

CHAPITRE VI

MORTALITE ET SANTE DE LA MÈRE ET DE L'ENFANT

Ce chapitre qui traite de la santé et de la mortalité des enfants âgés de moins de cinq ans comprend trois sections.

Dans la première section, il sera question de la mortalité infantile et de la mortalité juvénile qui seront mesurées à l'aide des quotients de mortalité. Le quotient de mortalité à l'âge (x) est la probabilité de décéder entre l'âge (x) et un âge ($x+n$). Le quotient de mortalité entre la naissance et un an exact (q_0) peut être assimilé au taux de mortalité infantile classique.

Dans la deuxième section, la fréquence de certaines maladies telles que la diarrhée, la fièvre, la rougeole et la respiration difficile chez les enfants de moins de cinq ans, sera examinée, ainsi que la nature du traitement que les parents (ou tuteurs) de l'enfant malade ont donné. Une indication de la couverture vaccinale sera également étudiée dans cette section. Enfin, cette section traitera de l'état des soins prénatals et de l'assistance reçue par les mères lors de l'accouchement des enfants âgés de moins de cinq ans à l'enquête.

La troisième et dernière section traitera de la situation nutritionnelle des enfants âgés de moins de trois ans: cette situation sera appréciée à travers les mesures anthropométriques recueillies pendant l'enquête.

6.1 MORTALITE DES JEUNES ENFANTS

Méthodologie et qualité des données

L'EDST a permis de calculer les quotients de mortalité des enfants âgés de moins de cinq ans, selon la période (en utilisant l'information sur les décès et l'exposition à la mortalité par âge pour une période de temps spécifique, généralement une période quinquennale) et non selon la génération. L'approche de la mortalité par période est préférable à celle par génération pour deux raisons: tout d'abord, les données nécessaires pour le calcul des quotients par génération ne sont que partiellement disponibles pour la période de cinq ans précédant immédiatement l'enquête et, par ailleurs, les quotients selon la période sont plus appropriés pour l'évaluation des programmes d'action.

Les données pour analyser la mortalité des enfants proviennent de l'historique des naissances de la section 2 sur la "fécondité". Cette approche pour collecter des données sur la mortalité pose également des problèmes. Elle a des limites structurelles car les informations provenant des femmes âgées de 15-49 ans en 1988 ne représentent pas nécessairement la situation de la période que couvre l'historique des naissances (les 35 ans précédant l'enquête) et les différents intervalles de cette période. Cette approche peut également engendrer des erreurs de collecte liées au sous-enregistrement des événements et à la déclaration de la date de naissance et de l'âge au décès. Toutefois, il est à noter que ces problèmes de collecte sont moindres pour les périodes plus proches de la date de l'enquête. Les données de l'EDST qui ont servi au calcul de ces indicateurs sont d'assez bonne qualité dans l'ensemble, comme on peut le voir dans le tableau 6.1. Il y a, bien entendu, une attraction du chiffre 12 (mois). En supposant que la moitié des décès déclarés à douze mois sont réellement survenus avant le premier anniversaire, on aura sous-estimé, pour la décennie de 1978-1988, les taux de mortalité infantile d'environ 4 pour cent pour les deux sexes réunis. La sous-estimation de la mortalité infantile se fait, au détriment des quotients de mortalité juvénile qui sont surestimés du fait du report des décès. Ainsi, les quotients de mortalité juvénile seraient inférieurs d'environ 5 pour cent aux quotients obtenus à partir des données non-corrigées pour la période de 1978 à 1988.¹

TABLEAU 6.1 REPARTITION DES DECES SELON LES PERIODES DE NAISSANCE, LE SEXE ET L'AGE AU DECES ET LES QUOTIENTS DE MORTALITE DE 1973 A 1988, EDST, 1988

Age au décès	1983-1988			1978-1982			1973-1977		
	SM	SF	ENS	SM	SF	ENS	SM	SF	ENS
Panneau A									
0-7 jours (a)	74	47	121	59	39	98	49	34	83
0-30 jours (b)	89	62	151	74	56	130	65	42	107
<1 an (c)	153	126	279	129	113	242	116	97	213
Rapport a/b	0,83	0,76	0,80	0,80	0,70	0,75	0,75	0,81	0,78
Rapport a/c	0,48	0,37	0,43	0,46	0,35	0,40	0,42	0,35	0,39
Panneau B									
5 mois	6	6	12	4	7	11	4	3	7
6 mois	4	8	12	8	4	12	9	3	12
7 mois	8	6	14	5	3	8	4	3	7
8 mois	8	4	12	9	3	12	4	7	11
9 mois	5	5	10	2	3	5	3	5	8
10 mois	4	5	9	4	4	8	2	0	2
11 mois	1	2	3	1	2	3	0	2	2
12 mois	5	16	21	7	15	22	6	9	15
13 mois	0	1	1	0	0	0	0	0	0
14 mois	0	1	1	0	2	2	0	0	0
15 mois	2	0	2	0	0	0	2	0	2
16 mois	1	1	2	2	1	3	1	0	1
17 mois	1	1	2	0	0	0	0	0	0
18 mois	2	4	6	3	6	9	6	2	8
Panneau C									
1-<2 ans	32	52	84	23	37	60	30	30	60
2-<3 ans	39	32	71	23	25	48	19	27	46
3-<4 ans	34	26	60	15	23	38	20	28	48
3-<5 ans	15	14	29	12	14	26	9	6	15
1-<5 ans	120	124	244	73	99	172	78	91	169
<5 ans	273	523	523	202	212	414	194	188	382
Panneau D									
1q0	85,1	75,6	80,5	91,1	82,0	86,7	117,6	97,2	107,4
4q1	79,8	89,4	84,5	67,7	91,4	79,2	107,6	112,1	110,0
5q0	158,1	158,3	158,2	152,6	166,0	159,0	212,5	198,4	205,6

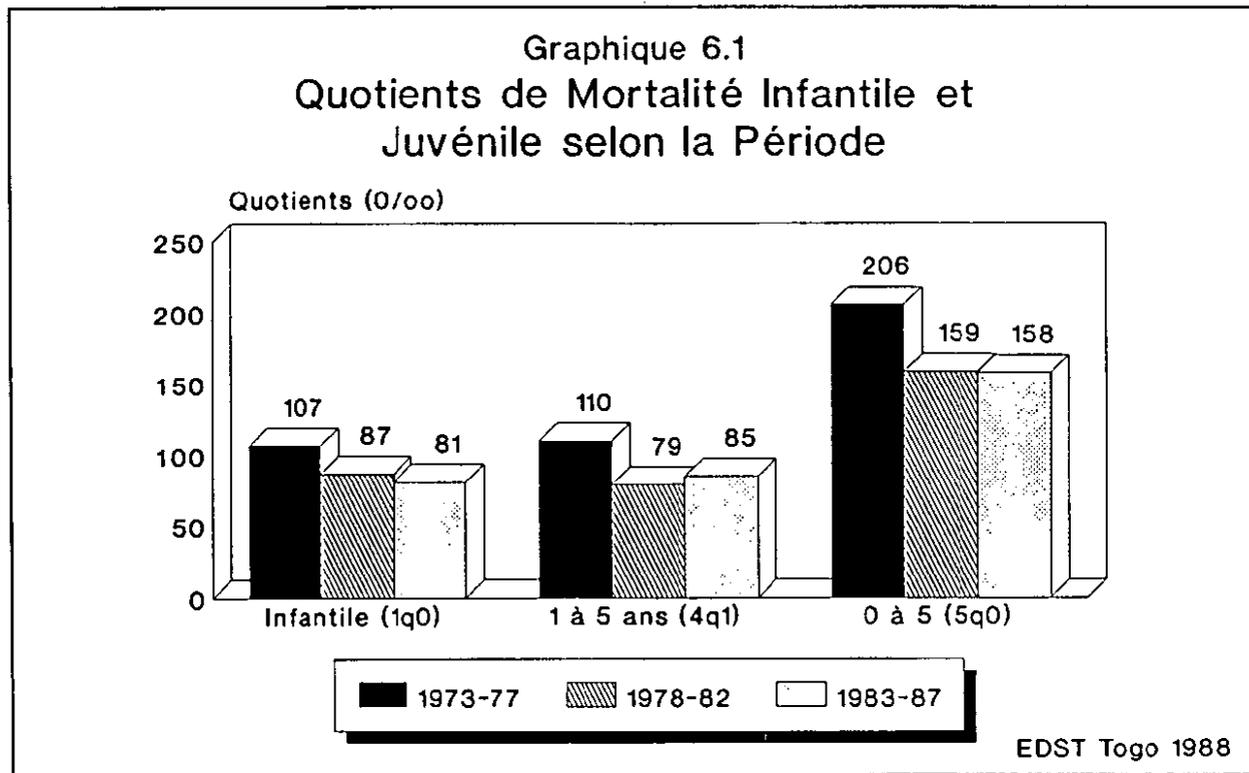
SM = Sexe masculin SF = Sexe féminin ENS = Ensemble

Niveaux et tendance de la mortalité des enfants

Entre les périodes quinquennales de 1973-1977 et 1983-1988, le taux de mortalité infantile est passé de 107,4 à 80,5 pour mille au Togo. Il a connu une baisse régulière puisqu'à l'enquête post-censitaire de 1961, il était de 127 pour mille. Ceci s'explique par les efforts considérables réalisés dans le domaine de la santé en général et de la survie des enfants en particulier. Entre un an et cinq ans, la chance de survie des enfants a également été améliorée puisque le quotient de mortalité est passé de 110 à 84,5 pour mille dans la même période. Ainsi, durant la période 1973-1977, plus de 20 pour cent des enfants nés vivants ne pouvaient atteindre le cinquième anniversaire, en 1983-1988, le risque de décès est

descendu à environ 15 pour cent. Le graphique 6.1 visualise clairement cette baisse de la mortalité au cours des trois périodes les plus récentes.

En ce qui concerne la survie générale des enfants, il meurt en moyenne au Togo un enfant sur cinq dans la descendance d'une femme, comme l'indique le tableau 6.2. La proportion d'enfants décédés augmente régulièrement avec l'âge de la femme, passant de 11 pour cent dans la tranche d'âge des moins de 20 ans à 23 pour cent chez les femmes de plus de 45 ans.



