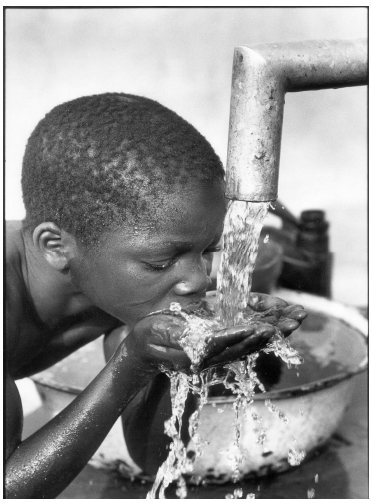
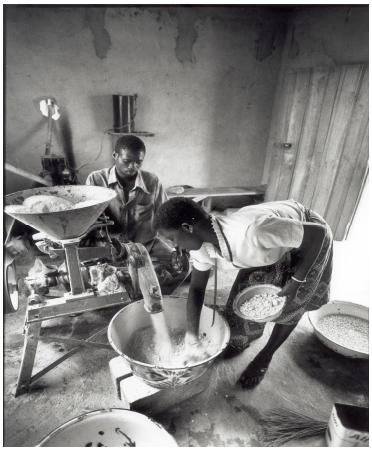
REPUBLIQUE DU TOGO

# BILAN DE FIN DE DECENNIE
# RAPPORT DES OBJECTIFS DU SOMMET MONDIAL POUR LES ENFANTS





Décembre 2000

# PREFACE

Lors du Sommet Mondial pour les Enfants qui s'est tenu aux Nations Unies à New York, en 1990, et qui a regroupé 71 Chefs d'Etats et de Gouvernement, tous les Etats membres représentés, dont le Togo, ont pris des engagements au titre d'une Déclaration Mondiale et d'un Plan National pour les Enfants.

Conformément à cet acte, chaque pays devait mettre en place les mécanismes nécessaires pour rassembler, analyser et publier régulièrement et en temps voulu les données permettant de suivre les indicateurs relatifs au bien-être des enfants et des femmes.

Le Togo pour sa part, a dès lors, pris des mesures importantes en accordant une attention particulière à l'atteinte des objectifs prioritaires et à leur évaluation en renforçant les capacités des systèmes d'informations de routine et en réalisant des enquêtes d'envergure nationale telles que les Enquêtes Démographiques et de Santé (EDS) et les Enquêtes à Indicateurs Multiples des Objectifs de mi et de fin de Décennie (MICS).

Le rapport de MICS2 qui a bénéficié de l'appui technique et financier de l'UNICEF présente de façon objective les progrès réalisés de 1990 à 2000 dans le cadre de la Convention relative aux Droits de l'enfant.

Certes, Le Togo n'a pas pu atteindre la plupart des objectifs du Sommet Mondial. Cependant, des efforts ont été faits dans les domaines de la santé (réduction de la mortalité infantile et de la mortalité maternelle, de l'éradication de la polio, de l'éradication de la dracunculose, de la protection des femmes contre le tétanos néonatal, de la consommation du sel iodé), et de l'éducation par l'augmentation du taux de scolarisation des enfants aussi bien des filles que des garçons

Par ailleurs, grâce à ces enquêtes, l'on dispose d'informations fiables et désagrégées pour combler l'insuffisance des données par sexe, par âge et par région. Ces informations offrent également aux décideurs, aux planificateurs, aux partenaires au développement, aux ONG, et à la société civile des données récentes et fiables pour définir des stratégies dans plusieurs domaines relatifs aux Droits des Enfants.

Ainsi, des efforts encore plus soutenus doivent être faits à tous les niveaux de la société afin de réduire la pauvreté et d'améliorer de façon durable les conditions de vie des enfants et des femmes.

Au terme de cette enquête, nous remercions les départements ministériels, les préfets, les sous-préfets, les maires, les chefs traditionnels, les élus locaux, les communautés, les partenaires au développement, les médias publics et privés pour toutes les facilités administratives, logistiques et les accueils chaleureux qui ont permis la réussite de cette opération.

| | |
|---|---|
| Le Représentant<br>De l'UNICEF au Togo | Le Ministre de l'Economie,<br>des Finances et des Privations |
| Aïchatou DIAWARA-FLAMBERT | Kossi ASSIMADOU |

# TABLE DES MATIERES


Pages

PREFACE _____ i
TABLE DES MATIERES _____ iv
LISTE DES TABLEAUX _____ viii
LISTE DES GRAPHIQUES _____ xi
RESUME ANALYTIQUE _____ xii
INDICATEURS DU SOMMET MONDIAL _____ xix
CARTE DU TOGO _____ xx

**CHAPITRE I : PRESENTATION DU PAYS _____ 1**
1.1 ASPECTS HISTORIQUES _____ 1
1.2 ASPECTS DEMOGRAPHIQUE _____ 1
1.3 ASPECTS POLITIQUES _____ 1
1.4 ASPECTS ADMINISTRATIFS _____ 2
1.5 ASPECTS ECONOMQUES _____ 2
1.6 ASPECTS SOCIAUX _____ 2
**CHAPITRE II : OBJECTIFS ET CADRE INSTITUTIONNEL DE LôENQUETE _____ 4**
2.1 OBJECTIFS _____ 4
2.2 CADRE INSTITUTIONNEL DE LôENQUETE _____ 4

**CHAPITRE III : METHODOLOGIE DE LôENQUETE _____ 6**
3.1 CONCEPTION DE LôECHANTILLON _____ 6
3.2 QUESTIONNAIRES _____ 6
3.3 FORMATION ET COLLECTE DES DONNEES _____ 7
3.4 TRAITEMENT DES DONNEES _____ 7

**CHAPITRE IV : CARACTERISTIQUE DE LôECHANTILLON ET QUALITE DES DONNEES _____ 8**
4.1 TAUX DE REPONSE _____ 8
4.2 DISTRIBUTION _____ 8
4.3 CARACTERISTIQUE DE LA POPULATION _____ 11

**CHAPITRE V : MORTALITE DES ENFANTS DE MOINS DE 5 ANS _____ 15**
5.1 RAPPEL DE LôOBJECTIF _____ 15
**5.2** METHODOLOGIE _____ 16
**5.3** NIVEAU ET TENDANCES _____ 17
**5.4** VARIATIONS DE LA MORTALITE SELON LES CARACTERISTIQUES SOCIO-DEMOGRAPHIQUES _____ 17
5.4.1 Analyse selon la zone de résidence _____ 19
5.4.2 Analyse selon le niveau d'instruction de la mère _____ 19
RECOMMANDATIONS _____ 20

**CHAPITRE VI : EDUCATION _____ 23**
6.1 EDUCATION PRESCOLAIRE _____ 23
6.1.1 Rappel de lôobjectif _____ 23
6.1.2 Niveau de lôIndicateur _____ 23
6.1.3 Analyse selon le sexe _____ 23
6.1.4 Analyse selon la zone de résidence _____ 23
6.1.5 Analyse selon le niveau dôinstruction de la mère _____ 24
RECOMMANDATIONS _____ 24
6.2 LA SCOLARISATION DANS LôENSEIGNEMENT PRIMAIRE _____ 25
6.2.1 Rappel de lôobjectif _____ 25
6.2.2 Fréquentation de lôécole primaire _____ 25
6.2.2.1 Niveau de fréquentation de lôécole primaire _____ 25
6.2.2.2 Fréquentation selon le sexe _____ 25
6.2.2.3 Fréquentation selon la zone de résidence _____ 26
6.2.2.4 Achèvement dy cycle dôenseignement primaire _____ 27
RECOMMANDATIONS _____ 28

6.3 ALPHABETISATION DES ADULTES 29
6.3.1 Rappel de lôobjectif 29
6.3.2 Niveau dôalphabétisation des adultes 29
6.3.3 Niveau dôalphabétisation selon le sexe 29
6.3.4 Niveau dôalphabétisation selon la zone de résidence 29
RECOMMANDATION 30

**CHAPITRE VII : EAU ET ASSAINISSEMENT 33**
7.1 RAPPEL DE LôOBJECTIF 33
7.1.1 Accès à lôeau potable 34
7.1.2 Analyse selon la zone de résidence 35
RECOMMANDATIONS 36
7.2 ASSAINISSEMENT 37
7.2.1 Rappel de lôobjectif 37
7.2.2 Accès au système adéquat dôévacuation dôexcréta 38
RECOMMANDATIONS 38

**CHAPITRE VIII : MALNUTRITION DES ENFANTS 40**
8.1 RAPPEL DE LôOBJECTIF 40
8.1.1 Statut nutritionnel des enfants de moins de trois ans 40
8.1.2 Retard de croissance : taille-pour-âge 41
8.1.3 Analyse selon lôâge 41
8.1.4 Analyse selon le sexe 42
8.1.5 Analyse selon le milieu de résidence 42
8.1.6 Analyse selon le niveau dôinstruction de la mère 42
8.1.7 Emaciation « poids pour taille » 42
8.1.8 Analyse selon lôâge 42
8.1.9 Analyse selon le milieu de résidence 42
8.1.10 Insuffisance pondérale 43
RECOMMANDATIONS 43
8.2 ALLAITEMENT AU SEIN 44
8.2.1 Rappel de lôobjectif 44
8.2.1 Allaitement maternel exclusif 44
8.2.2 Pratique dôallaitement et des aliments de compléments 45
8.2.3 Allaitement maternel continu 45
8.2.4 Allaitement maternel selon la zone de résidence 45
RECOMMANDATIONS 46
8.3 SUPPLEMENT EN VITAMINE A 47
8.3.1 Rappel de lôobjectif 47
8.3.2 Prise de capsules de vitamine A par les enfants 48
8.3.3 Selon lôâge de lôenfant 48
RECOMMANDATIONS 49
8.4 IODATION DU SEL 50
8.4.1 Rappel de lôobjectif 50
8.4.2 Niveau de lôindicateur 51
8.4.3 Selon la zone de résidence 51
RECOMMANDATIONS 51
8.5 FAIBLE POIDS A LA NAISSANCE 52
8.5.1 Rappel de lôobjectif 52
8.5.2 Niveau de lôindicateur 52
8.5.3 Selon la zone de résidence 52
RECOMMANDATIONS 53

**CHAPITRE IX : SANTE DE LôENFANT 54**
9.1 COUVERTURE VACCINALE 54
9.1.1 Rappel de lôobjectif 54
9.1.2 Niveau de couverture vaccinale 54
9.1.3 Lôanalyse selon le milieu de résidence 57
RECOMMANDATIONS 60
9.2 DIARREE 60
9.2.1 Rappel de lôobjectif 60

9.2.2 La prévalence de diarrhée 60
9.2.3 Analyse selon la zone de résidence 60
9.2.4 Analyse selon l'âge 60
9.2.5 Utilisation du traitement recommandé TRO ou SRO 61
9.3 INFECTIONS RESPIRATOIRES AIGUES 66
9.3.1 Rappel de l'objectif 66
9.3.2 Niveau des indicateurs 66
9.4 PRISE EN CHARGE INTEGREE DES MALADIES DE L'ENFANCE (PCIME) 68
9.4.1 Traitement des maladies à domicile 68
9.4.2 Connaissance des symptômes pour chercher les soins 68
9.4.3 Niveau de prise en charge de l'enfant 68
9.4.4 Analyse selon le milieu de résidence 69
9.4.5 Analyse selon le niveau d'instruction des mères 69
RECOMMANDATIONS 69
9.5 PALUDISME 72
9.5.1 Niveau d'utilisation des moustiquaires imprégnées 72
9.5.2 Analyse selon le milieu de résidence 72
9.5.3 Prévalence de la fièvre 73
9.5.4 Analyse selon l'âge 73
9.5.5 Analyse selon le niveau d'instruction de la mère 73
9.5.6 Analyse selon le milieu de résidence 73
9.5.7 Utilisation d'anti-paludéen 73
9.5.8 Analyse selon le milieu de résidence 73
RECOMMANDATION 78

**CHAPITRE X : VIH/SIDA : CONNAISSANCE ET ATTITUDE 79**
10.1 RAPPEL DE L'OBJECTIF 79
10.2 CONNAISSANCE DES PRINCIPAUX MOYENS POUR EVITER L'INFECTION DU VIH/SIDA 79
10.2.1 Niveau de connaissance des principaux moyens chez les femmes de 15-49 ans 79
10.2.2 Analyse selon le milieu de résidence 80

10.3 IDENTIFICATION DES CONCEPTIONS ERRONEES SUR LE VIH/SIDA 80
10.3.1 Niveau de connaissance des conceptions erronées 80
10.3.2 Analyse selon le milieu de résidence 80
10.3.3 Analyse selon le niveau d'instruction 81
10.4 IDENTIFICATION CORRECTE DES MOYENS DE TRANSMISSION DU VIH SIDA DE LA MERE A SON ENFANT 84
10.4.1 Niveau d'identification correcte des moyens de transmission du VIH/SIDA de la mère à son enfant 84
10.4.2 Analyse selon le milieu de résidence 84
10.4.3 Analyse selon le niveau d'instruction- 84
10.5 ATTITUDES DISCRIMINATOIRES VIS6AVIS DES PERSONNES ATTEINTES DU VIH/SIDA 87
10.5.1 Analyse selon le milieu de résidence 87
10.5.2 Connaissance d'un endroit pour faire le dépistage du SIDA 88
RECOMMANDATIONS 89

**CHAPITRE XI : SANTE DE LA REPRODUCTION 91**
11.1RAPPEL DE L'OBJECTIF 91
11.1.1 Utilisation d'une méthode contraceptive 91
11.1.2 Analyse selon l'âge de la femme 91
11.1.3 Analyse selon la région 92
11.1.4 Analyse selon le niveau d'instruction 92
RECOMMANDATIONS 92
11.2CONSULTATIONS PRENATALES 93
11.2.1 Rappel de l'objectif 93
11.2.2 Niveau de l'indicateur 94
11.2.3 Niveau d'instruction de la femme 95
11.2.4 Analyse selon la zone de résidence 95
11.3ASSISTANCE PENDANT L'ACCOUCHEMENT 95
11.2.5 Analyse selon la zone de résidence 95
11.2.6 Analyse selon le niveau d'instruction de la femme 95

RECOMMANDATIONS 98

**CHAPITRE XII : DROITS DE L'ENFANT 99**
12.1 ENREGISTREMENT DES NAISSANCES A L'ETAT CIVIL 99
12.1.1 Rappel de l'objectif 99
12.1.2 Analyse selon le sexe 99
12.1.3 Analyse selon la zone de résidence 99
12.1.4 Raisons pour lesquelles les enfants ne sont pas enregistrés 99
RECOMMANDATIONS 104
12.2 ORPHELINAT ET DISPOSITIONS RELATIVES A LA GARDE DES ENFANTS 104
12.2.1 Niveau de l'indicateur 104
12.2.2 Analyse selon l'âge 104
12.2.3 Analyse selon le milieu de résidence 104
RECOMMANDATIONS 108

12.3 TRAVAIL DES ENFANTS 110
12.3.1 Niveau de l'indicateur 110
12.3.2 Travail domestique 110
12.3.3 Travail rémunéré 111
RECOMMANDATIONS 111

**ANNEXE** 116

## LISTE DES TABLEAUX


| | | | Pages |
|---|---|---|---|
| [Tab.1] | Tableau 4.1 | Résultats de lôenquête ménage et de lôenquête individuelle é ... | 8 |
| [Tab.2] | Tableau 4.2 | Répartition de la population des ménages par année dôâge selon le sexe .... é é é é é é é é é é é é é é é é é é é é é ..... | 10 |
| [Tab.4] | Tableau 4.3 | Répartition (en %) des ménages par caractéristiques socio-démographiques é é .é é é é é é é é é é é é é é é . | 11 |
| [Tab.5] | Tableau 4.4 | Répartition (en %) des femmes âgées de 15-49 ans par caractéristiques socio-démographiques é é é é é é é é é é é .. | 12 |
| [Tab.6] | Tableau 4.5 | Répartition (en %) des enfants de moins de cinq ans par caractéristiques socio-démographiques é é é é é é é é é .. | 13 |
| [EDST2][1] | Tableau 5.1 | Mortalité des enfants de moins de cinq ans é é é é é é é é é | 16 |
| [EDST2][1] | Tableau 5.2 | Mortalité des enfants par caractéristiques de la mère é é é é é | 18 |
| [Tab.9] | Tableau 6.1 | Répartition (en %) des enfants âgés de 36 à 59 mois qui fréquentent un programme dôéducation préscolaire é é é é é .. | 24 |
| [Tab.C][2] | Tableau 6.2 | Taux de scolarisation dans lôenseignement primaire par sexe et selon la région et le milieu de résidence é é é é é é é é é é . | 26 |
| [Tab.10] | Tableau 6.3 | Répartition (en %) dôenfants inscrits au CP1 ayant atteint le CM1 selon certaines caractéristiques socio-démographiques é . | 27 |
| [Tab.12] | Tableau 6.4 | Pourcentage de la population âgée de 15 ans et plus selon lôalphabétisation é é é é é é é é é é é é é é é é é é é é é | 31 |
| [Tab.13] | Tableau 7.1 | Pourcentage de population qui a accès à une eau à boire salubre é é é é é é é é é é é é é é é é é é é é é é é é é é é | 35 |
| [Tab.14] | Tableau 7..2 | Pourcentage de population qui a accès à un système sanitaire pour le traitement des excréments é é é é é é é é é é é é | 37 |
| [EDST2][1] | Tableau 8.1 | Etat nutritionnel des enfants par caractéristiques socio-démographiques é é é é é é é é é é é é é é é é é é é é é ... | 41 |
| [Tab.16] | Tableau 8.2 | Pourcentage dôenfants vivants par pratique dôallaitement é é é é é | 44 |
| [Tab.18] | Tableau 8.3 | Répartition (en %) des enfants âgées de 6-59 mois selon quôils ont reçu une dose élevée de vitamine A ou non pendant les six derniers mois é é é é é é é é é é é é é é é é é é é é é é é é é | 49 |
| [Tab.17] | Tableau 8.4 | Pourcentage des ménages ayant consommé du sel suffisamment iodé é é é é é é é é é é é é é é é é é é é é é | 51 |
| [Tab.20] | Tableau 8.5 | Pourcentage de naissances vivantes survenues au cours des 12 derniers mois dont le poids est inférieur à 2500 grammes é ....é | 53 |
| [Tab.22] | Tableau 9.1 | Pourcentage dôenfants âgés de 12-23 mois qui sont actuellement vaccinés contre les maladies de lôenfance é é é .. | 58 |


[1] Tableaux issus de lôEnquête Démographique et de Santé (EDST-II) , 1998

[2] Tableaux complémentaires de lôenquête MICS2

| | | | |
|---|---|---|---|
| **[Tab.23]** | **Tableau 9.2** | **Pourcentage dôenfants de moins de cinq ans ayant eu la diarrhée au cours des deux dernières semaines qui ont reçu une SRO ou TRO é é é é é é é é é é é é é é é é é é é é é** | **63** |
| **[Tab.24]** | **Tableau 9.3** | **Pourcentage dôenfants de moins de cinq ans ayant eu la diarrhée au cours des deux dernières semaines qui ont reçu davantage de liquides et ont continué à manger pendant la maladie é é ..é é é é é é é é é é é é é é é é é é é é é** | **64** |
| **[Tab.25]** | **Tableau 9.4** | **Pourcentage dôenfants de moins de cinq ans ayant eu des infections respiratoires aiguës (IRA) durant les deux dernières semaines qui ont été traités par les fournisseurs de services de santé é é é ..é é é é é é é é é é é é é é é é é é é é é** | **67** |
| **[Tab.26]** | **Tableau 9.5** | **Pourcentage dôenfants de 0-59 mois reportés malades durant les deux dernières semaines qui ont reçu davantage de liquides et ont continué à manger é é é é é é é é é é é é é é é é** | **70** |
| **[Tab.27]** | **Tableau 9.6** | **Pourcentage de personnes en charge dôenfants de 0-59 mois qui connaissent au moins deux signes pour aller chercher immédiatement des soins** é é é é é é é é é é é é é é é .. | **71** |
| **[Tab.28]** | **Tableau 9.7** | **Pourcentage dôenfants âgés de 0-59 mois qui ont dormi sous une moustiquaire imprégnée dôinsecticide la nuit dernière é é é** | **74** |
| **[Tab.29]** | **Tableau 9.8** | **Pourcentage dôenfants de 0-59 mois souffrant de la fièvre durant les deux dernières semaines qui ont été traités avec un anti-paludéen é é é é é é é .é é é é é é é é é é é é é é é** | **76** |
| **[Tab.30]** | **Tableau 10.1** | **Pourcentage de femmes âgées de 15-49 ans qui connaissent les principaux moyens de prévention de la transmission du VIH .** | **82** |
| **[Tab.31]** | **Tableau 10.2** | Pourcentage de femmes âgées de 15-49 ans qui ont correctement identifié des conceptions erronées sur le VIH/SIDA | **83** |
| **[Tab.32]** | **Tableau 10.3** | Pourcentage de femmes âgées de 15-49 ans qui ont correctement identifié les moyens de transmission du VIH de la mère à lôenfant é é é é é é é é é é é é é é é é é é é é é . | **85** |
| **[Tab.33]** | **Tableau 10.4** | Pourcentage de femmes âgées de 15-49 ans qui ont exprimé une attitude discriminatoire vis-à-vis des personnes avec le VIH/SIDA é é ..é é é é é é é é é é é é é é é é é é é é é . | **86** |
| **[Tab.34]** | **Tableau 10.5** | Pourcentage de femmes âgées de 15-49 ans qui ont bonne connaissance de la transmission du VIH /SIDA é é é é é é é | **87** |
| **[Tab.35]** | **Tableau 10.6** | Pourcentage de femmes âgées de 15-49 ans qui connaissent un endroit où elles peuvent aller faire un test de SIDA .é é é é é é . | **89** |
| **[Tab.36]** | **Tableau 11.1** | **Pourcentage de femmes mariées ou en union âgées de 15-49 ans qui utilisent actuellement ou dont le partenaire utilise une méthode contraceptive é é é é é é é é é é é é é é é é é é** | **92** |
| **[Tab.37]** | **Tableau 11.2** | Pourcentage des mères ayant eu une naissance survenue au cours des 12 derniers mois qui sont protégés contre le tétanos néonatal é é é é é é é é é é é é é é é é é é é é é é .. | **94** |
| **[Tab.38]** | **Tableau 11.3** | **Répartition (en %) des femmes âgées de 15-49 ans ayant eu une naissance survenue au cours de la dernière année par type de personnel dispensant des soins prénatals é é é é é é é é .** | **96** |
| **[Tab.39]** | **Tableau 11.4** | **Répartition (en %) des femmes âgées de 15-49 ans ayant eu une naissance survenue au cours de la dernière année par type de** | |

**personnel assistant dans lôaccouchement é é é é é é é é . 97**

**[Tab.40] Tableau 12.1 Pourcentage des enfants âgés de 0-59 mois selon que la naissance est enregistrée ou non et les raisons du non enregistrement é é é é é é é é é é é é é é é é é é é é é 102**

**[Tab. C][2] Tableau 12..2 Pourcentage des enfants âgés de 0-1 mois selon que la naissance est enregistrée ou non et les raisons du non enregistrement é é é é é é é é é é é é é é é é ..é é é é é 103**

**[Tab.41] Tableau 12.3 Pourcentage dôenfants âgés de 0-14 mois dans les ménages qui ne vivent pas avec un parent biologique é é é é é é .é é é é . 106**

**[Tab.42] Tableau 12.4 Pourcentage des enfants âgés de 5-17 ans qui travaillent actuellement é é é é é é é é é é é é é é é é é é é é é é . 110**

# LISTE DES GRAPHIQUES


| | | |
|---|---|---|
| **Graphique 4.1** | **Répartition de la population par âge et par sexe ..... 9** | |
| **Graphique 5.1** | **Mortalité des enfants de moins de 5 ans ..... 17** | |
| **Graphique 5.2** | **Mortalité infantile et juvénile selon les caractéristiques de la mère ..... 19** | |
| **Graphique 6.1** | **Evolution des taux de scolarisation selon le sexe et l'âge ..... 28** | |
| **Graphique 7.1** | **Source principale d'approvisionnement en eau de boisson ..... 33** | |
| **Graphique 8.1** | **Pratique de l'allaitement des enfants de moins de 2 ans ..... 47** | |
| **Graphique 8.2** | **Proportion de ménages qui ont consommé du sel adéquatement iodé ..... 50** | |
| **Graphique 9.1** | **Couverture vaccinale des enfants avant l'âge de 12 mois, enfants de 12-23 mois ..... 55** | |
| **Graphique 9..2** | **Enfants de 12 ï 23 mois ayant eu tous les vaccins de PEV et enfants n'ayant eu aucun vaccin ..... 57** | |

# Résumé analytique

L'enquête par grappe à indicateurs multiples (MICS) 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, rural) et au niveau régional.. Les principaux objectifs de l'enquête consistent à recueillir des informations à jour pour l'évaluation de la situation des enfants et des femmes au Togo à la fin de la décennie et de fournir les données pour le suivi des progrès en vue de la réalisation des objectifs établis au cours du Sommet mondial pour les enfants et comme base des actions futures.

***Mortalité infantile et infanto-juvénile***

- Les indicateurs de mortalité présentés dans ce rapport sont calculés à partir des informations sur l'historique des naissances recueillies lors de l'Enquête Démographique et de Santé (EDST-II) réalisée en 1998. Les données montrent que le taux de mortalité infantile est de 80 ‰ et celui de la mortalité infanto-juvénile de 146 ‰ en 1998. Ces données montrent que les taux de mortalité infantile et infanto-juvénile se situe à des niveaux encore élevés même si il y a une légère amélioration par rapport en 1998.

***Education***

- Au niveau de l'éducation préscolaire, les données de MICS2 révèle que seulement 8,6% des enfants de 36 à 59 mois ont fréquenté un programme organisé de l'éducation préscolaire. La fréquentation d'un programme d'éducation de la petite enfance présente des disparités relativement importantes au niveau des régions. La proportion des enfants âgés de 36 à 59 mois qui suivent l'enseignement préscolaire varie de 14,2 % dans la région Maritime y compris Lomé à 1,9 % dans la région de Kara.

- D'une manière générale 63 % des enfants en âge d'aller à l'école primaire ((5 – 11 ans) au Togo ont fréquenté en l'an 2000 une école primaire. Ce ratio est de 67% pour les garçons contre 59 % pour les filles. Lorsqu'on considère le groupe d'âges 6-14 ans, le taux net de scolarisation passe à 67 %, 73 % pour les garçons contre 61 % pour les filles. Au niveau régional les taux net de scolarisation dépassent la moyenne nationale dans les régions méridionales (Lomé, Régions Maritime et des Plateaux) tandis que dans les régions septentrionales (Régions Centrale, de la Kara et des Savanes) la situation paraît moins bonne. Quelle que soit la région, les taux de scolarisation sont plus élevés chez les garçons que chez les filles.

- L efficacité du système éducatif primaire est mesurée par la probabilité pour un enfant inscrit au Cours Primaire Première année (CP1) d'atteindre la cinquième année. Près de neuf enfants sur dix (88 %) qui entrent en première année de l'école primaire atteignent, en définitive la cinquième année.

- Au Togo, 53 % de la population âgée de 15 ans et plus (53 %) sait lire et écrire. Ce ration est de 68 % pour les hommes contre 38% pour les femmes. Dans la région de

Lomé, 80% de la population sont alphabétisés contre 15,8% dans la region des Savanes. Comme pour la scolarisation des enfants, la région des Savanes demeure le milieu où la situation est la plus critique. Durant la période 1996 – 2000, l'accès à l'eau n'a pas connu une évolution, il est resté stationnaire.

### *Eau et assainissement*

- Selon les données de MICS2, (48 %) des ménages togolais utilisent de l'eau potable salubre. On note une forte disparité, (75 %) de la population urbaine ont accès à l'eau potable salubre contre 33%. La situation dans la Région des Savanes est plus critique que celle des autres régions où seulement 29 % des ménages ont accès à l'eau potable.

- Moins de la moitié de la population (40 %) vit dans des ménages disposant de toilettes. En milieu urbain, 74 % des ménages possèdent de toilettes contre 22 % seulement en milieu rural.

### *Malnutrition des enfants*

- La malnutrition, sous toutes ses formes continue de toucher une importante proportion des enfants de moins de 5 ans et est devenue un problème de santé publique au Togo. 25 % des enfants âgés de moins de 3 ans au Togo souffrent d'insuffisance pondérale ou sont trop minces pour leur âge. 22 % des enfants souffrent de retard de croissance ou sont trop courts pour leur âge et 12 % sont émaciés ou trop minces pour leur taille.

### *Allaitement au sein*

- L'allaitement est pratiquement universel au Togo : 95% des enfants nés au cours des trois dernières années ont été allaités. Moins du quart des enfants âgés de moins de 4 mois (18 %) sont allaités exclusivement au sein, ce qui est très inférieur à la norme recommandée par l'OMS et l'UNICEF. A l'âge de 6-9 mois, 65 % des enfants reçoivent en plus du lait maternel, des aliments solides ou semi-solides. A l'âge de 20-23 mois, près des 2/3 des enfants soit 65% continuent d'être allaités.

### *Iodation du sel*

- Près de sept ménages sur dix (67 %), au Togo consomment en l'an 2000 de sel iodé de façon adéquate (25+PPM). Cependant ces données cachent de grandes disparités au niveau régional car dans la région Maritime, 65 % des ménages utilisent du sel iodé contre 40 % dans la région des Savanes. Néanmoins, on note une légère amélioration par rapport à l'EDST de 1998 où seulement 22% des ménages utilisaient du sel iodé dans la région des Savanes.

### *Supplément en vitamine A*

- Au cours des six mois précédant l'enquête MICS 2, 16 % des enfants âgés de 6 à 59 mois ont reçu une dose élevée de supplément en vitamine A. Moins d'un enfant sur dix (9 %) n'a pas reçu de supplément au cours des 6 derniers mois, mais avaient reçu une dose avant cette période.

### *Faibles poids à la naissance*

- Un peu moins de deux nourrissons sur dix (11 %) auraient un poids inférieur à 2500 grammes à la naissance. Ce pourcentage est plus élevé dans la Région des Savanes (14 %) que dans les autres régions.

### *Couverture vaccinale*

- La grande majorité des enfants âgés de 12 à 23 mois (81 %) ont reçu une vaccination du BCG à l'âge de 12 mois et la première dose de la DTCoq. Le pourcentage baisse pour les doses suivantes de la DTCoq, soit 71 % pour la deuxième, et 57 % pour la troisième dose.

  De même, 87 % des enfants ont reçu la Polio 1 à l'âge de 12 mois et ce chiffre tombe à 57 % pour la troisième dose.

- La couverture pour le vaccin contre la rougeole s'élève aussi à 57 %

- Au total seulement quatre enfants sur dix (41 %) ont effectué toutes les huit vaccinations recommandées au cours des 12 premiers mois de la vie.

- Le taux de vaccination des garçons et des filles est pratiquement le même.

On note cependant que le faible taux de la couverture vaccinale au Togo est un problème aussi rural que urbain car seulement 55,3% en milieu urbain contre 34,8% en milieu rural sont complètement vaccinés. Au niveau régional, on note des différences très importantes. La proportion la plus élevée est observée à Lomé (62%), viennent ensuite les régions Centrale et des Savanes avec respectivement 46 et 45 % de taux de couverture vaccinale. Les taux de couverture vaccinale les plus faibles sont enregistrés dans les régions des Plateaux (33 %), Maritime (34 %) et de la Kara (39%). Il n'y a pas de variation significative selon le sexe de l'enfant.

### *Diarrhée*

- 23 % ont eu la diarrhée dans les deux semaines précédant l'enquête. Parmi ces enfants souffrant de diarrhée, seulement 13% ont été traités à l'aide des Sels de Réhydratation par voie Orale (SRO) et 17,5% ont reçu des solutions préparées à la maison acceptable. La grande majorité des enfants (95 %) qui ont souffert de diarrhée a reçu un ou plusieurs traitements à domicile recommandés.
- Cependant seulement 14,9 % des enfants souffrant de diarrhée ont reçu davantage de liquides et ont continué de manger tel que recommandé.

### *Infections respiratoires aiguës*

- 9 % des enfants âgés de moins de cinq ans avaient une infection respiratoire aiguë au cours des deux semaines précédant l'enquête. Parmi ces enfants, 30 % avaient été présentés à un prestataire de soins de santé approprié.

### *Initiative de la PCIME*

- Parmi les enfants âgés de moins de cinq ans qui auraient eu la diarrhée ou d'autres formes de maladies au cours des deux semaines précédant la MICS, 13 % avaient reçu davantage de liquides et continuaient de manger selon les recommandations du programme de la PCIME.

