

*Suivi de la Situation des
Enfants et des Femmes*



Résultats de l'enquête nationale
à indicateurs multiples
TOGO 2006

RAPPORT PRÉLIMINAIRE

Septembre 2006

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

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



**Tableau récapitulatif des résultats
Indicateurs MICS et OMD, Togo, 2006**

RUBRIQUE	NUMÉRO D'INDICATEUR MICS3	NUMÉRO D'INDICAEUR OMD	INDICATEUR	VALEUR	UNITÉ
Mortalité infantile	1	13	Taux de mortalité chez les moins de 5 ans (OMD)	125,9	‰
	2	14	Taux de mortalité infantile	79,2	‰
Nutrition	6	4	Prévalence de l'insuffisance de poids	25,8	%
	7		Prévalence des retards de croissance	23,3	%
	8		Prévalence de la déperdition	14,7	%
	15		Taux d'allaitement exclusif	33,6	%
	16		Taux d'allaitement continu	70,7	%
	17		Taux d'alimentation complémentaire commencé à temps	34,7	%
Santé de l'enfant	25	15	Couverture vaccinale contre la tuberculose	87,6	%
	26		Couverture vaccinale contre la polio	67,7	%
	27		Couverture vaccinale contre la DPT	62,8	%
	28		Couverture vaccinale contre la rougeole	62,1	%
	31		Enfants entièrement vaccinés	47,7	%
	22	29	Traitement antibiotique des enfants suspectés de pneumonie	25,6	%
	24		Combustibles solides	98	%
	37		Enfants de moins de 5 ans dormant sous une MI	39,4	%
	38		Enfants de moins de 5 ans dormant sous une moustiquaire	41,5	%
	39		Traitement antipaludéen (moins de 5 ans)	37,7	%
Environnement	11	30	Utilisation de sources d'eau potables améliorées	58	%
	12	31	Utilisation d'installations sanitaires améliorées	29	%
Santé de la reproduction	21	19c	Prévalence des contraceptifs	16,7	%
	4	17	Assistance par un personnel qualifié	59	%
	5		Accouchements dans un établissement spécialisé	60,2	%
Éducation	55	6	Taux de fréquentation net du cycle primaire	73,4	%
	61	9	Indice de parité des sexes (primaire)	0,95	
			Indice de parité des sexes (secondaire)	0,76	
Protection de l'enfant	62		Enregistrement des naissances	77	%
	67		Mariage avant 15 ans	5,3	%
	67		Mariage avant 18 ans	28,8	%
	68		Jeunes femmes de 15-19 ans mariées/en union libre	16,8	%
	70		Polygamie	34,5	%
VIH/SIDA/SIDA, comportement sexuel, enfants orphelins et vulnérables	82	19b	Connaissances générales sur la prévention du VIH/SIDA chez les jeunes	13	%
	83	19a	Utilisation de préservatifs avec les partenaires occasionnels	49,8	%
	85		Rapport sexuel à haut risque au cours de l'année écoulée	46,7	%
	77	20	Fréquentation scolaire comparative orphelins/non-orphelins	0,9	%

Table des matières

I. CONTEXTE ET OBJECTIFS.....	6
INTRODUCTION	6
OBJECTIFS DE L'ENQUETE.....	8
II. METHODE DE CONSTITUTION DE L'ECHANTILLON DE L'ENQUETE	8
CONSTITUTION DE L'ECHANTILLON	8
QUESTIONNAIRES	8
TRAVAIL DE TERRAIN ET TRAITEMENT DES DONNEES	9
COUVERTURE DE L'ECHANTILLON.....	9
III. RESULTATS	11
MORTALITE INFANTILE.....	11
ÉTAT NUTRITIONNEL	13
ALLAITEMENT MATERNEL	16
ALLAITEMENT MATERNEL EXCLUSIF	16
ALLAITEMENT MATERNEL AVEC ASSOCIATION D'ALIMENTS COMPLEMENTAIRES SOLIDES OU SEMI-SOLIDES (PATEUX) AU COURS DES 24 HEURES PRECEDANT L'INTERVIEW	18
VACCINATION.....	18
TRAITEMENT ANTIBIOTIQUE DES ENFANTS SUSPECTES DE PNEUMONIE.....	19
UTILISATION DES COMBUSTIBLES SOLIDES	22
PALUDISME.....	23
EAU ET ASSAINISSEMENT	28
CONTRACEPTION	30
ASSISTANCE PENDANT L'ACCOUCHEMENT	31
FRÉQUENTATION DE L'ÉCOLE PRIMAIRE	33
ENREGISTREMENT DES NAISSANCES	36
MARIAGE PRECOCE ET POLYGAMIE	37
CONNAISSANCES SUR LA TRANSMISSION DU VIH/SIDA/SIDA ET L'UTILISATION DE PRÉSERVATIFS	39
UTILISATION DU PRESERVATIF	40
FRÉQUENTATION SCOLAIRE DES ENFANTS ORPHELINS ET VULNÉRABLES.....	41

Tableaux

Tableau HH.1 : Résultats des enquêtes auprès des ménages et des personnes.....	10
Tableau CM.1 : Mortalité infantile.....	12
Tableau NU.1 : Malnutrition infantile.....	15
Tableau NU.3 : Allaitement maternel.....	17
Tableau CH.1 : Vaccinations au cours de la première année.....	19
Tableau CH.7 : Traitement Antibiotique de la pneumonie.....	21
Tableau CH.8 : Type de combustibles solides utilisées.....	23
Tableau CH.11 : Enfants dormant dans un lit avec moustiquaire.....	26
Tableau CH.12 : Traitement des enfants avec des médicaments ant-paludéens.....	27
Tableau EN.1 : Utilisation de sources d'eau améliorées.....	29
Tableau RH.5 : Assistance pendant l'accouchement.....	32
Tableau ED.7 : Parité entre les sexes en matière d'éducation.....	34
Tableau ED.3 : Taux de fréquentation net du cycle primaire.....	35
Tableau CP.1 : Enregistrement des naissances.....	36
Tableau CP.5 : Mariage précoce et polygamie.....	38
Tableau HA.3 : Connaissances générales sur la transmission du VIH/SIDA/SIDA.....	40
Tableau HA.12 : Fréquentation scolaire des enfants orphelins et vulnérables.....	41

Graphiques

Graphique 1 : Pourcentage d'enfants malnutris de 0-59 mois.....	14
Graphique 2 : Pourcentage d'enfants de 12-23 mois vaccinés avant l'âge de 12 mois.....	19
Graphique 3 : Utilisation des moustiquaires imprégnées chez les enfants de moins de 5 ans en %.....	24
Graphique 4 : Répartition en % de la population par source d'approvisionnement en eau potable.....	28
Graphique 5 : Répartition en % des types d'aisances utilisés.....	30

AVANT-PROPOS ET REMERCIEMENTS

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

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

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

I. CONTEXTE ET OBJECTIFS

INTRODUCTION

Le présent rapport préliminaire est basé sur les résultats de l'Enquête nationale à indicateurs multiples du TOGO, réalisée en 2006 par la Direction Générale de la Statistique et de la Comptabilité Nationale. L'enquête portait essentiellement sur la nécessité de suivre la réalisation des objectifs et cibles définis par les conventions internationales récentes : la Déclaration du Millénaire, adoptée en septembre 2000 à l'unanimité des 191 États membres de l'ONU et le Plan d'action de la campagne un « *Monde Digne des Enfants* », adopté par 189 États membres lors de la Session spéciale de Nations unies sur l'enfance en mai 2002. Ces deux engagements s'inspirent des promesses faites par la communauté internationale lors du Sommet mondial de l'enfance en 1990.

Par la signature de ces conventions internationales, les gouvernements s'étaient engagés à améliorer les conditions de vie des enfants et à assurer le suivi de leur mise en œuvre. L'UNICEF devait jouer un rôle d'appui dans ce processus (voir Tableau 1.1).

Tableau 1.1
Un engagement pour l'action : Obligations nationales et internationales de rendre compte

Les gouvernements signataires de la Déclaration du Millénaire et la déclaration et du plan d'action de la campagne Un «Monde Digne des Enfants» s'étaient également engagés à suivre la réalisation des buts et objectifs qui y sont définis :

*« Nous assurerons le suivi régulier et l'évaluation au niveau national et, en tant que de besoin, au niveau régional, des progrès accomplis vers les objectifs et les cibles du présent Plan d'action aux échelles nationale, régionale et internationale. En conséquence, nous renforcerons notre capacité statistique nationale en améliorant la collecte, l'analyse et la ventilation des données, notamment par sexe, âge et autres facteurs susceptibles de créer des inégalités, et nous appuierons toute une série de recherches axées sur les enfants. Nous améliorerons la coopération internationale afin d'appuyer les efforts de renforcement des capacités statistiques, et d'accroître les capacités des communautés en matière de suivi, d'évaluation et de planification ». (un «**Monde Digne des Enfants**», paragraphe 60)*

*« ...Nous évaluerons périodiquement les progrès réalisés, aux niveaux national et sous-national, afin de mieux surmonter les obstacles et d'accélérer l'action.... » (un «**Monde Digne des Enfants**», paragraphe 61)*

En outre, le Plan d'action (paragraphe 61) invite spécialement l'UNICEF à s'impliquer dans la préparation des rapports périodiques évaluant les progrès réalisés :

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

*De même, la **Déclaration du Millénaire** (paragraphe 31) demande des rapports d'évaluation périodiques :*

« ...Nous demandons à l'Assemblée générale d'examiner de façon régulière les progrès accomplis dans la mise en œuvre des dispositions de la présente Déclaration et prions le Secrétaire général de faire publier des rapports périodiques, pour examen par l'Assemblée générale et suite à donner ».

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

Bien que le Togo ne dispose pas encore du DSRP approuvé par les partenaires au développement (Banque Mondiale, FMI, ...), le DSRPI, cadre du SNU, cherche à contribuer à l'élaboration et la mise en œuvre d'un DSRPI basé sur les OMD. Le Cadre de référence pour le suivi du DSRP/OMD mis en place par le gouvernement et DEVINFO seront des outils de suivi et d'évaluation à travers les indicateurs.

Les orientations stratégiques de l'UNDAF et le Plan Cadre d'Opérations de UNICEF Togo 2002 – 2006 et 2007 portent sur le renforcement du dispositif juridique et institutionnel de protection de l'enfant et de promotion de la femme et le renforcement des compétences des intervenants dans ces domaines. La promotion de l'égalité des sexes à travers l'appui à la scolarisation des filles et l'acquisition des compétences de vie courante par les jeunes, en particulier les filles, constituent des axes d'intervention importants. Les agences du SNU telles que l'UNICEF, UNFPA ou le PNUD appuient le gouvernement, les acteurs de la société civile et les communautés pour la mise en place d'un environnement juridique, institutionnel et communautaire protégeant mieux les droits des femmes et des enfants du Togo.

Le deuxième rapport périodique pour le suivi de la Convention relative aux Droits de l'Enfant a été présenté par le Gouvernement Togolais le 24 Janvier 2005 (voir CRC/C/SR/1025 du 28 janvier 2005) et le rapport initial de la Convention sur l'Élimination de toutes les formes de Discrimination à l'Égard des Femmes soumis en Janvier 2006.

A défaut du recensement général de la population depuis plus de 20 ans, des enquêtes telles que MICS, QUIBB ("Déperdition des filles à l'école", "Etude Sociologique, Violence, Abus, Exploitation Sexuels des Enfants au Togo", etc) ont été réalisées pour fournir des informations fiables, complémentaires et croisées sur les indicateurs retenus par le pays pour suivre les différents engagements pris par le Togo y compris un "Monde Digne des Enfants"

La tenue, en juillet 2006, de l'atelier de lancement de la préparation des stratégies nationales de développement basées sur les OMD est un signe d'espoir pour créer un "Monde Digne des Enfants"

Ce rapport préliminaire présente quelques résultats issus d'une partie des principales rubriques couvertes par l'enquête et d'une série d'indicateurs¹. Les résultats contenus dans ce rapport ne sont pas définitifs et peuvent être modifiés, même si des changements majeurs ne sont pas prévus. La publication d'un rapport exhaustif est prévue pour Janvier 2007.

¹ Pour plus d'informations sur les définitions, les numérateurs, les dénominateurs et les algorithmes des indicateurs des Enquêtes nationales à indicateurs multiples (MICS) et des Objectifs du millénaire pour le développement (OMD) utilisés dans la présente enquête, voir le chapitre 1 ainsi que les annexes 1 et 7 du *Manuel de l'Enquête nationale à indicateurs multiples 2005 : Suivi de la situation des enfants et des femmes*, également disponible sur le site Web www.childinfo.org.

OBJECTIFS DE L'ENQUETE

L'Enquête nationale à indicateurs multiples 2006 du Togo s'est fixée les principaux objectifs suivants :

- Fournir des informations récentes pour l'évaluation de la situation des enfants et des femmes au Togo ;
- Fournir les données nécessaires pour suivre l'état de réalisation des Objectifs du millénaire pour le développement et ceux fixés par le plan d'action un "Monde Digne des Enfants" (MDE) comme base de l'action future ;
- Contribuer à l'amélioration des systèmes de collecte de données et de suivi du Togo et renforcer l'expertise technique en matière de conception, de collecte et d'analyse de ces systèmes.

II. METHODE DE CONSTITUTION DE L'ECHANTILLON DE L'ENQUETE

CONSTITUTION DE L'ECHANTILLON

L'échantillon choisi pour l'Enquête nationale à indicateurs multiples (MICS) du Togo a été constitué pour permettre de faire des estimations basées sur un grand nombre d'indicateurs concernant la situation des enfants et des femmes au niveau national, en zone urbaine et rurale, et ce pour six (6) domaines d'étude : Lomé et périphérie, région Maritime sans Lomé et périphérie, Plateaux, Centrale, Kara et Savanes. L'échantillon est donc représentatif au niveau national selon les milieux urbain et rural et les six (6) domaines d'étude. Des régions ont été identifiées comme principales zones d'échantillonnage, et l'échantillon a été sélectionné à deux degrés. Dans chaque région, un certain nombre de zones de dénombrement a été choisi, avec une probabilité proportionnelle à la population.

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

Une fois les ménages de ces zones répertoriés, un échantillon systématique de 22 ménages par zone de dénombrement (ZD) a été constitué. L'échantillon a été stratifié par région et il n'est pas auto-pondéré. Pour l'élaboration des rapports nationaux, des pondérations d'échantillons sont utilisées.

Les 300 ZD de l'échantillon proviennent de la cartographie censitaire réalisée en 1997. Ces ZD ont été actualisées en Janvier 2006 pour fournir la liste des ménages à partir de laquelle les ménages de l'échantillon ont été tirés.

QUESTIONNAIRES

Trois questionnaires ont été utilisés dans le cadre de l'enquête. Outre le questionnaire dédié aux ménages pour la collecte d'informations sur les caractéristiques des membres du ménage et de l'habitat, un questionnaire individuel a été administré aux femmes âgées de 15 à 49 ans et un autre aux mères ou tutrices d'enfants âgés de moins de cinq ans. Les questionnaires comprenaient les modules suivants :

- Questionnaire administré aux ménages
 - Liste des ménages
 - Éducation
 - Eau et assainissement
 - Caractéristiques du ménage
 - Travail des enfants
 - Imposition du sel

- Questionnaire individuel administré aux femmes de 15 à 49 ans
 - Mortalité infantile
 - Anatoxine tétanique
 - Santé maternelle et néonatale
 - Mariage/Union libre
 - Contraception
 - VIH/SIDA/SIDA
- Questionnaire individuel administré aux mères/tutrices des enfants de moins de 5 ans
 - Enregistrement des naissances et éducation de base
 - Vitamine A
 - Allaitement maternel
 - Traitement des maladies
 - Vaccination
 - Anthropométrie

Les questionnaires s'inspirent du modèle MICS3. Il est à noter que suite à l'enquête pilote qui a eu lieu en avril 2006, certaines questions ont été reformulées en tenant compte des réalités du pays.

TRAVAIL DE TERRAIN ET TRAITEMENT DES DONNEES

Le personnel de terrain a subi une formation de 12 jours : du 21 avril au 04 mai 2006. Les données ont été recueillies par 13 équipes dont la composition a varié d'une région à une autre : 5 à 7 enquêteurs et un contrôleur. Dans chaque région, un superviseur et un Directeur Régional géraient 2 équipes, sauf à Lomé où l'on comptait 3 équipes. Le travail de terrain a commencé le 10 mai 2006 et s'est achevé le 24 juin 2006.

La saisie a été réalisée sur sept microordinateurs à la DGSCN par 14 agents repartis en deux groupes de deux vacations. Les programmes et masques de saisie ont été conçus à partir du logiciel CSPro. Les données saisies ont été ensuite converties en SPSS pour la tabulation.

Pour les besoins du contrôle de qualité, chaque questionnaire a été saisi deux fois et des vérifications de cohérence interne ont été effectuées. Les procédures et programmes standard conçus dans le cadre global du projet MICS3 et adaptés aux questionnaires du Togo ont été utilisés à toutes les étapes. Le traitement des données a démarré 20 jours après le début de la collecte et a duré environ 50 jours ; cette étape a commencé le 30 mai 2006 et a pris fin le 15 juillet 2006.