TABEAU 6.2 NOMBRE MOYEN D'ENFANTS NES VIVANTS, SURVIVANTS ET DECEDES ET PROPORTION D'ENFANTS DECEDES SELON L'AGE ACTUEL DE LA MERE, EDST, 1988

Age actuel	Nombre moyen d'enfants			Proportion de décédés
	Nés vivants	Sur-vivants	Décédés	
15-19	0,26	0,23	0,03	0,11
20-24	1,38	1,21	0,16	0,12
25-29	2,87	2,46	0,42	0,15
30-34	4,60	3,76	0,84	0,18
35-39	5,73	4,65	1,07	0,19
40-44	6,89	5,35	1,54	0,22
45-49	7,28	5,58	1,70	0,23
TOTAL	3,21	2,61	0,60	0,19

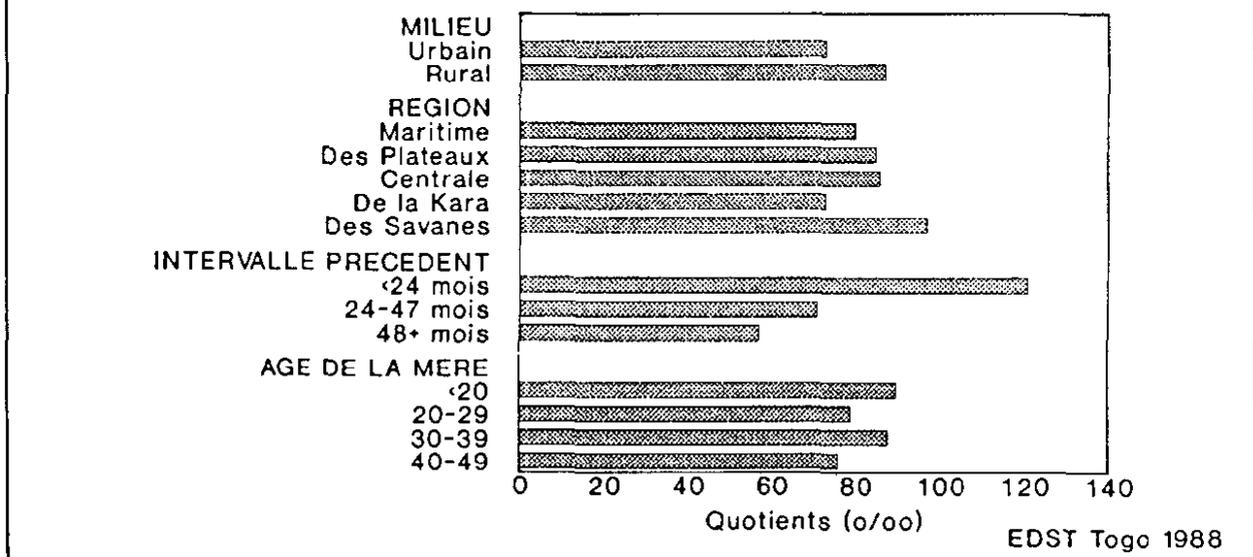
Mortalité différentielle des enfants

Le tableau 6.3 et le graphique 6.2 donnent l'état de la mortalité des enfants par rapport aux caractéristiques socio-économiques des femmes dans les dix dernières années. Alors que 13 enfants sur cent (130,9 ‰) issus de mères urbaines décèdent avant d'atteindre le cinquième anniversaire, 17 pour cent (168,5 ‰) décèdent en milieu rural. Si on se limite à la mortalité infantile, le quotient 1q0 est également plus élevé en milieu rural (86,9 ‰) qu'en ville (72,8 ‰). Ainsi la chance de survie des enfants est plus élevée en ville qu'en milieu rural certainement du fait de l'importance des équipements socio-sanitaires en milieu urbain. De même, selon le niveau d'instruction, il apparaît une relation négative entre cette variable et la mortalité des enfants. En effet, les enfants de mères instruites ont une chance de survie plus grande que ceux des mères sans aucune scolarisation: avant un an, il meurt 54,5 enfants pour mille issus de mères de niveau d'instruction secondaire ou plus, 78,4 pour mille de mères n'ayant que le niveau primaire et 87,3 pour mille de celles n'ayant aucune instruction. Avant le cinquième anniversaire, 9 pour cent des enfants (88,5 ‰) issus de mères de niveau secondaire ou plus décèdent, contre 15 pour cent (145,6 ‰) chez les femmes de niveau d'instruction primaire et 17 pour cent (168,5 ‰) chez les femmes sans instruction. L'influence de la scolarisation de la mère sur la survie des enfants, mise en évidence dans de nombreuses études (Caldwell et Caldwell, 1987), mérite cependant d'être étudiée de façon approfondie vu que certains travaux récents ont montré que la liaison entre ces deux phénomènes n'était pas aussi directe qu'elle ne paraissait (Dackam Ngatchou, 1987).

TABLEAU 6.3 QUOTIENTS DE MORTALITE INFANTILE ET JUVENILE DURANT LA PERIODE 1978-88 SELON CERTAINES CARACTERISTIQUES SOCIO-ECONOMIQUES, EDST, 1988

Caractéristiques socio-économiques	Mortalité infantile (1q0) 78-88	Mortalité de l'enfance (4q1) 78-88	Les deux (5q0) 78-88
MILIEU			
Urbain	72,8	62,7	130,9
Rural	86,9	89,3	168,5
REGION			
Maritime	80,0	69,9	144,3
Des Plateaux	85,2	64,1	143,8
Centrale	85,6	98,2	175,4
De la Kara	72,5	111,3	175,7
Des Savanes	97,1	111,0	197,3
INSTRUCTION			
Aucune instruction	87,3	88,7	168,3
Primaire	78,4	72,9	145,6
Secondaire ou plus	54,5	36,0	88,5
TOTAL	83,2	82,3	158,7

Graphique 6.2
Variations Différentielles de la
Mortalité Infantile dans la Période
1978-1988



Par rapport aux régions économiques, la Région de la Kara présente le niveau de mortalité infantile le plus faible (72,5 ‰) et la Région des Savanes apparaît comme celle qui a le quotient de mortalité infantile le plus élevé (97,1 ‰). Les autres régions se situent entre ces deux positions: la Région Maritime a le deuxième taux de mortalité le plus faible (80,0 ‰), puis la Région des Plateaux (85,2 ‰) et la Région Centrale (85,6 ‰). Pour ce qui est des risques de décès après le premier anniversaire, la situation diffère profondément du cas précédent puisque c'est dans la Région des Plateaux que les risques de mourir entre le premier et le cinquième anniversaire sont les moins élevés (64,1 ‰). La Région Maritime vient en deuxième position avec 69,9 pour mille, puis la Région Centrale en troisième position avec un quotient de 98,2 pour mille. Les régions septentrionales de la Kara et des Savanes ont respectivement des quotients de 111,3 et 111 pour mille. La Région des Savanes apparaît comme celle où le risque de décéder est le plus élevé pour les enfants: environ 20 pour cent des naissances (197,3 ‰) n'atteignent pas le cinquième anniversaire dans cette région. La chance de survie jusqu'au cinquième anniversaire est la plus élevée pour les enfants qui naissent dans la Région des Plateaux et la Région Maritime (respectivement 143,3 ‰ et 144,3 ‰). Les risques de décès sont peu différents pour les enfants dans La Région Centrale et la Région de la Kara (175,4 et 175,7 ‰).

Le faible niveau de mortalité des enfants de moins de cinq ans qui prévaut dans la Région Maritime et la Région des Plateaux peut s'expliquer par le niveau élevé de développement économique et le meilleur équipement sanitaire de ces régions, ainsi que par leur longue histoire de soins modernes et d'éducation en matière de santé. Le cas de la Région de la Kara est une preuve de l'efficacité de la politique sanitaire togolaise. La survie des enfants y gagnerait si l'éducation sanitaire de la population s'intensifiait. La Région des Savanes présente une situation de survie des enfants en accord avec son niveau de développement: au recensement de 1981, elle apparaissait comme la région où la scolarisation était la moins élevée du Togo. C'est ce qui explique certainement l'affluence des projets de développement dans cette région. Si le niveau de la mortalité des enfants de moins de cinq ans y reste encore relativement élevé, malgré les efforts déployés, il faut s'attendre à une amélioration dans les années à venir. La Région des Plateaux présente une situation générale qui cache probablement des

particularités. En effet, "zone d'accueil", la forte immigration qui la caractérise et l'accès probablement inégal des populations autochtones et migrantes aux structures sanitaires pourraient créer des différences de niveaux dans la survie des enfants (Vimard et Quesnel, 1982). Pour une meilleure compréhension de ces niveaux régionaux de mortalité, il faut entreprendre des études complémentaires et éventuellement des micro-enquêtes en vue de saisir les déterminants de divers ordres qui agissent sur la mortalité des enfants.

Le tableau 6.4 et le graphique 6.2 présentent les principaux résultats concernant la mortalité des enfants selon certaines variables démographiques.