- 59 % des mères connaissent au moins deux signes pour lesquels un enfant doit être emmené immédiatement dans un établissement de santé.

### *Paludisme*

- Au Togo, le risque d'attraper le paludisme est très élevé, cependant 15 % des enfants âgés de moins de cinq ans ont dormi sous une moustiquaire au moment de l'enquête et seulement 14 % des moustiquaires utilisées étaient imprégnées à l'insecticide.

- 65 % des enfants ayant fait une fièvre au cours des deux semaines précédant l'enquête MICS 2, Togo 2000, avaient reçu du Paracétamol pour soigner la fièvre et 59 % de la Chloroquine, tandis que moins de 3 % avait reçu du Fansidar. Un pourcentage relativement élevé d'enfants (39 %) avaient reçu d'autres médicaments.

### *VIH/SIDA*

- En ce qui concerne le VIH/SIDA, 40 % des femmes âgées de 15 à 49 ans connaissent les trois principales méthodes de prévention de la transmission du VIH (avoir un seul partenaire sexuel non infecté, utilisation d'un préservatif à chaque rapport sexuel et l'abstinence sexuelle).

- 22 % des femmes ont identifié correctement trois conceptions erronées concernant la transmission du VIH - à savoir que le VIH peut être transmis par des moyens surnaturels, par les piqûres de moustiques, et qu'une personne apparemment en bonne santé ne peut être infectée.

- 26 % des femmes en âge de procréer au Togo connaissent un endroit où l'on peut effectuer le test du Sida, mais seulement 3 % ont été testées.

- Le pourcentage des femmes qui ont des connaissances suffisantes de la transmission du VIH et le pourcentage qui sait où se faire tester pour le VIH augmente considérablement avec le niveau d'instruction.

***Contraception***

- Les résultats de MICS2 ont révélé que 26 % des femmes mariées ou vivant dans une union pratiquent la contraception. Cependant les méthodes modernes comme l'injection, la pilule, le condom et les implants ne constituent que le tiers des méthodes utilisées.

***Soins prénatals***

- Concernant la vaccination contre le tétanos néonatal, plus de neuf femmes sur dix (94 %) ayant accouché récemment au Togo sont protégées contre le tétanos néonatal. L'écrasante majorité de ces femmes a reçu deux ou plusieurs doses de toxoïde tétanique au cours des trois dernières années.

- 73 % des femmes ont reçu des soins prénatals d'un personnel qualifié (médecin, infirmier, sage-femme).

**Assistance pendant l'accouchement**

- La proportion de naissances assistés par un personnel de santé qualifié est de 48,6% au cours des douze derniers mois précédant l'enquête MICS 2. La majorité de ces naissances est assistée par une sage-femme (31,9%). Au niveau régional le pourcentage de naissances assistés par un personnel de santé qualifié, le plus élevé est observé à Lomé (89 %) tandis que le plus faible est enregistré dans la Région des Savanes (18 %).

**Enregistrement des naissances**

- Les données révèlent que 83% des enfants âgés de moins de 5 ans au Togo sont enregistrées à l'état civil ; cependant seulement 33 % des naissances sont enregistrées dans les délais légaux (0 à 30 jours). Il n'existe pas de disparités importantes entre les sexes, cependant les naissances sont plus enregistrées dans les centres urbains (94 %) que dans les zones rurales (78 %).

**Orphelinat et dispositions relatives à la garde des enfants**

- D'une manière générale, 67 % des enfants âgés de 0 à 14 ans vivent avec les deux parents (père et mère). Les enfants qui ne vivent pas avec un parent biologique représentent 12 % et les enfants qui ont perdu un ou les deux parents représentent 9 % de tous les enfants âgés de 0 à 14 ans. .

- La situation varie selon le milieu et la région de résidence des enfants. En effet les enfants du milieu rural vivent plus avec leurs deux parents biologiques (71 %) que les enfants qui résident dans les centres urbains (57 %). Les proportions des enfants qui vivent avec leurs deux parents biologiques varient de 82 % dans la Région des Savanes à 57 % dans la Commune de Lomé. Par contre les proportions d'enfants qui vivent avec leur mère seule bien que leur père soit en vie sont plus importantes à Lomé (13 %) dans les régions méridionales que dans les

régions septentrionales : Région des Savanes (3 %), Région de la Kara (7 %) et Région Centrale (9 %).

## Travail des enfants

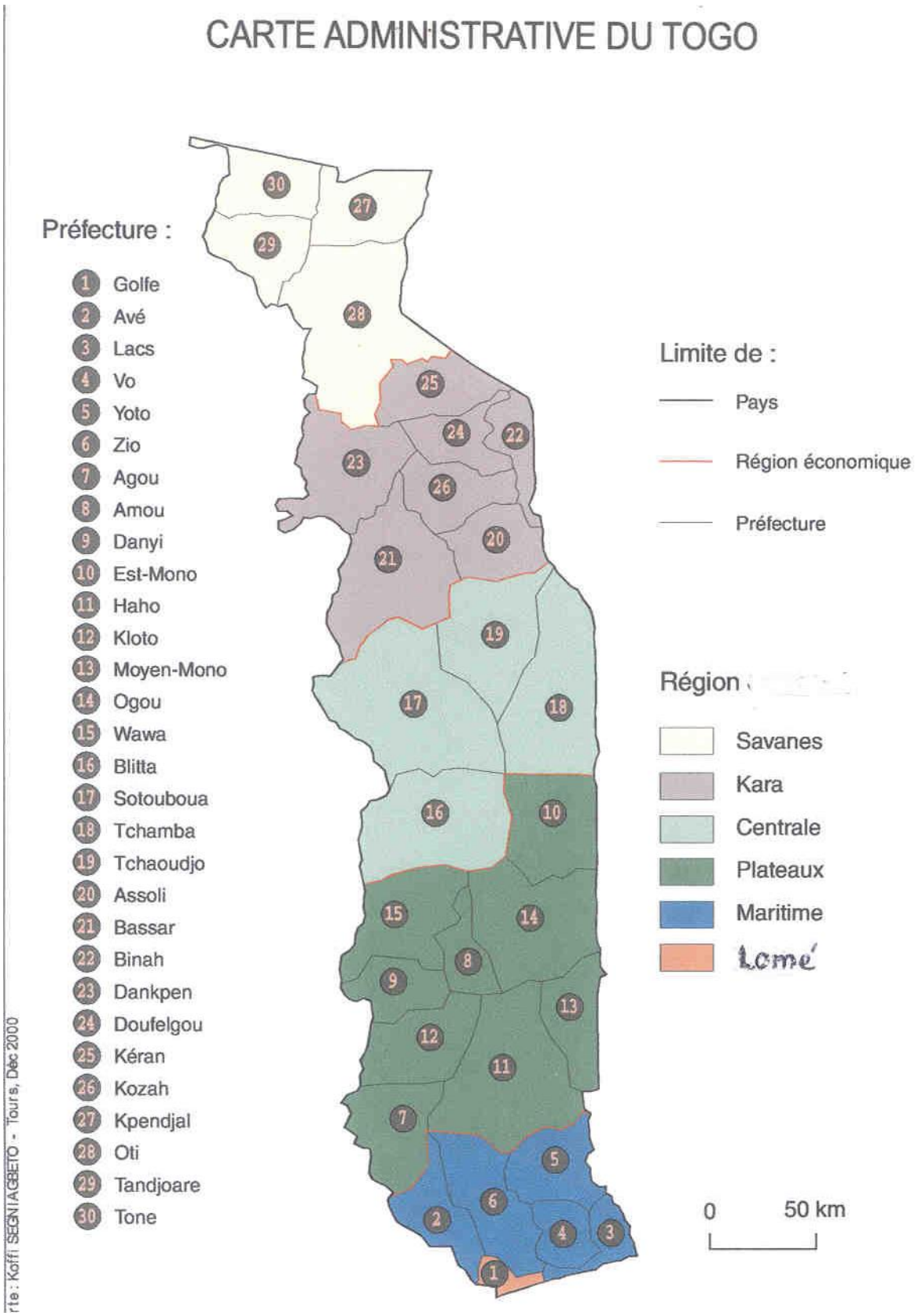
- 13 % des enfants âgés de 5 à 17 ans ont effectué un travail rémunéré et 12 % ont participé à un travail non rémunéré pour une personne autre qu'un membre du ménage.

- Près de huit enfants sur dix (76 %) ont effectué des tâches domestiques, telles que la cuisine, la collecte de lôeau, et sôoccupent dôautres enfants, pendant moins de quatre heures par jour, tandis que 21 % ont consacré plus de quatre heures par jour à ces tâches.

| Indicateurs du Sommet Mondial pour les Enfants | |
|---|---|
| Probabilité de mourir avant l'âge de cinq ans | 146 pour mille |
| Probabilité de mourir avant l'âge d'un an | 80 pour mille |
| Proportion des moins de cinq ans qui sont trop minces pour leur âge | 25 pour cent |
| Proportion des moins de cinq ans qui sont trop courts pour leur âge | 22 pour cent |
| Proportion des moins de cinq ans qui sont trop minces pour leur taille | 12 pour cent |
| Proportion de la population qui utilise de l'eau potable | 48 pour cent |
| Proportion de la population qui utilise des toilettes | 40 pour cent |
| Proportion des enfants entrant en première année de l'école primaire et qui atteignent en définitive la cinquième | 88 pour cent |
| Proportion des enfants de l'école primaire fréquentant une école primaire | 63 pour cent |
| Proportion de la population âgée de 15 ans sachant lire une lettre ou un journal | 53 pour cent |
| Proportion des femmes âgées de 15 à 49 ans qui sont vues au moins une fois pendant leur grossesse par un agent de santé qualifié | 73 pour cent |
| Proportion des femmes mariées âgées de 15 à 49 ans qui utilisent une méthode Contraceptive | 26 pour cent |
| Proportion des naissances assistées par un agent de santé qualifié | 49 pour cent |
| Proportion des naissances vivantes dont le poids est inférieur à 2500 kg | 11 pour cent |
| Proportion des ménages qui consomment du sel iodé de façon adéquate | 67 pour cent |
| Proportion des enfants âgés de 6 à 59 mois qui ont reçu un supplément en vitamine A au cours des 6 derniers mois | 16 pour cent |
| Proportion des mères qui ont reçu un supplément en vitamine A avant que le nourrisson n'atteignent 8 semaines | 23 pour cent |
| Proportion des nourrissons âgés de moins de 4 mois qui sont allaités exclusivement | 18 pour cent |
| Proportion des nourrissons âgés de moins de 6 à 9 mois qui reçoivent du lait maternel et des aliments complémentaires | 65 pour cent |
| Proportion des enfants âgés de 12 à 15 mois qui sont allaités | 95 pour cent |
| Proportion des enfants âgés de 20 à 23 mois qui sont allaités | 65 pour cent |
| Proportion des enfants vaccinés contre la diphtérie, la coqueluche et le tétanos à l'âge d'un an | 57 pour cent |
| Proportion des enfants vaccinés contre la rougeole à l'âge de un an | 57 pour cent |
| Proportion des enfants vaccinés contre la polio à l'âge de un an | 57 pour cent |
| Proportion des enfants vaccinés contre la tuberculose à un an | 81 pour cent |
| Proportion des enfants âgés de an protégés contre le tétanos néonatal grâce à la vaccination de la mère | 94 pour cent |
| Proportion des enfants de moins de cinq ans qui ont eu la diarrhée au cours des 2 dernières semaines et qui ont été traités avec les sels de réhydratation orale | 23 pour cent |
| Proportion des enfants de moins de cinq ans qui ont eu la diarrhée au cours des 2 dernières semaines et qui ont été traités avec une solution faite à domicile approprié | 18 pour cent |
| Proportion des enfants âgés de moins de cinq ans qui ont eu la diarrhée au cours des dernières semaines et qui ont reçu davantage de fluides et poursuivi l'alimentation pendant l'épisode | 15 pour cent |
| Proportion des enfants âgés de moins de cinq ans qui ont eu une IRA au cours des 2 dernières semaines | 9 pour cent |
| Proportion des enfants âgés de moins de cinq ans qui ont eu une IRA au cours des 2 dernières semaines et qui ont été présentés à un prestataire de soins de santé approprié | 30 pour cent |
| Proportion des enfants âgés de 36 à 59 mois qui fréquentent une forme ou une autre de programme d'éducation préscolaire | 9 pour cent |
| **Indicateurs de suivi des droits des enfants** | |
| Proportion des enfants de moins de cinq ans dont les naissances seraient enregistrés à l'état civil | 83 pour cent |

| | |
|---|---|
| Proportion des enfants de moins de cinq ans dont les naissances seraient enregistrés à l'état civil dans les délais légaux (un mois) | 33 pour cent |
| Proportion des enfants âgés de 0-14 ans dans les ménages ne vivant pas avec un parent biologique | 12 pour cent |
| Proportion des enfants âgés de 0-14 ans qui sont orphelins et vivant dans les ménages | 9 pour cent |
| Proportion des enfants âgés de 5 à 14 ans qui travaillent à l'heure actuelle | 77 pour cent |
| Proportion des enfants âgés de 5 à 14 ans ayant effectué des travaux domestiques moins de 4 heures par jour | 76 pour cent |
| Proportion des enfants âgés de 5 à 14 ans ayant effectué des travaux domestiques plus de 4 heures par jour | 21 pour cent |
| Proportion d'enfants âgés de 5 à 14 ans ayant effectué un travail rémunéré | 13 pour cent |
| | |
| **Indicateurs pour le monitorage de la PCIME et du paludisme** | |
| Proportion des enfants âgés de moins de cinq qui auraient été malades au cours des 2 dernières semaines et qui ont reçu davantage de fluides et poursuivi l'alimentation | 13 pour cent |
| Proportion des personnes à charge des enfants âgés de moins de cinq ans qui connaissent au moins deux signes nécessitant la recherche immédiate des soins | 59 pour cent |
| Proportion des enfants âgés de moins de cinq ans qui dorment sous une moustiquaire imprégnées à l'insecticide | 14 pour cent |
| Proportion des enfants âgés de moins de cinq ans qui ont été malades et ont fait de la fièvre au cours des 2 semaines et ont reçu des antipaludéens | 65 pour cent |
| **Indicateurs de suivi du VIH/Sida** | |
| Proportion des femmes qui ont identifié correctement les 3 principales méthodes de prévention de l'infection à VIH | 40 pour cent |
| Proportion des femmes qui ont identifié correctement 3 conceptions erronées concernant le VIH | 22 pour cent |
| Proportion des femmes qui identifient correctement les modes de transmission du VIH de la mère à l'enfant | 74 pour cent |
| Proportion des femmes exprimant une attitude discriminatoire à l'égard des gens qui ont le VIH/Sida | 88 pour cent |
| Proportion des femmes qui savent où effectuer le test du VIH | 26 pour cent |
| Proportion des femmes qui ont été testées pour le VIH | 3 pour cent |

# CARTE ADMINISTRATIVE DU TOGO



# CHAPITRE I

# PRESENTATION DU PAYS

## 1.1 ASPECTS PHYSIQUES

Situé en Afrique occidentale, le Togo couvre une superficie de 56.600 km² et sô étire sur 600 km de long et 45 à 150 km de large entre la République du Bénin à lôEst, le Ghana à lôOuest, le Burkina Faso au Nord et lôOcéan Atlantique au Sud.

## 1.2 ASPECTS DEMOGRAPHIQUES

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

Dôaprès les données socio-démographiques disponibles, la population togolaise est passée de 1.443.000 habitants en 1960 à 4.629.000 habitants en 2000 selon les dernières estimations faites par la Direction de la Statistique Générale. Le taux dôaccroissement naturel a évolué de 2,6 % par an entre 1960 et 1970 à 2,9 % entre 1970 et 1981, 3 % entre 1981 et 1990 et, selon les données issues de lôEDST-II en 1998, 2,4 % par an entre 1990 et 1998.

La structure par âge de la population togolaise révèle une forte proportion des jeunes, 60% ont moins de 18 ans, malgré une légère diminution du taux de fécondité observés pendant cette dernière décennie. Le niveau de fécondité a montré une nette tendance à la baisse cette dernière décennie : 6,6 enfants par femme en 1988 contre 5,4 en 1998. Il existe également un différentiel encore important entre milieux urbain et rural. Alors que le niveau de la fécondité est resté encore stable en milieu rural avec 6,5 enfants par femme, en milieu urbain on note une baisse relativement importante, le nombre moyen dôenfants par femme passant de 4,7 en 1988 à 3,3 en 1998. La fécondité précoce reste un phénomène à combattre chez les adolescentes de 15 à 19 ans, notamment en milieu rural ; en effet selon lôEDST-II 25 % des adolescentes en milieu rural et 12 % en milieu urbain sont déjà mères ou enceintes pour la première fois en 1998.

Le niveau de la mortalité des enfants de moins de cinq ans bien quôen baisse reste encore très élevé. La mortalité infantile est passée de 121 pour 1,000 naissances vivantes en 1961 à 81 ă en 1988 et est en stagnation en 1998 à 80 ă . La mortalité infanto-juvénile continue cependant de baisser, en passant de 158 ă en 1988 à 144 ă en 1998. Le taux de mortalité maternelle a été estimée en 1998 à 478 pour 100 000 naissances vivantes.

## 1.3 ASPECTS POLITIQUES

Indépendant depuis le 27 avril 1960, lôorganisation politique et administrative du Togo a connu plusieurs transformations dont la dernière a abouti en 1992 à lôavènement de la quatrième république, avec un régime semi-présidentiel. Le pays connaît depuis 1992 une transition démocratique difficile dont les conséquences ont un impact négatif sur lôensemble de la vie économique et sociale. En 1999, un processus de dialogue entre les différents protagonistes de la vie politique togolaise a abouti à un compromis appelé Accord Cadre de Lomé. Mais la normalisation tarde à entrer dans les faits malgré les avancées significatives obtenues comme

lôadoption dôun nouveau Code Electoral et la mise en place dôune Commission Nationale Indépendante.

### 1.4 ASPECTS ADMINISTRATIFS

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

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

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

Quand à la décentralisation appelée à servir de socle et de cadre à une bonne gouvernance de proximité et de participation du citoyen à la gestion de la chose publique et du développement, elle ne connaît pas encore de mise en place effective, ni au niveau des textes dôapplication de la loi qui en institue le principe, ni au niveau des structures des futures collectivités territoriales décentralisées.

### 1.5 ASPECTS ECONOMIQUES

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

Le revenu par tête dôhabitant est resté quasiment stationnaire sur la dernière décennie (52.000 FCFA en 1995 contre 55.600 FCFA en 1999) et le taux de chômage national a atteint un niveau très élevé (26 % de la population active). Cette crise a entraîné la dégradation du niveau de vie des populations et accentué la précarité de la situation des femmes et des enfants. Il résulte de cette situation une intensification croissante de la pauvreté et une dégradation importante du contexte social.

### 1.6 ASPECTS SOCIAUX

Le Togo a entrepris en 1994 un programme de réformes visant à ramener le pays sur la voie dôune croissance durable et diversifiée. Cet effort de relance a été appuyé par des ressources du Fonds Monétaire International au titre de la Facilité dôAjustement Structurel Renforcée (FASR) et par un crédit dôajustement de la Banque Mondiale ainsi que par le concours financier dôautres institutions multilatérales et de bailleurs de fonds bilatéraux.

Malgré cet effort de relance, la situation de la trésorerie ne sôest pas améliorée, aggravée par des retards dans le décaissement de lôaide extérieure. Les autorités nôont pas pu réduire les arriérés intérieurs comme prévu et de nouveaux arriérés se sont accumulés. De plus, la résorption des arriérés extérieurs a subi des retards considérables à la fin de lôannée 1996.

Face à cette situation, des mesures dôaccompagnement sont mises en place par le gouvernement pour atténuer lôimpact de la dévaluation sur les populations les plus vulnérables :

- le programme de travaux publics urbains à forte intensité de main-dôuvre a été lancé ;
- les crédits budgétaires alloués à lôéducation et à la santé ont été accrus ;
- les médicaments en non générique sont plus largement disponibles et leur distribution à un prix relativement bas ;
- le Ministère de la Santé a entrepris la restructuration du secteur ;
- le Ministère de lôéducation, a entrepris le recrutement des maîtres auxiliaires à un salaire nettement moins élevé.

Malgré ces mesures, les performances en matière dôaccès aux services sociaux de base notamment la Santé et lôEducation sont en constante dégradation. Dans ce contexte général, la situation des enfants et des femmes est encore plus préoccupante.

# CHAPITRE II

## OBJECTIFS ET CADRE INSTITUTIONNEL DE LôENQUËTE

### 2.1. OBJECTIFS

La réalisation de la deuxième enquête à indicateurs multiples (MICS 2) vise à :

- © mesurer le niveau d'atteinte des objectifs de la décennie, établis par le Sommet Mondial pour les Enfants, dans le contexte togolais ;
- © analyser et publier les données permettant de suivre l'évolution des indicateurs sociaux relatifs au bien-être des enfants afin de prendre des décisions appropriées pour le mieux-être des enfants du Togo

Les données de MICS2 permettent dôévaluer 21 des 27 objectifs du Sommet Mondial pour les Enfants sur les thèmes suivants :

- Lôéducation de base et de lôalphabétisation
- Lôeau, hygiène et assainissement
- Lôétat nutritionnel, lôallaitement, la consommation du sel iodé, le supplément en vitamine A, le faible poids à la naissance etc ;
- La couverture vaccinale des enfants et des femmes ;
- La santé maternelle et celle des enfants
- La santé de la reproduction (pratique contraceptive, soins prénatals et assistance à lôaccouchement)
- Le VIH/SIDA ;
- La protection des enfants en situation difficile ;
- Les autres doits de lôenfants (enregistrement à de la naissance à lôétat civil, protection au niveau de la famille et à lôégard du travail.

La MICS2 a également comme objectifs subsidiaires à :

- © constituer les données de base pour le nouveau Programme de Coopération Togo/Unicef 2002 ï 2006 ;
- © renforcer la capacité des personnes ressources pour la réalisation et lôanalyse des enquêtes à ménages dôun haut niveau ;
- © favoriser le consensus sur les Droits de lôEnfant ;
- © fournir et suivre régulièrement les indicateurs sur les Droits de lôEnfant ;
- © garantir la comparabilité internationale des résultats.

### 2.2. CADRE INSTITUTIONNEL DE LôENQUETE

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

Le Comité de Pilotage réunissant les représentants des Ministères avait la responsabilité de veiller au bon déroulement de la MICS2. Sont membres : le Ministère du Plan de lôAménagement du Territoire, de lôHabitat et de lôUrbanisme; le Ministère de la Santé Publique; le Ministère de lôEducation Nationale et de la Recherche; le Ministère des Affaires Sociales, de la Promotion de la Femme et de la Protection de lôEnfance; et, lôUNICEF.

Le comité de pilotage en tant quôorgane de coordination à :

- Examiner les indicateurs et questionnaires retenus au niveau international et les à adapter au niveau du Togo ;
- Préciser les besoins en données statistiques du pays ;
- Assurer les démarches dôinformation, de sensibilisation et requête de collaboration auprès des autorités administratives ;
- Coordonner les différentes activités et veiller au respect de lôéchéance du projet ;
- Veiller à une bonne marche de la collaboration entre les deux institutions qui travaillent sur le projet ;
- Veiller à la bonne marche de toutes les phases de l'opération ;
- Mettre à la disposition de l'étude, les ressources matérielles nécessaires ;
- Assurer une bonne collaboration entre l'équipe technique et les Divisions régionales de la Statistique ;
- Veiller à une bonne gestion financière du projet ;
- Valider les résultats de MICS2.

Lôenquête proprement dite est réalisée avec une équipe technique nationale composée dôun directeur national de projet, de deux responsables techniques (un démographe et un démographe statisticien) sous la supervision du Comité de Pilotage et de lôUNICEF. Lôéquipe technique a travaillé en plein temps pour assurer un déroulement complet de lôenquête et de respecter le plan de travail y compris lôéchantillonnage, la sélection et la formation des agents de terrain, la supervision de lôensemble des activités de terrain, le traitement, lôapurement et lôanalyse des données. Lôéquipe a également la responsabilité de sôassurer que les résultats de lôenquête seraient synthétisés et présentés aux niveaux régional et national pour permettre aux décideurs de comprendre les résultats et à les utiliser pour la planification et la prise de décisions.

# CHAPITRE III

## LA METHODOLOGIE DE LôENQUETE

### 3.1. CONCEPTION DE L'ECHANTILLON

L'échantillon de l'enquête MICS2 du Togo est représentatif au niveau national, en milieu urbain et rural et au niveau de Lomé et des cinq régions du Togo : Maritime, Plateaux, Centrale, Kara et Savanes. L'échantillon est basé sur un sondage par grappes stratifié à deux degrés. Au premier degré, 192 grappes ont été tirées au hasard à partir de l'échantillon des grappes de l'Enquête démographique et de santé réalisée en 1998 et a permis d'établir la liste des ménages. Au deuxième degré, un échantillon de 5096 ménages a été sélectionné dans les grappes retenues à partir de la liste actualisée des ménages. Toutes les femmes âgées de 15 à 49 ans et tous les enfants de moins de cinq ans résidant dans les ménages ont été enquêtés avec des questionnaires individuels. Compte tenu de la taille variable de chaque strate, différents taux de sondage ont été appliqués à chaque strate et les résultats ont été pondérés au niveau national. Par contre l'échantillon est auto-pondéré à l'intérieur de chaque strate**.**

Une enquête de Séro-prévalence Antitétanique initiée par «The Center for Disease Control» (CDC), l'Université Johns Hopkins (Faculté de l'Hygiène et Santé Publique), l'UNICEF, USAID-BASICS, l'OMS et le Ministère de la Santé au Togo a été annexée à l'enquête MICS2. L'objectif de cette enquête de séro-prévalence antitétanique est de :

- déterminer si lôobjectif de protéger 90 % des nouveaux nés contre le tétanos néonatal à travers la vaccination de leurs mères, fixé par le Sommet Mondial pour les Enfants a été atteint ;
- fournir au Programme Elargi de Vaccination (PEV) une mesure directe de la séro-prévalence de la protection contre le tétanos néonatal ;
- montrer la corrélation entre le taux de couverture trouvé par le MICS2 et la séro-prévalence.
- alerter le gestionnaire du PEV sur une éventuelle faiblesse du taux de couverture antitétanique.

Lôenquête a été menée dans un sous-échantillon de MICS2 et les femmes éligibles sont tirées au sort dans la moitié des grappes de lôétude. Sont éligibles pour l'enquête de séro-prévalence les femmes à qui le questionnaire individuel femme a été administré, donc âgées de 15 à 49 ans et qui ont accouché dôun enfant vivant dans les 12 mois au moment de lôenquête séro-épidémiologique et ont donné leur consentement. La taille de lôéchantillon est de 360 femmes réparties dans les cinq régions du Togo, plus la Commune de Lomé qui constitue un domaine d'étude distinct. Les prélèvements du sang sont envoyés au Center for Disease Control (CDC), lôUniversité Johns Hopkins (Faculté de lôhygiène et Santé Publique) aux Etats-Unis pour être analysés, les résultats seront communiqués dans les mois à venir pour être intégrés dans le rapport final.

### 3.2 LES QUESTIONNAIRES

Les questionnaires de la MICS2 du Togo reposent sur 3 types standards (questionnaire ménage, femme de 15 à 49 ans, enfants de moins de 5 ans) élaborés pour lôexercice MISC mondiale initié par lôUNICEF. Quelques modifications ont été apportées aux questionnaires de Togo pour les

rendre plus léger en raison du fait que certains indicateurs sont déjà disponibles au niveau de l'EDST-II de 1998.

Le questionnaire ménage a été administré dans chaque ménage, ce qui a permis de recueillir différentes informations sur les membres du ménage, notamment : le sexe, l'âge, l'alphabétisation, la situation de famille et le statut d'orphelin. Le questionnaire ménage contient les modules suivants :

- l'éducation
- le travail des enfants
- l'eau et l'assainissement
- l'iodation du sel

Le questionnaire pour les femmes contient 4 modules:

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

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

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

### 3.3 FORMATION ET COLLECTE DES DONNEES

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

### 3.4 TRAITEMENT DES DONNEES

L'exploitation des données a démarré le 16 août et a pris fin le 30 octobre 2000. Elle comportait les étapes suivantes : la vérification des données, la saisie des données, l'édition et enfin l'apurement et la tabulation des données. Les dossiers rentrés du terrain sont systématiquement vérifiés au bureau par une équipe de cinq personnes afin de s'assurer l'exhaustivité des données. Puis les dossiers sont transmis à la cellule de saisie composée de six opérateurs de saisie qui ont travaillé sur six micro-ordinateurs utilisant le logiciel Epi Info.

Afin d'assurer le contrôle de la qualité, tous les questionnaires de la ville de Lomé ont fait l'objet d'une double entrée, et des contrôles de cohérence interne ont été effectués. Le logiciel SPSS a été appliqué pour développer les programmes standards au titre de la MICS2 du Togo.

# CHAPITRE IV

## CARACTERISTIQUE DE LôECHATILLON ET QUALITE DES DONNEES

### 4.1 TAUX DE REPONSE

Le tableau 4.1 fournit tous les détails sur les résultats des enquêtes, ménage, femme et enfant. Sur les 5095 ménages sélectionnés pour l'échantillon de la MICS 2 du Togo, 4781 étaient identifiés. Parmi ceux-ci 4589 ont pu être enquêtés avec succès, soit un taux de réponse de 96,0. Le taux de réponse était plus élevé dans les zones rurales (97 %) que dans les zones urbaines (95 %).

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

**[Tab.1] Tableau 4.1 : Résultats de lôenquête ménage et de lôenquête Individuelle, Togo 2000**

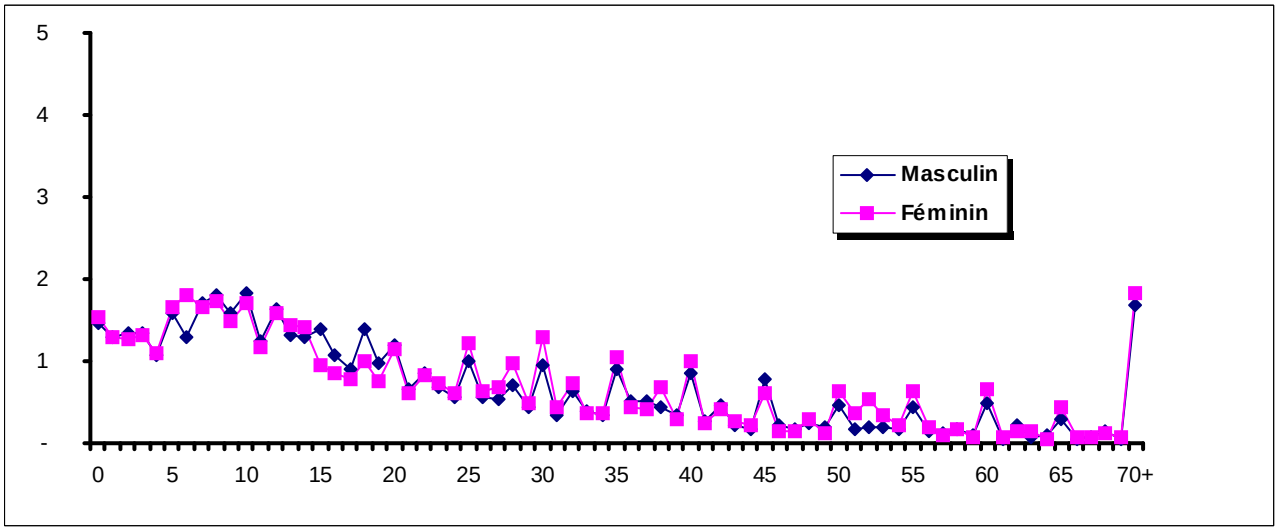
| RESULTATS | Urbain | Rural | Total |
|---|---|---|---|
| **Enquête ménage** | | | |
| Ménages sélectionnés | 1821 | 3274 | 5095 |
| Ménages identifiés | 1680 | 3101 | 4781 |
| Ménages enquêtés avec succès | 1590 | 2999 | 4589 |
| Taux de réponses des ménages | **94,6** | **96,7** | **96,0** |
| **Enquête femme** | | | |
| Femmes éligibles | 1830 | 3337 | 5167 |
| Femmes interviewées avec succès | 1689 | 3019 | 4708 |
| Taux de réponses des femmes | **92,3** | **90,5** | **91,1** |
| **Enquête enfant** | | | |
| Enfants moins de 5 ans | 762 | 2581 | 3343 |
| Enfants interviewés avec succès | 728 | 2424 | 3152 |
| **Taux de réponse des enfants** | **95,5** | **93,9** | **94,3** |

***Source : MICS 2, Togo, 2000***

### 4.2 DISTRIBUTION

Le tableau 4.2, illustré par le graphique 41 donne les répartitions en pourcentage et les effectifs des membres des ménages. Lôexamen des structures détaillées par âge pour les sexes masculin et féminin présente certaines irrégularités comme lôindique le graphique. On observe des pointes très marquées aux âges se terminant par 0 et 5. Cette attirance aux âges se terminant par 0 et 5 est due à la tendance à déclarer un âge rond pour les personnes qui nôont pas idée précise de leur âge.