COUVERTURE DE L'ECHANTILLON

Sur les 6600 ménages de l'échantillon, 6562 étaient identifiés. Sur ce nombre, 6492 ont été enquêtés avec succès, soit un taux de réponse des ménages de 98,9 %. Dans les ménages interrogés, 6713 femmes (âgées de 15 à 49 ans) ont été identifiées. Sur ce nombre, 6213 ont été enquêtées avec succès, soit un taux de réponse de 92,6 %. En outre, 4158 enfants de moins de cinq ans ont été recensés dans les ménages. Sur ce chiffre, des questionnaires ont été administrés aux mères/tutrices de 4077 enfants, ce qui correspond à un taux de réponse de 98,1 %. Des taux globaux de réponses de 91,6 et de 97,0 ont été calculés respectivement pour les enquêtes femmes et enfants de moins de 5 ans (Tableau HH.1).

Tableau HH.1: Résultats des enquêtes auprès des ménages et des personnes

Répartition des ménages, des femmes âgées de 15 à 49 ans et des enfants de moins de 5 ans enquêtés selon le milieu de résidence et les régions, Togo, 2006

	Résidence		Région						Total
	Urbain	Rural	Lomé	Maritime (sans Lomé)	Plateaux	Centrale	Kara	Savanes	
Nombre de ménages									
Sélectionnés	2288	4312	1408	1166	1210	880	990	946	6600
Identifiés	2274	4288	1399	1155	1208	876	979	945	6562
Interviewés	2244	4248	1384	1132	1191	874	967	944	6492
Taux de réponse	98,7	99,1	98,9	98,0	98,6	99,8	98,8	99,9	98,9
Nombre de femmes									
Eligibles	2694	4019	1743	937	1020	885	962	1166	6713
Interviewées	2378	3835	1473	912	931	869	912	1116	6213
Taux de réponse	88,3	95,4	84,5	97,3	91,3	98,2	94,8	95,7	92,6
Taux de réponse global des femmes	87,1	94,5	83,6	95,4	90,0	98,0	93,6	95,6	91,6
Nombre d'enfants de moins de cinq ans									
Eligibles	1225	2933	772	609	569	601	602	1005	4158
Mère/tutrice interrogée	1204	2873	760	604	537	596	590	990	4077
Taux de réponse	98,3	98,0	98,4	99,2	94,4	99,2	98,0	98,5	98,1
Taux de réponse global des enfants	97,0	97,0	97,4	97,2	93,0	98,9	96,8	98,4	97,0

Le dénominateur du taux de réponse des ménages est le nombre de ménages identifiés pendant la collecte sur le terrain (HH9 = 1, 2, 3, 6); le numérateur est le nombre de ménages pour lesquels la question a été complètement remplie (HH9 = 1). Le dénominateur du taux de réponse des femmes est le nombre de femmes éligibles sur la feuille ménage (i.e., femmes âgées de 15-49 ans, HH12); le numérateur est le nombre de femmes enquêtées avec succès (HH13). Le dénominateur du taux de réponse des enfants de moins de 5 ans est le nombre d'enfants de moins de 5 ans identifiés dans la feuille ménage (HH14); le numérateur est le nombre de questionnaires d'enfants de moins de 5 ans remplis (HH15).

Les taux globaux de réponse sont calculés pour les enquêtes individuelles en multipliant le taux de réponse des ménages avec celui des femmes ou des enfants de moins de 5 ans.

III. RESULTATS

Les données de l'enquête MICS3 fournissent des informations sur : la mortalité infantile, l'état nutritionnel, l'allaitement maternel, la vaccination, le traitement antibiotique des enfants suspectés de pneumonie, l'eau et assainissement, l'assistance pendant l'accouchement, la fréquentation de l'école primaire, l'enregistrement des naissances, le mariage précoce et la polygamie, la connaissance sur la transmission du VIH/SIDA et l'utilisation de préservatifs, et enfin la fréquentation scolaire des enfants orphelins et vulnérables du VIH/SIDA.

Le présent rapport préliminaire est basé essentiellement sur l'analyse descriptive recommandée par l'UNICEF.

MORTALITE INFANTILE

L'une des priorités des Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD) et du plan d'action un «Monde Digne des Enfants» est de réduire la mortalité chez les nouveau-nés et les enfants de moins de 5 ans. Le suivi de la réalisation de cet objectif est une mission importante mais difficile. L'évaluation de la mortalité infantile peut sembler facile, mais l'expérience a montré que les questions directes, telles que « Un membre de cette famille est-il décédé au cours de l'année écoulée ? », donnent des résultats inexacts. Par ailleurs, il est difficile d'obtenir des données sur la mortalité infantile à partir des registres de l'Etat-civil de nos pays. En conséquence, les démographes ont dû concevoir des systèmes de mesure indirecte de la mortalité infantile. Ces « méthodes indirectes » permettent de réduire au minimum les écueils que constituent les oublis et les définitions inexacts ou mal interprétées, mais aussi d'éviter le recours à toute technique d'interrogation inadaptée.

Le *taux de mortalité infantile* indique la probabilité de décès avant le premier anniversaire tandis que le *taux de mortalité infanto-juvénile* indique la probabilité de décès avant le cinquième anniversaire. Dans le cadre de l'enquête MICS3, ces deux taux sont calculés sur la base d'une technique d'estimation indirecte, dénommée la méthode de Brass. Cette estimation repose sur les données suivantes : le nombre moyen d'enfants déjà nés de femmes âgées de 15 à 49 ans, réparties en groupes d'âge de cinq ans, et la proportion de décès parmi ces enfants, également basée sur cette même répartition. La technique consiste à convertir ces données en probabilités de décès en tenant compte à la fois des risques de mortalité auxquels les enfants sont exposés et de la durée de leur exposition à ces risques.

Le Tableau CM.1 présente des estimations de mortalité infantile et infanto juvénile selon le sexe et certaines caractéristiques sociodémographiques de la mère et le milieu de résidence. Sur mille naissances vivantes, 79 décèdent avant leur premier anniversaire et sur 1000 naissances, 126 décèdent avant leur cinquième anniversaire. Les taux de mortalité infantile et infanto juvénile sont plus élevés chez les enfants de sexe masculin (respectivement 91 pour mille et 144 pour mille) que chez les enfants de sexe féminin (66 pour mille et 107 pour mille). De grandes disparités sont également observées dans les milieux d'habitat (urbain et rural), et de la région de résidence. En effet, les probabilités de décès des nourrissons et des enfants de moins de cinq sont presque deux fois plus élevées dans les zones rurales (89 pour mille et 144 pour mille) que des les centres urbains (51 pour mille et 75 pour mille). Au niveau régional, les taux les plus élevés sont enregistrés dans la région des Savanes (110 pour mille pour la mortalité infantile et 182 pour mille pour la mortalité infanto juvénile) et les probabilités de décès les moins élevées sont observées à Lomé (44 pour mille et 63 pour mille).

Le niveau d'instruction de la mère a une très grande influence sur la probabilité de décès des enfants. Un enfant dont la mère est sans instruction court deux fois plus de risque de mourir avant le premier anniversaire et avant cinq ans (91 pour mille et 148 pour mille) qu'un enfant dont la mère a atteint le niveau secondaire ou plus (44 pour mille et 64 pour mille).

D'importantes différences de mortalité ont également été observées au niveau des indices de richesse et d'appartenance ethnique. En effet, les probabilités de décès des nourrissons (moins d'un an) et des enfants de moins de 5 ans nés dans les ménages pauvres (95 pour mille et 154 pour mille) sont presque deux fois plus élevées que celles observées dans les ménages riches (53 pour mille et 79 pour mille).

Tableau CM.1: Mortalité des enfants		
Taux de mortalité infantile et infanto-juvenile, Togo, 2006		
	Taux de mortalité infantile*	Taux de mortalité infanto-juvenile**
Sexe		
Masculin	91,4	143,6
Féminin	66,3	106,8
Région		
Lomé	43,6	63,1
Maritime sans Lomé	83,0	133,0
Plateaux	79,5	126,6
Centrale	86,6	139,5
Kara	77,5	122,9
Savanes	109,7	182,3
Résidence		
Urbain	50,5	75,2
Rural	89,0	143,6
Niveau d'instruction de la mère		
Aucune	91,3	147,9
Primaire	62,1	95,6
Secondaire+	44,2	64,2
Indice de richesse		
Très pauvre	94,0	152,7
Pauvre	94,7	154,1
Modeste	81,0	129,1
Riche	52,7	79,1
Très riche	53,1	79,8
Ethnie		
Adja-Ewe	68,9	107,5
Kabye-Tem	77,1	122,2
Para-Gourma	100,9	165,6
Ana-lfe	98,9	162,4
Akposso-Akébou	100,9	165,6
Autre Togolais	100,9	165,6
Autre	100,9	165,6
Total	79,2	125,9

SOURCE : MICS 3, 2006

ÉTAT NUTRITIONNEL

L'état nutritionnel des enfants est le reflet de leur état de santé général. Lorsqu'un enfant a accès à une source d'alimentation appropriée, qu'il n'est pas sujet à des maladies récurrentes et qu'il est bien protégé, il atteint son potentiel de croissance et il est considéré comme étant bien nourri.

Au sein d'une population bien nourrie, il existe une répartition standard de la taille et du poids chez les enfants de moins de cinq ans. La malnutrition au sein d'une population peut être appréciée en comparant l'état des enfants à une répartition de référence. Ce rapport se base sur la population de référence WHO/CDC/NCHS, dont l'utilisation est recommandée par l'UNICEF et l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS). Chacun des trois indicateurs d'état nutritionnel peut être exprimé en termes d'unités d'écart type (z-scores) par rapport à la médiane de cette population de référence.

L'indice **poids-pour-âge** permet de mesurer la malnutrition aiguë et la malnutrition chronique. Un enfant dont le poids-pour-âge se situe à moins de deux écarts types en dessous de la médiane de la population de référence est considéré comme souffrant d'insuffisance pondérale modérée, tandis que celui se situant à moins de trois écarts types souffre d'insuffisance pondérale *sévère*.

L'indice **taille-pour-âge** est une mesure de la croissance linéaire c'est-à-dire des effets à long terme de la sous-nutrition et ne varie que très peu en fonction de la saison de la collecte des données. Les enfants pour lesquels le rapport taille-pour-âge se situe à moins de deux écarts type en dessous de la médiane taille-pour-âge de la population de référence sont considérés comme petits pour leur âge et atteints de *retard de croissance* modéré ; ceux pour lesquels le rapport taille-pour-âge se situe à moins de trois écarts type en dessous de la médiane taille-pour-âge de la population de référence sont considérés comme atteints de *retard de croissance sévère*. Le retard de croissance est le reflet d'une malnutrition chronique due à la conjugaison d'une absence de nutrition appropriée pendant une longue période et d'une maladie récurrente ou chronique.

L'indice **poids-pour-taille** permet de mesurer l'émaciation ou l'amaigrissement qui est généralement dû à une déficience nutritionnelle récente. Cet indicateur peut révéler d'importantes variations saisonnières liées à la disponibilité des aliments ou à la prévalence d'une maladie.

Les enfants dont l'indice **poids-pour-taille** se situe à moins de deux écarts type en dessous de la médiane de la population de référence sont considérés comme souffrant d'*émaciation* ou d'amaigrissement ou encore de déperdition, et ceux se situant à moins de trois écarts type souffrent d'*émaciation sévère* ou *déperdition sévère*.

Le Tableau NU.1 présente les pourcentages d'enfants classés dans chacune de ces catégories, sur la base des mesures anthropométriques prises lors de la collecte des données sur le terrain. En outre, le tableau inclut le pourcentage d'enfants ayant un excès de poids, c'est-à-dire ceux dont le rapport poids/taille se situe à plus de 2 écarts types au-dessus de la médiane de la population de référence.

L'insuffisance pondérale, qui se traduit par un poids insuffisant par rapport à l'âge, concerne un peu plus du quart (26 %) des enfants de moins de cinq ans vivant au Togo, dont 7 % sont atteints de la forme sévère.

Le retard de croissance qui se manifeste par une taille un peu petite par rapport à l'âge et qui est provoqué par une sous nutrition chronique touche un peu plus d'un enfant sur cinq (23 %) alors qu'un enfant sur dix (10 %) souffre de la forme sévère.

L'émaciation ou la déperdition aiguë qui se traduit par un poids de l'enfant trop faible par rapport à sa taille touche 15 % des enfants dont 3 % présentent une forme sévère.

Les écarts selon le sexe entre les trois indices sont relativement faibles. Toutefois l'insuffisance pondérale et le retard de croissance sont plus répandus chez les garçons avec des proportions respectives de 27 % et 25 % que chez les filles (25 % et 21 %). A l'opposé, les filles sont un peu plus émaciées (15 %) que les garçons (14 %).

Au niveau régional, la région des Savanes présente pour les trois indices les pourcentages les plus élevés d'enfants malnutris alors que les plus faibles proportions sont enregistrées à Lomé. Les écarts

entre les deux régions sont très importants ; en effet les enfants de la région des Savanes (33 %) sont deux fois plus touchés par le retard de croissance que ceux de Lomé (14 %). Plus d'un enfant sur deux des Savanes (55 %) sont atteints d'insuffisance pondérale contre 14 % à Lomé et près du tiers (32%) des enfants des Savanes souffrent d'une émaciation contre 6 % dans la capitale.

L'instruction des parents contribue à une réduction de la malnutrition chez les enfants. L'insuffisance pondérale est estimée à 32 % chez les enfants dont les mères sont sans instruction et à 18 % lorsque la mère a un niveau secondaire ou plus. Il en est de même pour le retard de croissance et l'émaciation.

Le pourcentage des enfants souffrant d'insuffisance pondérale et d'émaciation croît avec le temps et atteint le plafond entre 12 et 23 mois et amorce par la suite une légère baisse (Graphique 1) Cette tendance est prévisible, car elle correspond à l'âge où beaucoup d'enfants sont sevrés du lait maternel et exposés à la contamination due à l'eau, aux aliments et à l'environnement. En ce qui concerne le retard de croissance, la progression des proportions des enfants atteints est régulière jusque dans la tranche d'âges 36-47 mois avant de marquer un léger fléchissement

Graphique 1 : Pourcentage d'enfants malnutris de 0 - 59 mois, Togo 2006

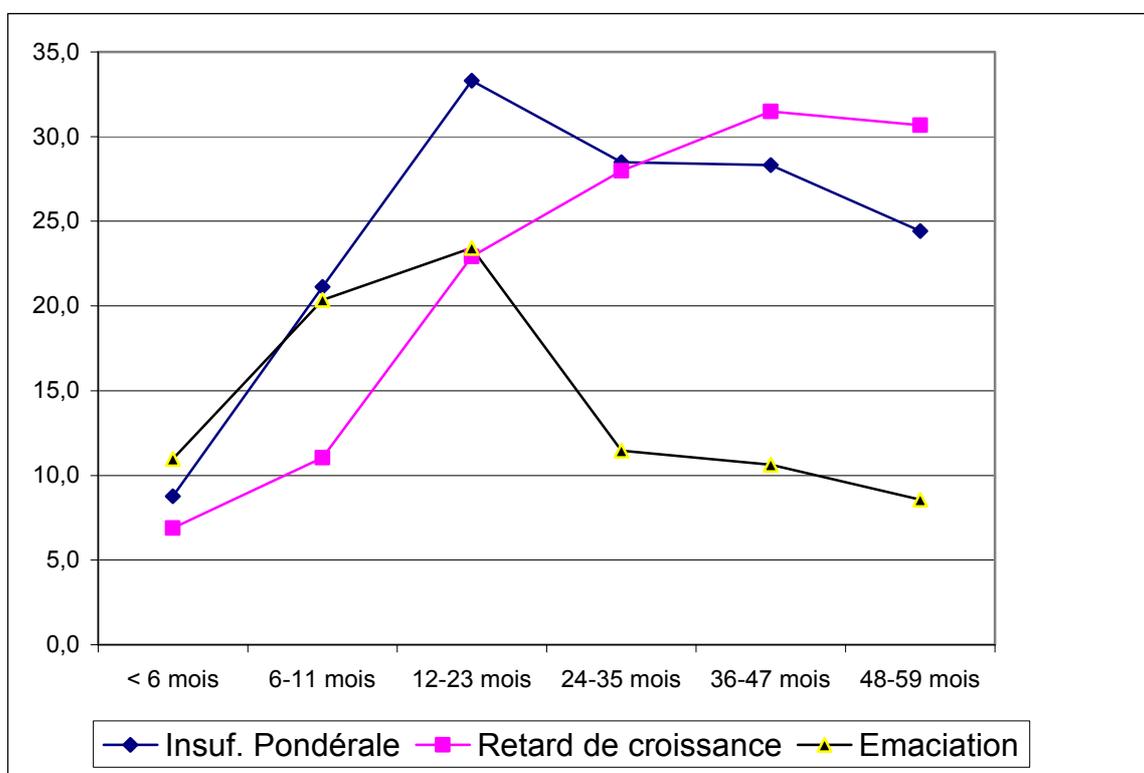


Table NU.1: Etat nutritionnel des enfants par caractéristiques sociodémographiques
 Pourcentage d'enfants de 0 à 5 ans sévèrement ou modérément malnutris, Togo, 2006