TABLEAU 6.4 QUOTIENTS DE MORTALITE INFANTILE ET JUVENILE DURANT LA PERIODE 1978-88 SELON CERTAINES CARACTERISTIQUES DEMOGRAPHIQUES, EDST, 1988

Caractéristiques démographiques	Mortalité infantile (1q0) 78-88	Mortalité de l'enfance (4q1) 78-88	Les deux (5q0) 78-88
SEXE			
Masculin	87,7	74,9	156,0
Féminin	78,5	90,1	161,5
AGE DE LA MERE			
<20	90,3	92,5	174,4
20-29	79,1	84,5	156,9
30-39	87,9	72,3	153,9
40-49	76,3	71,3	142,2
RANG DE NAISSANCES			
1	79,5	81,6	154,6
2-3	83,6	87,6	163,9
4-6	79,7	81,3	154,5
7+	93,6	73,9	160,6
INTERVALLE PRECEDENT			
<2 ans	120,5	84,6	194,9
2-3 ans	71,3	80,4	146,0
4 ans ou plus	57,1	81,4	133,9

• Par rapport au sexe, la mortalité infantile est plus élevée chez les enfants de sexe masculin (87,7 ‰) que chez ceux du sexe féminin (78,5 ‰). Ce résultat est en accord avec ce qui s'observe habituellement: surmortalité à la naissance des enfants de sexe masculin par rapport à ceux de sexe féminin. Cependant, à partir du premier anniversaire, non seulement l'écart de mortalité observé dans la première année de vie a été rattrapé, mais il a changé de sens puisque c'est du côté féminin qu'apparaît une surmortalité; ainsi, le quotient 4q1 atteint 74,9 pour mille chez les garçons contre 90,1 pour mille chez les filles. Même avec l'éventualité des erreurs de déclaration des âges entre la naissance et le 5^e anniversaire, reste posé le problème d'une surmortalité féminine (161,5 ‰ contre 156,0 ‰ pour les garçons). Y a-t-il une ségrégation dans les soins donnés aux enfants selon le sexe dans la population? Thérèse Locoh avait relevé un phénomène semblable à partir des statistiques sanitaires se rapportant aux enfants hospitalisés au centre hospitalier universitaire (CHU) de Lomé en 1982 (Locoh, 1985).

- Par rapport à l'âge des mères à la naissance des enfants, la mortalité infantile et la mortalité juvénile présentent les niveaux les plus élevés chez les mères âgées de moins de vingt ans (90,3 ‰ avant un an, 92,5 ‰ entre le premier et le cinquième anniversaires et 174,4 ‰ entre la naissance et le cinquième anniversaire). Les chances de survie les plus élevées se retrouvent chez les femmes âgées de plus de quarante ans (142,2 ‰ entre la naissance et le cinquième anniversaire).
- Par rapport à la parité, les taux de mortalité infantile les plus élevés s'observent pour les enfants de rang supérieur à six (93,6 ‰). Cependant ce sont les enfants de ces rangs de naissance qui ont la plus grande chance de survie après le premier anniversaire (mortalité de 73,9 ‰).
- Par rapport à l'espacement entre naissances, il y a un effet négatif apparent sur la mortalité des enfants: les enfants nés après un intervalle de moins de deux ans avec le précédent courent le risque de décès le plus élevé, leur quotient de mortalité 1q0 est plus de deux fois supérieur à celui des enfants nés quatre ans ou plus après la naissance précédente (120,5 ‰ contre 57,1 ‰). De façon générale, lorsque l'espacement entre les naissances est supérieur à deux ans, la chance de survie des enfants augmente substantiellement: mortalité de 146,0 pour mille entre la naissance et le cinquième anniversaire lorsque l'espacement est compris entre deux et trois ans et 133,9 pour mille lorsqu'il est supérieur à trois ans.

6.2 SANTE DE LA MÈRE ET DE L'ENFANT

L'EDST a pris en compte la santé de la mère et de l'enfant à travers la section 4 du questionnaire individuel. Les questions sont posées pour tous les enfants de la femme, nés vivants et qui ont moins de 5 ans. Les questions Q401 à Q405 informent sur les conditions sanitaires qui ont entouré la naissance de l'enfant, à savoir: les visites prénatales, la protection de l'enfant par la vaccination de la mère contre le tétanos avant l'accouchement et le type d'assistance reçue par la mère pendant l'accouchement. Les questions Q421 à Q438 traitent directement des problèmes de santé de chacun des enfants encore en vie, âgés de moins de cinq ans à l'enquête. Les principaux problèmes traités sont la diarrhée, la fièvre, les infections respiratoires et la rougeole. L'EDST s'est intéressée aux cas survenus les deux semaines précédant l'enquête, notamment pour la fièvre et les maladies respiratoires. Pour la diarrhée, non seulement la période des deux dernières semaines a été prise en compte, mais aussi, les cas des dernières 24 heures avant le passage de l'enquêtrice. Pour la rougeole, étant donné la nature de cette maladie, la période considérée était toute la durée de vie de l'enfant. À côté des problèmes de santé, la protection des enfants contre les maladies a été également un sujet de préoccupation, en particulier, des informations sur la vaccination des enfants ont été recueillies. Cependant, il faut signaler que cette dernière rubrique a été peu détaillée du fait que la période initialement prévue pour réaliser l'enquête correspondait à celle de la campagne nationale de vaccination: aussi il a été décidé, au niveau de l'équipe technique de l'EDST, de limiter les questions relatives à cette variable au minimum. L'information collectée sur la vaccination s'est donc limitée au fait de savoir si l'enfant avait été ou non vacciné et si les parents disposaient d'un carnet de vaccination pour l'enfant.

Soins prénatals et assistance pendant l'accouchement

D'après le tableau 6.5 et le graphique 6.3, seulement 17 pour cent des naissances vivantes survenues dans les cinq dernières années n'ont bénéficié d'aucune consultation prénatale (16,7 %). Pour celles qui en ont bénéficié, les sages-femmes, les matrones et les accoucheuses auxiliaires sont les plus consultées (plus de 80 %). Il y a lieu de noter que dans près de 16 pour cent des cas où la femme ne connaissait pas la qualification du personnel soignant qu'elle avait consulté, elle a déclaré un centre de soin. Ceci constitue un indicateur important du niveau d'utilisation de l'infrastructure sanitaire disponible dans le pays; cependant l'intervention du médecin reste très marginale (1 %).

Les naissances issues de jeunes mères ont connu un niveau de consultation plus élevé que celles de mères de plus de 30 ans. De même, en milieu urbain, 2 pour cent seulement des naissances n'ont pas été du tout suivies par un personnel médical, contre un enfant sur quatre (21,7 %) en milieu rural. La plus

TABLEAU 6.5 REPARTITION (EN %) DES NAISSANCES AU COURS DES 5 ANNEES AYANT PRECEDE L'ENQUETE SELON LE TYPE DE CONSULTATION PRENATALE ET POURCENTAGE DES NAISSANCES POUR LESQUELLES LES MERES ONT REÇU UNE INJECTION ANTI-TETANIQUE SELON CERTAINES CARACTERISTIQUES SOCIO-DEMOGRAPHIQUES, EDST, 1988

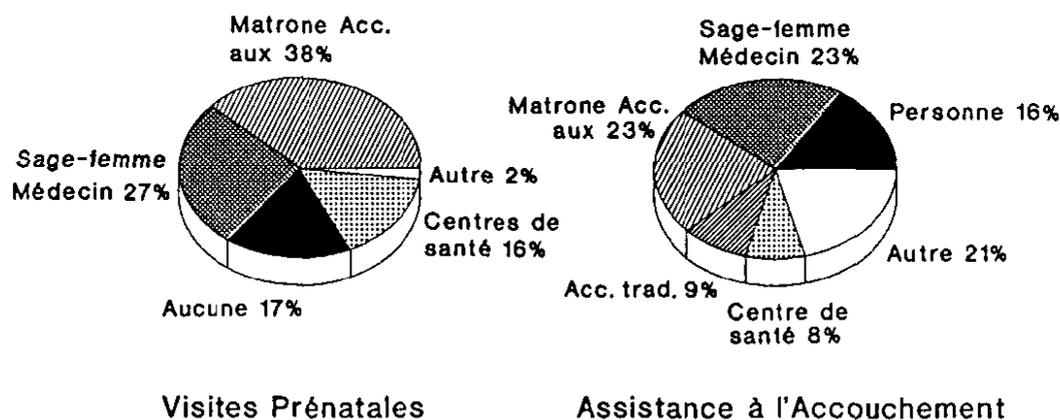
Caractéristiques socio-démographiques	Type de consultation									Tétanos toxoïde	Ef-fec-tif
	Per-sonne	Méde-cin	Sage-femme	Matrone Acc. aux.	Ac-couch. trad.	Hôpital PMI Disp.	Autre	Man-quant	Total		
AGE											
<30	14,5	1,2	27,3	40,4	0,1	13,8	1,2	1,5	100,0	71,5	1712
30+	19,3	1,5	23,8	35,0	0,1	17,9	0,7	1,7	100,0	69,0	1386
MILIEU											
Urbain	2,3	3,8	55,9	22,3	0,0	14,5	0,4	0,7	100,0	88,2	811
Lomé	2,2	6,4	57,0	13,0	0,0	19,8	0,7	0,9	100,0	85,7	454
Autre Ville	2,5	0,6	54,3	34,2	0,0	7,8	0,0	0,6	100,0	91,3	357
Rural	21,7	0,5	15,0	43,6	0,1	16,0	1,2	1,9	100,0	64,1	2287
REGION											
Maritime	13,6	2,6	33,7	21,3	0,1	26,4	0,3	1,9	100,0	75,8	1165
Des Plateaux	13,2	0,6	25,2	45,0	0,3	13,3	0,4	2,0	100,0	70,3	698
Centrale	25,8	0,6	21,8	47,0	0,0	1,4	3,1	0,3	100,0	66,3	353
De la Kara	17,8	1,5	26,0	49,1	0,0	1,9	2,9	0,7	100,0	69,8	411
Des Savanes	21,4	0,0	9,3	52,4	0,0	14,9	0,0	1,9	100,0	60,7	471
INSTRUCTION											
Aucune instruction	22,8	0,3	18,3	37,6	0,0	18,0	1,0	2,0	100,0	64,0	2073
Primaire	5,1	1,8	35,3	43,3	0,3	12,5	0,9	0,9	100,0	82,2	779
Secondaire et plus	1,2	8,5	58,1	24,8	0,4	5,3	1,2	0,4	100,0	87,0	246
TOTAL	16,7	1,4	25,7	38,0	0,1	15,6	1,0	1,6	100,0	70,4	3098

grande disponibilité de l'équipement, combinée à une éducation plus élevée de la population des villes expliquent certainement ces différences de comportement. La preuve en est que Lomé et les autres villes sont pratiquement au même niveau pour les consultations prénatales. Par rapport aux régions économiques, la Région des Plateaux et la Région Maritime arrivent en tête avec plus de 86 pour cent des naissances qui ont été suivies par du personnel de la santé. La Région Centrale est celle où le suivi des grossesses par le personnel médical est le moins intense (74,4 %). Enfin, la scolarisation de la femme semble assez liée avec l'intensité du suivi prénatal par le personnel du corps médical. En effet, si près d'une naissance sur quatre (22,8 %) survenue chez les femmes sans instruction n'a pas bénéficié de consultation prénatale, à peine 1 pour cent des naissances n'a pas eu de suivi prénatal chez les femmes de niveau d'instruction secondaire ou plus. Pour terminer, il faut noter que les médecins sont plus sollicités à Lomé (6,4 %), et surtout par les femmes de niveau scolaire élevé (8,5 %).