**Graphique 4.1 : Répartition de la population par âge et par sexe**



## [Tab.2] Tableau 4.2 : Répartition de la population des ménages par âge et par année selon le sexe, Togo, 2000

| AGE | DE 0 à 18 ANS | | | |
|---|---|---|---|---|
| | Masculin | | Féminin | |
| | Effectif | % | Effectif | % |
| 0 | 335 | 2,9 | 355 | 3,0 |
| 1 | 296 | 2,6 | 296 | 2,5 |
| 2 | 309 | 2,7 | 292 | 2,5 |
| 3 | 312 | 2,7 | 302 | 2,6 |
| 4 | 250 | 2,2 | 251 | 2,2 |
| 5 | 366 | 3,2 | 385 | 3,3 |
| 6 | 399 | 3,5 | 416 | 3,6 |
| 7 | 393 | 3,5 | 381 | 3,3 |
| 8 | 419 | 3,7 | 402 | 3,4 |
| 9 | 365 | 3,2 | 342 | 2,9 |
| 10 | 424 | 3,7 | 395 | 3,4 |
| 11 | 289 | 2,5 | 271 | 2,3 |
| 12 | 379 | 3,3 | 366 | 3,1 |
| 13 | 306 | 2,7 | 330 | 2,8 |
| 14 | 296 | 2,6 | 324 | 2,8 |
| 15 | 322 | 2,8 | 222 | 1,9 |
| 16 | 247 | 2,2 | 197 | 1,7 |
| 17 | 209 | 1,8 | 179 | 1,5 |
| 18 | 319 | 2,8 | 228 | 2,0 |
| TOTAL | 6235 | 54,6 | 5934 | 50,8 |

**NB** : *Selon le tableau 1.2, les enfants de 0-18 ans représentent le % le plus important de la population, soit 52,7% (54,6% de garçons et 50,8% de filles). Ce % baisse au fur et à mesure quôon évolue dans lôâge (35,2%) pour les personnes âgées de 19 à 49 ans et 11,8% pour la tranche dôâge 50 ans et plus.*

| AGE | DE 19 A 49 ANS | | | |
|---|---|---|---|---|
| | Masculin | | Féminin | |
| | Effectif | % | Effectif | % |
| 19 | 226 | 2,0 | 176 | 1,5 |
| 20 | 275 | 2,4 | 263 | 2,2 |
| 21 | 150 | 1,3 | 139 | 1,2 |
| 22 | 197 | 1,7 | 194 | 1,7 |
| 23 | 156 | 1,4 | 168 | 1,4 |
| 24 | 128 | 1,1 | 142 | 1,2 |
| 25 | 229 | 2,0 | 280 | 2,4 |
| 26 | 128 | 1,1 | 145 | 1,2 |
| 27 | 126 | 1,1 | 155 | 1,3 |
| 28 | 164 | 1,4 | 224 | 1,9 |
| 29 | 100 | 0,9 | 110 | 0,9 |
| 30 | 219 | 1,9 | 296 | 2,5 |
| 31 | 77 | 0,7 | 103 | 0,9 |
| 32 | 146 | 1,3 | 168 | 1,4 |
| 33 | 88 | 0,8 | 82 | 0,7 |
| 34 | 78 | 0,7 | 86 | 0,7 |
| 35 | 210 | 1,8 | 241 | 2,1 |
| 36 | 119 | 1,0 | 100 | 0,9 |
| 37 | 117 | 1,0 | 97 | 0,8 |
| 38 | 104 | 0,9 | 156 | 1,3 |
| 39 | 79 | 0,7 | 70 | 0,6 |
| 40 | 195 | 1,7 | 229 | 2,0 |
| 41 | 61 | 0,5 | 57 | 0,5 |
| 42 | 106 | 0,9 | 98 | 0,8 |
| 43 | 51 | 0,4 | 64 | 0,5 |
| 44 | 39 | 0,3 | 48 | 0,4 |
| 45 | 180 | 1,6 | 139 | 1,2 |
| 46 | 51 | 0,4 | 34 | 0,3 |
| 47 | 42 | 0,4 | 31 | 0,3 |
| 48 | 58 | 0,5 | 65 | 0,6 |
| 49 | 43 | 0,4 | 27 | 0,2 |
| TOTAL | 3942 | 34,3 | 4187 | 35,6 |

| AGE | DE 50 ANS ET PLUS | | | |
|---|---|---|---|---|
| | Masculin | | Féminin | |
| | Effectif | % | Effectif | % |
| 50 | 108 | 0,9 | 145 | 1,2 |
| 51 | 37 | 0,3 | 82 | 0,7 |
| 52 | 45 | 0,4 | 125 | 1,1 |
| 53 | 45 | 0,4 | 77 | 0,7 |
| 54 | 42 | 0,4 | 53 | 0,5 |
| 55 | 104 | 0,9 | 149 | 1,3 |
| 56 | 36 | 0,3 | 46 | 0,4 |
| 57 | 30 | 0,3 | 23 | 0,2 |
| 58 | 42 | 0,4 | 39 | 0,3 |
| 59 | 20 | 0,2 | 19 | 0,2 |
| 60 | 110 | 1,0 | 152 | 1,3 |
| 61 | 13 | 0,1 | 18 | 0,2 |
| 62 | 48 | 0,4 | 36 | 0,3 |
| 63 | 19 | 0,2 | 33 | 0,3 |
| 64 | 20 | 0,2 | 12 | 0,1 |
| 65 | 67 | 0,6 | 99 | 0,8 |
| 66 | 10 | 0,1 | 19 | 0,2 |
| 67 | 17 | 0,1 | 15 | 0,1 |
| 68 | 34 | 0,3 | 29 | 0,2 |
| 69 | 13 | 0,1 | 19 | 0,2 |
| 70 + | 325 | 2,9 | 363 | 3,1 |
| Missing/DK | 13 | 0,1 | 12 | 0,1 |
| TOTAL | 1185 | 10,0 | 1553 | 13,4 |

**Total de la population des ménages par âge et par sexe**

| AGE | DE 50 ANS ET PLUS | | | |
|---|---|---|---|---|
| | Masculin | | Féminin | |
| | Effectif | % | Effectif | % |
| 0-18 ans | 6235 | 54,6 | 5934 | 50,8 |
| 19-49 ans | 3942 | 34,3 | 4187 | 35,6 |
| 50 ans + | 1185 | 10,0 | 1553 | 13,4 |
| TOTAL | 11362 | 100,0 | 11686 | 100,0 |

## 4.3 CARACTERISTIQUES DE LA POPULATION

Le tableau 4.3 donne la distribution des ménages de lôéchantillon selon les caractéristiques socio-démographiques. Quatre ménages sur dix (41 %) sont urbains contre 59 % de ménages ruraux. La Région Maritime est la plus petite des cinq régions (11 % de la superficie du pays) mais elle est la plus peuplée , 30 % des ménages des enquêtés. Elle est suivie par la Région des Plateaux , 23 % des ménages. Les Régions des Savanes et Centrale avec respectivement 9 % et 8 % des ménages sont les régions les moins peuplées.

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

**[Tab. 4] Tableau 4.3 : Répartition (en %) des ménages par caractéristiques socio-démographiques, Togo, 2000**

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

***Source : MICS 2, Togo, 2000***

Les résultats du tableau 4.4 indiquent la répartition des femmes âgées de 15-49 ans selon quelques caractéristiques. Les femmes âgées de 15 à 19 forment le pourcentage le plus important de lôéchantillon soit 20 %. Dôune manière générale ces pourcentages diminuent graduellement avec lôâge et dans la tranche dôâge 45ï49 ans, il ne représente que 5 % de lôéchantillon. Côest une situation classique que lôon rencontre dans les pays dôAfrique subsaharienne.

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

| [Tab. 5] Tableau 4.4 : Répartition (en %) des femmes âgées de 15-49 ans par caractéristiques socio-démographiques, Togo, 2000 | | | |
|---|---|---|---|
| **CARACTERISTIQUES** | **%** | **Effectif** | **Non Pondéré** |
| **Région** | | | |
| Lomé | 18,9 | 885 | 747 |
| Maritime | 27,5 | 1285 | 781 |
| Plateaux | 23,1 | 1082 | 893 |
| Centrale | 8,6 | 402 | 709 |
| Kara | 10,8 | 506 | 589 |
| Savanes | 11,1 | 520 | 962 |
| **Milieu de Résidence** | | | |
| Urbain | 41,6 | 1946 | 1741 |
| Rural | 58,4 | 2735 | 2940 |
| **Age des femmes enquêtées** | | | |
| 15-19 ans | 19,9 | 929 | 890 |
| 20-24 ans | 18,6 | 870 | 845 |
| 25-29 ans | 18,9 | 882 | 894 |
| 30-34 ans | 14,5 | 679 | 697 |
| 35-39 ans | 13,5 | 629 | 659 |
| 40-44 ans | 9,5 | 444 | 440 |
| 45-49 ans | 5,2 | 244 | 251 |
| **Etat matrimonial** | | | |
| Mariée | 68,1 | 3188 | 3303 |
| Non, Veuve, divorcée, séparée | 9,2 | 429 | 383 |
| Non jamais mariée | 22,7 | 1064 | 995 |
| **Avez-vous eu des naissances vivantes?** | | | |
| Oui | 14,9 | 697 | 758 |
| Non | 85,1 | 3984 | 3923 |
| **Niveau d'instruction** | | | |
| Aucun | 50,9 | 2379 | 2606 |
| Primaire | 31,4 | 1468 | 1350 |
| Secondaire | 17,4 | 816 | 710 |
| Programme non formel | 0,3 | 15 | 12 |
| **TOTAL** | **100,0** | **4678** | **4678** |

***Source : MICS 2, Togo, 2000***

Le tableau 4.5 donne la répartition des enfants âgés de moins de cinq ans selon les caractéristiques démographiques et le niveau d'instruction de leur mère ou des personnes qui ont leur charge. Il ressort des données presque une égale répartition des enfants selon le sexe. Les pourcentages des enfants âgés de moins de 6 mois et 6-11 mois sont identiques (11 %) ; les proportions sont importantes 20 % pour chacun des groupes d'âges 12-23 mois, 24-35 mois, 36-47 mois. Les enfants qui résident dans les zones rurales sont plus importants (73 %) que ceux qui habitent les centres urbains (27 %). Au niveau régional, les données montrent que la Région Maritime (sans Lomé) et la Région des Plateaux abritent chacune un quart des enfants (25 %) ; elles sont suivies par la Région des Savanes avec 17 %. La ville de Lomé (10 %) et la Région Centrale (9 %), ont les pourcentages d'enfants les plus faibles. Environ les deux tiers des mères (65 %) des enfants de moins de cinq ans n'ont reçu aucune instruction, alors que respectivement 27 % et 8 % ont atteint le niveau primaire et le secondaire ou plus.

| [Tab. 6] Tableau 4.5<br>Répartition (en %) des enfants de moins de cinq ans<br>par caractéristiques socio-démographiques, Togo, 2000 | | | |
|---|---|---|---|
| **CARACTERISTIQUES** | **%** | **Effectif** | **Non Pondéré** |
| **Sexe** | | | |
| Masculin | 50,3 | 1576 | 1570 |
| Féminin | 49,7 | 1556 | 1562 |
| **Région** | | | |
| Lomé | 10,1 | 318 | 249 |
| Maritime | 25,2 | 788 | 467 |
| Plateaux | 25,4 | 797 | 647 |
| Centrale | 9,0 | 283 | 455 |
| Kara | 12,9 | 404 | 443 |
| Savanes | 17,3 | 542 | 871 |
| **Milieu de résidence** | | | |
| Urbain | 27,2 | 853 | 719 |
| Rural | 72,8 | 2279 | 2413 |
| **Age des enfants** | | | |
| Moins de 6 mois | 11,5 | 361 | 362 |
| 6-11 mois | 10,8 | 339 | 344 |
| 12-23 mois | 20,4 | 638 | 645 |
| 24-35 mois | 20,3 | 637 | 647 |
| 36-47 mois | 20,1 | 629 | 622 |
| 48-59 mois | 16,9 | 528 | 512 |
| **Niveau d'instruction de la mère** | | | |
| Aucun | 65,0 | 2035 | 2155 |
| Primaire | 27,1 | 850 | 771 |
| Secondaire et + | 7,8 | 244 | 204 |
| Programme non formel | 0,0 | 1 | 1 |
| Missing/DK | 0,0 | 1 | 1 |
| **TOTAL** | **100,0** | **3132** | **3132** |

***Source : MICS 2, Togo, 2000***

# CHAPITRE V

## MORTALITE DES ENFANTS DE MOINS DE 5 ANS

### 5.1 RAPPEL DE LôOBJECTIF

L'objectif du Sommet Mondial sur l'Enfant est de réduire entre 1990 et lôan 2000 dôun tiers la mortalité infantile et la mortalité des enfants de moins de 5 ans, ou, en chiffres absolus, ramener celle-ci à 50 et 70 pour 1000 naissances vivantes, respectivement, selon ce qui équivaudrait à la réduction la plus importante.

### 5.2 METHODOLOGIE

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

- **quotient de mortalité néonatale (NN) :** mesure à la naissance, la probabilité de décéder avant dôatteindre un mois exact ;

- **quotient de mortalité post-néonatale (PNN)** : mesure, chez les enfants âgés dôun mois exact, la probabilité de décéder avant dôatteindre le douzième mois exact ;

- **quotient de mortalité infantile ($_1q_0$)** : mesure, à la naissance, la probabilité de décéder avant dôatteindre le premier anniversaire (le terme taux de mortalité infantilie sera aussi utilisé pour désigner le quotient de mortalité infantile) ;

- **quotient de mortalité juvénile ($_4q_1$)** : mesure, chez les enfants âgés dôun an exact, la probabilité de décéder avant dôatteindre le cinquième anniversaire;

- **quotient de mortalité infanto-juvénile ($_5q_0$)** : mesure, à la naissance, la probabilité de décéder avant dôatteindre le cinquième anniversaire.

Lôestimation de la mortalité à partir de lôhistorique des naissances présente à la fois des limites dôordre méthodologique et des risques dôerreurs dôenregistrement. La collecte des informations auprès de personnes vivantes au moment de lôenquête (ici les femmes de 15-49 ans) ne donne aucune information sur la survie ou le décès dôenfants dont la mère est actuellement décédée. Dans le cas ou ces enfants, orphelins de mère, seraient en nombre important et où leur mortalité serait différente des enfants dont la mère est en vie (ce qui est certainement le cas), les niveaux de mortalité sôen trouveraient affectés. Dans le cas de lôEDST-II, les résultats de lôenquête ménage indiquent que seulement 1% des enfants étaient orphelins de mère. Toutefois, en limitant la collecte des données aux seules femmes de 15-49 ans, les informations découlant de lôhistorique des naissances ne sont pas complètement représentatives des différent intervalles de la période passée. Si, pour les cinq années précédant lôenquête, la presque totalité des naissances (et de la mortalité infanto-juvénile qui peut sôensuivre) sont issues de femmes de 15-49 ans à

lôenquête, il nôen est pas de même pour les intervalles plus anciens : pour la période 10-14 ans avant lôenquête, aucune information sur les naissances issues des femmes de 40-49 ans à cette époque nôest disponible.

### 5.3 NIVEAUX ET TENDANCES

Le tableau 5.1 présente les différents quotients de mortalité (néonatale, post-néonatale, infantile, juvénile et infanto-juvénile) pour les vingt-cinq dernières années, selon cinq périodes quinquennales. Durant la période quinquennale la plus récente, 1993-1998, sur 1000 naissances, 80 décèdent avant leur premier anniversaire (41 % entre 0 et 1 mois et 39 ă entre 1 et 12 mois) ; sur 1000 enfants âgés dôun an, 72 nôatteignent pas leur cinquième anniversaire. Finalement, sur 1000 naissances, 146 décèdent avant leur cinquième anniversaire.

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

- le sous enregistrement des événements, en particulier lôomission dôenfants qui meurent très jeunes, quelques heures ou jours après la naissance;

- les déplacements différentiels des dates de naissance des enfants, selon quôils sont vivants ou décédés;

- lôimprécision des déclarations dôâge au décès, en particulier lôattraction des 12 mois comme âge au décès, en transformant une partie des décès de jeunes enfants (moins de 12 mois) en décès dôenfants plus âgés (12 à 59 mois) peut, à la fois, engendrer une sous-estimation de la mortalité infantile et une surestimation de la mortalité juvénile, sans pour autant modifier le niveau de la mortalité infanto-juvénile.

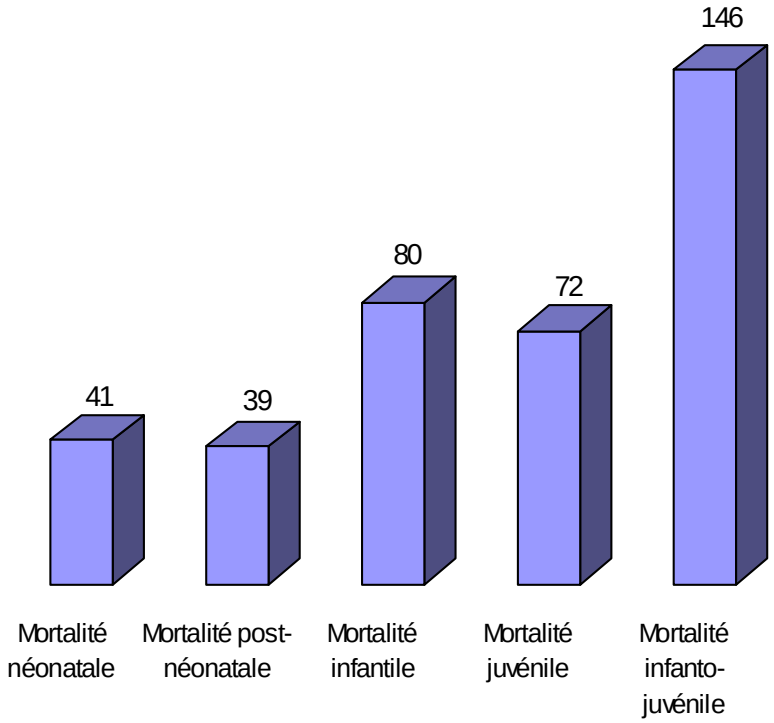
Par rapport à ces problèmes de collecte, Sullivan et al. (1990) ont montré que les limites méthodologiques inhérentes à lôhistorique des naissances et les risques dôerreurs ou dôimprécisions de collecte nôinduisent en général quôune très faible marge dôerreur dans les mesures des événements récents. Dans le cadre de ce rapport, nôa donc procédé a aucun ajustement qui nécessiterait, au préalable, une évaluation détaillée de la qualité des données de lôhistorique des naissances. Etant donné que plus la période de référence est éloignée de la date de lôenquête, plus le risque dôimprécision est important, lôinterprétation des changements survenus dans les niveaux de mortalité peut donc en être affectée.

**[Tab. EDST-II] Tableau 5.1 : Mortalité des enfants de moins de cinq ans: Quotient de mortalité néonatale, post-néonatale, infantile, juvénile et infanto juvénile par périodes de cinq ans précédant lôenquête, EDST-II Togo 1998**

| Nombre dôannée précédant lôenquête | Mortalité néonatale (NN) | Mortalité post-néonatale (PNN) | Mortalité infantile | Mortalité juvénile | Mortalité infanto-juvénile |
|---|---|---|---|---|---|
| **0-4** | 41,3 | 38,5 | 79,7 | 72,3 | 146,3 |
| **5-9** | 43,4 | 37,5 | 81,0 | 65,3 | 141,0 |
| **10-14** | 50,4 | 40,6 | 91,0 | 73,8 | 158,0 |
| **15-19** | 47,3 | 49,7 | 97,0 | 100,3 | 187,6 |
| **20-24** | 55,9 | 48,0 | 103,9 | 86,9 | 181,7 |

***Source : EDST-II, TOGO, 1998***

Graphique 5.1 : Mortalité des enfants de moins de 5 ans.




Dans lôensemble, au cours des 20 dernières années, la mortalité infantile a connu une baisse régulière, passant de 97 pour 1000, 15-19 ans avant lôenquête à 80 pour 1000 la dernière période quinquennale. Toutefois, au cours des deux dernières périodes quinquennales, la mortalité infantile est restée presque inchangée. La comparaison de lôEDST-II et de lôEDST-I (1988) confirme une telle invariabilité de la mortalité infantile au cours des dix dernières années. Par contre, la mortalité juvénile a connu une variation irrégulière (graphique 5.1) caractérisée par une baisse au cours de lôavant-dernière décennie (100 pour 1000 durant les périodes 15-19 ans avant lôenquête contre 74 pour 1000 et 65 pour 1000 durant les périodes respectives 10-14 ans et 5-9 ans avant lôenquête), suivie par une augmentation au cours de la dernière décennie (72 pour 1000 durant la période 0-4 ans avant lôenquête). Cette variation irrégulière de la mortalité juvénile, plus prononcée que lôévolution de la mortalité infantile, marque la caractéristique de la mortalité infanto-juvénile qui, durant les mêmes périodes, diminue de 188 pour 1000 à 158 pour 1000 et à 141 pour 1000, puis enregistre une légère hausse à 146 pour 1000.

## 5.4 VARIATIONS DE LA MORTALITE SELON LES CARACTERISTIQUE SOCIO-DEMOGRAPHIQUE

Le tableau 5.2 présente les différents quotients de mortalité des enfants selon certaines caractéristiques socio-démographiques de la mère, pour la période des 10 ans précédant lôenquête (1986-1996). La référence à une période de dix années est utilisée ici pour pouvoir disposer, dans chaque sous groupe de population, dôun nombre dôévénements statistiquement suffisants pour le calcul des différentes probabilités.

**[Tab. EDST-II] Tableau 5.2: Mortalité des enfants par caractéristiques de la mère: Quotients de mortalité néonatale, post-néonatale, infantile, juvénile et infanto-juvénile pour la période de 10 ans précédant lôenquête,par caractéristiques socio-démographiques de la mère, EDST-II 1998**

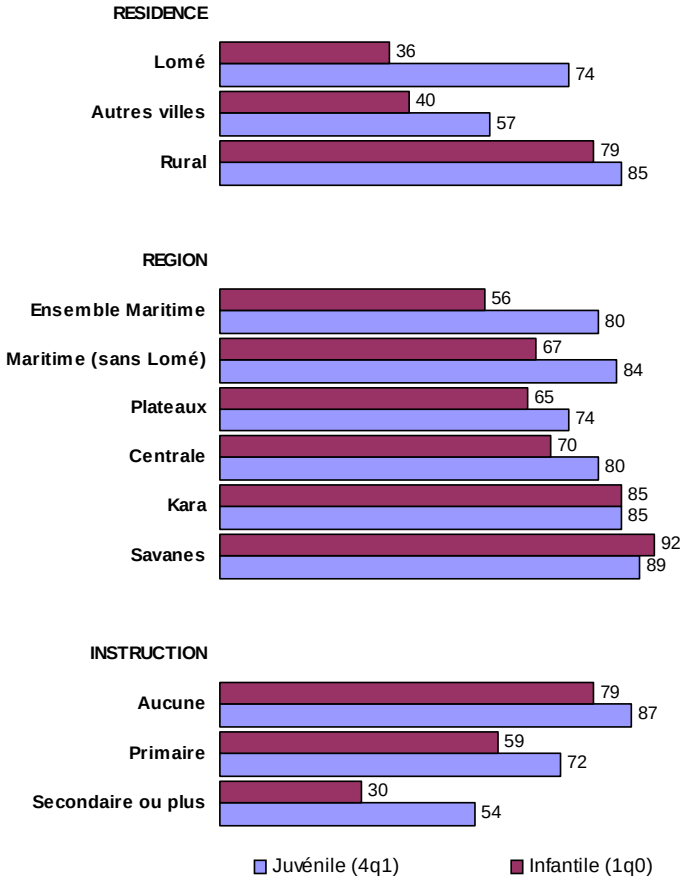
| CARACTERISTIQUES | Mortalité néonatale | Mortalité post-néonatale | Mortalité infantile | Mortalité juvénile | Mortalité infanto-juvénile |
|---|---|---|---|---|---|
| **Milieu de résidence** | | | | | |
| Lomé | 47,3 | 26,8 | 74,1 | 36,4 | 107,8 |
| Autre urbain | 34,6 | 22,6 | 57,1 | 40,4 | 95,2 |
| Urbain | 40,7 | 24,6 | 65,3 | 38,4 | 101,3 |
| Rural | 42,9 | 42,2 | 85,0 | 79,1 | 157,4 |
| **Région** | | | | | |
| Ensemble Maritime | 47,3 | 33,0 | 80,3 | 56,4 | 132,2 |
| Maritime | 47,3 | 36,2 | 83,5 | 66,9 | 144,8 |
| Plateaux | 45,6 | 28,0 | 73,6 | 64,7 | 133,5 |
| Centrale | 35,4 | 45,0 | 80,4 | 70,0 | 144,7 |
| Kara | 38,2 | 46,6 | 84,8 | 85,4 | 162,9 |
| Savanes | 33,8 | 55,2 | 89,0 | 92,1 | 172,9 |
| **Niveau dôinstruction** | | | | | |
| Aucun | 45,1 | 42,3 | 87,4 | 78,6 | 159,1 |
| Primaire | 40,8 | 31,4 | 72,1 | 59,0 | 126,9 |
| Secondaire ou plus | 27,2 | 27,3 | 54,4 | 29,7 | 82,5 |

***Source : EDST-II, TOGO, 1998***

Le graphique 5.2 illustre les niveaux de mortalité infanto-juvénile selon les différentes caractéristiques de la mère, à savoir la région et le milieu de résidence, le niveau dôinstruction.

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

**Graphique 5.2 :** Mortalité infantile et juvénile selon les caractéristiques de la mère :




### 5.4.1 Analyse selon la zone de résidence

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

### 5.4.2 Analyse selon le niveau dôinstruction de la mère

Selon le niveau dôinstruction de la mère, on constate que la mortalité néonatale varie pratiquement dans le même sens que la mortalité post-néonatale. Sur 1000 naissances vivantes au premiers mois, on note que la mortalité des enfants dont la mère nôa aucun niveau dôinstruction est plus dôune fois et demie supérieure à celle des enfants dont la mère a, au moins, un niveau dôinstruction secondaire (45 ă contre 27 ă ). On note un écart aussi important pour les décès survenus entre le premier et le douzième mois avec des taux de mortalité de

respectivement, 42 ă et 27 ă . Un enfant dont la mère est sans instruction a une probabilité de mourir avant le premier anniversaire dôenviron une fois et demie (1,6) supérieure à celle dôun enfant dont la mère a le niveau dôinstruction secondaire ou plus (87 ă contre 54 ă ). Cette différence de mortalité devient plus importante pour la période juvénile (79 ă contre 30 ă ). Finalement, la probabilité de mourir avant cinq est de 159 ă pour les enfants dont la mère nôa aucun niveau dôinstruction, et de 83 ă lorsque celle-ci a atteint, au moins, le niveau secondaire. Chez les enfants dont la mère a le niveau dôinstruction primaire, on a observé une situation intermédiaire, plus proche de celle des enfants dont la mère est sans instruction : leurs niveaux de mortalité infantile, juvénile et infanto-juvénile sont respectivement de 72 ă , 59 ă et 127 ă .

Les meilleures conditions de vie, dôhygiène et dôalimentation, mais surtout le recours plus important des femmes instruites aux services de santé (meilleur suivi des grossesses et nombre plus important dôenfants vaccinés) pourraient expliquer lôessentiel de ces différences de mortalité.

### 5.4.3 Recommandations

- La politique sanitaire du gouvernement doit tendre à accorder une plus grande attention aux structures décentralisées de santé primaire et à entreprendre des actions pour faire face aux problèmes liés:

    - à l'état sanitaire de la population des moins de 15 ans en général et celui des moins de 5 ans en particulier;
    - au déséquilibre géographique dans la répartition des infrastructures, du personnel et du matériel sanitaire;
    - aux insuffisances des dotations en équipements adaptés et personnel qualifié dans les différents centres de soins du pays;[2]
    - à la gestion efficiente des formations sanitaires;
    - au budget alloué au secteur de la Santé, notamment à l'enveloppe affectée aux soins de Santé Primaire (SSP).

- Le gouvernement doit élaborer un programme de Renforcement des Services de Santé. Ce programme doit viser:

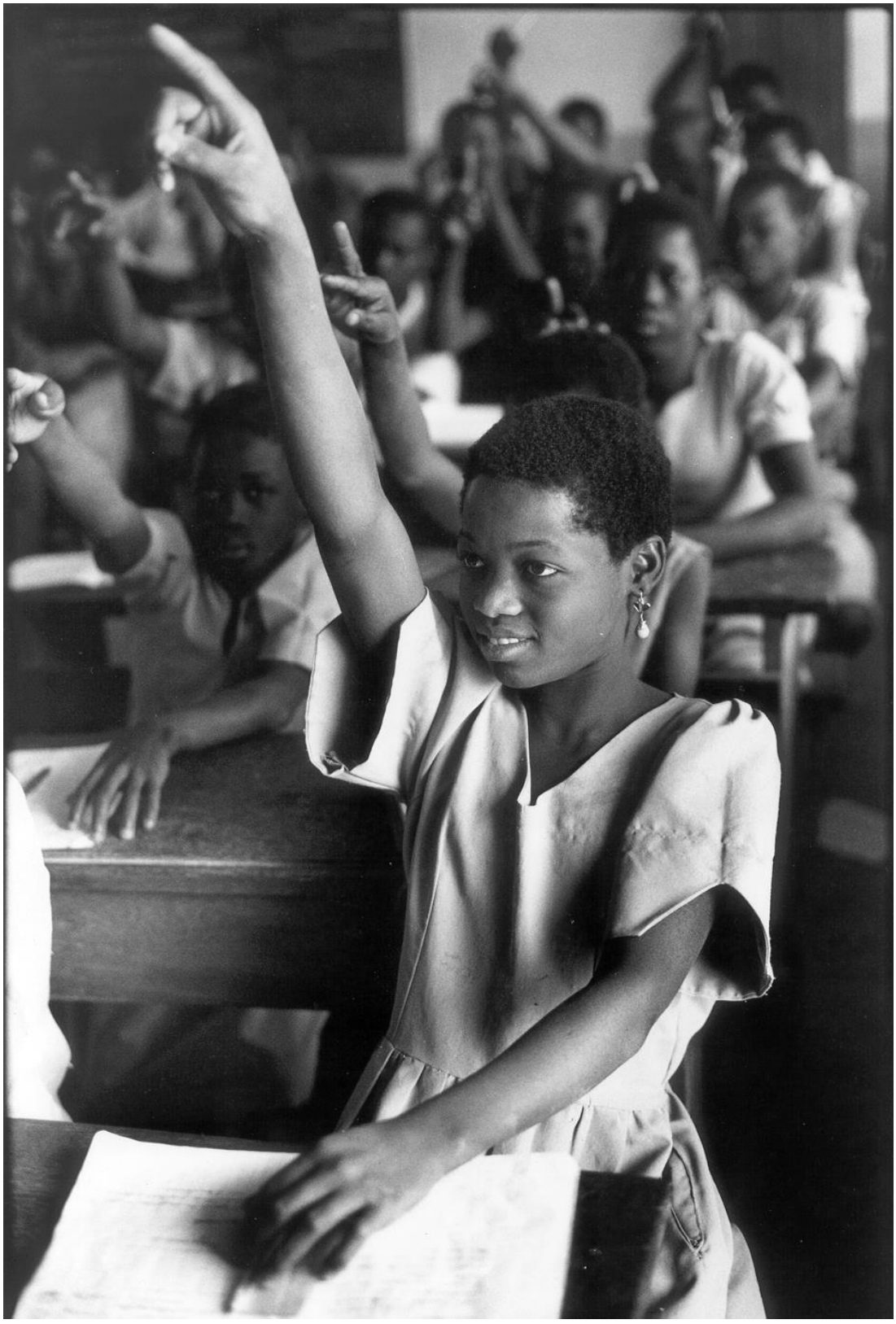
    - la réhabilitation des infrastructures existantes et la construction des nouveaux centres de soins en mettant l'accent sur les zones défavorisées;
    - la formation et la sensibilisation des populations pour la prise en charge de leurs problèmes de santé;
    - le développement de la santé de la population scolaire;
    - la poursuite et le renforcement de tous les programmes prioritaires, notamment le Programme Elargi de Vaccination (PEV) et la Prise en Charge Intégrée des Maladies de l'Enfance (PCIME).