Caractéristiques	Rapport poids/âge:		Rapport taille/âge:		Rapport poids/taille			Nombre d'enfants de 0 à 59 mois
	% en dessous de -2 ET*	% en dessous de -3 ET*	% en dessous de -2 ET**	% en dessous de -3 ET**	% en dessous de -2 ET***	% en dessous de -3 ET***	% au dessus de +2 ET	
Sexe								
Masculin	26,5	6,9	25,2	10,4	14,0	2,6	2,2	1562
Féminin	25,0	6,3	21,4	8,6	15,4	4,2	3,9	1502
Région								
Lomé	13,6	2,2	14,2	6,1	5,7	0,7	2,0	789
Maritime (sans Lomé)	27,0	4,7	20,3	8,9	16,8	2,8	2,8	613
Plateaux	17,6	4,0	25,2	10,2	10,1	2,3	5,9	550
Centrale	20,3	4,2	23,4	6,8	7,6	1,3	3,7	342
Kara	34,7	11,1	34,3	17,5	24,4	8,7	4,0	349
Savanes	54,5	19,5	33,2	11,6	31,9	8,0	0,3	421
Résidence								
Urbain	16,5	3,4	17,6	8,1	8,3	1,3	2,7	1179
Rural	31,6	8,7	26,9	10,4	18,6	4,7	3,2	1885
Age								
< 6 mois	8,8	1,4	6,9	3,5	11,0	2,3	9,3	358
6-11 mois	21,1	4,9	11,0	3,6	20,4	5,1	3,4	373
12-23 mois	33,3	8,2	22,9	8,9	23,4	5,4	2,4	701
24-35 mois	28,5	8,5	28,0	11,6	11,5	3,1	1,6	635
36-47 mois	28,3	6,8	31,5	12,3	10,6	1,9	2,0	557
48-59 mois	24,4	6,9	30,7	14,0	8,6	1,8	2,0	440
Niveau d'éducation de la mère								
Aucun	31,7	8,9	27,2	11,6	17,7	4,0	2,2	1339
Primaire	22,9	5,7	22,7	9,0	12,5	3,2	4,1	1147
Secondaire	17,9	3,1	15,7	5,8	11,9	2,3	2,9	570
Programme non-fomel	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	8
Indice de richesse (quintiles)								
Très pauvre	40,1	13,9	31,7	12,9	25,5	6,0	1,7	564
Pauvre	32,3	8,2	27,0	10,8	18,2	4,9	4,0	590
Moyen	25,2	6,5	25,9	10,2	13,6	3,7	4,8	566
Riche	18,3	3,0	17,1	5,8	11,5	1,6	2,8	639
Très riche	16,0	2,9	17,1	8,6	6,7	1,4	2,1	706
Ethnie du chef de ménage								
Adja-Ewe	20,0	3,5	19,3	7,9	11,3	2,0	3,3	1427
Kabye-Tem	24,6	7,2	26,1	11,0	13,9	3,7	3,4	714
Para gourma	44,6	14,8	32,0	12,6	26,4	7,3	1,9	582
Ana-lfe	12,1	0,4	22,9	12,2	7,3	0,6	1,3	82
Akposso/Akébou	14,1	1,8	15,7	2,3	6,7	1,1	1,5	100
Autre togolais	33,5	11,7	25,7	9,9	23,2	4,3	4,1	60
Autre	25,2	6,0	17,1	9,6	8,6	1,8	5,9	99
Total	25,8	6,6	23,3	9,5	14,7	3,4	3,0	3064

Les colonnes 3 et 4 concernent les enfants dont le z score de la variable taille pour âge tombe au-dessous de 2 fois l'écart type (retard de croissance modéré) et au-dessous de 3 fois l'écart type (retard de croissance sévère) par rapport à la taille pour âge médian de la population de référence. Les enfants souffrant de retard de croissance sont considérés comme chroniquement mal nourris. Les colonnes 5 et 6 concernent les enfants dont le z score de la variable poids pour taille tombe au-dessous de 2 fois l'écart type (émaciation modérée) ou 3 fois l'écart type (émaciation sévère) par rapport au poids pour taille médian de la population de référence. L'émaciation provient généralement d'une déficience nutritionnelle récente. Le tableau inclut aussi le pourcentage d'enfants en surpoids, pourcentage qui prend en compte les enfants dont le poids pour taille est supérieur à 2 fois l'écart type par rapport à la médiane de la population de référence.

La proportion de ceux étant en déca de 2 fois l'écart type inclut ceux qui sont en déca de 3 fois l'écart type par rapport à la médian.

Les enfants dont la taille ou le poids sont manquants sont exclus des calculs. Si la taille et le poids sont manquants pour plus de 10% des enfants ages de moins de 5 ans, alors les résultats doivent être interprétés avec précaution. Par ailleurs, les enfants dont les indices sont extrêmes sont exclus des calculs.

ALLAITEMENT MATERNEL

L'allaitement au sein joue un rôle important dans l'état nutritionnel des enfants. Il transmet les anticorps de la mère à l'enfant, donc protège les enfants contre les infections et certaines maladies comme la diarrhée. Aussi, le lait maternel contient tous les éléments nutritifs indispensables au bon développement et à la croissance de l'enfant durant ses premiers mois d'existence. Le lait maternel est une source idéale d'éléments nutritifs ; il est sûr et plus économique. Toutefois, de nombreuses mères abandonnent l'allaitement trop tôt et souvent utilise le lait artificiel pour nourrisson, ce qui peut contribuer à un fléchissement de la croissance et à une malnutrition due à une carence en micronutriments. De plus, ce lait autre que maternel n'est pas sûr en cas d'absence d'eau potable. L'objectif du plan d'action un «Monde Digne des Enfants» stipule que les enfants doivent être allaités exclusivement au sein pendant 6 mois, puis poursuivre l'allaitement jusqu'à l'âge de 2 ans au moins, en l'associant avec des aliments complémentaires sûrs, appropriés et suffisants. Ainsi, pour permettre de décrire la situation du moment sur l'allaitement maternel, les questions ci-après ont été posées aux mères ou tutrices des enfants de moins de cinq (5) ans :

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

Le Tableau NU.3 indique l'état d'allaitement maternel basé sur les déclarations de la mère/tutrice de l'enfant concerné, et sa consommation en aliments et de bouillies au cours des 24 heures qui ont précédé l'enquête. L'allaitement exclusif fait référence aux nourrissons qui n'ont reçu que du lait maternel et des vitamines, des compléments minéraux ou des médicaments. Le tableau présente l'allaitement exclusif des nourrissons pendant les six premiers mois (en tranches séparées de 0-3 mois et de 0-5 mois), ainsi que l'alimentation complémentaire des enfants de 6-9 mois et la poursuite de l'allaitement chez les enfants de 12-15 mois et de 20-23 mois.

ALLAITEMENT MATERNEL EXCLUSIF

Cette rubrique concerne les groupes d'âges de 0-3 mois et de 0-5 mois révolus. Il ressort du tableau NU 3 que 33,6 % des enfants âgés de moins de 4 mois sont exclusivement nourris au lait maternel. Cette pratique d'allaitement maternel exclusif des moins de 4 mois semble être améliorée par rapport à l'année 2000 où le résultat de MICS2 indique 23 %. Pour ce même groupe d'âges, l'allaitement maternel exclusif ne présente pas d'écart sensible suivant le sexe. On enregistre 33, % des enfants de sexe masculin contre 34,3% de ceux du sexe féminin. Le niveau d'instruction de la mère a une influence sur l'allaitement exclusif des enfants de 0-3 mois. En effet, les résultats de l'enquête montrent que 28 % des enfants dont les mères n'ont jamais été à l'école ont été exclusivement nourris au lait maternel contre respectivement 34 % chez les enfants dont les mères ont fait l'école primaire et 49 % de ceux dont les mères ont fait le cours secondaire.

En ce qui concerne les enfants âgés de moins de 6 mois, 28 % sont exclusivement nourris au lait maternel. Il existe un grand écart entre le milieu urbain (40 %) et le milieu rural (22 %). On remarque aussi que les proportions des enfants soumis exclusivement au lait maternel pour ce groupe d'âge augmente au fur et à mesure que le niveau d'instruction de leurs mères s'élève. Selon les résultats de l'enquête, 22 % des enfants issus des mères analphabètes (sans niveau d'instruction), 31 % de ceux issus des mères qui n'ont fait que l'école primaire, contre 39 % de ceux dont les mères ont fait le secondaire sont soumis à l'allaitement exclusif au sein.

Tableau NU.3: Allaitement maternel
 Pourcentage d'enfants vivant suivant l'état d'allaitement maternel à chaque groupe d'âge, Togo, 2006

	Enfants de 0-3 mois		Enfants de 0-5 mois		Enfants de 6-9 mois		Enfants de 12-15 mois		Enfants de 20-23 mois	
	% d'allaitement exclusif	Nombre d'enfants	% d'allaitement exclusif *	Nombre d'enfants	% recevant lait maternel et aliments solides /pâteux**	Nombre d'enfants	% d'allaitement ***	Nombre d'enfants	% d'allaitement ***	Nombre d'enfants
Sexe										
Masculin	33,0	178	27,0	241	30,0	164	72,7	174	44,3	126
Feminin	34,3	145	28,0	218	39,8	154	68,4	154	46,2	147
Région										
Lomé	51,9	77	42,8	105	30,5	62	67,9	81	24,3	68
Maritime (sans Lomé)	31,8	76	29,0	104	50,3	57	62,5	69	54,7	46
Plateaux	24,5	57	17,1	88	35,3	70	81,6	44	55,0	38
Centrale	25,0	29	21,0	39	18,5	33	56,0	38	37,3	27
Kara	39,1	39	33,5	56	33,4	36	95,0	46	59,1	44
Savanes	17,2	45	12,8	65	33,4	60	65,3	49	50,0	51
Résidence										
Urbain	48,7	103	40,4	141	31,6	94	68,1	126	26,6	97
Rural	26,6	221	21,7	317	36,0	225	72,2	201	55,6	176
Niveau d'éducation de la mère										
Aucun	27,9	160	21,7	234	32,6	179	69,5	144	44,6	128
Primaire	34,0	105	31,0	147	41,0	91	72,1	126	53,2	92
Secondaire	48,5	58	38,9	76	30,9	49	71,8	57	33,5	53
Programme non-fomel		0	0,0	1		0	0,0	1	0,0	1
Indice de richesse (quintiles)										
Très pauvre	17,7	75	13,3	109	33,5	67	70,2	56	58,7	69
Pauvre	21,1	60	15,9	84	42,4	88	79,9	59	48,2	47
Moyen	37,9	58	32,8	83	34,3	61	67,7	81	53,1	45
Riche	43,5	64	42,0	83	31,4	49	72,2	70	32,3	54
Très riche	49,3	66	36,2	98	27,3	54	64,5	63	32,9	58
Ethnie du chef de ménage										
Adja-Ewe	36,5	177	32,1	235	42,8	128	70,4	140	41,9	105
Kabye-Tem	38,7	68	31,5	98	30,3	73	70,3	67	45,6	80
Paragourma	22,9	57	15,8	86	33,2	79	70,8	73	54,2	58
Ana-lfe	40,2	3	40,6	4	11,7	10	58,9	4	37,0	9
Akposso/Akébou	23,4	7	12,6	12	32,8	10	61,2	16	47,8	9
Autre togolais	23,9	7	16,1	11	18,2	7	84,3	10	32,7	8
Autre	12,2	6	6,3	12	15,5	11	77,7	17	35,5	3
Total	33,6	323	27,5	458	34,7	318	70,7	328	45,3	273

*** Indicateur MICS n0 15**

* Enfants encore allaités au sein (BF2=1) ET ne prenant aucun autre aliment (répondre non (2) à BF3B, C, D, E, F, G et H; seulement BF3A =1 peut être accepté).

**** Indicateur MICS n0 17**

** Enfants encore allaités au sein (BF2=1) ET compléments alimentaires consommés au cours des 24 heures (BF3H=1), même si d'autres substituts de lait maternel sont consommés.

***** Indicateur MICS n0 16**

*** Enfants encore allaités au sein (BF2=1)

Le statut d'allaitement maternel repose sur les réponses des mères/tutrices relatives à la consommation des enfants au cours des 24 heures précédant l'interview. L'allaitement maternel exclusif réfère aux enfants qui reçoivent seulement le lait maternel ou le lait maternel + des vitamines, suppléments minéraux ou des médicaments (BF2 = 1 et BF3B-BF3H = 2, BF3A peut être = 1). L'alimentation complémentaire réfère aux enfants qui reçoivent le lait maternel et des aliments solides ou semi-solides (BF2 = 1 et BF3H = 1).

ALLAITEMENT MATERNEL AVEC ASSOCIATION D'ALIMENTS COMPLEMENTAIRES SOLIDES OU SEMI-SOLIDES (PATEUX) AU COURS DES 24 HEURES PRECEDANT L'INTERVIEW

Cette rubrique concerne les enfants de 6 à 9 mois, 12-15 mois et 20-23 mois révolus. Pour le groupe d'âges 6-9 mois, 35 % des enfants reçoivent en plus du lait maternel des aliments complémentaires solides et semi-solides ou pâteux. Cette situation est plus observée en milieu rural (36 %) qu'en milieu urbain (32 %). Cette proportion est relativement plus élevée chez les filles (40 %) que chez les garçons (30 %). En se référant au niveau d'instruction de la mère, on remarque que cette pratique est plus répandue chez les enfants dont les mères ont fait l'école primaire (41 %) et 33 % chez les enfants dont les mères n'ont jamais été à l'école. Toutefois on note que 31 % des enfants dont les mères ont fait le secondaire reçoivent les compléments d'aliments en plus du lait maternel.

En ce qui concerne le groupe d'âges 12-15 mois, 71 % de ces enfants sont soumis à cette pratique d'association d'aliments complémentaires solides ou semi-solides ou pâteux. Il est à noter que cette pratique est plus fréquente chez les garçons (73 %) que chez les filles (68 %). Selon le milieu de résidence, 72 % des enfants résidant en milieu rural contre 68 % résidant dans les centres urbains reçoivent des aliments de complément. Le niveau d'instruction de la mère semble ne pas avoir d'influence sur cette pratique pour les enfants de 12 à 15 mois. Quelque soit le niveau d'instruction de la mère, environ sept enfants sur dix reçoivent en plus du lait maternel les aliments complémentaires.

Pour le groupe d'âges 20-23 mois révolus, 45 % sont allaités au sein avec des aliments solides ou semi solides. Cette pratique est plus répandue dans les campagnes (56 %) que dans les centres urbains (27 %).

VACCINATION

D'après les directives de l'UNICEF et de l'OMS, un enfant doit recevoir le vaccin du BCG pour se protéger contre la tuberculose, trois doses de DTCoq pour se prémunir contre la diphtérie, la coqueluche et le tétanos, trois doses du vaccin contre la polio et un vaccin contre la rougeole avant l'âge de 12 mois. Pour les enfants de moins de cinq ans, les enquêteurs ont demandé à la mère de leur présenter le carnet de vaccination de l'enfant. Les enquêteurs ont reporté dans le questionnaire MICS3 les vaccins mentionnés dans ces carnets.

Au total, 68 % des enfants possèdent un carnet de santé (Tableau CH.1). Pour les enfants qui n'en possèdent pas, les enquêteurs ont demandé à la mère d'essayer de se rappeler si l'enfant a reçu ou non chacun des vaccins, ainsi que le nombre de fois pour le DTCoq et le Polio. Le Tableau CH.1 indique le pourcentage d'enfants de 12 à 23 mois ayant reçu tous les vaccins. Son dénominateur est composé d'enfants âgés de 12-23 mois de façon à ne compter que les enfants suffisamment âgés pour être complètement vaccinés. Les indicateurs sont calculés en tenant compte de l'âge des enfants au moment de la vaccination. Dans un premier temps, le numérateur inclut l'ensemble des enfants vaccinés à un moment quelconque avant l'enquête sur la foi du carnet de vaccination ou du témoignage de la mère. Le second type d'indicateurs prend en compte uniquement les enfants vaccinés avant leur premier anniversaire. Pour les enfants dépourvus de carnet de vaccination, la proportion des enfants vaccinés avant le premier anniversaire est supposée identique à celle des enfants ayant un carnet.

Environ 86 % des enfants âgés de 12 à 23 mois ont reçu le vaccin du BCG avant 12 mois, tandis que 83 % ont pris la première dose de DTCoq. Pour les deuxième et troisième doses, le pourcentage baisse respectivement à 73% et à 61 % (Graphique2). De même, 90 % des enfants ont reçu le vaccin Polio 1 avant l'âge de 12 mois, mais ce pourcentage baisse à 66 % à la troisième dose. Avec 57 %, le taux de couverture du vaccin contre la rougeole avant 12 mois est le plus faible de tous les taux de couverture vaccinale. Au total 48 % des enfants ont reçu tous les huit vaccins du Programme Elargi de Vaccination (PEV), et parmi eux, 42% en ont reçu avant leur premier anniversaire. Dans le même temps, on constate que 6 % d'enfants n'ont reçu aucun vaccin.