L'EDST montre que la prévention contre le tétanos est relativement élevée au Togo: la grande majorité des naissances ont été protégées puisqu'elles sont issues de femmes qui ont déclarées avoir été vaccinées contre le tétanos avant la naissance de l'enfant (70,4 %).

Selon le milieu de résidence, les naissances issues de mères ayant eu une vaccination anti-tétanique sont plus nombreuses en milieu urbain (88,2 %) qu'en milieu rural (64,1 %). De même, la proportion de femmes de niveau d'instruction secondaire ou plus à avoir été vaccinées est relativement plus élevée (87,0 %) que celle des femmes sans instruction (64,0 %) ou avec seulement le niveau de l'enseignement primaire (82,2 %). Par région, les plus fortes proportions de femmes vaccinées se trouvent dans la Région Maritime (75,8 %) suivie par la Région des Plateaux (70,3 %). La Région des Savanes présente le niveau le plus faible avec 60,7 pour cent seulement de femmes vaccinées.

Graphique 6.3
Visites Prénatales et Assistance à
l'Accouchement des Enfants de <5 Ans



EDST Togo 1988

La situation de l'assistance pendant l'accouchement n'est pas très différente de celle des consultations prénatales comme le montre le tableau 6.6 et le graphique 6.3. Pour près de 44 pour cent des naissances, les femmes ont déclaré ne pas avoir reçu l'assistance d'un professionnel de la santé: une proportion importante de femmes (14,1 %) ont en effet déclaré n'avoir reçu aucune assistance ou, si elles en ont reçue, c'était de la part d'une parente ou d'une voisine (21,1 %) ou d'une accoucheuse traditionnelle (8,9 %). Au niveau de tous les enfants nés vivants au Togo dans les cinq années passées, plus d'un sur deux (54,3 %) sont nés avec l'assistance de personnel médical. Ici aussi, les sages-femmes et les accoucheuses auxiliaires et autres matrones ont été les plus sollicitées (44,5 %). Comme pour les visites prénatales, l'intervention des médecins est très faible (1,5 %).

La plupart des variables socio-démographiques sont assez liées avec l'assistance à l'accouchement par du personnel médical. Entre les anciennes générations et les plus récentes, on observe peu de différence pour les naissances ayant reçu l'assistance d'un professionnel de la santé moderne: 56,5 % pour les moins de 30 ans contre 51,3 % pour les plus de 30 ans. Le milieu de résidence est l'une des variables les plus discriminantes: les femmes rurales sont relativement peu nombreuses (42,0 %) à avoir reçu l'assistance de personnel médical pendant l'accouchement contre neuf femmes sur dix (88,9 %) en milieu urbain. A Lomé, moins d'une femme sur dix (8,9 %) a accouché sans l'assistance d'un professionnel de la santé et l'intervention des médecins est un peu plus important que dans l'ensemble du pays (5,7 % contre 0,6 % en milieu rural et 1,7 % dans les autres villes).

Au niveau des régions, la Région Maritime et la Région des Plateaux constituent celles ou plus de trois naissances sur cinq (63,6 % et 61,3 %) ont reçu l'assistance d'un professionnel de la santé; dans la Région de la Kara et la Région Centrale, une naissance sur deux a eu lieu avec l'assistance de personnel de la santé; enfin au niveau de la Région des Savanes, moins d'une naissance sur quatre a été dans ce cas.

Enfin le niveau d'instruction de la mère fait apparaître une variation régulière dans la proportion des naissances qui ont reçu l'assistance d'un personnel qualifié de la santé: deux naissances sur cinq

TABLEAU 6.6 REPARTITION (EN %) DES NAISSANCES AU COURS DES 5 ANNEES AYANT PRECEDE L'ENQUETE SELON LE TYPE D'ASSISTANCE A L'ACCOUCHEMENT ET SELON CERTAINES CARACTERISTIQUES SOCIO-DEMOGRAPHIQUES, EDST, 1988

Caractéristiques socio-démographiques	Type d'assistance								Total	Effectif
	Per-sonne	Méde-cin	Sage-femme	Matrone Acc. aux.	Ac-couch. trad.	Hôpital PMI Disp.	Autre	Man-quant		
AGE										
<30	11,9	1,4	22,1	25,2	8,8	7,8	21,3	1,4	100,0	1712
30+	16,8	1,5	20,6	20,3	9,1	8,9	20,9	1,8	100,0	1386
MILIEU										
Urbain	3,5	3,9	55,7	18,0	1,2	11,3	5,5	0,7	100,0	811
Lomé	1,8	5,7	58,6	11,0	0,9	15,9	5,3	0,9	100,0	454
Autre Ville	5,6	1,7	52,1	26,9	1,7	5,6	5,9	0,6	100,0	357
Rural	17,9	0,6	9,3	24,8	11,7	7,3	26,6	1,9	100,0	2287
REGION										
Maritime	15,1	2,5	30,9	14,3	4,5	15,9	14,8	2,0	100,0	1165
Des Plateaux	17,0	1,1	21,2	32,4	3,0	6,6	16,6	2,0	100,0	698
Centrale	20,7	0,6	18,7	32,0	9,3	0,8	17,6	0,3	100,0	353
De la Kara	9,5	0,7	15,6	35,5	15,6	1,0	21,4	0,7	100,0	411
Des Savanes	6,4	0,6	5,7	13,0	22,5	4,2	45,9	1,7	100,0	471
INSTRUCTION										
Aucune instruction	18,7	0,5	14,5	18,5	11,0	8,9	26,0	1,9	100,0	2073
Primaire	6,3	2,1	30,9	32,6	5,8	8,2	13,1	1,0	100,0	779
Secondaire et plus	0,4	7,3	50,4	30,5	2,0	4,1	4,9	0,4	100,0	246
TOTAL	14,1	1,5	21,5	23,0	8,9	8,3	21,1	1,6	100,0	3098

(42,4 %) issues de femmes illettrées, près de trois naissances sur quatre (73,8 %) issues de femmes n'ayant que le niveau d'instruction primaire et plus de neuf naissances sur dix (92,3 %) chez les femmes de niveau secondaire ou plus.

Couverture vaccinale

Comme nous l'avons indiqué dans l'introduction à ce chapitre, l'information disponible sur la vaccination des enfants n'a pas été très détaillée; en effet, contrairement aux enquêtes EDS des autres pays où on a demandé aux enquêtrices de relever, à partir du carnet de santé présenté par les mères, les dates de vaccination pour six maladies [la tuberculose (BCG), la poliomyélite (Polio), la diphtérie, le tétanos et la coqueluche (DTCQ) et la rougeole], dans l'EDST, les enquêtrices devaient seulement demander à la mère si ses enfants toujours en vie avaient été vaccinés et s'il y avait un carnet de santé pour le prouver. Il ressort du tableau 6.7, que pour les enfants de moins de 5 ans, près de neuf sur dix (87,8 %) ont reçu un vaccin selon la déclaration de la mère. Pour plus de la moitié des enfants (52,6 %), un carnet a été présenté pour justifier la réponse. Dans le groupe d'âges des 18-23 mois presque tous les enfants sont vaccinés (94,4 %). L'intensité est moindre chez les enfants de moins de 6 mois (73,1 %).

TABLEAU 6.7 POURCENTAGE DES ENFANTS AGES DE MOINS DE 5 ANS AYANT DES CARNETS DE SANTE, ET POURCENTAGE DES ENFANTS AYANT REÇU AU MOINS UNE VACCINATION SELON L'AGE, EDST, 1988

Age de l'enfant	% ayant carnet de santé	% ayant reçu vaccination	Ef-fec-tif
Moins de 6 mois	52,0	73,1	279
6-11 mois	60,1	86,8	303
12-17 mois	67,5	92,4	302
18-23 mois	64,2	94,4	268
24-59 mois	46,6	88,6	1616
TOTAL	52,6	87,8	2768

Par rapport aux caractéristiques socio-démographiques pour les enfants de 12 à 23 mois (âge auquel tous les enfants devraient, en principe, être vaccinés contre les six maladies de l'enfance), le tableau 6.8 montre que les garçons sont un peu plus nombreux (94,2 %) que les filles (92,4 %) à avoir été vaccinés. Les enfants vaccinés sont aussi relativement plus nombreux dans les villes (96,8 %) qu'en milieu rural (92,0 %). Aussi curieux que cela puisse paraître, c'est dans les villes secondaires (100 %) et non à Lomé (93,2 %) que la totalité des enfants a reçu un vaccin. Par rapport à la région économique de résidence, la Région de la Kara et la Région Centrale apparaissent comme celles où la quasi-totalité des enfants a été vaccinés (100 % et 96,9 %). La proportion la plus faible d'enfants vaccinés se retrouve dans la Région des Savanes (87,4 %). Enfin, les enfants de mères instruites sont relativement plus nombreux (96,9 % pour les mères de niveau d'instruction primaire et 100 % pour celles ayant le niveau secondaire et plus) que les enfants de mères illétrées (90,7 %) à avoir été vaccinés.

Prévalence et traitement de la diarrhée

Deux périodes ont été retenues dans l'EDST pour l'étude de la prévalence de la diarrhée au sein de la population des enfants de moins de cinq ans: les dernières vingt quatre heures (pour la prévalence ponctuelle) et les deux dernières semaines précédant le passage de l'enquêtrice (pour avoir la prévalence sur une période). La situation est présentée dans le tableau 6.9.

