0057	1,3750	1,1726	4406971946	4606	0,893	0,913	4407
MEMBRES DES MENAGES											
Utilisation de sources d'eau potable améliorées	EN.1	0,587	0,016	0,0270	6,7229	2,5929	30541956951	6492	0,555	0,619	30542
Utilisation d'installations sanitaires améliorées	EN.5	0,317	0,012	0,0379	4,3273	2,0802	30541956951	6492	0,293	0,341	30542
Taux de fréquentation net du cycle primaire	ED.3	0,651	0,011	0,0174	3,6411	1,9082	5834707678	6459	0,628	0,673	5835
Taux de fréquentation net du cycle secondaire	ED.4	0,282	0,011	0,0382	3,1295	1,7690	5133822617	5446	0,261	0,304	5134
Taux d'achèvement des études primaires	ED.6	0,351	0,019	0,0556	1,7857	1,3363	963977244,9	1071	0,312	0,390	964
Travail des enfants	CP.2	0,294	0,009	0,0314	4,1256	2,0312	9124480970	10018	0,276	0,313	9124
Prévalence d'orphelins	HA.10	0,099	0,005	0,0473	3,9458	1,9864	14721934315	16063	0,089	0,108	14722
Prévalence d'enfants vulnérables	HA.11	0,092	0,008	0,0896	13,0615	3,6141	14721934315	16063	0,075	0,108	14722
FEMMES											
Assistance par un personnel qualifié	RH.5	0,519	0,018	0,0344	2,2408	1,4969	1627450715	1751	0,483	0,555	1627
Soins prénatals	RH.3	0,636	0,016	0,0256	2,0100	1,4177	1627450715	1751	0,603	0,669	1627
Prévalence des contraceptifs	RH.1	0,173	0,007	0,0403	1,4606	1,2086	4107055176	4290	0,159	0,187	4107
Alphabétisation des adultes	ED.8	0,555	0,014	0,0249	1,6569	1,2872	2173516305	2139	0,527	0,583	2174
Prévalence de l'excision/mutilation génitale féminine (E/MGF)											
	CP.7	0,058	0,005	0,0802	2,4527	1,5661	6211189587	6210	0,049	0,067	6211
Mariage avant 18 ans	CP.5	0,243	0,015	0,0600	1,1656	1,0796	1042108302	1009	0,214	0,272	1042
Polygamie	CP.5	0,336	0,011	0,0313	2,1267	1,4583	4107055176	4290	0,315	0,357	4107
Connaissances générales sur la prévention du VIH chez les jeunes											
	HA.3	0,126	0,005	0,0398	1,4199	1,1916	6211189587	6210	0,116	0,136	6211
	HA.9	0,499	0,023	0,0459	1,2828	1,1326	644912703,6	612	0,453	0,545	645
Âge lors du premier rapport sexuel chez les jeunes	HA.8	0,124	0,011	0,0917	1,3433	1,1590	1131408003	1130	0,101	0,147	1131
Attitude face aux porteurs du VIH/SIDA	HA.5	0,142	0,006	0,0454	2,0238	1,4226	5990015015	5956	0,129	0,155	5990
Femmes ayant subi le test de dépistage du VIH	HA.6	0,097	0,006	0,0577	2,2145	1,4881	6211189587	6210	0,086	0,108	6211
Connaissances sur la transmission mère-enfant du VIH	HA.4	0,600	0,007	0,0122	1,3905	1,1792	6211189587	6210	0,585	0,614	6211
ENFANTS DE MOINS DE 5 ANS											
Prévalence de l'insuffisance pondérale	NU.1	0,260	0,010	0,0392	1,8240	1,3505	3436866990	3385	0,240	0,280	3437
Couverture vaccinale contre la tuberculose	CH.2	0,880	0,014	0,0158	1,6196	1,2726	887901804,4	883	0,852	0,908	888
Couverture vaccinale contre la polio	CH.2	0,706	0,018	0,0254	1,3089	1,1441	854670725,7	850	0,670	0,741	855
Couverture vaccinale contre la DTC	CH.2	0,650	0,019	0,0300	1,4324	1,1968	861872853,8	859	0,611	0,689	862
Couverture vaccinale contre la rougeole	CH.2	0,631	0,017	0,0275	1,1251	1,0607	875875845,2	871	0,596	0,666	876
Enfants entièrement vaccinés	CH.2	0,492	0,018	0,0369	1,1409	1,0681	872325485,1	867	0,455	0,528	872
Infection respiratoire aiguë au cours des 2 dernières semaines	CH.6	0,063	0,005	0,0853	1,9959	1,4128	4072882373	4074	0,052	0,074	4073
Traitement antibiotique des enfants suspects de pneumonie	CH.7	0,256	0,017	0,0678	0,3702	0,6084	257210354,7	235	0,221	0,291	257
Diarrhée au cours des 2 dernières semaines	CH.4	0,145	0,007	0,0514	1,8275	1,3519	4072882373	4074	0,130	0,160	4073
Traitement RVO reçu ou apport d'aliments fluides et poursuite de l'alimentation	CH.5	0,216	0,016	0,0742	0,9212	0,9598	591990252,6	607	0,184	0,248	592
Enfants de moins de 5 ans dormant sous une MI	CH.11	0,384	0,013	0,0340	2,9444	1,7159	4072882373	4074	0,358	0,411	4073
Fièvre au cours des 2 dernières semaines	CH.12	0,194	0,008	0,0399	1,5557	1,2473	4072882373	4074	0,178	0,209	4073
Traitement antipaludéen	CH.12	0,375	0,021	0,0553	1,4023	1,1842	788264036,4	766	0,333	0,416	788
Soutien pour les études	CD.1	0,363	0,012	0,0317	2,3331	1,5275	4072882373	4074	0,340	0,386	4073
Enregistrement des naissances	CP.1	0,781	0,010	0,0127	2,3256	1,5250	4072882373	4074	0,761	0,800	4073

Table SE.3: Erreurs d'échantillonnage: Zone UrbaineErreurs-types, coefficients de variation, effets du plan expérimental (deff), carré des effets de plan expérimental (deff)² et intervalles de confiance pour les indicateurs choisis, Togo, 2006

Table	Valeur (r)	Erreur type (et)	Coefficient de variation (et/r)	Effet du plan (deff)	Carré de l'effet du plan exp. (deff) ²	Effectif pondéré	Effectif non pondéré	Intervalle de confiance			Weighted count
								r - 2et	r + 2et		
MENAGES											
Disponibilité de MI par ménage	CH.10	0,373	0,013	0,0342	1,5568	1,2477	2662824386	2244	0,347	0,398	2663
Consommation de sel iodé	NU.5	0,345	0,014	0,0419	2,0507	1,4320	2633665070	2220	0,316	0,374	2634
Punitions de l'enfant	CP.4	0,922	0,008	0,0090	1,4077	1,1865	1692996232	1458	0,905	0,939	1693
MEMBRES DES MÉNAGES											
Utilisation de sources d'eau potable améliorées	EN.1	0,881	0,013	0,0151	3,7922	1,9474	11716631889	2244	0,855	0,908	11717
Utilisation d'installations sanitaires améliorées	EN.5	0,666	0,017	0,0255	2,9187	1,7084	11716631889	2244	0,632	0,700	11717
Taux de fréquentation net du cycle primaire	ED.3	0,813	0,014	0,0173	2,0193	1,4210	1731767431	1548	0,785	0,842	1732
Taux de fréquentation net du cycle secondaire	ED.4	0,457	0,016	0,0355	1,7975	1,3407	1918656666	1701	0,424	0,489	1919
Taux d'achèvement des études primaires	ED.6	0,542	0,041	0,0750	1,8398	1,3564	303067699,4	278	0,460	0,623	303
Travail des enfants	CP.2	0,253	0,015	0,0601	3,1201	1,7664	2854114364	2554	0,223	0,283	2854
Prévalence d'orphelins	HA.10	0,113	0,008	0,0669	2,5462	1,5957	5048335151	4474	0,098	0,128	5048
Prévalence d'enfants vulnérables	HA.11	0,064	0,007	0,1114	3,7748	1,9429	5048335151	4474	0,050	0,078	5048
FEMMES											
Assistance par un personnel qualifié	RH.5	0,852	0,017	0,0205	1,2184	1,1038	616216285,1	505	0,817	0,887	616
Soins prénatals	RH.3	0,893	0,017	0,0186	1,4514	1,2048	616216285,1	505	0,859	0,926	616
Prévalence des contraceptifs	RH.1	0,183	0,010	0,0552	0,9070	0,9524	1657190926	1330	0,163	0,203	1657
Alphabétisation des adultes	ED.8	0,672	0,016	0,0240	1,1430	1,0691	1173694317	972	0,639	0,704	1174
Prévalence de l'excision/mutilation génitale féminine (E/MGF)	CP.7	0,041	0,005	0,1248	1,5826	1,2580	2962341079	2377	0,031	0,051	2962
Mariage avant 18 ans	CP.5	0,150	0,016	0,1094	0,9851	0,9925	580778073,3	469	0,117	0,182	581
Polygamie	CP.5	0,237	0,014	0,0593	1,4493	1,2039	1657190926	1330	0,209	0,265	1657
Connaissances générales sur la prévention du VIH chez les jeunes	HA.3	0,150	0,009	0,0578	1,3993	1,1829	2962341079	2377	0,133	0,167	2962
	HA.9	0,569	0,032	0,0569	1,4733	1,2138	411556605,4	346	0,504	0,634	412
Âge lors du premier rapport sexuel chez les jeunes	HA.8	0,078	0,015	0,1888	1,5113	1,2293	592916243,4	503	0,048	0,107	593
Attitude face aux porteurs du VIH/SIDA	HA.5	0,201	0,010	0,0505	1,5138	1,2304	2940047433	2358	0,181	0,221	2940
Femmes ayant subi le test de dépistage du VIH	HA.6	0,158	0,010	0,0655	1,9128	1,3830	2962341079	2377	0,137	0,179	2962
Connaissances sur la transmission mère-enfant du VIH	HA.4	0,580	0,011	0,0198	1,2841	1,1332	2962341079	2377	0,557	0,603	2962
ENFANTS DE MOINS DE 5 ANS											
Prévalence de l'insuffisance pondérale	NU.1	0,164	0,014	0,0874	1,6005	1,2651	1354851775	1067	0,136	0,193	1355
Couverture vaccinale contre la tuberculose	CH.2	0,937	0,018	0,0189	1,5225	1,2339	346030254,6	284	0,902	0,973	346
Couverture vaccinale contre la polio	CH.2	0,761	0,022	0,0288	0,7182	0,8475	333471937,8	273	0,717	0,805	333
Couverture vaccinale contre la DTC	CH.2	0,724	0,027	0,0374	1,0069	1,0034	334987290,9	275	0,670	0,778	335
Couverture vaccinale contre la rougeole	CH.2	0,667	0,028	0,0414	0,9605	0,9801	340313813,3	280	0,612	0,723	340
Enfants entièrement vaccinés	CH.2	0,571	0,029	0,0502	0,9294	0,9641	339583397,5	278	0,514	0,629	340
Infection respiratoire aiguë au cours des 2 dernières semaines	CH.6	0,067	0,009	0,1424	1,7374	1,3181	1517420600	1203	0,048	0,086	1517
Traitement antibiotique des enfants suspects de pneumonie	CH.7	0,271	0,030	0,1111	0,3666	0,6054	101030512,5	81	0,210	0,331	101
Diarrhée au cours des 2 dernières semaines	CH.4	0,112	0,011	0,1004	1,5343	1,2387	1517420600	1203	0,090	0,135	1517
Traitement RVO reçu ou apport d'aliments fluides et poursuite de l'alimentation	CH.5	0,217	0,023	0,1081	0,4472	0,6687	170458587,9	139	0,170	0,264	170
Enfants de moins de 5 ans dormant sous une MI	CH.11	0,361	0,022	0,0610	2,5203	1,5876	1517420600	1203	0,317	0,405	1517
Fièvre au cours des 2 dernières semaines	CH.12	0,170	0,013	0,0776	1,4808	1,2169	1517420600	1203	0,144	0,196	1517
Traitement antipaludéen	CH.12	0,489	0,043	0,0884	1,5760	1,2554	257925241,8	212	0,402	0,575	258
Soutien pour les études	CD.1	0,395	0,021	0,0520	2,1236	1,4573	1517420600	1203	0,354	0,436	1517
Enregistrement des naissances	CP.1	0,928	0,009	0,0100	1,5328	1,2381	1517420600	1203	0,909	0,946	1517

Note: Divide the "Unweighted Count" from SPSS output by 1,000,000 before inserting into the table.

Table SE.4: Erreurs d'échantillonnage: Zone RuraleErreurs-types, coefficients de variation, effets du plan expérimental (deff), carré des effets de plan expérimental (deft)² et intervalles de confiance pour les indicateurs choisis, Togo, 2006

Table	Valeur (r)	Erreur type (et)	Coefficient de variation (et/r)	Effet du plan exp. (deff)	Carré de l'effet du plan exp. (deft) ²	Effectif pondéré	Effectif non pondéré	Intervalle de confiance		Weighted count	
								r - 2et	r + 2et		
MENAGES											
Disponibilité de MI par ménage	CH.10	0,423	0,010	0,0233	1,6942	1,3016	3829175614	4248	0,403	0,443	3829
Consommation de sel iodé	NU.5	0,190	0,009	0,0489	2,3586	1,5358	3791410545	4208	0,171	0,208	3791
Punitions de l'enfant	CP.4	0,891	0,007	0,0073	1,3750	1,1726	2713975714	3148	0,878	0,904	2714
MEMBRES DES MÉNAGES											
Utilisation de sources d'eau potable améliorées	EN.1	0,404	0,025	0,0620	11,0636	3,3262	18825325061	4248	0,354	0,454	18825
Utilisation d'installations sanitaires améliorées	EN.5	0,100	0,011	0,1139	6,1442	2,4787	18825325061	4248	0,077	0,123	18825
Taux de fréquentation net du cycle primaire	ED.3	0,582	0,014	0,0237	3,8365	1,9587	4102940248	4911	0,554	0,609	4103
Taux de fréquentation net du cycle secondaire	ED.4	0,178	0,012	0,0684	3,7942	1,9479	3215165950	3745	0,154	0,202	3215
Taux d'achèvement des études primaires	ED.6	0,263	0,019	0,0723	1,4806	1,2168	660909545,5	793	0,225	0,301	661
Travail des enfants	CP.2	0,313	0,012	0,0371	4,6772	2,1627	6270366606	7464	0,290	0,336	6270
Prévalence d'orphelins	HA.10	0,091	0,006	0,0646	4,8623	2,2051	9673599164	11589	0,080	0,103	9674
Prévalence d'enfants vulnérables	HA.11	0,107	0,012	0,1109	17,0247	4,1261	9673599164	11589	0,083	0,130	9674
FEMMES											
Assistance par un personnel qualifié	RH.5	0,316	0,022	0,0680	2,6620	1,6315	1011234429	1246	0,273	0,359	1011
Soins prénatals	RH.3	0,480	0,019	0,0404	1,8695	1,3673	1011234429	1246	0,441	0,518	1011
Prévalence des contraceptifs	RH.1	0,166	0,009	0,0570	1,9226	1,3866	2449864249	2960	0,147	0,185	2450
Alphabétisation des adultes	ED.8	0,418	0,026	0,0618	3,1909	1,7863	999821988,6	1167	0,366	0,469	1000
Prévalence de l'excision/mutilation génitale féminine (E/MGF)											
	CP.7	0,073	0,008	0,1036	3,2490	1,8025	3248848508	3833	0,058	0,088	3249
Mariage avant 18 ans	CP.5	0,360	0,026	0,0710	1,5310	1,2373	461330228,6	540	0,309	0,412	461
Polygamie	CP.5	0,403	0,014	0,0359	2,5710	1,6034	2449864249	2960	0,374	0,432	2450
Connaissances générales sur la prévention du VIH chez les jeunes	HA.3	0,104	0,005	0,0500	1,1146	1,0558	3248848508	3833	0,094	0,115	3249
	HA.9	0,376	0,022	0,0577	0,5319	0,7293	233356098,2	266	0,333	0,419	233
Âge lors du premier rapport sexuel chez les jeunes	HA.8	0,175	0,017	0,0951	1,1973	1,0942	538491760	627	0,141	0,208	538
Attitude face aux porteurs du VIH/SIDA	HA.5	0,085	0,009	0,1016	3,4263	1,8510	3049967582	3598	0,067	0,102	3050
Femmes ayant subi le test de dépistage du VIH	HA.6	0,041	0,005	0,1139	2,1306	1,4597	3248848508	3833	0,032	0,050	3249
Connaissances sur la transmission mère-enfant du VIH	HA.4	0,617	0,009	0,0152	1,4369	1,1987	3248848508	3833	0,599	0,636	3249
ENFANTS DE MOINS DE 5 ANS											
Prévalence de l'insuffisance pondérale	NU.1	0,322	0,012	0,0379	1,5851	1,2590	2082015215	2318	0,298	0,347	2082
Couverture vaccinale contre la tuberculose	CH.2	0,844	0,019	0,0226	1,6427	1,2817	541871549,8	599	0,805	0,882	542
Couverture vaccinale contre la polio	CH.2	0,670	0,025	0,0369	1,5934	1,2623	521198787,8	577	0,621	0,720	521
Couverture vaccinale contre la DTC	CH.2	0,602	0,025	0,0423	1,5780	1,2562	526885562,9	584	0,552	0,653	527
Couverture vaccinale contre la rougeole	CH.2	0,608	0,022	0,0363	1,2054	1,0979	535562031,9	591	0,564	0,652	536
Enfants entièrement vaccinés	CH.2	0,441	0,023	0,0513	1,2180	1,1036	532742087,6	589	0,396	0,486	533
Infection respiratoire aiguë au cours des 2 dernières semaines	CH.6	0,061	0,006	0,1063	2,1097	1,4525	2555461773	2871	0,048	0,074	2555
Traitement antibiotique des enfants suspectés de pneumonie	CH.7	0,246	0,021	0,0863	0,3721	0,6100	156179842,3	154	0,204	0,289	156
Diarrhée au cours des 2 dernières semaines	CH.4	0,165	0,010	0,0602	2,0552	1,4336	2555461773	2871	0,145	0,185	2555
Traitement RVO reçu ou apport d'aliments fluides et poursuite de l'alimentation	CH.5	0,216	0,020	0,0947	1,1537	1,0741	421531664,7	468	0,175	0,257	422
Enfants de moins de 5 ans dormant sous une MI	CH.11	0,399	0,016	0,0403	3,0833	1,7559	2555461773	2871	0,366	0,431	2555
Fièvre au cours des 2 dernières semaines	CH.12	0,208	0,009	0,0449	1,5171	1,2317	2555461773	2871	0,189	0,226	2555
Traitement antipaludéen	CH.12	0,319	0,023	0,0720	1,3461	1,1602	530338794,6	554	0,273	0,365	530
Soutien pour les études	CD.1	0,343	0,014	0,0401	2,4169	1,5546	2555461773	2871	0,316	0,371	2555
Enregistrement des naissances	CP.1	0,693	0,014	0,0202	2,6536	1,6290	2555461773	2871	0,665	0,721	2555

Note: Divide the "Unweighted Count" from SPSS output by 1,000,000 before inserting into the table.

Table SE.5: Erreurs d'échantillonnage: LoméErreurs-types, coefficients de variation, effets du plan expérimental (deff), carré des effets de plan expérimental (deft)² et intervalles de confiance pour les indicateurs choisis, Togo, 2006

Table	Valeur (r)	Erreur type (et)	Coefficient de variation (et/r)	Effet du plan exp. (deff)	Carré de l'effet du plan exp. (deft) ²	Effectif pondéré	Effectif non pondéré	Intervalle de confiance		Weighted count	
								r - 2et	r + 2et		
MENAGES											
Disponibilité de MI par ménage	CH.10	0,365	0,018	0,0485	1,3942	1,1808	1285386335	1035	0,329	0,400	1285
Consommation de sel iodé	NU.5	0,406	0,024	0,0586	2,3905	1,5461	1268354813	1021	0,358	0,453	1268
Punitions de l'enfant	CP.4	0,934	0,011	0,0116	1,2095	1,0998	791288306,4	635	0,912	0,955	791
MEMBRES DES MÉNAGES											
Utilisation de sources d'eau potable améliorées	EN.1	0,925	0,015	0,0160	3,2574	1,8048	5407248347	1035	0,895	0,954	5407
Utilisation d'installations sanitaires améliorées	EN.5	0,792	0,024	0,0303	3,6160	1,9016	5407248347	1035	0,744	0,840	5407
Taux de fréquentation net du cycle primaire	ED.3	0,803	0,022	0,0274	1,8034	1,3429	729236823,8	589	0,759	0,847	729
Taux de fréquentation net du cycle secondaire	ED.4	0,495	0,025	0,0498	1,5087	1,2283	780086133,2	622	0,445	0,544	780
Taux d'achèvement des études primaires	ED.6	0,523	0,066	0,1270	1,8722	1,3683	124555000,8	107	0,390	0,656	125
Travail des enfants	CP.2	0,271	0,025	0,0937	3,0558	1,7481	1165483351	935	0,221	0,322	1165
Prévalence d'orphelins	HA.10	0,110	0,010	0,0884	1,7014	1,3044	2197998741	1760	0,091	0,130	2198
Prévalence d'enfants vulnérables	HA.11	0,053	0,010	0,1794	3,1716	1,7809	2197998741	1760	0,034	0,072	2198
FEMMES											
Assistance par un personnel qualifié	RH.5	0,908	0,022	0,0240	1,3147	1,1466	327364538,8	234	0,864	0,951	327
Soins prénatals	RH.3	0,916	0,025	0,0275	1,9219	1,3863	327364538,8	234	0,866	0,966	327
Prévalence des contraceptifs	RH.1	0,158	0,014	0,0899	0,8862	0,9414	816563505,4	584	0,130	0,187	817
Alphabétisation des adultes	ED.8	0,687	0,023	0,0329	0,9473	0,9733	537481641,8	400	0,642	0,732	537
Prévalence de l'excision/mutilation génitale féminine (E/MGF)											
	CP.7	0,018	0,006	0,3137	1,8529	1,3612	1449484952	1049	0,007	0,029	1449
Mariage avant 18 ans	CP.5	0,140	0,023	0,1669	0,9313	0,9650	275816824,5	206	0,093	0,187	276
Polygamie	CP.5	0,171	0,013	0,0754	0,6817	0,8257	816563505,4	584	0,145	0,196	817
Connaissances générales sur la prévention du VIH chez les jeunes											
	HA.3	0,120	0,011	0,0901	1,1553	1,0748	1449484952	1049	0,098	0,141	1449
	HA.9	0,505	0,049	0,0972	1,3375	1,1565	187799925,4	140	0,406	0,603	188
Âge lors du premier rapport sexuel chez les jeunes	HA.8	0,085	0,025	0,2920	1,5221	1,2337	261664817,3	194	0,035	0,134	262
Attitude face aux porteurs du VIH/SIDA	HA.5	0,219	0,015	0,0676	1,3378	1,1566	1443653070	1045	0,190	0,249	1444
Femmes ayant subi le test de dépistage du VIH	HA.6	0,175	0,014	0,0815	1,4781	1,2158	1449484952	1049	0,146	0,204	1449
Connaissances sur la transmission mère-enfant du VIH	HA.4	0,585	0,015	0,0262	1,0173	1,0086	1449484952	1049	0,554	0,616	1449
ENFANTS DE MOINS DE 5 ANS											
Prévalence de l'insuffisance pondérale	NU.1	0,145	0,018	0,1236	1,2281	1,1082	660216098,5	474	0,109	0,181	660
Couverture vaccinale contre la tuberculose	CH.2	0,950	0,025	0,0268	1,7326	1,3163	173591531,7	128	0,899	1,001	174
Couverture vaccinale contre la polio	CH.2	0,827	0,036	0,0431	1,0358	1,0177	161713106,1	118	0,755	0,898	162
Couverture vaccinale contre la DTC	CH.2	0,772	0,044	0,0566	1,3318	1,1540	168976511,5	124	0,684	0,859	169
Couverture vaccinale contre la rougeole	CH.2	0,676	0,044	0,0656	1,1278	1,0620	172012400,1	127	0,587	0,764	172
Enfants entièrement vaccinés	CH.2	0,645	0,045	0,0698	1,0905	1,0443	168976511,5	124	0,555	0,735	169
Infection respiratoire aiguë au cours des 2 dernières semaines	CH.6	0,080	0,015	0,1853	1,5980	1,2641	749041813,1	538	0,050	0,109	749
Traitement antibiotique des enfants suspects de pneumonie	CH.7	0,249	0,034	0,1349	0,2657	0,5155	59738129	45	0,182	0,316	60
Diarrhée au cours des 2 dernières semaines	CH.4	0,076	0,013	0,1749	1,3610	1,1666	749041813,1	538	0,050	0,103	749
Traitement RVO reçu ou apport d'aliments fluides et poursuite de l'alimentation	CH.5	0,041	0,029	0,7188	0,8775	0,9368	57283792,99	41	-0,018	0,099	57
Enfants de moins de 5 ans dormant sous une MI	CH.11	0,310	0,030	0,0971	2,2788	1,5096	749041813,1	538	0,250	0,371	749
Fièvre au cours des 2 dernières semaines	CH.12	0,168	0,022	0,1296	1,8252	1,3510	749041813,1	538	0,125	0,212	749
Traitement antipaludéen	CH.12	0,480	0,071	0,1485	1,7340	1,3168	126132171,2	86	0,338	0,623	126
Soutien pour les études	CD.1	0,388	0,028	0,0718	1,7521	1,3237	749041813,1	538	0,332	0,443	749
Enregistrement des naissances	CP.1	0,940	0,013	0,0139	1,6281	1,2760	749041813,1	538	0,913	0,966	749

Note: Divide the "Unweighted Count" from SPSS output by 1,000,000 before inserting into the table.

Table SE.6: Erreurs d'échantillonnage: Région Maritime

Erreurs-types, coefficients de variation, effets du plan expérimental (deff), carré des effets de plan expérimental (deft)² et intervalles de confiance pour les indicateurs choisis, Togo, 2006

Table	Valeur (r)	Erreur type (et)	Coefficient de variation (et/r)	Effet du plan exp. (deff)	Carré de l'effet du plan exp. (deft) ²	Effectif pondéré	Effectif non pondéré	Intervalle de confiance		Weighted count	
								r - 2et	r + 2et		
MENAGES											
Disponibilité de MI par ménage	CH.10	0,378	0,016	0,0430	1,6618	1,2891	2128194507	1481	0,346	0,411	2128
Consommation de sel iodé	NU.5	0,274	0,016	0,0592	1,9300	1,3893	2100288022	1463	0,241	0,306	2100
Punitions de l'enfant	CP.4	0,946	0,008	0,0086	1,2590	1,1220	1376221740	984	0,930	0,962	1376
MEMBRES DES MENAGES											
Utilisation de sources d'eau potable améliorées	EN.1	0,557	0,035	0,0635	7,4908	2,7369	9544369609	1481	0,486	0,627	9544
Utilisation d'installations sanitaires améliorées	EN.5	0,336	0,025	0,0753	4,2428	2,0598	9544369609	1481	0,285	0,387	9544
Taux de fréquentation net du cycle primaire	ED.3	0,727	0,021	0,0283	2,6842	1,6384	1764983054	1260	0,686	0,768	1765
Taux de fréquentation net du cycle secondaire	ED.4	0,252	0,020	0,0802	2,4600	1,5684	1656314489	1139	0,211	0,292	1656
Taux d'achèvement des études primaires	ED.6	0,348	0,043	0,1226	1,6280	1,2759	280309582,2	204	0,263	0,433	280
Travail des enfants	CP.2	0,321	0,020	0,0638	3,8529	1,9629	2827106509	2006	0,280	0,362	2827
Prévalence d'orphelins	HA.10	0,104	0,010	0,0943	3,3295	1,8247	4553269922	3231	0,084	0,124	4553
Prévalence d'enfants vulnérables	HA.11	0,157	0,023	0,1480	13,2069	3,6341	4553269922	3231	0,111	0,204	4553
FEMMES											
Assistance par un personnel qualifié	RH.5	0,573	0,031	0,0546	1,4464	1,2027	492850079,1	362	0,511	0,636	493
Soins prénatals	RH.3	0,665	0,032	0,0480	1,6521	1,2853	492850079,1	362	0,601	0,729	493
Prévalence des contraceptifs	RH.1	0,231	0,015	0,0636	1,0710	1,0349	1229522346	885	0,201	0,260	1230
Alphabétisation des adultes	ED.8	0,589	0,029	0,0486	1,5977	1,2640	701825221,4	473	0,532	0,647	702
Prévalence de l'excision/mutilation génitale féminine (E/MGF)	CP.7	0,010	0,003	0,3164	1,3594	1,1659	1930773155	1336	0,004	0,016	1931
Mariage avant 18 ans	CP.5	0,272	0,034	0,1266	1,2975	1,1391	321448945,5	218	0,203	0,340	321
Polygamie	CP.5	0,374	0,022	0,0587	1,8229	1,3501	1229522346	885	0,330	0,418	1230
Connaissances générales sur la prévention du VIH chez les jeunes	HA.3	0,083	0,008	0,0981	1,1568	1,0756	1930773155	1336	0,066	0,099	1931
	HA.9	0,516	0,047	0,0908	1,1606	1,0773	208629427,1	133	0,422	0,610	209
Âge lors du premier rapport sexuel chez les jeunes	HA.8	0,117	0,022	0,1869	1,1750	1,0840	380376275,9	255	0,073	0,161	380
Attitude face aux porteurs du VIH/SIDA	HA.5	0,122	0,014	0,1123	2,3297	1,5263	1918216329	1326	0,095	0,150	1918
Femmes ayant subi le test de dépistage du VIH	HA.6	0,086	0,011	0,1289	2,0953	1,4475	1930773155	1336	0,064	0,109	1931
Connaissances sur la transmission mère-enfant du VIH	HA.4	0,609	0,016	0,0259	1,3933	1,1804	1930773155	1336	0,577	0,640	1931
ENFANTS DE MOINS DE 5 ANS											
Prévalence de l'insuffisance pondérale	NU.1	0,236	0,021	0,0902	1,7498	1,3228	1038829048	695	0,194	0,279	1039
Couverture vaccinale contre la tuberculose	CH.2	0,904	0,022	0,0249	1,0456	1,0226	274566331,9	181	0,859	0,949	275
Couverture vaccinale contre la polio	CH.2	0,678	0,027	0,0405	0,6129	0,7829	268639208,1	178	0,623	0,733	269
Couverture vaccinale contre la DTC	CH.2	0,606	0,031	0,0517	0,7148	0,8455	263260578,7	175	0,543	0,668	263
Couverture vaccinale contre la rougeole	CH.2	0,620	0,037	0,0589	0,9955	0,9977	268131734,7	177	0,547	0,693	268
Enfants entièrement vaccinés	CH.2	0,480	0,029	0,0596	0,5789	0,7608	269143673,6	178	0,423	0,537	269
Infection respiratoire aiguë au cours des 2 dernières semaines	CH.6	0,094	0,014	0,1431	1,7605	1,3268	1226703871	825	0,067	0,121	1227
Traitement antibiotique des enfants suspectés de pneumonie	CH.7	0,268	0,029	0,1079	0,3577	0,5981	115835802,3	85	0,210	0,326	116
Diarrhée au cours des 2 dernières semaines	CH.4	0,165	0,018	0,1073	1,8693	1,3672	1226703871	825	0,129	0,200	1227
Traitement RVO reçu ou apport d'aliments fluides et poursuite de l'alimentation	CH.5	0,255	0,033	0,1291	0,7419	0,8613	201962021,2	131	0,189	0,321	202
Enfants de moins de 5 ans dormant sous une MI	CH.11	0,318	0,031	0,0973	3,6361	1,9068	1226703871	825	0,256	0,380	1227
Fièvre au cours des 2 dernières semaines	CH.12	0,253	0,018	0,0715	1,4293	1,1955	1226703871	825	0,217	0,290	1227
Traitement antipaludéen	CH.12	0,279	0,036	0,1280	1,3890	1,1786	310730767,2	220	0,208	0,351	311
Soutien pour les études	CD.1	0,371	0,026	0,0712	2,4653	1,5701	1226703871	825	0,319	0,424	1227
Enregistrement des naissances	CP.1	0,819	0,017	0,0206	1,5776	1,2560	1226703871	825	0,785	0,853	1227

Note: Divide the "Unweighted Count" from SPSS output by 1,000,000 before inserting into the table.