- Le Gouvernement doit mettre en place un Programme de Communication pour le Changement de Comportement en se basant sur les deux volets suivants:

    - la sensibilisation et l'information des populations sur les maladies courantes (intestinales, parasitaires, infectieuses, etc), l'hygiène, l'assainissement, l'approvisionnement en eau potable et la nutrition;
    - l'organisation des collectivités locales (comité de santé villageois) afin de responsabiliser les communautés de base et de créer des structures locales

autonomes, tout en veillant à ce qu'il y ait une participation effective des hommes et des femmes aux activités.

- Appuyer la mise en oeuvre de la politique nationale de population en recherchant des financements pour la réalisation des activités;
- Renforcer le système national d'information sanitaire en :
  - appuyant la mise à jour régulière des bases de données en fournissant des équipements adéquats;
  - assurant la formation et le recyclage du personnel technique.



**La scolarisation des filles**

# CHAPITRE VI

# EDUCATION

Lôéducation est un droit fondamental pour chaque être humain. Le Sommet Mondial a mis lôaccent sur trois aspects :

- lôéducation préscolaire des enfants de 36-59 mois;
- lôéducation primaire des enfants de 5-12 mois;
- lôalphabétisation des adultes de 15 ans et plus.

## 6.1 EDUCATION PRESCOLAIRE

### 6.1.1 Rappel de l'Objectif

L'objectif est de promouvoir l'expansion des activités de développement du jeune enfant en adoptant des stratégies d'intervention appropriées à faible coût à la collectivité et à la famille.

### 6.1.2 Niveau de l'indicateur

Au Togo, dans les années 80, lôenseignement préscolaire se fait essentiellement en milieu urbain et est souvent réservé à une minorité de la classe économiquement aisée. Entre 1986-1987 par exemple, on y dénombrait moins de 5 % des enfants âgés de 2 à 4 ans révolus. Dans le cadre de cette analyse, seule la tranche dôâge 36 à 59 mois révolus a été retenue.

La fréquentation dôun jardin dôenfants ou dôune garderie communautaire est encore faible au Togo. Les programmes dôéducation de la petite enfance ne sont suivis que par 9 % des enfants âgés de 36 à 59 mois. Comme on peut le lire dans le tableau 6.1, côest surtout après leur quatrième anniversaire que les enfants sont envoyés dans le programme dôéducation préscolaire; 11 % des enfants âgés de 48 à 59 mois y ont accès contre 7 % pour le groupe dôâge 36 à 47 mois.

### 6.1.3 Analyse selon le sexe

A ce niveau du cursus scolaire, les parents envoient autant leurs filles que leurs garçons. Avec les données de MICS2, 9 % de filles ont fréquenté au cours de lôannée scolaire 1999/2000 contre 8 % de la part des garçons.

### 6.1.4 Analyse selon la zone de résidence

La fréquentation dôun programme dôéducation de la petite enfance présente des disparités relativement importantes au niveau des régions. Globalement le taux de fréquentation dôun tel programme chute du Sud du pays vers le Nord. La proportion des enfants âgés de 36 à 59 mois qui suivent lôenseignement préscolaire varie de 14 % dans la région Maritime y compris Lomé à 4 % dans la région des Savanes. Le niveau de fréquentation le plus faible a été enregistré dans la région de la Kara où seulement 2 % des enfants concernés fréquentent effectivement un jardin dôenfants alors que la région des Plateaux vient après la Maritime avec 8 % dôenfants âgés de 36 à 59 mois scolarisés. Le fait dôhabiter un milieu urbain augmente considérablement les chances de suivre un enseignement préscolaire. Les enfants qui habitent la ville sont proportionnellement quatre fois plus importants (18 % contre 5 %) à suivre un enseignement préscolaire que ceux qui résident en milieu rural. Lomé se détache nettement des autres villes au sujet de la fréquentation

dôun programme préscolaire. En effet 31 % des enfants âgés de 36 à 59 mois de la capitale suivent un enseignement préscolaire (tableau 6.1).

### 6.1.5 Analyse selon le niveau dôinstruction de la mère

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

**[Tab. 9] Tableau 6.1 : Pourcentage dôenfants âgés de 36 à 59 mois qui fréquentent un programme dôéducation préscolaire, Togo, 2000**

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

**Recommandations:**

- Elaborer une politiques globales en faveur du développement du jeune enfant afin d'assurer la survie, la croissance et l'épanouissement social, affectif et cognitif de tous les enfants, en accordant une attention particulière aux moins de 3 ans, afin de réduire sensiblement la mortalité, le fardeau des maladies et la malnutrition et de prévenir les retards du développement**.**

***Source : MICS2-TOGO, 2000***

## 6.2 LA SCOLARISATION DANS LôENSEIGNEMENT PRIMAIRE

### 6.2.1 Rappel de lôObjectif

Lôobjectif du Sommet Mondial à la fin de décennie est dôuniversaliser lôéducation de base et faire en sorte quôau moins 80 % des enfants en âge de fréquenter lôécole primaire achèvent le cycle dôenseignement primaire.

Cet objectif sera mesuré à lôaide de deux indicateurs :

- la proportion dôenfants scolarisables qui fréquentent une école primaire
- la proportion dôenfants entrant en première année de lôécole primaire qui atteignent la cinquième année
-

### 6.2.2 Fréquentation de lôécole primaire

La population scolarisable dans lôenseignement primaire au Togo prend 5 ans comme limite inférieure. De plus, dans ce palier de lôenseignement, les enfants scolarisés doivent passer six ans. Ces conditions figurent dans la législation en vigueur au Togo mais le législateur nôa pas défini des mesures à prendre pour que les enfants de 5 ans soient effectivement à lôécole. De plus, passer seulement six ans dans lôenseignement primaire suppose quôaucun redoublement nôest autorisé. Lôanalyse des statistiques scolaires que collecte et publie annuellement la Direction Générale de la Planification de lôEducation (DGPE) montre que le système accepte les redoublements. Pour tenir compte de la législation en vigueur, nous allons donc retenir ici la plage dôâge 5-11 ans pour lôanalyse du phénomène. Toutefois, nous allons élargir cette plage dôâge pour observer éventuellement la mise à lôécole tardive et le phénomène de redoublement.

#### 6.2.2.1 *Niveau de Fréquentation de lôécole primaire*

Dôune manière globale, 63 % des enfants âgés de 5 à 11 ans fréquentent un établissement scolaire (tableau 6.2). Quand on considère la plage dôâge 6-14 ans, le taux net de scolarisation devient 67 %. La fréquentation scolaire est plus importante dans le groupe 6-14 ans que dans le groupe des enfants âgés de 5 à 11 ans.

#### 6.2.2.2 *Fréquentation selon le sexe*

Dans lôensemble, que lôon considère la plage dôâge 5-11 ans ou 6-14 ans, la sous scolarisation féminine est bien illustrée par les données de MICS2. En effet, le taux net de scolarisation pour les garçons âgés de 5 à 11 ans sôélève à 67 % contre 53 % pour les filles. Quand on considère les enfants âgés de 6 à 14 ans, lôécart entre le taux de scolarisation des garçons et filles est plus important ; 73 % des garçons fréquentent un établissement scolaire alors que la proportion de filles est de 61 % (tableau 6.2). Cette suprématie des garçons sôobserve dans toutes les régions.

| [Tab. C] Tableau 6.2 : Taux nets de scolarisation dans lôenseignement primaire par sexe et selon la région et le milieu de résidence | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| **Région et milieu de résidence** | ***Taux net de scolarisation au primaire (5-11 ans)*** | | | ***Taux net de scolarisation au primaire (6-14 ans)*** | | |
| | **Sexe** | | | **Sexe** | | |
| | Masculin | Féminin | Total | Masculin | Féminin | **Total** |
| **Région** | | | | | | |
| Lomé | 86,1 | 76,9 | 81 | 89,6 | 70,4 | **78,9** |
| Maritime (sans Lomé) | 74,1 | 60,2 | 67,1 | 79,9 | 66,0 | **72,9** |
| Plateaux | 70,9 | 70,1 | 70,5 | 76,1 | 70,8 | **73,6** |
| Centrale | 64,3 | 56,9 | 60,7 | 69,6 | 63,4 | **66,5** |
| Kara | 60,6 | 56,9 | 58,8 | 67,7 | 60,8 | **64,5** |
| Savanes | 46,1 | 31,2 | 38,8 | 49,6 | 31,6 | **40,6** |
| **Milieu de résidence** | | | | | | |
| Urbain | 84,5 | 70,4 | 79,2 | 87,2 | 72,9 | **79,5** |
| Rural | 60,3 | 45,6 | 46,2 | 66,7 | 55,6 | **61,4** |
| **Ensemble Togo** | **67** | **53,2** | **63** | **72,5** | **61,3** | **66,9** |

***Source: MICS2, Togo, 2000***

### 6.2.2.3 *Fréquentation selon la zone de résidence*

Les taux nets de scolarisation moyens que nous venons de décrire nivellent de différences notables selon les lieux géographiques. Les centres urbains se distinguent par des taux nets de scolarisation plus élevés que la moyenne nationale. Alors que trois enfants sur quatre âgés de 5 à 11 ans (79 %) habitant un centre urbain fréquentent un établissement scolaire, le taux net de scolarisation pour cette plage dôâge dans les contrées rurales est de 46%. La situation de Lomé, la capitale où huit enfants sur dix en âge dôaller à lôécole fréquentent effectivement un établissement scolaire est de loin la meilleure en matière de scolarisation.

Sur le plan géographique, les taux nets de scolarisation définissent deux grands groupes de régions. Il sôagit de ce que lôon peut qualifier de régions méridionales (Région Maritime et Région des Plateaux) où la scolarisation dépasse la moyenne nationale et de régions septentrionales (Région Centrale, Région de la Kara et Région des Savanes) où la situation est moins bonne. Comme on peut le lire dans le tableau 6.2, les régions que nous avons classées dans le second groupe ne paraissent pas homogènes en matière de la scolarisation. La Région Centrale et la Région de la Kara ont certes, des taux nets de scolarisation inférieurs à la moyenne mais la situation de la Région des Savanes est bien préoccupante. Au moment où les taux de scolarisation atteignent 60 % au moins dans les deux autres régions septentrionales, seulement 39 % des enfants scolarisables fréquentent un établissement scolaire dans la région des Savanes. En dehors de la faiblesse du taux de scolarisation, la Région des Savanes se caractérise par de différences les plus élevées entre taux nets de scolarisation des garçons et filles.

La classification des cinq régions en deux grands groupes peut se justifier par des avancées scolaires acquises par les régions méridionales et les disparités sociales et économiques qui déterminent aujourdôhui lôaccès à lôéducation scolaire. En effet, les efforts de scolarisation des missionnaires au Togo comme en Afrique ont porté surtout sur les régions côtières et centrales où lôécole sôest imposée et enracinée sur les plans religieux, culturel, économique et social. de plus, les infrastructures font plus défaut dans les régions qui ont déjà un retard en matière de scolarisation. Les régions les plus pauvres (Région des Savanes par exemple) demeurent

généralement celles où les établissements scolaires sont en nombre insuffisant et en qualité moins bonne.

### 6.2.2.4 *Achèvement du cycle dôenseignement primaire*

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

Des données de lôenquête MICS2, il ressort que dans lôensemble la fréquentation de lôécole de base (école primaire) ne semble poser de problèmes majeurs quant au passage dôune classe à une autre. Sur 100 enfants inscrits au CP1 à lôannée scolaire 1998-1999, 97 ont fait le CP2 lôannée scolaire suivante. On peut alors parler dôun taux de promotion de 97 %. Des taux de proportions similaires ont été observés au sujet du passage dôun niveau à un autre dans les quatre premières classes de lôenseignement primaire (tableau 6.3). La déperdition à ce niveau du système scolaire est donc très faible ou plutôt inexistante. Contrairement à la fréquentation scolaire, on peut noter quôil nôy a pratiquement pas dôécart sensible entre les différents taux de promotion dôun niveau à un autre selon le sexe et selon les régions.

Lôachèvement dôau moins quatre ans dôenseignement primaire étant un préalable à un niveau soutenable, des taux de survie à la 5ème année[3] primaire ont été également calculés pour caractériser le système scolaire. Ces taux de survie confirment une forte rétention des élèves aux cinq premières années de la scolarisation. Pour lôensemble du pays, le taux de survie se hisse à 88 %. Sur dix enfants inscrits au CP1, environ neuf atteignent globalement le CM1. Pour une meilleure appréciation du rendement ou de lôefficacité du système, il serait plus judicieux de calculer ce taux en tenant compte des redoublements ou des abandons enregistrés dans le système.

**[Tab. 10] Tableau 6.3 : Répartition (en %) dôenfants inscrits au CP1 ayant atteint le CM1 selon certaines caractéristiques socio-démographiques TOGO, 2000**

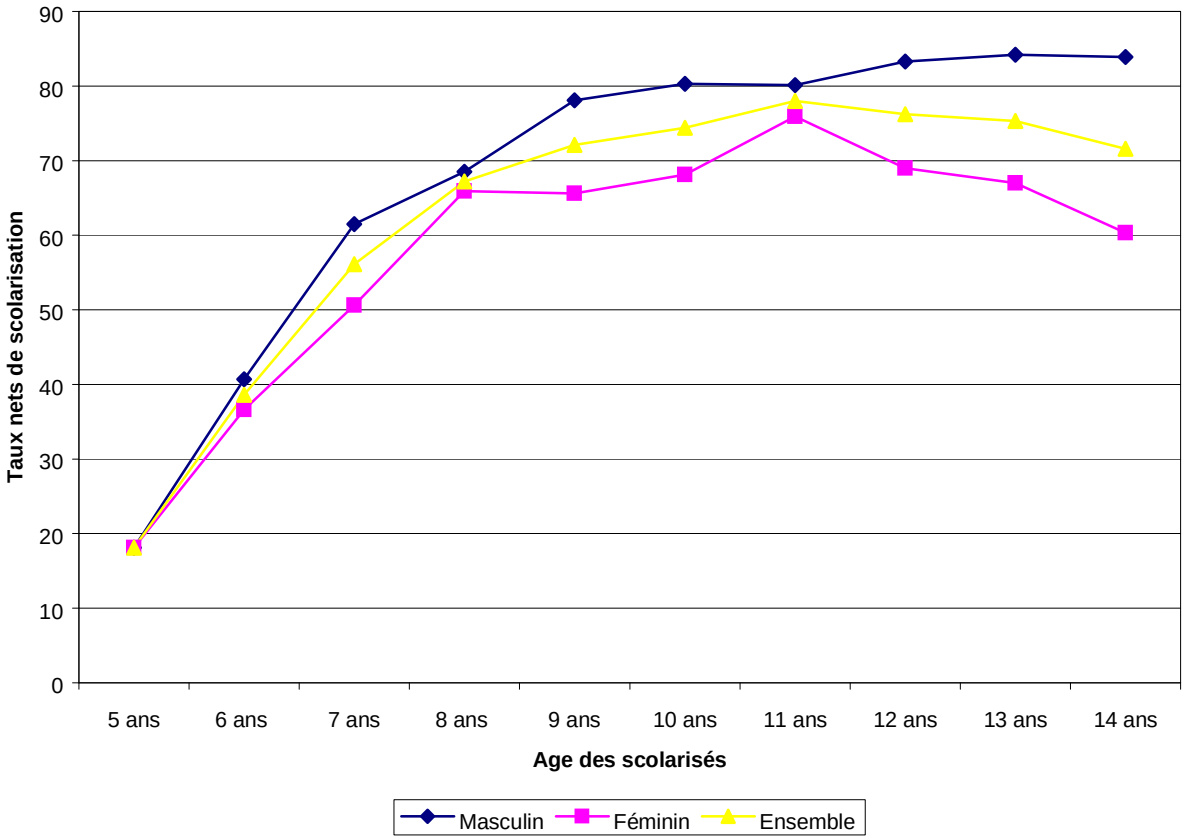
| CARACTERISTIQUES | *Inscrits au CP1 et ayant atteint CP2* | *Inscrits au CP2 et ayant atteint CE1* | *Inscrits au CE1 et ayant atteint CE2* | *Inscrits au CE2 et ayant atteint CM1* | *Taux de Survie à la cinquième année* |
|---|---|---|---|---|---|
| **Sexe** | | | | | |
| *Masculin* | 97,3 | 97,3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

***Source : MICS2-Togo, 2000***

[3] *Il sôagit de ceux qui étaient inscrits au CP1 et qui ont atteint par la suite le CM1 dans les conditions de la scolarisation des années scolaires 1998/1999 et 1999/2000.*

Quand on analyse les taux de scolarisation selon lôâge, il apparaît que très peu dôenfants sont mis à lôécole à 5 ans comme le stipule la législation. Seul 1 enfant sur 5 (18 %) âgé de 5 ans fréquente effectivement un établissement primaire au Togo. Les taux de scolarisation augmentent avec lôâge jusquôà 11 ans où le point culminant est atteint pour lôensemble des scolarisables. Lôévolution décrite par lôensemble des scolarisables est similaire à celle de la population féminine. Comme le montre le graphique 6.1, chez les garçons, les taux de scolarisation nôont pas amorcé une baisse après lôâge de 11 ans comme cela se passe chez les filles. Les taux de scolarisation des garçons augmentent continuellement entre 5 et 14 ans. Les filles scolarisées quittent lôécole à partir de 11 ans, alors que les garçons continuent normalement leur cursus jusquôà 14 ans au moins (graphique 6.1). Il sôagit encore dôun indicateur de la disparité sexuelle au sujet de la scolarisation. Les raisons culturelles (forte sollicitation des filles à ces âges pour les travaux domestiques) et économiques (manque de moyens financiers des parents qui handicape plus les filles que les garçons) sont souvent avancées pour expliquer ce décrochage des filles.

**Graphique 6.1 : Evolution des taux nets de scolarisation selon le sexe et lôâge**




**Recommandations**

- Intensifier les efforts en faveur de la scolarisation des filles, surtout en milieu rural pour réduire les écarts entre les filles et les garçons aussi bien en matière d'accès à l'enseignement que de maintien dans les écoles;
- Réduire les frais d'écolage en particulier des filles;

- Créer les conditions d'accès à tous les degrés d'enseignement en:
-
    - encourageant les filles à atteindre un niveau de scolarisation élevé
    - récupérant les filles du système scolaire (grossesse, mariage précoce, manque de soutien);

- Atteindre la scolarisation universelle des enfants de 7-14 ans en combinant le développement de l'enseignement primaire (public et privé) et celui du système alternatif (écoles communautaires de base);
- Renforcer la décentralisation par une gestion cohérente, efficace et efficiente de l'éducation de base.

## 6.3 ALPHABETISATION DES ADULTES

### 6.3.1 Rappel de l'Objectif

Ramener le taux d'alphabétisme chez les adultes à la moitié au moins de ce qu'il était en 1990, l'accent étant mis sur l'alphabétisation des femmes ;

### 6.3.2 Niveau d'alphabétisation des adultes

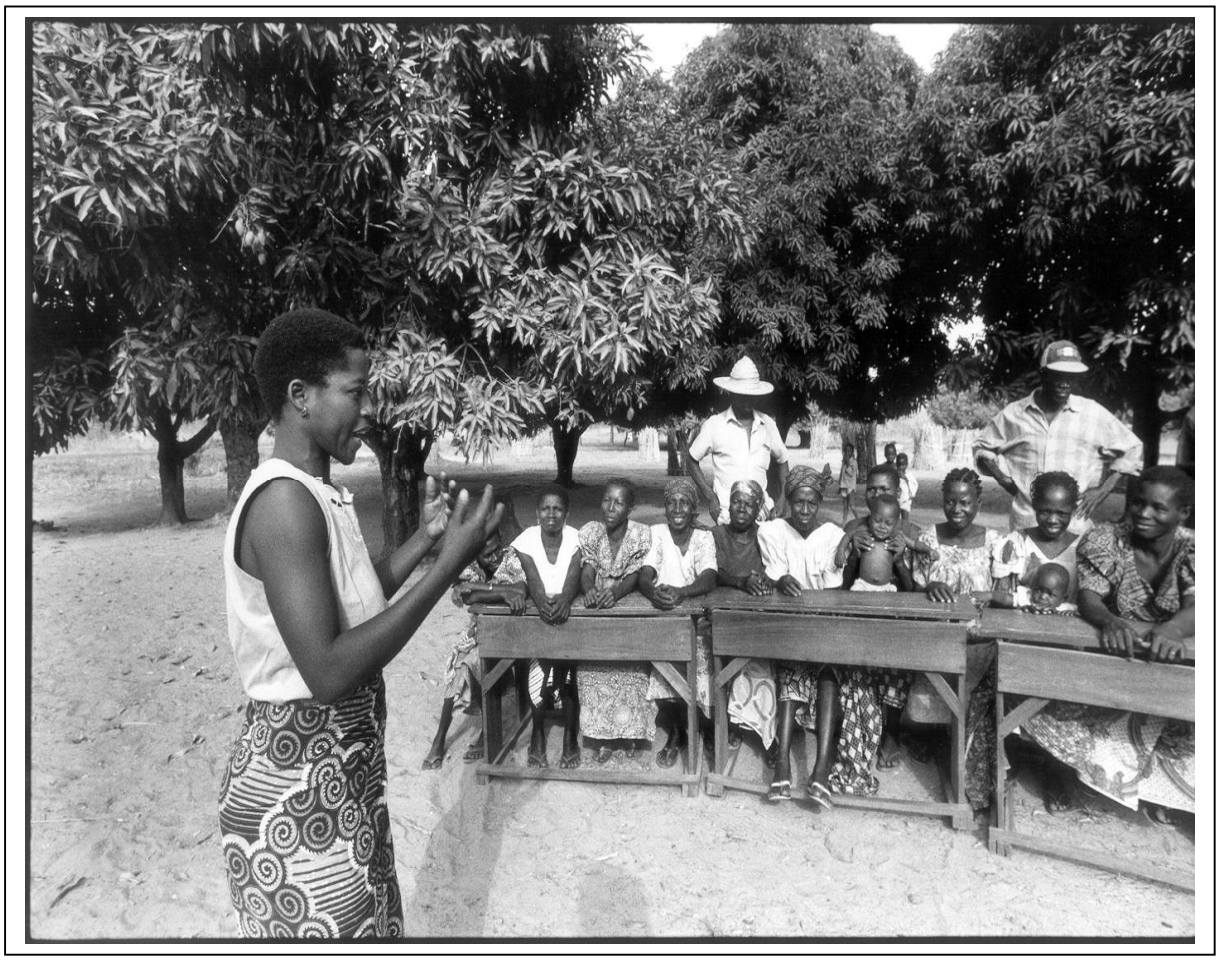
D'après les données de MICS2, au Togo 53 % de la population âgée de 15 ans et plus sait lire et écrire (tableau 6.4). Par population qui sait lire et écrire, on entend ceux qui lisent facilement ou difficilement.

### 6.3.3 Niveau d'alphabétisation selon le sexe

D'une manière générale, les femmes ont nettement moins de chance que les hommes de savoir lire et écrire (38 % contre 68 %). Dans certaines régions la proportion des hommes qui savent lire et écrire est même deux fois plus importante que celle des femmes.

### 6.3.4 Niveau d'alphabétisation selon la zone de résidence

Selon les régions, la proportion des hommes et des femmes qui savent lire et écrire évoluent exactement comme les taux nets de scolarisation. Nous distinguons une fois encore les deux grands blocs à savoir les régions méridionales (Région Maritime et Région des Plateaux) et les régions septentrionales (Région Centrale, Région de la Kara et Région des Savanes). Comme pour la scolarisation des enfants, la Région des Savanes demeure le milieu où la situation est la plus critique. Seulement 16 % de la population âgée de 15 ans et plus de cette région sait lire et écrire contre 53 % pour la moyenne nationale et 80 % pour la capitale (tableau 6.4). Par ailleurs, l'écart entre homme et femme au sujet de l'alphabétisation est le plus important dans la région des Savanes.



**Un cours dôalphabétisation en plein air**

**[Tab. 12] Table 6.4 :**
**Pourcentage de la population âgée de 15 ans et plus qui est Alphabétisée, Togo, 2000**

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

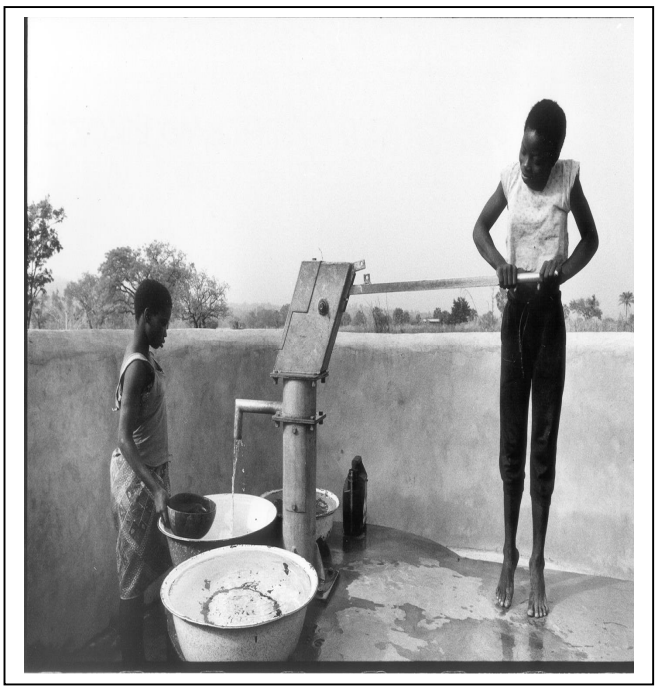
***Source : MICS2-Togo, 2000***

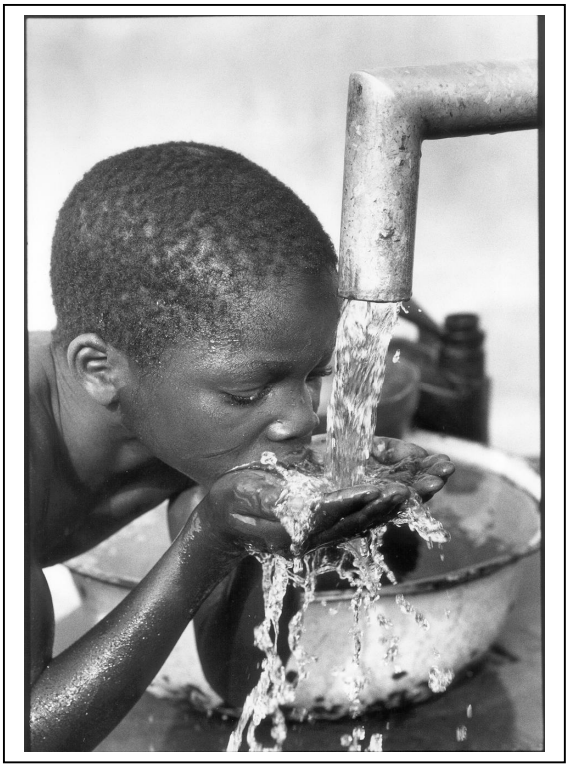
Les hommes et les femmes qui habitent un milieu urbain ont environ deux fois plus de chance de savoir lire et écrire que ceux qui sont dans les milieux ruraux (73 % contre 40 %). Les hommes âgés de 15 ans et plus qui habitent le milieu rural ont deux fois plus de chance de savoir lire et écrire que les femmes qui vivent dans les mêmes localités. Dans les villes cet écart est moins important. Comme le montre le tableau 6.4, la proportion la plus importante d'individus alphabétisés a été observée à Lomé où huit enquêtés sur dix âgés de 15 ans et plus savent lire et écrire.

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

**Recommandations:**

- Intensifier l'alphabétisation fonctionnelle des femmes, surtout dans les zones rurales, afin de réduire l'écart d'instruction entre elles et les hommes;
- Utiliser tous les canaux de communication disponibles pour favoriser la connaissance, l'acquisition des qualifications et des valeurs pour l'élévation du niveau de vie.





## CHAPITRE VII

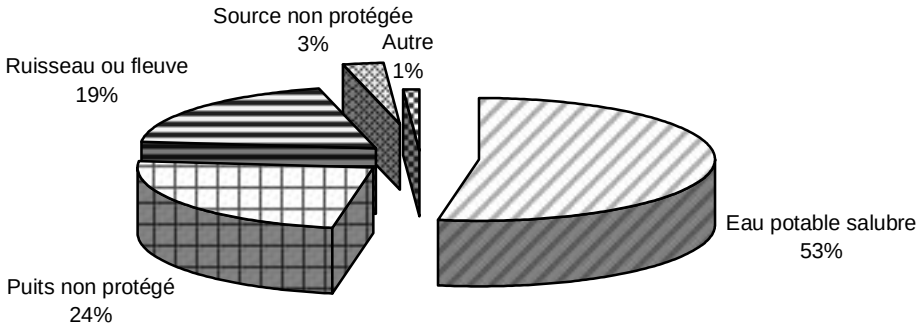
# EAU ET ASSAINISSEMENT

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

### 7.1 RAPPEL DE LôOBJECTIF

L'objectif fixé par le Sommet Mondial de l'Enfance est lôaccès à tous à une eau potable salubre en l'an 2000.

**Graphique 7.1 Source principale d'approvisionnement en eau de boisson**



### 7.1.1 Accès à l'eau potable

Selon les données de MICS2, 48 % des ménages togolais utilisent de lôeau potable salubre. Quand on prend les différents types dôapprovisionnement, un ménage sur trois (29 %) utilise de lôeau des bornes fontaines. Les ménages qui disposent de lôeau courante dans leurs cours ou dans leur parcelle sont plutôt rares. Ils représentent à peine 5 % de lôensemble des ménages (tableau 7.1). Une proportion non négligeable de ménages utilise de lôeau des puits non protégés (24 %) et des cours dôeau (22 %) comme source dôapprovisionnement en eau (graphique 7.1).

### 7.1.2 Analyse selon la zone de résidence

La source dôapprovisionnement en eau varie selon le lieu de résidence. En effet, alors que 75 % des ménages résidant en ville utilisent de lôeau potable salubre pour leur boisson, ceux qui habitent les campagnes ne sont que 33 % à avoir le même privilège. De même, lôutilisation de lôeau des sources malsaines est plus importante dans les milieux ruraux que dans les villes. Lôutilisation de lôeau provenant des fleuves ou ruisseaux illustre bien ce déséquilibre ; alors que 33 % des ménages ruraux sôapprovisionnent dans les cours dôeau, seul 2 % des ménages urbains se trouvent dans la même situation. Les bornes fontaines sont également plus présentes dans les villes, ce qui justifie que leur utilisation soit plus importante dans les ménages qui sôy trouvent. En ville, cette source est utilisée par 51 % des ménages contre 18 % dans les villages.

Au niveau régional, la situation de la Région des Savanes où 65 % des ménages consomment soit lôeau des puits non protégés soit lôeau des cours dôeau reste la plus préoccupante du pays. La meilleure situation dans le pays en matière dôapprovisionnement en eau se vit dans la capitale Lomé, suivie de la Région de la Kara, Maritime, Centrale et des Plateaux. Dans la capitale, 84 % de la population utilisent de lôeau potable salubre et à Kara le niveau de cet indicateur est de 58 % contre 50 % pour la région Maritime. Lomé, la capitale se caractérise ensuite par une proportion relativement non négligeable comparativement aux autres régions de ménages disposant de lôeau courante dans le logement ou dans la concession (tableau 7.1).