Dans les dernières vingt-quatre heures, 14,2 pour cent de la population des enfants de moins de cinq ans ont souffert de diarrhée. Pour la période des deux dernières semaines, la prévalence est de 29,4 pour cent. Par rapport aux statistiques sanitaires, la diarrhée et les problèmes de l'appareil digestif font partie des cinq premières maladies au sein de la population en général (Soro Yakongo, 1986); au Centre Hospitalier Universitaire de Lomé en 1982, 16,1 pour cent des hospitalisations des enfants de moins de cinq ans étaient dues aux maladies digestives (Assogba et Ocloo, 1986). On comprend donc bien que la diarrhée soit un sujet d'importance dans l'EDST.

Par rapport aux caractéristiques socio-démographiques, on note une liaison importante entre les proportions d'enfants souffrant de la diarrhée et différentes variables comme l'âge de l'enfant, le niveau d'instruction de la mère, le milieu de résidence et la région économique. Ainsi, que ce soit dans les dernières 24 heures ou les deux dernières semaines, les enfants qui ont souffert de diarrhée sont relativement moins nombreux en ville (11,4 % et 26,8 %) qu'en milieu rural (15,2 % et 30,3 %); Lomé possède les plus faibles proportions d'enfants ayant souffert de diarrhée (8,1 % et 22,6 %). Sur le plan des régions économiques, la Région Maritime et la Région des Plateaux possèdent les plus faibles proportions d'enfants diarrhéiques tandis que les plus fortes proportions se retrouvent dans la Région Centrale et la

TABLEAU 6.8 POURCENTAGE DES ENFANTS DE 12 A 23 MOIS AYANT DES CARNETS DE SANTE, ET POURCENTAGE DES ENFANTS AYANT REÇU AU MOINS UNE VACCINATION SELON LES CARACTERISTIQUES SOCIO-DEMOGRAPHIQUES, EDST, 1988

Caractéristiques socio-démographiques	Carnet de santé	Vaccination	Enfants
SEXE			
Masculin	65,4	94,2	292
Féminin	66,5	92,4	278
MILIEU			
Urbain	64,6	96,8	158
Lomé	51,4	93,2	74
Autre Ville	76,2	100,0	84
Rural	66,5	92,0	412
REGION			
Maritime	53,7	92,0	201
Des Plateaux	70,3	93,0	128
Centrale	73,8	96,9	65
De la Kara	77,5	100,0	89
Des Savanes	70,1	87,4	87
INSTRUCTION			
Aucune instruction	63,7	90,7	353
Primaire	67,9	96,9	159
Secondaire et plus	74,1	100,0	58
TOTAL	66,0	93,3	570

Région des Savanes. Il y a relativement moins d'enfants ayant eu la diarrhée les dernières 24 heures comme les deux dernières semaines chez les mères de niveau d'instruction secondaire et plus (8,3 % et 25,3 %) que chez celles ayant le niveau primaire (13,8 % et 29,4 %) et les mères illettrées (15,0 % et 29,9 %).

Etant donné l'importance de ce problème pour la survie des enfants, il est primordial de connaître les traitements utilisés. Il ressort du tableau 6.10 qu'en cas de diarrhée, un enfant sur quatre (25,4 %) a été présenté en consultation médicale. Ce comportement varie selon l'âge des enfants: les consultations sont relativement plus intenses pour les enfants âgés de 12 à 23 mois que chez les enfants des autres âges. Les filles ont été un peu plus nombreuses que les garçons à avoir été amenées en consultation. Les femmes urbaines ont été relativement plus nombreuses à avoir amené leurs enfants en consultation médicale. Il y a eu relativement plus d'enfants amenés en consultation pour cause de diarrhée dans les deux régions de la Kara et des Savanes que dans les autres régions.

Le sel de réhydratation orale (SRO), traitement efficace et peu coûteux permettant de lutter contre la déshydratation, a été donné comme réponse à la diarrhée au cours des 2 dernières semaines, dans 20 pour cent des cas. Cette proportion d'enfants ayant reçu le SRO augmente avec le degré d'urbanisation et le niveau d'instruction. Le traitement de la diarrhée des enfants par le SRO est relativement plus élevé dans la Région des Savanes et celle de la Kara.

TABLEAU 6.9 POURCENTAGE DES ENFANTS AGES DE MOINS DE 5 ANS QUI ONT EU LA DIARRHÉE DANS LES DERNIÈRES 24 HEURES ET DANS LES 2 DERNIÈRES SEMAINES SELON CERTAINES CARACTÉRISTIQUES SOCIO-DEMOGRAPHIQUES, EDST, 1988

Caractéristiques socio-démographiques	Der- nières 24 heures	Deux der- nières semaines	Enfants moins de 5 ans
AGE			
Moins de 6 mois	17,2	30,8	279
6-11 mois	26,1	39,9	303
12-17 mois	20,9	36,4	302
18-23 mois	18,3	41,0	268
24-59 mois	9,5	23,9	1616
SEXE			
Masculin	14,9	29,6	1398
Féminin	13,4	29,2	1370
MILIEU			
Urbain	11,4	26,8	731
Lomé	8,1	22,6	407
Autre Ville	15,4	32,1	324
Rural	15,2	30,3	2037
REGION			
Maritime	10,5	24,9	1054
Des Plateaux	12,1	24,9	627
Centrale	19,7	41,6	315
De la Kara	16,7	32,2	366
Des Savanes	20,2	36,2	406
INSTRUCTION			
Aucune instruction	15,0	29,9	1842
Primaire	13,8	29,4	697
Secondaire et plus	8,3	25,3	229
TOTAL	14,2	29,4	2768

A côté du SRO, 3 pour cent de cas ont été traités par une solution salée et sucrée, préparée à domicile. Par ailleurs, dans 27 pour cent des cas de diarrhées chez les enfants, le traitement a été à base de plantes médicinales. Enfin, 62 pour cent des enfants ayant souffert de diarrhée ont reçu "d'autres" traitements comme la bouillie de riz. L'intérêt de ce résultat est qu'il varie peu quelle que soit la catégorie socio-culturelle de la mère sauf pour le milieu de résidence où les femmes rurales sont relativement moins nombreuses (59,4 %) que les femmes urbaines (69,4 %) à avoir appliqué ce type de traitement. Il y a lieu de noter que les femmes togolaises sont très conscientes de la gravité de cette maladie puisque 18 pour cent seulement des enfants n'ont reçu aucun traitement particulier en cas de diarrhée.

En ce qui concerne la connaissance du SRO pour traiter la diarrhée, le tableau 6.11 montre que 45,2 pour cent des femmes ayant eu un enfant vivant les cinq dernières années précédant l'EDST ont déclaré la connaître. Cette fréquence augmente avec le niveau de scolarisation de la femme. En effet, alors qu'on a dénombré 40 pour cent chez les femmes non instruites, la fréquence est respectivement de

TABLEAU 6.10 PARMI DES ENFANTS AGES DE MOINS DE 5 ANS QUI ONT EU LA DIARRHÉE DANS LES 2 DERNIÈRES SEMAINES, POURCENTAGE DE CEUX QUI ONT REÇU DIFFÉRENTS TRAITEMENTS SELON CERTAINES CARACTÉRISTIQUES SOCIO-DEMOGRAPHIQUES, EDST, 1988

Caractéristiques socio-démographiques	Consul-tation médicale	Sachet de SRO	Eau sucrée/	Serum, gani-dan	Plantes médi-ci-nales Autre	Rien	En-fants avec diarr.	
AGE								
Moins de 6 mois	19,8	4,7	0,0	0,0	25,6	57,0	24,4	86
6-11 mois	24,8	17,4	3,3	0,0	33,1	57,0	19,8	121
12-17 mois	30,9	27,3	4,5	0,0	25,5	60,0	18,2	110
18-23 mois	29,1	24,5	4,5	0,0	31,8	60,9	13,6	110
24-59 mois	24,3	21,7	3,1	1,0	24,8	65,1	17,6	387
SEXE								
Masculin	24,2	20,3	3,4	0,2	25,4	64,7	16,9	414
Féminin	26,7	20,5	3,0	0,8	29,0	58,7	19,5	400
MILIEU								
Urbain	33,7	28,6	3,1	0,5	20,9	69,4	15,3	196
Lomé	32,6	29,3	1,1	1,1	14,1	66,3	22,8	92
Autre Ville	34,6	27,9	4,8	0,0	26,9	72,1	8,7	104
Rural	22,8	17,8	3,2	0,5	29,1	59,4	19,1	618
REGION								
Maritime	23,3	19,1	2,7	1,1	19,5	62,2	20,6	262
Des Plateaux	19,2	19,9	5,1	0,0	20,5	59,6	21,8	156
Centrale	24,4	16,8	1,5	0,0	21,4	69,5	19,1	131
De la Kara	36,4	22,9	3,4	0,0	41,5	61,0	11,9	118
Des Savanes	27,9	24,5	3,4	0,7	41,5	57,1	14,3	147
INSTRUCTION								
Aucune instruction	24,0	15,2	2,7	0,5	27,6	62,3	16,9	551
Primaire	29,3	27,8	4,9	0,5	26,3	61,0	20,0	205
Secondaire et plus	25,9	43,1	1,7	0,0	25,9	60,3	24,1	58
TOTAL	25,4	20,4	3,2	0,5	27,1	61,8	18,2	814

Note: Le total des pourcentages des types de traitement est supérieur à 81,8 pour cent en raison des réponses multiples.

51,5 pour cent et 65,5 pour cent chez les femmes de niveaux primaire et secondaire ou plus. Le niveau de la connaissance est plus élevé en ville qu'en milieu rural. Enfin, les femmes des régions de la Kara et des Savanes sont les plus nombreuses à connaître le SRO (plus de la moitié des femmes: respectivement 52,1 % et 51,3 %).