Table SE.7: Erreurs d'échantillonnage: Région des Plateaux

Erreurs-types, coefficients de variation, effets du plan expérimental (deff), carré des effets de plan expérimental (deft)² et intervalles de confiance pour les indicateurs choisis, Togo, 2006

	Table	Valeur (r)	Erreur type (et)	Coefficient de variation (et/r)	Effet du plan exp. (deff)	Carré de l'effet du plan exp. (deft) ²	Effectif pondéré	Effectif non pondéré	Intervalle de confiance		Weighted count
									r - 2et	r + 2et	
MENAGES											
Disponibilité de MI par ménage	CH.10	0,334	0,012	0,0350	0,7322	0,8557	1352659611	1191	0,311	0,357	1353
Consommation de sel iodé	NU.5	0,181	0,016	0,0885	2,0528	1,4328	1343493360	1183	0,149	0,213	1343
Punitions de l'enfant	CP.4	0,904	0,014	0,0156	1,8030	1,3428	891789647	790	0,875	0,932	892
MEMBRES DES MÉNAGES											
Utilisation de sources d'eau potable améliorées	EN.1	0,415	0,046	0,1110	10,4246	3,2287	5782925157	1191	0,323	0,508	5783
Utilisation d'installations sanitaires améliorées	EN.5	0,175	0,021	0,1207	3,6686	1,9154	5782925157	1191	0,132	0,217	5783
Taux de fréquentation net du cycle primaire	ED.3	0,652	0,019	0,0285	1,6432	1,2819	1181417843	1081	0,614	0,689	1181
Taux de fréquentation net du cycle secondaire	ED.4	0,326	0,029	0,0894	3,2897	1,8138	959217517,5	854	0,267	0,384	959
Taux d'achèvement des études primaires	ED.6	0,442	0,041	0,0928	1,2953	1,1381	213735658,7	191	0,360	0,524	214
Travail des enfants	CP.2	0,242	0,015	0,0611	1,9609	1,4003	1804655106	1640	0,213	0,272	1805
Prévalence d'orphelins	HA.10	0,065	0,008	0,1257	2,7581	1,6608	2746545923	2504	0,049	0,082	2747
Prévalence d'enfants vulnérables	HA.11	0,058	0,011	0,1840	5,2163	2,2839	2746545923	2504	0,037	0,079	2747
FEMMES											
Assistance par un personnel qualifié	RH.5	0,469	0,037	0,0781	1,3540	1,1636	269538364,7	252	0,396	0,543	270
Soins prénatals	RH.5	0,674	0,028	0,0422	0,9229	0,9607	269538364,7	252	0,617	0,731	270
Prévalence des contraceptifs	RH.1	0,102	0,013	0,1269	1,2317	1,1098	766510183,9	673	0,076	0,128	767
Alphabétisation des adultes	ED.8	0,484	0,024	0,0500	0,7007	0,8371	338544983,1	300	0,435	0,532	339
Prévalence de l'excision/mutilation génitale féminine (E/MGF)	CP.7	0,061	0,016	0,2650	4,2319	2,0572	1067391642	930	0,029	0,093	1067
Mariage avant 18 ans	CP.5	0,353	0,032	0,0904	0,7090	0,8420	183222652	160	0,289	0,417	183
Polygamie	CP.5	0,297	0,025	0,0826	1,9329	1,3903	766510183,9	673	0,248	0,346	767
Connaissances générales sur la prévention du VIH chez les jeunes	HA.3	0,107	0,010	0,0947	0,9933	0,9967	1067391642	930	0,086	0,127	1067
	HA.9	0,349	0,042	0,1189	0,5774	0,7598	85704690,24	77	0,266	0,432	86
Âge lors du premier rapport sexuel chez les jeunes	HA.8	0,221	0,034	0,1517	0,9075	0,9526	155322331,2	140	0,154	0,288	155
Attitude face aux porteurs du VIH/SIDA	HA.5	0,158	0,016	0,1032	1,5989	1,2645	933025862,2	803	0,125	0,190	933
Femmes ayant subi le test de dépistage du VIH	HA.6	0,052	0,010	0,1988	1,9965	1,4130	1067391642	930	0,031	0,072	1067
Connaissances sur la transmission mère-enfant du VIH	HA.4	0,556	0,015	0,0267	0,8310	0,9116	1067391642	930	0,526	0,586	1067
ENFANTS DE MOINS DE 5 ANS											
Prévalence de l'insuffisance pondérale	NU.1	0,173	0,018	0,1020	1,0048	1,0024	576234130,5	462	0,138	0,208	576
Couverture vaccinale contre la tuberculose	CH.2	0,871	0,029	0,0335	0,8116	0,9009	123894808,6	108	0,813	0,930	124
Couverture vaccinale contre la polio	CH.2	0,684	0,050	0,0725	1,1846	1,0884	120857871,8	105	0,585	0,784	121
Couverture vaccinale contre la DTC	CH.2	0,673	0,052	0,0771	1,2590	1,1220	119923816	104	0,569	0,776	120
Couverture vaccinale contre la rougeole	CH.2	0,630	0,030	0,0472	0,4057	0,6369	123894808,6	108	0,571	0,690	124
Enfants entièrement vaccinés	CH.2	0,436	0,044	0,1007	0,8247	0,9081	122295283,9	106	0,348	0,524	122
Infection respiratoire aiguë au cours des 2 dernières semaines	CH.6	0,036	0,011	0,2978	1,7935	1,3392	656495908,5	537	0,015	0,058	656
Traitement antibiotique des enfants suspectés de pneumonie	CH.7	0,186	0,047	0,2556	0,3127	0,5592	23867124,8	22	0,091	0,281	24
Diarrhée au cours des 2 dernières semaines	CH.4	0,120	0,017	0,1386	1,4066	1,1860	656495908,5	537	0,087	0,153	656
Traitement RVO reçu ou apport d'aliments fluides et poursuite de l'alimentation	CH.5	0,325	0,035	0,1075	0,3610	0,6008	78867515,33	66	0,255	0,394	79
Enfants de moins de 5 ans dormant sous une MI	CH.11	0,416	0,031	0,0740	2,0888	1,4453	656495908,5	537	0,354	0,477	656
Fièvre au cours des 2 dernières semaines	CH.12	0,132	0,012	0,0932	0,7089	0,8420	656495908,5	537	0,107	0,157	656
Traitement antipaludéen	CH.12	0,402	0,043	0,1064	0,5569	0,7463	86720390,51	74	0,317	0,488	87
Soutien pour les études	CD.1	0,380	0,027	0,0699	1,6017	1,2656	656495908,5	537	0,327	0,433	656
Enregistrement des naissances	CP.1	0,650	0,032	0,0496	2,4481	1,5646	656495908,5	537	0,586	0,715	656

Note: Divide the "Unweighted Count" from SPSS output by 1,000,000 before inserting into the table.

Table SE.8: Erreurs d'échantillonnage: Région Centrale

Erreurs-types, coefficients de variation, effets du plan expérimental (deff), carré des effets de plan expérimental (deft)² et intervalles de confiance pour les indicateurs choisis, Togo, 2006

Table	Valeur (r)	Erreur type (et)	Coefficient de variation (et/r)	Effet du plan exp. (deff)	Carré de l'effet du plan exp. (deft) ²	Effectif pondéré	Effectif non pondéré	Intervalle de confiance		Weighted count	
								r - 2et	r + 2et		
MENAGES											
Disponibilité de MI par ménage	CH.10	0,486	0,024	0,0484	1,9354	1,3912	519811974	874	0,439	0,534	520
Consommation de sel iodé	NU.5	0,166	0,014	0,0871	1,3027	1,1413	514781135	865	0,137	0,195	515
Punitions de l'enfant	CP.4	0,817	0,013	0,0163	0,8235	0,9074	415560555	693	0,791	0,844	416
MEMBRES DES MENAGES											
Utilisation de sources d'eau potable améliorées	EN.1	0,539	0,032	0,0599	3,6694	1,9156	2789867406	874	0,475	0,604	2790
Utilisation d'installations sanitaires améliorées	EN.5	0,236	0,037	0,1580	6,7203	2,5924	2789867406	874	0,161	0,310	2790
Taux de fréquentation net du cycle primaire	ED.3	0,687	0,038	0,0557	6,7019	2,5888	595945533,6	985	0,611	0,764	596
Taux de fréquentation net du cycle secondaire	ED.4	0,253	0,017	0,0669	1,2502	1,1181	502935629,9	828	0,219	0,287	503
Taux d'achèvement des études primaires	ED.6	0,310	0,056	0,1795	2,4872	1,5771	105508817,4	173	0,199	0,421	106
Travail des enfants	CP.2	0,269	0,020	0,0754	3,1915	1,7865	924836050,4	1528	0,228	0,309	925
Prévalence d'orphelins	HA.10	0,114	0,017	0,1472	6,7515	2,5984	1447354581	2414	0,081	0,148	1447
Prévalence d'enfants vulnérables	HA.11	0,097	0,014	0,1407	5,1104	2,2606	1447354581	2414	0,069	0,124	1447
FEMMES											
Assistance par un personnel qualifié	RH.5	0,347	0,047	0,1358	2,4350	1,5605	139307781,1	249	0,253	0,442	139
Soins prénatals	RH.3	0,492	0,040	0,0816	1,5965	1,2635	139307781,1	249	0,412	0,572	139
Prévalence des contraceptifs	RH.1	0,274	0,032	0,1157	3,1280	1,7686	349079554,5	619	0,211	0,338	349
Alphabétisation des adultes	ED.8	0,551	0,054	0,0987	3,4021	1,8445	164223296,7	286	0,442	0,659	164
Prévalence de l'excision/mutilation génitale féminine (E/MGF)	CP.7	0,227	0,032	0,1428	5,1977	2,2798	496316712,2	869	0,162	0,292	496
Mariage avant 18 ans	CP.5	0,196	0,031	0,1578	0,7573	0,8703	69257454,49	126	0,134	0,258	69
Polygamie	CP.5	0,388	0,027	0,0700	1,9185	1,3851	349079554,5	619	0,334	0,442	349
Connaissances générales sur la prévention du VIH chez les jeunes	HA.3	0,163	0,021	0,1309	2,9041	1,7041	496316712,2	869	0,121	0,206	496
	HA.9	0,591	0,042	0,0716	0,6674	0,8169	51514432,22	91	0,507	0,676	52
Âge lors du premier rapport sexuel chez les jeunes	HA.8	0,129	0,017	0,1341	0,4234	0,6507	94965842,18	160	0,094	0,164	95
Attitude face aux porteurs du VIH/SIDA	HA.5	0,075	0,014	0,1822	2,3053	1,5183	491106440,3	860	0,048	0,102	491
Femmes ayant subi le test de dépistage du VIH	HA.6	0,081	0,014	0,1698	2,2187	1,4895	496316712,2	869	0,054	0,109	496
Connaissances sur la transmission mère-enfant du VIH	HA.4	0,592	0,021	0,0347	1,5139	1,2304	496316712,2	869	0,551	0,633	496
ENFANTS DE MOINS DE 5 ANS											
Prévalence de l'insuffisance pondérale	NU.1	0,208	0,019	0,0906	1,1167	1,0567	335352135,8	519	0,170	0,246	335
Couverture vaccinale contre la tuberculose	CH.2	0,902	0,044	0,0490	2,6362	1,6236	80210252,89	120	0,814	0,991	80
Couverture vaccinale contre la polio	CH.2	0,766	0,043	0,0556	1,1839	1,0881	78957304,59	118	0,681	0,851	79
Couverture vaccinale contre la DTC	CH.2	0,727	0,043	0,0585	1,0833	1,0408	80210252,89	120	0,642	0,812	80
Couverture vaccinale contre la rougeole	CH.2	0,750	0,040	0,0538	1,0340	1,0168	80210252,89	120	0,669	0,831	80
Enfants entièrement vaccinés	CH.2	0,563	0,052	0,0921	1,2882	1,1350	79583778,74	119	0,459	0,666	80
Infection respiratoire aiguë au cours des 2 dernières semaines	CH.6	0,026	0,006	0,2288	0,8475	0,9206	378545625,8	596	0,014	0,039	379
Traitement antibiotique des enfants suspectés de pneumonie	CH.7	0,368	0,145	0,3948	1,4524	1,2052	10028703,29	17	0,077	0,659	10
Diarrhée au cours des 2 dernières semaines	CH.4	0,202	0,019	0,0949	1,3550	1,1641	378545625,8	596	0,163	0,240	379
Traitement RVO reçu ou apport d'aliments fluides et poursuite de l'alimentation	CH.5	0,198	0,037	0,1859	1,0309	1,0153	76358727,8	122	0,124	0,271	76
Enfants de moins de 5 ans dormant sous une MI	CH.11	0,536	0,023	0,0426	1,2498	1,1180	378545625,8	596	0,491	0,582	379
Fièvre au cours des 2 dernières semaines	CH.12	0,238	0,020	0,0851	1,3488	1,1614	378545625,8	596	0,198	0,279	379
Traitement antipaludéen	CH.12	0,388	0,055	0,1407	1,7414	1,3196	90199706,82	140	0,279	0,497	90
Soutien pour les études	CD.1	0,275	0,021	0,0765	1,3206	1,1492	378545625,8	596	0,233	0,317	379
Enregistrement des naissances	CP.1	0,782	0,024	0,0311	2,0621	1,4360	378545625,8	596	0,733	0,831	379

Note: Divide the "Unweighted Count" from SPSS output by 1,000,000 before inserting into the table.

Table SE.9: Erreurs d'échantillonnage: Région de la Kara

Erreurs-types, coefficients de variation, effets du plan expérimental (deff), carré des effets de plan expérimental (deff)² et intervalles de confiance pour les indicateurs choisis, Togo, 2006

	Table	Valeur (r)	Erreur type (et)	Coefficient de variation (et/r)	Effet du plan exp. (deff)	Carré de l'effet du plan exp. (deff) ²	Effectif pondéré	Effectif non pondéré	Intervalle de confiance		Weighted count
									r - 2et	r + 2et	
MENAGES											
Disponibilité de MI par ménage	CH.10	0,476	0,017	0,0347	1,0572	1,0282	700524802,2	967	0,443	0,509	701
Consommation de sel iodé	NU.5	0,180	0,018	0,1010	2,1596	1,4696	698781470,6	964	0,144	0,217	699
Punitives de l'enfant	CP.4	0,830	0,021	0,0254	2,2207	1,4902	504667738,2	704	0,788	0,873	505
MEMBRES DES MÉNAGES											
Utilisation de sources d'eau potable améliorées	EN.1	0,621	0,035	0,0558	4,9247	2,2192	3674443541	967	0,552	0,690	3674
Utilisation d'installations sanitaires améliorées	EN.5	0,094	0,012	0,1275	1,6251	1,2748	3674443541	967	0,070	0,118	3674
Taux de fréquentation net du cycle primaire	ED.3	0,537	0,032	0,0604	4,6647	2,1598	800613365	1106	0,472	0,601	801
Taux de fréquentation net du cycle secondaire	ED.4	0,234	0,029	0,1245	4,0672	2,0167	626397250,3	861	0,176	0,292	626
Taux d'achèvement des études primaires	ED.6	0,225	0,034	0,1521	1,0771	1,0378	116954360	161	0,157	0,294	117
Travail des enfants	CP.2	0,278	0,030	0,1075	7,5156	2,7415	1225256710	1691	0,218	0,338	1225
Prévalence d'orphelins	HA.10	0,098	0,014	0,1377	5,2962	2,3013	1867795140	2569	0,071	0,125	1868
Prévalence d'enfants vulnérables	HA.11	0,068	0,013	0,1925	6,9913	2,6441	1867795140	2569	0,042	0,095	1868
FEMMES											
Assistance par un personnel qualifié	RH.5	0,302	0,043	0,1439	2,0879	1,4450	173658736,2	234	0,215	0,389	174
Soins prénatals	RH.3	0,364	0,039	0,1080	1,5521	1,2458	173658736,2	234	0,285	0,442	174
Prévalence des contraceptifs	RH.1	0,186	0,021	0,1133	1,9162	1,3843	480816926,2	656	0,144	0,228	481
Alphabétisation des adultes	ED.8	0,516	0,038	0,0736	1,9119	1,3827	242150507,9	332	0,440	0,592	242
Prévalence de l'excision/mutilation génitale féminine (E/MGF)	CP.7	0,073	0,017	0,2283	3,7460	1,9355	670348589,8	911	0,040	0,107	670
Mariage avant 18 ans	CP.5	0,235	0,029	0,1221	0,7329	0,8561	117135263,4	161	0,178	0,292	117
Polygamie	CP.5	0,407	0,028	0,0684	2,0976	1,4483	480816926,2	656	0,351	0,462	481
Connaissances générales sur la prévention du VIH chez les jeunes	HA.3	0,210	0,017	0,0803	1,5551	1,2470	670348589,8	911	0,176	0,243	670
	HA.9	0,590	0,046	0,0782	0,9142	0,9562	75368303,95	105	0,498	0,682	75
Âge lors du premier rapport sexuel chez les jeunes	HA.8	0,081	0,021	0,2607	1,0156	1,0078	125015244,5	171	0,039	0,123	125
Attitude face aux porteurs du VIH/SIDA	HA.5	0,097	0,010	0,1035	1,0074	1,0037	642755257,7	873	0,077	0,118	643
Femmes ayant subi le test de dépistage du VIH	HA.6	0,068	0,011	0,1624	1,7443	1,3207	670348589,8	911	0,046	0,090	670
Connaissances sur la transmission mère-enfant du VIH	HA.4	0,645	0,018	0,0284	1,3306	1,1535	670348589,8	911	0,608	0,682	670
ENFANTS DE MOINS DE 5 ANS											
Prévalence de l'insuffisance pondérale	NU.1	0,370	0,030	0,0815	1,7571	1,3256	375085333,8	452	0,310	0,430	375
Couverture vaccinale contre la tuberculose	CH.2	0,780	0,037	0,0473	1,0279	1,0138	106228897,1	131	0,706	0,853	106
Couverture vaccinale contre la polio	CH.2	0,658	0,043	0,0650	0,9828	0,9914	98380498,03	122	0,572	0,743	98
Couverture vaccinale contre la DTC	CH.2	0,570	0,050	0,0868	1,2612	1,1230	103427738,3	127	0,471	0,669	103
Couverture vaccinale contre la rougeole	CH.2	0,519	0,046	0,0893	1,1019	1,0497	105142123,8	129	0,427	0,612	105
Enfants entièrement vaccinés	CH.2	0,339	0,053	0,1570	1,6291	1,2764	105685510,5	130	0,232	0,445	106
Infection respiratoire aiguë au cours des 2 dernières semaines	CH.6	0,055	0,013	0,2382	1,9421	1,3936	479323118,1	589	0,029	0,081	479
Traitement antibiotique des enfants suspectés de pneumonie	CH.7	0,359	0,008	0,0234	0,0089	0,0942	26368095,61	30	0,343	0,376	26
Diarrhée au cours des 2 dernières semaines	CH.4	0,199	0,019	0,0980	1,4008	1,1836	479323118,1	589	0,160	0,238	479
Traitement RVO reçu ou apport d'aliments fluides et poursuite de l'alimentation	CH.5	0,196	0,040	0,2054	1,1194	1,0580	95220986,73	110	0,115	0,276	95
Enfants de moins de 5 ans dormant sous une MI	CH.11	0,484	0,020	0,0421	0,9775	0,9887	479323118,1	589	0,443	0,525	479
Fièvre au cours des 2 dernières semaines	CH.12	0,181	0,018	0,0990	1,2742	1,1288	479323118,1	589	0,145	0,217	479
Traitement antipaludéen	CH.12	0,525	0,041	0,0772	0,6784	0,8236	86744490,16	104	0,444	0,606	87
Soutien pour les études	CD.1	0,334	0,021	0,0642	1,2155	1,1025	479323118,1	589	0,291	0,377	479
Enregistrement des naissances	CP.1	0,660	0,031	0,0467	2,4900	1,5780	479323118,1	589	0,598	0,721	479

Note: Divide the "Unweighted Count" from SPSS output by 1,000,000 before inserting into the table.

Table SE.9: Erreurs d'échantillonnage: Région des Savanes

Erreurs-types, coefficients de variation, effets du plan expérimental (deff), carré des effets de plan expérimental (deft)² et intervalles de confiance pour les indicateurs choisis, Togo, 2006

Table	Valeur (r)	Erreur type (et)	Coefficient de variation (e/r)	Effet du plan exp. (deff)	Carré de l'effet du plan exp. (deft) ²	Effectif pondéré	Effectif non pondéré	Intervalle de confiance		Weighted count	
								r - 2et	r + 2et		
MENAGES											
Disponibilité de MI par ménage	CH.10	0,596	0,025	0,0421	2,4612	1,5688	505422769,6	944	0,545	0,646	505
Consommation de sel iodé	NU.5	0,170	0,017	0,1025	1,9997	1,4141	499376813,7	932	0,135	0,205	499
Punitions de l'enfant	CP.4	0,878	0,013	0,0154	1,3540	1,1636	427443959,6	800	0,851	0,905	427
MEMBRES DES MENAGES											
Utilisation de sources d'eau potable améliorées	EN.1	0,427	0,045	0,1045	7,6741	2,7702	3343102890	944	0,338	0,516	3343
Utilisation d'installations sanitaires améliorées	EN.5	0,058	0,015	0,2559	3,8053	1,9507	3343102890	944	0,028	0,088	3343
Taux de fréquentation net du cycle primaire	ED.3	0,417	0,023	0,0554	3,1589	1,7773	762511058,6	1438	0,371	0,463	763
Taux de fréquentation net du cycle secondaire	ED.4	0,099	0,019	0,1962	4,8256	2,1967	608871596,5	1142	0,060	0,138	609
Taux d'achèvement des études primaires	ED.6	0,179	0,026	0,1465	1,0917	1,0448	122913825,9	235	0,126	0,231	123
Travail des enfants	CP.2	0,369	0,015	0,0396	2,0332	1,4259	1177143243	2218	0,339	0,398	1177
Prévalence d'orphelins	HA.10	0,111	0,010	0,0910	3,6963	1,9226	1908970008	3585	0,091	0,131	1909
Prévalence d'enfants vulnérables	HA.11	0,049	0,008	0,1692	5,2561	2,2926	1908970008	3585	0,032	0,065	1909
FEMMES											
Assistance par un personnel qualifié	RH.5	0,169	0,026	0,1516	1,9567	1,3988	224731214,9	420	0,118	0,220	225
Soins prénatals	RH.3	0,419	0,037	0,0887	2,3781	1,5421	224731214,9	420	0,345	0,494	225
Prévalence des contraceptifs	RH.1	0,075	0,012	0,1562	1,7332	1,3165	464562659,2	873	0,052	0,099	465
Alphabétisation des adultes	ED.8	0,231	0,034	0,1451	2,1971	1,4823	189290654,4	348	0,164	0,298	189
Prévalence de l'excision/mutilation génitale féminine (E/MGF)	CP.7	0,147	0,016	0,1124	2,4188	1,5552	596874535,7	1115	0,114	0,180	597
Mariage avant 18 ans	CP.5	0,283	0,039	0,1360	1,0030	1,0015	75227161,96	138	0,206	0,361	75
Polygamie	CP.5	0,479	0,032	0,0665	3,5352	1,8802	464562659,2	873	0,415	0,542	465
Connaissances générales sur la prévention du VIH chez les jeunes	HA.3	0,193	0,018	0,0958	2,4392	1,5618	596874535,7	1115	0,156	0,230	597
	HA.9	0,406	0,057	0,1394	0,8634	0,9292	35895924,67	66	0,293	0,519	36
Âge lors du premier rapport sexuel chez les jeunes	HA.8	0,148	0,023	0,1569	0,8918	0,9444	114063492,4	210	0,101	0,194	114
Attitude face aux porteurs du VIH/SIDA	HA.5	0,092	0,011	0,1239	1,6354	1,2788	561258055,4	1049	0,069	0,115	561
Femmes ayant subi le test de dépistage du VIH	HA.6	0,067	0,012	0,1722	2,3705	1,5396	596874535,7	1115	0,044	0,090	597
Connaissances sur la transmission mère-enfant du VIH	HA.4	0,639	0,022	0,0346	2,3533	1,5341	596874535,7	1115	0,595	0,683	597
ENFANTS DE MOINS DE 5 ANS											
Prévalence de l'insuffisance pondérale	NU.1	0,540	0,018	0,0325	0,9705	0,9852	451150243,1	783	0,505	0,575	451
Couverture vaccinale contre la tuberculose	CH.2	0,814	0,050	0,0617	3,5554	1,8856	129409982,3	215	0,713	0,914	129
Couverture vaccinale contre la polio	CH.2	0,628	0,062	0,0982	3,3878	1,8406	126122737,1	209	0,505	0,751	126
Couverture vaccinale contre la DTC	CH.2	0,572	0,061	0,1071	3,1847	1,7846	126073956,4	209	0,449	0,694	126
Couverture vaccinale contre la rougeole	CH.2	0,612	0,043	0,0710	1,6641	1,2900	126484525,1	210	0,525	0,699	126
Enfants entièrement vaccinés	CH.2	0,448	0,052	0,1151	2,2480	1,4993	126640726,8	210	0,345	0,551	127
Infection respiratoire aiguë au cours des 2 dernières semaines	CH.6	0,037	0,005	0,1494	0,8390	0,9160	582772036	989	0,026	0,048	583
Traitement antibiotique des enfants suspectés de pneumonie	CH.7	0,108	0,046	0,4204	0,7514	0,8668	21372499,71	36	0,017	0,199	21
Diarrhée au cours des 2 dernières semaines	CH.4	0,141	0,012	0,0820	1,0914	1,0447	582772036	989	0,118	0,164	583
Traitement RVO reçu ou apport d'aliments fluides et poursuite de l'alimentation	CH.5	0,180	0,029	0,1631	0,7957	0,8920	82297208,5	137	0,121	0,239	82
Enfants de moins de 5 ans dormant sous une MI	CH.11	0,403	0,022	0,0555	2,0581	1,4346	582772036	989	0,359	0,448	583
Fièvre au cours des 2 dernières semaines	CH.12	0,151	0,015	0,1014	1,8005	1,3418	582772036	989	0,120	0,181	583
Traitement antipaludéen	CH.12	0,372	0,029	0,0781	0,5093	0,7137	87736510,54	142	0,314	0,430	88
Soutien pour les études	CD.1	0,373	0,026	0,0705	2,9143	1,7071	582772036	989	0,320	0,425	583
Enregistrement des naissances	CP.1	0,741	0,024	0,0329	3,0558	1,7481	582772036	989	0,692	0,790	583

Note: Divide the "Unweighted Count" from SPSS output by 1,000,000 before inserting into the table.

ANNEXE D : TABLEAUX SUR LA QUALITE DES DONNEES

Tableau DQ.1 : Répartition de la population des ménages par âge

Répartition par âge et par sexe de la population des ménages (pondérée), Togo, 2006

	Hommes		Femmes			Hommes		Femmes	
	Effectif	%	Effectif	%		Effectif	%	Effectif	%
0	456	3,0	411	2,7	43	99	0,7	100	0,6
1	403	2,7	418	2,7	44	62	0,4	57	0,4
2	393	2,6	364	2,4	45	247	1,6	206	1,3
3	381	2,5	365	2,4	46	85	0,6	79	0,5
4	267	1,8	296	1,9	47	75	0,5	61	0,4
5	567	3,7	536	3,5	48	93	0,6	75	0,5
6	485	3,2	488	3,2	49	48	0,3	60	0,4
7	479	3,2	494	3,2	50	137	0,9	257	1,7
8	451	3,0	474	3,1	51	47	0,3	145	0,9
9	459	3,0	437	2,8	52	98	0,6	216	1,4
10	488	3,2	476	3,1	53	60	0,4	120	0,8
11	379	2,5	280	1,8	54	60	0,4	79	0,5
12	524	3,5	495	3,2	55	128	0,8	177	1,1
13	382	2,5	401	2,6	56	61	0,4	72	0,5
14	341	2,3	487	3,2	57	57	0,4	61	0,4
15	423	2,8	255	1,7	58	59	0,4	72	0,5
16	386	2,5	232	1,5	59	39	0,3	42	0,3
17	329	2,2	219	1,4	60	124	0,8	193	1,3
18	443	2,9	319	2,1	61	23	0,2	25	0,2
19	298	2,0	204	1,3	62	51	0,3	78	0,5
20	335	2,2	326	2,1	63	24	0,2	40	0,3
21	213	1,4	194	1,3	64	22	0,1	26	0,2
22	308	2,0	250	1,6	65	114	0,8	153	1,0
23	219	1,4	197	1,3	66	19	0,1	25	0,2
24	151	1,0	160	1,0	67	28	0,2	32	0,2
25	338	2,2	424	2,7	68	38	0,3	44	0,3
26	196	1,3	204	1,3	69	15	0,1	21	0,1
27	192	1,3	212	1,4	70	101	0,7	150	1,0
28	202	1,3	237	1,5	71	13	0,1	6	0,0
29	112	0,7	184	1,2	72	31	0,2	32	0,2
30	328	2,2	322	2,1	73	17	0,1	11	0,1
31	104	0,7	137	0,9	74	12	0,1	3	0,0
32	216	1,4	234	1,5	75	46	0,3	58	0,4
33	131	0,9	132	0,9	76	11	0,1	14	0,1
34	125	0,8	125	0,8	77	5	0,0	5	0,0
35	281	1,9	340	2,2	78	9	0,1	14	0,1
36	102	0,7	149	1,0	79	7	0,0	6	0,0
37	117	0,8	150	1,0	80+	156	1,0	164	1,1
38	147	1,0	173	1,1	DK/Missing	37	0,2	24	0,2
39	102	0,7	140	0,9					
40	282	1,9	242	1,6	Total	15131	100	15410,865	100
41	81	0,5	66	0,4					
42	157	1,0	154	1,0					

Tableau DQ.2 : Répartition par âge des femmes concernées et des femmes interrogées

Répartition par groupes d'âges de cinq ans de la population féminine des ménages âgée de 10-54 ans, des femmes de 15-49 ans interrogées et du pourcentage de femmes concernées effectivement interrogées (pondéré), Togo, 2006

Age	Population féminine âgée de 10-54 ans dans les ménages	Femmes de 15-49 interrogées		Pourcentage de femmes concernées interrogées
	Effectif	Effectif	%	
10-14	2139	na	na	na
15-19	1229	1131	18,2	92,0
20-24	1127	1042	16,8	92,5
25-29	1261	1202	19,4	95,3
30-34	950	920	14,8	96,9
35-39	952	900	14,5	94,5
40-44	619	569	9,2	91,9
45-49	482	446	7,2	92,6
50-54	817	na	na	na
15-49	6621	6211	100	93,8

Remarque : Les pondérations de la population féminine des ménages et des femmes interrogées sont celles des ménages. L'âge repose sur le questionnaire dédié aux ménages. .

Tableau DQ.3 : Répartition par âge des enfants de moins de 5 ans concernés et interrogés

Répartition par groupes d'âges de cinq ans de la population infantile des ménages âgée de 0-4, des enfants dont la mère ou la personne en charge a été interrogée et du pourcentage d'enfants de moins de 5 ans dont la mère ou la personne en charge a été interrogée (pondéré), Togo, 2006

Age	Population infantile des ménages âgée de 0-7 ans	Questionnaires pour enfants de 0-4 ans		Pourcentage d'enfants concernés interrogés
	Effectif	Effectif	%	
0	867	849	23,1	98,0
1	821	805	21,9	98,1
2	757	738	20,1	97,5
3	746	732	19,9	98,1
4	563	552	15,0	98,0
5	1103	na	na	na
6	973	na	na	na
7	973	na	na	na
0-4	3753	3675	100	97,9

Remarque : Les pondérations de la population infantile des ménage et des enfants interrogés sont celles des ménages. L'âge repose sur le questionnaire administré aux ménages.

Tableau DQ.4 : Répartition par âge des enfants de moins de 5 ans

Répartition par groupes d'âges de 3 mois des enfants de moins de 5 ans (pondérée), Togo, 2006

Age en mois	Garçons		Filles		Total	
	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%
0-2	143	7,0	106	5,2	249	6,1
3-5	101	4,9	111	5,5	212	5,2
6-8	127	6,2	120	6,0	248	6,1
9-11	117	5,7	95	4,7	212	5,2
12-14	132	6,4	124	6,2	256	6,3
15-17	104	5,1	117	5,8	222	5,4
18-20	93	4,5	111	5,5	204	5,0
21-23	97	4,7	109	5,4	206	5,0
24-26	125	6,1	113	5,6	238	5,8
27-29	109	5,3	80	4,0	189	4,6
30-32	76	3,7	82	4,1	157	3,9
33-35	124	6,0	115	5,7	240	5,9
36-38	121	5,9	102	5,1	223	5,5
39-41	94	4,6	84	4,2	177	4,4
42-44	73	3,6	98	4,9	171	4,2
45-47	129	6,2	114	5,7	242	6,0
48-50	100	4,9	115	5,7	215	5,3
51-53	66	3,2	84	4,2	151	3,7
54-56	54	2,6	67	3,3	121	3,0
57-59	74	3,6	67	3,3	141	3,5
Total	2059	100	2014	100	4073	100

Tableau DQ.5 : Exactitude des âges et des périodes

Les ratios des âges et des périodes aux limites de l'éligibilité par type d'information collectée (pondérés), Togo, 2006

	Ratios des âges et des périodes*			Limite d'éligibilité (inférieure- supérieure)	Module ou questionnaire
	Males	Females	Total		
Age dans le questionnaire administré aux ménages					
1	1,0	1,1	1,0		
2	1,0	1,0	1,0	Inférieure	Punitions de l'enfant et enfants handicapés
3	1,1	1,1	1,1		
4	0,7	0,7	0,7	Upper	Questionnaire dédié aux moins de 5 ans
5	1,3	1,2	1,3	Inférieure	Travail des enfants et éducation
6	1,0	1,0	1,0		
8	1,0	1,0	1,0		
9	1,0	0,9	1,0	Upper	Enfants handicapés
10	1,1	1,2	1,1		
13	0,9	0,9	0,9		
14	0,9	1,3	1,1	Supérieure	Travail et punitions des enfants
15	1,1	0,8	1,0	Inférieure	Questionnaire administré aux femmes
16	1,0	1,0	1,0		
17	0,9	0,9	0,9	Supérieure	Enfants orphelins et vulnérables
18	0,9	0,9	0,9		
23	1,0	1,0	1,0		
24	0,6	0,6	0,6	Supérieure	Education
25	1,5	1,6	1,6		
48	1,3	1,1	1,2		
49	0,5	0,5	0,5	Supérieure	Questionnaire administré aux femmes
50	1,8	1,7	1,7		
Age in women's questionnaire					
23	na	1,0	na		
24	na	0,6	na	Supérieure	Comportement sexuel
25	na	1,6	na		
Months since last birth in women's questionnaire					
6-11	na	1,0	na		
12-17	na	1,1	na		
18-23	na	1,0	na	Supérieure	Anatoxine tétanique et santé maternelle et infantile
24-29	na	1,0	na		
30-35	na	0,9	na		

* Les ratios des âges ou des périodes sont calculés selon la formule $x / ((x_{n-1} + x_n + x_{n+1}) / 3)$, x étant l'âge ou la période.