[Tab.13] Tableau 7.1 :
Pourcentage de population qui a accès à une eau à boire salubre, Togo, 2000

| Caractéristiques | Source principale dœau de boisson | | | | | | | | | | | | | | Total | Ménage buvant eau salubre |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | Robinet Dans le logement | Robinet dans la concession | Borne Fontaine | Puits à pompe | Puits protégé | Source protégée | Eau de pluie | Eau en bouteille | Puits non protégé | Source non protégée | Mare, Ruisseau ou Fleuve | Camion citerne, vendeur d'eau | Autre | Pas de réponse, NSP | | |
| **Région** | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ***Lomé*** | 13,5 | 8,5 | 57,6 | 0,0 | 4,1 | 0,1 | 0,4 | 0,3 | 13,4 | 0,0 | 0,0 | 0,3 | 1,4 | 0,7 | 100,0 | 83,5 |
| ***Maritime*** | 1 | 2,4 | 38,2 | 4,1 | 3,6 | 0,4 | 2,6 | 0,0 | 35 | 1,1 | 10,6 | 0,7 | 0,2 | 0,0 | 100,0 | 49,7 |
| ***Plateaux*** | 0,3 | 0,8 | 18,5 | 5,2 | 5,8 | 0,4 | 2,5 | 0,0 | 15,6 | 5 | 44,9 | 0,1 | 0,7 | 0,0 | 100,0 | 31 |
| ***Centrale*** | 0,4 | 1,8 | 10,9 | 7,8 | 19,6 | 1,8 | 0,1 | 0,0 | 34,3 | 0,8 | 22,5 | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 100,0 | 42,3 |
| ***Kara*** | 0,2 | 2,3 | 30,4 | 8,9 | 14,7 | 1 | 0,3 | 0,0 | 12,6 | 6,6 | 20,9 | 0,0 | 2 | 0,0 | 100,0 | 57,6 |
| ***Savanes*** | 0,8 | 0,2 | 12,5 | 10,4 | 4,4 | 6 | 0,0 | 0,1 | 35,1 | 5,2 | 30,3 | 0,2 | 0,0 | 0,2 | 100,0 | 28,9 |
| **Milieu de résidence** | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ***Urbain*** | 6,6 | 6,7 | 50,9 | 1,4 | 9,5 | 0,1 | 1,2 | 0,1 | 19,3 | 0,7 | 2,1 | 0,3 | 0,7 | 0,3 | 100,0 | 75,3 |
| ***Rural*** | 0,1 | 0,3 | 17,8 | 7,8 | 5,9 | 0,8 | 1,5 | 0,0 | 27,3 | 4,3 | 33 | 0,3 | 0,7 | 0,1 | 100,0 | 32,8 |
| | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Ensemble Togo** | **2,4** | **2,5** | **29,3** | **5,6** | **7,2** | **0,6** | **1,4** | **0,1** | **24,5** | **3,1** | **22,3** | **0,5** | **0,7** | **0,1** | **100,0** | **47,5** |

***Source : MICS2-TOGO, 2000***

**Recommandations:**

- Poursuivre la politique d'hydraulique villageoise au Togo en vue:

    - d'assurer un approvisionnement en eau potable pour atteindre l'accès universel en qualité suffisante;
    - de corriger les disparités rurales et régionales en mettant l'accent sur l'amélioration de la qualité de l'eau surtout dans les zones endémiques de Ver de Guinée;

- Intensifier l'information sur l'hygiène de l'eau par la communication pour le changement de comportement

## Evacuation dôexcréta et ordures ménagères

## 7.2 ASSAINISSEMENT

Lôélimination inadéquate des excréments humains et lôinsuffisance dôhygiène personnelle sont la cause dôune gamme de maladies, notamment le maladies diarrhéiques et la polio. Lôélimination sûre des excréments humains comprend : les toilettes à chasse dôeau reliées à un système dôégouts ou à des fosses septiques, les autres toilettes à chasse dôeau, les fosses dôaisance améliorées et les fosses dôaisance traditionnelles. Dans le cadre de MICS2, nous avons distingué les fosses septiques, les fosses étanches, les latrines couvertes et les latrines traditionnelles.

### 7.2.1 Rappel de l'Objectif

Le Togo s'est assigné comme objectif d'assurer des systèmes sanitaires dôévacuation des excréments à tous les Togolais. L'enquête a retenu un seul indicateur pour mesurer la couverture en assainissement.

- le taux d'accès à des systèmes adéquats d'évacuation des excréta.

### 7.2.2 Accès au système adéquat d'évacuation d'excréta

Au Togo, 40 % de la population vit dans des ménages avec un système sanitaire adéquat de traitement des excréments (tableau 7.2). De plus les fosses étanches sont les types de toilettes les plus répandues. Ce système dôévacuation des excréments est utilisé par un ménage sur quatre (20 %). Environ un ménage sur dix (7 %) seulement dispose de fosses dôaisance reliée à un système dôégouts ou à des fosses septiques. Côest essentiellement certains ménages (43 %) qui vivent dans la capitale qui sont équipés de ce type de toilettes. Dans lôensemble un ménage sur deux (60 %) ne dispose pas de toilette. Il ressort des données que lôutilisation de la nature pour la défécation, des toilettes avec fosses étanches suivies de quelques rares toilettes équipées de fosses septiques constituent les principaux modes dôévacuation des excréments au Togo.

***[Tab.14] Tableau 7.2 : Pourcentage de population qui a accès à un système sanitaire pour le traitement des excréments, TOGO, 2000***

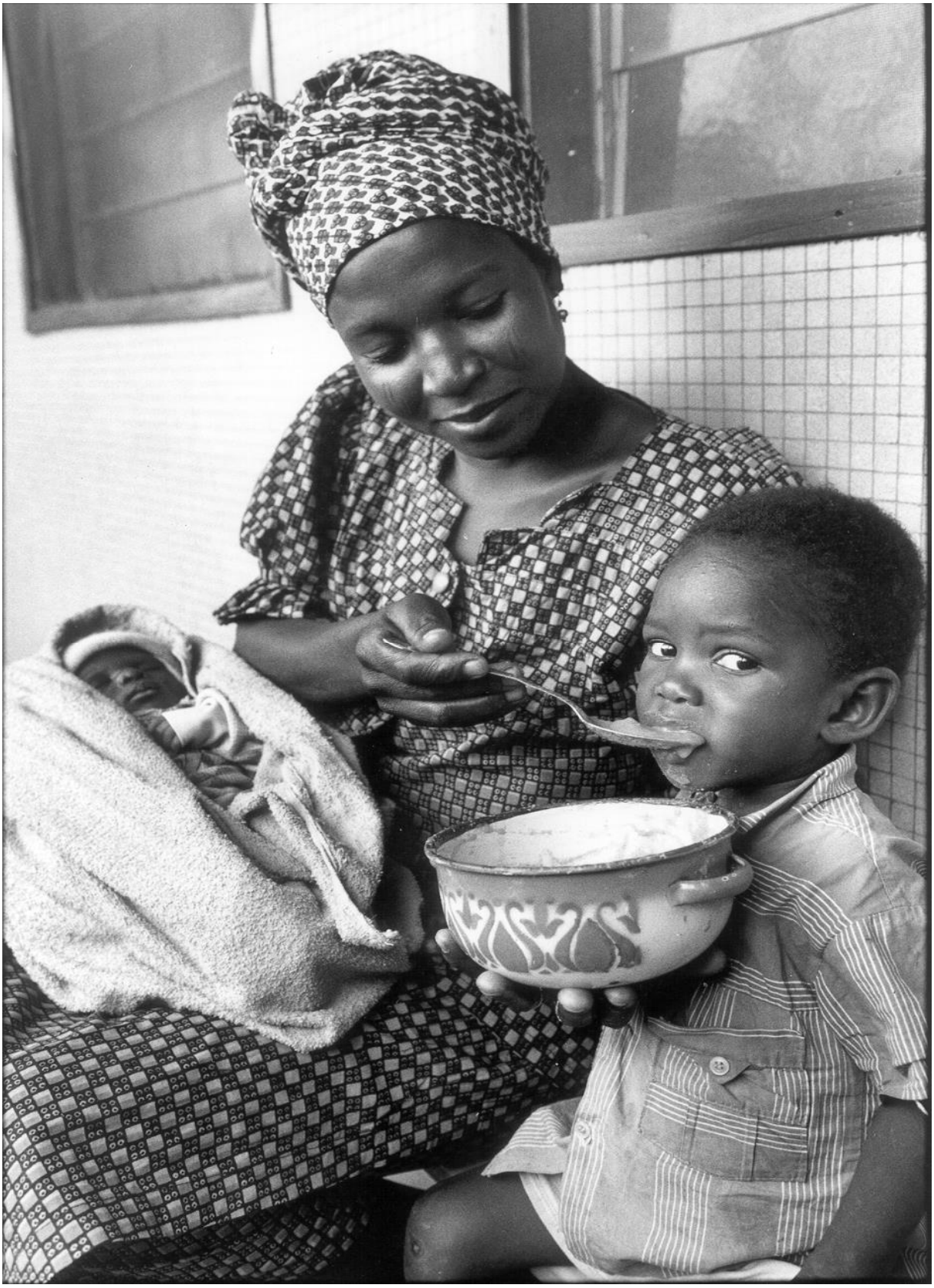
| Caractéristiques | Genre de toilette utilisée | | | | | | Total | Ménages avec système sanitaire adéquat | Nombre de ménages |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | Chasse d'eau ou fosse septique | Fosse étanche | Latrines couvertes | Latrines traditionnelle ou non couvertes | Autre | Pas de toilette/ brousse/ champ | | | |
| **Région** | | | | | | | | | |
| **Loméā** | 36,5 | 42,5 | 10,8 | 1,9 | 0,6 | 7 | 100,0 | 91,7 | 821 |
| **Maritime** | 5 | 25,4 | 5,3 | 17,2 | 1,1 | 46 | 100,0 | 52,8 | 1382 |
| **Plateaux** | 2 | 13,8 | 3,3 | 11,9 | 0,4 | 68,6 | 100,0 | 31 | 1072 |
| **Centrale** | 1,4 | 18,3 | 1,4 | 0,3 | 0,0 | 78,5 | 100,0 | 21,5 | 372 |
| **Kara** | 2,2 | 8,8 | 1,1 | 1,4 | 0,0 | 86,6 | 100,0 | 13,4 | 519 |
| **Savanes** | 0,2 | 8,8 | 1,2 | 2,4 | 1,1 | 86,3 | 100,0 | 12,6 | 418 |
| **Milieu de résidence** | | | | | | | | | |
| **Urbain** | 20.3 | 42,8 | 7,2 | 4 | 0,7 | 24,8 | 100,0 | 74,3 | 1869 |
| **Rural** | 0,5 | 8,1 | 2,5 | 10,7 | 0,6 | 77,6 | 100,0 | 21,8 | 2715 |
| **Ensemble Togo** | 7,4 | 20,1 | 4,2 | 8,4 | 0,6 | 59,5 | 100,0 | 40 | 4584 |

***Source : MICS2-Togo, 2000***

Comme pour dôautres indicateurs, on relève un important écart entre le milieu urbain et le milieu rural au sujet de lôélimination des excréments. Trois ménages urbains sur quatre (74 %) utilisent de toilettes convenables pour lôélimination des excréments alors que dans les milieux ruraux, ce pourcentage est de 22 % (tableau 7.2). Les habitants de la capitale ont beaucoup plus de chance dôutiliser un système adéquat dôélimination des excréments que dans toutes les autres parties du pays. A Lomé, 9 ménages sur 10 disposent dôun système adéquat dôélimination des excréments contre 40 % pour la moyenne nationale. Lomé est suivi de la Région Maritime où 53 % de la population vit dans des ménages avec un système sanitaire adéquat. Les Régions de la Kara et des Savanes où lôon dénombre respectivement 87 % et 86 % des ménages ne disposant pas de toilette sont les plus mal loties en matière dôévacuation des excréments. La nature (brousse, champ, dépotoir) est utilisée par la grande majorité des ménages des régions des Plateaux, Centrale, de la Kara et des Savanes comme type dôaisance.

**Recommandations :**

- Elaborer et mettre en oeuvre un Programme National d'Assainissement en milieu rural et péri - urbain;
- Encourager la transformation des latrines sèches traditionnelles en latrines avec fosses ventilées;
- Développer une stratégie de sensibilisation allant dans le sens du changement de comportement des populations qui continuent d'évacuer les excréta dans la nature;
- Harmoniser les interventions en assainissement en milieu rural et péri - urbain;
- Développer des systèmes adéquats de gestion des ordures ménagères;
- Installer des réseaux d'égouts dans toutes les grandes villes;
- Amener les collectivités locales à renforcer leur capacité de participation à la gestion des ordures ménagères.



**Un enfant bien nourri**

# CHAPITRE VIII

# MALNUTRITION DES ENFANTS

Le statut nutritionnel des enfants reflète leur santé générale. Lorsque les enfants ont accès à suffisamment de nourriture, ils ne sont pas exposés aux maladies répétées, et lorsquôon sôoccupe bien dôeux, ils mettent à profit toutes leurs potentialités de croissance et sont considérés comme bien nourris.

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

## 8.1 RAPPEL DE LôOBJECTIF

L'objectif du Sommet Mondial de l'Enfance est de réduire de 50 % par rapport à 1990 le nombre de cas de malnutrition grave et modérée chez les enfants de moins de 5 ans. Cet indicateur est mesuré par trois indicateurs:

- poids pour âge
- taille pour âge
- poids pour taille

### 8.1.1 Statut nutritionnel des enfants de moins de trois ans[4]

Le tableau 8.1 présente les pourcentages dôenfants de moins de trois ans souffrant de sous nutrition selon les trois indices présentés ci-dessous et selon certaines caractéristiques socio-démographiques.

### 8.1.1.2 *Retard de croissance : taille-pour-âge*

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

[4] Cette section a été empruntée au rapport de lôEnquête Démographique et de Santé (EDST II, 1998)

| [Tab. EDST-II] Tableau 8.1 : Etat nutritionnel des enfants par caractéristiques socio-démographiques | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | Taille-pour-âge | | Poids-pour-taille | | Poids-pour-âge | | |
| Caractéristique | Inférieur à - 3ET | Inférieur à - 2ET[1] | Inférieur à - 3ET | Inférieur à - 2ET[1] | Inférieur à -3ET | Inférieur à - 2ET[1] | Effectif |
| **Age de lôenfant** | | | | | | | |
| û6 | 0,2 | 3,6 | 1,6 | 6,0 | 0,3 | 3,3 | 610 |
| 6-11 | 2,6 | 10,0 | 2,0 | 13,2 | 5,2 | 20,4 | 650 |
| 12-23 | 10,3 | 32,8 | 3,7 | 19,6 | 9,8 | 36,9 | 1001 |
| 24-35 | 10,6 | 29,3 | 1,1 | 8,1 | 8,3 | 29,7 | 999 |
| **Sexe de lôenfant** | | | | | | | |
| Masculin | 7,9 | 23,4 | 2,5 | 11,4 | 7,1 | 25,8 | 1603 |
| Féminin | 6,1 | 20,1 | 1,8 | 13,1 | 6,2 | 24,5 | 1657 |
| **Rang de naissance** | | | | | | | |
| 1 | 6,0 | 21,0 | 2,0 | 12,4 | 5,9 | 24,3 | 622 |
| 2-3 | 6,9 | 20,6 | 2,7 | 11,7 | 6,3 | 24,8 | 1031 |
| 4-5 | 7,6 | 22,5 | 2,1 | 10,7 | 7,0 | 25,0 | 820 |
| 6 ou plus | 7,2 | 22,9 | 1,5 | 14,6 | 7,4 | 26,4 | 788 |
| **Intervalle entre naissance** | | | | | | | |
| Première naissance | 5,9 | 20,8 | 2,0 | 12,4 | 5,9 | 24,5 | 627 |
| û24 mois | 12,7 | 26,8 | 2,7 | 12,8 | 10,2 | 30,3 | 252 |
| 24-47 mois | 7,2 | 22,9 | 2,2 | 12,4 | 6,9 | 26,3 | 1702 |
| 48 mois ou plus | 5,1 | 17,8 | 2,0 | 11,6 | 5,5 | 20,9 | 679 |
| **Milieu de résidence** | | | | | | | |
| Lomé | 1,1 | 10,6 | 2,3 | 9,4 | 1,9 | 12,1 | 357 |
| Autres villes | 4,9 | 18,4 | 0,6 | 8,8 | 4,0 | 19,6 | 413 |
| Urbain | 3,1 | 14,8 | 1,4 | 9,1 | 3,1 | 16,1 | 770 |
| Rural | 8,1 | 23,9 | 2,4 | 13,3 | 7,8 | 27,9 | 2490 |
| **Région** | | | | | | | |
| **Ensemble Maritime** | 4,5 | 16,6 | 2,5 | 11,3 | 5,2 | 20,2 | 1099 |
| **Maritime** | 6,1 | 19,5 | 2,6 | 12,3 | 6,7 | 24,1 | 742 |
| Plateaux | 6,8 | 21,5 | 2,0 | 11,0 | 5,4 | 24,2 | 876 |
| Centrale | 8,3 | 23,9 | 2,0 | 9,2 | 6,8 | 24,5 | 348 |
| Kara | 5,5 | 20,8 | 1,2 | 12,6 | 6,2 | 24,2 | 444 |
| Savanes | 13,2 | 32,8 | 2,5 | 18,6 | 12,6 | 38,8 | 493 |
| **Niveau dôinstruction** | | | | | | | |
| Aucun | 8,4 | 25,5 | 2,2 | 14,2 | 8,3 | 30,1 | 1915 |
| Primaire | 5,7 | 17,6 | 2,1 | 9,6 | 4,6 | 19,1 | 1047 |
| Secondaire ou plus | 2,6 | 12,0 | 2,3 | 9,5 | 3,6 | 14,2 | 299 |
| Ensemble des enfants | 7,0 | 21,7 | 2,1 | 12,3 | 6,7 | 25,1 | 3260 |

Note : Chaque indice est exprimé en terme de nombre dôunité dôécart-type (ET) par rapport à la médiane de la Population de Référence Internationale du NCHS/CDC/OMS. Les enfants sont atteints de malnutrition sôils se trouvent à moins de - 2 ET (- 2 ET et ï 3 ET) de la médiane de a population de référence.

[1] Les enfants qui se situent en dessous de ï 3 ET sont inclus dans cette catégorie

***Source : EDST-II, TOGO, 1998***

### 8.1.1.2.1 Analyse selon l'âge

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

### 8.1.1.2.2 Analyse selon le sexe

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

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

#### 8.1.1.2.3 Analyse selon le milieu de résidence

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

#### 8.1.1.2.4 Analyse selon le niveau d'instruction de la mère

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

### 8.1.2.2 *Emaciation "poids pour taille"*

Le tableau 8.1 fournit également les proportions d'enfants atteints d'émaciation ou de sous-nutrition aiguë, exprimée au moyen de l'indice poids-pour-taille. Dans l'ensemble, 12 % des enfants sont émaciés, dont 2 % sous une forme sévère : ces proportions sont respectivement 5 fois et 20 fois plus élevées que celles attendues dans une population en bonne santé et bien nourrie.

### 8.1.2.3 *Analyse selon l'âge*

Du point de vue de l'âge, ce sont les enfants de 6-1 mois (13 %), et surtout ceux de 12-23 mois (20 %) qui sont les plus atteints. Ce groupe d'âges correspond à un stade du développement où les enfants sont particulièrement exposés aux agents pathogènes comme l'indique la forte prévalence de la diarrhée dans ces groupes d'âges.

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

### 8.1.2.4 *Analyse selon le milieu de résidence*

Suivant le schéma de la sous-nutrition chronique, la sous-nutrition aiguë est également moins forte dans la capitale comme dans les autres villes (9 %) qu'en milieu rural où elle atteint 13 % des enfants. Les enfants de la région des Savanes sont plus affectés (19 %) par l'émaciation que ceux des autres régions, en particulier de la région Centrale (9 %). Les enfants des mères instruites se trouvent toujours dans une meilleure situation (10 % contre 14 % lorsque la mère n'est pas instruite).

### 8.1.2.3 *Insuffisance pondérale*

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

Il apparaît ici que le quart (25 %) des enfants togolais de moins de trois ans présentent une insuffisance pondérale, dont 7 % sous une forme sévère (tableau 8.1). Comme lôétat nutritionnel mesuré au moyen de cet indice rend compte à la fois des formes chroniques et aiguës de la sous-nutrition, les variations du poids-pour-âge selon les différentes caractéristiques socio-démographiques suivent les mêmes tendances que celle observées pour le poids-pour-taille et surtout celles observées pour la taille-pour-âge.

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

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

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

**Recommandations:**

- Renforcer l'engagement des décideurs pour que la nutrition soit reconnue comme le sous-bassement du développement humain;
- Adopter, suivre et appliquer effectivement les activités du Plan National d'Action pour la nutrition;
- Créer et renforcer le système d'information sur la sécurité alimentaire et nutritionnelle;
- Mettre en place un répertoire des intervenants en nutrition et sécurité alimentaires et un mécanisme de coordination et d'harmonisation des actions;
- Intégrer dans les curricula scolaires à tous les niveaux, les notions nouvelles sur une alimentation saine, équilibrée et variée comme valeur essentielle pour le développement harmonieux de la communauté.

## 8.2 ALLAITEMENT AU SEIN

### 8.2.1 Rappel de l'objectif

L'objectif du Sommet mondial pour l'Enfant est de permettre à toutes les femmes de nourrir leurs enfants exclusivement au sein pendant quatre à six mois et de continuer à les allaiter tout en leur donnant des aliments dôappoint durant une bonne partie de la deuxième année.

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

Dans lôenquête MICS-2, le statut dôallaitement repose sur les rapports des femmes concernant lôallaitement de leurs enfants au cours des 24 heures précédant lôinterview. De par *allaitement exclusif*, on entend les enfants qui ne reçoivent que le lait maternel et les vitamines, les suppléments minéraux ou les médicaments. Par *allaitement complémentaire*, on entend les enfants qui reçoivent le lait maternel et les aliments solides ou semi-solides.

**[Tab. 16] Tableau 8.2 : Pourcentage d'enfants vivants par pratique d'allaitement, Togo, 2000**

| | Exclusivement Allaités | | Aliments de complément Solides / liquides | | Allaités | | | | Enfants âgés de 0-59 mois | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **Caractéristiques** | **Enfants 0-3 mois** | **Effectifs** | **Enfants 6-9 mois** | **Effectifs** | **Enfants 12-15 mois** | **Effectif** | **Enfants 20-23 mois** | **Effectif** | **Effectif** | **Non Pondéré** |
| **Sexe** | | | | | | | | | | |
| Masculin | 18,8 | 170 | 69 | 106 | 94,0 | 142 | 65,7 | 90 | 1575 | 1568 |
| Féminin | 26,9 | 189 | 62,1 | 113 | 96,8 | 135 | 64,2 | 86 | 1556 | 1562 |
| **Région** | | | | | | | | | | |
| Lomé | 20 | 40 | 73,3 | 19 | 96,3 | 34 | 50,0 | 23 | 318 | 249 |
| Maritime | 13,1 | 99 | 62,9 | 58 | 97,4 | 55 | 59,8 | 29 | 788 | 467 |
| Plateaux | 39 | 84 | 77,4 | 50 | 96,3 | 63 | 71,2 | 56 | 797 | 647 |
| Centrale | 16,2 | 32 | 75,0 | 20 | 91,5 | 29 | 62,4 | 10 | 283 | 455 |
| Kara | 28,8 | 42 | 73,9 | 25 | 97,7 | 43 | 66,2 | 29 | 404 | 443 |
| Savanes | 16,5 | 61 | 44,1 | 47 | 91,7 | 52 | 69,4 | 30 | 542 | 871 |
| **Milieu de résidence** | | | | | | | | | | |
| Urbain | 22,7 | 92 | 72,4 | 54 | 98,0 | 82 | 50,3 | 45 | 853 | 719 |
| Rural | 22,3 | 267 | 63,2 | 166 | 94,3 | 195 | 70,0 | 431 | 2279 | 2413 |
| **TOTAL** | **22,9** | **359** | **65,4** | **219** | **95,4** | **277** | **65,0** | **177** | **3132** | **3132** |

***Source : MICS2-TOGO, 2000***

### 8.2.1 Allaitement maternel exclusif

Les données du tableau 8.2 de lôenquête MICS2 montrent que 23 % des enfants ont été exclusivement allaités au sein entre 0 et 3 mois, alors que lors de l'EDST-II, cette proportion était de 15 %.

### 8.2.2 Pratique d'allaitement et des aliments de compléments

Entre six et neuf mois, plus de six enfants sur dix (65 %) reçoivent en plus du lait maternel des aliments solides contre 92 % à l'EDST-II, ce qui traduit une amélioration dans le respect des recommandations de l'OMS et de l'UNICEF.

### 8.2.3 Allaitement maternel continu

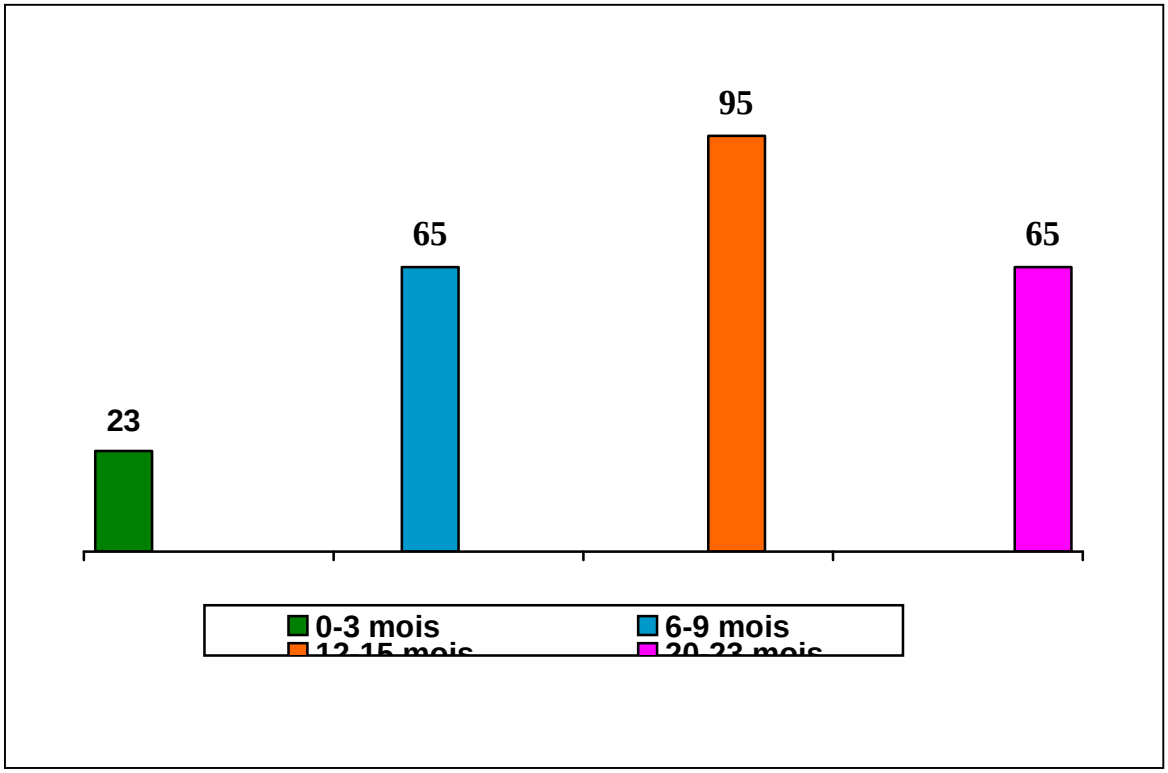
Plus de six femmes togolaises sur dix (65 %) continuent dôallaiter leurs enfants jusquôà deux ans au moins. Avant les seize mois, on peut constater que ce sont tous les enfants (95 %) qui sont toujours nourris au sein.

### 8.2.4 Allaitement maternel selon la zone de résidence

Au niveau régional, on note quelques légères différences au sujet de lôallaitement des enfants. La Région des Plateaux se détache de toutes les autres par lôimportance que ses femmes accordent à lôallaitement au sein. Quel que soit lôâge de lôenfant, le fait de résider dans la région des Plateaux augmente les chances dôêtre allaités. Avant 4 mois par exemple, 39 % des enfants de cette région sont exclusivement allaités au sein contre 23 % pour lôensemble du pays. Entre 20 et 23 mois, côest également dans cette région que lôon dénombre plus de femmes (71 %) qui continuent dôallaiter leurs enfants.

**Allaitement maternel**

**Graphique 8.1** : Pratique de lôallaitement des enfants de moins de 2 ans




**Recommandations:**

- Développer les activités de communication pour le changement de comportement pour la promotion de l'allaitement maternelle exclusif;
- Evaluation des hôpitaux dans le cadre de l'Initiative Hôpitaux Amis des Bébés (IHAB) avec décernement de Label aux méritants.

## 8.3 SUPPLEMENT EN VITAMINE A

### 8.3.1 Rappel de l'objectif

L'objectif du Sommet mondial pour l'enfant est d'éliminer presque totalement lôavitaminose A et ses effets, dont la cécité ;

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

### 8.3.2 Prise de capsules de vitamine A par les enfants

Au cours des six mois précédent lœenquête MICS-2, 16 % des enfants âgés de 6 à 59 mois avaient reçu une dose élevée de supplément en vitamine A (tableau 8.3). Environ 1 enfant sur dix (9 %) nœavaient pas reçu de supplément au cours des six derniers mois, mais en avaient reçu une avant cette période. On note que 3 % des enfants avaient reçu un supplément en vitamine A à un moment où à un autre par le passé, mais leur mère ou la personne en charge nœavait pas pu préciser la période exacte.

### 8.3.3 Selon l'âge de l'enfant

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

[Tab. 18] Tableau 8.3 : Répartition (en %) des enfants âgés de 6-59 mois selon qu'ils ont reçu une dose élevée de vitamine A ou non pendants les six derniers mois, Togo, 2000

| | VITAMINE | | | | | | TOTAL | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **Caractéristiques** | **Reçu dans les 6 derniers mois** | **Reçu avant les 6 derniers mois** | **Reçu pas sûre quand** | **Pas sûre s'ils ont reçu** | **Jamais Reçu** | | **Total** | **Effectif des enfants** |
| **Sexe** | | | | | | | | |
| Masculin | 17,2 | 10,0 | 3,5 | 3,5 | 65,7 | | 100,0 | 1403 |
| Féminin | 15,3 | 7,9 | 3,0 | 2,7 | 71,2 | | 100,0 | 1364 |
| | | | | | | | | |
| **Région** | | | | | | | | |
| Lomé | 10,6 | 12,8 | 4,6 | 5,5 | 66,5 | | 100,0 | 278 |
| Maritime | 14,0 | 4,4 | 0,7 | 1,7 | 79,3 | | 100,0 | 689 |
| Plateaux | 12,2 | 7,8 | 3,7 | 5,4 | 70,9 | | 100,0 | 711 |
| Centrale | 8,5 | 7,5 | 4,2 | 3,0 | 76,8 | | 100,0 | 249 |
| Kara | 33,1 | 9,0 | 5,1 | 2,7 | 50,1 | | 100,0 | 361 |
| Savanes | 20,2 | 15,6 | 3,7 | 0,8 | 59,7 | | 100,0 | 478 |
| **Milieu de résidence** | | | | | | | | |
| Urbain | 16,6 | 9,2 | 3,8 | 4,1 | 66,2 | | 100,0 | 760 |
| Rural | 16,1 | 8,8 | 3,0 | 2,7 | 69,3 | | 100,0 | 2006 |
| **Age des enfants** | | | | | | | | |
| Moins de 6 mois | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 100,0 | | 100,0 | 1 |
| 6-11 MOIS | 18,7 | 3,6 | 2,3 | 0,6 | 74,9 | | 100,0 | 337 |
| 12-23 | 21,5 | 9,7 | 3,7 | 1,9 | 63,3 | | 100,0 | 638 |
| 24-35 | 16,7 | 11,6 | 2,8 | 2,0 | 67,0 | | 100,0 | 636 |
| 36-47 | 13,8 | 8,0 | 3,9 | 4,6 | 69,7 | | 100,0 | 628 |
| 48-59 | 10,8 | 9,3 | 3,2 | 5,9 | 70,8 | | 100,0 | 528 |
| **Niveau dôinstruction** | | | | | | | | |
| De la mère | | | | | | | | |
| Aucun | 14,3 | 7,3 | 3,3 | 3,3 | 71,9 | | 100,0 | 1813 |
| Primaire | 18,3 | 11,4 | 3,4 | 1,5 | 65,2 | | 100,0 | 731 |
| Secondaire et plus | 25,3 | 14,0 | 2,3 | 6,9 | 51,5 | | 100,0 | 220 |
| **TOTAL** | **16,3** | **8,9** | **3,3** | **3,1** | **68,4** | | **100,0** | **2770** |

***Source : MICS2-TOGO, 2000***

**Recommandations**

- Promotion des aliments riches en micronutriments (Vitamine A, Fer, et iode);
- Promotion de la farine de bouillie enrichie à base des produits locaux;
- Elaborer un document de sensibilisation et d'information sur les micronutriments;
- Procéder au dépistage de la déficience en vitamine A et assurer une distribution systématique de capsules de vitamine A exemple les villages de Contrôle et de Promotion de la Croissance communautaire (CPC);
- Renforcer et réorganiser les campagnes de supplémentation en vitamine A pour intégrer toutes les tranches d'âge.
- Sensibiliser le personnel et les mamans sur la nécessité d'assurer régulièrement la pesée des bébés

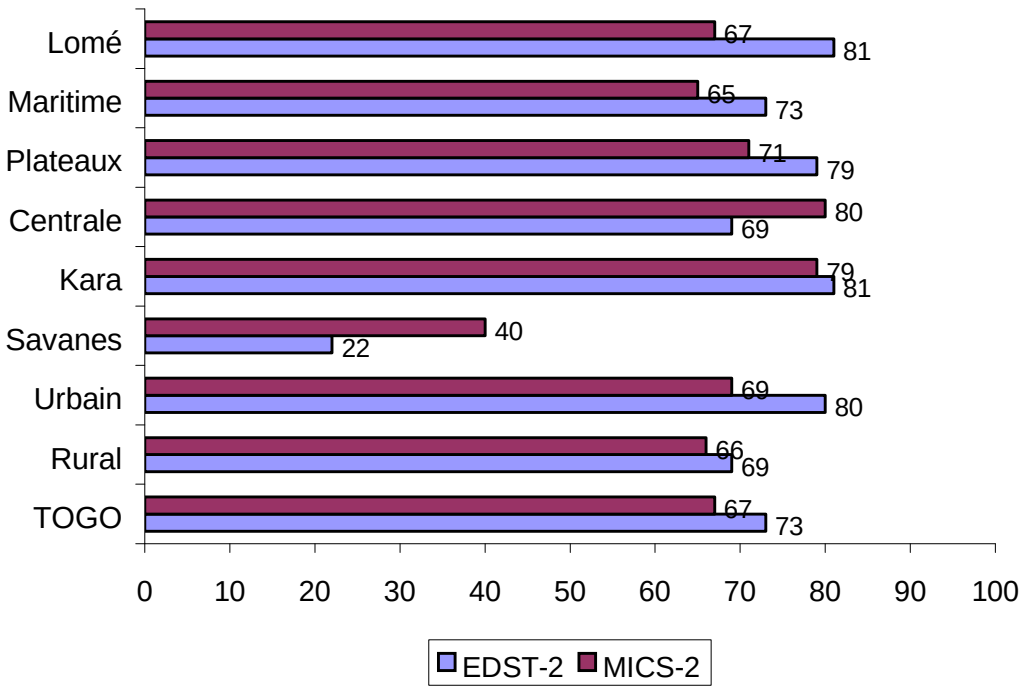
## 8.4 IODATION DU SEL

### 8.4.1 Rappel de l'objectif

Le Gouvernement du Togo, à l'instar de la communauté internationale, s'était engagé à éliminer presque totalement les troubles dus aux carences en iode. Cet objectif est mesuré par la proportion de ménages qui consomment d'une manière adéquate du sel iodé.