Tableau CH.1: Vaccination au cours de la première année

Pourcentage d'enfants de 12 à 23 mois vaccinés contre les maladies infantiles avant l'enquête et avant le premier anniversaire, Togo, 2006

Source d'information	BCG *	DTCoq			Polio			Rougeole ****	Tous les vaccins *****	Aucun	Nombre d'enfants de 12-23 mois	
		1	2	3 **	0	1	2					3 ***
Carte de Vaccination	67,1	67,2	61,7	56,1	65,2	67,8	63,0	57,9	49,5	43,8	0,1	883
Témoignage de mère	20,5	17,0	12,5	6,7	11,3	23,4	17,8	9,7	12,6	3,9	5,5	883
L'un ou l'autre	87,6	84,2	74,2	62,8	76,6	91,1	80,8	67,7	62,1	47,7	5,6	883
Vacciné avant de 12 mois	86,1	82,7	72,7	60,9	75,4	89,5	79,3	65,7	56,7	41,5	5,9	883

* Indicateur MICS 25

** Indicateur MICS 27

*** Indicateur MICS 26

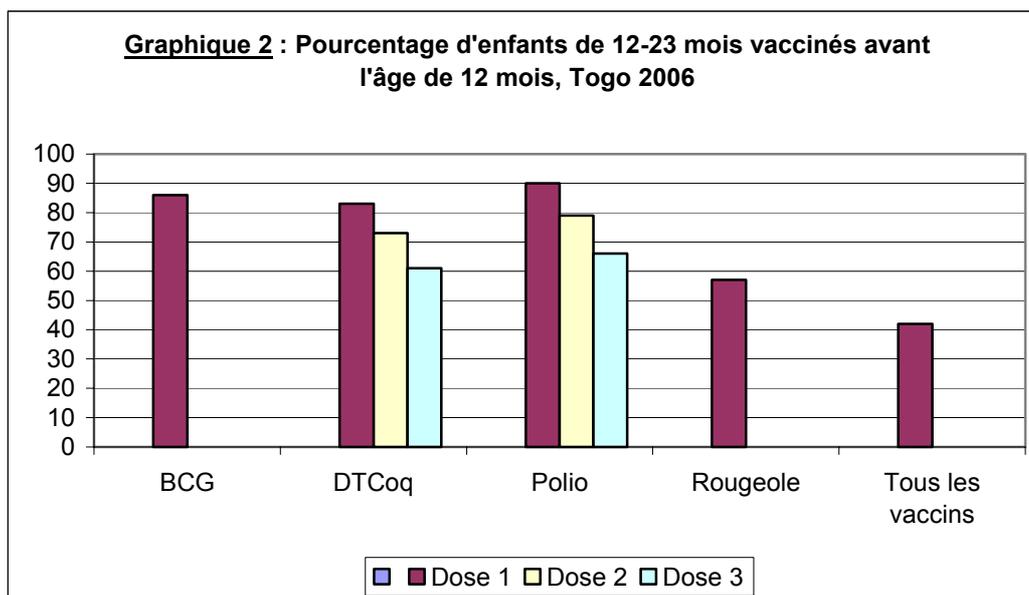
**** Indicateur MICS 28; Indicateur OMD 15

* Nombre total d'enfants de 12-23 mois vaccinés contre BCG, (Polio3, DTCoq3, Rougeole) avant 12 mois, selon le carnet ou la mère.

***** Indicateur MICS 31

Ce tableau est basé sur des informations issues du carnet de vaccination (IM2 – IM4C et IM6), dans les cas où le carnet n'est pas disponible, se base sur la déclaration de la mère ou de la personne en charge de l'enfant sur l'historique des vaccinations (IM11 – IM17). Le dénominateur pour les taux de couverture des vaccinations inclut les enfants âgés de 12-23 mois, de manière que seulement les enfants en âge d'avoir reçu toutes les vaccinations sont pris en compte. Pour les enfants sans carnet de vaccination, on assume que la proportion de vaccinations données avant leur premier anniversaire est égale à celle des enfants avec des carnets de vaccinations.

Les enfants qui ont reçu toutes les vaccinations sont ceux qui ont reçu 3 doses de DTCoq, 3 doses de Polio (Polio 0 exclus), BCG et rougeole.



TRAITEMENT ANTIBIOTIQUE DES ENFANTS SUSPECTES DE PNEUMONIE

La pneumonie est la principale cause de mortalité infantile, et l'utilisation d'antibiotiques chez les enfants de moins de 5 ans suspectés de pneumonie est une intervention décisive. Les enfants suspectés de pneumonie sont ceux qui ont eu une maladie avec une manifestation de toux accompagnée d'une respiration rapide ou difficile et dont les symptômes sont liés à un problème au niveau de la poitrine et à un nez bouché. Cette question a été limitée aux enfants suspectés de pneumonie au cours des deux semaines précédant l'enquête ou qui n'ont pas reçu d'antibiotiques au cours de la même période.

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

Togo, un enfant sur quatre, soit 26% des enfants de moins de 5 ans suspectés de pneumonie, a reçu un antibiotique au cours des deux semaines précédant l'enquête. Le sexe de l'enfant ne semble pas avoir une influence sur la prévalence des enfants suspectés (25% chez les garçons contre 26% chez les filles). Le pourcentage était largement supérieur dans la région Centrale et celle de la Kara (37% contre 36 %), tandis qu'il baisse à 11 % et 18 % respectivement dans la région des Savanes et celle des Plateaux. On observe aussi que la prévalence des enfants suspectés de pneumonie ayant reçu un antibiotique est plus élevée en milieu urbain (27%) qu'en milieu rural (25%). Le tableau indique également que le traitement antibiotique des enfants suspectés de pneumonie est très faible chez les ménages pauvres (10%) et très élevé chez les ménages riches (40%) que les autres. Les enfants dont les mères/tutrices ont fait au moins des études primaires ou secondaires présentent une prévalence plus élevée (27%) que celles n'ayant jamais fréquenté l'école (24%). L'utilisation d'antibiotiques varie avec l'âge de l'enfant et est plus importante chez les enfants de 24-35 mois (31%).

Table CH.7: Traitement Antibiotique de la pneumonie
 Pourcentage d'enfants de 0-59 mois suspectés de pneumonie ayant reçu un
 traitement antibiotique, Togo, 2006

	Pourcentage d'enfant de 0-59 mois suspectés de pneumonie ayant reçu des antibiotiques au cours des deux dernières semaines, *	Nombre d'enfants de 0-59 mois suspectés de pneumonie au cours des deux semaines précédant l'enquête
Sexe		
Masculin	25,4	139
Féminin	25,9	108
Région		
Lomé	27,2	70
Maritime (sans Lomé)	25,1	86
Plateaux	18,6	25
Centrale	36,8	12
Kara	35,9	30
Savanes	11,2	24
Milieu		
Urbain	27,4	89
Rural	24,6	158
Age		
0-11 mois	25,2	46
12-23 mois	22,7	61
24-35 mois	31,2	53
36-47 mois	25,2	56
48-59 mois	22,8	31
Niveau d'éducation de la mère		
Aucun	24,2	123
Primaire	26,8	86
Secondaire	27,2	36
Programme non-fomel	32,2	2
Indice de richesse (quintiles)		
Très pauvre	26,7	36
Pauvre	9,8	65
Moyen	28,3	49
Riche	39,7	36
Très riche	31,3	61
Ethnie du chef de ménage		
Adja-Ewe	26,1	139
Kabye-Tem	36,8	47
Paragourma	11,2	37
Ana-lfe	40,2	4
Akposso/Akébou	16,8	12
Autre togolais	15,9	3
Autre	27,9	5
Total	25,6	247

*** MICS indicateur 22**

* Numérateur: CA5=1 ET CA6=1 ET (CA7=1 OR 3) ET CA11=A

Les enfants chez qui un cas de pneumonie est suspecté sont ceux qui ont eu une maladie accompagnée de toux (CA5=1) avec une respiration rapide ou difficile (CA6=1) et dont les symptômes sont dus à un problème dans la poitrine, ou à la fois, un problème dans la poitrine et le nez bouché (CA7=1 ou 3).

UTILISATION DES COMBUSTIBLES SOLIDES

La préparation des repas à l'aide de combustibles solides (biomasse et charbon) provoque des niveaux élevés de pollution intérieure et constitue une cause majeure de mauvaise santé en particulier chez les enfants de moins de 5 ans où elle se manifeste sous forme de maladie respiratoire aiguë.

Les résultats de l'enquête MICS3-2006 révèlent que la majeure partie des ménages utilise encore les combustibles solides pour cuisiner soit 98 % des ménages (Tableau CH.8). En milieu urbain, ce pourcentage est de 95 % et 100 % en milieu rural soit pratiquement tous les ménages. Le combustible le plus utilisé est le charbon de bois en milieu urbain (80 %) et le bois de chauffe en milieu rural (76 %). Quant à l'utilisation des sources moderne comme l'électricité, le gaz et le pétrole, elle est pratiquement inexistante en milieu rural et très faible en milieu urbain (4 %). Selon l'indice de richesse des ménages, l'utilisation des sources modernes d'énergie est plus fréquente chez les ménages très riches. De même, selon le niveau d'instruction, ce sont dans les ménages où les chefs de ménage ont atteint le niveau secondaire ou plus qui utilisent les sources modernes d'énergie (4 %).

Table CH.8: Type de combustibles solides utilisées

Répartition (en %) des ménages selon les types de sources d'énergie utilisées et selon les type de combustibles solides utilisés pour cuisiner , Togo, 2006

	Pourcentage de ménages suivant les types de sources d'énergie utilisée :										Combustible solide pour cuisiner *	Nombre de ménages	
	Electricite	Gaz	Petrole	Charbon de bois	Bois	Paille /Branchage/herbes	Fumier animal	Residus agricoles	Autres	Total			
Région													
Lomé	0,1	3,7	1,4	91,0	3,1	0,2	0,0	0,0	0,5	100	94,3	1525	
Maritime (sans Lomé)	0,1	0,3	0,2	27,8	57,5	13,7	0,0	0,0	0,4	100	99,0	1542	
Plateaux	0,2	0,3	0,1	24,8	74,6	0,0	0,0	0,0	0,0	100	99,5	1414	
Centrale	0,3	0,1	0,8	27,9	70,6	0,1	0,0	0,0	0,2	100	98,6	609	
Kara	0,0	0,0	0,3	28,9	66,2	1,6	0,0	2,5	0,5	100	99,2	819	
Savanes	0,1	0,0	0,0	15,6	80,3	3,6	0,1	0,1	0,1	100	99,7	583	
Résidence													
Urbain	0,3	2,5	1,2	80,2	14,3	0,7	0,0	0,0	0,7	100	95,3	2466	
Rural	0,0	0,1	0,1	17,0	76,4	5,7	0,0	0,5	0,1	100	99,7	4026	
Niveau d'instruction du chef de ménage													
Aucun	0,1	0,1	0,1	24,8	69,8	4,2	0,0	0,6	0,2	100	99,4	2587	
Primaire	0,1	0,4	0,1	38,6	55,3	4,9	0,0	0,2	0,3	100	99,1	1811	
Secondaire +	0,2	2,7	1,2	62,5	30,5	2,3	0,0	0,1	0,5	100	95,5	1984	
Programme non-formel	0,0	2,9	0,0	51,7	39,5	6,0	0,0	0,0	0,0	100	97,1	24	
Missing/DK	0,0	4,0	4,2	81,6	7,3	2,9	0,0	0,0	0,0	100	91,8	86	
Indice de richesse (quintiles)													
Très pauvre	0,0	0,0	0,1	3,0	92,3	4,0	0,0	0,6	0,0	100	99,9	998	
Pauvre	0,1	0,0	0,0	7,0	86,8	5,5	0,1	0,6	0,0	100	99,9	1274	
Moyen	0,0	0,0	0,2	18,1	73,7	6,9	0,0	0,5	0,5	100	99,3	1341	
Riche	0,4	0,0	0,5	70,7	25,1	3,0	0,0	0,0	0,4	100	98,7	1516	
Très riche	0,2	4,9	1,6	90,3	2,5	0,0	0,0	0,0	0,5	100	92,8	1363	
Ethnie du chef de ménage													
Adja-Ewe	0,2	1,4	0,4	47,5	43,8	6,3	0,0	0,0	0,3	100	97,6	3360	
Kabye-Tem	0,0	0,4	0,5	34,6	62,0	1,0	0,0	1,3	0,1	100	98,9	1490	
Paragourma	0,1	0,3	0,4	24,2	72,6	2,0	0,1	0,0	0,3	100	98,9	919	
Ana-lfe	0,6	0,0	2,5	36,8	59,7	0,4	0,0	0,0	0,0	100	96,9	209	
Akposso/Akébou	0,0	0,3	0,0	41,1	58,6	0,0	0,0	0,0	0,0	100	99,7	202	
Autre togolais	0,0	0,6	0,5	30,4	64,9	1,7	0,0	0,0	1,9	100	97,0	147	
Autre	0,0	5,1	0,4	76,1	17,1	0,0	0,0	0,4	0,9	100	93,6	165	
Total	0,1	1,0	0,5	41,0	52,8	3,8	0,0	0,3	0,3	100	98,0	6492	

* Indicateur MICS 24; Indicateur OMD 29

* Ménages utilisant des combustibles solides (HC6 = 06, 07, 08, 09, 10, OR 11) comme principale source d'énergie domestique pour la cuisine.

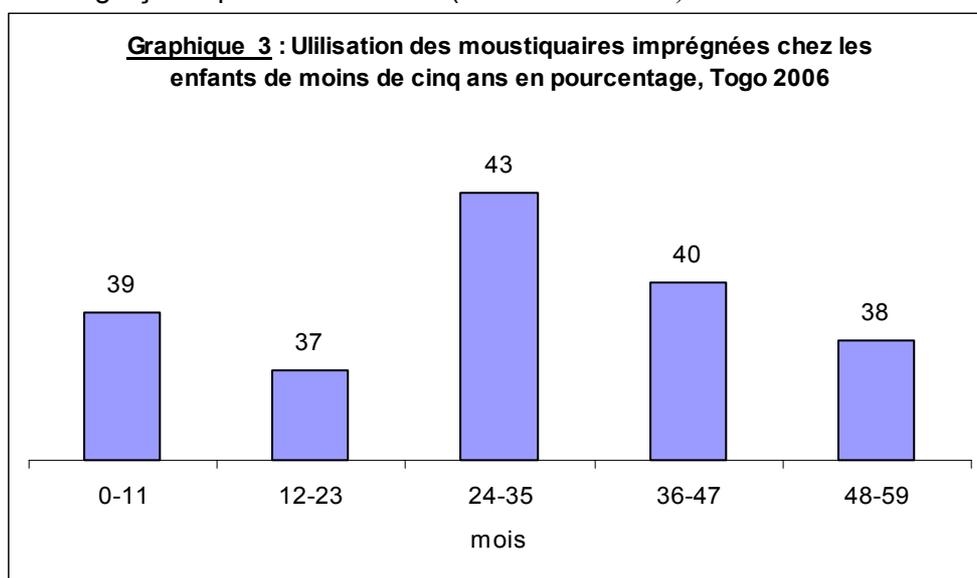
PALUDISME

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

enfants convalescents du paludisme doivent recevoir un surplus de liquides et d'aliments et poursuivre l'allaitement maternel.

Les questionnaires MICS3 incluent des questions sur l'utilisation de moustiquaires, à la fois au niveau du ménage et chez les enfants de moins de cinq ans, mais aussi sur le traitement antipaludéen et le traitement préventif intermittent du paludisme. Au Togo, les résultats de l'enquête MICS3 révèlent que 46% des ménages disposent de moustiquaires pour dormir et 42 % dorment effectivement sous moustiquaires imprégnées.

D'après les résultats, 42% des enfants de moins de cinq ans ont dormi sous une moustiquaire avant l'enquête, et 39 % sous une moustiquaire imprégnée (Tableau CH.11). L'utilisation de moustiquaires imprégnées chez les enfants de moins de cinq ans fluctue et commence à baisser de façon linéaire après la tranche d'âge 24-35 mois; Ce pourcentage est de 39% pour les enfants de moins d'un an, 37% pour ceux de 12-23 mois et remonte avec un pic à 43% pour les enfants de 24-35 mois avant de descendre à 40% et 38% respectivement pour les 36-47 mois et 48-59 mois (Graphique 3). Il existe une disparité liée au sexe, marquée par une légère prédominance de l'utilisation de moustiquaires imprégnées chez les garçons que chez les filles (41% contre 38%).



Par ailleurs, il existe une disparité selon le milieu de résidence. Les enfants qui résident en milieu rural (40 %) utilisent les moustiquaires traitées plus que ceux de la zone urbaine (37%). Sur le plan régional, la proportion des enfants qui dorment sous une moustiquaire imprégnée ou non est plus élevée dans la région septentrionale et en particulier dans la région Centrale (54%) que dans les autres régions. Lomé enregistre la plus faible proportion en ce qui concerne l'utilisation de moustiquaires imprégnées (30%).

L'enquête a permis d'avoir des réponses aux questions relatives à la prévalence et au traitement de la fièvre chez les enfants de moins de cinq ans. En effet, moins d'un enfant sur cinq (19%) a fait la fièvre au cours des deux semaines précédant l'enquête MICS3 (Tableau CH.12). La prévalence de la fièvre varie avec l'âge, et connaît un pic et une stagnation aux âges 11-23 mois et 24-35 mois (22%). La fièvre est moins fréquente chez les enfants dont la mère a fait des études secondaires ou supérieures (17%) que chez ceux dont la mère est moins scolarisée notamment celle ayant un niveau primaire (21%). Il y a en outre des écarts régionaux importants en matière de prévalence de la fièvre ; la plus forte proportion est enregistrée dans la région Maritime sans Lomé (30 %) et la plus faible dans la région des Savanes et Lomé (15 %).