Tableau DQ.6 : Exhaustivité du rapport

Pourcentage des renseignements manquants pour les questions et indicateurs choisis (pondéré), Togo, 2006

Questionnaire et rubrique	Groupe de référence	Pourcentage de renseignements manquants*	Nombre de cas
Ménage			
Test du sel	Tous les ménages interrogés	0,1	6492
Femmes			
Date de naissance	Toutes les femmes de 15-49 ans		
Mois uniquement		17,6	6211
Mois et année			
manquants		0,0	6211
Date du premier accouchement	Toutes les femmes de 15-49 ans ayant au moins un enfant né vivant		
Mois uniquement		11,5	4408
Mois et année			
manquants		21,5	4408
Nombre d'années depuis le premier accouchement	Toutes les femmes de 15-49 ans ayant au moins un enfant né vivant	0,0	954
Date du dernier accouchement	Toutes les femmes de 15-49 ans ayant au moins un enfant né vivant		
Mois uniquement		10,1	4408
Mois et année			
manquants		0,7	4408
Date du premier mariage/union libre	Toutes les femmes déjà mariées de 15-49 ans		
Mois uniquement		34,8	4633
Mois et année			
manquants		41,3	4633
Age lors du premier mariage/union libre	Toutes les femmes déjà mariées de 15-49 ans	3,3	4633
Age au premier rapport sexuel	Toutes les femmes de 15-24 ans ayant déjà eu un rapport sexuel	0,1	2174
Temps écoulé depuis le dernier rapport sexuel	Toutes les femmes de 15-24 ans ayant déjà eu un rapport sexuel	0,1	1565
Enfants de moins de 5 ans			
Date de naissance	Tous les enfants de moins de 5 ans interrogés		
Mois uniquement		4,7	4073
Mois et année			
manquants		5,1	4073
Anthropométrie	Tous les enfants de moins de 5 ans interrogés		
Taille		1,8	4073
Poids		2,0	4073
Taille ou poids		2,0	4073

* Inclut les réponses « Ne sait pas »

Tableau DQ.7 : Présence de la mère dans le ménage et de la personne interrogée pour le questionnaire dédié aux moins de 5 ans

Répartition des enfants de moins de cinq ans par statut de présence de la mère dans le même ménage et par personne interrogée pour le questionnaire dédié aux moins de 5 ans (pondérée), Togo, 2006

	Mère vivant dans le même ménage				Mère ne vivant pas dans le même ménage			Total	Nombre d'enfants de 0-4 ans
	Mère interrogée	Père interrogé	Autre femme adulte interrogée	Autre homme adulte interrogé	Père interrogé	Autre femme adulte interrogée	Autre homme adulte interrogé		
Age									
0	98,5		0,3		0,0	1,2		100	867
1	97,3		0,1		0,4	2,2		100	821
2	93,1		0,6		0,6	5,8		100	757
3	90,1		0,1		0,6	9,2		100	746
4	88,6		0,1		1,3	9,8	0,1	100	563
Total	94,0		0,2		0,5	5,2	0,0	100	3753

Tableau DQ.8 : Fréquentation scolaire par âge

Répartition de la population des ménages âgée de 5-24 ans par niveau d'éducation et par classe fréquentée cette année (pondérée), Togo, 2006

Age	Ecole maternelle	Ecole primaire						Ecole secondaire				Lycée	Supérieur	Programme informel	Ne sait pas	Ne va pas à l'école	Total	Effectif
		CP1	CP2	CE1	CE2	CM1	CM2	6è	5è	4è	3è							
5	8,8	24,9	4,7	0,4	0,2	0,1	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	1,1	59,8	100	1103
6	4,8	36,7	15,6	2,8	0,2	0,3	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,4	39,0	100	973
7	1,5	25,8	26,5	12,6	2,8	0,8	0,5	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,1	0,8	28,6	100	973
8	0,6	18,4	27,0	18,3	10,5	3,9	0,4	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,3	20,6	100	925
9	0,6	8,9	22,5	23,0	15,8	8,0	2,7	0,3	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,1	0,0	18,2	100	896
10	0,1	5,3	12,3	20,2	19,1	13,6	8,4	0,9	0,2	0,0	0,0	0,0	0,0	0,4	0,1	19,4	100	964
11	0,0	5,0	8,1	14,2	20,2	18,8	12,4	4,3	2,5	0,4	0,3	0,0	0,0	0,0	0,4	13,4	100	659
12	0,1	2,9	6,5	13,8	15,9	16,2	14,6	4,8	4,9	1,2	0,2	0,2	0,0	0,0	0,4	18,3	100	1020
13	0,0	2,2	3,0	5,9	12,9	16,0	16,2	8,6	7,2	4,6	0,9	0,4	0,0	0,0	0,4	21,7	100	783
14	0,0	2,0	1,1	5,4	6,9	12,3	15,6	8,3	11,3	6,4	3,5	0,7	0,0	0,1	0,4	26,1	100	828
15	0,0	2,1	0,3	1,8	4,9	10,0	12,7	12,0	12,7	8,4	6,2	1,8	0,0	0,2	0,2	26,7	100	678
16	0,0	2,6	0,6	2,1	1,1	5,6	8,8	7,3	12,6	14,3	9,0	7,9	0,0	0,3	0,7	27,1	100	618
17	0,0	1,4	0,6	1,6	1,2	1,9	7,9	8,9	8,4	9,2	12,6	9,4	0,6	0,0	0,0	36,3	100	548
18	0,0	0,9	0,6	1,2	0,6	1,3	3,2	4,4	5,5	8,0	13,4	13,0	0,2	0,1	0,1	47,6	100	762
19	0,0	0,2	0,0	0,3	0,4	1,0	1,5	3,2	4,5	8,7	9,8	15,3	1,6	0,1	0,0	53,5	100	502
20	0,0	0,2	0,1	0,1	0,4	0,6	0,5	1,3	2,9	4,2	10,1	11,9	1,7	0,1	0,1	65,7	100	661
21	0,0	0,0	0,0	0,3	0,0	0,0	0,1	0,5	2,0	4,6	8,0	15,8	4,7	0,0	0,2	63,6	100	406
22	0,0	0,1	0,0	0,8	0,0	0,0	0,6	0,7	1,5	2,6	3,8	13,6	4,3	0,0	0,0	72,0	100	558
23	0,0	0,1	0,2	0,0	0,2	0,5	0,0	0,4	0,7	1,1	4,1	9,6	3,7	0,0	0,3	79,1	100	416
24	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,2	0,4	0,0	1,0	0,3	1,6	10,1	4,0	0,2	0,0	82,2	100	311
Total	1,2	9,1	8,2	7,5	6,6	6,2	5,7	3,2	3,7	3,2	3,4	4,0	0,7	0,1	0,3	36,9	100	14585

Note: Levels and grades refer to the most recent school year if data collection was completed between school years

Tableau DQ.9 :Ratio des sexes à la naissance chez les enfants nés et les enfants vivants ing

Ratio des sexes à la naissance chez les enfants nés, les enfants vivants et les enfants décédés par âge des femmes (pondéré), Togo, 2006

Age	Enfants nés			Enfants vivants			Enfants décédés			Nombre de femmes
	Nombre de garçons nés	Nombre de filles nées	Ratio des sexes	Nombre de garçons vivants	Nombre de filles vivantes	Ratio des sexes	Nombre de garçons décédés	Nombre de filles décédées	Ratio des sexes	
15-19	93	87	1,1	85	73	1,2	8	13	0,6	1131
20-24	510	455	1,1	452	410	1,1	59	45	1,3	1042
25-29	1220	1195	1,0	1065	1089	1,0	155	106	1,5	1202
30-34	1517	1443	1,1	1299	1286	1,0	217	157	1,4	920
35-39	2059	1927	1,1	1743	1696	1,0	315	231	1,4	900
40-44	1598	1436	1,1	1336	1221	1,1	262	215	1,2	569
45-49	1323	1247	1,1	1058	1039	1,0	265	208	1,3	446
Total	8319	7791	1,1	7038	6814	1,0	1281	976	1,3	6211

Remarque : Le ratio des sexes est calculé sous forme de rapport Nombre de garçons/ Nombre de filles

Tableau DQ.10 : Répartition des femmes par temps écoulé depuis le dernier accouchement

Répartition des femmes âgées de 15-49 ans ayant au moins un enfant né vivant par nombre de mois depuis le dernier accouchement (pondérée), Togo, 2006

	Mois depuis le dernier accouchement				
	Nombre	%	Nombre	%	
0	59	2,7	18	68	3,1
1	100	4,5	19	48	2,2
2	72	3,2	20	55	2,5
3	73	3,3	21	57	2,6
4	68	3,1	22	52	2,4
5	52	2,3	23	68	3,1
6	76	3,5	24	57	2,6
7	80	3,6	25	68	3,1
8	68	3,1	26	62	2,8
9	60	2,7	27	52	2,4
10	60	2,7	28	42	1,9
11	82	3,7	29	43	1,9
12	76	3,5	30	26	1,2
13	84	3,8	31	51	2,3
14	71	3,2	32	33	1,5
15	68	3,1	33	51	2,3
16	67	3,0	34	48	2,2
17	58	2,6	35	52	2,3
			Total	2211	100

ANNEXE E : INDICATEURS MICS - NUMERATEURS ET DENOMINATEURS

INDICATEUR	NUMÉRATEUR	DÉNOMINATEUR
1 Taux de mortalité chez les moins de 5 ans	Probabilité de mourir avant d'avoir atteint exactement 5 ans	
2 Taux de mortalité infantile	Probabilité de mourir avant d'avoir atteint exactement 1 an	
3 Taux de mortalité maternelle	Nombre de décès chez les femmes liés à la grossesse dans une année spécifique	Nombre d'enfants nés vivants au cours de l'année (exprimés par 100 000 naissances)
4 Assistance par un personnel qualifié	Nombre de femmes de 15-49 ans ayant accouché au cours des 2 années précédant l'enquête, assistées par un personnel sanitaire qualifié lors de l'accouchement	Nombre total de femmes interrogées âgées de 15-49 ans ayant accouché d'un enfant vivant au cours des 2 années précédant l'enquête
5 Accouchements dans un établissement spécialisé	Nombre de femmes de 15-49 ans ayant accouché dans une formation sanitaire au cours des 2 années précédant l'enquête	Nombre total de femmes interrogées âgées de 15-49 ans ayant accouché d'un enfant vivant au cours des 2 années précédant l'enquête
6 Prévalence de l'insuffisance pondérale	Nombre d'enfants de moins de cinq ans dont le poids est de plus de deux écarts types en deçà du rapport médian poids/âge de la norme NCHS/WHO (modérée et sévère). Nombre d'enfants dont le poids est de trois écarts types en deçà de la norme (sévère)	Nombre total d'enfants de moins de cinq ans dont le poids est faible
7 Prévalence des retards de croissance	Nombre d'enfants de moins de cinq ans dont la taille est de plus de deux écarts types en deçà du rapport médian taille/âge de la norme NCHS/WHO (modéré et sévère). Nombre d'enfants dont la taille est de trois écarts types en deçà de la norme (sévère)	Nombre total d'enfants de moins de cinq ans mesurés
8 Prévalence de la déperdition	Nombre d'enfants de moins de cinq ans dont le poids est de plus de deux écarts types en deçà du rapport médian poids/taille de la norme NCHS/WHO (modérée et sévère). Nombre d'enfants dont le poids est de trois écarts types en deçà de la norme (sévère)	Nombre total d'enfants de moins de cinq ans pesés et mesurés
9 Enfants de faible poids à la naissance	Nombre d'enfants nés vivants au cours des 2 années précédant l'enquête pesant moins de 2 500 grammes	Nombre total d'enfants nés vivants au cours des 2 années précédant l'enquête
10 Enfants pesés à la naissance	Nombre d'enfants nés vivants au cours des 2 années précédant l'enquête pesés à la naissance	Nombre total d'enfants nés vivants au cours des 2 années précédant l'enquête
11 Utilisation de sources d'eau potable améliorées	Nombre d'habitants vivant dans des ménages utilisant des sources d'eau potable améliorées	Nombre total d'habitants des ménages interrogés
12 Utilisation d'installations sanitaires améliorées	Nombre d'habitants des ménages utilisant des installations sanitaires améliorées	Nombre total d'habitants des ménages interrogés
13 Traitement de l'eau	Nombre d'habitants des ménages utilisant de l'eau traitée	Nombre total d'habitants des ménages interrogés
14 Élimination des excréments infantiles	Nombre d'enfants de moins de trois ans dont les (dernières) selles ont été éliminées de manière sûre	Nombre total d'enfants de moins de trois ans interrogés
15 Taux d'allaitement exclusif	Nombre de nourrissons de 0-5 mois exclusivement nourris au lait maternel	Nombre total de nourrissons de 0-5 mois interrogés
16 Taux d'allaitement continu	Nombre de nourrissons de 12-15 mois et de 20-23 mois actuellement nourris au lait maternel	Nombre total d'enfants de 12-15 mois et de 20-23 mois interrogés
17 Taux d'alimentation complémentaire commencé à temps	Nombre de nourrissons de 6-9 mois nourris au lait maternel et aux compléments alimentaires	Nombre total de nourrissons de 6-9 mois interrogés
18 Fréquence de l'alimentation complémentaire	Nombre de nourrissons de 6-11 mois nourris au lait maternel et aux compléments alimentaires au moins le nombre de fois minimal recommandé par jour (deux fois par jour pour les nourrissons de 6-8 mois, trois fois par jour pour ceux de 9-11 mois)	Nombre total de nourrissons de 6-11 mois interrogés
19 Enfants bien nourris	Nombre de nourrissons de 0-11 mois convenablement nourris : nourrissons de 0-5 mois exclusivement nourris au lait maternel et nourrissons de 6-11 mois nourris au sein et aux aliments solides et pâteux le nombre de fois convenable (voir ci-dessus) la veille	Nombre total de nourrissons de 0-11 mois interrogés

INDICATEUR	NUMÉRATEUR	DÉNOMINATEUR
20 Soins prénatals	Nombre de femmes de 15-49 ans assistées par un personnel sanitaire qualifié au moins une fois en cours de grossesse au cours des 2 années précédant l'enquête	Nombre total de femmes interrogées âgées de 15-49 ans ayant accouché d'un enfant vivant au cours des 2 années précédant l'enquête
21 Prévalence des contraceptifs	Nombre de femmes de 15-49 ans mariées ou en union utilisant (ou dont le partenaire utilise) une méthode contraceptive (moderne ou traditionnelle)	Nombre total de femmes de 15-49 ans mariées ou en union libre
22 Traitement antibiotique des enfants suspectés de pneumonie	Nombre d'enfants de 0-59 mois suspectés de pneumonie au cours des 2 dernières semaines, traités aux antibiotiques	Nombre total d'enfants de 0-59 mois suspectés de pneumonie au cours des 2 dernières semaines
23 Consultations pour les enfants suspectés de pneumonie	Nombre d'enfants de 0-59 mois suspectés de pneumonie au cours des 2 dernières semaines ayant consulté un traitant approprié	Nombre total d'enfants de 0-59 mois suspectés de pneumonie au cours des 2 dernières semaines
24 Combustibles solides	Nombre de résidents dans les ménages utilisant des combustibles solides (bois, charbon, résidus de récoltes ou déjections animales) comme principale source énergétique pour la cuisson	Nombre total de résidents des ménages interrogés
25 Couverture vaccinale contre la tuberculose	Nombre d'enfants de 12-23 mois vaccinés au BCG avant leur premier anniversaire	Nombre total d'enfants de 12-23 mois interrogés
26 Couverture vaccinale contre la polio	Nombre d'enfants de 12-23 mois vaccinés à l'OPV3 avant leur premier anniversaire	Nombre total d'enfants de 12-23 mois interrogés
27 Couverture vaccinale contre la diphtérie, le tétanos et la coqueluche (DTC)	Nombre d'enfants de 12-23 mois vaccinés au DTC3 avant leur premier anniversaire	Nombre total d'enfants de 12-23 mois interrogés
28 Couverture vaccinale contre la rougeole	Nombre d'enfants de 12-23 mois vaccinés contre la rougeole avant leur premier anniversaire	Nombre total d'enfants de 12-23 mois interrogés
29 Couverture vaccinale contre l'hépatite B	Nombre d'enfants de 12-23 mois vaccinés contre l'hépatite avant leur premier anniversaire	Nombre total d'enfants de 12-23 mois interrogés
30 Couverture vaccinale contre la fièvre jaune	Nombre d'enfants de 12-23 mois vaccinés contre la fièvre jaune avant leur premier anniversaire	Nombre total d'enfants de 12-23 mois interrogés
31 Enfants entièrement vaccinés	Nombre d'enfants de 12-23 mois vaccinés aux DTC1-3, aux OPV-1-3, au BCG et contre la rougeole avant leur premier anniversaire	Nombre total d'enfants de 12-23 mois interrogés
32 Protection contre le tétanos néonatal	Nombre de mères ayant eu un enfant né vivant au cours de l'année écoulée, qui ont reçu au moins deux doses du vaccin de l'anatoxine tétanique (VAT) dans l'intervalle approprié avant d'accoucher	Nombre total de femmes interrogées âgées de 15-49 ans ayant accouché d'un enfant vivant au cours de l'année précédant l'enquête
33 Utilisation de la thérapie de réhydratation par voie orale (TRO)	Nombre d'enfants de 0-59 mois atteints de diarrhée au cours des 2 dernières semaines, traités aux sels de réhydratation par voie orale et/ou à l'aide d'une solution domestique appropriée	Nombre total d'enfants de 0-59 mois atteints de diarrhée au cours des 2 dernières semaines
34 Traitement à domicile de la diarrhée	Nombre d'enfants de 0-59 mois atteints de diarrhée au cours des 2 dernières semaines, dont on a augmenté la consommation d'aliments fluides ET qui ont continué de manger à peu près moins, autant ou plus que d'habitude	Nombre total d'enfants de 0-59 mois atteints de diarrhée au cours des 2 dernières semaines
35 Traitement RVO reçu ou apport d'aliments fluides, et poursuite de l'alimentation	Nombre d'enfants de 0-59 mois atteints de diarrhée traités à la RVO (sels de réhydratation orale ou solution domestique appropriée) ou dont on a augmenté la consommation d'aliments fluides ET qui ont continué de manger à peu près moins, autant ou plus que d'habitude	Nombre total d'enfants de 0-59 mois atteints de diarrhée au cours des 2 dernières semaines
36 Disponibilité de moustiquaires imprégnées (MI) par ménage	Nombre de ménages possédant au moins une moustiquaire imprégnée de manière permanente ou imprégnée l'année passée	Nombre total de ménages interrogés
37 Enfants de moins de 5 ans dormant sous une MI	Nombre d'enfants de 0-59 mois ayant passé la nuit précédente sous une moustiquaire imprégnée	Nombre total d'enfants de 0-59 mois interrogés
38 Enfants de moins de 5 ans dormant sous une moustiquaire	Nombre d'enfants de 0-59 mois ayant passé la nuit précédente sous une moustiquaire	Nombre total d'enfants de 0-59 mois interrogés

INDICATEUR	NUMÉRATEUR	DÉNOMINATEUR
39 Traitement antipaludéen (moins de 5 ans)	Nombre d'enfants de 0-59 mois ayant eu de la fièvre au cours des 2 dernières semaines, traités à l'aide d'un antipaludéen approprié dans les 24 heures qui ont suivi l'accès de fièvre	Nombre total d'enfants de 0-59 mois ayant eu de la fièvre au cours des 2 dernières semaines
40 Traitement préventif intermittent du paludisme (femmes enceintes)	Nombre de femmes recevant un traitement intermittent approprié contre le paludisme (défini comme équivalant à au moins 2 doses de SP/Fansidar) en cours de grossesse, ayant accouché d'un enfant né vivant, au cours des 2 années précédant l'enquête	Nombre total de femmes ayant eu un enfant né vivant au cours des 2 années précédant l'enquête
41 Consommation de sel iodé	Nombre de ménages dont le test du sel a révélé 15 parts par million ou plus d'iode ou d'iodate	Nombre total de ménages interrogés
42 Supplémentation en vitamine A (moins de 5 ans)	Nombre d'enfants de 6-59 mois ayant reçu au moins une dose élevée de compléments en vitamine A au cours des 6 derniers mois	Nombre total d'enfants de 6-59 mois interrogés
43 Supplémentation en vitamine A (accouchées)	Nombre de femmes ayant accouché d'un enfant vivant au cours des 2 ans précédant l'enquête, qui ont reçu une dose élevée de compléments en vitamine A dans les 8 semaines ayant suivi l'accouchement	Nombre total de femmes ayant eu un enfant né vivant au cours des 2 années précédant l'enquête
44 Contenu des soins prénatals	Nombre de femmes ayant eu un enfant vivant au cours des 2 années précédant l'enquête, qui ont reçu des soins prénatals en cours de grossesse	Nombre total de femmes ayant eu un enfant né vivant au cours des 2 années précédant l'enquête
45 Allaitement commencé à temps	Nombre de femmes ayant eu un enfant vivant au cours des 2 années précédant l'enquête, qui ont donné le sein au nouveau-né dans l'heure qui a suivi l'accouchement	Nombre total de femmes ayant eu un enfant né vivant au cours des 2 années précédant l'enquête
46 Soutien pour les études	Nombre d'enfants de 0-59 mois vivant dans des ménages où un adulte a mené au cours des 3 derniers jours quatre activités (voire plus) de promotion de l'apprentissage et de la prédisposition aux études	Nombre total d'enfants de 0-59 mois identifiés
47 Soutien paternel pour les études	Nombre d'enfants de 0-59 mois dont le père a mené au cours des 3 derniers jours une ou plusieurs activités de promotion de l'apprentissage et de la prédisposition aux études	Nombre total d'enfants de 0-59 mois
48 Soutien pour les études : livres pour enfants	Nombre de ménages possédant 3 livres pour enfants, voire plus	Nombre total de ménages interrogés
49 Soutien pour les études : autres livres	Nombre de ménages possédant 3 autres types de livres pour enfants, voire plus	Nombre total de ménages interrogés
50 Soutien pour les études : matériel ludique	Nombre de ménages possédant trois objets à but ludique, voire plus	Nombre total de ménages interrogés
51 Tuteur mineur	Nombre d'enfants de 0-59 mois laissés seuls ou sous la protection d'un autre enfant âgé de moins de 10 ans au cours de la semaine dernière	Nombre total d'enfants de 0-59 mois identifiés
52 Fréquentation du préscolaire	Nombre d'enfants de 36-59 mois fréquentant un type de programme d'éducation de base	Nombre total d'enfants de 36-59 mois identifiés
53 Prédisposition pour la scolarisation	Nombre d'enfants en première année du cycle primaire ayant fréquenté un type d'établissement préscolaire l'année dernière	Nombre total d'enfants en première année identifiés
54 Taux d'entrée net au cycle primaire	Nombre d'enfants ayant l'âge d'aller à l'école qui sont actuellement en première année	Nombre total d'enfants ayant l'âge d'aller à l'école primaire identifiés
Taux brut de scolarisation	Nombre d'enfants de tous âges fréquentant le cycle primaire	Nombre total d'enfants ayant l'âge d'aller à l'école primaire identifiés
55 Taux de fréquentation net du cycle primaire	Nombre d'enfants ayant l'âge d'entrer au cycle primaire qui fréquentent actuellement une école primaire ou secondaire	Nombre total d'enfants ayant l'âge d'aller à l'école primaire identifiés
56 Taux de fréquentation net du cycle secondaire	Nombre d'enfants ayant l'âge d'entrer au cycle secondaire qui fréquentent actuellement une école secondaire ou un établissement supérieur	Nombre total d'enfants ayant l'âge d'aller à l'école secondaire identifiés
57 Enfants parvenus au CM2	Proportion d'enfants entrés en première année du cycle primaire parvenus au CM2	
58 Taux de passage au cycle secondaire	Nombre d'enfants en dernière année du cycle primaire lors de l'année scolaire écoulée passés au cycle secondaire	Nombre total d'enfants en dernière année du cycle primaire lors de l'année scolaire écoulée identifiés
59 Taux d'achèvement des études primaires	Nombre d'enfants (tous âges confondus) en dernière année du cycle primaire (hormis les redoublants)	Nombre total d'enfants ayant l'âge d'achever les études primaires (âge normal pour la dernière année du cycle primaire) i identifiés

INDICATEUR	NUMÉRATEUR	DÉNOMINATEUR
60 Taux d'alphabétisation chez les adultes	Nombre de femmes de 15-24 ans capables de lire une courte phrase simple sur la vie quotidienne	Nombre total de femmes de 15-24 ans interrogées
61 Indice de parité des sexes	Proportion de filles dans les cycles primaire et secondaire	Proportion de garçons dans les cycles primaire et secondaire
62 Enregistrement des naissances	Nombre d'enfants de 0-59 mois dont la naissance a été enregistrée	Nombre total d'enfants de 0-59 mois interrogés
63 Prévalence de l'excision/mutilation génitale féminine (E/MGF)	Nombre de femmes de 15-49 ans déclarant qu'elles ont subi <u>une</u> des formes d'excision/mutilation génitale	Nombre total de femmes de 15-49 ans interrogées
64 Prévalence d'une forme extrême d'E/MGF	Nombre de femmes de 15-49 ans déclarant qu'elles ont subi une forme extrême d'excision/mutilation génitale (telle que l'infibulation)	Nombre total de femmes de 15-49 ans interrogées
65 Prévalence de l'E/MGF chez les filles	Nombre de femmes de 15-49 ans déclarant avoir fait subir au moins à l'une de leurs filles une forme d'excision/mutilation génitale féminine	Nombre total de femmes de 15-49 ans interrogées, ayant au moins une fille vivante
66 Approbation de l'E/MGF	Nombre de femmes de 15-49 ans favorables à la poursuite de l'excision/mutilation génitale féminine	Nombre total de femmes de 15-49 ans interrogées
67 Mariage avant 15 ans et 18 ans	Nombre de femmes mariées ou entrées en union avant d'avoir eu exactement 15 ans ou 18 ans, par groupes d'âges	Nombre total de femmes de 15-49 ans et de 20-49 ans interrogées, par groupes d'âges
68 Jeunes femmes de 15-19 ans mariées ou en union	Nombre de femmes de 15-19 ans mariées ou en union	Nombre total de femmes de 15-19 ans interrogées
69 Différence d'âges des conjoints	Nombre de femmes mariées ou en union âgées de 15-19 ans et de 20-24 ans ayant une différence d'âge de 10 ans ou plus avec leur époux actuel	Nombre total de femmes de 15-19 ans et de 20-24 ans mariées ou en union libre interrogées
70 Polygamie	Nombre de femmes en situation de polygamie	Nombre total de femmes de 15-49 ans mariées ou en union libre interrogées
71 Travail des enfants	Nombre d'enfants de 5-14 ans impliqués dans le travail des enfants	Nombre total d'enfants de 5-14 ans interrogés
72 Élèves ouvriers	Nombre d'enfants de 5-14 ans impliqués dans le travail des enfants qui fréquentent l'école	Nombre total d'enfants de 5-14 ans impliqués dans le travail des enfants
73 Ouvriers élèves	Nombre d'enfants de 5-14 ans fréquentant l'école qui sont impliqués dans le travail des enfants	Nombre total d'enfants de 5-14 ans scolarisés
74 Punitons de l'enfant	Nombre d'enfants de 2-14 ans qui (1) subissent uniquement une agression non violente, (2) subissent une agression psychologique en guise de punition, (3) subissent des châtiments corporels mineurs, (4) subissent des châtiments corporels sévères	Nombre total d'enfants de 2-14 ans choisis et interrogés
75 Prévalence d'orphelins	Nombre d'enfants de moins de 18 ans dont au moins l'un des parents est décédé	Nombre total d'enfants de moins de 18 ans interrogés
76 Prévalence d'enfants vulnérables	Nombre d'enfants de moins de 18 ans dont l'un des parents souffre d'une maladie chronique, dont le ménage a perdu un adulte de 18-59 ans au cours de l'année écoulée ou dont le ménage a connu un adulte de 18-59 ans qui a souffert d'une maladie chronique au cours de l'année écoulée	Nombre total d'enfants de moins de 18 ans interrogés
77 Fréquentation scolaire comparative orphelins/non-orphelins	Proportion d'orphelins de père et de mère âgés de 10-14 ans scolarisés	Proportion d'enfants de 10-14 ans scolarisés, dont les deux parents sont vivants et qui vivent avec au moins l'un d'eux
78 Conditions d'accueil des enfants	Nombre d'enfants de 0-17 ans ne vivant pas avec un parent biologique	Nombre total d'enfants de 0-17 ans interrogés
79 Malnutrition chez les enfants rendus orphelins ou vulnérables par le VIH/SIDA	Proportion d'enfants orphelins ou vulnérables de moins de cinq ans atteints d'une insuffisance de poids modérée ou sévère sur l'ensemble des enfants orphelins et vulnérables de moins de cinq ans qui ont été pesés	Proportion d'enfants de moins de cinq ans non classés comme étant orphelins ou vulnérables, atteints d'une insuffisance de poids modérée ou sévère, sur l'ensemble des enfants de moins de cinq ans non classés comme étant orphelins ou vulnérables qui ont été pesés

INDICATEUR	NUMÉRATEUR	DÉNOMINATEUR
80 Rappports sexuels précoces chez les enfants rendus orphelins ou vulnérables par le VIH/SIDA	Proportion d'enfants orphelins et vulnérables de 15-17 ans ayant eu des rapports sexuels avant l'âge de 15 ans sur l'ensemble des enfants orphelins et vulnérables de 15-17 ans interrogés	Proportion d'enfants de 15-17 ans non classés comme étant orphelins et vulnérables ayant eu des rapports sexuels avant l'âge de 15 ans sur l'ensemble des enfants de 15-17 ans non classés comme étant orphelins et vulnérables interrogés
81 Soutien extérieur aux enfants rendus orphelins ou vulnérables par le VIH/SIDA	Nombre d'enfants orphelins et vulnérables de moins de 18 ans dont la famille a reçu un soutien extérieur de base pour la protection	Nombre d'enfants orphelins et vulnérables de moins de 18 ans interrogés
82 Connaissances générales sur la prévention du VIH chez les jeunes	Nombre de femmes de 15-24 ans qui ont su identifier correctement deux méthodes de prévention de l'infection à VIH et qui ont rejeté trois idées fausses courantes sur la transmission du virus	Nombre total de femmes de 15-24 ans interrogées
83 Utilisation de préservatifs avec les partenaires occasionnels	Nombre de femmes de 15-24 ans déclarant avoir utilisé un préservatif lors de rapports sexuels extraconjugaux avec un partenaire occasionnel au cours des 12 derniers mois	Nombre total de femmes de 15-24 ans interrogées ayant eu un partenaire extraconjugal occasionnel au cours des 12 derniers mois
84 Âge lors du premier rapport sexuel chez les jeunes	Nombre de femmes de 15-24 ans ayant eu des rapports sexuels avant l'âge de 15 ans	Nombre total de femmes de 15-24 ans interrogées
85 Rapport sexuel à haut risque au cours de l'année écoulée	Nombre de femmes sexuellement actives âgées de 15-24 ans interrogées ayant eu des rapports sexuels avec un partenaire extraconjugal occasionnel au cours des 12 derniers mois	Nombre total de femmes de 15-24 ans ayant été sexuellement actives au cours des 12 derniers mois
86 Attitude face aux porteurs du VIH/SIDA	Nombre de femmes exprimant une réponse favorable pour les quatre questions relatives aux porteurs du VIH ou aux malades du sida	Nombre total de femmes interrogées
87 Femmes connaissant les centres de dépistage du VIH	Nombre de femmes déclarant connaître un centre de dépistage du VIH	Nombre total de femmes interrogées
88 Femmes ayant subi le test de dépistage du VIH	Nombre de femmes déclarant avoir subi le test de dépistage du VIH	Nombre total de femmes interrogées
89 Connaissances sur la transmission mère-enfant du VIH	Nombre de femmes ayant correctement identifié les trois modes de transmission verticale	Nombre total de femmes interrogées
90 Prise en charge psychologique pour la prévention de la transmission mère-enfant du VIH	Nombre de femmes ayant accouché au cours des 24 derniers mois et reçu des consultations prénatales, qui déclarent avoir bénéficié de conseils sur le VIH/SIDA lors de ces consultations	Nombre total de femmes ayant accouché au cours des 24 derniers mois interrogées
91 Dépistage pour la prévention de la transmission mère-enfant du VIH	Nombre de femmes ayant accouché au cours des 24 derniers mois et reçu des consultations prénatales, qui déclarent avoir reçu les résultats de leur test dépistage du VIH lors de ces consultations	Nombre total de femmes ayant accouché au cours des 24 derniers mois interrogées
92 Différence d'âges des partenaires sexuels	Nombre de femmes de 15-24 ans ayant eu des rapports sexuels au cours des 12 derniers mois avec un partenaire de 10 ans leur aîné, voire plus	Nombre total de femmes de 15-24 ans sexuellement actives interrogées
93 Bail assuré	Nombre de personnes vivant dans des ménages urbains dépourvus de documents officiels pour leur domicile ou appréhendant une expulsion	Nombre d'habitants des ménages urbains interrogés
94 Durabilité de l'habitat	Nombre de personnes habitant des maisons urbaines qui ne sont pas jugées durables	Nombre d'habitants des ménages urbains interrogés
95 Taudis	Nombre de personnes habitant dans les bidonvilles urbains	Nombre d'habitants des ménages urbains interrogés
96 Source d'approvisionnement	Nombre d'enfants (ou de ménages) dont les approvisionnements se font auprès de fournisseurs publics, présentée individuellement par type de provision : moustiquaires imprégnées, sels de réhydratation orale, antibiotiques et antipaludéens	Nombre total d'enfants (ou de ménages) pour lesquels les approvisionnements ont été obtenus

INDICATEUR	NUMÉRATEUR	DÉNOMINATEUR
97 Coût d'approvisionnement	Coût moyen des approvisionnements obtenus, présenté individuellement pour chaque type de provision et classé par leur provenance d'un fournisseur public ou privé : moustiquaires imprégnées, sels de réhydratation orale, antibiotiques et antipaludéens.	Nombre total d'enfants (ou de ménages) pour lesquels les approvisionnements ont été obtenus
98 Besoins à couvrir en matière de planning familial	Nombre de femmes fécondes mariées ou en union, désireuses d'espacer les naissances ou de limiter le nombre de leurs enfants, qui ne pratiquent pas la contraception	Nombre total de femmes mariées ou en union libre interrogées
99 Demande couverte en matière de planning familial	Nombre de femmes mariées ou en union pratiquant la contraception	Nombre de femmes mariées ou en union libre dont la demande en contraception n'est pas couverte ou qui pratiquent la contraception
100 Attitudes face à la violence domestique	Nombre de femmes estimant que le mari/partenaire a le droit de frapper ou de battre sa femme dans au moins l'une de ces circonstances : (1) sortir sans l'aviser, (2) négliger les enfants, (3) se disputer avec lui, (4) refuser d'avoir des rapports sexuels avec lui, (5) brûler les aliments	Nombre total de femmes interrogées
101 Enfants handicapés	Nombre d'enfants de 2-9 ans souffrant au moins de l'un des neuf handicaps signalés : (1) retard de la position assise, debout ou la marche, (2) problème de vue, de jour ou de nuit, (3) semble avoir un problème d'ouïe, (4) difficulté pour comprendre les instructions, (5) difficulté pour marcher ou mouvoir les bras ou encore faiblesse/raideur des membres, (6) fait des crises, devient raide, perd connaissance, (7) n'apprend pas à faire les choses comme les enfants de son âge, (8) ne sait pas parler ou parle de manière incompréhensible, (9) semble mentalement attardé, faible ou lent	Nombre total d'enfants de 2-9 ans interrogés

ANNEXE F: QUESTIONNAIRES

- QUESTIONNAIRE MENAGE**
- QUESTIONNAIRE INDIVIDUEL FEMME**
- QUESTIONNAIRE INDIVIDUEL ENFANT**

DIRECTION GENERALE DE LA STATISTIQUE
ET DE LA COMPTABILITE NATIONALE



ENQUETE MICS3-2006 TOGO
(ENQUETE PAR GRAPPES A INDICATEURS MULTIPLES)
QUESTIONNAIRE MENAGE

NOUS SOMMES DE LA DIRECTION GENERALE DE LA STATISTIQUE ET DE LA COMPTABILITE NATIONALE.
NOUS TRAVAILLONS SUR UN PROJET PORTANT SUR LA SANTE FAMILIALE ET L'EDUCATION. NOUS VOUDRIONS VOUS PARLER DE CES SUJETS. L'INTERVIEW PRENDRA QUELQUES MINUTES. TOUTES LES
INFORMATIONS QUE NOUS RECUEILLONS RESTERONT STRICTEMENT CONFIDENTIELLES ET VOS REPONSES NE SERONT JAMAIS DIVULGUEES. DANS LE CADRE DE NOTRE TRAVAIL, NOUS
VOUDRIONS PARLER AVEC LE CHEF DU MENAGE ET TOUTES LES MERES OU AUTRES PERSONNES QUI S'OCCUPENT DES ENFANTS DANS LE MENAGE. POURRIONS-NOUS COMMENCER MAINTENANT?
Si on vous donne la permission, commencez l'interview.