La carence en iode dans lôalimentation constitue la cause la plus importante au monde de lôarriération mentale et peut réduire le quotient intellectuel (QI) moyen dôune population dans les proportions pouvant atteindre treize points. Lôiodation du sel constitue un moyen efficace et à faible coût dôéviter les troubles liés à la carence en iode (TCI). Le sel iodé de façon adéquate contient 15 ppm (part par million) dôiode ou plus. Dans le cadre de lôEnquête MICS - 2, le sel quôutilisent les ménages a été testé par le Kit fournit par le Ministère de la Santé ; ce Kit présente cinq niveaux de graduation à savoir 0 PPM ou non iodé (pas de couleur), 25 PPM (couleur faible), 50 PPM (couleur foncée), 75 et 100 PPM (couleur très foncée).

**Graphique 8.2 : Proportion des ménages qui ont consommé du sel adéquatement iodé**



[Tab. 17] Tableau 84 : Pourcentage de ménages ayant consommé du sel suffisamment iodé, MICS2 -Togo, 2000

| CARACTERISTIQUES | Pourcentage de ménage n'ayant pas de sel | Pourcentage de ménage dont le sel est testé | RESULTAT DU TEST | | | | | Effectif de ménages interviewés |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | Non iodé | 25 PPM | 50 PMM | 75 PPM + | .Total iodé | |
| **Région** | | | | | | | | |
| Lomé | **7,1** | **90,5** | **32,7** | **27,1** | **28,5** | **11,8** | **67,3** | **3205** |
| Maritime | **3,9** | **95,5** | **36,7** | **26,4** | **27,0** | **9,9** | **63,3** | **6312** |
| Plateaux | **2,6** | **96,0** | **27,8** | **28,4** | **33,8** | **10,9** | **72,2** | **5496** |
| Centrale | **1,9** | **94,9** | **20,6** | **40,2** | **36,5** | **2,8,0** | **79,4** | **2107** |
| Kara | **2,9** | **94,8** | **21,8** | **35,8** | **27,4** | **15,0** | **78,2** | **2864** |
| Savanes | **2,1** | **95** | **59,5** | **25,7** | **10,8** | **4,0** | **40,5** | **3024** |
| **Milieu de résidence** | | | | | | | | |
| Urbain | **4,8** | **93,6** | **32,2** | **27,5** | **28,3** | **12,1** | **67,8** | **7974** |
| Rural | **2,8** | **95,4** | **34,5** | **30,3** | **27,1** | **8,1** | **65,5** | **15033** |
| **TOTAL** | **3,5** | **94,7** | **33,7** | **29,3** | **27,5** | **9,5** | **66,3** | **23007** |

***Source : MICS2-TOGO, 2000***

### 8.4.2 Niveau de l'indicateur

Les données du tableau 8.4 montrent que dans 95 % des ménages enquêtés, le sel était disponible. Parmi les ménages dans lesquels le sel a été testé, 67 % disposaient dôun sel iodé de façon adéquate.

### 8.4.3 Selon la zone de résidence

Si au niveau du milieu de résidence, lôécart dôutilisation du sel iodé entre les ménages urbains (68 %) et ruraux (66 %) est faible, au niveau régional par contre il subsiste de grandes disparités. En effet dans les Régions Centrale et de la Kara le sel consommé par les ménages était adéquatement iodé est à peu près de 80 % alors que dans la Région des Savanes seulement 41 % des ménages consomment de sel iodé. Cette faiblesse serait sans doute due à l'utilisation de la potasse comme sel de cuisine. Néanmoins on note une légère amélioration par rapport à l' EDST-II où seulement 22 % des ménages utilisaient du sel iodé dans la Région des Savanes.

**Recommandations**

- Renforcer le contrôle de la teneur du sel de cuisine dans les ménages, sur les marchés et au niveau des frontières ;
- Maintenir la sensibilisation de la population sur la nécessité de consommer du sel iodé surtout en milieu rural et particulièrement dans les zones endémiques ;
- Pérenniser le contrôle du sel vendu sur le marché local.

## 8.5 FAIBLE POIDS A LA NAISSANCE

### 8.5.1 Rappel de l'objectif

IL s'agit pour le Togo de ramener à moins de 10 % la proportion d'enfants ayant un poids insuffisant à la naissance (moins de 2,5 kg). L'indicateur retenu est la proportion de naissances vivantes qui pèsent moins de 5.2 kg.

### 8.5.2 Niveau de l'indicateur

Il ressort des données du tableau 8.5 de MICS 2 qu'un peu plus du tiers (35 %) des bébés qui ont vu le jour au cours des douze derniers mois précédant l'enquête ont été pesés à la naissance au Togo. Au total 16 % des nourrissons auraient un poids à la naissance inférieur à 2500 grammes.

### 8.5.3 Selon la zone de résidence

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

[Tab. 20] Tableau 8.5 : Pourcentage de naissances vivantes survenues au cours des 12 derniers mois dont le poids est inférieur à 2500 grammes, Togo 2000

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

***Source : MICS2-TOGO, 2000***

**Recommandations**

- Assurer un meilleur suivi nutritionnel des femmes enceintes ;
- sensibiliser le personnel sur la nécessité d'assurer la pesée des bébés à la naissance ;
- créer les conditions favorables pour assurer la pesée des bébés à la naissance à tous les niveaux ;
- identifier et étudier les facteurs culturels néfastes constituant des contraintes pour une meilleure prise en charge des femmes enceintes.

# CHAPITRE IX

# SANTE DE LôENFANT

## 9.1 COUVERTURE VACCINALE

### 9.1.1 Rappel de l'Objectif

Maintenir un taux élevé de vaccination (au moins 90 % des enfants de moins de 1 an dôici à lôan 2000) contre la diphtérie, la coqueluche, le tétanos, la rougeole, la poliomyélite et la tuberculose et , sôagissant des femmes en âge de procréer, contre le tétanos.

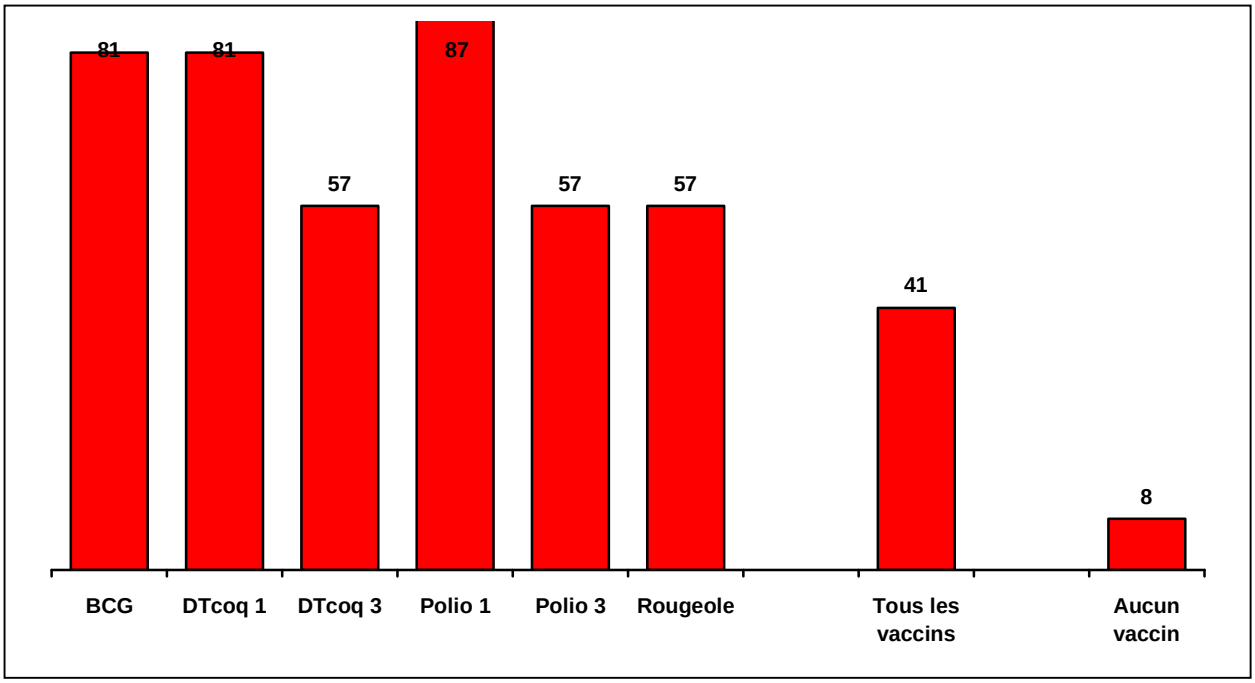
Selon les directives de lôUNICEF et de lôOMS, un enfant devrait recevoir la vaccination du BCG afin de le protéger contre la tuberculose, trois doses de DTCoq pour le protéger contre la diphtérie, la coqueluche et le tétanos, trois doses de vaccin contre la polio et une vaccination contre la rougeole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

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

### 9.1.2 Niveau de couverture vaccinale

Le tableau 9.1 présente le pourcentage des enfants âgés de 12 à 23 mois qui ont reçu chacune des vaccinations. Dans ce tableau, les enfants âgés de 12 à 23 mois constituent le dénominateur, de façon que seuls les enfants qui sont suffisamment âgés pour être entièrement vaccinés soient pris en compte. Il ressort des données que 81 % des enfants âgés de 12 à 23 mois avaient reçu une vaccination de BCG à lôâge de 12 mois et la première dose de la DTCoq. Le pourcentage baisse pour les deuxième et troisième doses de la DTCoq, sôélevant seulement à 71 % pour la deuxième dose, et à 57 % pour la troisième dose. Environ neuf enfants sur dix (87%) avaient reçu la première dose de Polio, mais ce pourcentage baisse, pour sôétablir à 57 % pour la troisième dose. La proportion des enfants qui sont vaccinés contre la rougeole sôélevait à 57%. Pour lôensemble du Togo 41 % des enfants âgés de 12-23 mois sont complètement vaccinés contre les six maladies de lôenfance tandis que 8 % des enfants nôont reçu aucun vaccin.

**Graphique 9.1 Couverture vaccinale des enfants avant lôâge de 12 mois, enfants de 12-23 mois**

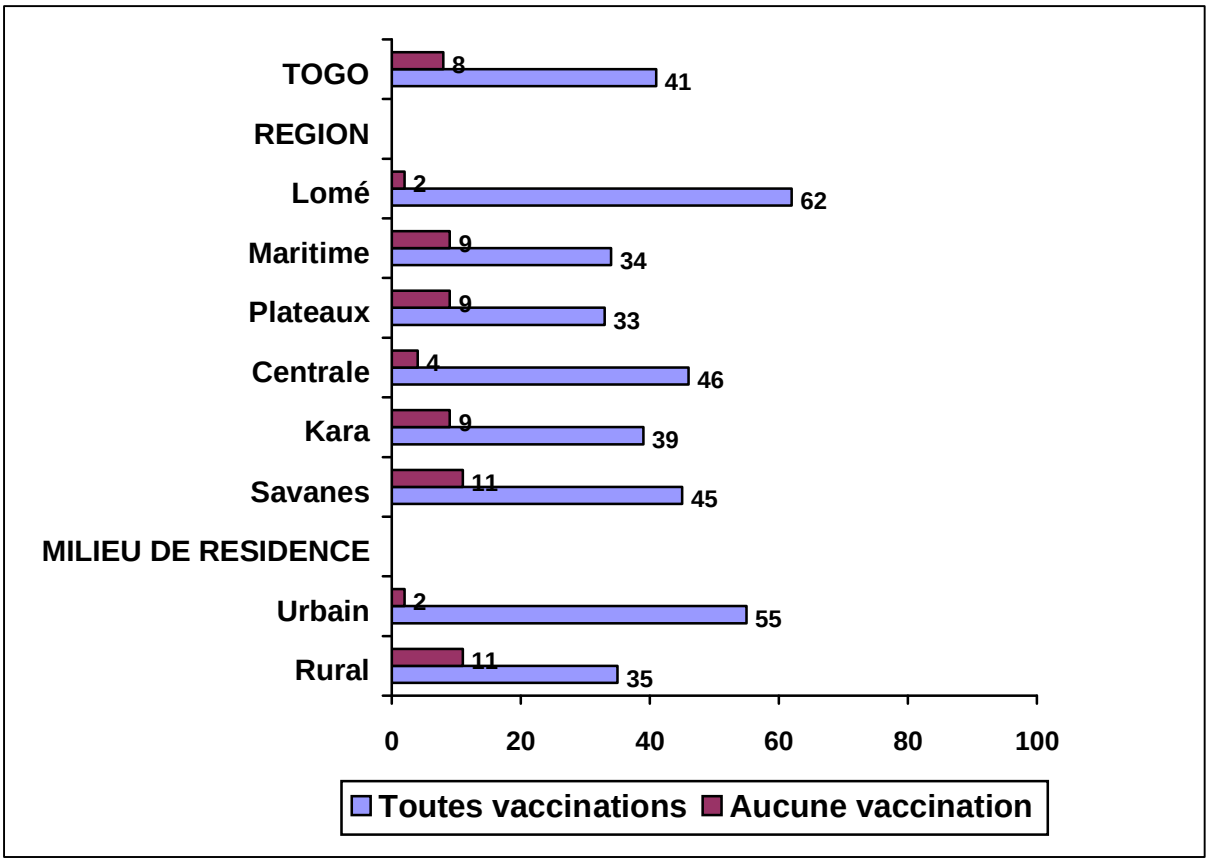


**Vaccination de routine**

### 9.1.3 L'analyse selon le milieu de résidence

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

**Graphique 9.2 Enfants de 12-23 mois ayant eu tous les vaccins de PEV et enfants nôayant eu aucun vaccin**



[Tab.22 ] Tableau 9.1 :
Pourcentage d'enfants âgés de 12-23 mois qui sont actuellement vaccinés contre les maladies de l'enfance, Togo, 2000

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

***Source : MICS2-TOGO, 200***

**Recommandations**

- Poursuivre la vaccination de routine des enfants en vue d'éliminer toutes les maladies du PEV ;
- poursuivre la communication pour le changement de comportement sur le PEV en direction des collectivités, des communautés et des familles ;
- assurer la disponibilité permanente des vaccins de qualité ;
- assurer une chaîne de froid fonctionnelle à tous les niveaux.

## 9.2 DIARRHEE

### 9.2.1 Rappel de l'Objectif

Réduire de 50 % la mortalité due à la diarrhée chez les enfants de moins de 5 ans et de 25% lôincidence des diarrhées. La réduction de la mortalité due à la diarrhée n'a pas été mesurée. L'analyse n'a porté que sur l'incidence et la prise en charge des cas de diarrhée.

La déshydratation due à la diarrhée constitue une cause importante de mortalité chez les enfants au Togo. La prise en charge à domicile de la diarrhée ï à lôaide soit des sels de réhydratation orale (SRO) soit des fluides faits à domicile recommandés ï permet dôéviter nombre de ces décès. La prévention de la déshydratation et de la malnutrition, grâce à lôaugmentation de lôabsorption de fluides et à la poursuite de lôalimentation de lôenfant, constitue également une stratégie importante de la prise en charge de la diarrhée.

### 9.2.2 La prévalence de diarrhée

Dans le questionnaire de MICS 2, on a demandé aux mères ou à défaut aux personnes ayant la charge des enfants de moins de cinq ans dôindiquer si leur enfant avait eu la diarrhée au cours des deux semaines précédant lôenquête. Le cas échéant, la mère a été invitée à répondre à une série de questions concernant les liquides et la nourriture donnés à lôenfant pendant lôépisode et à dire sôil sôagissait plus ou moins de ce que lôenfant avait coutume de manger et de boire. Dôune manière générale, 23 % des enfants âgés de moins de cinq ans avaient fait de la diarrhée au cours des deux semaines précédant lôenquête (Tableau 9.2) alors quôau cours de lôEDST-II , 31 % des enfants âgés de moins de trois ans avaient eu la diarrhée. Bien que le groupe dôâges cible ne soit pas identique on note une nette amélioration de la situation au cours des deux dernières années.

### 9.2.3 Analyse selon la zone de résidence

La prévalence de la diarrhée est plus élevée dans le milieu rural (24 %) que les centres urbains (18 %). Selon les régions de résidence, elle varie du simple au double entre Lomé (17 %) et la Région des Savanes (33 %). Dôune manière générale, la prévalence de la diarrhée est plus élevée dans les régions septentrionales du Togo (Région de la Kara 24 % et Région Centrale 27 %) que dans les régions méridionales (Région Maritime 18 % et Région des Plateaux 19 %).

### 9.2.4 Analyse selon l'âge

La pointe de la prévalence de la diarrhée intervient au cours de la période de sevrage chez les enfants âgés de 6 à 23 mois. Au cours des deux semaines ayant précédé lôenquête 32 % des enfants de 6 à 11 mois et 33 % des enfants de 12 à 23 mois ont eu la diarrhée contre

respectivement 15 % chez les nourrissons de moins de 6 mois et 17 % chez les enfants de 48-59 mois. La prévalence de la diarrhée est également plus élevée chez les enfants des femmes sans instruction que chez ceux qui ont fait lôenseignement secondaire et plus. En effet, 25 % des enfants des femmes sans instruction ont eu la diarrhée contre respectivement 20 % et 15 % chez les enfants de celles qui ont fait les études primaires et secondaires.

### 9.2.5 Utilisation du traitement recommandé TRO ou SRO

Le Tableau 9.2 présente également le pourcentage des enfants qui reçoivent les différents types de liquides recommandés pendant l'épisode de diarrhée. Etant donné que les mères ont pu citer plus d'un type de liquide, le total des pourcentages nôest pas nécessairement égal à 100. Un enfant sur deux avait reçu du lait maternel pendant la diarrhée. Les enfants âgés de moins de 12 mois ont particulièrement plus de chances (94 %) dôavoir reçu du lait maternel. Le tiers des enfants (33 %) avaient reçu des gruaux, 13 % de SRO et 18 % une solution préparée à la maison. Les enfants des mères ayant une éducation secondaire semblent avoir plus de chances que les autres enfants de recevoir de la SRO, du lait maternel et des gruaux. Au total, plus de neuf enfants sur dix (95 %) ayant la diarrhée ont reçu un ou plusieurs des traitements recommandés (c'est-à-dire qu'ils ont été traités avec la SRO ou les liquides recommandés faits à domicile).

Un peu moins dôun tiers des enfants âgés de moins de cinq ans (30 %) ayant la diarrhée ont bu plus que dôhabitude, tandis que 64 % ont bu la même quantité ou moins (Tableau 9.3). Environ 61 % avaient mangé un peu moins, la même quantité ou plus que dôhabitude, tandis que 38 % avaient mangé beaucoup moins que dôhabitude ou pas du tout. Dôune manière générale, seuls 15 pour cent des enfants ayant la diarrhée avaient reçu davantage de fluides et avaient continué de manger tel que recommandé.

[Tab. 23] Tableau 9.2 :
Pourcentage d'enfants de moins de cinq ans ayant eu la diarrhée au cours des deux dernières semaines et ayant reçu une SRO ou TRO, Togo, 2000

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

***Source : MICS2, Togo, 2000***

[Tab.24] Tableau 9.3 :
Pourcentage d'enfants de moins de cinq ans ayant eu la diarrhée au cours des deux dernières semaines qui ont reçu davantage de liquides et ont continué à manger pendant la maladie, Togo, 2000

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

***Source : MICS2, Togo,***

## 9.3 INFECTIONS RESPIRATOIRES AIGUES

### 9.3.1 Rappel de l'Objectif

Il s'agit de réduire du tiers les décès dus aux infections respiratoires aiguës (IRA) chez les enfants de moins de 5 ans. Les indicateurs retenus pour mesurer cet objectif sont:

- Le nombre annuel de décès des enfants de moins de cinq ans dus aux infections respiratoires aiguës;
- La proportion d'enfants âgés de 0 à 59 mois qui avaient des infections respiratoires aiguës durant les 2 semaines et qui s'étaient rendus à une structure de santé appropriée.

### 9.2.5 Niveau des indicateurs

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

Moins dôun enfant sur dix, soit 9 % des enfants âgés de moins de cinq ans avaient une infection respiratoire aiguë au cours des deux semaines précédant lôenquête selon ces critères (Tableau 9.4). Parmi ceux-ci, seulement 7 % avaient été présentés à un médecin (hôpital et médecin privé) pour traitement, et 25 % avaient été présentés à un infirmier ou à un assistant de santé dans un centre de santé, un dispensaire ou un centre de PMI. Un peu plus de 2 % des enfants ont été emmenés chez un guérisseur traditionnel et 16 % un membre de la famille, un ami ou un voisin.

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

[Tab.25] Tableau 9.4 :
Pourcentage dôenfants de moins de cinq ans ayant eu des infections respiratoires aiguës (IRA) durant les deux dernières semaines qui ont été traités par les fournisseurs de services de santé, Togo, 2000

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

***Source : MICS 2, Togo, 2000***

## 9.4 PRISE EN CHARGE INTEGREE DES MALADIES DE LœENFANCE (PCIME)

Deux aspects ont été examinés au cours de l'enquête: à savoir le traitement des maladies à domicile et la connaissance des symptômes pour chercher les soins.

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

### 9.4.1 Traitement des maladies à domicile

Le Tableau 9.5 présente des informations sur le comportement des enfants malades face aux liquides et à la nourriture. Près de six enfants sur dix (58 % ) aurait eu la diarrhée ou dœautres maladies au cours des deux semaines précédant lœenquête. Parmi ceux-ci, le quart de ces enfants malades (25 % ) avaient bu plus de liquide pendant la maladie et 74 % avaient continué de manger (cœest-à-dire quœils mangeaient moins, la même quantité ou plus).

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

### 9.4.2 Connaissance des symptômes pour chercher les soins

La promotion des connaissances au niveau des personnes en charge en ce qui concerne le moment approprié pour rechercher les soins pour les enfants malades constitue un autre volet essentiel du programme de la PCIME. Au cours de lœenquête MICS2 - Togo 2000, les mères ou les personnes en charge des enfants ont été invitées à citer tous les symptômes qui pourraient les conduire à emmener immédiatement un enfant dans un établissement de santé. La réponse la plus courante, donnée par près de huit femmes sur dix , soit 78 % des mères, était quœelles emmèneraient lœenfant dans un établissement de santé sœil avait de la fièvre (Tableau 9.6 ). Les deux autres signes les plus cités par les mères pour aller chercher immédiatement les soins sont la présence du sang dans les selles (38 % ) ou lœaggravation de lœétat de lœenfant (36 %), tandis que 15 % ont mentionné la difficulté respiratoire.
Lœincapacité dœallaiter et la respiration rapide ont été citées chacune par 6 % des mères alors que la difficulté à boire pousserait seulement 5 % des mères à emmener immédiatement leur enfant dans un établissement de santé.

### 9.4.3 Niveau de prise en charge de l'enfant

Au total 59 % des mères ou des personnes ayant la charge des enfants connaissent au moins deux signes de gravité qui nécessitent dœaller chercher des soins dans un centre approprié.

### 9.4.4 Analyse selon le milieu de résidence

Il n'y a pratiquement pas de différences entre les mères des zones urbaines (60 %) et rurales (59 %). Néanmoins, on note des disparités au niveau régional; dans la Région des Savanes, 80 % des mères connaissent au moins deux signes contre respectivement 41 % dans la Région des Plateaux , 54 % dans la Région Centrale, 57 % dans la commune de Lomé et dans la Région de la Kara et 66 % dans la Région Maritime.

### 9.4.5 Analyse selon le niveau d'instruction des mères

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

## [Tab. 26] Tableau 9.5 : Pourcentage d'enfants de 0-59 mois reportés malades durant les deux dernières semaines qui ont reçu davantage de liquides et ont continué à manger, Togo, 2000

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

*Source : MICS2, Togo, 2000*

## [Tab. 27] Tableau 9.6 : Pourcentage de personnes en charge d'enfants âgés de 0-59 mois qui connaissent au moins deux signes pour aller chercher immédiatement des soins, Togo, 2000

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

***Source : MICS2, Togo, 2000***

**Recommandations:**

- Sensibiliser et former les mères à la prise en charge intégrée des maladies de l'enfance;
- Renforcer la sensibilisation des populations à la gravité des problèmes respiratoires (respiration rapide, difficultés respiratoires), signes essentiels des infections respiratoires aiguës.

## 9 5 PALUDISME

L'enquête sur le paludisme est abordée à travers les deux indicateurs suivants:

- Proportion d'enfants âgés de 0-59 mois qui ont dormi la nuit dernière sous une moustiquaire imprégnée
- Proportion d'enfants âgés de 0-59 mois qui étaient malades avec de la fièvre durant les 2 dernières semaines et qui avaient reçu des médicaments anti-paludiques.

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

### 9.5.1 Niveau d'utilisation des moustiquaires imprégnées

Seulement 15 % des enfants âgés de moins de cinq ans ont dormi sous une moustiquaire la nuit avant lôenquête (Tableau 9.7). Ce pourcentage baisse avec lôâge, passant de 20 % chez les enfants âgés de moins de 6 mois à 11 % chez les enfants de 6ï 11 mois. Il remonte à 17 % chez les enfants âgés de 12 à 23 mois avant de retomber à 14 % au delà de 36 mois.

### 9.5.2 Analyse selon le milieu de résidence

Dôune manière générale, les enfants qui résident dans le milieu urbain (19 %) utilisent plus les moustiquaires que les enfants de la zone rurale (13 %). Les données montrent quôil subsiste de grandes disparités au niveau régional. Les proportions des enfants qui dorment sous une moustiquaire sont plus élevées dans les Régions des Plateaux (21 %) et Maritime (17 %) que dans les Régions septentrionales où elles culminent à 7 % dans la Région de la Kara. Ces pourcentage varient de 28 % dans la ville de Lomé à 5 % dans la Région des Savanes. La plupart des moustiquaires ne sont pas imprégnés à lôinsecticide et 14 % des moustiquaires utilisées sont imprégnées à lôinsecticide. Il ressort des données quôaucune des moustiquaires sous lesquelles dorment les enfants nôest imprégnée dans la Région Centrale, alors que dans la Région de la Kara voisine, la moitié des moustiquaires utilisées par les enfants sont traitées dôinsecticides.

### 9.5.3 Prévalence de la fièvre

Les questions concernant la prévalence et le traitement de la fièvre ont été posées pour tous les enfants âgés de moins de cinq ans. Un peu plus d'un enfant sur trois (36 %) âgés de moins de cinq ans avait fait de la fièvre au cours des deux semaines précédant la MICS (Tableau 9.8).

### 9.5.4 Analyse selon l'âge

La prévalence de la fièvre est la plus élevée (43 %) chez les enfants âgés de 6 à 11 mois, puis baisse pour s'établir à 34 % chez les enfants âgés de 48 à 59 mois et à 25 % chez les nourrissons de moins de 6 mois.

### 9.5.5 Analyse selon le niveau d'instruction de la mère

La fièvre est moins répandue parmi les enfants dont les mères ont une éducation secondaire ou supérieure (29 %) par rapport à ceux dont les mères étaient moins instruites.

### 9.5.6 Analyse selon le milieu de résidence

Les disparités régionales sont importantes, passant de simple au double entre Lomé (20 %) et les Régions Maritime (42 %) et des Savanes (40 %). Dans les autres régions les proportions des enfants qui ont fait la fièvre au cours des deux semaines précédant l'enquête sont assez importantes, 28 % dans la Région de la Kara et respectivement 36 % et 38 % dans les Régions Centrale et des Plateaux.

### 9.5.7 Utilisation d'anti-paludéen

Il a été demandé aux mères de mentionner tous les médicaments administrés à l'enfant pendant la maladie, tant les médicaments donnés à domicile que ceux donnés ou prescrits par un établissement de santé. Environ 65 % des enfants avaient reçu du paracétamol et 59 % avaient reçu de la chloroquine.