De même, l'enquête a permis d'obtenir auprès des mères les réponses sur les médicaments administrés aux enfants pour le traitement de la fièvre, y compris ceux qui ont été administrés à domicile ou administrés/précrits dans une formation sanitaire. Au total, 49 % des enfants atteints de fièvre au cours des deux dernières semaines ont été traités avec un médicament antipaludéen « approprié », et 38 % ont reçu ces médicaments dans les 24 heures qui ont suivi l'apparition des symptômes.

Les médicaments antipaludéens « appropriés » incluent la chloroquine, la Sulfadoxine-Pyriméthamine (SP/Fansidar), les associations médicamenteuses à base d'artémisinine (ACT), etc. Au Togo, 32 % des enfants atteints de fièvre ont reçu de la chloroquine, tandis que 3 % seulement ont été soignés à la SP/Fansidar. Un faible pourcentage (1%) a reçu les associations médicamenteuses à base d'artémisinine. Un pourcentage élevé d'enfants (83 %) a reçu d'autres types de médicaments que les antipaludéens, notamment des antipyrétiques comme le paracétamol, l'aspirine ou l'ibuprofène.

Au total, l'administration de médicaments antipaludéens est plus répandue chez les enfants faisant la fièvre dans la région de la Kara (53 %) plus que dans la région Maritime (25 %), où la prévalence de la fièvre est plus élevée (30%). Un traitement adéquat est plus pratiqué en zone urbaine (58%) qu'en zone rurale (44%). Une légère différence a été notée entre les garçons (48%) et les filles (49%) recevant des médicaments antipaludéens appropriés.

Tableau CH.11: Enfants dormant dans un lit avec moustiquaire

Pourcentage d'enfants de 0-59 mois ayant dormi dans une moustiquaire traitée la nuit précédente, Togo, 2006

	Pourcentage d'enfants qui :						Nombre d'enfants de 0-59 mois
	Ont dormi sous une moustiquaire*	Ont dormi sous une moustiquaire traité**	Ont dormi sous une moustiquaire non traitée	Ont dormi sous une moustiquaire mais on ne sait pas s'elle est traitée	On ne sait pas s'il ont dormi sous une moustiquaire	N'ont pas dormi sous une moustiquaire	
Sexe							
Masculin	43,2	41,1	1,8	0,3	0,0	56,8	2057
Feminin	39,8	37,6	2,0	0,3	0,1	60,1	2016
Région							
Lomé	33,3	29,8	3,4	0,2	0,0	66,7	913
Maritime (sans Lomé)	37,7	33,6	3,8	0,3	0,2	62,1	834
Plateaux	42,9	41,5	1,1	0,3	0,0	57,1	676
Centrale	54,2	53,6	0,6	0,0	0,0	45,8	438
Kara	50,2	48,4	0,7	1,2	0,0	49,8	553
Savanes	40,6	40,5	0,1	0,0	0,1	59,4	660
Résidence							
Urbain	40,1	37,3	2,6	0,2	0,0	59,9	1380
Rural	42,3	40,4	1,5	0,3	0,1	57,7	2693
Age de l'enfant							
0-11 mois	42,4	39,0	3,2	0,3	0,0	57,5	917
12-23 mois	39,8	37,2	2,2	0,4	0,0	60,2	883
24-35 mois	44,6	42,5	2,0	0,0	0,0	55,4	834
36-47 mois	41,7	39,8	1,1	0,7	0,0	58,3	817
48-59 mois	38,3	38,0	0,3	0,0	0,3	61,4	621
Indice de richesse (quintiles)							
Très pauvre	46,1	44,7	0,7	0,7	0,0	53,9	903
Pauvre	43,2	41,8	1,1	0,3	0,0	56,7	834
Moyen	40,0	38,4	1,7	0,0	0,0	60,0	757
Riche	36,9	34,9	1,7	0,2	0,2	62,9	768
Très riche	40,4	35,9	4,3	0,2	0,0	59,6	811
Ethnie du chef de ménage							
Adja-Ewe	37,5	34,2	3,0	0,2	0,1	62,4	1769
Kabye-Tem	49,6	47,7	1,7	0,2	0,0	50,4	958
Paragourma	42,6	42,0	0,1	0,5	0,0	57,4	899
Ana-lfe	34,0	32,7	1,3	0,0	0,0	66,0	102
Akposso/Akébou	38,7	38,7	0,0	0,0	0,0	61,3	121
Autre togolais	41,5	37,4	2,2	1,9	0,0	58,5	101
Autre	38,4	36,3	2,1	0,0	0,0	61,6	123
Total enfant	41,5	39,4	1,9	0,3	0,1	58,4	4073
Total Ménage	46.0						
* Indicateur MICS 38							
* Numérateur : ML10 = 1							
** Indicateur MICS 37; Indicateur OMD 22							
** Dans le module Malaria, ceux qui ont dormi sous un moustiquaire qui était : (1) durable (ML12=11 OU 12) OU (2) pré-traité obtenu dans les 12 mois ((ML12=21 OU 22) ET ML11<12) OU (3) autres moustiquaires obtenus dans les 12 derniers mois et déjà traités							

Tableau CH.12: Traitement des enfants avec des médicaments anti-paludéens

Pourcentage d'enfants de 0-59 mois qui ont été malades avec une fièvre dans les 2 dernières semaines et qui ont reçu un traitement anti paludéen, Togo, 2006

	A eu une fièvre dans les 2 dernières semaines	Nombre d'enfants de 0-59 mois	Enfants ayant eu une fièvre dans les 2 dernières semaines et qui ont été traités avec :												Ne sais pas	Tout traitement anti-paludéen approprié dans les 24 heures sur la base des symptômes*	Nombre d'enfant avec de la fièvre pendant les deux dernière semaine
			Anti-paludéens :							Autres médicaments:							
			SP/ Fansidar	Chloroquine	Amodiaquine	Quinine	Combinaisons d'artémisine	Autres anti-paludéens	Tout anti-paludéen approprié	Paracétamol/ Panadol/ Acétaminophen	Aspirine	Ibuprofen	Autre				
Sexe																	
Masculin	18,6	2057	3,0	32,5	3,9	10,3	1,7	7,7	47,8	50,9	5,2	0,9	27,6	4,0	36,2	38,2	
Feminin	20,0	2016	2,5	31,8	8,0	8,2	1,2	7,9	49,2	55,7	1,8	1,1	23,0	1,6	39,1	40,2	
Région																	
Lomé	15,7	913	1,7	31,6	15,8	4,3	0,6	11,6	54,3	57,0	1,5	3,2	24,3	4,1	47,1	14,2	
Maritime (sans Lomé)	29,9	834	2,4	22,5	1,4	4,3	0,7	4,4	31,1	54,2	2,1	0,0	30,5	3,3	25,1	24,2	
Plateaux	13,2	676	1,1	34,3	1,2	14,7	2,1	5,6	48,3	53,3	2,2	1,1	29,5	1,2	40,2	8,2	
Centrale	23,8	438	3,7	39,6	4,9	7,8	0,6	6,1	57,1	52,2	5,6	0,0	26,2	0,0	38,8	10,2	
Kara	18,1	553	2,7	40,3	4,9	6,8	3,1	13,3	65,2	47,5	4,8	0,0	20,6	3,5	52,5	10,2	
Savanes	15,0	660	5,7	38,8	10,1	27,8	2,9	9,4	58,2	53,1	7,1	2,3	13,2	3,2	37,5	9,2	
Résidence																	
Urbain	17,2	1380	2,4	31,5	12,9	8,8	2,7	10,3	58,0	55,4	1,3	1,9	26,4	3,0	49,4	23,2	
Rural	20,3	2693	2,9	32,4	3,1	9,4	0,9	6,7	44,4	52,5	4,4	0,6	24,7	2,7	32,6	54,2	
Age de l'enfant																	
0-11 mois	15,4	917	1,3	21,1	11,0	6,7	3,3	7,6	43,5	49,0	5,5	0,8	21,9	4,1	30,9	14,2	
12-23 mois	21,5	883	1,8	33,6	4,4	8,9	1,5	6,2	46,1	57,1	1,0	0,7	27,5	3,1	39,7	19,2	
24-35 mois	22,0	834	5,0	36,8	5,5	12,0	1,5	6,8	54,0	55,9	3,5	0,3	21,2	3,0	42,9	18,2	
36-47 mois	18,4	817	2,5	36,1	7,0	9,7	0,8	8,1	51,6	44,4	4,3	2,2	26,5	2,4	37,4	15,2	
48-59 mois	19,4	621	2,8	30,6	2,5	7,9	0,0	11,9	46,1	59,8	3,8	1,3	30,2	0,9	35,1	12,2	
Niveau d'éducation de la mère																	
Aucun	19,1	2063	1,8	31,7	3,7	10,1	0,8	6,8	44,0	51,7	5,8	0,9	22,2	3,4	32,3	39,2	
Primaire	20,7	1372	3,6	30,3	4,2	8,1	2,3	5,6	45,5	54,7	1,3	1,6	31,0	1,1	37,5	28,2	
Secondaire	16,7	626	4,3	39,4	18,8	9,2	1,4	17,8	73,4	55,6	0,6	0,0	21,2	5,2	59,5	10,2	
Programme non-fomel	14,6	12	0,0	0,0	67,8	0,0	0,0	0,0	67,8	67,8	0,0	0,0	32,2	0,0	0,0	0,0	
Indice de richesse (quintiles)																	
Très pauvre	15,7	903	3,2	34,3	5,1	16,4	0,5	7,3	48,0	44,9	4,6	1,6	21,0	1,9	37,7	14,2	
Pauvre	23,3	834	1,3	28,5	3,4	10,0	1,1	5,4	41,8	50,8	4,6	0,5	26,4	2,7	29,1	19,2	
Moyen	23,6	757	3,3	29,9	2,3	7,2	2,3	7,1	42,7	59,1	4,2	0,0	26,4	2,3	29,5	17,2	
Riche	18,1	768	3,0	33,4	6,2	6,4	0,7	7,9	51,9	54,6	1,2	0,8	30,1	4,3	43,9	13,2	
Très riche	16,2	811	3,4	36,8	15,8	6,1	2,6	12,9	63,4	57,1	1,9	2,6	21,4	3,0	55,0	13,2	
Ethnie du chef de ménage																	
Adja-Ewe	22,2	1769	2,1	26,3	5,2	5,8	0,7	6,7	39,4	55,5	2,3	0,6	27,4	3,0	32,5	39,2	
Kabye-Tem	18,0	958	3,1	36,2	7,3	10,7	0,9	6,5	57,2	46,9	4,4	0,6	29,3	2,1	45,0	17,2	
Paragourma	16,4	899	4,9	41,1	5,9	16,2	3,5	11,4	60,4	55,5	5,5	2,5	13,5	3,6	40,7	14,2	
Ana-Ife	18,9	102	0,0	47,4	0,0	5,1	4,1	8,1	56,7	64,9	5,5	0,0	12,2	5,5	47,4	1,2	
Akposso/Akébou	20,1	121	0,0	33,8	0,0	3,9	4,5	6,4	38,3	51,1	0,0	0,0	34,2	0,0	29,7	2,2	
Autre togolais	15,4	101	4,7	30,9	16,9	28,0	0,0	18,1	64,1	39,2	8,1	4,9	30,2	0,0	47,3	1,2	
Autre	11,4	123	0,0	27,6	23,0	7,2	0,0	7,8	60,6	52,3	0,0	0,0	34,4	0,0	51,8	1,2	
Total	19,3	4073	2,8	32,1	6,0	9,2	1,4	7,8	48,5	53,3	3,5	1,0	25,3	2,8	37,7	78,2	

* Indicateur MICS 39; Indicateur OMD 22

* La somme des pourcentages ne tombe pas à 100, étant donné la variété des médicaments, puisque certains enfants ont pu recevoir plus d'un médicament. Le pourcentage, étant donné un 'traitement anti-paludéen approprié dans les 24 heures sur la base de symptôme' inclut ceux qui ont été donnés (ML)

Dans ce tableau, le dénominateur pour les colonnes sur le traitement s'appliquent sur les enfants qui ont eu une fièvre dans les 2 dernières semaines avant l'interview (ML1 = 1).

EAU ET ASSAINISSEMENT

L'une des priorités des Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD) est de réduire de moitié d'ici 2015 le pourcentage de la population qui n'a pas accès de façon durable à un approvisionnement en eau de boisson salubre.

L'eau potable est une nécessité de base pour garantir une bonne santé. L'eau non potable peut être une importante source de maladies telles que le trachome, le choléra, la fièvre typhoïde et la schistosomiase (bilharziose). L'eau potable peut également être polluée par des éléments chimiques, physiques et radiologiques qui ont des effets nocifs sur la santé humaine. Outre sa relation avec la santé, l'accès à l'eau potable peut être particulièrement important pour les femmes et les enfants, notamment en zone rurale où la recherche de l'eau, souvent sur de longues distances, leur est dévolue car l'accès facile à l'eau potable peut libérer la femme pour d'autres activités rémunératrices et permettre aux enfants d'échapper au travail forcé.

Le Tableau EN.1 présente la répartition de la population par source d'eau potable. Les utilisateurs de *sources d'eau potable améliorées* s'approvisionnent à l'un des types de sources suivants : eau courante, fontaine publique, forage/pompe à eau, puits protégé ou source protégée. Au total, 58 % de la population ont accès à une source d'eau potable améliorée (Graphique 4), avec 88 % en zone urbaine et 41 % en zone rurale. La situation dans les régions Maritime sans Lomé et périphérie (41 %), Plateaux (42 %) et Savanes (47 %) est sensiblement moins bonne que dans les régions Centrale (60 %), et Kara (64 %). Lomé avec périphérie a la meilleure situation (92 %).

La source d'eau potable pour la population varie selon les régions (Tableau EN.1). Dans les régions Maritime, Plateaux, Centrale et à Lomé, la source d'eau potable la plus utilisée est le robinet public ou borne fontaine alors que dans les régions septentrionales (Kara et Savanes) c'est le puits à pompe ou forage qui est le plus utilisé par ces populations.

Par ailleurs, il est à noter que l'utilisation des sources non améliorées est très répandue en milieu rural où plus de la moitié de la population utilise principalement comme eau de boisson des sources d'eau non potables. Ainsi, 27,3 % des ruraux utilisent comme eau de boisson des puits non protégés et 26,7 % l'eau de surface (rivières, marres, retenues d'eau, etc.).

Suivant les régions, l'utilisation de l'eau des puits non protégés est plus élevée dans la région des Plateaux (47,8%) suivi de la région Maritime où 41,5 % des habitants font usage de cette source d'eau.

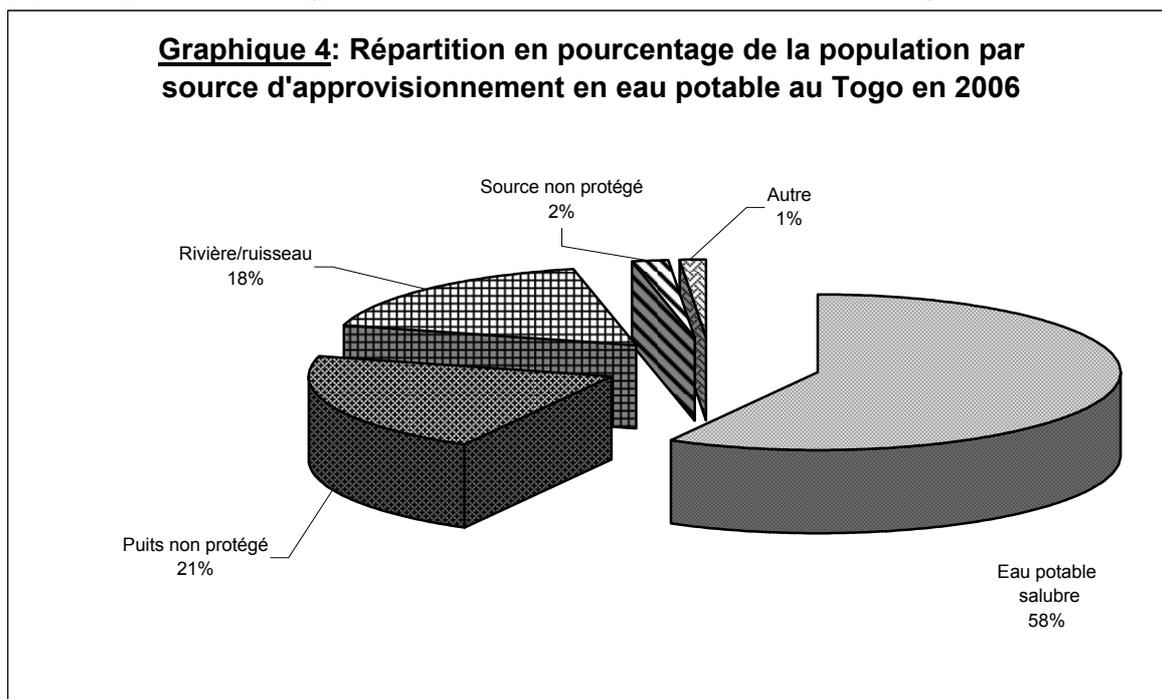


Tableau EN.1: Utilisation de sources d'eau améliorée

Repartition pourcentuelle de la population des ménages selon la source d'approvisionnement en eau de boisson et pourcentage de la population des ménages utilisant une source d'approvisionnement en eau de boisson améliorée, Togo, 2006.