PANNEAU D'INFORMATION SUR LE QUESTIONNAIRE MENAGE		HH	
HH1. Numéro de grappe !__!__!__!	HH2. Ménage !__!__!__! !__!__!__! N°.Concession N°.Ménage		
HH3. Nom et code de l'enquêteur : Nom _____ !__!__!	HH4. Nom et code du contrôleur : Nom _____ !__!__!		
HH5. Date de l'interview (JJ/MM/2006):		__ __ __ __ 2006	
HH6. Milieu Urbain1 Rural2 (Encercler le code correspondant)	HH7. Région : _____ !__! HH7A . Préfecture : _____ !__! HH7B . Ville / Canton : _____ !__!__!		
HH 8. Nom du chef de ménage : _____			
<i>Après avoir complété tous les questionnaires du ménage, remplir les informations suivantes :</i>			
HH9. Résultat de l'interview du ménage : Rempli.....1 Ménage absent.....2 Refus3 Ménage non trouvé/Logement détruit4 Autre _____ 6 (à préciser)	HH10. Nom et numéro de ligne du répondant : Nom : _____ N° de ligne : !__!__!	HH11. Nombre total des membres du ménage : !__!__!	
HH12. Nombre de femmes éligibles !__!__!	HH13. Nombre de Questionnaires Femme remplis: !__!__!		
HH14. Nombre d'enfants de moins de 5 ans !__!__!	HH15. Nombre de Questionnaires Enfant de moins de 5 ans remplis : !__!__!		
Observations de l'enquêteur/contrôleur : <i>Utiliser cet espace pour enregistrer toute observation sur ce ménage enquêté, telle que l'information sur les visites de rappel, feuilles des interviews individuelles incomplètes, nombre de visites, etc.</i>			
HH16A CONTROLEUR __ __ NOM _____ DATE _____	HH16B SUPERVISEUR __ __ NOM _____ DATE _____	HH16C CONTROLE BUREAU __ __ NOM _____ DATE _____	HH16D SAISI PAR __ __ NOM _____ DATE _____

MODULE 1 : FEUILLE D'ENREGISTREMENT DU MENAGE (HL)

POUR COMMENCER, S'IL VOUS PLAÎT, DITES-MOI LE NOM DE CHAQUE PERSONNE QUI VIT HABITUELLEMENT ICI, EN COMMENÇANT PAR LE CHEF DE MENAGE
 Enregistrer le chef de ménage à la ligne 01. Enregistrer tous les membres du ménage (HL2), leur relation avec le chef de ménage (HL3), leur sexe (HL4) et leur âge (HL5).
 Ensuite poser: Y A-T-IL D'AUTRES PERSONNES QUI VIVENT ICI, MEME SI ELLES NE SONT PAS ACTUELLEMENT A LA MAISON? (CELLES-CI PEUVENT COMPRENDRE LES ENFANTS A L'ECOLE OU AU TRAVAIL). Si oui, compléter la liste. Ensuite, poser les questions en se référant à HL5 pour chaque personne. Ajouter une autre feuille s'il y a plus de 15 membres dans le ménage. Cocher ici si une autre feuille est utilisée

					Éligible pour :			Personnes âgées de 18-59 ans		Les personnes âgées de 0-17 ans Poser HL9-HL12A				
QUESTIONNAIRE FEMME		MODULE TRAVAIL DES ENFANTS		QUESTIONNAIRE ENFANT DE MOINS DE 5 ANS										

HL1.	HL2.	HL3.	HL4.	HL5.	HL6.	HL7.	HL8.	HL8A.	HL9.	HL10.	HL10A.	HL11.	HL12.	HL12A.
N° de ligne.	Nom et prénoms	QUEL EST LE LIEN DE PARENTE* DE (nom) AVEC LE CHEF DE MENAGE?	(Nom) EST-IL/ELLE DE SEXE MASCULIN OU FEMININ ? 1 MAS. 2 FEM.	QUEL AGE A (nom)? QUEL AGE AVAIT (nom) A SON DERNIER ANNIVERSAIRE? Enregistrer en années révolues 98=NSP	Encercler le numéro de ligne s'il s'agit d'une femme. âgée de 15-49 ans	Pour chaque enfant âgé de 5-14 ans : QUI EST LA MERE OU LE PRINCIPAL GARDIEN DE CET ENFANT? Enregistrer le n° de ligne de la mère/gardien(ne)	Pour chaque enfant de moins de 5 ans : QUI EST LA MERE OU LE PRINCIPAL GARDIEN DE CET ENFANT? Enregistrer le no. de ligne de la mère/gardien(ne)	(Nom) A-T-IL/ELLE ETE TRES MALADE PENDANT AU MOINS 3 MOIS AU COURS DES 12 DERNIERS MOIS ? 1 OUI 2 NON ⇒ HL11 8 NSP ⇒ HL11	EST-CE QUE LA MERE BIOLOGIQUE DE (nom) EST TOUJOURS EN VIE? 1 OUI 2 NON ⇒ HL11 8 NSP ⇒ HL11	Si en vie : EST-CE QUE LA MERE BIOLOGIQUE DE (nom) VIT DANS CE MENAGE? Enregistrer le n° de ligne de la mère ou 00 pour 'non'	Si la mère ne vit pas dans le ménage : LA MERE DE (nom) A-T-ELLE ETE TRES MALADE PENDANT AU MOINS 3 MOIS AU COURS DES 12 DERNIERS MOIS ? 1 OUI 2 NON 8 NSP LIGNE SUIVANTE	EST-CE QUE LE PERE BIOLOGIQUE DE (nom) EST TOUJOURS EN VIE ? 1 OUI 2 NON 8 NSP LIGNE SUIVANTE	Si en vie : EST-CE QUE LE PERE BIOLOGIQUE DE (nom) VIT DANS CE MENAGE? Enregistrer le n° de ligne du père ou 00 pour 'non'	Si le père ne vit pas dans le ménage : LE PERE DE (nom) A-T-IL ETE TRES MALADE PENDANT AU MOINS 3 MOIS AU COURS DES 12 DERNIERS MOIS?
LIGNE	NOM ET PRENOMS	LIEN	M F	AGE	15-49	MERE	MERE	O N NSP	O N NSP	MERE	O N NSP	O N NSP	PERE	O N NSP
01		0 1	1 2		01			1 2 8	1 2 8		1 2 8	1 2 8		1 2 8
02			1 2		02			1 2 8	1 2 8		1 2 8	1 2 8		1 2 8
03			1 2		03			1 2 8	1 2 8		1 2 8	1 2 8		1 2 8
04			1 2		04			1 2 8	1 2 8		1 2 8	1 2 8		1 2 8
05			1 2		05			1 2 8	1 2 8		1 2 8	1 2 8		1 2 8
06			1 2		06			1 2 8	1 2 8		1 2 8	1 2 8		1 2 8
07			1 2		07			1 2 8	1 2 8		1 2 8	1 2 8		1 2 8
08			1 2		08			1 2 8	1 2 8		1 2 8	1 2 8		1 2 8
09			1 2		09			1 2 8	1 2 8		1 2 8	1 2 8		1 2 8
10			1 2		10			1 2 8	1 2 8		1 2 8	1 2 8		1 2 8
11			1 2		11			1 2 8	1 2 8		1 2 8	1 2 8		1 2 8
12			1 2		12			1 2 8	1 2 8		1 2 8	1 2 8		1 2 8
13			1 2		13			1 2 8	1 2 8		1 2 8	1 2 8		1 2 8
15			1 2		15			1 2 8	1 2 8		1 2 8	1 2 8		1 2 8

Y A-T-IL D'AUTRES ENFANTS QUI VIVENT ICI – MEME S'ILS NE SONT PAS DES MEMBRES DE VOTRE FAMILLE OU N'ONT PAS DE PARENTS QUI VIVENT DANS CE MENAGE Y COMPRIS LES ENFANTS AU TRAVAIL OU A L'ECOLE?
 Si oui, enregistrer le nom de l'enfant et compléter la feuille de ménage. Ensuite, compléter les totaux ci-dessous.

	Femmes de 15-49 ans	Enfants de 5-14 ans	Enfants de moins 5 ans	Très malade (=1)	Mères décédées (=2)		Mères très malades (=1)	Pères décédés (=2)		Pères très malades (=1)
Totaux										

Maintenant, pour chaque femme âgée de 15-49 ans, inscrire son nom et le numéro de ligne et les autres informations d'identification du panneau d'information sur le Questionnaire Femme.
 Pour chaque enfant de moins de 5 ans, inscrire son nom, son numéro de ligne et le numéro de ligne de la mère ou du (de la) gardien(ne) dans la page d'identification du Questionnaire Enfant de moins de 5 ans.
 Vous devez maintenant avoir un questionnaire séparé pour chaque femme éligible et pour chaque enfant de moins de cinq ans dans le ménage.

- * Codes pour HL3 : Lien de parenté avec le chef de ménage :
- 01 = CHEF DE MENAGE
 - 02 = FEMME OU MARI
 - 03 = FILS OU FILLE
 - 04 = GENDRE OU BELLE-FILLE
 - 05 = PETIT-FILS OU PETITE-FILLE
 - 06 = PARENT
 - 07 = BEAU-PERE OU BELLE-MERE
 - 08 = FRERE OU SCEUR
 - 09 = BEAU-FRERE OU BELLE-SCEUR
 - 10 = ONCLE/TANTE
 - 11 = NIECE/NEVEU
 - 12 = NIECE/NEVEU PAR MARIAGE (NIECE/NEVEU DU CONJOINT)
 - 13 = AUTRES PARENTS
 - 14 = ENFANT ADOPTE/EN GARDE/ENFANT DU CONJOINT
 - 15 = SANS LIEN DE PARENTE
 - 16 = COEPOUSE
 - 98 = NE SAIT PAS
- (BRU)

MODULE 2 : EDUCATION (ED)

Pour les membres du ménage de 5 ans et plus				Pour les membres du ménage âgés de 5-24 ans										
ED1	ED1A	ED2	ED3	ED4	ED5	ED5A	ED6		ED7	ED8				
N° de ligne.	Nom et prénoms	(Nom) A-T-IL/ELLE FREQUENTE L'ECOLE OU L'ECOLE MATERNELLE ? 1 OUI ⇒ ED3 2 NON ⇨ LIGNE SUIVANTE	QUEL EST LE PLUS HAUT NIVEAU D'ETUDES QUE (nom) A ATTEINT? QUELLE EST LA DERNIERE CLASSE QUE (nom) A ACHEVEE A CE NIVEAU NIVEAU : 0 ÉCOLE MATERNELLE 1 PRIMAIRE 2 COLLEGE (6 ^E , 5 ^E , 4 ^E ET 3 ^E) 3 LYCEE (2 ND , 1 ^E ET TERMINALE) 4 SUPERIEUR 5 PROGRAMME NON FORMEL (ECOLE CORANIQUE, COURS D'ALPHABETISATION) 8 NSP CLASSE : 98 NSP <i>Si moins d'une classe, inscrire 00</i>	AU COURS DE L'ANNEE SCOLAIRE (2005-2006), (nom) A-T-IL/ELLE FREQUENTE L'ECOLE OU L'ECOLE MATERNELLE A UN CERTAIN MOMENT ? 1 OUI 2 NON ⇒ ED7	DEPUIS LE (jour de la semaine) DERNIER, COMBIEN DE JOURS (nom) EST-IL/ELLE ALLE A L'ECOLE? ENREGISTRER LE NOMBRE DE JOURS DANS LA CASE CI-DESSOUS	AU COURS DE L'ANNEE SCOLAIRE (2005-2006), (NOM) ALLAIT-T-IL/ELLE A L'ECOLE HABITUELLEMENT ?	AU COURS DE CETTE ANNEE SCOLAIRE, A QUEL NIVEAU ET DANS QUELLE CLASSE EST/ETAIT (nom) ? NIVEAU : 0 ÉCOLE MATERNELLE 1 PRIMAIRE 2 COLLEGE (6 ^E , 5 ^E , 4 ^E ET 3 ^E) 3 LYCEE (2 ND , 1 ^E ET TERMINALE) 4 SUPERIEUR 5 PROGRAMME NON FORMEL (ECOLE CORANIQUE, COURS D'ALPHABETISATION) 8 NSP CLASSE : 98 NSP		AU COURS DE L'ANNEE SCOLAIRE PRECEDENTE (2004-2005)? (nom) AVAIT-T-IL/ELLE FREQUENTE L'ECOLE OU L'ECOLE MATERNELLE A UN CERTAIN MOMENT ? 1 OUI ⇒ ED8 2 NON ⇨ LIGNE SUIV. 8 NSP ⇨ LIGNE SUIV.	DURANT L'ANNEE SCOLAIRE PRECEDENTE, A QUEL NIVEAU ET DANS QUELLE CLASSE ETAIT (nom)? NIVEAU : 0 ÉCOLE MATERNELLE 1 PRIMAIRE 2 COLLEGE (6 ^E , 5 ^E , 4 ^E ET 3 ^E) 3 LYCEE (2 ND , 1 ^E ET TERMINALE) 4 SUPERIEUR 5 PROGRAMME NON FORMEL (ECOLE CORANIQUE, COURS D'ALPHABETISATION) 8 NSP CLASSE : 98 NSP				
LIGNE		OUI NON	NIVEAU	CLASSE	OUI NO	JOURS	O N	NIVEAU	CLASSE	O N NSP	NIVEAU	CLASSE		
01		1 2⇨	0 1 2 3 4 5 8	_ _ _	1 2	_ _	1 2	0 1 2 3 4 5 8	_ _ _	1 2 8	0 1 2 3 4 5 8	_ _ _		
02		1 2⇨	0 1 2 3 4 5 8	_ _ _	1 2	_ _	1 2	0 1 2 3 4 5 8	_ _ _	1 2 8	0 1 2 3 4 5 8	_ _ _		
03		1 2⇨	0 1 2 3 4 5 8	_ _ _	1 2	_ _	1 2	0 1 2 3 4 5 8	_ _ _	1 2 8	0 1 2 3 4 5 8	_ _ _		
04		1 2⇨	0 1 2 3 4 5 8	_ _ _	1 2	_ _	1 2	0 1 2 3 4 5 8	_ _ _	1 2 8	0 1 2 3 4 5 8	_ _ _		
05		1 2⇨	0 1 2 3 4 5 8	_ _ _	1 2	_ _	1 2	0 1 2 3 4 5 8	_ _ _	1 2 8	0 1 2 3 4 5 8	_ _ _		
06		1 2⇨	0 1 2 3 4 5 8	_ _ _	1 2	_ _	1 2	0 1 2 3 4 5 8	_ _ _	1 2 8	0 1 2 3 4 5 8	_ _ _		
07		1 2⇨	0 1 2 3 4 5 8	_ _ _	1 2	_ _	1 2	0 1 2 3 4 5 8	_ _ _	1 2 8	0 1 2 3 4 5 8	_ _ _		
08		1 2⇨	0 1 2 3 4 5 8	_ _ _	1 2	_ _	1 2	0 1 2 3 4 5 8	_ _ _	1 2 8	0 1 2 3 4 5 8	_ _ _		
09		1 2⇨	0 1 2 3 4 5 8	_ _ _	1 2	_ _	1 2	0 1 2 3 4 5 8	_ _ _	1 2 8	0 1 2 3 4 5 8	_ _ _		
10		1 2⇨	0 1 2 3 4 5 8	_ _ _	1 2	_ _	1 2	0 1 2 3 4 5 8	_ _ _	1 2 8	0 1 2 3 4 5 8	_ _ _		
11		1 2⇨	0 1 2 3 4 5 8	_ _ _	1 2	_ _	1 2	0 1 2 3 4 5 8	_ _ _	1 2 8	0 1 2 3 4 5 8	_ _ _		
12		1 2⇨	0 1 2 3 4 5 8	_ _ _	1 2	_ _	1 2	0 1 2 3 4 5 8	_ _ _	1 2 8	0 1 2 3 4 5 8	_ _ _		
14		1 2⇨	0 1 2 3 4 5 8	_ _ _	1 2	_ _	1 2	0 1 2 3 4 5 8	_ _ _	1 2 8	0 1 2 3 4 5 8	_ _ _		
15		1 2⇨	0 1 2 3 4 5 8	_ _ _	1 2	_ _	1 2	0 1 2 3 4 5 8	_ _ _	1 2 8	0 1 2 3 4 5 8	_ _ _		

MODULE 3 : EAU ET ASSAINISSEMENT (WS)

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSER A
WS1	QUELLE EST LA PRINCIPALE SOURCE DE L'EAU QUE BOIVENT LES MEMBRES DE VOTRE MENAGE ?	Eau du robinet (TDE) Dans le logement..... 11 Dans la concession 12 Borne fontaine / Kiosque à eau 13 Puits/Forage Forage 21 Puits équipé de pompe 22 Puits protégé 31 Puits non protégé 32 Eau de source Source protégée 41 Source non protégée 42 Eau de pluie 51 Camion-citerne 61 Charrette avec petite citerne/tonneau ... 71 Eau de surface (rivière, ruisseau, barrage, lac, mare, rigole d'irrigation) 81 Eau minérale (bouteille, sachet) 91 Autre (à préciser) 96	11⇒WS5 12⇒WS5 - + - ⇒WS3 - + 96⇒WS3
WS2.	QUELLE EST LA PRINCIPALE SOURCE D'EAU QU'UTILISE VOTRE MENAGE POUR D'AUTRES USAGES ?	Eau du robinet Dans le logement..... 11 Dans la concession 12 Borne fontaine / Kiosque à eau 13 Puits/Forage Forage 21 Puits équipé de pompe 22 Puits protégé 31 Puits non protégé 32 Eau de source Source protégée 41 Source non protégée 42 Eau de pluie 51 Camion-citerne 61 Charrette avec petite citerne/tonneau ... 71 Eau de surface (Rivière, ruisseau, barrage, lac, mare, rigole d'irrigation) 81 Autre (à préciser) 96	11⇒WS5 12⇒WS5
WS3	COMBIEN DE TEMPS FAUT-IL POUR S'Y RENDRE, PRENDRE DE L'EAU ET REVENIR ?	Nombre de minutes! __ ! __ ! __ ! Eau sur place..... 995 NSP 998	995⇒WS5
WS4	QUI SE REND HABITUELLEMENT A LA SOURCE D'APPROVISIONNEMENT POUR ALLER CHERCHER DE L'EAU? <i>Insister :</i> CETTE PERSONNE EST-ELLE AGÉE DE MOINS DE 15 ANS ? DE QUEL SEXE ? <i>Encercler le code qui décrit le mieux cette personne</i>	Une femme adulte 1 Un homme adulte 2 Une jeune fille (moins de 15 ans) 3 Un jeune garçon (moins de 15 ans) 4 Une jeune fille et un jeune garçon 5 Autre (à préciser) 6 NSP 8	

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSER A
WS5	FAITES-VOUS QUELQUE CHOSE POUR RENDRE L'EAU POTABLE ?	Oui 1 Non 2 NSP 8	2⇒WS7 8⇒WS7
WS6	HABITUELLEMENT, QUE FAITES-VOUS POUR RENDRE POTABLE L'EAU QUE VOUS BUVEZ ? AUTRE CHOSE ? <i>Enregistrer tout ce qui est mentionné</i>	La faire bouillir A Y ajouter eau de javel/chlore B La filtrer à travers un linge C Utiliser un filtre (céramique, sable, composite, etc.) D Désinfection solaire E Laisser reposer F Autre (à préciser) X NSP Z	
WS7	HABITUELLEMENT, QUEL TYPE DE TOILETTES LES MEMBRES DE VOTRE MENAGE UTILISENT-ILS ? <i>Si « Chasse d'eau » ou « chasse manuelle », Insister: PAR OU PASSENT LES EAUX USEES?</i> <i>Si nécessaire, demander la permission pour voir les toilettes.</i>	Chasse d'eau / chasse manuelle Chasse branchée à l'égout 11 Chasse branchée à fosse septique 12 Chasse branchée à fosse simple 13 Chasse branchée à autre chose 14 Chasse branchée à endroit inconnu/Pas sûr/NSP où 15 Latrines Latrines améliorées auto aérées (LAA) ... 21 Latrines couvertes 22 Latrines à fosse / trou ouvert 23 Toilettes Toilettes à compostage 31 Seaux/tinettes 41 Toil. suspendues/latrines suspendues 51 Pas de toilettes ou brousse ou champ 95 Autre (à préciser) 96	95⇒module HC
WS8	PARTAGEZ-VOUS CES TOILETTES AVEC D'AUTRES MENAGES ?	Oui 1 Non 2	2⇒module HC
WS9	AU TOTAL, COMBIEN DE MENAGES UTILISENT CES TOILETTES ?	Nbre. de ménages (si moins de 10) !__ !__ ! Dix ménages ou plus 10 NSP 98	

MODULE 4 : CARACTERISTIQUES DU MENAGE (HC)

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSER A
HC1A	QUELLE EST LA RELIGION DU CHEF DE MENAGE ?	Catholique01 Evangélique Presbytérienne 02 Méthodiste03 Assemblée de Dieu04 Autre religion chrétienne _____05 (<i>à préciser</i>) Musulmane 06 Traditionnelle/ Animiste.....07 Sans religion 09 Autre religion _____ 96 (<i>à préciser</i>)	
HC1B	QUELLE EST LA LANGUE MATERNELLE DU CHEF DE MENAGE ?	_____ !___!___!	
HC1C	QUELLE EST L'ETHNIE DU CHEF DE MENAGE ?	Adja – Ewé 1 Kabyè – Tem 2 Para – Gourma 3 Ana – Ifè 4 Akposso – Akébou.....5 Autre togolais _____6 (<i>à préciser</i>) Africains 7 Autre _____8 (<i>à préciser</i>)	
HC2	DANS CE MENAGE, COMBIEN DE PIECES UTILISEZ-VOUS POUR DORMIR ?	!___!___!	
HC3	QUELLE EST LA NATURE DU SOL DU LOGEMENT ? <i>(Enregistrer l'observation dominante)</i>	Carreaux / granito 1 Moquette / gerflex 2 Ciment 3 Terre 4 Bois / Planche 5 Autre _____6 (<i>à préciser</i>)	
HC4	QUELLE EST LA NATURE DU TOIT DU LOGEMENT ? <i>(Enregistrer l'observation dominante)</i>	Dalle 1 Tôle ondulée 2 Tuile /Bac alu 3 Terre 4 Paille5 Autre _____6 (<i>à préciser</i>)	
HC5	QUELLE EST LA NATURE DU MUR DU LOGEMENT ? <i>(Enregistrer l'observation dominante)</i>	Motte de terre/Banco 1 Bambou/Planche/Branchage 2 Brique cuite / pierre3 Parpaing de ciment4 Semi dur / banco recouvert de ciment5 Autre _____6 (<i>à préciser</i>)	

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSER A																								
HC6	DANS VOTRE MENAGE QUEL TYPE DE SOURCE D'ENERGIE UTILISEZ-VOUS PRINCIPALEMENT POUR LA CUISINE ?	Electricité 01 Gaz 02 Pétrole 05 Charbon de bois07 Bois08 Paille / branchage / herbes..... 09 Fumier animal 10 Résidus agricoles 11 Autre96 <i>(à préciser)</i>	01⇒HC8 02⇒HC8																								
HC7	DANS VOTRE MENAGE, QUEL TYPE DE FOYER UTILISEZ-VOUS POUR FAIRE LA CUISINE ?	Feu à ciel ouvert 1 Foyer ouvert2 Foyer fermé3 Autre 6 <i>(à préciser)</i>	3⇒HC8 6⇒HC8																								
HC7A	EST-CE QUE LE FEU / FOUR A UNE CHEMINEE OU UNE HOTTE ?	Oui 1 Non 2																									
HC8	EST-CE QUE LA CUISINE EST GENERALEMENT FAITE DANS LE LOGEMENT, DANS UN BATIMENT SEPRE OU A L'EXTERIEUR ?	Dans le logement..... 1 Dans un autre bâtiment 2 A l'extérieur 3 Autre 6 <i>(à préciser)</i>																									
HC9	DANS VOTRE MENAGE AVEZ-VOUS : L'ELECTRICITE ? LA RADIO ? LA TELEVISION ? UN TELEPHONE MOBILE ? UN TELEPHONE FIXE ? UN REFRIGERATEUR ? UNE CUISINIERE OU GAZINIERE ?	<table style="width:100%; border:none;"> <thead> <tr> <th></th> <th style="text-align:center">Oui</th> <th style="text-align:center">Non</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Electricité</td> <td style="text-align:center">1</td> <td style="text-align:center">2</td> </tr> <tr> <td>Radio</td> <td style="text-align:center">1</td> <td style="text-align:center">2</td> </tr> <tr> <td>Télévision</td> <td style="text-align:center">1</td> <td style="text-align:center">2</td> </tr> <tr> <td>Téléphone mobile</td> <td style="text-align:center">1</td> <td style="text-align:center">2</td> </tr> <tr> <td>Téléphone fixe</td> <td style="text-align:center">1</td> <td style="text-align:center">2</td> </tr> <tr> <td>Réfrigérateur</td> <td style="text-align:center">1</td> <td style="text-align:center">2</td> </tr> <tr> <td>Cuisinière, Gazinière.....</td> <td style="text-align:center">1</td> <td style="text-align:center">2</td> </tr> </tbody> </table>		Oui	Non	Electricité	1	2	Radio	1	2	Télévision	1	2	Téléphone mobile	1	2	Téléphone fixe	1	2	Réfrigérateur	1	2	Cuisinière, Gazinière.....	1	2	
	Oui	Non																									
Electricité	1	2																									
Radio	1	2																									
Télévision	1	2																									
Téléphone mobile	1	2																									
Téléphone fixe	1	2																									
Réfrigérateur	1	2																									
Cuisinière, Gazinière.....	1	2																									
HC10	EST-CE QU'AU MOINS UN MEMBRE DE VOTRE MENAGE POSSEDE : UNE MONTRE ? UNE BICYCLETTE ? UNE MOTOCYCLETTE ? UNE CHARRETTE TIREE PAR UN ANIMAL UNE VOITURE OU CAMION ? UNE PIROGUE A MOTEUR ?	<table style="width:100%; border:none;"> <thead> <tr> <th></th> <th style="text-align:center">Oui</th> <th style="text-align:center">Non</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Montre</td> <td style="text-align:center">1</td> <td style="text-align:center">2</td> </tr> <tr> <td>Bicyclette</td> <td style="text-align:center">1</td> <td style="text-align:center">2</td> </tr> <tr> <td>Motocyclette</td> <td style="text-align:center">1</td> <td style="text-align:center">2</td> </tr> <tr> <td>Charrette avec animal</td> <td style="text-align:center">1</td> <td style="text-align:center">2</td> </tr> <tr> <td>Voiture ou camion</td> <td style="text-align:center">1</td> <td style="text-align:center">2</td> </tr> <tr> <td>Pirogue a moteur</td> <td style="text-align:center">1</td> <td style="text-align:center">2</td> </tr> </tbody> </table>		Oui	Non	Montre	1	2	Bicyclette	1	2	Motocyclette	1	2	Charrette avec animal	1	2	Voiture ou camion	1	2	Pirogue a moteur	1	2				
	Oui	Non																									
Montre	1	2																									
Bicyclette	1	2																									
Motocyclette	1	2																									
Charrette avec animal	1	2																									
Voiture ou camion	1	2																									
Pirogue a moteur	1	2																									

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSER A
HC11	. EST-CE QU'UN MEMBRE DE VOTRE MENAGE POSSEDE DE LA TERRE QUI PEUT ETRE CULTIVEE ?	Oui..... 1 Non..... 2	2⇒HC13
HC12.	COMBIEN D'HECTARES DE TERRES AGRICOLES LES MEMBRES DE CE MENAGE POSSEDENT-ILS ? <i>Si plus de 97, enregistrer '97'. Si inconnu, enregistrer '98'.</i>	Hectares..... ____ ____	
HC13.	EST-CE QUE VOTRE MENAGE POSSEDE DU BETAIL, TROUPEAU OU DES ANIMAUX DE FERME?	Oui..... 1 Non..... 2	2⇒MODU-LE SUIV.
HC14.	LESQUELS DES ANIMAUX SUIVANTS ET COMBIEN, VOTRE MENAGE POSSEDE-T-IL ? BETAIL ? VACHES LAITIERES OU TAUREAUX ? CHEVAUX, ANES OU MULES ? CHEVRES ? MOUTONS ? POULETS ? <i>Si aucun, enregistrer '00'. Si plus de 97, enregistrer '97'. Si inconnu, enregistrer '98'.</i>	Bétail ____ ____ Vaches laitières ou taureaux..... ____ ____ Chevaux, ânes ou mules ____ ____ Chèvres ____ ____ Moutons ____ ____ Poulets ____ ____	

MODULE 4 (SUITE) : SECURITE DE LA PROPRIETE ET DURABILITE DU LOGEMENT

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSER A
HC15A.	EST-CE QUE VOUS OU QUELQU'UN D'AUTRE DANS CE MENAGE EST PROPRIETAIRE DE CETTE HABITATION OU BIEN VOUS ETES LOCATAIRE?	Propriétaire 1 Locataire 2 Location gratuite/ occupant illégal /autre 3	2⇒HC15D 3⇒HC15D
HC15B.	EST-CE QUE VOUS OU QUELQU'UN D'AUTRE DANS CE MENAGE A UN TITRE/ACTE DE PROPRIETE POUR CETTE HABITATION?	Oui..... 1 Non..... 2	1⇒HC15F
HC15C.	QUEL TYPE DE DOCUMENT POSSEDEZ VOUS POUR LA PROPRIETE DE CETTE HABITATION? AUTRES CHOSES? <i>Encercler tous les codes mentionnés.</i>	Certificat d'occupation (ou certificat d'attribution)A Certification d'impôt foncier.....B Facture électricité/eau/téléphone etc.....C Autres (à préciser) X Aucun/Pas de document..... Y	+ : : ⇒HC15F : : +
HC15D.	EST-CE QUE VOUS AVEZ UN CONTRAT ECRIT POUR LA LOCATION DE CETTE HABITATION?	Oui..... 1 Non..... 2	1⇒HC15F
HC15E.	AVEZ VOUS N'IMPORTE QUEL DOCUMENT POUR LA LOCATION DE CETTE HABITATION? <i>Si oui, QUEL TYPE DE DOCUMENT OU D'AGREMENT AVEZ VOUS POUR LA LOCATION DE CETTE HABITATION?</i> AUTRES CHOSES? <i>Encercler tous les codes mentionnés</i>	Accord informel (par écrit).....A Accord oral (pas de document).....B Occupation gratuite Avec accord du propriétaire.....C Sans accord du propriétaire.....D Autres (à préciser) X Aucun/Pas de document..... Y	
HC15F.	VOUS SENTEZ-VOUS EN SECURITE DE NE PAS ETRE EXPULSE(E) DE CETTE HABITATION?	Oui..... 1 Non..... 2 NSP..... 8	
HC15G.	AVEZ-VOUS ETE EXPULSE DE VOTRE DE VOTRE MAISON A UN MOMENT QUELCONQUE DURANT LES 5 DERNIERES ANNEES?	Oui..... 1 Non..... 2	
HC15H.	Habitation situee dans ou pres de: <i>Observer et encercler tous les codes qui décrivent l'endroit habité.</i>	Région d'éboulementA Région prédisposée a l'inondation.....B Bord de rivière.....C Colline raideD Montagne/tas d'orduresE Région de pollution industrielle F Chemin de fer G Centrale électrique.....H Pont aérien..... I Aucun des codes ci-dessus Y	
HC15I.	Condition de l'habitation: <i>Enregistrer l'observation.</i> <i>Noter tous les codes qui s'appliquent.</i>	Craquements/ouverture dans les murs.....A Pas de fenêtresB Fenêtre avec vitres cassés/pas de vitreC Trous visibles dans le toit.....D Toit incomplet.....E Porte peu solide F Aucun des codes ci-dessus Y	
HC15J.	Environnement de l'habitation: <i>Enregistrer l'observation.</i> <i>Enregistrer tous les codes qui s'appliquent</i>	Passage très étroit entre les maisons au lieu de routeA Trop de câbles électriques connectant le voisinage et le poste d'alimentation.....B Aucun des codes ci-dessus Y	

MODULE 5 : MOUSTIQUAIRES TRAITES AUX INSECTICIDES (TN)

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSER A																																																
TN1	DANS VOTRE MENAGE, AVEZ-VOUS DES MOUSTIQUAIRES QUI PEUVENT ETRE UTILISEES POUR DORMIR?	Oui 1 Non 2	2⇒MODULE OV																																																
TN2	COMBIEN DE MOUSTIQUAIRES AVEZ-VOUS DANS VOTRE MENAGE ? <i>Si 7 moustiquaires ou plus, enregistrer '7'.</i>	Nombre de moustiquaires !___!																																																	
TN2A	COMBIEN DE MOUSTIQUAIRES UTILISEZ-VOUS POUR DORMIR ? <i>Si 7 moustiquaires ou plus, enregistrer '7'.</i>	Nombre de moustiquaires !___!																																																	
TN3	EST-CE QUE LA MOUSTIQUAIRE (EST-CE QUE N'IMPORTE LAQUELLE DES MOUSTIQUAIRES) FAIT PARTIE DES MARQUES SUIVANTES : <i>Lire le nom de chaque marque, montrer l'image sur la carte, et encrer les codes Oui ou Non pour chaque marque. Si possible, demander à l'enquêtée de vous montrer la moustiquaire pour vérifier la marque.</i> MOUSTIQUAIRES PERMANENTES : TN3L1. <i>Olysete</i> TN3L2. SERENA MOUSTIQUAIRES IMPREGNEES/ REIMPREGNEES TN3P1. BRAVO (<i>Palutech</i>) TN3P2. MARQUE (SANDUTCH) AUTRES MOUSTIQUAIRES : TN3O1. <i>Marque E?</i> TN3O2. MARQUE F TN3O3. UNE AUTRE MARQUE QUELCONQUE DE MOUSTIQUAIRE ? TN3O4. Marque inconnue de moustiquaire	<table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>Oui</th> <th>Non</th> <th>NSP</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Moustiquaires imprégnées longue durée</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Olyset Net</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>Permanet (SERENA)</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>Moustiquaires imprégnées Courte durée</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Bravo (Palutech)</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>Sandutch</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>Autres moustiquaires</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Marque _____</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>Marque _____</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>Une autre marque quelconque</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>Marque inconnue</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> </tbody> </table>		Oui	Non	NSP	Moustiquaires imprégnées longue durée				Olyset Net	1	2	8	Permanet (SERENA)	1	2	8	Moustiquaires imprégnées Courte durée				Bravo (Palutech)	1	2	8	Sandutch	1	2	8	Autres moustiquaires				Marque _____	1	2	8	Marque _____	1	2	8	Une autre marque quelconque	1	2	8	Marque inconnue	1	2	8	
	Oui	Non	NSP																																																
Moustiquaires imprégnées longue durée																																																			
Olyset Net	1	2	8																																																
Permanet (SERENA)	1	2	8																																																
Moustiquaires imprégnées Courte durée																																																			
Bravo (Palutech)	1	2	8																																																
Sandutch	1	2	8																																																
Autres moustiquaires																																																			
Marque _____	1	2	8																																																
Marque _____	1	2	8																																																
Une autre marque quelconque	1	2	8																																																
Marque inconnue	1	2	8																																																
TN3A	OU AVEZ-VOUS REÇU OU ACHETE LA MOUSTIQUAIRE ?	Secteur public Hôpital gouvernemental..... 11 Centre de santé gouvernemental (CMS/USP) 12 Poste de santé gouvernemental 13 Agent de santé communautaire (ASC).. 14 Clinique mobile/communautaire 15 Autre public (<i>à préciser</i>) 16 Secteur médical privé Clinique/Hôpital privé(e) 21 Médecin privé 22 Pharmacie privée..... 23 Clinique mobile 24 Autre médical privé (<i>à préciser</i>) 26 Autre source Parent ou ami 31 Magasin 32 Guérisseur traditionnel 33 ONG / Association 34 Autre (<i>à préciser</i>) 96 NSP 98																																																	