### 9.5.8 Analyse selon le milieu de résidence

D'une manière générale, les enfants fébriles dans la ville de Lomé avaient plus de chances de recevoir un antipaludéen approprié que les enfants des autres régions. Il n'y a pratiquement pas de différence entre les enfants dans les zones urbaines (44 %) et ceux des zones rurales (42 %) dans le traitement correct du paludisme.

| [Tab. 28] Tableau 9.7 : Pourcentage d'enfants âgés de 0-59 mois qui ont dormi sous une moustiquaire imprégnée d'insecticide la nuit dernière, Togo, 2000 | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| CARACTERISTIQUES | Dormi sous une moustiquaire | | | | Moustiquaire traité | | | | |
| | Oui | Non | Ne sait pas | Effectif D'enfants | Oui | Non | Ne sait pas | Enfants dormant sous moustiquaire | |
| **Sexe** | | | | | | | | | |
| *Masculin* | 15,4 | 84,6 | 0,1 | 1574 | 15,1 | 84,9 | 0,0 | 242 | |
| *Féminin* | 14,1 | 85,6 | 0,2 | 1555 | 11,6 | 87,8 | 0,5 | 220 | |
| **Région** | | | | | | | | | |
| *Lomé* | 28,1 | 71,5 | 0,4 | 317 | 15,7 | 84,3 | 0,0 | 89 | |
| *Maritime* | 17,2 | 82,8 | 0,0 | 788 | 7,5 | 92,5 | 0,0 | 135 | |
| *Plateaux* | 20,6 | 78,9 | 0,4 | 797 | 11,6 | 87,7 | 0,7 | 164 | |
| *Centrale* | 6,2 | 93,8 | 0,0 | 281 | 0,0 | 100,0 | 0,0 | 17 | |
| *Kara* | 7,0 | 93,0 | 0,0 | 404 | 50,4 | 49,6 | 0,0 | 28 | |
| *Savanes* | 5,0 | 95,0 | 0,0 | 541 | 17,1 | 82,9 | 0,0 | 28 | |
| **Milieu de Résidence** | | | | | | | | | |
| *Urbain* | 18,5 | 81,4 | 0,1 | 852 | 19,7 | 80,3 | 0,0 | 158 | |
| *Rural* | 13,3 | 86,5 | 0,2 | 2277 | 10,2 | 89,4 | 0,4 | 304 | |
| **Age** | | | | | | | | | |
| ***< 6 mois*** | 19,7 | 80,0 | 0,3 | 359 | 6,6 | 93,4 | 0,0 | 72 | |
| ***6-11 mois*** | 11,2 | 88,8 | 0,0 | 337 | 12,5 | 87,5 | 0,0 | 38 | |
| *12-23 mois* | 17,0 | 82,8 | 0,2 | 638 | 15,1 | 84,9 | 0,0 | 109 | |
| ***24-35 mois*** | 13,0 | 86,8 | 0,2 | 636 | 10,9 | 89,1 | 0,0 | 83 | |
| ***36-47 mois*** | 14,2 | 85,8 | 0,0 | 628 | 8,8 | 89,9 | 1,3 | 89 | |
| ***48-59 mois*** | 13,6 | 86,2 | 0,2 | 528 | 27,2 | 72,8 | 0,0 | 72 | |
| **TOTAL** | **14,8** | **85,1** | **0,2** | **3126** | **13,5** | **86,3** | **0,3** | **462** | |

***Source : MICS2, Togo, 2000***

**[Tab.29] Tableau 9.8 : Pourcentage d'enfants âgés de 0-59 mois souffrant de la fièvre durant les deux dernières semaines qui ont été traités avec un anti-paludéen , Togo, 2000**

| CARACTERISTIQUES | | A la fièvre les deux dernières semaines | Effectif d'enfants moins de 5 ans | Paracétamol | Chloroquine | Fansidar | Autre | Ne sait pas | Aucun | Effectif D'enfants |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **Sexe** | *Masculin* | 35,9 | 1574 | 67,1 | 60,0 | 2,8 | 39,2 | 2,0 | 60,2 | 566 |
| | *Féminin* | 36,4 | 1555 | 62,6 | 58,5 | 4,0 | 38,1 | 2,5 | 59,8 | 566 |
| **Région** | *Lomé* | 20,1 | 317 | 60,0 | 56,0 | 4,0 | 40,0 | 0,0 | 58,0 | 64 |
| | *Maritime* | 42,2 | 788 | 68,9 | 54,3 | 4,9 | 39,2 | 1,7 | 55,5 | 332 |
| | *Plateaux* | 38,3 | 797 | 61,4 | 56,3 | 1,9 | 43,8 | 2,7 | 56,3 | 305 |
| | *Centrale* | 35,8 | 281 | 61,8 | 65,7 | 3,7 | 37,0 | 4,9 | 66,3 | 100 |
| | *Kara* | 28,3 | 404 | 64,0 | 70,6 | 3,1 | 25,7 | 4,1 | 70,6 | 114 |
| | *Savanes* | 39,9 | 541 | 66,7 | 62,8 | 3,0 | 37,8 | 1,0 | 64,0 | 216 |
| **Milieu de Résidence** | *Urbain* | 28,8 | 852 | 66,5 | 61,5 | 4,5 | 36,1 | 0,6 | 62,3 | 245 |
| | *Rural* | 38,9 | 2277 | 64,4 | 58,6 | 3,1 | 39,4 | 2,7 | 59,4 | 886 |
| **Age** | *< 6 mois* | 25,3 | 359 | 55,3 | 53,5 | 2,9 | 33,8 | 4,4 | 55,0 | 91 |
| | *6-11 mois* | 43,1 | 337 | 67,9 | 58,5 | 4,1 | 33,3 | 2,2 | 60,4 | 146 |
| | *12-23 mois* | 41,2 | 638 | 66,8 | 61,3 | 5,0 | 39,6 | 2,7 | 62,0 | 262 |
| | *24-35 mois* | 38,8 | 636 | 68,0 | 61,3 | 1,3 | 42,2 | 1,7 | 61,9 | 246 |
| | *36-47 mois* | 33,1 | 628 | 57,4 | 58,8 | 4,8 | 43,7 | 1,1 | 59,5 | 208 |
| | *48-59 mois* | 33,7 | 528 | 68,5 | 57,2 | 1,9 | 33,1 | 2,7 | 57,2 | 178 |
| **Niveau d'instruction de la mère** | *Aucun* | 37,7 | 2032 | 65,2 | 59,2 | 2,7 | 36,1 | 2,4 | 59,9 | 765 |
| | *Primaire* | 34,8 | 850 | 61,5 | 56,8 | 5,7 | 44,2 | 2,4 | 59,9 | 295 |
| | *Secondaire et plus* | 28,9 | 244 | 74,6 | 69,5 | 1,1 | 42,8 | 0,0 | 69,5 | 71 |
| | *Programme non formel* | 0,0 | 1 | - | - | - | - | - | - | 0 |
| **Missing/DK** | | 0,0 | 1 | - | - | - | - | - | - | 0 |
| **TOTAL** | | **36,2** | **3129** | **64,9** | **59,2** | **3,4** | **38,7** | **2,3** | **60,0** | **1131** |

***Source : MICS2 ï Togo, 2000***

**Recommandations**

- Poursuivre la sensibilisation pour la prise en charge à domicile du traitement du paludisme par les comités de santé communautaire;
- Assurer la disponibilité et l'accessibilité des médicaments anti-paludéens par le renforcement des USP;
- Mettre en place un système de production et de distribution de moustiquaires imprégnées ;
- Renforcer la sensibilisation dans la lutte contre le paludisme

# CHAPITRE 10

# VIH/SIDA : CONNAISSANCE ET ATTITUDE

## 10.1 RAPPEL DE LôOBJECTIF

L'objectif de ce chapitre est de fournir des informations pour aider les décideurs, les responsables de programmes à planifier des programmes plus efficaces de prévention de l'infection du VIH.

L'enquête portant sur le VIH/SIDA est abordée à travers les indicateurs suivants:

- Proportion des femmes qui ont cité correctement les trois principaux moyens pour éviter l'infection du VIH;
- Proportion des femmes qui ont identifié correctement deux principales conceptions erronées sur le VIH/SIDA;
- Proportion de femmes qui ont identifié correctement les moyens de transmission du VIH de la mère à l'enfant;
- Proportion de femmes ayant expliqué une attitude discriminatoire vis-à-vis des femmes sur le VIH/SIDA;
- Proportion des femmes qui connaissent un endroit où elles peuvent aller faire un test du VIH;
- Proportion des femmes qui ont été testées pour le VIH.

## 10.2 CONNAISSANCE DES PRINCIPAUX MOYENS POUR EVITER LôINFECTION DU VIH/SIDA

Lôune des stratégies les plus importantes de réduction du taux dôinfection du VIH/SIDA concerne la promotion des connaissances précises sur les modes de transmission du SIDA et les moyens de prévenir sa transmission. Lôenquête MICS2 a réservé un module pour pouvoir apprécier la connaissance du SIDA et les attitudes de la population vis-à-vis de la pandémie.

### 10.2.1 Niveau de connaissance des principaux moyens chez les femmes de 15-49 ans

Aujourdôhui, avec les multiples campagnes de sensibilisation et de lutte contre le Sida, il ne fait aucun doute que lôon enregistre une grande majorité de la population qui déclare avoir entendu parler du SIDA. Les données de lôenquête MICS2 montrent quôau Togo, 96 % des femmes âgées de 15 à 49 ans ont entendu parler du VIH/SIDA au moins une fois dans leur vie.

Les femmes ont été interrogées sur les différents moyens de prévention de la maladie lors de MICS2. Le fait dôavoir un partenaire fidèle non infecté, lôutilisation du condom et lôabstention ont été analysés dans le tableau 10.1. Les données de ce tableau montrent que les femmes ont entendu parler du sida mais la majorité ne connaît pas les principaux moyens de prévention. Le fait dôavoir un partenaire sexuel fidèle non infecté est le moyen de prévention que citent la grande majorité des femmes enquêtées (72 %). Viennent ensuite lôutilisation du condom (57 %) et le fait de sôabstenir (54 %). Quand on prend en compte tous les trois moyens de prévention, la proportion de femmes qui les ont cités tous est de 40 %. La véritable

connaissance de lôépidémie est donc encore loin dôêtre universelle comme lôaffirment certains observateurs. Par ailleurs, environ une femme sur quatre (23 %) ne connaît aucun moyen de prévention. Enfin la connaissance des moyens de prévention est fonction du milieu de résidence des femmes. Les femmes du milieu urbain sont proportionnellement mieux informées au sujet de la maladie que celles qui résident dans les milieux ruraux. La proportion de femmes ne connaissant aucun moyen de prévention est bien illustratif à cet égard.

### 10.2.2 Analyse selon le milieu de résidence

La proportion des femmes qui habitent les centres urbains et qui déclarent avoir entendu parler du sida ne diffère pas de celle des femmes rurales qui font la même déclaration (98 % contre 95 %). De même quand on introduit les régions de résidence, le fait dôavoir entendu parler de la pandémie est quasi-universelle. On ne relève aucune spécificité majeure selon une région donnée. Même dans la région des Savanes où certains indicateurs font état dôune situation moins bonne par rapport aux autres régions, 87 % des femmes interrogées ont entendu parler de la maladie (tableau 10.1).

Sur le plan régional, la connaissance de tous les trois moyens de prévention retenus ici est plus répandue parmi les femmes de la Région des Savanes par rapport aux autres femmes. Mais en même temps, il sôagit de la région où lôon dénombre une proportion importante de femmes qui ne connaissent aucun moyen de prévention de la maladie. Au sujet de la prévention du Sida, il faut noter que Lomé, la capitale ne présente pas la meilleure situation comme on lôa vu pour dôautres indicateurs. Environ une femme sur quatre (24 %) qui habite la capitale ne connaît aucun moyen de prévention de la maladie. Lôinstruction constitue pour sa part un important facteur de la connaissance du Sida. Plus le niveau dôinstruction de la femme est élevé, plus elle a de chance de connaître toutes les trois méthodes de prévention de la maladie. De même, la proportion de femmes ne connaissant aucun moyen est trois plus élevé parmi les femmes nôayant aucun niveau dôinstruction par rapport aux femmes ayant fait au moins des études secondaires. Au Togo, la connaissance des trois moyens de prévention est plus répandue dans les groupes dôâges 15 à 39 ans (tableau 10.1).

## 10.3 IDENTIFICATION DES CONCEPTIONS ERRONEES SUR LE VIH/SIDA

### 10.3.1 Niveau de connaissance des conceptions erronées

La transmission de la maladie par les moyens surnaturels est encore vivace chez une femme sur deux au Togo. Selon les données de MICS2, 49 % des femmes ont indiqué correctement que le sida ne peut être transmis par les moyens surnaturels tandis que 42 % ont affirmé que le sida ne peut être répandu par des piqûres de moustiques (tableau 10.2). Environ sept femmes sur dix (65 %) pensent, à juste titre quôune personne qui semble être en bonne santé peut être infectée. Lôensemble des trois conceptions erronées a été identifié par une femme sur cinq (22 %).

### 10.3.2 Analyse selon le milieu de résidence

Dans lôensemble, cette proportion ne diffère pas sensiblement dôune région à une autre. Néanmoins, il faut souligner la particularité de la région des Plateaux où seulement 13 % des femmes ont su identifier toutes les trois conceptions erronées.

### 10.3.3 Analyse selon le niveau d'instruction

Le niveau d'instruction influence considérablement la connaissance des conceptions erronées sur le VIH/SIDA. La proportion de femmes qui connaît les trois conceptions erronées est trois fois plus importante parmi les femmes ayant fait les études secondaires par rapport aux femmes qui n'ont aucun niveau d'instruction. De même les femmes des zones urbaines ont plus de chances que celles des zones rurales à identifier correctement toutes les trois conceptions erronées.

**[Tab. 30] Tableau 10.1 :**
**Pourcentage de femmes âgées de 15-49 ans qui connaissent les principaux moyens de prévention de la Transmission du VIH, Togo, 2000**

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

*Source : MICS2-Togo, 2000*

**[Tab.31] Tableau 10.2 :**
**Pourcentage de femmes âgées de 15-49 ans qui ont correctement identifié des conceptions erronées sur le VIH/SIDA, Togo, 2000**

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

*Source : MICS2-Togo, 2000*

## 10.4 IDENTIFICATION CORRECTE DES MOYENS DE TRANSMISSION DU VIH DE LA MERE A SON ENFANT

### 10.4.1 Niveau d'identification correcte des moyens de transmission du VIH/SIDA de la mère à son enfant

Quatre vingt cinq pour cent des femmes au Togo savent que le Sida peut être transmis de la mère à lœenfant. Interrogées particulièrement sur les mécanismes par lesquels la transmission de la mère à lœenfant sœeffectue, 83 % ont déclaré que la transmission pendant la grossesse était possible, 79 % ont affirmé que la transmission au moment de lœaccouchement est possible, et 78 % ont admis que le Sida peut être transmis par le lait maternel. Trois femmes sur quatre (74 %) connaissent tous les trois modes de transmission (tableau 10.3).

### 10.4.2 Analyse selon le milieu de résidence

La connaissance de transmission de la mère à lœenfant est très élevée dans la région Maritime. La proportion de femmes qui ont une connaissance exacte de cette transmission dans cette région dépasse celle de toutes les autres régions et même de la capitale. En dehors de la région Maritime, le niveau de connaissance des moyens de transmission de la mère à lœenfant ne diffère pas selon les régions.

### 10.4.3 Analyse selon le niveau d'instruction

Cette connaissance est meilleure dans les groupes de femmes où le niveau dœinstruction est plus élevé.

**[Tab.32] Tableau 10.3 :**
**Pourcentage de femmes âges de 15-49 ans qui ont correctement identifié les moyens de transmission du VIH de la mère à l'enfant, Togo, 2000**

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

*Source : MICS2-Togo, 2000*

## 10.5 ATTITUDES DISCRIMINATOIRES VIS-A-VIS DES PERSONNES ATTEINTES DU VIH/SIDA

Lôenquête MICS2 sôest attachée également à étudier les attitudes discriminatoires à lôégard des personnes vivant avec le VIH/SIDA. Pour ce faire, certaines questions relatives aux comportements à adopter vis-à-vis des malades du Sida ont été posées aux enquêtées. Il sôagissait alors de savoir si un enseignant qui a le virus du Sida, mais nôest pas malade doit être autorisé à continuer dôenseigner. La seconde préoccupation était de savoir si lôenquêtée achèterait de la nourriture avec un boutiquier ou un vendeur de nourriture qui, de lôavis de lôenquêtée, est infecté par le Sida. Les résultats de cette investigation sont présentés dans le tableau 10.4.

[Tab. 33] Tableau 10.4 : Pourcentage de femmes âgées de 15-49 ans qui ont exprimé une attitude discriminatoire vis-à-vis des personnes avec le VIH/SIDA, Togo, 2000

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

*Source : MICS2-Togo, 2000*

Comme on le lit dans le tableau 10.4, 37 % des femmes âgées de 15 ï 49 ans au Togo pensent quôun enseignant qui a le VIH/Sida peut être autorisé à travailler.

### 10.5.1 Analyse selon le milieu de résidence

Ce pourcentage est le plus élevé dans Lomé, la capitale du pays où 56 % des femmes interrogées estiment que lôenseignant infecté peut continuer son travail. De même, une attitude positive à lôégard de lôenseignant infecté se retrouve plus chez les femmes qui ont atteint au moins le niveau secondaire. Les femmes des zones urbaines et celles qui sont instruites ont plus de chance de se prononcer dôune manière adéquate au sujet de ces comportements discriminatoires. En effet, accepter dôêtre enseigné par quelquôun qui a le sida suppose que lôon a une connaissance exacte des modes de transmission. En clair, ce sont les femmes qui ont une connaissance douteuse ou approximative de la maladie qui ne permettrait pas à lôenseignant de travailler. Côest les mêmes femmes qui nôaccepteraient pas la nourriture de lôépicier. Malheureusement les femmes qui affichent des attitudes réellement discriminatoires sont relativement importantes. Six femmes sur dix pensent que lôenseignant infecté doit être écarté et nôachètera pas non plus de la nourriture chez un épicier qui a le sida. Les attitudes discriminatoires sont fréquentes dans le groupe de femmes du milieu rural et de celles qui nôont que le niveau dôinstruction primaire ou aucun niveau (tableau 10.4).

**[Tab. 34] Tableau 10.5 : Pourcentage de femmes âgées de 15-49 ans qui ont une bonne connaissance de la transmission du VIH/SIDA, Togo, 2000**

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

*Source : MICS2-Togo, 2000*

Enfin, avec les données de MICS2, la présente analyse a essayé de définir le groupe de femmes qui ont une connaissance suffisante du sida. Seront considérées comme ayant une connaissance suffisante de la maladie, les femmes qui connaissent toutes les trois méthodes de prévention du sida (avoir un partenaire non infecté fidèle, lôutilisation du préservatif à chaque rapport sexuel et lôabstinence sexuelle) et qui ont identifié correctement toutes les trois conceptions erronées qui figurent dans le tableau 10.2.

Les femmes ayant une connaissance suffisante du sida telle que cela a été défini dans le cadre de cette analyse sont plutôt rares au Togo. Elles sont 40 % à connaître les trois moyens de prévention du sida et 22 % à identifier correctement les conceptions erronées. Mais quand on parle de connaissance suffisante du sida, seule 12 % des femmes togolaises appartiennent à cette catégorie. Curieusement cêest dans la région des Savanes que lôon observe la proportion la plus élevée de femmes qui ont une connaissance suffisante du sida. Lomé et la région Maritime occupent respectivement la deuxième et troisième place (tableau 10.5). Les différences importantes que lôon relève au sujet de cette connaissance se rapportent à lôâge. Les jeunes femmes (âgés de moins de 30 ans) ont beaucoup plus de chance dôappartenir à la catégorie des gens ayant une connaissance suffisante du sida par rapport à celles âgée de 40 ans et plus. Entre les femmes ayant fait le niveau secondaire et ceux qui ont seulement le niveau primaire la proportion de femmes ayant une connaissance suffisante passe du simple au double.

### 10.5.2 Connaissance d'un endroit pour faire le dépistage du Sida

Le dépistage volontaire du Sida, accompagné du conseil permet aux personnes infectées de rechercher les soins de santé et dôéviter dôinfecter les autres. De plus, le dépistage est particulièrement important pour les femmes enceintes qui peuvent ainsi prendre des mesures pour éviter dôinfecter leurs bébés. Les indicateurs présents dans le tableau 10.6 visent à assurer le suivi pour savoir si les femmes connaissent les endroits où elles peuvent effectuer le test du VIH/SIDA et si certaines ont déjà fait ce test.

Au Togo, seule 26 % des femmes interrogées ont déclaré connaître un endroit où lôon peut faire le test du Sida. Cêest surtout les femmes instruites et les femmes qui habitent les zones urbaines qui se font cette déclaration. Au niveau des régions, Lomé et la région de la Kara sont les endroits où lôon dénombre une proportion importante de femmes qui connaissent un endroit ou lôon fait le test. La proportion la plus faible de femmes qui connaissant un endroit a été enregistrée dans la région des Savanes (tableau 10.6).

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

*[Tab. 35] Tableau 10.6 :*
***Pourcentage de femmes âgées de 15-49 ans qui connaissent un endroit où elles peuvent aller faire un test du SIDA, Togo, 2000***

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

*Source : MICS2-Togo, 2000*

**Recommandations**

- Elaborer une réponse appropriée en matière de communication pour le changement de comportement (CCC);
- Cibler le groupe à haut risque d'IST/VIH/SIDA (les jeunes et adolescents, les femmes enceintes, les travailleuses de sexe, les militaires, etc..) en matière de CCC;
- Impliquer les communautés de base et tous les acteurs de développement dans la formulation, la mise en oeuvre et le suivi évaluation des programmes de lutte contre les IST/VIH/SIDA;
- Renforcer les programmes de CCC en matière de lutte contre les IST/SIDA initiés dans les établissements scolaires;
- Développer les programmes de lutte contre le VIH/SIDA qui prennent en compte l'éducation des populations cibles (alphabétisation, formation professionnelle, scolarisation féminine, etc.)
- Elaborer les messages qui doivent prendre en compté :
  - la gravité de la maladie
  - la perception du risque personnel
  - la capacité de protection personnelle

- Renforcer les programmes de communication interpersonnelle et des communications de masse pour les stratégies suivantes

- éducation par des pairs
- éducation par la radio et la télévision
- les causeries et débats
- des projections de films etc.

- Soutenir la collecte des statistiques de routine sur les IST/SIDA et systématiser la surveillance sentinelle chez les groupes à risque;
- Encourager les recherches opérationnelles et le suivi évaluation pour mieux identifier et orienter les actions de lutte contre les IST/SIDA;
- Faire un plaidoyer, amener l'état à s'impliquer concrètement dans la lutte contre le VIH/SIDA sur le plan financier;

- Initier les programmes de prise en charge médicale et psycho-sociale des personnes infectées du VIH/SIDA au Togo.

## CHAPITRE XI

# SANTE DE LA REPRODUCTION

### 11.1 RAPPEL DE LôOBJECTIF

Il s'agit de faire en sorte que tous les couples aient accès à lôinformation et aux services nécessaires pour prévenir les grossesses prématurées, trop rapprochées, trop tardives ou trop nombreuses. L'indicateur retenu est la proportion des femmes de 15 à 49 ans qui utilisent, ou dont le partenaire utilise une méthode contraceptive (moderne ou traditionnelle).

### 11.1.1 Utilisation dôune méthode contraceptive

Lôutilisation de la contraception au moment de la collecte a été mentionnée par 26 % des femmes mariées ou vivant en union (tableau 11.1). Les méthodes traditionnelles sont les plus utilisées. 16 % des femmes en union âgées de 15 à 49 ans utilisent ces méthodes contre 9 % qui déclarent les méthodes modernes. La continence périodique et lôabstinence prolongée sont les méthodes traditionnelles les plus utilisées, alors que les injections et la pilule sont les méthodes modernes les plus citées par les femmes. Le condom nôa été cité que par 2 % des femmes. Les méthodes irréversibles, notamment la stérilisation féminine et la stérilisation masculine sont les moins populaires.

### 11.1.2 Analyse selon l'âge de la femme

Par rapport aux groupes dôâges, la prévalence contraceptive oscille entre 19 % au-delà de 40 ans et 30 % à 30-34 ans. Cêest surtout dans les groupes extrêmes que la prévalence est la plus faible.

### 11.1.3 Analyse selon la région

La prévalence de la contraception est plus élevée dans la région Maritime où 39 % des femmes utilisent une méthode contraceptive quelconque. Cette région est suivie de la région des Plateaux et Lomé où la prévalence contraceptive se situe respectivement à 24 % et 23%. Toutefois, il faut souligner que les femmes de la capitale sont celles qui utilisent plus les méthodes contraceptives modernes. Elles sont 27 % à faire cette déclaration contre 26 % pour la moyenne nationale. Les femmes des régions Centrale, de la Kara et des Savanes utilisent le moins possible les méthodes contraceptives modernes. Par contre, la région Maritime se fait distinguer par la proportion relativement élevée (28 %) des femmes qui utilisent une méthode contraceptive traditionnelle.

**[Tab.36] Tableau 11.1 :**
**Pourcentage de femmes mariées ou en union âgées de 15-49 ans qui utilisent actuellement (ou dont le partenaire utilise) une méthode contraceptive, Togo, 2000**

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

***Source : MICS2-Togo, 2000***

### 11.1.4 Analyse selon le niveau d'instruction

Il existe une corrélation entre le niveau dôinstruction des femmes et lôutilisation des contraceptifs. Alors que 23 % des femmes nôayant aucun niveau dôinstruction utilise une méthode contraceptive moderne, la prévalence contraceptive dans le groupe de femmes ayant atteint le niveau secondaire est de 35 %. De plus, les femmes instruites choisissent plus que les autres femmes les méthodes modernes. Il nôy a pas de différence notable entre lôutilisation de méthodes traditionnelles selon le niveau dôinstruction des femmes (tableau 11.1). De même, les données de MICS2 ne font dégager de différence notable entre le niveau de la prévalence contraceptive entre milieu urbain et milieu rural.

### Recommandations

- Renforcer l'information des populations pour une pratique plus accrue des méthodes contraceptives;
- Multiplier les centres de prestations de services, soutenir les structures existantes, intégrer des prestations dans les écoles, maison des jeunes, campement, etc.
- Informer la population par les canaux appropriées (radio, télévision, théâtre, causeries, chansons, sketchs;
- Mettre en oeuvre la distribution à base communautaire.

## 11.2 CONSUSLTATIONS PRENATALES

### 11.2.1 Rappel de l'objectif

Faire en sorte que toutes les femmes enceintes aient accès aux soins prénatals, quêelles soient assistées lors de lôaccouchement par des personnes formées à cet effet et quêelles aient accès à des services dôorientation en cas de grossesses à haut risque ou dôurgence obstétrique.

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

Les injections de toxoïde tétanique sont administrées aux femmes pendant la grossesse pour protéger les nourrissons contre le tétanos néonatal qui constitue une cause importante de mortalité infantile due essentiellement aux conditions non hygiéniques pendant lôaccouchement. Deux doses de toxoïde tétanique pendant la grossesse assurent une protection complète. Cependant, si une femme a été vaccinée pendant une grossesse précédente, il se peut quêelle nôait besoin que dôun rappel pour lui assurer une protection complète. Cinq doses assuraient une protection pour toute la vie.

Deux indicateurs ont été retenus pour cet objectif:

- proportion de femmes de 15-49 ans consultées au moins une fois durant la grossesse par un personnel de santé qualifié;
- proportion de naissances assistées par un personnel de santé qualifié.

| [Tab.37] Tableau 11.2 : Pourcentage de mères ayant eu une naissance survenue au cours des 12 derniers mois qui sont protégées contre le tétanos néonatal,Togo, 2000 | | | | |
|---|---|---|---|---|
| CARACTERISTIQUES | A reçu au moins 2 doses les 3 dernières années | A reçu au moins 3 doses, au cours des 10 dernières années | Est protégé contre le tétanos | Nombre de femmes ayant eu 1 naissance depuis Août 1999 |
| **Région** | | | | |
| *Lomé* | 91,9 | 0,0 | 91,9 | 73 |
| *Maritime* | 93,2 | 0,0 | 93,2 | 178 |
| *Plateaux* | 95,0 | 0,0 | 95,0 | 158 |
| *Centrale* | 92,2 | 0,0 | 92,2 | 58 |
| *Kara* | 93,4 | 0,0 | 93,4 | 93 |
| *Savanes* | 93,6 | 0,4 | 94,0 | 134 |
| **Milieu de résidence** | | | | |
| *Urbain* | 91,8 | 0,0 | 91,8 | 192 |
| *Rural* | 94,1 | 0,1 | 94,2 | 502 |
| **Niveau d'instruction** | | | | |
| *Aucun* | 92,4 | 0,1 | 92,6 | 436 |
| *Primaire* | 95,0 | 0,0 | 95,0 | 210 |
| *Secondaire & +* | 96,2 | 0,0 | 96,2 | 47 |
| **Ensemble Togo** | **93,5** | **0,1** | **93,6** | **694** |

***Source : MICS2-Togo, 2000***

### 11.2.2 Niveau de l'indicateur

Au Togo, 94 % des femmes ayant accouché depuis Août 1999 sont protégées contre le tétanos néonatal (tableau 11.2). La quasi-totalité des femmes protégées a reçu au moins deux doses les 3 dernières années. Au sujet de cette protection, les données de MICS2 ne font dégager aucune différence majeure entre les différentes régions. Le niveau d'instruction n'influence pas tellement la chance d'être protégée contre le tétanos.

Les répondantes qui avaient accouché au cours de l'année précédant la MICS2 au Togo ont été interrogées pour savoir si elles avaient reçu des soins prénatals pour l'accouchement et qui leur avait donné ces soins. Toutes les prestations reçues par les femmes ont été consignées dans les questionnaires. Le tableau 11.3 présente les résultats issus de la section relative aux prestations des soins prénatals. Si plus d'un prestataire a été mentionné par la répondante, elle est considérée comme ayant vu la personne la plus qualifiée qu'elle a mentionné.

Comme on peut le lire dans le tableau 11.3, au Togo 9 femmes sur 10 (94 %) qui avaient accouché au cours de l'année précédant la MICS2 ont toutes reçu des soins prénatals. Environ une femme sur deux a reçu les soins prénatals d'un médecin ou d'une infirmière ou d'une sage femme. Les sages femmes auxiliaires ont donné les soins prénatals à 23 % de femmes ayant accouché au cours de la dernière année. Par Dans l'ensemble, 73% des femmes ont été consultées un personnel médical pour les soins prénatals.

### 11.2.3 Niveau d'instruction de la femme

Le niveau dôinstruction de la femme influence positivement la consultation dôun personnel de santé. Les femmes qui nôont aucun niveau dôinstruction sont 67 % à consulter un personnel médical alors que celles qui ont eu un niveau secondaire sont 90 % à faire la même chose.

### 11.2.4 Analyse selon la zone de résidence

Les femmes qui habitent Lomé et la région Maritime ont plus de chance de se faire consulter par un personnel médical pour les soins prénatals. Côest dans la région des Plateaux que les femmes fréquentent moins un personnel médical (tableau 11.3). Les femmes qui résident dans les zones urbaines sont proportionnellement plus importantes à visiter un personnel médical pour les soins prénatals.

## 11.3 ASSISTANCE PENDANT LôACCOUCHEMENT

Lôassistance pendant lôaccouchement par un personnel qualifié permet dôaméliorer considérablement les résultats de santé pour les mères et les enfants grâce à lôutilisation de procédures appropriées sur le plan technique, et au diagnostic précis et rapide, ainsi quôau traitement des complications. Par assistance *qualifiée pendant lôaccouchement*, on entend une assistance apportée par un médecin, une sage femme ou une sage femme auxiliaire.

### 11.3.1 Niveau de l'indicateur

Selon les données de MICS2, une femme sur deux (49 %) ayant eu des naissances intervenues au cours de lôannée précédant lôenquête avait été assistée par un personnel qualifié (tableau 11.4).

### 11.3.2 Analyse selon la zone de résidence

Lôassistance par un personnel qualifié est plus élevée à Lomé et dans la région Maritime. Les régions des Plateaux et des Savanes sont celles où les femmes ont moins de chance de se faire consulter par un personnel qualifié. En revanche, les femmes de la région des Savanes se font plus assister par des accoucheuses traditionnelles. Alors que sur le plan national, 16 % des femmes ont été assistées par une accoucheuse traditionnelle, environ 1 femme sur 2 (48 %) des femmes de la région des Savanes a accouché avec lôassistance dôune accoucheuse traditionnelle.

### 11.3.3 Analyse selon le niveau d'instruction de la femme

Par ailleurs, la proportion de femmes ayant été assisté par un personnel qualifié va de 38 % dans le groupe des femmes nôayant aucun niveau dôinstruction à 70 % parmi les femmes ayant fait le niveau secondaire. Le niveau dôinstruction est fortement corrélé à lôassistance pendant lôaccouchement par un personnel qualifié. Par ailleurs, les femmes qui habitent les zones urbaines ont plus de chances que les autres à se faire assister par un personnel qualifié. Le milieu rural se caractérise également par une proportion non négligeable (29 %) de femmes qui se font assister lors de leur accouchement par un parent ou un ami.

[Tab. 38] Tableau 11.3 :
Répartition (%) des femmes âgées de 15-49 ans ayant eu une naissance survenue au cours de la dernière année par type de personnel dispensant des soins prénatals, Togo, 2000

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

***Source : MICS2-Togo, 2000***

[Tab.39] Tableau 11.4 : Répartition (en %) des femmes âgées de 15-49 ans ayant eu une naissance survenue au cours de la dernière année par type de personnel assistant dans l'accouchement, Togo, 2000

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

***Source : MICS2-Togo, 2000***

**Recommandations**

- Sensibiliser la population et en particulier les femmes sur la nécessité de recourir aux soins prénatals gage de santé de la mère et de l'enfant au moment de l'accouchement, surtout dans les régions où les taux sont faibles;
- Augmenter les centres de santés, les équiper et renforcer le personnel de santé qualifié;
- Accroître l'intervention des médecins dans le domaine de consultations prénatales.

# CHAPITRE XII

# DROITS DE LôENFANT

L'objectif visé est l'adhésion des populations aux principes de la Convention relative aux Droits de l'Enfant que le Togo a ratifié le 19 Août 1990. La mesure de cette adhésion se fait à travers l'analyse des quatre indicateurs suivants :

## 12.1.1 ENREGISTREMENT DES NAISSANCES A LôETAT CIVIL

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

### 12.1.1 Niveau d'enregistrement des naissances

Le tableau 12.1 donne le pourcentage des enfants de moins de cinq ans selon que la naissance est enregistrée ou non et les raisons de non enregistrement. Les données montrent que 83 % des naissances au Togo ont été enregistrées. Cependant, l'enregistrement des enfants n'est pas systématique dès la naissance car à six mois seulement sept enfants sur dix (71 %) étaient enregistrés. Le taux d'enregistrement passe à 82 % à douze mois puis augmente graduellement pour atteindre 87 % chez les enfants de 48 à 59 mois.

### 12.1.2 Analyse selon le sexe

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

### 12.1.3 Analyse selon la zone de résidence

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

### 12.1.3 Les raisons pour lesquelles les enfants ne sont pas enregistrés

Le tableau 12.2 donne le pourcentage des enfants âgés de 0 à 2 mois selon que la naissance est enregistrée ou non et les raisons de non enregistrement. Les données de ce tableau révèlent le mauvais fonctionnement de l'état civil au Togo, car selon les textes, toute naissance devrait être déclarée au plus tard 30 jours après la naissance. Au delà de ce délai, aucun enregistrement n'est possible dans un centre d'état civil, mais au tribunal pour procéder à un jugement supplétif tenant lieu d'un bulletin de naissance. Mais dans les faits cette prescription n'est pas respectée car c'est seulement dans les villes que les centres d'état civil sont placés sous l'autorité du Maire ou du Préfet. Dans les villages par contre, cette prérogative est dévolue au chef du village qui nomme les agents d'état civil qui ne reçoivent généralement pas de formation adéquate et ont un niveau d'instruction très bas.