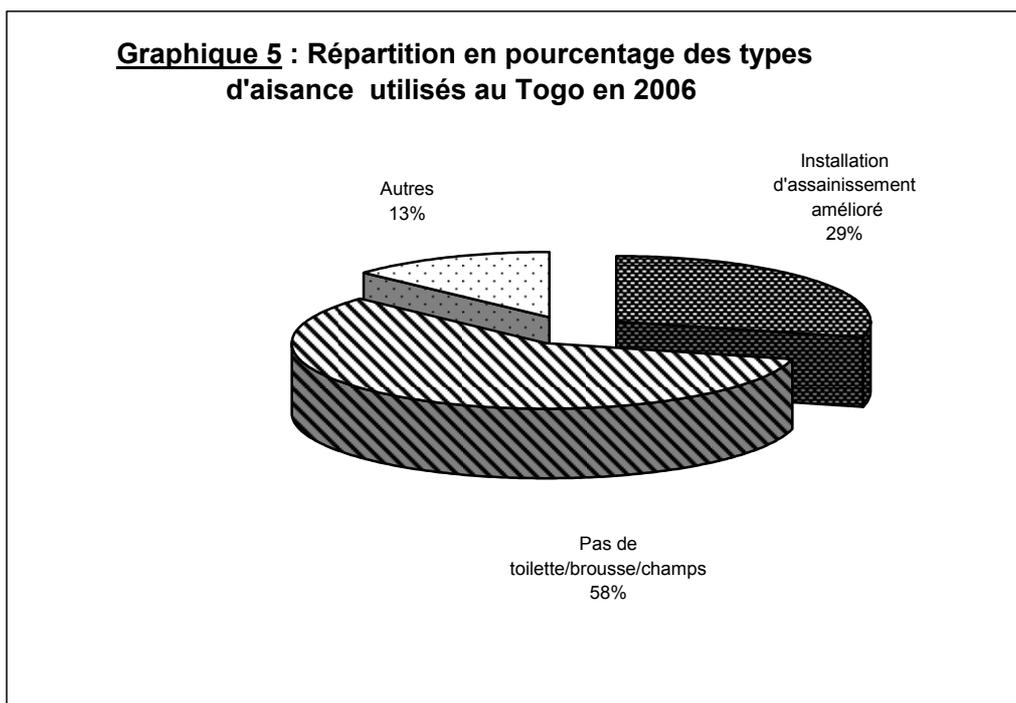
	Principale source de l'eau à boire															Source d'approvisionnement en eau de boisson améliorée*	nombre de membres du ménage
	Sources améliorées					Sources non améliorées											
	Eau du robinet Dans le logement	Eau de robinet dans la cour/parcelle	Robinet public/borne fontaine	Puits à pompe/forage	Puits protégé	Source protégée	Eau en bouteille ¹	Puits non protégé	Source non protégée	Eau de pluie	Camion-citerne	Charrette avec petite citerne/tonneau	Eau de surface	Eau de bouteille ¹	Total		
Région																	
Lomé	4,1	11,7	61,3	11,0	2,4	0,1	0,9	7,6	0,2	0,3	0,0	0,0	0,0	0,1	100	91,6	6706
Maritime (sans Lomé)	0,6	0,6	32,9	2,9	3,6	0,1	0,0	41,5	3,4	4,9	0,1	0,0	9,6	0,0	100	40,6	6723
Plateaux	1,4	0,2	25,9	6,5	7,5	0,2	0,0	9,2	1,0	0,2	0,1	0,0	47,8	0,0	100	41,6	6043
Centrale	1,4	1,4	21,6	16,1	17,4	2,1	0,0	26,2	3,2	0,0	0,0	0,0	10,5	0,0	100	60,0	3270
Kara	1,1	2,5	22,7	30,2	6,9	0,6	0,0	14,1	2,2	0,0	0,0	0,0	19,9	0,0	100	63,9	4296
Savanes	0,2	0,3	15,1	20,9	10,0	1,0	0,0	31,1	4,0	0,0	0,0	0,0	17,5	0,0	100	47,4	3840
Résidence																	
Urbain	4,2	8,5	60,7	7,6	6,6	0,2	0,6	9,7	0,5	0,6	0,0	0,0	0,5	0,1	100	88,4	10903
Rural	0,2	0,4	17,7	15,6	6,9	0,7	0,0	27,3	3,0	1,5	0,1	0,0	26,7	0,0	100	41,4	19975
Niveau d'instruction du chef de ménage																	
Aucun	0,3	0,9	23,6	16,8	6,9	0,5	0,0	25,8	2,9	0,8	0,0	0,0	21,4	0,0	100	49,1	12959
Primaire	0,3	2,6	35,2	9,2	7,4	0,7	0,3	22,2	2,0	1,6	0,1	0,0	18,4	0,1	100	55,7	8747
Secondaire +	4,7	7,0	43,0	10,0	6,4	0,4	0,5	13,3	1,2	1,4	0,1	0,0	11,9	0,1	100	72,1	8586
Programme non-formel	14,0	10,4	23,9	5,9	2,5	0,0	0,0	40,1	3,2	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	100	56,7	139
Missing/DK	2,2	6,3	63,1	21,2	0,0	0,0	0,3	6,9	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	100	93,1	447
Indice de richesse (quintiles)																	
Le plus pauvre	0,0	0,0	4,6	20,4	5,7	0,8	0,0	27,7	3,5	0,2	0,0	0,0	37,1	0,0	100	31,5	6176
Moins pauvre	0,0	0,1	11,3	18,0	5,5	0,9	0,0	30,2	3,1	1,0	0,0	0,0	29,8	0,0	100	35,8	6176
Moyen	0,0	0,4	30,3	11,8	9,1	0,7	0,0	25,5	2,7	2,4	0,1	0,0	17,0	0,0	100	52,2	6176
Riche	0,8	1,3	58,2	7,9	8,5	0,1	0,0	16,9	1,2	1,7	0,1	0,1	3,2	0,0	100	76,8	6177
Le plus riche	7,2	14,4	60,0	5,8	5,2	0,1	1,0	5,2	0,0	0,5	0,0	0,0	0,3	0,2	100	93,8	6173
Ethnie du chef de ménage																	
Adja-Ewe	1,8	3,6	41,8	5,8	4,5	0,1	0,2	24,8	1,9	2,5	0,1	0,0	12,9	0,1	100	57,8	14369
Kabye-Tem	1,8	3,1	26,5	17,7	10,5	1,1	0,1	18,0	2,4	0,0	0,1	0,0	18,8	0,0	100	60,7	7462
Para-Gourma	0,5	1,7	18,9	26,1	7,6	0,8	0,0	21,7	2,6	0,0	0,0	0,0	20,2	0,0	100	55,5	5596
Ana-Ifè	3,5	5,3	29,5	12,2	11,5	1,6	0,0	12,5	0,7	0,4	0,0	0,0	22,6	0,0	100	63,7	977
Akposso-Akébou	0,7	1,8	25,3	4,4	1,5	0,0	0,0	5,1	0,6	0,0	0,0	0,0	60,5	0,0	100	33,7	983
Autre togolais	1,0	3,5	20,4	17,2	14,2	0,0	0,0	18,7	3,6	0,0	0,0	0,1	21,1	0,1	100	56,4	810
Africains	3,7	9,7	61,9	4,2	2,0	0,4	3,7	6,8	3,2	0,0	0,0	0,0	4,3	0,1	100	85,6	608
Autre	0,0	8,2	38,9	16,5	0,0	0,0	15,8	11,9	0,0	0,0	0,0	0,0	8,8	0,0	100	79,2	54
Manquant	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	85,3	0,0	0,0	0,0	0,0	14,7	0,0	100	0,0	19
Total	1,6	3,2	32,9	12,8	6,8	0,5	0,2	21,1	2,1	1,2	0,1	0,0	17,5	0,0	100	58,0	30878

* Indicateur MICS n0 11; Indicateur MDG no 30

* Module eau et assainissement, WS1=11, 12, 13, 21, 31, 41, 51 OU (WS1=91 ET WS2=11, 12, 13, 21, 31, 41, 51)

¹ Pour les ménages utilisant l'eau en bouteille comme la source principale d'eau de boisson, la source utilisée pour les autres besoins comme la cuisson et se laver les mains sert à déterminer le classement en source améliorée ou non. Les personnes vivant dans les ménages ayant une de ces sources d'eau de boisson sont classées. Pour les ménages utilisant l'eau en bouteille comme la source principale d'eau de boisson, la source utilisée pour les autres besoins comme la cuisson et se laver les mains sert à déterminer le classement en source améliorée ou non. Les personnes utilisant une source améliorée d'eau de boisson. Le classement est obtenu en pondérant le nombre de ménages par celui des membres du ménage (HH11)

L'élimination inadéquate des excréments humains et une mauvaise hygiène individuelle sont à l'origine de diverses maladies, dont les maladies diarrhéiques et la polio. *Les installations sanitaires améliorées* incluent les W.C. à chasse d'eau reliées au réseau d'assainissement (égout), les fosses septiques et les fosses étanches aérées. Sur l'ensemble du pays, seulement 29 % de la population utilisent ces types d'installations améliorées pour éliminer les excréments (Tableau EN.5, Graphique 5). Ce pourcentage est nettement plus élevé en milieu urbain (64 %) qu'en milieu rural (10 %). Il est à noter que Lomé la capitale se dégage remarquablement avec 79 % des ménages qui disposent d'un système adéquat d'évacuation des excréments contre moins de 25% dans les autres régions du pays. Les données de MICS3 montrent que dans les cinq régions du Togo, plus de la moitié des ménages n'ont pas de toilettes. Le lieu d'aisance utilisé par ces populations est la brousse et les champs. Ainsi, dans la région Maritime sans Lomé et périphérie, 61 % des ménages ne disposent pas de toilettes et font leurs besoins dans la nature ou dans les champs. Cette proportion est de 64 % dans la région des plateaux, 70 % dans la région centrale et plus de 85 % dans les régions de la Kara et des Savanes.



CONTRACEPTION

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

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

Les méthodes modernes les plus utilisées par les femmes en union sont les préservatifs masculins (4 %), les injections (3%), les pilules (2 %) et les implants (1 %). En ce qui concerne les méthodes traditionnelles, l'abstinence (5 %) est de loin la plus pratiquée par les femmes.

La contraception est plus pratiquée par les femmes mariées des centres urbains (18 %) que celles qui résident dans les zones rurales (16 %). L'utilisation des méthodes modernes est plus importante que les méthodes traditionnelles quel que soit le milieu de résidence. En milieu urbain les méthodes modernes et traditionnelles sont respectivement pratiquées par 14 % et 3 % des femmes mariées tandis que dans

les zones rurales les méthodes modernes sont utilisées par 9 % des femmes mariées contre 7 % pour les méthodes traditionnelles.

Au niveau régional, le taux de prévalence contraceptive le plus élevé est enregistré dans la région Centrale (27 %), suivie des régions Maritime (23 %), de la Kara (18 %) et Lomé (17 %). Les femmes mariées résidant dans les régions des Plateaux (10 %) et des Savanes (8 %) possèdent les taux de prévalence les plus faibles. Exceptée, la région Maritime, les femmes actuellement en union des autres régions utilisent plus les méthodes modernes que les méthodes traditionnelles de contraception.

L'examen de la pratique des méthodes contraceptives selon le niveau d'instruction de la femme fait apparaître de grandes disparités. Pour toutes les méthodes confondues, les femmes du niveau secondaire enregistrent les taux de prévalence (27 %) les plus élevés. Elles sont suivies par les femmes qui ont fait des études primaire (19 %) et enfin celles n'ayant aucune instruction (12 %). En ce qui concerne l'utilisation des méthodes modernes, les femmes qui ont atteint le niveau secondaire ou plus utilisent trois fois plus (21 %) ces méthodes que celles qui n'ont aucune instruction (7 %), et presque deux fois plus que les femmes qui ont fait les études primaires (11 %). Par rapport aux méthodes traditionnelles, il n'existe pas de grands écarts entre les femmes des différents niveaux d'études ; les taux de prévalence varient entre 7 % chez les femmes qui ont le niveau primaire et 5 % chez celles qui n'ont jamais été à l'école.

Selon l'âge, le tableau RH1 montre que quelle que soit la méthode utilisée, la prévalence contraceptive est plus élevée dans le groupe d'âges 25 -29 ans. Cependant il n'y a pas de grands écarts entre les taux de prévalence de contraception moderne jusqu'à 39 ans. Ces taux sont similaires chez les différents groupes de femmes de 15 à 39 ans et se situent entre 11 et 12 %. A partir de 40 ans on note une baisse graduelle des pourcentages des femmes qui utilisent les méthodes modernes ; ces taux passent de 6 % chez les femmes mariées de 40-44 ans à 5 % chez celles âgées de 45-49 ans.

ASSISTANCE PENDANT L'ACCOUCHEMENT

L'assistance pendant l'accouchement par un personnel qualifié peut fortement améliorer les suites de couche pour la mère et l'enfant grâce à l'utilisation de techniques appropriées, ainsi qu'à un diagnostic et à un traitement précis et rapides des complications. L'assistance par un personnel qualifié se définit comme un accouchement suivi par un médecin, une infirmière, une sage-femme ou une sage-femme auxiliaire.

Environ 59% des naissances survenues au cours de l'année précédant l'enquête MICS ont été assistées par un personnel qualifié (Tableau RH.5). Ce pourcentage est plus élevé à Lomé (97 %) et plus faible dans la région des Savanes (20%). Les résultats montrent que plus le niveau de la mère est élevé, plus elle accouche avec l'assistance d'un personnel qualifié. En effet, 41 % des femmes sans instruction sont assistées au cours de leur accouchement par un personnel qualifié. Cette proportion passe à 70 % chez les femmes qui ont fait le cours primaire et à 88 % chez celles qui ont atteint le niveau secondaire ou plus.

Un peu plus de quatre naissances sur dix (41%) survenues au cours de l'année précédant l'enquête MICS ont été assistées par une sage-femme ou infirmière. Les sages-femmes auxiliaires ont suivi une naissance sur dix (10%) contre moins d'une naissance sur dix (8%) pour les médecins. Pour l'ensemble du pays, 60 % des naissances sont survenues dans une formation sanitaire. A Lomé, cette proportion est de 95 % contre seulement 25 % dans la région des Savanes. En milieu urbain cette proportion est de 91 % contre 42% en milieu rural. Cette proportion passe à 70 % chez les femmes qui ont fait le cours primaire et à 88 % chez celles qui ont atteint le niveau secondaire.

Tableau RH.5: Assistance pendant l'accouchement

Répartition (en %) des femmes âgées de 15-49 ans ayant eu une naissance au cours des deux années précédant l'enquête selon le type de personnel ayant assisté l'accouchement, Togo, 2006

	Personnel ayant assisté l'accouchement								Total	Tout personnel qualifié*	Accouchement dans un centre de santé**	Nombre de femmes ayant eu une naissance au cours des deux années précédant l'enquête
	Médecin	Infirmière/Sage Femme	Sage femme auxiliaire	Accoucheuse traditionnelle	Agent de santé communautaire	Autre	Parent/Ami	Pas d'assistance				
Région												
Lomé	22,1	65,7	9,0	0,0	0,6	0,3	1,0	1,3	100	96,8	95,1	372
Maritime (sans Lomé)	4,0	48,0	7,0	9,5	1,1	4,3	16,0	10,2	100	59,0	58,5	260
Plateaux	3,4	37,2	14,9	6,2	1,1	10,2	25,1	1,9	100	55,4	57,4	239
Centrale	2,3	25,4	18,4	4,9	3,5	10,4	28,2	6,9	100	46,1	48,5	124
Kara	2,5	33,9	4,6	18,2	0,0	2,7	34,6	3,6	100	40,9	43,9	151
Savanes	1,3	11,3	7,2	29,2	0,9	6,3	41,6	2,2	100	19,8	25,2	226
Résidence												
Urbain	17,6	63,9	11,1	1,3	0,6	1,2	2,7	1,6	100	92,5	91,1	514
Rural	2,3	27,7	8,9	15,4	1,3	7,2	31,8	5,4	100	38,9	41,7	856
Age de la femme												
15-19	6,2	53,8	8,3	8,0	1,0	2,6	20,2	0,0	100	68,3	64,6	97
20-24	9,3	47,9	8,4	6,8	1,3	3,8	18,4	4,1	100	65,7	67,4	309
25-29	7,9	39,7	11,5	9,0	0,7	5,2	21,2	4,7	100	59,1	60,5	428
30-34	7,0	42,9	9,4	12,7	1,4	5,9	17,3	3,3	100	59,3	60,7	259
35-39	9,9	29,3	9,1	12,9	0,0	6,1	28,7	3,9	100	48,3	50,7	192
40-44	6,3	34,2	11,8	15,3	3,4	3,3	23,1	2,7	100	52,3	53,5	67
45-49	0,0	28,1	0,0	18,5	0,0	13,5	20,3	19,5	100	28,1	28,1	18
Niveau d'éducation de la femme												
Aucun	4,2	29,0	7,5	15,3	1,1	6,3	31,0	5,7	100	40,7	42,7	651
Primaire	8,3	49,9	10,9	7,1	0,9	3,7	16,0	3,2	100	69,0	69,5	468
Secondaire et + Programme non- formel	17,9	56,5	13,5	2,4	1,1	4,0	3,8	0,9	100	87,8	88,4	248
	0,0	100,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	100	100,0	100,0	4
Indice de richesse quintiles												
Très pauvre	0,7	15,2	6,0	21,9	0,2	7,1	43,3	5,6	100	21,9	24,6	281
Pauvre	3,1	22,6	8,8	16,6	2,2	8,9	31,3	6,6	100	34,5	37,1	264
Moyen	4,6	32,7	11,7	9,8	1,1	6,9	27,4	5,9	100	48,9	52,1	243
Riche	9,1	65,8	11,9	3,4	1,9	2,2	4,0	1,7	100	86,8	87,0	265
Très riche	20,4	66,1	10,4	0,2	0,0	0,6	1,6	0,8	100	96,9	94,9	318
Ethnie du chef de ménage												
Adja-Ewe	10,3	55,8	9,7	4,4	0,9	3,1	10,8	5,0	100	75,8	74,9	624
Kabye-Tem	6,4	34,8	11,7	8,4	1,4	6,5	27,7	3,0	100	53,0	56,9	294
Paragourma	2,6	15,8	7,6	25,7	1,1	5,6	39,2	2,6	100	25,9	30,0	294
Ana-Ife	13,1	29,0	17,2	6,1	3,2	3,2	26,2	2,0	100	59,3	59,3	30
Akposso/Akébou	7,3	39,9	18,6	5,8	0,0	17,3	8,5	2,6	100	65,8	67,2	43
Autre togolais	7,7	23,4	7,8	15,5	0,0	14,1	25,2	6,3	100	38,9	37,6	35
Autre	18,8	68,9	0,0	3,0	0,0	0,0	4,2	5,2	100	87,6	85,4	50
Total	8,0	41,3	9,7	10,1	1,0	5,0	20,9	4,0	100	59,0	60,2	1370

* MICS indicateur 4; MDG indicateur 17

** MICS indicateur 5

* Le personnel qualifié est constitué de: médecins, infirmières, sages-femmes, sages-femmes auxiliaires. MN7=A, B, C

** Structure de santé: MN8=21-26 OU 31-36

Le dénominateur est le nombre total de femmes ayant eu une naissance au cours des 2 dernières années, CM12 = Oui

FREQUENTATION DE L'ECOLE PRIMAIRE

L'accès universel à l'éducation de base et la réalisation de la scolarisation primaire pour les enfants du monde font partie des priorités définies par les Objectifs du Millénaire pour Développement et la campagne pour un "Monde Digne des Enfants". L'éducation est un facteur essentiel pour lutter contre la pauvreté, renforcer les droits des femmes, protéger les enfants du travail dangereux fondé sur l'exploitation et leur éviter la forme sexuelle, promouvoir les droits de l'homme et la démocratie, protéger l'environnement et agir sur l'accroissement de la population.