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSER A
TN3B	COMBIEN AVEZ-VOUS PAYE POUR LA MOUSTIQUAIRE (LA DERNIERE)?	Monnaie locale (FCFA) _ _ _ _ Gratuit 9996 NSP 9998	
TN4	<i>Vérifier TN3 pour la marque de moustiquaire(s). Revoir la liste en haut dans l'ordre jusqu'à ce qu'une case soit cochée, et suivre les instructions ci-après :</i> 1. <input type="checkbox"/> Moustiquaire permanente (Marque OLYSETTE ou Marque SERANA) mentionnée ?⇒ Passer au Module Suivant 2. <input type="checkbox"/> Moustiquaire imprégnée (Marque C ou Marque D) mentionnée ?⇒ Passer à TN6 3. <input type="checkbox"/> Autre moustiquaire (Marque E, Marque F ou autre marque quelconque, ou marque inconnue) mentionnée ?⇒ Continuer avec TN5		
TN5	QUAND VOUS AVEZ OBTENU LA (PLUS RECENTE) MOUSTIQUAIRE, ETAIT-ELLE TRAITEE OU RE(IMPREGNEES) AVEC UN INSECTICIDE POUR TUER OU ELOIGNER LES MOUSTIQUES ?	Oui..... 1 Non..... 2 NSP/Pas sûre 8	
TN6	DEPUIS COMBIEN DE TEMPS POSSEDEZ-VOUS LA (PLUS RECENTE) MOUSTIQUAIRE ? <i>Si moins de 1 mois, écrire '00'. Si la réponse est "12 mois" ou "1 an", insister pour déterminer si la moustiquaire a été obtenue il y a exactement 12 mois ou plus tôt ou plus tard.</i>	Mois..... !__ ! __ ! Plus de 24 mois 95 Pas sûre / NSP 98	
TN7	DEPUIS QUE VOUS AVEZ LA (ES) MOUSTIQUAIRE(S), EST-CE QUE VOUS L'AVEZ (LES AVEZ) TREMPEE(S) OU PLONGEE(S) DANS UN LIQUIDE POUR TUER/ELOIGNER LES MOUSTIQUES?	Oui..... 1 Non..... 2 NSP 8	- + ⇒ MODULE - + OV
TN8	DEPUIS COMBIEN DE MOIS L'AVEZ VOUS TREMPEE DANS UN LIQUIDE <i>Si moins de 1 mois, écrire '00'. Si la réponse est "12 mois" ou "1 an", insister pour déterminer si la moustiquaire a été obtenue il y a exactement 12 mois ou plus tôt ou plus tard</i>	Mois..... !__ ! __ ! Plus de 24 mois 95 NSP/Pas sûr 98	

MODULE 6 : LES ENFANTS VULNERABLES ET ORPHELINS DU FAIT DU SIDA (OV)

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES					PASSER A
OV1	OV1. Vérifier HL5 : Y a-t-il un enfant de 0-17 ans révolus ? <input type="checkbox"/> Oui ⇒ Continuer avec OV2 <input type="checkbox"/> Non ⇒ Module Suivant						
OV2	JE VOUDRAIS QUE VOUS PENSIEZ AUX 12 DERNIERS MOIS. EST-CE QU'UN MEMBRE DE VOTRE MENAGE EST DECEDE AU COURS DES 12 DERNIERS MOIS ?	Oui	1	Non	2	2⇒OV5	
OV3	(DE CEUX QUI SONT DECEDES AU COURS DES 12 DERNIERS MOIS), Y A-T-IL DES PERSONNES AGEES ENTRE 18 ET 59 ANS ?	Oui	1	Non	2	2⇒OV5	
OV4	(De ceux qui sont décédés au cours des 12 derniers mois et étaient âgés entre 18 et 59 ans) y a-t-il quelqu'un qui était gravement malade pendant au moins trois mois au cours des 12 derniers mois avant de mourir ?	Oui	1	Non	2	1⇒OV8	
OV5	Retourner au Tableau Ménage et vérifier ce qui suit : 1. Vérifier les totaux de HL9 et HL11. <input type="checkbox"/> Au moins une mère ou un père décédé(e) ⇒ Passer à OV8 <input type="checkbox"/> Pas de mère ou de père décédé(e) 2. Vérifier les totaux de HL8A. <input type="checkbox"/> Au moins un adulte âgé de 18-59 très malade pendant au moins 3 mois au cours des 12 derniers mois ⇒ Passer à OV8 <input type="checkbox"/> Pas d'adulte âgé de 18-59 très malade pendant au moins 3 mois au cours des 12 derniers mois 3. Vérifier les totaux de HL10A et HL12A. <input type="checkbox"/> Au moins une mère ou un père malade pendant au moins 3 mois au cours des 12 derniers mois ⇒ Passer à OV8 <input type="checkbox"/> Pas de mère ou de père malade pendant au moins 3 mois au cours des derniers mois ⇒ Passer au Module Suivant						
OV8	Lister tous les enfants de 0-17 ans. Enregistrer les noms, les numéros de ligne et les âges de tous les enfants, en commençant par le premier enfant, et continuer dans l'ordre dans lequel ils sont listés dans le module d'enregistrement du ménage. Utiliser un questionnaire additionnel s'il y a plus de 4 enfants âgés de 0-17 ans dans le ménage. Poser toutes questions pour un enfant avant de passer à l'enfant suivant.						
		1 ^{ER} ENFANT	2 ^{ME} ENFANT	3 ^{ME} ENFANT	4 ^{EME} ENFANT	5 ^{EME} ENFANT	
	Nom (de HL2)	_____	_____	_____	_____	_____	
	N° de ligne (de HL1)	!__!__!	!__!__!	!__!__!	!__!__!	!__!__!	
	AGE (DE HL5)	!__!__!	!__!__!	!__!__!	!__!__!	!__!__!	
OV9	J'aimerais vous poser des questions à propos de n'importe quel type d'aide ou de support organisé que votre ménage a pu recevoir pour (NOM) et pour lequel vous n'avez pas payé. Par aide ou support organisé, je veux dire une aide ou du support fourni par quelqu'un qui travaille pour un programme, que ce soit du gouvernement, du secteur privé, religieux, d'un organisme de bienfaisance ou d'un programme à base communautaire. Il faut se rappeler qu'il s'agit de soutien pour lequel vous n'avez pas payé.						
OV10	JE VOUDRAIS MAINTENANT VOUS POSER DES QUESTIONS SUR LE SOUTIEN QUE VOTRE MENAGE A REÇU POUR (nom). AU COURS DES 12 DERNIERS MOIS, VOTRE MENAGE A-T-IL REÇU DU SUPPORT MEDICAL POUR (nom) COMME DES SOINS, DES FOURNITURES OU DES MEDICAMENTS ?	Oui1 Non2 NSP8	Oui..... 1 Non..... 2 NSP 8				

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES				PASSER A
OV11	AU COURS DES 12 DERNIERS MOIS, VOTRE MENAGE A-T-IL REÇU DU SOUTIEN MORAL OU PSYCHOLOGIQUE POUR ((<i>nom</i>) COMME DE LA COMPAGNIE, DES CONSEILS D'UN CONSEILLER FORME, OU DU SOUTIEN SPIRITUEL ?	Oui..... 1 Non..... 2 ⇒ OV13 NSP 8	Oui..... 1 Non..... 2 ⇒ OV13 NSP 8	Oui 1 Non 2 ⇒ OV13 NSP 8	Oui1 Non2 ⇒ OV13 NSP8	Oui1 Non2 ⇒ OV13 NSP8
OV12.	VOTRE MENAGE A-T-IL REÇU N'IMPORTE LEQUEL DE CES SOUTIENS AU COURS DES 3 DERNIERS MOIS?	Oui..... 1 Non..... 2 NSP 8	Oui..... 1 Non..... 2 NSP 8	Oui 1 Non 2 NSP 8	Oui1 Non2 NSP8	Oui1 Non2 NSP8
OV13	AU COURS DES 12 DERNIERS MOIS, VOTRE MENAGE A-T-IL REÇU DU SUPPORT MATERIEL POUR (<i>nom</i>) COMME DES VETEMENTS, DE LA NOURRITURE OU UN SUPPORT FINANCIER ?	Oui..... 1 Non..... 2 ⇒OV15 NSP 8	Oui..... 1 Non..... 2 ⇒OV15 NSP 8	Oui 1 Non 2 ⇒OV15 NSP 8	Oui1 Non2 ⇒OV15 NSP8	Oui1 Non2 ⇒OV15 NSP8
OV14	VOTRE MENAGE A-T-IL REÇU N'IMPORTE LEQUEL DE CES SOUTIENS AU COURS DES 3 DERNIERS MOIS ?	Oui..... 1 Non..... 2 NSP 8	Oui..... 1 Non..... 2 NSP 8	Oui 1 Non 2 NSP 8	Oui1 Non2 NSP8	Oui1 Non2 NSP8
OV15	AU COURS DES 12 DERNIERS MOIS, VOTRE MENAGE A-T-IL REÇU DU SOUTIEN SOCIAL POUR (<i>nom</i>) COMME DE L'AIDE A LA MAISON, UNE FORMATION POUR DONNER DES SOINS OU UNE ASSISTANCE POUR DES DEMARCHES ADMINISTRATIVES ?	Oui..... 1 Non..... 2 ⇒ OV17 NSP 8	Oui..... 1 Non..... 2 ⇒ OV17 NSP 8	Oui 1 Non 2 ⇒ OV17 NSP 8	Oui1 Non2 ⇒ OV17 NSP8	Oui1 Non2 ⇒ OV17 NSP8
OV16.	VOTRE MENAGE A-T-IL REÇU N'IMPORTE LEQUEL DE CES SOUTIENS AU COURS DES 3 DERNIERS MOIS?	Oui..... 1 No..... 2 NSP 8	Oui..... 1 No..... 2 NSP 8	Oui 1 No 2 NSP 8	Oui1 No2 NSP8	Oui1 No2 NSP8
OV17	Vérifier OV8 : âge de l'enfant :	<input type="checkbox"/> Âge 0-4 ⇒ <i>Enfant suivant</i> <input type="checkbox"/> Âge 5-17 ⇒ OV18	<input type="checkbox"/> Âge 0-4 ⇒ <i>Enfant suivant</i> <input type="checkbox"/> Âge 5-17 ⇒ OV18	<input type="checkbox"/> Âge 0-4 ⇒ <i>Enfant suivant</i> <input type="checkbox"/> Âge 5-17 ⇒ OV18	<input type="checkbox"/> Âge 0-4 ⇒ <i>Enfant suivant</i> <input type="checkbox"/> Âge 5-17 ⇒ OV18	<input type="checkbox"/> Âge 0-4 ⇒ <i>Enfant suivant</i> <input type="checkbox"/> Âge 5-17 ⇒ OV18
OV18	AU COURS DES 12 DERNIERS MOIS, VOTRE MENAGE A-T-IL REÇU DU SOUTIEN POUR LA SCOLARITE DE (<i>nom</i>) COMME UNE BOURSE, UNE INSCRIPTION GRATUITE, DES LIVRES OU DES FOURNITURES ?	Oui..... 1 Non..... 2 NSP 8	Oui..... 1 Non..... 2 NSP 8	Oui 1 Non 2 NSP 8	Oui 1 Non 2 NSP 8	Oui 1 Non 2 NSP 8

MODULE 7 : TRAVAIL DES ENFANTS (CL)

Les questions de ce module doivent être posées à la mère/gardien de chaque enfant dans le ménage âgé de 5 à 14 ans. Pour les membres de ménage de moins de 5 ans ou de plus de 14 ans, laisser les lignes en blanc.

MAINTENANT, JE VOUDRAIS VOUS POSER DES QUESTIONS SUR TOUS LES TYPES DE TRAVAIL QUE LES ENFANTS VIVANT DANS CE MENAGE ONT PU FAIRE .

CL1	CL2	CL3	CL4	CL5	CL6	CL7	CL8	CL9
N° de ligne.	Nom et prénoms	<p>AU COURS DE LA SEMAINE DERNIERE (nom) AVAIT-T-IL/ELLE FAIT UN TRAVAIL QUELCONQUE POUR QUELQU'UN QUI N'EST PAS UN MEMBRE DE CE MENAGE?</p> <p><i>Si Oui:</i> ÉTAIT-IL/ELLE PAYE(E) EN ARGENT OU EN NATURE?</p> <p>1 OUI, PAYE (ARGENT OU NATURE) 2 OUI, NON PAYE 3 NON ⇒ A CL5</p>	<p><i>Si Oui:</i> DEPUIS LE (jour de la semaine) DERNIER, ENVIRON COMBIEN D'HEURES A-T-IL/ELLE PASSE A FAIRE CE TRAVAIL POUR QUELQU'UN QUI N'EST PAS UN MEMBRE DE CE MENAGE ?</p> <p><i>Si plus d'un travail, faire la somme de toutes les heures de ces travaux.</i></p> <p><i>Enregistrer la réponse, puis ⇒ CL.6</i></p>	<p>AU COURS DES 12 DERNIERS MOIS (nom) AVAIT-T-IL/ELLE FAIT UN TRAVAIL QUELCONQUE POUR QUELQU'UN QUI N'EST PAS UN MEMBRE DE CE MENAGE?</p> <p><i>Si Oui:</i> ÉTAIT-IL/ELLE PAYE(E) EN ARGENT OU EN NATURE?</p> <p>1 OUI, PAYE (ARGENT OU NATURE) 2 OUI, NON PAYE 3 NON</p>	<p>AU COURS DE LA SEMAINE DERNIERE (nom) AVAIT-T-IL/ELLE AIDE AUX TRAVAUX MENAGERS TELS QUE FAIRE DES COURSES, FAIRE LA CUISINE, NETTOYER ET CHERCHER DU BOIS ET DE L'EAU OU GARDER LES ENFANTS ?</p> <p>1 OUI 2 NON ⇒ A CL8</p>	<p><i>Si Oui:</i> DEPUIS LE (jour de la semaine) DERNIER, ENVIRON COMBIEN D'HEURES AVAIT-T-IL/ELLE PASSE A FAIRE CES TRAVAUX MENAGERS?</p>	<p>AU COURS DE LA SEMAINE DERNIERE (nom) AVAIT-T-IL/ELLE FAIT DES/D'AUTRES TRAVAUX POUR LA FAMILLE (DANS UNE FERME OU UN COMMERCE, OU VENDRE DES MARCHANDISES DANS LA RUE ?)</p> <p>1 OUI 2 NON ⇒ LIGNE SUIVANTE</p>	<p><i>Si Oui:</i> DEPUIS LE (jour de la semaine) DERNIER, ENVIRON COMBIEN D'HEURES AVAIT-T-IL/ELLE PASSE A FAIRE CE TRAVAIL?</p>
NO DE LIGNE	NOM ET PRENOMS	OUI PAYE N. PAYE NON	HEURES	OUI PAYE N. PAYE NON	OUI NON	NOMBRE D'HEURES	OUI NON	NOMBRE D'HEURES
01		1 2 3	□□□	1 2 3	1 2	□□□	1 2	□□□
02		1 2 3	□□□	1 2 3	1 2	□□□	1 2	□□□
03		1 2 3	□□□	1 2 3	1 2	□□□	1 2	□□□
04		1 2 3	□□□	1 2 3	1 2	□□□	1 2	□□□
05		1 2 3	□□□	1 2 3	1 2	□□□	1 2	□□□
06		1 2 3	□□□	1 2 3	1 2	□□□	1 2	□□□
07		1 2 3	□□□	1 2 3	1 2	□□□	1 2	□□□
08		1 2 3	□□□	1 2 3	1 2	□□□	1 2	□□□
09		1 2 3	□□□	1 2 3	1 2	□□□	1 2	□□□
10		1 2 3	□□□	1 2 3	1 2	□□□	1 2	□□□
11		1 2 3	□□□	1 2 3	1 2	□□□	1 2	□□□
12		1 2 3	□□□	1 2 3	1 2	□□□	1 2	□□□
14		1 2 3	□□□	1 2 3	1 2	□□□	1 2	□□□
15		1 2 3	□□□	1 2 3	1 2	□□□	1 2	□□□

Module 8 : Discipline de l'enfant (CD)

TABLEAU 1: ENFANTS AGES DE 2-14 ANS ELIGIBLES POUR LES QUESTIONS DE DISCIPLINE

Revoir la liste des membres du ménage et enregistrer chaque enfant âgé de 2-14 ans dans le tableau ci-dessous dans l'ordre selon leur numéro de ligne (HL1). Ne pas inclure les autres membres du ménage qui ne sont pas âgés de 2-14 ans. Enregistrer le numéro de ligne, le nom, le sexe, l'âge et le numéro de ligne de la mère/gardien(ne) de chaque enfant. Puis enregistrer le nombre total des enfants âgés de 2-14 ans à la case réservée à CD7.

CD1. Rang N°.	CD2. Ligne N° de HL1.	CD3. Nom de l'enfant (voir HL2)	CD4. Sexe de l'enfant (voir HL4)		CD5. Age de l'enfant (voir HL5)	CD6. Ligne de la mère/gardien(ne) (voir HL7 ou HL8).	
LIGNE	LIGNE	NOM	M	F	AGE	MERE	
01	___		1	2	___	___	
02	___		1	2	___	___	
03	___		1	2	___	___	
04	___		1	2	___	___	
05	___		1	2	___	___	
06	___		1	2	___	___	
07	___		1	2	___	___	
08	___		1	2	___	___	
CD7.	TOTAL ENFANTS AGES DE 2-14 ANS					___	___

S'il n'y a qu'un enfant âgé de 2-14 ans dans le ménage, sauter le tableau 2 et aller à la question CD11 pour administrer les questions du module discipline de l'enfant pour cet enfant.

TABLEAU 2: SELECTION ALEATOIRES POUR LES QUESTIONS DE DISCIPLINE DE L'ENFANT

Utiliser ce tableau pour sélectionner un des enfants âgés de 2 à 14 ans s'il y en a plusieurs dans le ménage. Rechercher le dernier chiffre du numéro du ménage de la page de couverture. C'est le numéro de ligne de la tableau ci-dessous où vous devez aller. Vérifier le nombre total des enfants éligibles (2-14 ans) à la question CD7 ci-dessus. C'est le numéro de la colonne du tableau ci-dessous où vous devez aller. Trouver la boîte ou la rangée et la colonne se rencontrent et entourer le chiffre qui apparaît dans cette boîte. C'est le rang de l'enfant pour lequel les questions doivent être posées. Enregistrer le rang à la question CD9 ci-dessous. Finalement, enregistrer le numéro et le nom de l'enfant sélectionné dans la case de la variable CD11 de la page suivante. Puis, trouver le numéro de la mère/gardien de cet enfant et poser lui les questions à partir de CD12.

CD8. Dernier chiffre du numéro du questionnaire	NOMBRE TOTAL DES ENFANTS ELIGIBLES DANS LE MENAGE								
	1	2	3	4	5	6	7	8+	
0	1	2	2	4	3	6	5	4	
1	1	1	3	1	4	1	6	5	
2	1	2	1	2	5	2	7	6	
3	1	1	2	3	1	3	1	7	
4	1	2	3	4	2	4	2	8	
5	1	1	1	1	3	5	3	1	
6	1	2	2	2	4	6	4	2	
7	1	1	3	3	5	1	5	3	
8	1	2	1	4	1	2	6	4	
9	1	1	2	1	2	3	7	5	

CD9. Enregistrer le rang de l'enfant sélectionné à partir du tableau N° 2 ci-dessus

Rang de l'enfant..... ___

MODULE 8 (Suite) : DISCIPLINE DE L'ENFANT (CD)

Identifier l'enfant éligible age de 2-14 ans dans le ménage en utilisant la table de la page précédente en respectant vos instructions. Demander à interroger la mère/gardien(ne) de l'enfant sélectionné (identifié par la ligne à la question CD6).

CD11.	Écrire le nom et le numéro de ligne de l'enfant sélectionné pour le module à partir de CD3 et CD2, et sur le rang question CD9.	Nom _____	
		Numéro de ligne ! _ ! _ !	
CD12.	TOUS LES ADULTES UTILISENT CERTAINES METHODES POUR EDUQUER LEURS ENFANTS. JE VAIS VOUS LIRE CERTAINES METHODES UTILISEES ET JE VOUDRAIS QUE VOUS ME DITES SI VOUS OU QUELQU'UN D'AUTRE DE VOTRE MENAGE LES A UTILISE A L'ENCONTRE DE (nom) LE MOIS PASSE.		
CD12A	PRIVER (Nom) DE CEQU'IL AIME OU NE PAS LUI PERMETTRE DE QUITTER LA MAISON.	Oui1 Non2	
CD12B.	EXPLIQUER POURQUOI LA CONDUITE ETAIT MAUVAISE.	Oui1 Non2	
CD12C.	LE/LA SECOUER.	Oui1 Non2	
CD12D.	CRIER, HURLER SUR LUI.	Oui1 Non2	
CD12E	LUI DONNER QUELQUE CHOSE D'AUTRES A FAIRE.	Oui1 Non2	
CD12F.	GIFLER OU FRAPPER AVEC LA MAIN NUE.	Oui1 Non2	
CD12G.	LE/LA FRAPPER SUR LE FRONT OU AILLEURS SUR LE CORPS AVEC UNE CEINTURE, UNE BROUSSE A CHEVEUX, UNE BRANCHE OU AUTRES OBJETS DURS.	Oui1 Non2	
CD12H.	LE TRAITER D'IDIOT, PARESSEUX OU QUELQUE CHOSE DE CE GENRE.	Oui1 Non2	
CD12I	GIFLER ET TAPER SUR LA TETE, LA TETE OU LES OREILLES.	Oui1 Non2	
CD12J.	LE/LA FRAPPER SUR LA MAIN, LE BRAS OU SUR LA JAMBE.	Oui1 Non2	
CD12K.	LE TAPER AVEC UN OBJET (ENCORE ET ENCORE AUSSI DUR QUE POSSIBLE).	Oui1 Non2	
CD13.	PENSEZ-VOUS QUE POUR ELEVER, EDUQUER (Nom) PROPREMENT VOUS AVEZ BESOIN DE LE PUNIR PHYSIQUEMENT?	Oui1 Non2 Ne sait pas/pas d'opinion8	

MODULE 9 : IODATION DU SEL (SI)

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSER A
SI1	<p>NOUS VOUDRIONS VERIFIER SI LE SEL QUE VOUS UTILISEZ DANS VOTRE MENAGE EST IODE. PUIS-JE VOIR UN ECHANTILLON DE SEL UTILISE LA NUIT DERNIERE POUR PREPARER LE REPAS PRINCIPAL POUR LES MEMBRES DE VOTRE MENAGE ?</p> <p><i>Ajouter une ou deux gouttes du kit sur le sel. Une fois que vous avez examiné le sel, encerclez le numéro qui correspond au résultat du test.</i></p>	<p>Pas iode 0 PPM..... 1 Moins de 15 PPM..... 2 15 PPM ou plus 3 Pas de sel à la maison 6 Test non réalisé 7</p>	
SI2	<p><i>Y a-t-il des femmes éligibles (âgées de 15-49 ans) qui vivent dans le ménage?</i></p> <p><i>Vérifier la feuille d'enregistrement du ménage, colonne HL6. Vous devez avoir un questionnaire dont le Panneau d'Information est rempli pour chaque femme éligible .</i></p> <p><input type="checkbox"/> <i>Oui. ⇒ Passer au QUESTIONNAIRE INDIVIDUEL FEMME Administrer le questionnaire à toutes les femmes éligibles tour à tour.</i></p> <p><input type="checkbox"/> <i>Non ⇒ Continuer.</i></p>		
SI3	<p><i>Y a-t-il des enfants de moins de 5 ans qui vivent dans le ménage?</i></p> <p><i>Vérifier la feuille d'enregistrement du ménage, colonne HL8. Vous devez avoir un questionnaire dont le Panneau d'Information est rempli pour chaque enfant éligible.</i></p> <p><input type="checkbox"/> <i>Oui. ⇒ Passer au QUESTIONNAIRE SUR LES ENANTS DE MOINS DE CINQ ANS Administrer le questionnaire au gardien(ne) de tous les enfants éligibles tour à tour.</i></p> <p><input type="checkbox"/> <i>Non ⇒ Fin de l'interview. Avant de partir, remercier l'enquêté(e) de sa collaboration. Rassembler tous les questionnaires de ce ménage, et enregistrer le nombre de questionnaires remplis sur la page de couverture.</i></p>		

REPUBLIQUE TOGOLAISE

TRAVAIL-LIBERTE-PATRIE

MINISTERE DU DEVELOPPEMENT ET DE
L'AMENAGEMENT DU TERRITOIRE

FONDS DES NATIONS UNIES
POUR L'ENFANCE
(UNICEF)

DIRECTION GENERALE DE LA STATISTIQUE
ET DE LA COMPTABILITE NATIONALE



ENQUETE MICS3-2006 TOGO
(ENQUETE PAR GRAPPES A INDICATEURS MULTIPLES)

QUESTIONNAIRE INDIVIDUEL FEMME

PANNEAU D'INFORMATION SUR LE QUESTIONNAIRE FEMME AGEE DE 15-49 ANS WM

*Ce questionnaire doit être administré à chaque femme âgée de 15 à 49 ans (voir colonne HL6 de la feuille d'enregistrement du ménage). Remplir une fiche pour chaque femme éligible.
Inscrire les numéros de grappe et de ménage. Le nom et le numéro de ligne de la femme dans l'espace ci-dessous. Inscrire votre nom, votre code et la date de l'interview.*

WM1. Numéro de grappe : !__!__!__!

WM2. Ménage !__!__!__!__!__!
N°.Concession N°.Ménage

WM3. Nom de la femme : _____

WM4. Numéro de ligne de la femme : !__!__!__!

WM5. Nom et code de l'enquêteur :
_____ !__!__!

WM6. Date de l'interview : (JJ/MM/2006)
!__!__!__!__!__! 2006
Jour mois année

WM7. Résultat de l'interview de la femme

- Rempli 1
- Absente 2
- Refus 3
- Rempli partiellement 4
- Incapable de répondre 5
- Autre (à préciser) 6

Présenter vos salutations à la femme, si vous ne l'avez pas déjà fait :

NOUS SOMMES DE LA DIRECTION GENERALE DE LA STATISTIQUE ET DE LA COMPTABILITE NATIONALE.
NOUS TRAVAILLONS SUR UN PROJET PORTANT SUR LA SANTE FAMILIALE ET L'EDUCATION. NOUS VOUDRIONS VOUS PARLER DE CES SUJETS.
L'INTERVIEW PRENDRA QUELQUES MINUTES. TOUTES LES INFORMATIONS QUE NOUS RECUEILLONS RESTERONT STRICTEMENT
CONFIDENTIELLES ET VOS REPNSES NE SERONT JAMAIS DIVULGUEES. POURRIONS-NOUS COMMENCER MAINTENANT?

Si l'enquêtée vous donne la permission, commencez l'interview. Si la femme n'est pas d'accord pour continuer, il faut la remercier, compléter WM7 et passer à l'interview suivante. Discuter ce résultat avec votre contrôleur pour une autre visite.

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSER A
WM8	EN QUEL MOIS ET QUELLE ANNEE ETES-VOUS NEE ?	Date de naissance : Mois!__!__! NSP mois 98 Année!__!__!__! NSP Année..... 9998	
WM9.	QUEL AGE AVIEZ-VOUS A VOTRE DERNIER ANNIVERSAIRE ?	Âge (en années révolues)!__!__!	
WM10	AVEZ-VOUS FREQUENTE L'ECOLE ? (Programme formel ou non formel)	Oui 1 Non 2	2⇒WM14
WM11.	QUEL EST LE PLUS HAUT NIVEAU D'ETUDES QUE VOUS AVEZ ATTEINT : PRIMAIRE, SECONDAIRE OU SUPERIEUR ?	ECOLE MATERNELLE 0 PRIMAIRE 1 COLLEGE (6 ^E , 5 ^E , 4 ^E ET 3 ^E) 2 LYCEE (2 ND , 1 ^E ET TERMINALE) 3 SUPERIEUR 4 PROGRAMME NON FORMEL 5 (ECOLE CORANIQUE, COURS D'ALPHABETISATION, ETC) NSP..... 8	
WM12	QUELLE EST LA DERNIERE ANNEE/CLASSE QUE VOUS AVEZ ACHEVEE A CE NIVEAU ?	CLASSE _____ !__!__!	
WM13	<i>Vérifier WM11:</i> <input type="checkbox"/> Deuxième degré ou plus ⇒ Passer au Module Suivant <input type="checkbox"/> Primaire ou programme non-formel ⇒ Continuer avec WM14		
WM14	MAINTENANT, JE VOUDRAIS QUE VOUS ME LISIEZ CETTE PHRASE. <i>Montrer les phrases à l'enquêtée.</i> <i>Si l'enquêtée ne peut pas lire une phrase entière, insister :</i> POUVEZ-VOUS ME LIRE CERTAINES PARTIES DE LA PHRASE ? <i>Exemple de phrases pour le test d'alphabétisation :</i> 1. L'enfant lit un livre. 2. Les pluies sont en retard cette année. 3. Les parents doivent prendre soin de leurs enfants. 4. Le travail des champs est dur.	Ne peut pas lire du tout..... 1 Peut lire certaines parties 2 Peut lire toute la phrase 3 Pas de carte dans sa langue _____ 4 <i>(à préciser la langue)</i> Aveugle/muet, problème de vue/audition ... 5	

MODULE 1: MORTALITE DES ENFANTS (CM)

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSER A
LES QUESTIONS CONCERNENT SEULEMENT LES NAISSANCES VIVANTES.			
CM1	<p>MAINTENANT JE VOUDRAIS VOUS POSER DES QUESTIONS SUR TOUTES LES NAISSANCES QUE VOUS AVEZ EUES AU COURS DE VOTRE VIE. AVEZ-VOUS DONNE NAISSANCE A DES ENFANTS?</p> <p><i>Si « Non » insistez en demandant :</i> JE VEUX DIRE, AVEZ-VOUS DONNE NAISSANCE A UN ENFANT QUI A RESPIRE OU CRIE OU A MONTRE D'AUTRES SIGNES DE VIE – MEME S'IL N'A SURVECU QUE QUELQUES MINUTES OU HEURES ?</p>	Oui..... 1 Non..... 2	2⇒ MODULE UNION/ MARIAGE
CM2A	<p>QUELLE EST LA DATE DE NAISSANCE DE VOTRE PREMIER ENFANT ?</p> <p>JE VEUX DIRE LA TOUTE PREMIERE FOIS QUE VOUS AVEZ EU UNE NAISSANCE, MEME SI L'ENFANT N'EST PLUS EN VIE, OU SI L'ENFANT A UN PERE AUTRE QUE VOTRE PARTENAIRE ACTUEL.</p> <p><i>Passer à CM3 seulement si l'année de naissance du premier enfant est connue. Autrement, continuer avec CM2B.</i></p>	Date de la première naissance Jour !__! __! NSP jour..... 98 Mois..... !__! __! NSP mois 98 Année !__! __! __! __! NSP Année 9998	⇒CM3 ↓CM2B
CM2B	DEPUIS COMBIEN D'ANNEES AVEZ-VOUS EU VOTRE PREMIERE NAISSANCE ?	Années révolues depuis la première naissance !__! __!	
CM3	AVEZ-VOUS DES FILS OU DES FILLES A QUI VOUS AVEZ DONNE NAISSANCE ET QUI VIVENT ACTUELLEMENT AVEC VOUS ?	Oui..... 1 Non..... 2	2⇒CM5
CM4	COMBIEN DE FILS VIVENT AVEC VOUS ? COMBIEN DE FILLES VIVENT AVEC VOUS ?	Fils à la maison !__! __! Filles à la maison !__! __!	
CM5	AVEZ-VOUS DES FILS OU DES FILLES A QUI VOUS AVEZ DONNE NAISSANCE QUI SONT EN VIE MAIS QUI NE VIVENT PAS AVEC VOUS ?	Oui..... 1 Non..... 2	2⇒CM7
CM6	COMBIEN DE FILS SONT EN VIE MAIS NE VIVENT PAS AVEC VOUS ? COMBIEN DE FILLES SONT EN VIE MAIS NE VIVENT PAS AVEC VOUS ?	Fils ailleurs !__! __! Filles ailleurs !__! __!	
CM7	AVEZ-VOUS DONNE NAISSANCE A UN FILS OU UNE FILLE QUI EST NE(E) VIVANT(E) MAIS QUI EST DECEDE(E) PAR LA SUITE ?	Oui..... 1 Non..... 2	2⇒CM9
CM8	COMBIEN DE GARÇONS SONT DECEDES? COMBIEN DE FILLES SONT DECEDEES?	Garçons décédés !__! __! Filles décédées !__! __!	
CM9	<i>Faites la somme des réponses à CM4, CM6, et CM8.</i>	TOTAL !__! __!	