Prévalence de la fièvre et des infections respiratoires

L'EDST, en collectant des informations sur la fièvre et la respiration difficile, avait pour objectif d'approcher la prévalence du paludisme et des infections respiratoires aiguës dans la population des enfants de moins de cinq ans. Ceci s'avérait nécessaire puisque le paludisme et les infections respiratoires aiguës constituent les toutes premières causes de morbidité et de mortalité des enfants au Togo. Les

TABLEAU 6.11 PARMIS LES FEMMES AYANT EU UNE NAISSANCE VIVANTE AU COURS DES 5 DERNIERES ANNEES, POURCENTAGE DE CELLES QUI CONNAISSENT LE SEL DE REHYDRATATION ORALE (SRO) SELON CERTAINES CARACTERISTIQUES SOCIO-DEMOGRAPHIQUES, EDST, 1988

Caractéristiques socio-démographiques	Niveau d'instruction			Total
	Aucune	Primaire	Secondaire et plus	
MILIEU				
Urbain	49,6	53,6	75,5	56,1
Lomé	48,9	53,3	73,9	56,0
Autre Ville	50,5	54,1	78,4	56,3
Rural	37,8	50,2	49,2	41,1
REGION				
Maritime	36,3	49,7	65,5	43,0
Des Plateaux	33,7	48,6	52,2	41,2
Centrale	39,2	52,7	84,6	45,5
De la Kara	46,0	58,7	77,8	52,1
Des Savanes	49,8	62,5	85,7	51,4
TOTAL	40,0	51,5	65,5	45,2

informations sur la fièvre peuvent surestimer l'impact véritable du paludisme sur la santé des enfants dans la mesure où la fièvre est un syndrome lié à d'autres maladies que le seul paludisme.

Il ressort du tableau 6.12 que, selon les déclarations de la mère, parmi les enfants de moins de cinq ans, plus de deux sur cinq (43,2 %) ont souffert de fièvre pendant les deux dernières semaines précédant le passage de l'enquêtrice.

Il ne se dégage pas de différence importante dans la prévalence de la fièvre selon le sexe des enfants. En effet, la proportion d'enfants ayant eu une fièvre est de 42,8 pour cent chez les filles contre 43,6 pour cent chez les garçons. Il existe par contre un écart non négligeable entre le milieu urbain et le milieu rural. La prévalence de la fièvre est relativement plus élevée en milieu rural (44,9 %) qu'en ville (38,6 %). Si l'on suppose que le paludisme est à la base de la majorité des cas de fièvre, on peut dire que la prévention en vigueur en milieu urbain pourrait expliquer cette différence entre les villes et le milieu rural. La tranche d'âges allant de 6 à 23 mois semble particulièrement plus touchée par la fièvre. Ici aussi, on pourrait mettre cette "sur-intensité" relative de la fièvre sur le compte de la vulnérabilité qui caractérise les enfants à la sortie de la période d'immunisation acquise de la mère. Par rapport à la scolarisation de la femme, seuls les enfants issus de mères ayant au moins un niveau de l'enseignement secondaire présentent une prévalence plus faible que dans les autres groupes.

Les traitements contre la fièvre des enfants sont multiples comme l'indique le tableau 6.12. Un enfant sur trois a été présenté dans une formation médicale (30,8 %), et à plus de la moitié des enfants (56,5 %), on a administré de la nivaquine. Par ailleurs, à deux enfants sur cinq (43,6 %) on a donné de l'aspirine et à près d'un enfant sur cinq (17,7 %) on a donné un traitement de plante médicinale. Enfin, à 5,1 pour cent des enfants, on a administré les "gélules" du marché. Il s'agit de produits pharmaceutiques vendus au marché et qui sont utilisés en automédication pour traiter toute maladie. Il est évident que les mères togolaises prennent au sérieux la fièvre de leurs enfants puisque 3,6 pour cent des enfants seulement n'ont rien reçu comme traitement.

TABLEAU 6.12 POURCENTAGE DES ENFANTS DE MOINS DE 5 ANS QUI ONT EU DE LA FIEVRE DANS LES 2 DERNIERES SEMAINES ET QUI ONT REÇU DIFFERENTS TRAITEMENTS SELON CERTAINES CARACTERISTIQUES SOCIO-DEMOGRAPHIQUES, EDST, 1988

Caractéristiques socio-démographiques	Enfants avec fièvre	Formation médicale	Nivaquine	Aspirine	Autre comprimée	Injection	Plantes médicinales	Gellule du marche	Autre	Rien	Enfant moins de 5
AGE											
Moins de 6 mois	43,0	30,8	64,2	43,3	18,3	5,0	11,7	3,3	10,0	7,5	279
6-11 mois	57,1	33,5	52,6	36,4	21,4	9,2	15,0	5,8	12,1	6,4	303
12-17 mois	49,7	28,7	67,3	54,7	20,0	9,3	16,0	4,0	10,0	3,3	302
18-23 mois	52,6	35,5	61,0	49,6	19,9	21,3	19,1	5,7	7,1	5,0	268
24-59 mois	37,9	29,4	52,5	41,7	25,5	11,1	19,4	5,4	10,3	7,2	1616
SEXE											
Masculin	43,6	30,7	56,9	44,4	21,8	11,6	18,2	4,8	9,2	5,1	1398
Féminin	42,8	30,9	56,1	42,8	23,9	10,8	16,9	5,5	11,1	7,7	1370
MILIEU											
Urbain	38,6	41,8	56,0	51,8	30,5	19,5	12,4	2,5	17,4	3,9	731
Rural	44,9	27,4	56,7	41,1	20,5	8,6	19,1	5,9	7,9	7,1	2037
REGION											
Maritime	39,2	29,5	49,6	38,7	31,0	14,0	18,6	4,4	11,4	4,8	1054
Des Plateaux	45,5	22,1	64,2	47,0	17,5	7,0	21,1	4,9	13,0	3,5	627
Centrale	47,0	34,5	59,5	50,7	11,5	12,2	8,1	11,5	4,7	11,5	315
De la Kara	48,1	44,3	69,3	56,3	12,5	15,3	17,0	3,4	8,0	6,8	366
Des Savanes	42,9	31,0	44,8	31,0	32,2	6,3	17,8	3,4	9,2	9,8	406
INSTRUCTION											
Aucune instruction	43,4	26,7	55,1	37,9	22,4	7,9	19,1	6,1	8,5	8,4	1842
Primaire	45,1	36,6	59,9	55,7	21,7	16,6	15,9	3,8	10,2	2,9	697
Secondaire et plus	35,8	47,6	57,3	53,7	31,7	23,2	8,5	0,0	25,6	0,0	229
TOTAL	43,2	30,8	56,5	43,6	22,8	11,2	17,6	5,1	10,1	6,4	2768

Note: Le total des pourcentages des types de traitement et des enfants non traités est supérieur à 100 pour cent en raison des réponses multiples.

Il y a des différences dans les types de soins selon les variables socio-démographiques. Plus les femmes sont instruites, plus elles recourent aux traitements modernes (en particulier les formations sanitaires) et efficaces. Par milieu de résidence, les femmes urbaines et celles des régions de la Kara, Centrale et des Savanes sont les plus nombreuses à avoir utilisé les services de santé.

Pour ce qui est des problèmes respiratoires, le tableau 6.13 montre que les cas de "respiration difficile" concernent 10,5 pour cent d'enfants. Il y a eu plus de garçons que de filles qui ont souffert de cette affection (11,4 % contre 9,6 %). Le milieu rural a relativement plus de cas que le milieu urbain (11,3 % contre 8,3 %). Enfin, les régions de la Kara et des Savanes sont relativement moins touchées que les autres.

Tout comme dans le cas de la fièvre, un enfant sur trois (33,2 %) a été présenté dans un centre médical. Les autres principaux traitements administrés ont été des comprimés (39,1 %), des sirops (17,5 %), des injections (13,4 %) et des tisanes (12,3 %). Moins de 3 pour cent des cas ont été présentés à des guérisseurs et près de 16 pour cent n'ont eu aucun traitement.

TABLEAU 6.13 POURCENTAGE DES ENFANTS DE MOINS DE 5 ANS QUI ONT EU DES PROBLEMES DE RESPIRATION DIFFICILE DANS LES 2 DERNIERES SEMAINES ET QUI ONT REÇU DIFFERENTS TRAITEMENTS SELON CERTAINES CARACTERISTIQUES SOCIO-DEMOGRAPHIQUES, EDST, 1988

Caractéristiques socio-démographiques	Enfants resp. dif.	Forma- tion san- taire	Compri- mées	Mas- sage	Injec- tion	Tisane	Gueris- seur	Autre	Rien	Enf. moins de 5	
AGE											
Moins de 6 mois	12,5	34,3	22,9	37,1	2,9	5,7	8,6	0,0	20,0	28,6	279
6-11 mois	13,2	30,0	15,0	30,0	7,5	10,0	10,0	2,5	37,5	17,5	303
12-17 mois	8,9	37,0	22,2	44,4	3,7	7,4	3,7	3,7	25,9	14,8	302
18-23 mois	14,6	48,7	23,1	33,3	7,7	20,5	2,6	7,7	28,2	17,9	268
24-59 mois	9,3	29,1	14,6	43,7	7,3	15,2	17,9	2,0	20,5	13,2	1616
SEXE											
Masculin	11,4	32,5	11,9	45,0	6,9	13,1	10,6	2,5	28,7	13,1	1398
Féminin	9,6	34,1	24,2	33,3	6,1	13,6	14,4	3,0	18,9	20,5	1370
MILIEU											
Urbain	8,3	49,2	34,4	49,2	6,6	19,7	8,2	3,3	14,8	14,8	731
Lomé	8,4	52,9	38,2	61,8	0,0	23,5	2,9	0,0	11,8	11,8	407
Autre Ville	8,3	44,4	29,6	33,3	14,8	14,8	14,8	7,4	18,5	18,5	324
Rural	11,3	29,0	13,0	37,2	6,5	11,7	13,4	2,6	26,8	16,9	2037
REGION											
Maritime	12,0	30,2	18,3	43,7	5,6	13,5	8,7	1,6	21,4	16,7	1054
Des Plateaux	11,3	28,2	19,7	42,3	7,0	11,3	7,0	2,8	29,6	12,7	627
Centrale	11,4	38,9	19,4	30,6	5,6	16,7	19,4	0,0	22,2	25,0	315
De la Kara	9,8	47,2	11,1	44,4	2,8	16,7	25,0	5,6	16,7	13,9	366
Des Savanes	5,7	34,8	13,0	17,4	17,4	8,7	17,4	8,7	39,1	17,4	406
INSTRUCTION											
Aucune instruction	10,8	26,6	12,1	36,2	7,0	10,6	13,1	2,5	27,6	19,1	1842
Primaire	10,0	41,4	20,0	45,7	7,1	18,6	12,9	4,3	20,0	10,0	697
Secondaire et plus	10,0	65,2	56,5	52,2	0,0	21,7	4,3	0,0	8,7	13,0	229
TOTAL	10,5	33,2	17,5	39,7	6,5	13,4	12,3	2,7	24,3	16,4	2768

Note: Le total des pourcentages des types de traitement et des enfants non traités est supérieur à 100 pour cent en raison des réponses multiples.