Au total, 73 % des enfants ayant l'âge d'aller à l'école primaire au Togo (5-11 ans) sont effectivement à l'école primaire ou au cours secondaire (Tableau ED.3). Dans les centres urbains, 89 % des enfants sont scolarisés, contre 68 % en zone rurale. Dans le cycle primaire il n'y a pas un grand écart entre les taux nets de scolarisation des garçons (76 %) et des filles (71 %), mais au niveau régional, il persiste de grandes disparités. En effet, les taux nets de scolarisation les plus élevés tous sexes confondus sont observés à Lomé (90 %), dans la région Maritime sans Lomé (81 %) tandis que dans les régions des Savanes (48 %) et de la Kara (64 %) enregistrent les taux les plus faibles du pays.

Le Tableau ED.7 fournit les ratios de fréquentation des cycles primaire et secondaire entre filles et garçons. Il révèle que la parité des sexes avoisine 1 au cycle primaire, dans presque toutes les régions ce qui indique qu'il n'existe presque pas d'écart entre filles et garçons âgés de 5 à 11 ans en termes de fréquentation de l'école primaire. Dans la région de la Kara cet indice est légèrement supérieur à 1 (1,1), car le taux net de scolarisation des filles dans le primaire est supérieur à celui des garçons, par contre la région des Savanes enregistre l'indice de parité entre les sexes le plus faible du pays (0,8). Pour le cycle secondaire, cet indicateur descend à 0,8 pour l'ensemble du pays et varie selon les différentes caractéristiques de la population entre 1 et 0,4 enregistré par les enfants des ménages les plus pauvres. Au niveau régional, la région des Savanes avec 0,5 a le faible indice de parité.

Tableau ED.7: Parité entre les sexes en matière d'éducation

Ratio des taux de scolarisation des filles et des garçons aux niveaux primaire et secondaire, Pays, Année

	Taux net de scolarisation (TNS), filles	Taux net de scolarisation (TNS), garçons	Indice de parité entre les sexes (IPS) pour le TNS primaire*	Taux net de scolarisation secondaire (TNS), filles	Taux net de scolarisation secondaire (TNS), garçons	Indice de parité entre les sexes (IPS) pour le TNS secondaire*
Sexe						
Masculin	na	65,5	na	na	30,7	na
Feminin	62,4	na	na	23,2	na	na
Région						
Lomé	81,5	81,7	1,0	41,8	55,1	0,8
Maritime (sans Lomé)	67,5	72,3	0,9	15,1	20,8	0,7
Plateaux	62,8	67,7	0,9	25,2	38,2	0,7
Centrale	66,1	71,2	0,9	21,8	27,9	0,8
Kara	55,7	51,7	1,1	19,5	26,7	0,7
Savanes	37,6	45,9	0,8	6,7	13,0	0,5
Résidence						
Urbain	81,1	81,3	1,0	38,4	52,4	0,7
Rural	55,2	59,7	0,9	13,5	20,9	0,6
Niveau d'instruction de la mère						
Aucun	55,2	58,6	0,9	14,2	20,2	0,7
Primaire	71,3	74,7	1,0	27,5	32,0	0,9
Secondaire +	83,7	84,4	1,0	51,9	58,5	0,9
Programme non-formel	89,0	47,4	1,9	0,0	31,0	0,0
Mère pas dans le ménage				29,8	48,0	0,6
Missing/DK	100,0	100,0	1,0	14,1	34,4	0,4
Indice de richesse (quintiles)						
Le plus pauvre	47,2	51,1	0,9	5,7	13,8	0,4
Moins pauvre	50,4	59,4	0,8	13,0	17,0	0,8
Moyen	66,8	67,3	1,0	18,5	26,4	0,7
Riche	79,1	76,9	1,0	30,2	41,0	0,7
Le plus riche	81,9	85,4	1,0	43,6	64,4	0,7
Ethnie du chef de ménage						
Adja-Ewe	70,4	73,8	1,0	27,9	33,7	0,8
Kabye-Tem	66,4	67,7	1,0	24,2	35,1	0,7
Para-Gourma	40,7	45,6	0,9	11,2	16,9	0,7
Ana-Ifè	64,7	67,1	1,0	19,7	32,8	0,6
Akposso-Akébou	77,0	83,9	0,9	30,8	41,9	0,7
Autre togolais	39,8	51,8	0,8	9,2	21,6	0,4
Africains	65,5	71,9	0,9	30,4	29,3	1,0
Autre	100,0	32,4	3,1	29,1	35,4	0,8
Manquant	100,0	50,0	2,0	0,0	0,0	
Total	62,4	65,5	1,0	23,2	30,7	0,8

* Indicateur MICS 61; Indicateur MDG n0 9

* L'indice de parité entre les sexes est le ration du taux net de scolarisation (primaire ou secondaire) des filles sur celui des garçons. Les taux nets de scolarisation primaire et secondaire sont présentés aux tableaux ED.3 et ED.4.

Tableau ED.3: taux net des scolarisations primaires

Pourcentage d'enfants ayant l'âge de l'école primaire** qui fréquentent effectivement une école primaire ou une école secondaire, Togo, 2006

	Malesculin		Feminin		Ensemble	
	Scolarisation nette	Nombre d'enfants	Scolarisation nette	Nombre d'enfants	Scolarisation nette	Nombre d'enfants
Région						
Lomé	93,8	396	86,1	424	89,8	820
Maritime (sans Lomé)	83,7	673	78,3	568	81,2	1240
Plateaux	81,8	536	72,5	588	76,9	1125
Centrale	80,0	350	75,2	329	77,6	678
Kara	61,8	438	65,5	420	63,6	857
Savanes	52,5	439	43,1	400	48,0	840
Résidence						
Urbain	91,9	757	86,5	778	89,1	1535
Rural	70,3	2074	64,5	1951	67,5	4025
Age						
6	56,6	500	52,1	501	54,4	1002
7	71,1	495	66,1	510	68,6	1005
8	80,3	467	74,6	487	77,4	954
9	81,4	478	79,1	454	80,3	932
10	82,0	504	76,1	487	79,1	992
11	88,0	387	82,5	289	85,7	676
Niveau d'instruction de la mère						
Aucun	68,7	1796	63,3	1745	66,0	3541
Primaire	87,1	735	81,7	714	84,5	1450
Secondaire + Programme non-formel	93,3	289	89,8	263	91,6	552
Missing/DK	76,3	8	100,0	4	84,3	11
	100,0	3	100,0	4	100,0	7
Indice de richesse (quintiles)						
Le plus pauvre	60,2	725	55,0	674	57,7	1399
Moins pauvre	71,1	649	60,7	620	66,0	1269
Moyen	78,1	599	76,8	562	77,5	1161
Riche	89,4	489	85,0	467	87,3	956
Le plus riche	94,8	370	87,4	407	90,9	776
Ethnie du chef de ménage						
Adja-Ewe	85,3	1221	79,6	1157	82,5	2377
Kabye-Tem	78,4	670	76,7	693	77,5	1363
Para-Gourma	54,1	613	46,8	561	50,6	1174
Ana-lfé	83,5	83	69,3	108	75,5	190
Akposso-Akébou	89,6	83	84,6	85	87,1	169
Autre Togolais	61,8	114	46,0	84	55,1	197
Africains	87,0	44	72,8	40	80,3	84
Autre	59,5	3	100,0	1	66,7	4
Manquant	100,0	1	100,0	1	100,0	3
Total	76,0	2832	70,8	2729	73,4	5561

* Indicateur MICS n0 55; Indicateur MDG n0 6

* Le taux net de scolarisation primaire est le pourcentage des enfants ayant l'âge de scolarisation primaire qui fréquentent l'école primaire ou l'école secondaire. Les enfants ayant l'âge de l'école primaire (HL5=groupe d'âge défini au niveau du pays**) qui fréquentent actuellement l'école primaire ou l'école secondaire (ED6A=1 ou 2) sont inclus au numérateur. Tous les enfants ayant l'âge de l'école primaire sont inclus au dénominateur.

** La tranche d'âge de l'école primaire doit correspondre à celle définie par chaque pays comme indique dans la classification ISCED1 de l'UNESCO.

ENREGISTREMENT DES NAISSANCES

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

Tableau CP.1: Enregistrement des naissances												
Répartition en pourcentage des enfants âgés de 0-59 mois selon que la naissance est enregistrée et les raisons du non enregistrement, Togo, 2006												
La naissance est enregistrée *	Ne sait pas si naissance enregistrée ou non	Nombre d'enfants de 0-59 ans	La naissance n'a pas été enregistrée parce que:								Total	Nombre d'enfants de 0-59 mois non enregistrés à l'état civil
			Coût élevé	Lieu d'enregistrement trop éloigné	Ne savait pas que l'enfant devrait être enregistré	Il était tard ou ne voulait pas payer d'amende	Ne savait pas où faire l'enregistrement	Autre	Ne sait pas			
Sexe												
Masculin	78,5	2,2	2057	23,2	8,0	5,7	9,0	8,4	34,1	11,6	100	397
Féminin	75,5	2,6	2016	26,7	5,8	7,7	7,0	10,1	34,1	8,5	100	441
Région												
Lomé	93,8	2,0	913	14,1	0,0	0,0	8,1	16,9	60,2	0,8	100	39
Maritime (sans Lomé)	77,5	2,4	834	31,5	2,7	2,8	7,9	0,7	47,5	6,9	100	167
Plateaux	65,0	2,3	676	22,7	11,9	3,4	10,2	8,6	30,2	12,9	100	222
Centrale	78,2	1,5	438	27,0	8,1	5,4	11,5	2,4	39,0	6,5	100	89
Kara	66,0	3,1	553	23,9	4,9	17,6	4,4	10,5	29,9	8,8	100	171
Savanes	74,1	3,1	660	24,2	7,3	6,3	6,8	20,6	20,0	14,9	100	150
Résidence												
Urbain	92,6	1,5	1380	11,6	0,0	4,4	11,7	11,4	52,7	8,3	100	81
Rural	69,0	2,8	2693	26,5	7,6	7,0	7,6	9,1	32,1	10,2	100	757
Age												
0-11 mois	68,6	2,0	917	22,2	5,8	5,6	6,8	9,1	42,4	8,0	100	270
12-23 mois	78,4	3,1	883	26,3	5,9	6,2	11,9	7,5	32,5	9,7	100	163
24-35 mois	82,1	2,3	834	28,6	6,1	6,4	8,0	9,1	27,1	14,7	100	131
36-47 mois	78,1	2,5	817	26,2	9,0	8,8	5,2	12,4	29,3	9,1	100	158
48-59 mois	79,5	1,9	621	24,2	8,7	7,7	8,9	8,3	31,4	10,8	100	115
Niveau d'éducation de la mère												
Aucun	69,8	3,3	2063	24,9	7,4	8,8	6,9	10,7	29,6	11,7	100	555
Primaire	80,4	1,6	1372	26,4	5,8	3,1	10,0	6,3	41,5	6,9	100	247
Secondaire	93,2	1,2	626	18,8	5,5	0,0	10,4	8,0	53,0	4,3	100	36
Programme non-formel	100,0	0,0	12	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0	0
Indice de richesse (quintiles)												
Très pauvre	62,8	4,0	903	23,3	9,3	9,2	6,9	15,2	27,1	9,0	100	299
Pauvre	66,5	2,2	834	29,9	8,5	5,9	6,5	5,6	32,3	11,3	100	260
Moyen	75,1	2,4	757	28,2	3,7	6,0	10,2	5,6	39,6	6,8	100	170
Riche	89,0	1,7	768	11,3	0,0	4,6	11,8	7,0	49,2	16,1	100	72
Très riche	94,1	1,5	811	17,0	3,3	0,0	9,6	9,6	48,9	11,7	100	36
Éthnie du chef de ménage												
Adja-Ewe	81,6	2,1	1769	26,4	4,8	5,0	8,0	5,7	41,1	8,9	100	289
Kabye-Tem	74,6	2,1	958	26,5	10,8	4,4	9,7	3,5	36,0	9,1	100	224
Para gourma	72,6	3,1	899	26,8	5,8	9,8	5,2	17,7	22,8	11,9	100	218
Ana-lfé	80,0	1,2	102	14,8	4,1	6,9	17,6	13,0	31,5	12,2	100	19
Akposso / Akébou	64,7	3,0	121	18,1	12,6	0,0	17,9	2,5	44,9	4,0	100	39
Autre Togolais	63,0	0,9	101	8,4	3,1	23,8	1,4	22,0	23,6	17,8	100	37
Autre	84,4	5,2	123	23,2	0,0	7,8	0,0	27,1	33,8	8,2	100	13
Total	77,0	2,4	4073	25,0	6,9	6,8	8,0	9,3	34,1	10,0	100	838
* Indicateur MICS n0 62												
<ul style="list-style-type: none"> Le dénominateur de ce tableau est constitué de tous les enfants âgés de 0-59 mois. Le numérateur pour cet indicateur inclut les enfants de 0-59 mois dont l'acte de naissance a été vu par l'agent enquêteur (BR1=1) ou dont la mère/tutrice dit que la naissance a été enregistrée à l'état civil (BR2=1). La répartition des enfants non enregistrés selon la raison est donnée par BR3. 												

Les résultats de l'enquête indiquent qu'au niveau national 77 % des enfants de moins de cinq ans ont été enregistrés à l'état civil tandis que pour un peu plus de 2% d'enfants, la personne qui a répondu aux questions au cours de l'interview ne se sait pas si la naissance a été enregistrée ou non. L'enregistrement des naissances ne se fait pas nécessairement dans les délais légaux, car à l'âge de 11

mois, seulement 69 % des enfants sont enregistrés et ce pourcentage augmente graduellement avec l'âge jusqu' à 5 ans pour atteindre 80 %. S'il n'existe pas de grandes disparités dans l'enregistrement des naissances selon le sexe, il est de 79 % pour les garçons contre 76 % chez les filles, on note par contre un grand écart selon le milieu de résidence. En effet dans les centres urbains plus de neuf enfants sur dix (93 %) sont enregistrés à l'état civil contre moins de sept enfants sur dix (69 %) dans les zones rurales. Au niveau régional, on note que dans les régions Maritime, Centrale et des Savanes, plus de sept enfants de moins de cinq ans sur dix sont enregistrés contre plus de six enfants sur dix dans les régions des Plateaux et de la Kara. Les enfants dont les mères ont atteint le niveau d'éducation secondaire ou résident dans un ménage riche sont plus enregistrés (neuf enfants sur dix) que ceux dont les mères sont sans instruction ou sont pauvres (moins de sept enfants sur dix).

Parmi les enfants dont la naissance n'est pas enregistrée à l'état civil, le coût, l'éloignement ou l'ignorance constituent les principales causes.