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSER A
CM10	<p>JE VOUDRAIS ETRE SURE D'AVOIR BIEN COMPRIS : VOUS AVEZ EU AU TOTAL (<i>nombre total</i>) NAISSANCES AU COURS DE VOTRE VIE. EST-CE BIEN EXACT ?</p> <p><input type="checkbox"/> <i>Oui.</i> ⇒ Passer à CM11</p> <p><input type="checkbox"/> <i>Non.</i> ⇒ Vérifier les réponses et corriger avant de passer à CM11</p>		
CM11	<p>DE TOUTES CES (<i>nombre total</i>) NAISSANCES QUE VOUS AVEZ EUES, QUAND AVEZ-VOUS EU LA DERNIERE (MEME SI IL/ELLE EST DECEDE(E)) ?</p> <p><i>Si le jour n'est pas connu, noter '98' dans l'espace pour jour.</i></p>	<p>Date de la dernière naissance</p> <p>! _ _ ! _ _ ! _ _ ! _ _ ! _ _ ! _ _ !</p> <p> Jour Mois Année</p>	
CM12	<p>Vérifier CM11: Est-ce que la femme a eu sa dernière naissance au cours des 2 dernières années, c'est-à-dire, depuis (<i>jour et Mail 2004</i>) ?</p> <p><i>Si l'enfant est décédé, il faut parler avec compassion quand vous faites référence à cet enfant par son nom dans les modules suivants.</i></p> <p><input type="checkbox"/> <i>Pas de naissance vivante au cours des 2 dernières années.</i> ⇒ Passer au module UNION/ MARIAGE.</p> <p><input type="checkbox"/> <i>Oui, naissance vivante au cours des 2 dernières années</i> ⇒ Continuer avec CM13</p> <p>Nom de l'enfant _____</p>		
CM13	<p>AU MOMENT OU VOUS ETES TOMBEE ENCEINTE DE (<i>nom</i>), VOULIEZ-VOUS TOMBER ENCEINTE A CE MOMENT-LA, VOULIEZ-VOUS ATTENDRE PLUS TARD, OU VOULIEZ-VOUS NE PLUS/NE PAS AVOIR D'ENFANT ?</p>	<p>À ce moment-là..... 1</p> <p>Plus tard..... 2</p> <p>NE PLUS / NE PAS AVOIR D'ENFANT 3</p>	

MODULE 2 : ANATOXINE TETANIQUE (TT)

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSER A
<i>Ce module doit être administré à toutes les femmes qui ont eu une naissance vivante au cours des 2 années précédant la date de l'enquête (Mai 2004 à Mai 2006).</i>			
TT1	AVEZ-VOUS UNE CARTE OU UN AUTRE DOCUMENT OU SONT INSCRITES VOS VACCINATIONS ? <i>S'il y a une carte, il faut l'utiliser pour vous aider avec les réponses aux questions suivantes.</i>	Oui (carte vue) 1 Oui (carte pas vue) 2 Non..... 3 NSP 8	
TT2	QUAND VOUS ETIEZ ENCEINTE DE VOTRE DERNIER ENFANT, AVEZ-VOUS REÇU UNE INJECTION POUR LUI EVITER DES CONVULSIONS APRES LA NAISSANCE (UNE PIQURE ANTITETANIQUE, UNE INJECTION EN HAUT DU BRAS OU DE L'ÉPAULE)?	Oui..... 1 Non..... 2 NSP 8	2⇒TT5 8⇒TT5
TT3	<i>Si oui:</i> AU COURS DE VOTRE DERNIERE GROSSESSE, COMBIEN DE FOIS AVEZ-VOUS EU CETTE INJECTION ANTI-TETANOS ?	Nombre de fois..... !__!__! NSP 98	98⇒TT5
TT4	Combien de doses de VAT ont été enregistrées à TT3? <input type="checkbox"/> Au moins deux injections durant la dernière grossesse. ⇒ Passez au module suivant <input type="checkbox"/> Moins de deux injections durant la dernière grossesse. ⇒ Continuer avec TT5		
TT5	AVEZ-VOUS REÇU, (N'IMPORTE QUAND) AVANT CETTE GROSSESSE, UNE INJECTION CONTRE LE TETANOS?	Oui..... 1 Non..... 2 NSP 8	2⇒MODULE SUIV. 8⇒MODULE SUIVANT.
TT6	COMBIEN DE FOIS AVEZ-VOUS EU CETTE INJECTION?	Nombre de fois !__!__! NSP 98	
TT7	EN QUEL MOIS ET EN QUELLE ANNEE AVANT CETTE DERNIERE GROSSESSE, AVEZ-VOUS REÇU LA DERNIERE INJECTION ? <i>Passer au module suivant seulement si l'année de l'injection est connue. Autrement continuer avec TT8.</i>	Mois..... !__!__! NSP le mois 98 Année !__!__!__! NSP l'année 9998	⇒MODULE SUIVANT. ↓TT8
TT8	Cela fait combien d'années que vous avez reçu la dernière injection anti-tétanique avant cette dernière grossesse?	ANNEES !__!__! NSP 98	

MODULE 3 : SANTE DE LA MERE ET DU NOUVEAU-NE (MN)

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSER A
<p><i>Ce module s'adresse à toutes les femmes qui ont eu une naissance vivante dans les deux années ayant précédé la date de l'interview. Vérifier le module sur la mortalité des enfants CM12 et inscrire ici le nom du dernier enfant _____.</i></p> <p><i>En posant les questions suivantes, utiliser le nom de l'enfant où c'est indiqué.</i></p>			
MN1	<p>DANS LES DEUX PREMIERS MOIS QUI ONT SUIVI LA NAISSANCE DE VOTRE DERNIER ENFANT [NAISSANCE DE <i>nom</i>], AVEZ-VOUS REÇU UNE DOSE DE VITAMINE A COMME CELLE-CI ?</p> <p><i>Montrez la capsule rouge de 200,000 UI ou bleu de 100.000 UI.</i></p>	<p>Oui1</p> <p>Non2</p> <p>NSP8</p>	
MN2	<p>POUR CETTE GROSSESSE, AVEZ-VOUS REÇU DES SOINS PRENATALS ?</p> <p><i>Si Oui: QUI AVEZ-VOUS CONSULTE ? QUELQU'UN D'AUTRE ?</i></p> <p><i>Insister pour obtenir le type de personne et enregistrer toutes les réponses.</i></p>	<p>Professionnel de la santé :</p> <p>Médecin A</p> <p>Infirmière/sage-femme B</p> <p>Sage-femme auxiliaire C</p> <p>Accoucheuse D</p> <p>Autres personnes</p> <p>Accoucheuse traditionnelle F</p> <p>Agent de santé communautaire G</p> <p>Parente/Amie H</p> <p>Autre (à préciser) X</p> <p>Aucune Personne Y</p>	Y⇒MN6A
MN3	DANS LE CADRE DES SOINS PRENATALS, AVEZ-VOUS EU LES EXAMENS SUIVANTS, AU MOINS UNE FOIS ?	Oui Non	
MN3A	AVEZ-VOUS ETE PESEE ?	Poids 1 2	
MN3B	VOUS-A-T-ON PRIS LA TENSION ?	Tension 1 2	
MN3C	AVEZ-VOUS DONNE UN ECHANTILLON D'URINE ?	Urine 1 2	
MN3D	AVEZ-VOUS DONNE UN ECHANTILLON DU SANG ?	Sang 1 2	
MN4	AU COURS DE L'UNE DE CES VISITES PRENATALES POUR CETTE GROSSESSE, AVEZ-VOUS REÇU DES INFORMATIONS OU DES CONSEILS SUR LE SIDA OU LE VIRUS DU SIDA ?	<p>Oui1</p> <p>Non2</p> <p>NSP8</p>	
MN5	JE NE VEUX PAS CONNAITRE LES RESULTATS, MAIS AVEZ-VOUS EFFECTUE UN TEST DU VIH/SIDA DANS LE CADRE DE VOS SOINS PRENATALS ?	<p>Oui1</p> <p>Non2</p> <p>NSP8</p>	2⇒MN6A 8⇒MN6A
MN5A	SI OUI, POURRIEZ-VOUS NOUS DONNER LES RAISONS QUI JUSTIFIENT VOTRE DECISION.	<p>Connaissance de mon statut sérologique 1</p> <p>Protection de l'enfant à naître2</p> <p>Protection de la famille.....3</p> <p>Education des enfants.....4</p> <p>Autre (à préciser) 6</p>	
MN6	JE NE VEUX PAS CONNAITRE LES RESULTATS MAIS EST-CE QUE VOUS AVEZ OBTENU LES RESULTATS DU TEST ?	<p>Oui 1</p> <p>Non 2</p> <p>NSP 8</p> <p>ND 9</p>	
MN6A	AU COURS DE CETTE GROSSESSE, AVEZ- VOUS PRIS DES MEDICAMENTS POUR EVITER LE PALUDISME ?	<p>Oui1</p> <p>Non2</p> <p>NSP8</p>	2⇒MN7 8⇒MN7

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSER A
MN6B	QUEL ETAIT CE MEDICAMENT ? <i>Encercler tout ce qui est mentionné. Si le type de médicament ne peut être déterminé, montrer des antipaludéens typiques à l'enquêtée.</i>	Sulfadoxine Pyriméthamine/Fansidar A Chloroquine B Autre (à préciser) _____ X Non déclaré Z	
MN6B1	AU COURS DE LA GROSSESSE, AVEZ-VOUS ELABORE UN PLAN DE PREPARATION A L'ACCOUCHEMENT AVEC LA PRESTATAIRE ?	Oui..... 1 Non..... 2 NSP..... 8	2⇒MN6B3 8⇒MN6B3
MN6B2	SI OUI, VOTRE CONJOINT A-T-IL PARTICIPE A L'EXECUTION DE CE PLAN ?	Oui..... 1 Non..... 2 NSP..... 8	
MN6B3	AU COURS DE LA GROSSESSE, AVEZ-VOUS BENEFICIE DU SOUTIEN DE VOTRE CONJOINT ?	Oui..... 1 Non..... 2 NSP..... 8	2⇒MN6B4 8⇒MN6B4
MN6B3A	QUEL EST LA NATURE DU SOUTIEN	Psychologique/Moral A Financier B Autre (à préciser) _____ C	
MN6B4	AVEZ-VOUS ETE ACCOMPAGNE PAR VOTRE MARI AU MOINS UNE FOIS AUX CONSULTATIONS PRENATALES ?	Oui..... 1 Non..... 2 NSP..... 8	
MN6C	<i>Vérifier MN6B pour type de médicament pris :</i> <input type="checkbox"/> SP/Fansidar pris. ⇒ Continuer avec MN6D <input type="checkbox"/> SP/Fansidar pas pris. ⇒ Passer à MN7		
MN6D	COMBIEN DE FOIS AVEZ-VOUS PRIS LE MEDICAMENT SP/FANSIDAR PENDANT LA GROSSESSE ?	Nombre de fois !__!__!	
MN7	QUI VOUS A ASSISTE PENDANT L'ACCOUCHEMENT DE VOTRE DERNIER ENFANT (nom)? QUELQU'UN D'AUTRE ? <i>Insister pour obtenir le type de personne. Encercler tout ce qui est mentionné.</i>	Professionnel de la santé : Médecin.....A Infirmière/sage-femmeB Sage-femme auxiliaireC Autre personne Accoucheuse traditionnelle F Agent de santé communautaire G Parente/AmieH Autre (à préciser).....X Aucune PersonneY	
MN8	OU AVEZ-VOUS ACCOUCHE (nom) ? <i>S'il s'agit d'un hôpital, d'un centre de santé ou d'une clinique, écrire le nom de l'endroit. Insister pour déterminer le type de source et encercler le code approprié..</i> _____ (Nom de l'endroit)	Domicile A domicile (chez soi) 11 Autre domicile 12 Secteur public Hôpital gouvernemental 21 Clinique gouv./Centre de santé gouv.... 22 Autre public (à préciser) 26 Secteur médical privé Hôpital privé 31 Clinique privée 32 Maternité privée 33 Autre médical privé (à préciser) 36 Autre (à préciser) 96	
MN8A	PENDANT L'ACCOUCHEMENT, VOTRE CONJOINT VOUS A-TIL SOUTENU PAR SA PRESENCE AU LIEU D'ACCOUCHEMENT ?	Oui..... 1 Non..... 2 NSP..... 8	

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSER A
MN9	QUAND VOTRE DERNIER ENFANT (<i>nom</i>) EST NE(E), ETAIT-IL/ELLE : TRES GROS, PLUS GROS QUE LA MOYENNE, MOYEN, PLUS PETIT QUE LA MOYENNE OU TRES PETIT ?	Très gros 1 Plus gros que la moyenne..... 2 Moyen..... 3 Plus petit que la moyenne 4 Très petit 5 NSP 8	
MN10	(<i>Nom</i>) A-T-IL/ELLE ETE PESE(E) A LA NAISSANCE ?	Oui..... 1 Non..... 2 NSP 8	2⇒MN12 8⇒MN12
MN11	COMBIEN (<i>nom</i>) PESAIT-IL/ELLE ? <i>Enregistrer le poids porté sur le carnet de santé, si disponible.</i> .	De la carte (en kilogramme) 1 !__! , __!__!__! De mémoire (kilogrammes) 2 !__! , __!__!__! NSP 99998	
MN12	AVEZ-VOUS ALLAITE (<i>nom</i>)? (LAIT DU SEIN)	Oui..... 1 Non..... 2	2⇒MODU-LE SUIVANT
MN13	COMBIEN DE TEMPS APRES LA NAISSANCE AVEZ-VOUS MIS (<i>nom</i>) AU SEIN POUR LA PREMIERE FOIS ? <i>Si moins d'1 heure, noter '00' heure.</i> <i>Si moins de 24 heures, noter en heures.</i> <i>Autrement, noter en jours.</i>	Immédiatement0 00 Heures..... 1 !__! __! jours..... 2 !__! __! NSP/Ne se rappelle pas ----- 9 98	

MODULE 4: UNION / MARIAGE ET POLYGAMIE (MA)

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSER A
MA1	ÊTES-VOUS ACTUELLEMENT MARIEE OU VIVEZ-VOUS ACTUELLEMENT AVEC UN HOMME, COMME SI VOUS ETIEZ MARIEE ?	Oui, actuellement mariée 1 Oui, vit avec un homme 2 Non, pas en union 3	3⇒MA3
MA1A	QUEL TYPE DE MARIAGE AVEZ-VOUS CELEBRE ?	Civil..... 1 Religieux..... 2 Coutumier..... 3 Civil/Religieux 4 Civil/Coutumier 5 Religieux/Coutumier 6 Civil/Religieux/Coutumier 7 NSP 8	
MA1B	SI VOUS ETES MARIE, AVEZ-VOUS FAIT UN BILAN PRENUPTIAL ?	Oui..... 1 Non..... 2 NSP..... 8	2⇒MA2 8⇒MA2
MA1C	DANS LE BILAN PRENUPTIAL Y A-T-IL/ELLE EU LE TEST DE DEPISTAGE VIH	Oui..... 1 Non..... 2 NSP..... 8	
MA2	QUEL AGE A EU VOTRE MARI/PARTENAIRE A SON DERNIER ANNIVERSAIRE ?	Âge en années révolues !__!__! NSP 98	
MA2A	EST-CE QUE VOTRE MARI/ PARTENAIRE A D'AUTRES EPOUSES/ FEMMES EN PLUS DE VOUS-MEME ?	Oui..... 1 Non..... 2 NSP 8	2⇒MA5 8⇒MA5
MA2B	COMBIEN D'AUTRES FEMMES A-T-IL ?	NOMBRE !__!__! NSP ; 98	⇒MA5 98⇒MA5
MA3	AVEZ-VOUS DEJA ETE MARIEE OU AVEZ-VOUS DEJA VECU AVEC UN HOMME ?	OUI, A ETE MARIEE 1 OUI, A VECU AVEC UN HOMME 2 NON 3	3⇒MODULE SUIVANT
MA4	QUELLE EST VOTRE SITUATION MATRIMONIALE ACTUELLE : ETES-VOUS VEUVE, DIVORCEE OU SEPARÉE ?	VEUVE 1 DIVORCEE 2 SEPARÉE 3	
MA5	AVEZ-VOUS ETE MARIEE OU AVEZ-VOUS VECU AVEC UN HOMME, UNE FOIS OU PLUS D'UNE FOIS ?	UNE FOIS 1 PLUS D'UNE FOIS 2	
MA6	EN QUEL MOIS ET QUELLE ANNEE ETES-VOUS MARIEE <u>LA PREMIERE FOIS</u> , OU AVEZ-VOUS COMMENCE A VIVRE <u>LA PREMIERE FOIS</u> AVEC UN HOMME COMME SI VOUS ETIEZ MARIEE?	MOIS..... !__!__! NSP LE MOIS 98 ANNEE !__!__!__! NSP L'ANNEE 9998	
MA7	<i>Vérifier MA6:</i> <input type="checkbox"/> <i>Le mois et l'année de mariage/union sont connus ? ⇒ Passer au Module suivant</i> <input type="checkbox"/> <i>L'année du mariage/union n'est pas connu(e) ? ⇒ Continuer avec MA8</i>		
MA8	QUEL AGE AVIEZ-VOUS LORSQUE VOUS AVEZ COMMENCE A VIVRE AVEC VOTRE PREMIER MARI/PARTENAIRE ?	Âge en années révolues !__!__!	

MODULE 5 : SECURITE DE LA PROPRIETE POUR FEMME (ST)

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSER A
ST1	VOUS SENTEZ-VOUS EN SECURITE DE NE PAS ETRE EXPULSEE DE CETTE HABITATION? <i>(IL S'AGIT DE LA SECURITE DE L'ENSEMBLE DU MENAGE DANS L'HABITATION)</i>	Oui 1 Non 2 NSP 8	
ST1A	SI NON, POURQUOI NE VOUS SENTEZ-VOUS PAS EN SECURITE ?	Arriérée de loyer 1 Occupation illégale de la parcelle 2 Autre (à préciser) 8	

MODULE 6 : CONTRACEPTION (CP)

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSER A
CP1	JE VOUDRAIS VOUS PARLER D'UN AUTRE SUJET - LA PLANIFICATION FAMILIALE – ET VOTRE SANTE REPRODUCTIVE. ÊTES-VOUS ENCEINTE EN CE MOMENT?	Oui, actuellement enceinte 1 Non 2 Pas sûre ou NSP 8	2⇨ CP2 8⇨ CP2
CP1A	AU MOMENT OU VOUS ETIEZ ENCEINTE, VOULEZ-VOUS TOMBE ENCEINTE EN CE MOMENT, OU ATTENDRE PLUTARD OU VOULEZ-VOUS NE PLUS AVOIR D'AUTRE ENFANTS ?	En ce moment 1 Plus tard 2 Ne pas avoir d'enfant 3	1⇨ CP4B 21⇨ CP4B 1⇨ CP4B
CP2	CERTAINS COUPLES UTILISENT DIFFERENTS MOYENS OU METHODES POUR RETARDER OU EVITER UNE GROSSESSE. EN CE MOMENT, FAITES-VOUS QUELQUE CHOSE OU UTILISEZ-VOUS UNE METHODE POUR RETARDER OU EVITER UNE GROSSESSE ?	Oui 1 Non 2 N'a jamais eu d'activités sexuelles 3	2⇨ CP4A 2⇨ MODULE FG
CP3	QUELLE METHODE UTILISEZ-VOUS? <i>N'insistez pas. Si plus d'une méthode mentionnée, encerclez tous les codes des méthodes citées.</i>	Stérilisation féminine A Stérilisation masculine B Pilule C DIU (Stérilet) D Injections E Implants (Norplants) F Condom G Condom féminin H Diaphragme I Mousse/gelée J Méthode de l'allaitement maternel et de l'aménorrhée (MAMA) K Abstinence périodique L Retrait M Méthodes traditionnelles (Ceinture/ bague).N Autre (à préciser) X	

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSER A
CP4A	MAINTENANT J'AI QUELQUES QUESTIONS AU SUJET DE L'AVENIR. VOUDRIEZ-VOUS AVOIR UN (AUTRE) ENFANT OU PREFERERIEZ-VOUS NE PAS AVOIR D'(AUTRES) ENFANTS DU TOUT ?	Avoir un (autre) enfant 1 Pas d'autre du tout/Aucun 2 Ne peut pas tomber enceinte..... 3 Indécise/NSP 8	2⇒CP4D 3⇒MODULE SUIVANT 8⇒ CP4D
CP4B	SI ACTUELLEMENT ENCEINTE : APRES L'ENFANT QUE VOUS ATTENDEZ, VOUDRIEZ-VOUS AVOIR UN AUTRE ENFANT OU VOUDRIEZ-VOUS NE PAS AVOIR D'AUTRES ENFANTS DU TOUT?	Avoir un (autre) enfant 1 Pas d'autre du tout/Aucun 2 Ne peut pas tomber enceinte..... 3 Indécise/NSP 8	2⇒CP4D 3⇒MODULE SUIVANT 8⇒ CP4D
CP4C	COMBIEN DE TEMPS VOUDRIEZ-VOUS ATTENDRE AVANT LA NAISSANCE D'UN AUTRE ENFANT ?	Mois 1 __ __ Années..... 2 __ __ Bientôt/maintenant..... 993 Elle ne peut pas tomber enceinte 994 Après le mariage..... 995 Autre (à préciser) 996 NSP..... 998	994 ⇒MODULE SUIVANT
CP4D	<i>Vérifier Cp1</i> <input type="checkbox"/> <i>Présentement enceinte</i> ⇒ <i>Passer au Module suivant</i> <input type="checkbox"/> SINON ⇒ CONTINUER AVEC CP4E		
CP4E	ETES-VOUS PHYSIQUEMENT APTE A ETRE EN ETAT DE GROSSESSE	Oui 1 Non 2 Pas sûre ou NSP 8	

MODULE 7: EXCISION (FG)

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSER A
FG1	AVEZ-VOUS DEJA ENTENDU PARLER DE L'EXCISION ?	Oui 1 Non 2	1⇒FG3
FG2	DANS CERTAINS PAYS, IL EXISTE UNE PRATIQUE QUI CONSISTE A COUPER UNE PARTIE DES ORGANES GENITAUX EXTERNES DES FILLES. AVEZ-VOUS DEJA ENTENDU PARLER DE CETTE PRATIQUE ?	Oui 1 Non 2	2⇒MODU-LE SUIV.
FG3	VOUS-MEME, ETES-VOUS EXCISEE ?	Oui 1 Non 2	2⇒FG8
FG4	JE VOUDRAIS MAINTENANT VOUS POSER DES QUESTIONS SUR CE QUI A ETE FAIT A CE MOMENT-LA. VOUS -A-T-ON COUPE QUELQUE CHOSE DANS LA ZONE GENITALE ?	Oui 1 Non 2 NSP 8	1⇒FG6
FG5	VOUS A-T-ON SEULEMENT ENTAILLE LES PARTIES GENITALES SANS RIEN COUPER ?	Oui 1 Non 2 NSP 8	
FG6	VOUS A-T-ON FERME LA ZONE DU VAGIN PAR UNE COUTURE ?	Oui 1 Non 2 NSP 8	
FG7	QUI A PROCEDE A VOTRE EXCISION ?	Traditionnel 'Exciseuse' traditionnelle 11 Accoucheuse traditionnelle 12 Autre traditionnel 16 <i>(à préciser)</i> Professionnel de santé Médecin 21 Infirmière/sage-femme 22 Autre professionnel de <i>santé</i> 26 <i>(à préciser)</i> NSP 98	
FG8	<i>Les questions suivantes sont adressées seulement aux femmes qui ont au moins une fille vivante</i> <i>Vérifier CM4 et CM6, Module sur la Mortalité des Enfants : La femme a une fille vivante ?</i> <input type="checkbox"/> <i>Oui.</i> ⇒ Continuer avec FG9 <input type="checkbox"/> <i>Non.</i> ⇒ Passer à FG16		
FG9	EST-CE QUE CERTAINES DE VOS FILLES ONT SUBI CE GENRE DE PRATIQUE ? SI OUI : COMBIEN ?	Nombre de filles excisées : !__!__! Aucune fille excisée 00	00⇒FG16
FG10	SUR LAQUELLE DE VOS FILLES ACTUELLEMENT EN VIE A T-ON PROCEDE TOUT RECEMMENT A L'EXCISION ? <i>Enregistrer le nom de la fille.</i>	Nom de la fille : _____	

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSER A
FG10A	EN QUELLE ANNEE (NOM) A ETE EXCISEE ?	!__!__!__!__!	
FG11	JE VOUDRAIS MAINTENANT VOUS POSER DES QUESTIONS SUR CE QUI A ETE FAIT A (<i>nom</i>) A CE MOMENT LA. A-T-ON ENLEVE QUELQUE CHOSE DE SES PARTIES GENITALES ?	Oui 1 Non 2 NSP 8	1⇒FG13
FG12	LUI A-T-ON SEULEMENT ENTAILLE SES PARTIES GENITALES SANS RIEN COUPER ?	Oui 1 Non 2 NSP 8	
FG13	LORS DE SON EXCISION LUI A-T-ON FERME TOTALEMENT LA ZONE DU VAGIN PAR UNE COUTURE ?	Oui 1 Non 2 NSP 8	
FG14	QUEL AGE AVAIT (<i>nom</i>) AU MOMENT DE L'EXCISION ? <i>Si l'enquêtée ne connaît pas l'âge, insister pour obtenir une estimation.</i>	Âge de la fille à l'excision..... !__!__! NSP 98	
FG15	QUI A PROCEDE A L'EXCISION ?	Traditionnel 'Exciseuse' traditionnelle 11 Accoucheuse traditionnelle 12 Autre traditionnel 16 <i>(à préciser)</i> Professionnel de santé Médecin 21 Infirmière/sage-femme 22 Autre professionnel de <i>santé</i> 26 <i>(A PRECISER)</i> NSP 98	
FG16	PENSEZ-VOUS QUE CETTE PRATIQUE DOIT ETRE MAINTENUE OU QU'ELLE DOIT DISPARAITRE ?	Maintenue 1 Disparaître 2 Cela dépend..... 3 NSP 8	

MODULE 8 : ATTITUDES VIS-A-VIS DE LA VIOLENCE DOMESTIQUE (DV)

DV1.	<p><i>Parfois un mari est contrarié ou en colère à cause de certaines choses que fait sa femme.</i></p> <p>A VOTRE AVIS, EST-IL LEGITIME QU'UN MARI FRAPPE OU BATTE SA FEMME DANS LES SITUATIONS SUIVANTES :</p>	<p>Oui Non NSP</p>			
DV1A.	SI ELLE SORT SANS LE LUI DIRE ?	Sort sans lui dire	1	2	8
DV1B.	SI ELLE NEGLIGE LES ENFANTS ?	Néglige les enfants	1	2	8
DV1C.	SI ELLE SE DISPUTE AVEC LUI ?	Se dispute.....	1	2	8
DV1D.	SI ELLE REFUSE D'AVOIR DES RAPPORTS SEXUELS AVEC LUI ?	Refuse sexe.....	1	2	8
DV1E.	SI ELLE BRULE LA NOURRITURE ?	Brûle la nourriture	1	2	8

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSER A
----	----------------------	-------	-------------

MODULE 9 : COMPORTEMENT SEXUEL (SB)

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSER A
VÉRIFIEZ LA PRÉSENCE D'AUTRES PERSONNES. AVANT DE CONTINUER L'INTERVIEW, FAITES TOUT VOTRE POSSIBLE POUR VOUS TROUVER EN PRIVE.			
SB0	<i>Vérifier WM9 : Âge de l'enquêtée entre 15 et 24 ans ?</i> <input type="checkbox"/> Âge 25-49. ⇒ Passer au Module Suivant <input type="checkbox"/> Âge 15-24. ⇒ Continuer avec SBI		
SB1	<i>Maintenant, je voudrais vous poser quelques questions sur votre activité sexuelle afin de mieux comprendre certains problèmes de la vie familiale.</i> <i>L'information que vous fournissez restera strictement confidentielle.</i> QUEL AGE AVIEZ-VOUS QUAND VOUS AVEZ EU VOS PREMIERS RAPPORTS SEXUELS (SI VOUS EN AVEZ-EUS) ?	N'a jamais eu d'activité sexuelle..... 00 Age en années..... !__ ! __ !	00⇒MODULE HA
SB1A	CE 1ER RAPPORT A-T-IL ETE CONSOMME AVEC VOTRE ACTUEL MARI / PARTENAIRE ?	Oui 1 Non 2	
SB2	IL Y A COMBIEN DE TEMPS QUE VOUS AVEZ EU VOS DERNIERS RAPPORTS SEXUELS? <i>Enregistrer en 'nombre d'années' seulement si les derniers rapports ont eu lieu il y a un an ou plus. Si 12 mois ou plus, la réponse doit être enregistrée en années.</i> <i>Si moins d'un jour, inscrivez 00 pour le nombre de jour</i>	Nombre de jours 1 !__ ! __ ! Nombre de semaines..... 2 !__ ! __ ! Nombre de mois 3 !__ ! __ ! Nombre d'années 4 !__ ! __ !	4⇒MODULE HA
SB3	LA DERNIERE FOIS QUE VOUS AVEZ EU DES RAPPORTS SEXUELS, EST-CE QU'UN CONDOM A ETE UTILISE ?	Oui 1 Non 2	
SB4	QUELLE EST VOTRE RELATION AVEC L'HOMME AVEC QUI VOUS AVEZ EU VOS DERNIERS RAPPORTS SEXUELS?	C'est mon mari / partenaire 1 C'est mon fiancé / copain 2 C'est un autre ami..... 3 C'est une rencontre occasionnelle 4 Autre (à préciser) 6	1⇒SB6 2⇒SB4A 3⇒SB5 4⇒SB5 6⇒SB5
SB4A	<i>Si l'homme est copain' ou 'fiancé', demander :</i> VOTRE COPAIN/ FIANCE VIVAIT-IL AVEC VOUS QUAND VOUS AVEZ EU VOS DERNIERS RAPPORTS SEXUELS AVEC LUI? <i>Si 'Oui', encercler 1. Si 'non', encercler 2.</i>	Oui 1 Non 2	
SB5	QUEL EST L'AGE DE CETTE PERSONNE? <i>Si la réponse est NE SAIT PAS, insister :</i> A PEU PRES QUEL AGE A CETTE PERSONNE ?	Âge du partenaire !__ ! __ ! NSP 98	
SB6	AU COURS DES 12 DERNIERS MOIS, AVEZ-VOUS EU DES RAPPORTS SEXUELS AVEC QUELQU'UN D'AUTRE ?	Oui 1 Non 2	2⇒MODU-LE HA

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSER A
SB6A	JE VOUDRAIS SAVOIR SI VOUS CONNAISSEZ VOTRE STATUT SEROLOGIQUE (DEPISTAGE AU TEST DU VIH)	Oui..... 1 Non..... 2 NSP..... 8	2⇒SB6C 8⇒SB6C
SB6B	SI OUI, POUVEZ-VOUS NOUS DIRE LA RAISON QUI JUSTIFIE LA CONNAISSANCE DE VOTRE STATUT SEROLOGIQUE.	Mieux gérer ma vie sexuelle.....1 Vivre positivement ma séropositivité.....2 Etre utile à mes parents.....3 Maladie4 Autre (à préciser) 6 NSP..... 8	
SB6C	PENSEZ-VOUS QUE CONNAITRE SON STATUT SEROLOGIQUE PERMET DE MENER DES PRATIQUES SAINES DE VIE EN MATIERE DE SEXUALITE ?	Oui..... 1 Non..... 2 NSP..... 8	
SB6D	AVEZ-VOUS L'OCCASION DE DISCUTER AVEC VOS PARENTS SUR LA SEXUALITE ET LA PREVENTION DU VIH ?	Oui..... 1 Non..... 2	
SB6E	PENSEZ-VOUS S'IL EST POSSIBLE QU'ON PEUT RETARDER LES PREMIERS RAPPORTS SEXUELS EN PRATIQUANT L'ABSTINENCE ?	Oui..... 1 Non..... 2 NSP..... 8	
SB7	LA DERNIERE FOIS QUE VOUS AVEZ EU DES RAPPORTS SEXUELS AVEC UN AUTRE HOMME, EST-CE QU'UN CONDOM/FEMIDOM A ETE UTILISE	Oui..... 1 Non..... 2	
SB8	QUELLE EST VOTRE RELATION AVEC CET HOMME ?	C'est mon mari / partenaire 1 C'est mon fiancé / copain..... 2 C'est un autre ami 3 C'est une rencontre occasionnelle 4 Autre (à préciser) 6	1⇒SB10 2⇒SB8A 3⇒SB9 4⇒SB9 6 ⇒SB9
SB8A	<i>Si l'homme est 'copain' ou 'fiancé', demander : Votre copain / fiancé vivait-il avec vous quand vous avez eu vos derniers rapports sexuels avec lui? Si 'Oui', encercler 1. Si 'non', encercler 2.</i>	Oui..... 1 Non..... 2	
SB9	QUEL AGE A CETTE PERSONNE? <i>Si la réponse est NSP, insister :</i> A PEU PRES QUEL AGE A CETTE PERSONNE ?	Âge du partenaire!__!__! NSP 98	
SB9A	CONNAISSEZ-VOUS LE STATUT SEROLOGIQUE DE CETTE PERSONNE	Oui..... 1 Non..... 2	
SB10	MIS A PART CES DEUX HOMMES, AVEZ- VOUS EU DES RELATIONS SEXUELLES AVEC QUELQU'UN D'AUTRE AU COURS DES 12 DERNIERS MOIS ?	Oui..... 1 Non..... 2	2⇒MODU-LE HA
SB11	EN TOUT, AVEC COMBIEN D'HOMMES DIFFERENTS AVEZ-VOUS EU DES RELATIONS SEXUELLES AU COURS DES 12 DERNIERS MOIS?	NOMBRE DE PARTENAIRES !__!__!	