Ici aussi il y a des différences selon les variables socio-démographiques. En ce qui concerne les enfants souffrant de maladies respiratoires, ceux âgés de 18-23 mois, vivant en ville, issus de mères instruites et vivant dans la Région de la Kara et dans la Région Centrale sont les plus nombreux à recevoir des soins dans les formations sanitaires.

Prévalence de la rougeole

Le tableau 6.14 indique que parmi les enfants survivants de moins de cinq ans, moins de 20 pour cent (19,4 %) ont eu la rougeole. Ce sont surtout les enfants survivants de plus d'un an qui en ont souffert. Il apparaît que la prévalence a été plus forte en ville qu'en milieu rural (27,5 % contre 16,5 %). La Région des Savanes apparaît comme celle où la prévalence de la rougeole est la plus faible au Togo (7,9 %). Il convient de préciser que ces résultats ne mesurent pas l'importance réelle de la rougeole dans

la population, puisqu'ils concernent uniquement des enfants survivants et, en particulier, survivants à la rougeole. Les différences de prévalence selon les caractéristiques socio-démographiques masquent donc, peut-être, une situation qui est toute autre.

TABLEAU 6.14 POURCENTAGE DES ENFANTS DE MOINS DE 5 ANS QUI ONT EU LA ROUGEOLE ET QUI ONT REÇU DIFFERENTS TRAITEMENTS SELON CERTAINES CARACTERISTIQUES SOCIO-DEMOGRAPHIQUES, EDST, 1988

Caractéristiques socio-démographiques	Enfants avec rougeole	Formation sanitaire	Guerisseur	Sirop	Comprimés	Suppositoire	Massage	Injection	Tissane	Pénicilline	Autre	Rien	Enfant moins de 5
AGE													
Moins de 6 mois	2,2	16,7	0,0	16,7	16,7	0,0	0,0	16,7	16,7	0,0	50,0	16,7	279
6-11 mois	9,2	75,0	3,6	35,7	39,3	3,6	3,6	46,4	14,3	0,0	35,7	3,6	303
12-17 mois	15,2	67,4	4,3	28,3	43,5	6,5	10,9	45,7	32,6	10,9	26,1	2,2	302
18-23 mois	16,4	59,1	18,2	27,3	34,1	6,8	4,5	40,9	40,9	6,8	22,7	2,3	268
24-59 mois	25,6	72,9	5,6	30,0	47,5	7,0	5,1	58,8	25,9	6,3	22,0	1,5	1616
SEXE													
Masculin	19,5	71,3	6,6	27,6	48,5	6,3	5,1	56,3	27,9	5,5	22,4	0,7	1398
Féminin	19,3	70,2	6,0	32,1	41,9	7,2	5,7	54,0	26,0	7,2	24,5	3,0	1370
MILIEU													
Urbain	27,5	84,6	4,0	39,8	48,3	8,5	4,0	65,2	25,9	5,0	25,4	0,5	731
Lomé	32,2	84,7	3,1	38,2	50,4	9,2	3,8	63,4	21,4	3,8	25,2	0,0	407
Autre Ville	21,6	84,3	5,7	42,9	44,3	7,1	4,3	68,6	34,3	7,1	25,7	1,4	324
Rural	16,5	62,5	7,7	23,8	43,5	5,7	6,3	49,1	27,7	7,1	22,3	2,7	2037
REGION													
Maritime	26,7	69,4	8,2	28,1	42,7	6,0	5,7	51,6	25,3	4,3	22,1	1,4	1054
Des Plateaux	16,6	62,5	2,9	28,8	47,1	4,8	1,0	49,0	30,8	7,7	28,8	3,8	627
Centrale	19,0	76,7	6,7	28,3	35,0	8,3	9,3	61,7	26,7	10,0	11,7	3,3	315
De la Kara	16,4	75,0	5,0	21,7	46,7	10,0	6,7	60,0	38,3	10,0	31,7	0,0	366
Des Savanes	7,9	90,6	3,1	65,6	78,1	9,4	9,4	84,4	9,4	6,3	25,0	0,0	406
INSTRUCTION													
Aucune instruction	18,9	63,3	8,6	25,5	45,3	5,2	5,7	51,9	26,9	6,0	20,9	2,3	1842
Primaire	20,7	83,3	2,8	29,9	45,1	6,3	5,6	63,2	31,3	6,9	27,8	1,4	697
Secondaire et plus	19,2	88,6	0,0	63,6	45,5	20,5	2,3	54,5	13,6	6,8	29,5	0,0	229
TOTAL	19,4	70,8	6,3	29,8	45,3	6,7	5,4	55,1	27,0	6,3	23,5	1,9	2768

Note: Le total des pourcentages de types de traitement et des enfants non traités est supérieur à 100 pour cent en raison des réponses multiples.

Dans sept cas sur dix, un enfant malade de la rougeole a été présenté dans un centre médical (70,8 %). Les injections (55,1 %) et les comprimés (45,3 %) ont constitué les autres principaux traitements administrés aux enfants. Comme pour les cas de fièvre et des problèmes respiratoires, les enfants du milieu urbain sont les plus nombreux (84,6 % contre 62,5 % en rural) à être soignés dans les centres médicaux. Il en est de même pour les enfants issus de mères ayant un niveau d'instruction secondaire ou plus (88,6 %) et celles ayant le niveau primaire (83,3 %) contre 63 pour cent des enfants de mères illettrées. Enfin, les enfants de la Région des Savanes sont relativement les plus nombreux (90,6 %) à être conduits dans les formations sanitaires en cas de rougeole.

6.3 ETAT NUTRITIONNEL DES ENFANTS DE MOINS DE TROIS ANS

L'EDST a collecté des données sur les mesures anthropométriques (poids et taille) des enfants âgés de moins de 3 ans à l'enquête. Il s'agit des enfants des femmes enquêtées, présents dans le ménage pendant l'enquête qui ont été pesés et mesurés. Un effectif de 1851 enfants ont été concernés par cette phase de l'EDST.

La méthodologie de la collecte des données a été celle du manuel des Nations Unies, "How to Weigh and Measure Children": la pesée a été faite avec une balance Aaonsen modèle 102 de l'UNICEF et la mesure de la taille des enfants a été faite avec des toises des Productions Shorr.

Au niveau de l'analyse, une distinction est faite entre les enfants dont l'âge est connu avec précision et ceux dont l'âge a été estimé, avec ou sans l'aide de la mère. Seuls les enfants dont l'âge est connu avec précision sont retenus dans la suite de l'analyse. Il sera fait mention respectivement du rapport du poids à la taille (poids/taille), de la taille par rapport à l'âge (taille/âge) et du poids par rapport à l'âge (poids/âge) qui sont des indicateurs utilisés pour apprécier le statut nutritionnel des enfants au moment de l'enquête. Les données collectées au niveau des enfants de l'échantillon sont comparées à celle d'une population de référence internationale représentant des enfants bien nourris, le standard NCHS/CDC/OMS.² Pour les divers indicateurs étudiés, la comparaison de la situation dans l'échantillon s'est faite par rapport au nombre d'écarts-type à la médiane³ selon le standard international.

Le rapport poids/taille permet d'estimer l'état nutritionnel dans une population, et plus précisément, mesure le niveau de prévalence de la malnutrition aiguë. Une famine, une période de déficience alimentaire de courte durée (période de soudure, etc...), une maladie de l'enfant (une diarrhée sévère, etc.) sont autant de facteurs pouvant entraîner un accroissement de la prévalence de ce type de malnutrition, par la perte de poids qu'ils occasionnent. Il existe un problème de malnutrition aiguë lorsque la proportion d'enfants dont le rapport poids/taille s'écartant d'au moins deux écarts-type dans la population étudiée est plus élevée que celle du standard, la même proportion dans la distribution de référence. Cette situation permet d'estimer l'état nutritionnel actuel qui n'est pas nécessairement une situation de longue durée. On ne saurait préciser davantage le rôle que jouent les facteurs saisonniers dans la prévalence de la malnutrition aiguë. Aussi les résultats peuvent dépendre de la saison pendant laquelle s'est effectuée la collecte des données, vu que la plupart des facteurs, susceptibles de causer un déséquilibre entre le poids et la taille de l'enfant (une épidémie, etc...), sont très sensibles à la saison.

Le second indicateur est la taille/âge. Il permet d'estimer la prévalence de la malnutrition chronique au sein d'une population. Contrairement à la première catégorie, cette forme de malnutrition est parfois peu visible: c'est pourquoi elle est aussi appelée la malnutrition invisible. En effet, elle concerne souvent des enfants qui ne sont pas nécessairement en situation de malnutrition critique puisque le déséquilibre se situe entre l'âge et la taille de l'enfant. Un enfant qui a eu, à un moment de son existence, un problème de nutrition pendant une période plus ou moins longue, peut accuser un retard de croissance staturale, et adapter, avec le temps, son poids, (qui n'est pas nécessairement le poids qu'il aurait dû avoir en relation avec son âge) à sa taille réelle. Il a alors une taille inférieure à la moyenne de son âge alors que le poids peut être en équilibre avec la taille, donnant ainsi un rapport poids/taille normal. La prévalence se mesure, tout comme dans le cas précédent, par comparaison de la proportion des indicateurs inférieurs de plus de deux écarts-types avec le standard.

Le troisième indicateur, poids/âge, est souvent utilisé par les services de santé pour suivre la croissance des enfants. Sa valeur en tant qu'indicateur de l'état nutritionnel est réduite quand il n'en existe qu'une seule mesure. Il présente néanmoins l'intérêt de permettre d'établir les priorités basées sur la sévérité des problèmes de malnutrition. Il est sensible aux mêmes fluctuations saisonnières que le rapport poids/taille.