MARIAGE PRECOCE ET POLYGAMIE

Le mariage des enfants est une violation des droits humains ; il met en péril le développement harmonieux des filles. Cette pratique aboutit souvent à une grossesse et à l'isolement social des jeunes filles contraintes de contracter des unions. Le mariage précoce ne favorise pas l'élévation du niveau d'instruction et de la formation professionnelle des jeunes filles ; il contribue souvent à la féminisation de la pauvreté. En effet, les femmes mariées très jeunes courent plus de risques d'abandonner prématurément leurs études et d'avoir beaucoup d'enfants ; elles sont également soumises à plus de violences domestiques et à la mortalité maternelle.

La polygamie, pour sa part, est une pratique très ancienne qui est entretenue par des considérations religieuses, culturelles et économiques.

Au cours de la collecte des données de MISC 3 des questions sur l'âge au premier mariage et le nombre de coépouses ont été posées aux femmes en union pour mesurer le niveau de ces pratiques. Il ressort des données du tableau CP5 que pour l'ensemble du pays, 5 % des femmes en union ont contracté leur premier mariage avant l'âge de 15 ans. Cette proportion est deux fois plus élevée dans les zones rurales (7 %) que dans les centres urbains (3 %) et varie selon les régions. Les proportions les plus élevées sont observées dans la région des Plateaux (10%) alors qu'à Lomé (3 %) et la région Centrale (3 %) enregistrent les proportions les plus faibles. Le niveau d'éducation semble avoir une influence sur l'âge d'entrée en union des jeunes filles ; en effet les résultats montrent que 8 % des femmes sans instruction ont été mariées avant l'âge de 15 ans. Cette proportion baisse lorsque le niveau d'études des femmes s'élève ; elle s'établit à 5 % chez les femmes qui ont fait des études primaires et 2 % chez celles qui ont atteint le niveau secondaire ou plus. A partir de 15 ans la proportion des femmes en union augmente rapidement, près de trois jeunes femmes sur dix (29 %) ont déjà contracté leur premier mariage à 18 ans ; cette proportion est deux fois plus élevée en milieu rural (37 %) qu'en milieu urbain (18%). Au niveau régional, les proportions les plus élevées sont enregistrées dans les régions des Savanes (39 %), des Plateaux (35 %) et Centrale (32 %) alors que la proportion la plus faible est enregistrée à Lomé (16 %).

La polygamie ou le fait qu'un homme épouse plus d'une femme est une pratique assez répandue au Togo. Il ressort des données de MICS 3 que pour l'ensemble du pays, plus du tiers des femmes mariées âgées de 15 à 49 ans (35 %) vit dans une union polygamique. Cette pratique est plus répandue dans les zones rurales (40 %) que dans les centres urbains (25 %) et plus chez les femmes qui n'ont jamais été à l'école (43 %) que chez celles qui ont fait l'école primaire (28 %) ou atteint les cours secondaires (22 %). Les résultats montrent en outre que le niveau de la polygamie augmente avec l'âge des époux ; en effet entre 15 et 19 ans, moins de deux femmes mariées sur dix (17 %) vivent dans une union polygamique, cette proportion passe à 38 % pour la tranche d'âges 35-39 ans et à 55 % pour la tranche d'âges 45-49 ans.

Tableau CP.5: Mariage précoce et polygamie

Pourcentage de femmes âgées de 15-49 ans mariées ou en union avant d'atteindre leur quinzième anniversaire, pourcentage de femmes de 20-49 ans mariées ou en union avant leur 18ème anniversaire, pourcentage de femmes âgées de 15-19 ans actuellement mariées

	Pourcentage de femmes mariées avant l'âge de 15 ans*	Nombre de femmes âgées de 15-49 ans	Pourcentage de femmes mariées avant l'âge de 18 ans*	Nombre de femmes âgées de 20-49 ans	Pourcentage de femmes de 15-19 ans mariées/en union**	Nombre de femmes âgées de 15-19 ans	Pourcentage de femmes âgées de 15-49 ans en mariage ou union polygamique***	Nombre de femmes de 15-49 mariées ou en union
Région								
Lomé	3,0	1810	15,8	1463	9,7	347	20,2	1015
Maritime (sans Lomé)	5,5	1213	34,3	986	14,8	227	41,9	824
Plateaux	9,7	1122	35,1	959	19,4	163	29,7	806
Centrale	3,1	585	32,0	473	14,1	112	38,8	412
Kara	5,1	789	29,2	642	22,3	147	40,7	566
Savanes	5,8	691	39,4	559	32,1	132	47,4	537
Résidence								
Urbain	3,4	2742	18,1	2188	9,1	554	24,5	1534
Rural	6,9	3469	36,9	2895	24,3	574	40,3	2625
Age								
15-19	2,4	1128	.	.	16,8	1128	16,5	190
20-24	3,6	1030	24,8	1030	.	.	18,5	589
25-29	6,0	1196	25,6	1196	.	.	30,6	971
30-34	9,2	918	31,7	918	.	.	34,8	778
35-39	6,7	911	33,2	911	.	.	38,3	796
40-44	6,6	578	32,2	578	.	.	46,8	484
45-49	2,2	449	27,4	449	.	.	55,0	352
Niveau d'éducation de la femme								
Aucun	7,7	2482	37,4	2296	41,7	186	43,3	2087
Primaire	4,8	2101	26,7	1689	19,5	412	27,5	1384
Secondaire et +	2,3	1611	13,8	1084	6,1	527	21,6	677
Programme non-formel	7,4	17	36,4	14	0,0	4	19,4	12
Indice de richesse (quintiles)								
Très pauvre	6,3	1011	39,7	852	25,2	159	45,8	839
Pauvre	8,0	1016	40,1	860	28,2	156	35,5	789
Moyen	7,4	1135	34,5	924	18,6	210	40,7	775
Riche	4,4	1403	22,7	1131	14,6	272	27,7	821
Très riche	2,4	1647	15,7	1315	8,2	331	24,1	935
Ethnie du chef de ménage								
Adja-Ewe	4,8	3027	25,5	2480	11,8	547	30,0	1901
Kabye-Tem	4,7	1459	28,1	1183	13,9	275	34,2	966
Paragourma	6,4	1014	37,1	829	32,9	184	45,6	793
Ana-lfe	14,0	196	31,5	156	11,9	40	48,7	129
Akposso/Akébou	5,0	203	30,0	166	25,8	38	21,4	136
Autre togolais	2,7	158	41,9	132	18,9	26	37,1	118
Autre	6,4	154	27,8	136	39,3	18	29,6	117
Total	5,3	6211	28,8	5083	16,8	1128	34,5	4160

CONNAISSANCES SUR LA TRANSMISSION DU VIH/SIDA/SIDA ET L'UTILISATION DE PRÉSERVATIFS

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

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

Malgré de nombreuses campagnes de sensibilisation, la connaissance des méthodes de prévention du VIH/SIDA n'a pas beaucoup évolué. Au niveau de l'ensemble du pays, 61 % des femmes affirment connaître deux méthodes de prévention, 64 % en zone urbaine contre 59 % dans les zones rurales. Ce pourcentage augmente avec le niveau d'études des femmes, 53 % parmi les femmes sans instruction et 68 % chez celles qui ont atteint le niveau secondaire. D'une manière générale et quelles que soient les caractéristiques, moins du tiers des femmes ont identifié correctement les idées fausses sur la transmission du VIH/SIDA. En ce qui concerne la connaissance exhaustive du VIH/SIDA, on enregistre seulement 13 % des femmes au niveau national ont une connaissance exhaustive du VIH/SIDA, contre 16 % dans les centres urbains et 11 % dans les zones rurales.

Au niveau régional, les femmes qui résident dans la région Centrale ont une meilleure connaissance des deux méthodes de prévention de la transmission du VIH/SIDA (75 %). Un peu plus de 6 femmes sur 10 ont eu une bonne connaissance des deux méthodes de prévention du VIH/SIDA à Lomé et périphérie (62 %) et dans les régions Maritime sans Lomé et périphérie (60 %) et de la Kara (64 %) contre un peu plus d'une femme sur deux dans les régions des Plateaux (55 %) et des Savanes (52 %). En ce qui concerne l'identification des idées erronées sur la transmission du VIH/SIDA, les femmes de la région de la Kara arrivent en tête avec 29 % suivies des femmes de la région des Savanes (27 %). Dans la région Maritime (sans Lomé) seulement une femme sur dix (10 %) a pu identifier correctement les idées fausses. En définitive, les femmes de la région de la Kara (21 %) ont cité les deux méthodes de prévention et identifié les trois idées erronées du VIH/SIDA, elles sont suivies par les femmes des régions des Savanes (19 %) et Centrale (21 %). A l'opposé, les femmes des régions Maritime (10 %) et des Plateaux (11 %) ont la plus mauvaise connaissance du VIH/SIDA.

L'identification correcte des idées erronées augmente avec le niveau d'instruction des femmes ; de 14 % chez les femmes sans instruction et celles du niveau de l'enseignement primaire, la proportion passe à 32 % chez les femmes qui ont atteint le niveau secondaire. Au total, 23 % des femmes qui ont atteint le niveau secondaire ont identifié correctement les deux méthodes de prévention et les trois idées fausses de VIH/SIDA.

La connaissance générale sur la transmission du VIH/SIDA est assez faible et varie légèrement avec l'âge des femmes ; la proportion de jeunes de 15 à 24 ans qui connaissent deux méthodes de prévention de la transmission du VIH/SIDA, rejettent les idées fausses et savent qu'une personne bien portante peut être porteuse du virus constitue un indicateur clé qui permet d'évaluer la réponse d'un pays face à la pandémie. Mais seulement 16 % des jeunes femmes de 15 à 24 ans ont une connaissance exhaustive du VIH/SIDA contre 10 % chez les femmes de 45-49 ans.

Tableau HA.3 : Connaissances générales sur la transmission du VIH/SIDA/SIDA

Pourcentage femmes de 15-49 ans ayant une connaissance exhaustive du mode de transmission du VIH/SIDA/SIDA, Togo, 2006

Caractéristiques	Connaissent 2 méthodes de prévention de la transmission du VIH/SIDA	Identifient correctement 3 idées fausses sur la transmission du VIH/SIDA	Ont une connaissance exhaustive (identifient 2 méthodes de prévention et 3 idées fausses)*	Nombre de femmes
Région				
Lomé	61,9	18,6	12,3	1810
Maritime (sans Lomé)	60,2	9,8	5,8	1213
Plateaux	54,8	16,2	10,7	1122
Centrale	75,3	21,1	16,3	585
Kara	64,2	28,5	21,0	789
Savanes	52,1	26,6	19,3	691
Résidence				
Urbain	63,6	22,4	15,7	2742
Rural	58,6	16,0	10,8	3469
Age				
15-19	59,8	23,9	15,7	1120
20-24	61,6	23,8	16,2	1033
15-24	60,7	23,8	15,9	2153
25-29	64,6	18,6	13,9	1191
30-34	59,0	16,8	10,9	926
35-39	60,4	14,1	10,4	899
40-44	61,5	14,8	10,3	588
45-49	54,8	14,3	9,5	455
Niveau d'éducation de la femme				
Aucun	53,2	14,0	9,4	2482
Primaire	64,4	14,2	9,7	2101
Secondaire et +	67,7	32,2	22,8	1611
Programme non-formel	57,5	27,0	13,3	17
Indice de richesse (quintiles)				
Très pauvre	55,3	17,3	11,7	1011
Pauvre	58,7	17,2	12,0	1016
Moyen	58,9	13,9	9,4	1135
Riche	64,6	20,5	14,5	1403
Très riche	63,4	22,7	15,6	1647
Ethnie du chef de ménage				
Adja-Ewe	59,8	14,7	8,9	3027
Kabye-Tem	65,5	22,6	17,3	1459
Para gourma	58,6	24,7	17,8	1014
Ana-lfe	53,4	17,3	11,0	196
Akposso/Akébou	69,6	15,4	11,4	203
Autre togolais	60,2	26,6	20,5	158
Autre	48,8	24,5	16,6	154
Total	60,8	18,8	13,0	6211

* MICS Indicator 82; MDG Indicator 19b

UTILISATION DU PRESERVATIF

La promotion d'un comportement sexuel sans risque est indispensable pour réduire la prévalence du VIH/SIDA. L'utilisation de préservatifs lors des rapports sexuels, notamment avec les partenaires occasionnels, est particulièrement importante pour endiguer la propagation du VIH/SIDA. Plus de la moitié des nouveaux cas d'infection à VIH/SIDA concernent des jeunes de 15 à 24 ans. En conséquence, un changement de comportement au sein de ce groupe d'âge est essentiel pour ralentir la propagation du virus.

L'utilisation de préservatifs lors des rapports sexuels avec un homme autre que leur mari ou leur concubin (relation sans mariage ni partage de domicile) a été évaluée chez les femmes de 15 à 24 ans qui ont eu des rapports

sexuels avec ce type de partenaire au cours de l'année écoulée (Tableau HA.9). Plus de 46 % de ces femmes affirment avoir eu des rapports sexuels avec un partenaire occasionnel au cours des 12 mois précédant l'enquête MICS. Dans ce groupe, la moitié (50 %) seulement dit avoir utilisé un préservatif pendant des rapports avec un partenaire à haut risque. Chez les femmes sans instruction et celles qui ont atteint le niveau d'études primaires, plus de 37 % ont utilisé un préservatif lors de rapports sexuels à haut risque au cours de l'année précédant l'enquête MICS, contre 59 % chez celles qui ont fait des études secondaires ou supérieures.

FRÉQUENTATION SCOLAIRE DES ENFANTS ORPHELINS ET VULNÉRABLES

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

Au Togo, 2 % des enfants de 10 à 14 ans ont perdu leurs deux parents biologiques (Tableau HA.12). Parmi eux, 74 % seulement vont encore à l'école. Chez les enfants de 10 à 14 ans qui n'ont perdu aucun parent biologique et qui vivent avec au moins l'un de leurs parents, 83, % fréquentent l'école. Cette comparaison semble indiquer que les enfants orphelins de père et de mère sont défavorisés par rapport aux non orphelins.

Quant aux enfants orphelins ou vulnérables, ils représentent 22 % des enfants de 10 à 14 ans. Parmi ces enfants, 80 % vont encore à l'école alors que le taux de fréquentation scolaire des enfants non orphelins ni vulnérables est de 80 %. Ainsi, dans les régions Maritime sans Lomé, Plateaux, Centrale, Kara et Savanes, les taux de fréquentation scolaire des enfants orphelins et vulnérables sont respectivement 84 %, 100 %, 55 %, 61 % et 68 %.

Tableau HA.12 : Fréquentation scolaire des enfants orphelins et vulnérables

Fréquentation scolaire des enfants de 10-14 ans en fonction de leur état d'orphelins ou de vulnérabilité dû au SIDA, Pays, Année

Caractéristiques	% d'enfants dont la mère et le père sont décédés	Taux de fréquentation des enfants dont la mère et le père sont décédés	% d'enfants dont les deux parents sont en vie, l'enfant vivant avec au moins l'un d'eux	Taux de fréquentation scolaire des enfants dont les deux parents sont en vie, l'enfant vivant avec au moins l'un d'eux	Taux de fréquentation scolaire des orphelins de père et de mère par rapport aux non-orphelins *	Pourcentage d'enfants orphelins ou vulnérables	Fréquentation des enfants orphelins ou vulnérables	Pourcentage d'enfants orphelins ni vulnérables	Fréquentation des enfants orphelins ni vulnérables	Taux de fréquentation scolaire des EOVS par rapport aux non-EOVS	Nombre total d'enfants de 10-14 ans
Sexe											
Masculin	1,5	75,7	73,9	84,6	0,9	21,7	84,0	78,3	84,8	1,0	2169
Feminin	1,3	74,8	66,6	75,9	1,0	22,3	75,7	77,7	73,2	1,0	2186
Région											
Lomé	1,1	75,6	61,7	95,4	0,8	20,2	82,7	79,8	87,9	0,9	737
Maritime (sans Lomé)	2,2	83,5	68,7	90,7	0,9	32,0	88,4	68,0	89,6	1,0	985
Plateaux	0,7	100,0	74,6	84,5	1,2	13,6	82,1	86,4	83,9	1,0	874
Centrale	1,2	55,2	66,3	84,3	0,7	23,7	81,1	76,3	83,2	1,0	509
Kara	1,1	61,0	73,3	71,0	0,9	20,4	80,4	79,6	71,1	1,1	633
Savanes	2,1	67,5	76,7	52,3	1,3	20,3	50,6	79,7	51,1	1,0	615
Résidence											
Urbain	1,6	73,4	62,5	94,5	0,8	22,3	84,9	77,7	88,0	1,0	1350
Rural	1,4	76,3	73,7	75,1	1,0	21,8	77,4	78,2	75,0	1,0	3005
Indice de richesse (quintiles)											
Plus pauvre	1,1	73,2	81,5	63,6	1,2	18,0	66,7	82,0	62,9	1,1	1007
Moins pauvre	1,1	49,8	73,0	75,1	0,7	24,2	76,9	75,8	75,2	1,0	920
Moyen	1,1	85,2	66,6	87,4	1,0	24,0	86,8	76,0	85,6	1,0	905
Riche	2,4	84,6	67,6	92,2	0,9	22,6	86,4	77,4	89,1	1,0	817
Plus riche	1,7	74,9	58,4	96,6	0,8	21,5	81,6	78,5	88,1	0,9	706
Total	1,5	73,6	69,4	83,0	0,9	22,1	79,7	77,9	80,2	1,0	4355

* Indicateur MICS 77 ; Indicateur OMD 20