MODULE 10 : VIH/SIDA (HA)

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSER A
HA1	<p>MAINTENANT, JE VOUDRAIS VOUS PARLER DE QUELQUE CHOSE D'AUTRE.</p> <p>AVEZ-VOUS DEJA ENTENDU PARLER DU VIRUS VIH OU D'UNE MALADIE APPELEE SIDA ?</p>	<p>Oui 1</p> <p>Non 2</p>	2⇒AUTRE FEMME OU ENFANT
HA2	EST-CE QU'ON PEUT REDUIRE LE RISQUE DE CONTRACTER LE VIRUS DU SIDA EN AYANT SEULEMENT UN PARTENAIRE SEXUEL QUI N'EST PAS INFECTE ET QUI N'A AUCUN AUTRE PARTENAIRE ?	<p>Oui 1</p> <p>Non..... 2</p> <p>NSP 8</p>	
HA2A	COMMENT PEUT-ON SAVOIR SI LE PARTENAIRE SEXUEL N'EST PAS INFECTE ?	<p>Fidélité1</p> <p>Bien Portant.....2</p> <p>Test de dépistage.....3</p> <p>Autre (à préciser) 6</p> <p>NSP.....8</p>	
HA2B	<p>PAR QUOI PEUT-ON RECONNAITRE UN MALADE DE SIDA ?</p> <p>A. AMAIGRISSEMENT EXTREME</p> <p>B. BOUTONS/ TACHES SUR LE CORPS OU LA PEAU ..</p> <p>C. DIARRHEE PERSISTANTE</p> <p>D. TOUX CHRONIQUE</p> <p>E. DESSECHEMENT DES CHEVEUX</p> <p>F. FIEVRE INCESSANTE</p> <p>G. VOMISSEMENT</p> <p>H. AUTRE (A PRECISER)</p>	<p>Oui Non NSP</p> <p>1 2 8</p>	
HA3	EST-CE QU'ON PEUT CONTRACTER LE VIRUS DU SIDA PAR SORCELLERIE OU PAR DES MOYENS SURNATURELS ?	<p>Oui 1</p> <p>Non..... 2</p> <p>NSP 8</p>	
HA4	EST-CE QU'ON PEUT REDUIRE LES RISQUES D'AVOIR LE VIRUS SIDA EN UTILISANT UN CONDOM CHAQUE FOIS QU'ON A DES RAPPORTS SEXUELS ?	<p>Oui 1</p> <p>Non..... 2</p> <p>NSP 8</p>	
HA5	EST-CE QU'ON PEUT CONTRACTER LE VIRUS DU SIDA EN SE FAISANT PIQUER PAR DES MOUSTIQUES ?	<p>Oui 1</p> <p>Non..... 2</p> <p>NSP 8</p>	
HA6	EST-CE QU'ON PEUT REDUIRE LE RISQUE DE CONTRACTER LE VIRUS DU SIDA EN S'ABSTENANT DE RAPPORTS SEXUELS ?	<p>Oui 1</p> <p>Non..... 2</p> <p>NSP 8</p>	
HA7	EST-CE QU'ON PEUT CONTRACTER LE VIRUS DU SIDA EN PARTAGEANT LA NOURRITURE AVEC UNE PERSONNE ATTEINTE DU SIDA ?	<p>Oui 1</p> <p>Non..... 2</p> <p>NSP 8</p>	
HA7A	EST-CE QU'ON PEUT CONTRACTER LE VIRUS DU SIDA SI L'ON REÇOIT UNE INJECTION PAR PIQURE AVEC UNE AIGUILLE QUI A ETE DEJA UTILISEE PAR QUELQU'UN D'AUTRE?	<p>Oui 1</p> <p>Non..... 2</p> <p>NSP 8</p>	
HA8	EST-IL POSSIBLE QU'UNE PERSONNE PARAISSANT EN BONNE SANTE AIT, EN FAIT, LE VIRUS DU SIDA ?	<p>Oui 1</p> <p>Non..... 2</p> <p>NSP 8</p>	

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSER A
HA9	EST-CE QUE LE VIRUS QUI CAUSE LE SIDA PEUT ETRE TRANSMIS DE LA MERE A SON BEBE :		
HA9A	AU COURS DE LA GROSSESSE ?	Oui Non NSP Au cours de la grossesse..... 1 2 8	
HA9B	PENDANT L'ACCOUCHEMENT ?	Pendant l'accouchement..... 1 2 8	
HA9C	PENDANT L'ALLAITEMENT ?	Pendant l'allaitement..... 1 2 8	
HA9D	PENSEZ-VOUS QU'UNE FEMME ENCEINTE INFECTEE PEUT TRANSMETTRE LE VIRUS DU VIH A SON ENFANT ?	Oui..... 1 Non..... 2 NSP..... 8	2⇒HA10 ⇒HA10
HA9E	UNE FEMME ENCEINTE PEUT-ELLE FAIRE LE DEPISTAGE VOLONTAIRE POUR S'ASSURER QU'ELLE N'A PAS LE VIRUS DU VIH ?	Oui..... 1 Non..... 2 NSP..... 8	
HA10	D'APRES VOUS, SI UNE ENSEIGNANTE A LE VIRUS DU VIH MAIS N'EST PAS MALADE, EST-CE QU'ELLE DEVRAIT ETRE AUTORISEE A CONTINUER A ENSEIGNER A L'ECOLE ?	Oui..... 1 Non..... 2 NSP/Pas sûre/Ça dépend..... 8	
HA11	EST-CE QUE VOUS ACHETERIEZ DES LEGUMES FRAIS CHEZ UN MARCHAND OU UN VENDEUR SI VOUS SAVIEZ QUE CETTE PERSONNE A LE VIRUS DU SIDA ?	Oui..... 1 Non..... 2 NSP/Pas sûre/Ça dépend..... 8	
HA12	SI UNE PERSONNE DE VOTRE FAMILLE DEVIENT INFECTEE PAR LE VIRUS QUI CAUSE LE SIDA, VOUDRIEZ-VOUS QUE SON ETAT SOIT GARDE SECRET OU NON ?	Oui..... 1 Non..... 2 NSP/Pas sûre/Ça dépend..... 8	
HA13	SI QUELQU'UN DE VOTRE FAMILLE CONTRACTAIT LE VIRUS QUI CAUSE LE SIDA, SERIEZ-VOUS PRETE A PRENDRE SOIN DE LUI OU D'ELLE DANS VOTRE PROPRE MENAGE ?	Oui..... 1 Non..... 2 NSP/PAS SURE/ÇA DEPEND 8	
HA14	<i>Vérifier MN5: A effectué le test de VIH dans le cadre des soins prénatals?</i> <input type="checkbox"/> Oui. ⇒ Passer à HA18A <input type="checkbox"/> Non. et ND⇒ Continuer avec HA15		
HA15	JE NE VEUX PAS CONNAITRE LES RESULTATS, MAIS AVEZ-VOUS DEJA EFFECTUE UN TEST POUR SAVOIR SI VOUS AVIEZ LE VIH, LE VIRUS QUI CAUSE LE SIDA ?	Oui 1 Non 2	2⇒HA18
HA16	JE NE VEUX PAS CONNAITRE LES RESULTATS, MAIS EST-CE QUE VOUS AVEZ OBTENU LES RESULTATS DU TEST ?	Oui 1 Non 2	2⇒HA17

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSER A
HA16A	SI OUI, AVEC QUI AVEZ-VOUS PARTAGE LE RESULTAT ?	Mari.....1 Ami.....2 Membre de la famille.....3 Mère.....4 Aucune Personne5 Autre (à préciser)6	
HA17	AVIEZ-VOUS DEMANDE VOUS-MEME A LE FAIRE, VOUS L'A-T-ON PROPOSE ET VOUS AVEZ ACCEPTE OU BIEN ETAIT-IL IMPOSE?	A demandé le test..... 1 Proposé et accepté..... 2 Imposé 3 Autre (à préciser) 6	1⇒HA18A. 2⇒HA18A 3⇒ HA18A 6⇒ HA18A
HA18	EN CE MOMENT, CONNAISSEZ-VOUS UN ENDROIT OU L'ON PEUT SE RENDRE POUR EFFECTUER LE TEST DU VIRUS QUI CAUSE LE SIDA ?	Oui 1 Non 2	
<i>Vérifier MN5: A effectué le test de VIH dans le cadre des soins prénatals?</i> <input type="checkbox"/> Oui. ⇒ On continue <input type="checkbox"/> NON. ET ND⇒ HA18D			
HA18A	<i>Si elle a effectué le test de VIH dans le cadre des soins prénatals :</i> EN DEHORS DES SERVICES DE CONSULTATIONS PRENATALES, CONNAISSEZ-VOUS UN AUTRE ENDROIT OU L'ON PEUT SE RENDRE POUR EFFECTUER LE TEST DU VIRUS QUI CAUSE LE SIDA ?	Oui 1 Non 2	
HA18B	AVEZ-VOUS DEMANDEZ L'AUTORISATION DE VOTRE MARI AVANT DE FAIRE LE TEST DE DEPISTAGE ?	Oui 1 Non 2 ND9	
HA18C	SI NON, QUELLE ETAIT SA REACTION EN APPRENANT QUE VOUS CONNAISSEZ VOTRE STATUT SEROLOGIQUE	Aimable1 Furieux.....2 Indifférent3 Séparation / Divorce4 N'est pas au courant5	
HA18D	Pensez-vous que vous pouvez faire le test de dépistage volontaire sans l'autorisation de votre mari?	Oui 1 Non 2 NSP.....8	⇒ AUTRE FEMME OU ENFANT

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSER A
UF10	<p>MAINTENANT JE VOUDRAIS VOUS POSER QUELQUES QUESTIONS SUR LA SANTE DE CHAQUE ENFANT DE MOINS DE 5 ANS DONT VOUS AVEZ LA CHARGE, ET QUI VIT ACTUELLEMENT AVEC VOUS.</p> <p>MAINTENANT, JE VEUX VOUS POSER DES QUESTIONS SUR (<i>nom</i>). EN QUEL MOIS ET QUELLE ANNEE (<i>nom</i>) EST-IL/ELLE NE/E ?</p> <p><i>Insistez :</i></p> <p>QUEL EST SA DATE DE NAISSANCE ?</p> <p><i>Si la mère/gardien(ne) connaît la date de naissance exacte, inscrire également le jour ; autrement, encercler 98 pour jour.</i></p>	<p>DATE DE NAISSANCE :</p> <p>JOUR !_!_!</p> <p>NSP JOUR 98</p> <p>MOIS !_!_!</p> <p>NSP MOIS 98</p> <p>ANNEE !_!_!_!_!</p> <p>NSP Année9998</p>	
UF11	<p>QUEL AGE AVAIT (NOM) A SON DERNIER ANNIVERSAIRE ?</p> <p>Inscrire l'âge en années révolues.</p>	<p>Âge (en années révolues) !_!_!</p>	

MODULE 1: ENREGISTREMENT DES NAISSANCES ET EDUCATION DE LA PETITE ENFANCE (BR)

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSER A
BR1	<p>(<i>Nom</i>) A-T-IL UN CERTIFICAT/ACTE DE NAISSANCE?</p> <p>SI OUI, PUIS-JE LE VOIR ?</p>	<p>Oui, vu 1</p> <p>Oui, pas vu 2</p> <p>Non 3</p> <p>NSP 8</p>	1⇒BR5
BR2	<p>LA NAISSANCE DE (<i>nom</i>) A-T- ELLE ETE ENREGISTREE/DECLAREE A L'ETAT CIVIL?</p>	<p>Oui 1</p> <p>Non 2</p> <p>NSP 8</p>	1⇒BR5 8⇒BR4
BR3	<p>POURQUOI LA NAISSANCE DE (<i>nom</i>) N'EST-ELLE PAS ENREGISTREE/DECLAREE ?</p>	<p>Ça coûte très cher 1</p> <p>C'est trop loin 2</p> <p>Ne savait pas qu'elle devrait être enregistrée 3</p> <p>En retard, ne voulait pas payer d'amende .. 4</p> <p>Ne sait pas où l'enregistrer 5</p> <p>Autre (<i>à précise</i>) 6</p> <p>NSP 8</p>	
BR4	<p>SAVEZ-VOUS COMMENT FAIRE ENREGISTRER LA NAISSANCE DE VOTRE ENFANT?</p>	<p>Oui 1</p> <p>Non 2</p>	
BR5	<p>Vérifier l'âge de l'enfant à la question UF11: Enfant âgé de 3 ou 4 ans</p> <p><input type="checkbox"/> Oui. ⇒ Continuer avec BR6</p> <p><input type="checkbox"/> Non. ⇒ Passer à BR8</p>		
BR6	<p>(<i>Nom</i>) FREQUENTE T-IL/ELLE UN PROGRAMME D'ENCADREMENT EN DEHORS DE LA MAISON OU D'EDUCATION PRESCOLAIRE TEL QU'UN CENTRE PUBLIC OU PRIVE, Y COMPRIS UN JARDIN D'ENFANT OU UN CENTRE COMMUNAUTAIRE ?</p>	<p>Oui 1</p> <p>Non 2</p> <p>NSP 8</p>	2⇒BR8 8⇒BR8

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSER A
BR7	AU COURS DES SEPT DERNIERS JOURS, ENVIRON COMBIEN D'HEURES (<i>nom</i>) A-T-IL/ELLE FREQUENTE CET ENDROIT?	Nombre d'heures !__!__!	
BR8	<p>PENDANT LES TROIS DERNIERS JOURS, AVEZ-VOUS PARTICIPE OU Y A-T-IL UN MEMBRE DU MENAGE AGE DE 15 ANS OU PLUS QUI A PARTICIPE AVEC (<i>nom</i>) A L'UNE DES ACTIVITES SUIVANTES :</p> <p><i>Si Oui,demander</i> : QUI A PARTICIPE A CETTE ACTIVITE AVEC L'ENFANT - LA MERE, LE PERE DE L'ENFANT OU UN AUTRE MEMBRE ADULTE DU MENAGE (Y COMPRIS LE/LA GARDIEN(NE) OU ENQUETE(E)) ?</p> <p><i>ENCERCLER TOUTES LES</i> REPONSES.</p>		
		<p>MERE PERE AUTRE AUCUNE PERSONNE</p>	
BR8A	Lire des livres ou regarder des livres illustrés avec (<i>nom</i>) ?	LIVRES A B X Y	
BR8B	RACONTER DES HISTOIRES A (<i>nom</i>)?	CONTES A B X Y	
BR8C	CHANTER DES CHANSONS AVEC (<i>nom</i>)?	CHANSONS A B X Y	
BR8D	PRENDRE (<i>nom</i>) EN DEHORS DE LA MAISON, DE LA RESIDENCE, DE LA COUR, DE L'ENCEINTE?	SORTIR EN DEHORS A B X Y	
BR8E	JOUER AVEC (<i>nom</i>)?	JOUER AVEC A B X Y	
BR8F	PASSER DU TEMPS AVEC (<i>NOM</i>) A NOMMER, A COMPTER, ET/OU A DESSINER?	PASSER DU TEMPS A B X Y	

MODULE 2 : DEVELOPPEMENT DE L'ENFANT (CE)

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSE RA
<i>La question CE1 est à administrer une seule fois à chaque mère/gardiennne de l'enfant</i>			
CE1.	<p>COMBIEN DE LIVRES Y A-T-IL DANS LE MENAGE? S'IL VOUS PLAÎT, INCLURE LES LIVRES SCOLAIRES MAIS PAS LES AUTRES LIVRES POUR ENFANTS TELS QUE LES LIVRES ILLUSTRÉS</p> <p><i>Si aucun, enregistrer 00</i></p>	<p>Nombre de livres pour adultes ... 0 __</p> <p>Dix livres pour adultes ou plus 10</p>	
CE2.	<p>COMBIEN DE LIVRES POUR ENFANTS OU DE LIVRES ILLUSTRÉS AVEZ-VOUS POUR (<i>nom</i>)?</p> <p><i>Si aucun, enregistrer 00</i></p>	<p>Nombre de livres pour enfants0 __</p> <p>Dix livres ou plus10</p>	
CE3.	<p>JE VOUDRAIS CONNAÎTRE LES OBJETS QUE (<i>nom</i>) UTILISE POUR JOUER QUAND IL/ELLE EST A LA MAISON.</p> <p>AVEC QUOI (<i>nom</i>) JOUE-T-IL/ELLE?</p> <p>EST-CE QU'IL/ELLE JOUE AVEC :</p> <p>OBJETS DU MENAGE COMME VAISSELLE, PLATS, TASSES, POTS?</p> <p>OBJETS ET MATÉRIELS RAMASSÉS EN DEHORS DU QUARTIER COMME BRANCHES PIERRES, ANIMAUX, COQUILLES OU FEUILLAGE?</p> <p>JOUETS FABRIQUÉS A LA MAISON COMME POUPEES, VOITURES ET AUTRES ?</p> <p>JOUETS ACHETÉS DANS UN MAGASIN?</p> <p><i>Si l'enquêté(e) dit "Oui" à une des catégories mentionnées, insister pour savoir spécifiquement avec quoi l'enfant joue pour être sûr de la réponse</i></p> <p><i>Code Y si l'enfant ne joue avec aucun de ces objets mentionnés</i></p>	<p>Objets pour le ménage (vaisselle, plates, tasses, pots) A</p> <p>Objets et matériels trouvés en dehors du quartier comme (branches, pierres, animaux, coquilles, feuillage) B</p> <p>Jouets fabriqués à la maison (poupées, voitures et autres jouets fabriqués à la maison)C</p> <p>Jouets achetés dans un magasin D</p> <p>Pas de jouets mentionnés Y</p>	
CE4.	<p>QUELQUES FOIS LES ADULTES S'OCCUPANT DES ENFANTS DOIVENT QUITTER LA MAISON POUR ALLER FAIRE DES COURSES, LAVÉ LES VÊTEMENTS OU POUR D'AUTRES RAISONS ET DOIVENT LAISSER LES ENFANTS A D'AUTRES PERSONNES. DEPUIS LE DERNIER (JOUR DE LA SEMAINE) COMBIEN DE FOIS (<i>nom</i>) A-T-IL/ELLE ÉTÉ LAISSÉ(E) AU SOIN D'UN AUTRE ENFANT (C'EST À DIRE À QUELQU'UN ÂGE DE MOINS DE 10 ANS)?</p> <p><i>Si aucun, enregistrer 00</i></p>	<p>Nombre de fois !__!__!</p>	
CE5.	<p>DURANT LA SEMAINE DERNIÈRE COMBIEN DE FOIS (<i>nom</i>) A-T-IL/ELLE ÉTÉ LAISSÉ(E) SEUL(E)?</p> <p><i>Si aucun, enregistrer 00</i></p>	<p>Nombre de fois !__!__!</p>	

MODULE 3 : VITAMINE A (VA)

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSER A
VA1	<p>(Nom) A-T-IL/ELLE DEJA REÇU UNE CAPSULE DE VITAMINE A (SUPPLEMENT) COMME CELLE-CI ?</p> <p><i>Montrez la capsule ou le flacon pour différentes doses :</i></p> <p><i>100 000 UI pour les enfants âgés de 6-11 mois,</i></p> <p><i>200 000 UI pour les enfants âgés de 12-59 mois.</i></p>	<p>Oui 1</p> <p>Non 2</p> <p>NSP 8</p>	<p>2⇒MODULE</p> <p>SUIVANT</p> <p>8⇒MODULE</p> <p>SUIVANT</p>
VA2	<p>CELA FAIT COMBIEN DE MOIS QUE (nom) A PRIS LA DERNIERE DOSE ?</p>	<p>Nombre de mois !__! __!</p> <p>NSP 98</p>	
VA3	<p>OU (nom) AVAIT-IL/ELLE REÇU CETTE DERNIERE DOSE ?</p>	<p>Au centre de santé lors d'une visite de routine 1</p> <p>Au centre de santé quand l'enfant était malade 2</p> <p>Journée Nationale de Vaccination 3</p> <p>Autre (à préciser) 6</p> <p>NSP 8</p>	

MODULE 4: DEPARASITAGE (DE)

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSER A
DE1	<p>(Nom) A-T-IL/ELLE DEJA REÇU UN MEDICAMENT (COMPRIME OU SIROP) POUR SE DEPARASITER (ALBENDAZOLE OU MEBENDAZOLE) ?</p> <p><i>Montrez les comprimés pour les différentes doses</i></p>	<p>Oui 1</p> <p>Non 2</p> <p>NSP 8</p>	<p>2⇒MODULE</p> <p>BF</p> <p>8⇒MODULE</p> <p>BF</p>
DE2	<p>CELA FAIT COMBIEN DE MOIS QUE (nom) A PRIS LA DERNIERE DOSE ?</p>	<p>Nombre de mois !__! __!</p> <p>NSP 98</p>	
DE3	<p>OU (nom) AVAIT-IL/ELLE REÇU CETTE DERNIERE DOSE ?</p>	<p>Au centre de santé lors d'une visite de routine 1</p> <p>Au centre de santé quand l'enfant était malade 2</p> <p>Journée Nationale de Vaccination 3</p> <p>Autre (à préciser) 6</p> <p>NSP 8</p>	

MODULE 5 : ALLAITEMENT (BF)

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSER A
BF1	(NOM) A-T-IL/ELLE ETE ALLAITE(E) IMMEDIATEMENT DES LA NAISSANCE ?	Oui1 Non2 NSP8	2⇒BF3 8⇒BF3
BF2	ACTUELLEMENT (<i>nom</i>) EST-IL/ELLE SOUS ALLAITEMENT?	Oui1 Non2 NSP8	
BF3	DEPUIS HIER A LA MEME HEURE QUE MAINTENANT, A-T-IL/ELLE REÇU L'UNE DES CHOSES SUIVANTES : <i>Lire à haute voix le nom de chaque élément et enregistrer la réponse avant de passer à l'élément suivant.</i>	O N NSP	
BF3A.	SUPPLEMENT DE VITAMINES, DE MINERAUX, OU MEDICAMENTS ?	A. Suppléments de vitamines 1 2 8	
BF3B	EAU ?	B. Eau 1 2 8	
BF3C	EAU SUCREE, AROMATISEE, JUS DE FRUIT, THE OU INFUSION?	C. Eau sucrée ou jus 1 2 8	
BF3AD	SOLUTION DE REHYDRATATION ORALE (SRO) ?	D. SRO1 2 8	
BF3E	PREPARATION POUR BEBES VENDUE COMMERCIALEMENT OU FAITE A LA MAISON ?	E. Préparation (bouillie, etc).....1 2 8	
BF3F	LAIT EN BOITE, EN POUDDRE OU LAIT FRAIS	F. Lait1 2 8	
BF3G	AUTRES LIQUIDES?	G. Autres liquides.....1 2 8	
BF3H	ALIMENT SOLIDE OU SEMI-SOLIDE (PUREE) ?	H. ALIMENT SOLIDE OU SEMI-SOLIDE1 2 8	
BF4	<i>Vérifier BF3H : L'enfant a reçu un aliment solide ou semi-solide (purée) ?</i> <input type="checkbox"/> <i>Oui.</i> ⇒ Continuer avec BF5 <input type="checkbox"/> <i>Non ou NSP.</i> ⇒ Passer au Module Suivant		
BF5.	DEPUIS HIER A LA MEME HEURE QUE MAINTENANT, COMBIEN DE FOIS (<i>nom</i>) A-T-IL/ELLE MANGE DES ALIMENTS SOLIDES, SEMI-SOLIDES OU DES PUREES AUTRES QUE DES LIQUIDES? <i>Si 7 fois ou plus, enregistrer '7'.</i>	Nombre de fois!___! Ne sait pas.....8	

MODULE 6 : SOINS DES ENFANTS MALADES (CA)

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSER A
CA0	<p>POUVEZ-VOUS CITER DEUX SIGNES DE DANGER DE LA DIARRHÉE ?</p> <p><i>Si OUI, INSISTER ET RECUEILLIR LES DEUX SIGNES.</i></p>	<p>Oui1</p> <p>a. _____</p> <p>b. _____</p> <p>Non 2</p>	
CA1	<p>EST-CE QUE (<i>nom</i>) A EU LA DIARRHÉE AU COURS DES DEUX DERNIÈRES SEMAINES, C'EST-A-DIRE, DEPUIS (<i>jour de la semaine</i>) DE L'AVANT DERNIÈRE SEMAINE ?</p> <p><i>La diarrhée est déterminée selon la perception de la maladie par la mère ou la gardienne ou trois selles liquides par jour, ou du sang dans les selles.</i></p>	<p>Oui 1</p> <p>Non2</p> <p>NSP8</p>	<p>2⇒CA5</p> <p>8⇒CA5</p>
CA2	<p>AU COURS DU DERNIER EPISODE DE DIARRHÉE, EST-CE QU'ON A DONNÉ À (<i>nom</i>) L'UNE DES CHOSES SUIVANTES À BOIRE :</p> <p><i>Lire à haute voix le nom de chaque produit et enregistrer la réponse avant de passer au produit suivant.</i></p>	O N NSP	
CA2A	-LIQUIDE PRÉPARÉ À PARTIR D'UN SACHET SRO APPELÉ ORASEL ?	A. Liquide SRO préparé/Orasel1 2 8	
CA2B	-LIQUIDE MAISON RECOMMANDÉ PAR LE GOUVERNEMENT ?	B. Liquide maison 1 2 8	
CA2C	-LIQUIDE SRO PRÉEMBALLÉ ?	C. Liquide SRO préemballé1 2 8	
CA2D	<p>POUVEZ-VOUS DÉCRIRE COMMENT PRÉPARE-T-ON LES CHOSES SUIVANTES ?</p> <p><i>Lire à haute voix le nom de chaque produit et enregistrer la réponse avant de passer au produit suivant.</i></p>	O N NSP	
	-LIQUIDE PRÉPARÉ À PARTIR D'UN SACHET SRO APPELÉ ORASEL ?	A. Liquide SRO préparé/Orasel1 2 8	
	-LIQUIDE MAISON RECOMMANDÉ PAR LE GOUVERNEMENT ?	B. Liquide maison 1 2 8	
	-LIQUIDE SRO PRÉEMBALLÉ ?	C. Liquide SRO préemballé1 2 8	
CA3	<p>AU COURS DE LA DIARRHÉE DE (<i>nom</i>), LUI A-T-ON DONNÉ À BOIRE MOINS QUE D'HABITUDE, ENVIRON LA MÊME QUANTITÉ OU PLUS QUE D'HABITUDE ?</p> <p><i>Si « moins », insister :</i></p> <p style="text-align: center;">BEAUCOUP MOINS OU UN PEU MOINS ?</p>	<p>Rien 1</p> <p>Beaucoup moins2</p> <p>Un peu moins3</p> <p>Environ la même quantité.....4</p> <p>Plus que d'habitude5</p> <p>NSP8</p>	
CA4.	<p>DURANT LA DIARRHÉE DE (<i>NOM</i>), LUI A-T-ON DONNÉ À MANGER MOINS QUE D'HABITUDE, ENVIRON LA MÊME QUANTITÉ OU PLUS QUE D'HABITUDE ?</p> <p><i>Si « moins », insister :</i></p> <p style="text-align: center;">BEAUCOUP MOINS OU UN PEU MOINS ?</p>	<p>Rien 1</p> <p>Beaucoup moins2</p> <p>Un peu moins3</p> <p>Environ la même quantité.....4</p> <p>Plus que d'habitude5</p> <p>NSP8</p>	

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSER A
CA5	EST-CE QUE (<i>nom</i>) A SOUFFERT DE LA TOUX, A UN MOMENT QUELCONQUE, DANS LES DEUX DERNIERES SEMAINES, C'EST-A-DIRE, DEPUIS (<i>jour de la semaine</i>) DE L'AVANT DERNIERE SEMAINE?	Oui 1 Non 2 NSP 8	2⇒CA12 8⇒CA12
CA6	QUAND (<i>nom</i>) A SOUFFERT DE LA TOUX, AVAIT-T-IL/ELLE UNE RESPIRATION PLUS RAPIDE QUE D'HABITUDE AVEC OU SANS SIFFLEMENT OU PLUS LENTE QUE D'HABITUDE (DIFFICULTES RESPIRATOIRES) ?	Oui 1 Non 2 NSP 8	2⇒CA12 8⇒CA12
CA7A	POUVEZ-VOUS CITER DEUX SIGNES DE COMPLICATION QUI NECESSITENT D'AMENER L'ENFANT AU CENTRE DE SANTE ? Si oui, insister et recueillir les deux signes.	Oui 1 a. _____ b. _____ Non 2.	
CA7	EST-CE QUE LES SYMPTOMES SONT DUS A UN PROBLEME DANS LA POITRINE, OU C'EST LE NEZ QUI ETAIT BOUCHE ?	Problème dans la poitrine (tousseur) 1 Nez bouché 2 Les deux 3 Autre (<i>à préciser</i>) 6 NSP 8	6⇒CA12
CA8	AVEZ-VOUS RECHERCHE DES CONSEILS OU UN TRAITEMENT POUR LA MALADIE EN DEHORS DE LA MAISON ?	Oui 1 Non 2 NSP 8	2⇒CA10 8⇒CA10
CA8A	CONNAISSEZ-VOUS UN AGENT DE SANTE COMMUNAUTAIRE QUI TRAVAILLE DANS VOTRE LOCALITE ET DONNE DES SOINS ?	Oui 1 Non 2	
CA9	OU AVEZ-VOUS DEMANDE DES CONSEILS OU RECHERCHE UN TRAITEMENT ? QUELQUE PART AILLEURS <i>Encercler tous les prestataires mentionnés, mais NE faites PAS de suggestions.</i> <i>S'il s'agit d'un hôpital, d'un centre de santé ou d'une clinique, écrire le nom de l'endroit. Insister pour déterminer le type de source et encercler le code approprié.</i> _____ (Nom de l'endroit)	Sources publiques Hôpital gouvernemental..... A Centre de santé gouvernemental (CMS/USP) B Poste de santé gouvernemental..... C Agent de santé communautaire (ASC)... D Clinique mobile/communautaire E Autre public (<i>à préciser</i>) H Sources médicales privées Hôpital privé/clinique privée..... I Médecin privé J Pharmacie privé..... K Clinique mobile L Autre médical privé (<i>à préciser</i>) O Autre source Parent(e) ou ami(e) P Boutique Q Guérisseur traditionnel R Autre (<i>à préciser</i>) X	
CA10	EST-CE QUE (<i>nom</i>) A PRIS DES MEDICAMENTS POUR TRAITER CETTE TOUX ?	Oui 1 Non 2 NSP 8	2⇒CA12 8⇒CA12

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSER A
CA11	QUEL MEDICAMENT(<i>nom</i>) A-T-IL/ELLE PRIS ? <i>Encercler tous les médicaments mentionnés.</i>	Traitement antibiotique A Paracetamol/Panadol/Acetaminophen P Aspirine..... Q Ibuprofen R Autre (<i>à préciser</i>) X NSP Z	
CA12	<i>Vérifier UF11: L'enfant est âgé de moins de 3 ans ?</i> <input type="checkbox"/> <i>Oui.</i> ⇒ Continuer avec CA13 <input type="checkbox"/> <i>Non.</i> ⇒ Passer à CA14		
CA13	LA DERNIERE FOIS QUE (<i>nom</i>) EST ALLE(E) A LA SELLE, QU'AVEZ-VOUS FAIT POUR VOUS DEBARRASSER DES EXCREMENTS ?	L'enfant a utilisé les toilettes/latrines.....01 Jeté dans les toilettes/latrines02 Jeté dans les égouts ou le fossé03 Jeté avec les ordures ménagères04 Enterré05 Laisse à l'air libre.....06 Autre (<i>à préciser</i>)96 NSP98	
CA14	<i>Poser, à chaque gardien(ne) d'enfant, la question suivante (CA14) seulement une fois.</i> PARFOIS LES ENFANTS SOUFFRENT DE MALADIES SEVERES ET DEVRAIENT ETRE CONDUITS TOUT DE SUITE A UN ETABLISSEMENT SANITAIRE. QUELS TYPES DE SYMPTOMES VOUS AMENERAIENT A CONDUIRE IMMEDIATEMENT VOTRE ENFANT A UN ETABLISSEMENT SANITAIRE ? <i>Continuer à demander à l'enquêtée de citer plus de signes ou de symptômes jusqu'à ce qu'elle ne soit plus en mesure de le faire.</i> <i>Encercler tous les symptômes mentionnés.</i> <i>Mais NE lui faites PAS de suggestions.</i>	L'enfant ne peut pas boire ou téter..... A L'enfant devient de plus en plus malade B L'enfant développe une fièvre C L'enfant a une respiration rapide D L'enfant a des difficultés à respirer..... E L'enfant a du sang dans les sellesF L'enfant boit difficilement..... G Autre (<i>à préciser</i>) X Autre (<i>à préciser</i>) Y Autre (<i>à préciser</i>) Z	

MODULE 7 : PRISE EN CHARGE DU PALUDISME CHEZ LES ENFANTS (ML)

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSER A
ML1	EST-CE QUE (<i>nom</i>) A SOUFFERT, A UN MOMENT QUELCONQUE, DE LA FIEVRE DANS LES DEUX DERNIERES SEMAINES, C'EST-A-DIRE, DEPUIS (<i>jour de la semaine</i>) DE L'AVANT DERNIERE SEMAINE ?	Oui 1 Non 2 NSP 8	2⇒ML10 8⇒ML10
ML2	EST-CE- QUE (<i>nom</i>) A ETE VU PAR LES SERVICES D'UN ETABLISSEMENT SANITAIRE DURANT CETTE MALADIE ?	Oui 1 Non 2 NSP 8	2⇒ML6 8⇒ML6
ML3	EST-CE QUE (<i>nom</i>) A PRIS DES MEDICAMENTS CONTRE LA FIEVRE OU LE PALUDISME QUI ONT ETE FOURNIS OU PRESCRITS PAR LES SERVICES D'UN ETABLISSEMENT SANITAIRE ?	Oui 1 Non 2 NSP 8	2⇒ML5 8⇒ML5
ML4	QUEL MEDICAMENT FOURNI OU PRESCRIT PAR LES SERVICES D'UN ETABLISSEMENT SANITAIRE, (<i>nom</i>) A-T-IL/ELLE PRIS ? <i>Encercler les codes de tous les médicaments mentionnés.</i>	Antipaludéens : SP/Fansidar/Maloxine A Chloroquine B Amodiaquine/Camoquin C Quinine D Combinaison basée sur l'Artémisinine ... E Autre antipaludéen (à préciser) H Autres médicaments : Paracétamol/Panadol/Acetaminophen ... P Aspirine Q Ibuprofen R Autre (à préciser) X NSP Z	
ML4A	LE OU LES MEDICAMENT(S) A OU ONT-IL ETE FOURNI OU PRESCRIT PAR UN AGENT DE SANTE COMMUNAUTAIRE ?	Oui 1 Non 2 NSP 8	
ML5	EST-CE QUE (<i>nom</i>) A PRIS DES MEDICAMENTS CONTRE LA FIEVRE OU LE PALUDISME AVANT D'ETRE CONDUIT A UN ETABLISSEMENT SANITAIRE ?	Oui 1 Non 2 NSP 8	1⇒ML7 2⇒ML8 8⇒ML8
ML6	EST-CE QUE (<i>nom</i>) A PRIS DES MEDICAMENTS CONTRE LA FIEVRE OU LE PALUDISME DURANT CETTE MALADIE ?	Oui 1 Non 2 NSP 8	2⇒ML8 8⇒ML8

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSER A
ML7	<p>QUEL MEDICAMENT (<i>nom</i>) A-T-IL/ELLE PRIS ?</p> <p><i>Encercler les codes de tous les médicaments donnés. Demander à voir le médicament si le type de médicament n'est pas connu. Si le type de médicament ne peut être déterminé, montrer des antipaludéens à l'enquêtee.</i></p>	<p>Antipaludéens :</p> <p>SP/Fansidar A</p> <p>Chloroquine B</p> <p>Amodiaquine C</p> <p>Quinine D</p> <p>Combinaison basée sur l'Artémisinine ... E</p> <p>Autre antipaludéen (à préciser) H</p> <p>Autres médicaments :</p> <p>Paracétamol/Panadol/Acetaminophen ... P</p> <p>Aspirine Q</p> <p>Ibuprofen R</p> <p>Autre (à préciser) X</p> <p>NSP Z</p>	
ML7A	<p>CONNAISSEZ-VOUS LES SIGNES DE DANGER DU PALUDISME QUI JUSTIFIENT D'AMENER L'ENFANT RAPIDEMENT AU CENTRE DE SANTE ?</p>	<p>Oui 1</p> <p>Non 2</p> <p>NSP 8</p>	
ML7B	<p>POUVEZ-VOUS CITER DEUX SIGNES DE DANGER DU PALUDISME QUI NECESSITENT D'AMENER L'ENFANT AU CENTRE DE SANTE ?</p> <p><i>SI OUI, INSISTER ET RECUEILLIR LES DEUX SIGNES.</i></p>	<p>Oui 1</p> <p>a. _____</p> <p>c. _____</p> <p>Non 2.</p>	
ML8	<p>Vérifier ML4 et ML7: Antipaludéens mentionnés (codes A - H)?</p> <p><input type="checkbox"/> Oui. ⇒ Continuer avec ML9</p> <p><input type="checkbox"/> Non ⇒ Passer à ML10</p>		
ML9	<p>COMBIEN DE TEMPS APRES LE DEBUT DE LA FIEVRE, (<i>nom</i>) A-T-IL COMMENCE A PRENDRE (<i>nom de l'antipaludéen mentionné à ML4 ou ML7</i>) ?</p> <p><i>S'il y a plusieurs antipaludéens mentionnés à ML4 ou ML7, il faut présenter tous les noms des médicaments antipaludéens mentionnés. Enregistrer le code du jour où l'antipaludéen a été donné.</i></p>	<p>Même jour 0</p> <p>Le jour suivant 1</p> <p>2 jours après la fièvre 2</p> <p>3 jours après la fièvre 3</p> <p>4 jours ou plus après la fièvre 4</p> <p>NSP 8</p>	
ML10	<p>EST-CE QUE (<i>nom</i>) A DORMI SOUS UNE MOUSTIQUAIRE LA NUIT DERNIERE ?</p>	<p>Oui 1</p> <p>Non 2</p> <p>NSP 8</p>	<p>2⇒MODULE SUIV.</p> <p>8⇒MODULE SUIV.</p>
ML11	<p>DEPUIS COMBIEN DE TEMPS POSSEDE-T-IL/ELLE CETTE MOUSTIQUAIRE ?</p> <p>SI MOINS DE 1 MOIS, ECRIRE '00'.</p> <p><i>Si la réponse est "12 mois" ou "1 an", insister pour déterminer si la moustiquaire a été obtenue il y a exactement 12 mois ou plus tôt ou plus tard.</i></p>	<p>Mois !__ ! __ !</p> <p>Plus de 24 mois 95</p> <p>Pas sûre 98</p>	
ML12	<p>QUELLE EST LA MARQUE DE CETTE MOUSTIQUAIRE ?</p> <p><i>Si l'enquêtee ne connaît pas la marque de la moustiquaire, montrer des images sur carte, ou si possible observer la moustiquaire.</i></p> <p>MOUSTIQUAIRES PERMANENTES (LONGUE DUREE) :</p> <p>Marque OLYSETE</p> <p>Marque SERENA</p> <p>MOUSTIQUAIRES IMPREGNEES OU REIMPREGNEES :</p> <p>Marque Bravo (Palutech)</p> <p>Marque Sandutch</p> <p>AUTRES MOUSTIQUAIRES :</p>	<p>Moustiquaire permanente (longue durée):</p> <p>Olyset Net 11</p> <p>Permanet (SERENA) 12</p> <p>Moustiquaire imprégnée (courte durée):</p> <p>Bravo (Palutech) 21</p> <p>Sandutch 22</p> <p>Autre moustiquaire :</p> <p>Autre moustiquaire (à préciser Marque) 36</p> <p>NSP Marque inconnue 98</p>	<p>11⇒MODULE SUIVANT</p> <p>12⇒MODULE SUIVANT</p> <p>21⇒ML14</p> <p>22⇒ML14</p>

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSER A
ML13	QUAND VOUS AVEZ OBTENU CETTE MOUSTIQUAIRE, ETAIT-ELLE TRAITEE AVEC UN INSECTICIDE POUR TUER OU ELOIGNER LES MOUSTIQUES ?	Oui1 Non2 NSP /pas sûre8	
ML14	DEPUIS QUE VOUS AVEZ LA (ES) MOUSTIQUAIRE(S), EST-CE QUE VOUS L'AVEZ (LES AVEZ)TREMPEE(S) OU PLONGEE(S) DANS UN LIQUIDE POUR TUER/ELOIGNER LES MOUSTIQUES OU LES INSECTES ?	Oui1 Non2 NSP8	2⇒MODULE SUIV. 8⇒MODULE SUIV.
ML15	COMBIEN DE TEMPS S'EST-IL ECOULE DEPUIS QUE LA MOUSTIQUAIRE A ETE TREMPEE OU PLONGEE DANS UN LIQUIDE INSECTICIDE POUR LA DERNIERE FOIS ? <i>Si moins de 1 mois, écrire '00'.</i> <i>Si la réponse est "12 mois" ou "1 an", insister pour déterminer si la moustiquaire a été obtenue il y a exactement 12 mois ou plus tôt ou plus tard</i>	Mois!__! __! Plus de 24 mois95 Pas sûre/NSP98	

MODULE 8 : VACCINATION (IM)

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSER A
----	----------------------	-------	-------------

Si une carte de vaccination est disponible, copier de IM2-IM8D les dates de chaque type de vaccin ou de dose de vitamine inscrites sur la carte. Les questions IM10-IM18 sont réservées à l'enregistrement des vaccinations qui ne sont pas inscrites sur la carte. Les questions M10-IM18 seront posées seulement quand il n'y a pas de carte de vaccination disponible.