Il ressort des données du tableau 12.2 que seulement 33 % des naissances sont enregistrées dans les délais légaux, c'est-à-dire 30 jours après l'événement. De 30 à 59 jours, les naissances enregistrées passent à 65 %. Au niveau régional, on constate que les naissances sont mieux enregistrées à Lomé (88 % dans les délais légaux), viennent ensuite les Régions de la Kara (73%), Centrale (70 %) et Maritime (57 %). Les délais sont moins bien respectés dans les Régions des Savanes et des Plateaux où seulement 49 % et 45 % des naissances sont respectivement enregistrées dans les délais. Au niveau du milieu de résidence, 9 naissances sur 10 (90 %) sont correctement enregistrées dans les villes contres seulement 49 % dans la zone rurale.

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

[Tab. 40] Tableau 12.1 :
Pourcentage des enfants âgés de 0-59 mois selon que la naissance est enregistrée
Ou non et les raisons de non enregistrement, Togo, 2000

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

***Source : MICS 2- Togo, 2000***

[Tab. C] Tableau 12.2 :
Pourcentage des enfants âgés de 0-1 mois selon que la naissance est enregistrée ou non et les raisons de non enregistrement, Togo, 2000

| CARACTERISTIQUES | Naissance enregistrée | Naissance n'est pas enregistrée parce que : Coût trop cher | Doit se déplacer très loin | Ne savait quelle devait être enregistrée | En retard, ne voulait pas payer d'amende | Ne sait pas où l'enregistrer | Autre | Ne sait pas | Total | Effectif d'enfants |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **Sexe** | | | | | | | | | | |
| *Masculin* | 60,0 | 30,7 | 15,3 | 7,1 | 8,3 | 4,6 | 6,5 | 18,4 | 100,0 | 1574 |
| *Féminin* | 56,7 | 31,5 | 19,4 | 5,7 | 6,7 | 4,4 | 14,0 | 12,2 | 100,0 | 1555 |
| **Région** | | | | | | | | | | |
| *Lomé* | 87,5 | 22,2 | 11,1 | 22,2 | 11,1 | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 100,0 | 317 |
| *Maritime* | 56,8 | 30,7 | 14,6 | 4,4 | 9,4 | 5,8 | 6,2 | 12,3 | 100,0 | 788 |
| *Plateaux* | 45,3 | 41,7 | 8,3 | 5,9 | 6,3 | 5,3 | 15,6 | 23,4 | 100,0 | 797 |
| *Centrale* | 70,0 | 10,1 | 20,2 | 11,2 | 6,1 | 6,1 | 5,0 | 25,0 | 100,0 | 281 |
| *Kara* | 73,3 | 31,6 | 26,5 | 7,6 | 6,1 | 3,4 | 0,0 | 17,8 | 100,0 | 404 |
| *Savanes* | 48,7 | 18,6 | 39,6 | 0,7 | 10,5 | 0,0 | 23,0 | 5,3 | 100,0 | 541 |
| **Milieu de résidence** | | | | | | | | | | |
| *Urbain* | 90,3 | 5,9 | 5,9 | 13,0 | 23,9 | 1,3 | 0,0 | 4,3 | 100,0 | 852 |
| *Rural* | 49,0 | 18,7 | 18,7 | 5,7 | 5,8 | 4,8 | 13,7 | 18,1 | 100,0 | 2277 |
| **Age (0-1 mois)** | | | | | | | | | | |
| *0 mois* | | | | | | | | | | |
| *1 mois* | 33 | 26,5 | 14,9 | 8,4 | 6,9 | 3,2 | 5,4 | 13,2 | 100,0 | 359 |
| **TOTAL** | **33** | **31,1** | **17,5** | **6,3** | **7,5** | **4,5** | **10,6** | **15,0** | **100,0** | **3129** |

***Source : MICS 2- Togo, 2000***

**Recommandations**

- Mettre l'accent sur l'enregistrement des naissances en milieu rural surtout dans les délais légaux ;
- Renforcer la capacité des chargés d'état civil ;
- Rapprocher les centres d'état civil des hôpitaux, centre de santé, dispensaires etc. ;
- Développer la mise en place de systèmes d'enregistrement mobiles et peu coûteux au niveau des villages et communautés rurales ;
- Supprimer le jugement supplétif ;
- Accentuer les campagnes de sensibilisation sur l'importance d'acte de naissance.

## 12.2 ORPHELINAT ET DISPOSITIONS RELATIVES A LA GARDE DES ENFANTS

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

### 12.2.1 Niveau de l'indicateur

Au Togo, 67 % des enfants âgés de 0 à 14 ans vivent avec les deux parents (Tableau 12.3). Une proportion non négligeable d'enfants (11 %) vivent avec leur mère uniquement bien que leur père soit vivant. Un peu moins d'un enfant sur dix (9 %) ne vit avec aucun des parents biologiques bien que ceux-ci soient vivants. Les enfants qui ne vivent pas avec un parent biologique représentent également 12 % et ceux dont l'un des deux parents est décédé représentent 9 % de tous les enfants âgés de 0 à 14 ans.

### 12.2.2 Analyse selon l'âge

Les données révèlent que les enfants plus âgés vivent loin de leurs parents biologiques que les enfants plus jeunes. En effet, avant l'âge de cinq ans 79 % des enfants vivent avec leurs deux parents biologiques. Cette proportion passe à 66 % pour les enfants âgés de 5 à 9 ans et s'établit à 58 % pour les 10 à 14 ans.

### 12.2.3 Analyse selon le milieu de résidence

La situation varie considérablement selon le milieu et la région de résidence des enfants. Les enfants du milieu rural vivent plus avec leurs deux parents biologiques (71 %) que les enfants qui résident dans les centres urbains (57 %). Au niveau régional, on note une dégradation graduelle de la situation des enfants des régions septentrionales vers les régions méridionales. Les proportions des enfants qui vivent avec leurs deux parents biologiques varient de 82 % dans la Région des Savanes à 61 % dans la Région Maritime et à 57 % à Lomé. Les proportions des enfants qui vivent avec leur mère seule bien que leur père soit en vie sont nettement plus importantes à Lomé (11 %) et dans la Région Maritime (15 %) que dans les régions septentrionales à savoir Région des Savanes (3 %), Région de la Kara (7 %) et Région Centrale (9 %).

[Tab. 41] Tableau 12.3 :
Pourcentage dœnfants âgées de 0-14 ans dans les ménages qui ne vivent pas avec un parent biologique, Togo, 2000

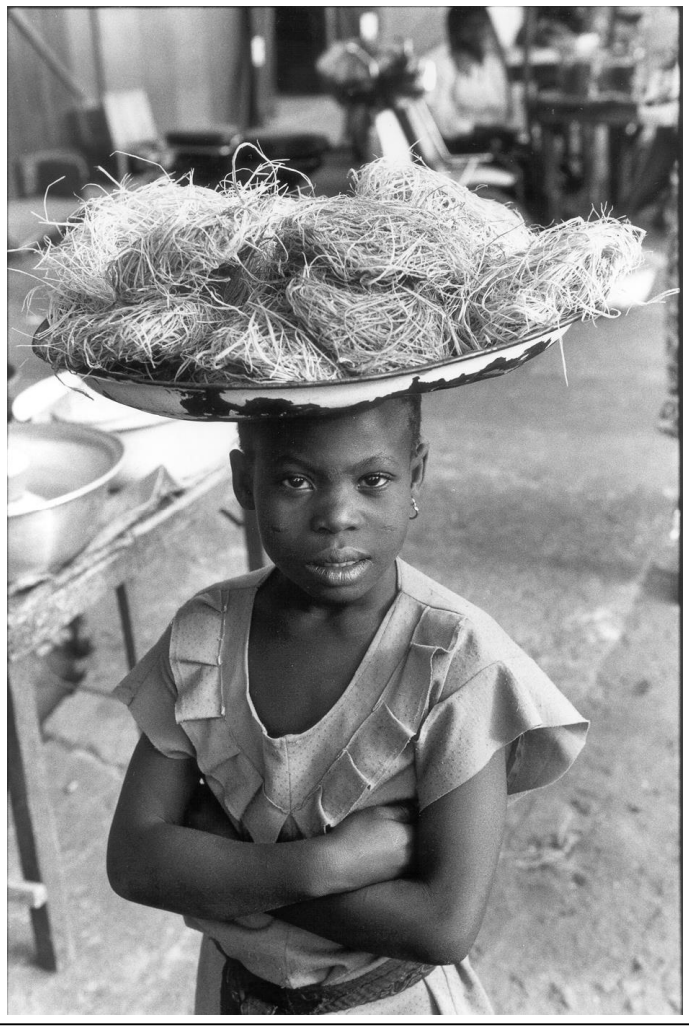
| CARACTERISTIQUES | Vit avec les deux parents | Ne vit avec aucun parent | | | | Vit avec la mère seulement | | Vit avec le père seulement | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | Père seulement vivant | Mère seulement vivante | Les deux sont vivants | Les deux sont décédés | Père vivant | père décédé | mère vivante | mère décédée | Impos-sible à déterminer | Total | Ne vit pas avec un parent biologique | Un ou deux parents décédés | Effectif dœnfants |
| **Sexe** | | | | | | | | | | | | | | |
| *Masculin* | 68,7 | 0,6 | 1,3 | 7,4 | 1,1 | 10,4 | 4,2 | 4,3 | 1,8 | 0,2 | 100,0 | 10,4 | 9,0 | 5123 |
| *Féminin* | 65,7 | 1,2 | 1,7 | 10,2 | 1,3 | 10,6 | 4,5 | 3,3 | 1,0 | 0,3 | 100,0 | 14,4 | 9,8 | 5096 |
| **Région** | | | | | | | | | | | | | | |
| *Lomé* | 57,0 | 0,8 | 2,8 | 10,6 | 3,0 | 12,9 | 5,7 | 5,8 | 1,0 | 0,6 | 100,0 | 17,1 | 13,2 | 1054 |
| *Maritime* | 61,4 | 1,6 | 0,9 | 10,4 | 0,7 | 15,2 | 3,8 | 4,5 | 1,3 | 0,0 | 100,0 | 13,7 | 8,4 | 2711 |
| *Plateaux* | 64,9 | 0,8 | 1,7 | 10,8 | 1,3 | 11,9 | 3,2 | 3,4 | 1,6 | 0,3 | 100,0 | 14,7 | 8,6 | 2535 |
| *Centrale* | 70,4 | 1,0 | 1,2 | 8,9 | 1,0 | 9,0 | 2,8 | 3,8 | 1,7 | 0,2 | 100,0 | 12,1 | 7,7 | 958 |
| *Kara* | 71,4 | 0,7 | 1,9 | 8,3 | 1,2 | 6,7 | 5,6 | 2,8 | 0,8 | 0,5 | 100,0 | 12,2 | 10,2 | 1288 |
| *Savanes* | 81,7 | 0,2 | 1,1 | 2,4 | 0,7 | 3,1 | 6,0 | 2,7 | 2,0 | 0,2 | 100,0 | 4,4 | 10,0 | 1672 |
| **Milieu de résidence** | | | | | | | | | | | | | | |
| *Urbain* | 57,3 | 0,9 | 1,7 | 10,9 | 1,7 | 14,8 | 5,5 | 5,4 | 1,3 | 0,4 | 100,0 | 15,3 | 11,2 | 2986 |
| *Rural* | 71,3 | 0,9 | 1,4 | 8,0 | 1,0 | 8,8 | 3,9 | 3,1 | 1,5 | 0,2 | 100,0 | 11,2 | 8,6 | 7233 |
| **Age** | | | | | | | | | | | | | | |
| *0-4 ans* | 79,0 | 0,4 | 0,2 | 2,3 | 0,2 | 13,9 | 2,4 | 1,0 | 0,3 | 0,2 | 100,0 | 3,2 | 3,6 | 2995 |
| *5-9 ans* | 66,4 | 1,0 | 1,4 | 11,1 | 1, 2 | 9,0 | 4,1 | 4,5 | 1,2 | 0,1 | 100,0 | 14,7 | 8,9 | 3857 |
| *10-14 ans* | 57,8 | 1,2 | 2,8 | 12,0 | 2,1 | 9,2 | 6,4 | 5,6 | 2,6 | 0,5 | 100,0 | 18,1 | 15,1 | 3367 |
| **Total** | **67,2** | **0,9** | **1,5** | **8,8** | **1,2** | **10,5** | **4,3** | **3,8** | **1,4** | **0,2** | **100,0** | **12,4** | **9,4** | **10219** |

***Source : MICS 2- Togo, 2000***

**Recommandations:**

- Approfondir l'enquête pour mieux cerner les facteurs liés à la vulnérabilité des enfants orphelins;
- Prendre en compte dans le cadre de la lutte contre la pauvreté les enfants en situation de vulnérabilité;
- Assurer une protection sociale aux orphelins en situation de vulnérabilité.

- **Travail des enfants**



### 1.2.3 TRAVAIL DES ENFANTS

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

#### 12.3.1 Niveau de l'indicateur

Au Togo, selon lôenquête de la MICS 2, environ 13 % des enfants âgés de 5 à 17 ans ont effectué un travail rémunéré (Tableau 12.4) et 12 % participent à un travail non-rémunéré pour une personne autre quôun membre du ménage.

[Tab. 42] Tableau 12.4 :
Pourcentage des enfants âgés de 5-17 ans qui travaillent actuellement, Togo, 2000

| CARACTERISTIQUES | Travail payé | Travail non payé | Travaux domestiques < 4 h/jour | Travaux Domestiques 4h ou plus/ jour | Travaillent Actuellement | Effectifs d'enfants |
|---|---|---|---|---|---|---|
| **Sexe** | | | | | | |
| *Masculin* | 13,3 | 12,4 | 75,9 | 21,7 | 78,7 | 3623 |
| *Féminin* | 13,0 | 11,6 | 76,8 | 21,2 | 74,3 | 3600 |
| **Région** | | | | | | |
| *Lomé* | 12,7 | 14,1 | 71,7 | 26,5 | 59,8 | 749 |
| *Maritime* | 13,7 | 13,6 | 83,3 | 15,7 | 72,4 | 1954 |
| *Plateaux* | 11,0 | 20,4 | 77,4 | 20,0 | 86,7 | 1770 |
| *Centrale* | 10,7 | 8,4 | 73,9 | 23,5 | 78,8 | 698 |
| *Kara* | 15,4 | 2,3 | 67,8 | 28,6 | 78,3 | 900 |
| *Savanes* | 15,6 | 5,1 | 74.4 | 23,0 | 76,0 | 1152 |
| **Milieu de Résidence** | | | | | | |
| *Urbain* | 13,5 | 13,6 | 75,0 | 22,9 | 67,4 | 2172 |
| *Rural* | 13,0 | 11,3 | 77,0 | 20,7 | 80,4 | 5051 |
| **Age** | | | | | | |
| *5-9 ans* | 8,8 | 10,1 | 73,5 | 24,0 | 69,5 | 3857 |
| *10-14 ans* | 18,2 | 14,2 | 79,7 | 18,3 | 84,6 | 3367 |
| **TOTAL** | 13,2 | 12,0 | 76,4 | 21,4 | 76,5 | 7223 |

***Source : MICS2 ï Togo, 2000***

#### 12.3.2 Travail domestique

Par "travail domestique", on entend faire la cuisine, les achats, le nettoyage, la lessive, la collecte de lôeau et sôoccuper des enfants. Un peu plus des trois quarts (76 %) des enfants accomplissent ces tâches pendant moins de quatre heures par jour, tandis que 22 % y consacrent plus de quatre heures par jour. Il n'y a pratiquement pas de différence entre les filles (77 %) et les garçons (76 %)

de 5 à 17 ans dans l'exécution des tâches domestiques. Les disparités entre les régions sont les plus importantes en ce qui concerne le pourcentage des enfants qui consacrent plus de quatre heures par jour aux tâches domestiques. Ce pourcentage se situe entre 30 % dans la Région de la Kara et 15 % dans la Région Maritime.

### 12.3.3 Travail rémunéré

Les enfants qui ont effectué un travail rémunéré ou non-rémunéré pour une personne autre qu'un membre du ménage ou qui consacrent plus de quatre heures aux corvées ménagères au sein du ménage ou qui effectuent d'autres travaux familiaux sont considérés comme des enfants qui travaillent actuellement. Il ressort des données que près de huit enfants sur dix (76 %) sont considérés comme travaillant à l'heure actuelle. Il n'existe pratiquement aucune différence entre les garçons (79 %) et les filles (75 %), et on observe quand même une différence pour les enfants qui résident les zones urbaines (67 %) et ceux des zones rurales (80 %). Au niveau régional, les pourcentages des enfants qui travaillent actuellement de 60 % dans la Commune de Lomé et Région de la Kara (78 %), Régions Maritime (72 %) et des Plateaux (87 %).

Les enfants qui ont effectué un travail rémunéré ou non-rémunéré pour une personne autre qu'un membre du ménage ou qui consacrent plus de quatre heures aux corvées ménagères au sein du ménage ou qui effectuent d'autres travaux familiaux sont considérés comme des « travailleurs ». En général, 88 % des enfants sont considérés comme travaillant à l'heure actuelle.

**Recommandations**

- Mettre en place une politique de lutte contre les pires formes du travail et l'exploitation économique des enfants;
- Encourager l'éducation et la scolarisation des enfants et en particulier des filles;
- Promouvoir les activités génératrices de revenus pour les familles les plus démunies;
- Etudier les situations de risques des enfants au travail
- L'impact du travail des enfants sur le rendement scolaire.

# ANNEXES

## ANNEXE 1

# PLAN DE SONDAGE

## A.1 INTRODUCTION

La Deuxième Enquête à indicateurs multiples (MICS2-Togo 2000 *)* a prévu un échantillon de 5 000 ménages. La liste des grappes de la deuxième Enquête Démographique et de Santé (EDST-II), réalisée en 1998 a servi de base de sondage. Les principaux domaines dôétude retenus sont Lomé et les cinq régions (Maritime sans Lomé, Plateaux, Centrale, Kara et Savanes). Les cinq régions ont été stratifiées en zones urbaines et rurales ce qui donne un total de 11 domaines dôétude

## A.2 STRUCTURE GENERAL DE LôECHANTILLON

Lôéchantillon de MICS2 est basé sur un sondage aréolaire, stratifié et tiré à deux degrés. Lôéchantillon a été stratifié en urbain et rural. Au premier degré, les 2/3 des zones de dénombrement (ZD) ou grappes de lôEDST-II soit 192 grappes ont été tirées avec une probabilité proportionnelle à leur taille en population. Un dénombrement des ménages dans chacune des ZD tirées a fourni une liste de ménages à partir de laquelle a été tiré au deuxième degré, un échantillon de ménages ayant la même probabilité de sélection. Tous les membres de ces ménages ont été dénombrés à lôaide dôun questionnaire ménage et chaque femme âgée de 15 à 49 ans identifiée a été enquêtée avec un questionnaire femme plus détaillé. De même tous les enfants âgés de moins de cinq enfants résidant dans les ménages ont été identifiés et enquêtés avec un questionnaire enfant.

## A.3 REPARTITION DE LôECHANTILLON

Les tableaux suivants donnent la répartition des grappes tirées , de nombres de ménages sélectionnés, des femmes et des enfants identifiés.

**Tableau A1 : Répartition des grappes sélectionnées selon le domaine dôétude et la strate**

| DOMAINES DôETUDE | STRATE URBAINE | STRATE RURALE | TOTAL |
|---|---|---|---|
| Lomé | 41 | - | 41 |
| Région Maritime | 9 | 24 | 33 |
| Région des Plateaux | 7 | 28 | 35 |
| Région Centrale | 12 | 16 | 28 |
| Région de la Kara | 12 | 16 | 28 |
| Région des Savanes | 8 | 19 | 27 |
| Togo | 89 | 103 | 192 |

**Tableau A2 : Répartition des ménages sélectionnés selon le domaine dôétude et la strate**

| DOMAINES DôETUDE | STRATE URBAINE | STRATE RURALE | TOTAL |
|---|---|---|---|
| Lomé | 798 | - | 798 |
| Région Maritime | 197 | 741 | 938 |
| Région des Plateaux | 145 | 891 | 1036 |
| Région Centrale | 257 | 513 | 770 |
| Région de la Kara | 231 | 512 | 743 |
| Région des Savanes | 193 | 617 | 810 |
| Togo | 1821 | 3274 | 5095 |

**Tableau A3 : Répartition de lôéchantillon des enfants selon le domaine dôétude et la strate**

| DOMAINES DôETUDE | STRATE URBAINE | STRATE RURALE | TOTAL |
|---|---|---|---|
| Lomé | 263 | - | 263 |
| Région Maritime | 75 | 411 | 486 |
| Région des Plateaux | 48 | 637 | 685 |
| Région Centrale | 119 | 384 | 503 |
| Région de la Kara | 138 | 348 | 486 |
| Région des Savanes | 119 | 801 | 920 |
| Togo | 762 | 2581 | 3343 |

**Tableau A4 : Répartition de lôéchantillon des femmes selon le domaine dôétude et la strate**

| DOMAINES DôETUDE | STRATE URBAINE | STRATE RURALE | TOTAL |
|---|---|---|---|
| Lomé | 819 | - | 819 |
| Région Maritime | 186 | 634 | 820 |
| Région des Plateaux | 112 | 902 | 1014 |
| Région Centrale | 242 | 557 | 799 |
| Région de la Kara | 240 | 448 | 688 |
| Région des Savanes | 231 | 796 | 1027 |
| Togo | 1830 | 3337 | 5167 |

## A.4 PROBABILITES DE SONDAGE

Les probabilités de sondage ont été calculés séparément pour chaque strate et pour les deux degrés de sondage. Pour chaque strate *h*, $\mathbf{P}_{1hi}$ est la probabilité de sondage au premier degré de la $i^{ème}$ ZD, et $\mathbf{P}_{2hi}$ est la probabilité de sondage au deuxième degré de la la $i^{ème}$ ZD.

Soient $a_h$ le nombre de ZD tirées, $M_{hi}$ lôeffectif de population estimé de la $i^{ème}$ ZD et $\sum m_{hi}$ lôeffectif de population estimé de la strate h. La probabilité dôinclusion de cette ZD dans lôéchantillon a été calculée de la manière suivante :

$$P_{1hi} = \frac{a_h M_{hi}}{\sum_i M_{hi}}$$

Au deuxième degré, un nombre $b_{ni}$ de ménages ont été tirés à partir des $M_{hi}^{\hat{o}}$ ménages nouvellement dénombrés par lôéquipe de dénombrement dans la ZD. Dôoù :

$$P_{2hi} = \frac{b_{hi}}{M_{hi}}$$

Lôéchantillon étant auto-pondéré à lôintérieur de la strate, le taux de sondage est la même pour chaque ménage à lôintérieur de la strate côest-à-dire que :

$$P_{1hi} \bullet P_{2hi} = \frac{a_n M_{hi}}{\sum_i M_{hi}} \cdot \frac{b_{hi}}{M_{hi}^1} = f_n$$

où $f_h$ est le taux de sondage calculé séparément pour chaque strate :

$$f_h = \frac{n_h}{N_h}$$

Où $n_h$ est le nombre de ménages tirés dans la strate h et $N_h$ est le nombre estimé de ménages dans la strate h en lôan 2000.

Les ménages ont été tirés avec la même probabilité et le pas de tirage a été calculé de la manière suivante :

$$I_{hi} = \frac{1}{P_{2hi}} = \frac{P_{1hi}}{f_h}$$

## A. 5 RESULTATS DES ENQUETES

**Le tableau A.5 fournit les résultats détaillés des enquêtes ménage, femme et enfant selon la région et le milieu de résidence. A la suite du classement des ménages selon les différents codes du résultats des interviews, le taux de réponse pour lôenquête ménage est calculé de la manière suivante :**

$$\frac{\text{Questionnaires entièrement remplis}}{\text{remplis + refusés + pas à la maison}}$$

Le taux de réponse pour lôenquête femme est calculé de la manière suivante :

$$\frac{\textit{Femmes enquêtées avec succès}}{\text{Femmes identifiées}}$$

Taux de réponse pour lôenquête enfant :

$$\frac{\textit{Enfants enquêtés avec succès}}{\text{Enfants identifiés}}$$

Le taux de réponse global pour les femmes est le produit du taux de réponse de lôenquête ménage et du taux de réponse des femmes. Le taux de réponse global pour les enfants est le produit du taux de réponse de lôenquête ménage et du taux de réponses des enfants.

**Tableau A5 :**
**Répartition des ménages dans lôéchantillon de MICS2 par résultats de lôenquête, taux de réponse des ménages, des femmes et des enfants identifiés et enquêtés avec succès et des taux de réponse selon la région et le milieu de résidence**

| RESULTATS DES INTEVIEWS | REGION | | | | | | MILIEU DE RESIDENCE | | ENSEMBLE |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | LOME | MARITIME | PLATEAUX | CENTRALE | KARA | SAVANES | URBAIN | RURAL | |
| ENQUETE MENAGE | | | | | | | | | |
| Ménages sélectionnés | 798 | 938 | 1036 | 770 | 743 | 810 | 1821 | 3274 | 5095 |
| Ménages identifiés | 751 | 871 | 976 | 715 | 679 | 789 | 1680 | 3101 | 4781 |
| Rempli | 708 | 938 | 927 | 692 | 652 | 772 | 1590 | 2999 | 4589 |
| Refuse | 12 | 3 | 1 | 3 | 6 | 0 | 20 | 5 | 25 |
| Pas à la maison | 31 | 30 | 48 | 20 | 21 | 17 | 70 | 97 | 167 |
| Logement non retrouvé | 2 | 0 | 11 | 2 | 5 | 1 | 11 | 10 | 21 |
| Autres | 45 | 67 | 49 | 53 | 59 | 20 | 130 | 163 | 293 |
| Taux de réponse (en %) | 94,3 | 95,0 | 96,8 | 96,0 | 97,9 | 96,0 | 94,6 | 96,7 | 96,0 |
| ENQUETE FEMME | | | | | | | | | |
| Femmes identifiés | 819 | 820 | 1014 | 799 | 688 | 1027 | 1830 | 3337 | 5167 |
| Femmes enquêtées avec succès | 750 | 781 | 893 | 733 | 589 | 962 | 1689 | 3019 | 4708 |
| Taux de réponse (en %) | 91,6 | 95,2 | 88,1 | 91,7 | 85,6 | 93,7 | 92,0 | 90,5 | 91,1 |
| Taux global de réponse des femmes (en %) | 86,4 | 90,4 | 85,3 | 88,0 | 83,8 | 90,0 | 87,0 | 87,5 | 87,5 |
| ENQUETE ENFANT | | | | | | | | | |
| Enfants identifiés | 263 | 486 | 685 | 503 | 486 | 92 | 762 | 2581 | 3343 |
| Enfants enquêtés avec succès | 249 | 467 | 647 | 475 | 443 | 871 | 728 | 2424 | 3152 |
| Taux de réponse (en %) | 94,7 | 96,1 | 94,5 | 94,4 | 91,2 | 94,7 | 95,5 | 93,9 | 94,3 |
| Taux global de réponse des enfants (en %) | 89,3 | 91,3 | 91,5 | 90,6 | 89,3 | 90,9 | 90,3 | 90,8 | 90,5 |

# ANNEXE 2

## CALENDRIER DE LôENQUETE

| Activités | | Dates |
|---|---|---|
| 1. | Préparation du questionnaire | Avril ï mai 2000 |
| 2. | Echantillonnage | Mai 2000 |
| 3. | Révision et traduction des questionnaires, préparation des manuels | Juin 2000 |
| 4. | Mise à jour de lôéchantillon | Juin 2000 |
| 5. | Sélection des ménages | Juillet 2000 |
| 6. | Finalisation des questionnaires et des manuels | Juillet 2000 |
| 7. | Impression des questionnaires et des manuels | Juillet 2000 |
| 8. | Formation des enquêteurs | Juillet 2000 |
| 9. | Terrain | Août ï septembre 2000 |
| 10. | Saisie | Août ï septembre |
| 11. | Apurement et tabulation | Sept-octobre 2000 |
| 12. | Rapport préliminaire | Décembre 2000 |
| 13. | Séminaire régional | Février 2001 |

**ANNEXE 3**

# PERSONNEL DE LœENQUETE MICS2

## COORDONNATEUR NATIONAL

M. PALANGA Mélébouwè

## DIRECTEUR NATIONAL

M. Nouridine BOURAIMA

## DIRECTEURS TECHNIQUES

M. Kodjo ANIPAH
M. Kodjovi KOUWONOU

## AUTRES RESPONSBLES

M. Kossi KPONSIHOIN
M. Kossi ADZOMADA

## UNICEF (APPUI TECHNIQUE ET FINANCIER)

M. Chrispin WILSON: Représentant, UNICEF TOGO
Mme Paulette NICHOLS: Coordonnatrice de Programme, UNICEF TOGO
Mme Béatrice Hanu VOSSAH-MOOH: Chargée de Suivi et Evaluation , UNICEF TOGO
M. Ayayi HUNLEDE: Assistant en Technologie de l'Information, UNICEF TOGO
Mme Bakwa BANDE: Assistante Administrative au Programme, UNICEF TOGO

## SUPERVISEURS OU CHEFS DE REGION

| | | | |
|---|---|---|---|
| AGBOZOH | Koffi | ZAKARI | Abdoulaye |
| DEGBOE | Kossi | LOOKY | Djobo |
| KLOGO | Kwassi | | |

**ENQUETEURS**

| | | | |
|---|---|---|---|
| ABELE | Abalo | DRAVI-ANAKPAN | Atsu |
| ADJIWANOU | Visseho | EKLU | Pierre |
| ADOMEY | Yao | EMAODO | Komi |
| ADRA | Innocente | FOYEME | Moyeme |
| AGBOGAN | Yao | GABA | Adama |
| AGUEY | Kayi | JACKATEY | Komlan |
| ALOGNON | Akuété | KANKPE | Boule |
| AMAH | Aklesso | KOBA | Komlan |
| AMEGAVI | Kossi | LAMBONI | Fartongue |
| AMEGNIDO | Komivi | MAGANAWE | Imar |
| AMOUSSOU | Yaovi | MEGBENOU | Hilariem |
| ASSOH | Djeri | PAKAI | Palakiyem |
| AWUITO | Kossi | PALANGA | Adjelem |
| BIAM | Kokou Vouley | PALI | Tchaa |
| BODJONA | Clovis | SIATANI | Essohanm |
| BOURAIMA | Amissou | SOUKO | Falilatou |
| COMBEY | Kankoé | TCHANDIKOU | Napo |
| DEMAKOU | Yendoubé | WAMPAH | Edem |
| DJAFOAGUE | Doubike | YEVU | Parfait |
| DJONDO | Agbéko | YOVOGAN | Yawa |
| DOGO | Abaladema | DOUPE | Kossi |

**CONTROLEURS**

| | | | |
|---|---|---|---|
| AHLEGNAN | Jerôme | LOKOU | Kossi |
| ALOEGNIKOU | Adakou | SOSSOU | Biova |
| AMEVO | Komlan | TCHASSANTI | Nana |
| DWEDGA | Tantiba | THAMSOR | Mélanie |
| KANOU | Diégougbène | TSATSOU | Messan |
| KOLANI | Eugénie | WOGODO | Kossi |
| LOGOSU-TEKO | Foli | | |

**AGENTS DE VERIFICATION**

| | | | |
|---|---|---|---|
| AHOSSEY | Antoine | ALOGNON | Akouété |
| DEGLI | Messan | EKLU-ADEGNO | Koffi |
| AKAKPOVI | Komlanvi | | |

## CHAUFFEURS

| | | | |
|---|---|---|---|
| AKUETEVI-CATARIA | Ahlonko | KABO | Namesseti |
| BOURAIMA | Awali | KONOU | Rémi |
| AGAYI | Akouété | | |

**INFORMATICIENS ENCADREURS**

M. Ayawo Zoglo DJADOU
M. Kossi Agbéviadé DJOKE

**AGENTS DE SAISIE**

| | | | |
|---|---|---|---|
| HOINDO | Amèyo | DOEVI | Doessan |
| TEHOUL | Irène | ADOGNON | ***Labitégan*** |
| AMEOGBADJI | Pierette | SOKPAH | Komi |

*GESTIONNAIRE DU PROJET*

M. ADJIWANOU

SECRETAIRES DU PROJET

Mme Innocente TOFFA
Mlle Massan AMEY