M1	Y A-T-IL UNE CARTE DE VACCINATION POUR (nom)?	Oui, vue..... 1 Oui, pas vue..... 2 Non 3	2⇒IM10 3⇒IM10	
	(a) Copier les dates des vaccinations pour chaque vaccin à partir de la carte. Écrire '44' dans la colonne 'jour' si la carte indique qu'un vaccin a été fait mais que la date n'a pas été reportée.	Date de vaccination		
		JOUR	MOIS	ANNEE
M2	BCG	BCG		
M3A	POLIO A LA NAISSANCE	VPO0		
M3B	POLIO 1	VPO1		
M3C	POLIO 2	VPO2		
M3D	POLIO 3	VPO3		
M4A	DTCOQ1	DTCOq1		
M4B	DTCOQ2	DTCOq2		
M4C	DTCOQ3	DTCOq3		
M5A	HEPB1 (ou DTCOqHB1)	(DTCOq)H1		
M5B	HÉPB2 (ou DTCOq HB2)	(DTCOq)H2		
M5C	HépB3 (ou DTcoqHB3)	(DTCOq)H3		
M6	Rougeole (ou VAR)	ROUGEOLE		
M7	Fièvre Jaune (VAA)	FJ		
M8A	Vitamine A (1)	VitA1		
M8B	Vitamine A (2)	VitA2		
M8C	Vitamine A (3)	VitA3		
M8D	Vitamine A (4)	VitA4		
M9	EN PLUS DES VACCINATIONS ET DES CAPSULES DE VITAMINE A INSCRITES SUR LA CARTE, EST-CE QUE (nom) A REÇU D'AUTRES VACCINATIONS, Y COMPRIS LES VACCINATIONS FAITES LE JOUR D'UNE CAMPAGNE NATIONALE DE VACCINATION? ENREGISTRER ' OUI ' SEULEMENT SI L'ENQUETEE MENTIONNE BCG, VPO 0-3, DTCOQ 1-3, HEPATITE B 1-3, ROUGEOLE, VACCIN DE FIEVRE JAUNE, OU DES SUPPLEMENTS DE VITAMINE A.	Oui 1 (Insister sur le type de vaccin et enregistrer '66' dans la colonne correspondante au jour en IM2 à IM8D). Non 2 NSP 8	1⇒IM19 2⇒IM19 8⇒IM19	
M10	EST-CE QUE (nom) A REÇU DES VACCINATIONS POUR LUI EVITER DE CONTRACTER DES MALADIES, Y COMPRIS LES VACCINATIONS REÇUES LE JOUR D'UNE CAMPAGNE NATIONALE DE VACCINATION ?	Oui 1 Non 2 NSP 8	2⇒IM19 8⇒IM19	
M11	EST-CE QUE (nom) A REÇU UNE VACCINATION DU BCG CONTRE LA TUBERCULOSE, C'EST-A-DIRE UNE INJECTION DANS LE BRAS OU A L'ÉPAULE QUI LAISSE, GÉNÉRALEMENT, UNE CICATRICE? Vérifier la cicatrice au tiers supérieur de la face inférieure de l'avant-bras gauche	Oui 1 Non 2 NSP 8		

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSER A
M12	EST-CE QUE (<i>nom</i>) A REÇU UNE VACCINATION SOUS FORME « DE GOUTTES DANS LA BOUCHE » POUR LE/LA PROTÉGER CONTRE DES MALADIES - COMME LA POLIO ?	Oui 1 Non 2 NSP 8	2⇒IM15 8⇒IM15
M13	QUAND LE PREMIER VACCIN CONTRE LA POLIO A-T-IL ÉTÉ DONNÉ, JUSTE APRÈS LA NAISSANCE (DANS LES DEUX PREMIÈRES SEMAINES) OU PLUS TARD ?	Juste après la naissance (dans les 2 semaines) 1 Plus tard 2 NSP 8	
M14	COMBIEN DE FOIS LE VACCIN DE LA POLIO A-T-IL ÉTÉ DONNÉ ?	Nombre de fois!__!__! NSP 8	
M15	EST-CE QUE (<i>nom</i>) A REÇU UNE « VACCINATION DTCoq » - C'EST-A-DIRE UNE INJECTION FAITE À LA CUISSE OU À LA FESSE- POUR LUI ÉVITER DE CONTRACTER LE TÉTANOS, LA COQUELUCHE ET LA DIPHTÉRIE ? (DONNÉE QUELQUEFOIS EN MÊME TEMPS QUE LES GOUTTES CONTRE LA POLIO).	Oui 1 Non 2 NSP 8	2⇒IM17 8⇒IM17
M16	COMBIEN DE FOIS ?	Nombre de fois!__!__! NSP 98	
M17	EST-CE QUE (<i>nom</i>) A REÇU UNE « VACCINATION CONTRE LA ROUGEOLE » OU VAR - C'EST-A-DIRE UNE INJECTION FAITE AU BRAS À L'ÂGE DE 9 MOIS OU PLUS - POUR LUI ÉVITER DE CONTRACTER LA ROUGEOLE ?	Oui 1 Non 2 NSP 8	
M18	EST-CE QUE (<i>nom</i>) A REÇU UNE « VACCINATION CONTRE LA FIEVRE JAUNE » - C'EST-A-DIRE UNE INJECTION FAITE AU BRAS À L'ÂGE DE 9 MOIS OU PLUS - POUR LUI ÉVITER DE CONTRACTER LA FIEVRE JAUNE ? (DONNÉE QUELQUEFOIS EN MÊME TEMPS QUE LA ROUGEOLE).	Oui 1 Non 2 NSP 8	
M19	DITES-MOI, S'IL VOUS PLAÎT, SI (<i>nom</i>) A PARTICIPE À L'UNE DES CAMPAGNES NATIONALES DE VACCINATION SUIVANTES ET/OU DE VITAMINE A OU LES JOURNÉES DE LA SANTÉ DE L'ENFANT: IM19A. FEV-MARS 2005 / CAMPAGNE POLIO SEUL (CAMP A) IM19B. JUIL 2005 / CAMPAGNE. VIT A + ABENDAZOLE (CAMP B) IM19C. NOV-DÉC 2005 /CAM. POLIO+VIT A+ABENDAZOLE (CAMP C)	O N NSP Campagne A.....1 2 8 Campagne B.....1 2 8 Campagne C1 2 8	
M20	Y a-t-il un autre enfant qui vit dans le ménage dont l'enquêtée est la mère/gardien(ne) ? Vérifier la feuille d'enregistrement du ménage, colonne HL8. <input type="checkbox"/> Oui. ⇒ Fin du présent questionnaire ; et puis Passer au QUESTIONNAIRE DES ENFANTS DE MOINS CINQ ANS pour l'administrer à l'enfant éligible suivant. <input type="checkbox"/> Non.. ⇒ Fin de l'interview. Remercier l'enquêté(e) de sa collaboration. Si cet enfant est le dernier enfant éligible dans le ménage, passer au MODULE SUR L'ANTHROPOMÉTRIE.		

MODULE 9 : ANTHROPOMETRIE (AN)

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSER A
<p><i>Après que les questionnaires aient été remplis pour tous les enfants, le mesureur pèse et mesure chaque enfant. Inscrive ci-dessous le poids et la taille en position allongée ou en position debout, en prenant soin d'enregistrer les mesures anthropométriques sur le bon questionnaire pour chaque enfant. Vérifier le nom et le numéro de ligne de l'enfant sur la Feuille d'Enregistrement du Ménage avant d'inscrire les mesures anthropométriques.</i></p>			
AN1	Poids de l'enfant.	Kilogrammes (kg)..... __ __ . __	
AN2	Taille de l'enfant (cm). <i>Vérifier l'âge de l'enfant en UF11:</i> <input type="checkbox"/> <i>Enfant âgé de moins de 2 ans. ⇒ Mesure de la taille (en position allongée).</i> <input type="checkbox"/> <i>Enfant âgé de 2 ans ou plus. ⇒ Mesure de la taille (en position debout).</i>	Taille (cm) Position allongée.....1 __ __ __ . __ Taille (cm) Position debout..... 2 __ __ __ . __	
AN3	Code d'identification du contrôleur.	Numéro de code !__! __!	
AN4	Résultat des mesures.	Mesuré 1 Absent 2 Refus..... 3 Autre (à préciser)_____ 6	
AN5	<p><i>Y a-t-il un autre enfant dans le ménage qui est éligible pour les mesures anthropométriques ?</i></p> <input type="checkbox"/> <i>Oui. ⇒ Enregistrer les mesures pour l'enfant suivant.</i> <input type="checkbox"/> <i>Non. ⇒ Fin de l'interview avec ce ménage. Remercier tous les participants de leur collaboration. Rassembler tous les questionnaires de ce ménage et vérifier que les numéros d'identification figurent en haut de chaque page. Inscrive le nombre de questionnaires remplis sur la page du Panneau d'Identification du Ménage.</i>		

ANNEXE G : GROUPES ETHNIQUES DETAILLES

Grands groupes ethniques	Ethnies
Adja-Ewé	Adja Aoulan(Anlo) Ehoué Ewé Fon Kpessi Mina (Guin) Ouatchi Peda-Pla
Akposso-Akebou	Adélé Akébou Akposso
Ana-Ifè	Anyaga (Agnagan) Ahlon Ana Nago Yorouba
Kabyè-Tem	Kabyè Kotocoli Lamba Losso
Para-Gourma et Akan	Barbia-Tamberma Bassar Gourma Kokomba Moba Mossi Ngam-gan Tchamba Tchokossi (Anoufom) Yanga
Autres Togolais	Haoussa Peul

LANGUE MATERNELLE	CODE
ADJA	01
AGNAGAN	02
AHLON	03
AHOULAN	04
AKEBOU	05
AKPOSSO	06
ANA-IFE	07
BARIBA	08
BASSAR	09
BASSILA	10
COTOKOLI	11
EHOUE	12
EWE	13
FON	14
GOURMATCHE	15
HAOUSSA	16
KABYE	17
KONKOMBA	18
KPESSI	19
LAMBA	20
LOSSO (NAWDEM)	21
MINA, GUIN	22
MOBA	23
MOSSI	24
NAGO, ANAGO	25
N'GAM-GAM	26
OUATCHI	27
PEDA	28
PEULH	29
SOLA	30
TAMBERMA	31
TAOULAMBA	32
TCHAMBA	33
TCHOKOSSI	34
YANGA	35
YORUBA	36
AUTRE LANGUE TOGOLAISE	56
AUTRE LANGUE AFRICAINE	66
AUTRE LANGUE NON AFRICAINE	76

ANNEXE H : RESUME DE L'ENQUETE NATIONALE SUR LES TROUBLES DUS A LA CARENCE EN IODE (TDCI)

RESUME DE L'ENQUETE SUR LES TROUBLES DUS A LA CARENCE EN IODE (TDCI) DE NOVEMBRE 2005 AU TOGO

L'iode est un micronutriment, et sa carence provoque diverses anomalies de santé, souvent graves, regroupées sous l'expression « Troubles Dus à la Carence en Iode », TDCI en sigle, ayant un impact négatif sur la survie, l'éducation et la productivité. La carence en iode est la première cause de retard mental évitable dans le monde, pouvant diminuer de 13,5 points le quotient intellectuel de l'homme, et réduisant de façon irréversible la capacité cognitive des enfants et la productivité des adultes. Les TDCI constituent ainsi un frein au développement socio-économique et un facteur d'aggravation de la pauvreté.

Au cours des 10 dernières années, la quasi totalité des pays dans le monde a adopté des textes législatifs et réglementaires rendant obligatoire l'iodation du sel destiné à l'alimentation humaine et animale pour la prévention des TDCI. Vu le retard observé dans plusieurs pays, la Session Spéciale sur les Enfants de l'Assemblée Générale des Nations Unies, tenue en 2002, a reporté l'échéance de l'élimination des TDCI pour la fin de l'année 2005.

La lutte contre les TDCI a démarré au Togo par l'administration de la solution de Lugol à des personnes porteuses de goitre (1986-1989), suivie par la distribution des capsules de Lipiodol à des populations cibles, de 1990 à 1995, dans certaines zones d'endémicité goitreuse sévère.

En 1995, selon l'enquête à indicateurs multiples (MICS 1), la disponibilité du sel iodé dans les ménages était de 1 % sur le territoire national.

La stratégie d'iodation universelle du sel a été adoptée au Togo le 3 Mai 1996, par l'Arrêté interministériel N° 076, portant réglementation de l'importation, de la production, du conditionnement, de la distribution et de l'utilisation du sel destiné à l'alimentation humaine et animale. Cette stratégie a été mise en œuvre par plusieurs activités de sensibilisation, de formation des contrôleurs, etc.

En 1998, l'Enquête Démographique et de Santé au Togo (EDST) avait trouvé une disponibilité du sel iodé dans les ménages de 73 %, avec de grandes disparités au niveau régional, illustrées par 81 % dans la Région de Kara et 22 % dans la Région des Savanes.

L'Enquête MICS 2, en l'an 2000, avait trouvé 66,9 % de disponibilité du sel iodé à plus de 25 ppm au niveau des ménages sur tout le territoire national du Togo.

En 2001, le Ministère de la Santé Publique du Togo a mené une enquête nationale afin de disposer des données représentatives sur la lutte contre les TDCI. Cette enquête a trouvé une proportion du sel iodé dans les ménages de 75 % au niveau national.

Au terme de la nouvelle échéance (fin 2005) fixée par l'Assemblée Générale des Nations Unies pour l'élimination de l'endémie des TDCI dans le monde, et 4 ans après l'enquête de 2001, le moment est donc venu pour le Togo de mener une étude épidémiologique représentative sur la lutte contre les TDCI.

Les résultats de cette étude permettent au Togo de disposer des données actualisées sur la lutte contre l'endémie des TDCI et d'apprécier les progrès accomplis vers l'élimination de ce problème de santé publique.

1. CADRE INSTITUTIONNEL DE L'ETUDE

L'étude a été coordonnée par la Direction Générale de la Santé; son financement a été assuré par l'UNICEF. Elle s'inscrit dans le plan d'action du Service National de Nutrition du Togo pour l'année 2005.

Un Comité technique de pilotage, regroupant les experts de différents services impliqués, assure la mise en œuvre de toutes les étapes de cette étude. Ce Comité comprend des délégués des services du Ministère de la Santé (Point Focal OOAS, Direction des Soins de Santé Primaires, Division de la Santé Familiale, Division Informations, Statistiques, Etudes et Recherches, Service National de Nutrition), de la Direction Générale de Planification de l'Education du Ministère des Enseignements Primaire et Secondaire, de la Faculté des Sciences de l'Université de Lomé (Ministère de l'Enseignement Supérieur et de la Recherche), de la Direction Générale de la Statistiques et de la Comptabilité Nationale (Ministère de l'Economie, des Finances et des Privatisations), de l'UNICEF et de l'OMS. Ce comité de pilotage est présidé par le Directeur des Soins de Santé Primaires, avec l'assistance technique du Coordonnateur sous-régional de l'ICCIDD en Afrique occidentale francophone, recruté comme consultant international pour cette étude par l'UNICEF.

2. OBJECTIFS DE L'ETUDE

L'objectif général de l'étude est d'apprécier les résultats de la lutte contre les TDCI au Togo. Les objectifs spécifiques de cette étude sont entre autres :

- déterminer la disponibilité du sel iodé dans les ménages sur le territoire national,
- déterminer la teneur en iode du sel consommé par la population,
- déterminer le statut iodé de la population,
- déterminer la prévalence du goitre dans la population,

3. METHODOLOGIE DE L'ETUDE

3.1. Type d'étude

Il s'agit d'une étude transversale descriptive basée sur une technique de sondage en grappes.

3.2. Indicateurs de l'étude

Pour répondre aux objectifs spécifiques, les indicateurs de cette étude sont :

- la proportion de ménages disposant du sel iodé,
- la teneur en iode du sel consommé par la population,
- la concentration urinaire de l'iode,
- la prévalence du goitre,

- le niveau de connaissances de la population sur les TDCI et le sel iodé,
- le niveau de fonctionnement des structures de suivi et de contrôle du sel iodé.

3.3. Populations d'étude

La population d'étude pour le dépistage du goitre et la collecte des échantillons d'urine est constituée des enfants âgés de 6 à 12 ans inclus, parce que les signes cliniques visibles de la carence en iode dans cette tranche d'âge reflètent le mieux le statut iodé actuel de la population. En plus, ces enfants peuvent facilement être examinés en milieu scolaire. L'unité d'observation de cette enquête est donc l'école. Répondent ainsi aux critères d'inclusion tous les élèves des 2 sexes âgés de 6 à 12 ans, régulièrement inscrits pour l'année scolaire 2004-2005 dans les écoles concernées par l'enquête et appartenant aux classes sélectionnées.

La population d'étude pour déterminer la disponibilité du sel iodé au niveau des ménages est représentée par les élèves des écoles sélectionnées pour l'enquête, qui apporteront en classes le sel de leur cuisine familiale.

Pour apprécier les connaissances et perceptions de la population face aux TDCI, la population d'étude est constituée par des personnes adultes (femmes et hommes) habitant les cantons sélectionnés pour l'enquête.

Les agents des services impliqués dans les systèmes de suivi et de contrôle constituent la population d'étude pour apprécier le fonctionnement de ces systèmes.

3.4. Echantillonnage

3.4.1. Conception de l'échantillon et base de sondage

L'échantillon de l'enquête a été conçu de manière à fournir des données sur les TDCI représentatives au niveau national. L'échantillon est basé sur un sondage en grappes à deux degrés, avec probabilité proportionnelle à la taille de la population. La base de sondage est constituée par la structure géographique de la population Togolaise, estimation de l'année 2005, issue des projections démographiques du Recensement Général de la Population et de l'Habitation (RGPH) de 1992 (Source : Direction Générale de la Statistique et de la Comptabilité Nationale).

3.4.2. Détermination des grappes de l'enquête

De manière à assurer une bonne couverture géographique nationale et conformément à la méthode couramment utilisée pour les études anthropométriques et pour les enquêtes sur la vaccination, une enquête sur la prévalence des TDCI se base sur 30 grappes. Dans cette étude au Togo, la grappe est représentée par un Canton.

Les TDCI sont causés par une alimentation pauvre en iode, intimement liée au milieu écologique et aux habitudes alimentaires. Afin de délimiter le territoire du Togo en zones pouvant avoir un impact sur la disponibilité des aliments riches en iode, on a considéré les 7 zones agroécologiques découpées par le Ministère de l'Agriculture, Elevage et Pêche sur la base de la combinaison de plusieurs facteurs (climat, relief, végétation, habitudes de consommation, comportements

socioculturels, etc.) qui influencent la production agricole. Les différentes unités qui entrent dans la composition d'une zone agroécologique présentent des caractéristiques d'homogénéité assez proches les unes des autres pour pouvoir les regrouper dans une même entité. Avec son alimentation variée, la ville cosmopolite de Lomé est considérée dans cette étude comme une zone agroécologique distincte.

Les 8 zones agroécologiques considérées pour l'échantillonnage dans cette étude, sont :

- ✓ **la zone des Savanes sèches**, comprenant toute la Région des Savanes (Kpendjal, Oti, Tandjore, Tone) et quelques préfectures de la Région de la Kara (Dankpen, Kéran);
- ✓ **la zone de l'Atakora sec**, couvrant 3 préfectures de la Région de la Kara (Doufelgou, Kozah et Binah);
- ✓ **la zone de l'Atakora humide**, s'étendant sur 2 préfectures de la Région de la Kara (Assoli, Basar) et 3 de la Région Centrale (Sotouboua, Tchaoudjo et Tchamba);
- ✓ **la zone des Savanes humides**, comprenant 5 préfectures dont 4 de la Région des Plateaux (Est-Mono, Moyen-Mono, Haho et Ogou), et Yoto de la Région Maritime;
- ✓ **la zone Forestière humide**, couvrant 6 préfectures (Kloto, Agou, Amou, Blitta, Danyi, Wawa) de la Région des Plateaux;
- ✓ **la zone du Littoral Ouest**, avec 2 préfectures (Avé et Zio) de la Région Maritime;
- ✓ **la zone du Littoral Est**, couvrant 3 préfectures : Golfe (sans Lomé), Lacs, Vo) de la Région Maritime;
- ✓ **la zone de Lomé Commune**, qui comprend 5 districts : I, II, III, IV, V.

Le nombre de grappes par zone agro-écologique a été déterminé de la manière suivante :

- toutes les préfectures ont été réparties dans leurs zones respectives;
- le poids démographique de chaque zone agro-écologique a été déterminé;
- le nombre de grappes a été établi en fonction du poids démographique de la zone.

3.4.3. Choix des sites d'enquête

Le choix des sites a été fait par un tirage à 2 degrés. Au 1^{er} degré, il a été procédé au tirage des grappes (Cantons ou Districts pour Lomé-Commune), de la manière suivante :

- les Cantons (ou Districts) ont été répartis dans leurs zones respectives;
- le tirage des Cantons (ou Districts) a été fait de manière aléatoire à l'intérieur de chaque zone écologique en utilisant la fonction aléa du logiciel Excel.

Au 2^{ème} degré, dans chaque Canton (ou District) sélectionné au 1^{er} degré, 3 écoles primaires publiques ou privées officiellement reconnues, et n'ayant pas d'envergure internationale, ont été tirées de manière aléatoire (1 en milieu urbain et 2 en milieu rural), sur la base de la liste des écoles fournie par le Ministère des Enseignements Primaire et Secondaire.

3.5. Taille de l'échantillon

La taille globale de l'échantillon fixée au niveau national pour le dépistage du goitre est de 6930 sujets; elle a été calculée sur la base d'une prévalence attendue de 10%, d'un intervalle de confiance de 95%, d'une précision relative de 10% et d'un effet de grappe de 2. Pour atteindre 6930 sujets éligibles, il a été examiné dans chaque grappe 231 enfants de 6 à 12 ans, sélectionnés de manière aléatoire dans 3 écoles primaires, soit 77 enfants par école, en veillant à assurer une parité égale entre les sexes.

4. DEROULEMENT DE L'ENQUETE SUR LE TERRAIN

Pour la collecte des données dans les 30 Cantons (grappes) sélectionnés de manière aléatoire dans les différentes zones agro-écologiques, l'enquête a été menée concomitamment du 7 au 26 Novembre 2005 par 4 équipes d'enquêteurs qui se sont déployées sur le terrain, chacune chargée d'enquêter dans 7 à 8 Cantons sur le territoire national. Dans chaque grappe, un guide local a accompagné l'équipe d'enquête sur le terrain, et dans chaque école un enseignant et le Directeur d'école ont facilité le travail des enquêteurs.

Le dépistage du goitre a été conduit en milieu scolaire, et le test rapide de l'iodation du sel également en milieu scolaire. Des échantillons requis (urine et sel) ont été collectés en vue du dosage de l'iode au laboratoire.

5. TRAITEMENT ET ANALYSE DES DONNEES

5.1. Traitement et analyses statistiques des données

La saisie des données a été assurée par une équipe d'informaticiens de la Division Informatique, Statistiques, Etudes et Recherches (DISER) du Ministère de la Santé. Pour la saisie, trois équipes binaires ont été constituées. Le logiciel utilisé est EPI INFO (version 6).

Après la saisie, les fichiers « REC » obtenus sont passés au traitement qui a conduit à la production des tableaux d'analyse. Pour cette opération, les fichiers issus de la saisie EPI-INFO (Fichiers « REC ») ont été transférés en SPSS-VERSION 11.0 (SPSS SOUS WINDOWS) où, après apurement, toutes les statistiques et tous les tableaux ont été produits.

5.2. Analyses de laboratoire

Les dosages de l'iode dans les échantillons de sel et d'urine ont été effectués au Laboratoire de Contrôle de Qualité du Département de Chimie Analytique, Chimie Générale et Minérale de l'UFR des Sciences Pharmaceutiques et Biologiques de l'Université de Cocody à Abidjan, sous la responsabilité du Professeur Michèle AKE.

5.2.1 Dosage de l'iode dans le sel alimentaire

En milieu acide, l'iode libéré du sel a été titré par oxydoréduction (titrimétrie) en présence d'un indicateur de fin de réaction. Chaque échantillon a été systématiquement analysé en double. Pour chaque série de dix (10) échantillons analysés, deux échantillons témoins ont été également systématiquement analysés : un échantillon témoin de sel alimentaire commercial de concentration

en iode connue de 45 ppm, et un échantillon témoin de sel alimentaire (étalon interne Laboratoire de Nutrition) de concentration en iode connue de 5 ppm. Les concentrations en iode dans le sel rapportées sont des concentrations moyennes (n = 2) et sont exprimées en ppm (parties par million).

5.2.2. Dosage de l'iode dans les échantillons d'urine

Après une digestion des urines en milieu acide, l'iode a été mesuré par dosage spectrophotométrique cinétique basé sur la réaction de Sandell-Kolthoff [(réduction de l'ion cérique (Ce^{4+}) couplée avec l'oxydation de l'ion arsénieux (As^{3+})]. Le cours de la réaction est suivi par la disparition de la couleur jaune de l'ion cérique (Ce^{4+}) tant qu'il est réduit. Chaque échantillon a été systématiquement analysé en double. Pour chaque série de 15 échantillons d'urines analysés, deux urines de contrôle, l'une à concentration normale (150 $\mu g/l$) et l'autre à faible concentration (25 $\mu g/l$) ont été systématiquement analysées. La limite de détection de la méthode correspond à une teneur de 0,1 $\mu g/l$. Les concentrations urinaires d'iode rapportées sont des concentrations moyennes (n = 2) et sont exprimées en $\mu g/l$.

6. RESULTATS

Au total sur le terrain, dans les écoles visitées, 6930 enfants ont été examinés dans les différentes zones agro-écologiques pour le dépistage du goitre, en raison de 231 enfants pour chacun des 30 Cantons sélectionnés, et 6345 échantillons de sel ont été testés pour déterminer la disponibilité du sel iodé dans les ménages. Au laboratoire, le dosage de l'iode a été effectué sur 1339 échantillons d'urine des enfants et sur 900 échantillons de sel collectés sur le terrain.

6. 1. Disponibilité du sel iodé dans les ménages

Les résultats des tests rapides de l'iodation du sel effectués sur 6345 échantillons de sel montrent que la disponibilité du sel iodé dans les ménages est de 92,1 % au niveau national au Togo en 2005. La proportion des ménages ayant du sel iodé est relativement plus faible dans les Cantons de Cinkassé (58,5%) et Gando (54,4%), situés dans la zone des Savanes sèches.

6. 2. Teneur en iode du sel des ménages

Les résultats des dosages d'iode effectués au laboratoire par la méthode de titrimétrie sur 900 échantillons de sel de ménages, sont les suivants :

- La proportion de sel iode à plus de 15 ppm est de 93% au Togo en 2005 ;
- Les distributions de fréquences par catégories d'iodation établissent d'une part une proportion de 7 % du sel considéré comme faiblement iodé (<15 ppm), et d'autre part une proportion de 7,7 % du sel considéré comme très iodé (> 100 ppm), au niveau des ménages ;
- Le sel ayant une faible teneur en iode (<15 ppm) a été retrouvé surtout dans le Canton de Noépé (23,3 %) situé dans la zone de Littoral Ouest, ainsi que dans le District V (20 %) de Lomé Commune ;
- Les Cantons de Bombouaka (zone des Savanes sèches), et de Kpékplémé (zone des Savanes humides), ont des proportions très élevées de sel contenant une teneur en iode supérieure à 100 ppm au niveau des ménages, respectivement de 46,7 % et de 46,6 % ;

Le sel faiblement iodé (< 15 ppm) est présent surtout dans le Littoral Ouest et dans Lomé Commune, tandis que les zones des Savanes sèches et des Savanes humides ont des proportions élevées de sel contenant plus 100 ppm d'iode au niveau des ménages.

6.3. Statut iodé de la population

La médiane d'iode urinaire est de 171,4 µg/l au niveau national en 2005 au Togo.

6.4. Prévalence du goitre

La prévalence du goitre est de 2 % en 2005 au niveau national au Togo; elle est en dessous de 5 % dans toutes les zones agro-écologiques, sauf dans la zone des Savanes sèches où elle est de 6,7 %.

7. EVOLUTION DE LA LUTTE CONTRE LES TDCI AU TOGO

7.1. Evolution de la teneur du sel en iode

Tableau 1. Teneur du sel en iode au Togo

Années	Enquêtes	Moyenne d'iode dans le sel	Echantillons avec > 15 ppm	Echantillons avec > 100 ppm
2001	Enquête nationale TDCI	33,6 ppm	63,1 %	3,5 %
2005	Enquête nationale TDCI	49,7 ppm	93,0 %	7,7 %

Le tableau 1 permet de voir une nette amélioration de la qualité du sel, surtout en ce qui concerne la proportion d'échantillons de sel adéquatement iodé (> 15 ppm) qui est passée de 63,1 à 93 % de 2001 à 2005; cependant, la proportion d'échantillons de sel contenant plus de 100 ppm d'iode est passée de 3,5 à 7,7 % durant la même période.

7.2. Evolution du statut iodé de la population

Tableau 2. Statut iodé de la population au Togo

Années	Enquêtes	Médiane d'iode urinaire	Sujets avec < 50 µg/l	Sujets avec < 100 µg/l	Sujets avec > 300 µg/l
2001	Enquête nationale TDCI	160,0 µg/l	14,6 %	35,4 %	27,7 %
2005	Enquête nationale TDCI	171,4 µg/l	1,3 %	6,2 %	6,9 %

Le tableau 2 révèle une amélioration globale du statut iodé de la population; la médiane d'iode urinaire reste maintenue entre 100 et 200 µg/l, et les proportions de sujets ayant des teneurs en iode très basses (< 50 µg/l, < 100 µg/l) ou très élevées (> 300 µg/l) ont sensiblement diminué.

7.3. Evolution de l'endémie des TDCI dans la population

Tableau 3. Prévalence du goitre au Togo

Années	Enquêtes	Population d'étude	Taux de prévalence du goitre
1986	CRAN-OCCGE	Population générale	18,4 %
2001	Enquête nationale TDCI	Enfants de 6 à 12 ans	7,2 %
2005	Enquête nationale TDCI	Enfants de 6 à 12 ans	2,0 %

Ce tableau 3 comparatif montre une nette régression de l'endémie des TDCI au Togo, illustrée en particulier chez les enfants de 6 à 12 ans par la diminution du taux de prévalence du goitre qui est passée de 7,2 % en 2001 à 2 % en 2005.