La combinaison entre la malnutrition chronique et la malnutrition aiguë constitue sans doute les cas d'urgence dont la solution doit être immédiate.

Taille/âge

Cet indicateur a été calculé pour les enfants dont l'âge est connu avec exactitude dans l'EDST. Au total, 1396 enfants ont été pris en compte dans ce cas, comme le montre le tableau 6.15. Par rapport à la référence, la distribution de l'indicateur dans l'échantillon est très étalée: la malnutrition chronique (ou invisible) semble très fréquente dans la population des enfants de moins de 3 ans. Alors que dans le standard, 2,2 pour cent de la population sont écartés de la médiane d'une valeur égale à moins deux écarts-types et un pour mille, à moins trois écarts-types, dans l'échantillon EDST, ces valeurs sont respectivement 19,9 pour cent et 9,7 pour cent. L'allure de la courbe de la taille/âge de l'échantillon n'a pas du tout une forme de loi normale, contrairement à la courbe standard. La situation de la malnutrition chronique est beaucoup plus intense dans l'échantillon que dans le standard de référence.

Par rapport à certaines caractéristiques socio-démographiques, la prévalence de la malnutrition chronique est légèrement plus importante chez les garçons (32,2 %) que chez les filles (26,9 %). Selon l'âge, les enfants de moins d'un an sont relativement moins touchés que les autres (15,3 %). On peut émettre l'hypothèse que ces enfants, étant encore nourris au sein, bénéficient d'une alimentation suffisamment équilibrée pour leur éviter, sinon réduire, le risque de la malnutrition chronique. C'est chez les enfants de 12 mois et plus que la prévalence de cette forme de malnutrition est la plus intense (37,6 % entre 12 et 23 mois et 37,1 % entre 24 et 36 mois).⁴

Si l'on considère l'intervalle entre les naissances comme variable de contrôle, on se rend compte que les premières naissances sont les plus touchées par la malnutrition chronique (35,1 %). On peut se demander si ce fait est dû à un défaut d'expérience des mères dans la composition équilibrée de l'alimentation des enfants. Les enfants qui sont nés avec un intervalle de moins trois ans, connaissent une prévalence assez élevée de la malnutrition chronique (28,1 % pour les intervalles de moins de 2 ans et 30,0 % entre deux et trois ans); les naissances avec un intervalle de plus de quatre ans sont les moins touchées (22,1 %). De la même façon, les naissances multiples présentent une prévalence deux fois plus élevées que celle des naissances simples (60,6 % contre 28,2 %). La diarrhée, les infections respiratoires aiguës et la fièvre sont également liées à une prévalence élevée de la malnutrition chronique. On peut penser que ces maladies, plutôt que les causes de la malnutrition chronique, en seraient les conséquences. En effet, le fait que les enfants aient été des malnutris chroniques a pu créer une situation de faiblesse physique généralisée favorisant les maladies.

Le fait pour la mère de résider en ville (21,3 % en ville contre 33,0 % en milieu rural) ou d'être instruite (31,5 % pour les femmes illettrées, 28,5 % pour les femmes de niveau primaire et 21,2 % pour le niveau secondaire ou plus) est lié avec une faible prévalence de la malnutrition chronique. Enfin, par rapport à la région économique de résidence, la prévalence va croissant de la Région Maritime (24,0 %) à la Région des Savanes (41,8 %). Les autres régions se situent entre ces deux situations: Région des Plateaux (26,2 %), Région Centrale (32,0 %) et Région de la Kara (34,3 %).

Poids/taille

Le rapport poids/taille est un indicateur qui rend compte, dans une moindre mesure, de la malnutrition chronique, mais surtout de la malnutrition aiguë. Contrairement à la situation observée dans le cas de la malnutrition chronique, le tableau 6.16 montre que la prévalence de la malnutrition aiguë, tout en étant importante, l'est cependant dans une moindre mesure: la proportion d'enfants que l'on peut considérer comme souffrant d'une malnutrition aiguë, modérée à sévère, est de 5,3 pour cent contre 2,3 pour le standard de référence. Le fait que l'enquête n'ait pas eu lieu dans une saison de soudure explique certainement ce résultat. De façon générale, le Togo ne faisant pas partie de ces pays où la famine et autres catastrophes (naturelles ou humaines) sévissent, il n'est pas du tout étonnant d'aboutir à un tel résultat quant à la malnutrition aiguë. En effet, l'étalement de la courbe d'écart à la médiane se rapproche beaucoup plus de la courbe de référence que dans le cas de la malnutrition chronique.

TABLEAU 6.15 REPARTITION (EN %) DES INDICES TAILLE/AGE DES ENFANTS AGES DE 0 A 36 MOIS EN UTILISANT L'ECART-TYPE DE LA MEDIANE DE REFERENCE DE NCHS/CDC/OMS, SELON CERTAINES CARACTERISTIQUES SOCIO-DEMOGRAPHIQUES, EDST, 1988

Caractéristiques socio-démographiques	-3 ET	-2 ET	-1 ET	0 ET	+1 ET	+2 ET	Total	En-fants 0-36 mois
REFERENCE	0,1	2,2	13,6	68,2	13,6	2,3	100,0	
SEXE								
Masculin	10,1	22,1	28,1	35,7	2,4	1,7	100,0	715
Féminin	9,3	17,6	30,4	37,4	3,5	1,8	100,0	681
AGE								
0-11 mois	3,1	12,2	24,4	51,5	5,7	3,1	100,0	491
12-23 mois	14,0	23,6	30,9	29,8	1,1	0,7	100,0	457
24-36 mois	12,5	24,6	32,8	27,0	1,8	1,3	100,0	448
INTERVAL								
1ère naissance	11,0	24,1	28,2	34,0	2,4	0,3	100,0	291
<2 ans	9,6	18,5	28,9	35,6	4,4	3,0	100,0	135
2-3 ans	9,8	20,2	31,5	34,6	2,5	1,4	100,0	731
4 ans ou plus	7,5	14,6	23,8	46,0	4,2	3,8	100,0	239
NAISSANCES								
Seules	8,7	19,5	29,2	37,8	3,1	1,8	100,0	1335
Multiples	31,1	29,5	29,5	9,8	0,0	0,0	100,0	61
MALADIES								
Diarrhée	11,6	18,9	31,0	35,5	2,2	0,8	100,0	507
Pas de diarrhée	8,5	20,5	28,2	37,1	3,4	2,2	100,0	889
Toux	11,4	20,5	28,9	34,9	1,8	2,4	100,0	165
Pas de toux	9,4	19,8	29,3	36,7	3,1	1,6	100,0	1230
Malade	11,6	19,2	30,3	35,4	2,4	1,2	100,0	594
Pas malade	8,2	20,4	28,4	37,4	3,4	2,1	100,0	802
MILIEU								
Urbain	5,7	15,6	28,8	44,2	3,7	2,0	100,0	403
Rural	11,3	21,7	29,4	33,4	2,6	1,6	100,0	993
REGION								
Maritime	7,8	16,2	28,8	42,3	3,3	1,6	100,0	489
Des Plateaux	7,4	18,8	28,3	38,5	4,6	2,5	100,0	325
Centrale	9,9	22,1	29,1	34,9	1,7	2,3	100,0	172
De la Kara	10,6	23,7	31,9	30,9	2,4	0,5	100,0	207
Des Savanes	16,7	25,1	29,1	26,6	1,0	1,5	100,0	203
INSTRUCTION								
Aucune instruction	10,9	20,6	29,5	33,6	3,3	2,0	100,0	843
Primaire	7,9	20,6	29,2	39,6	1,2	1,5	100,0	407
Secondaire ou plus	7,5	13,7	27,4	45,2	5,5	0,7	100,0	146
TOTAL	9,7	19,9	29,2	36,5	2,9	1,7	100,0	1396

TABLEAU 6.16 REPARTITION (EN %) DES INDICES POIDS/TAILLE DES ENFANTS AGES DE 0 A 36 MOIS EN UTILISANT L'ECART-TYPE DE LA MEDIANE DE REFERENCE DE NCHS/CDC/OMS, SELON CERTAINES CARACTERISTIQUES SOCIO-DEMOGRAPHIQUES, EDST, 1988

Caractéristiques socio-démographiques	-3 ET	-2 ET	-1 ET	0 ET	+1 ET	+2 ET	Total	En-fants 0-36 mois
REFERENCE	0,1	2,2	13,6	68,2	13,6	2,3	100,0	
SEXE								
Masculin	0,7	5,5	19,0	63,5	8,4	2,9	100,0	715
Féminin	0,3	4,1	21,4	60,2	11,9	2,1	100,0	681
AGE								
0-11 mois	0,4	2,0	12,6	55,6	22,6	6,7	100,0	491
12-23 mois	1,1	9,0	26,9	59,5	3,1	0,4	100,0	457
24-36 mois	0,0	3,6	21,7	71,2	3,6	0,0	100,0	448
INTERVAL								
1ère naissance	0,7	4,8	20,3	63,9	7,2	3,1	100,0	291
<2 ans	0,0	6,7	25,9	60,0	5,9	1,5	100,0	135
2-3 ans	0,5	4,9	19,7	60,9	11,1	2,9	100,0	731
4 ans ou plus	0,4	3,3	18,4	63,6	13,0	1,3	100,0	239
NAISSANCES								
Seules	0,5	4,9	19,7	62,0	10,3	2,6	100,0	1335
Multiplés	0,0	3,3	31,1	59,0	6,6	0,0	100,0	61
MALADIES								
Diarrhée	0,8	5,9	22,5	59,2	9,5	2,2	100,0	507
Pas de diarrhée	0,3	4,2	18,9	63,4	10,5	2,7	100,0	889
Toux	0,6	3,0	17,5	65,7	10,2	3,0	100,0	166
Pas de toux	0,5	5,0	20,6	61,4	10,1	2,4	100,0	1230
Malade	0,7	5,2	21,5	60,4	9,8	2,4	100,0	594
Pas malade	0,4	4,5	19,2	63,0	10,3	2,6	100,0	802
MILIEU								
Urbain	0,2	3,5	18,6	62,8	13,2	1,7	100,0	403
Rural	0,6	5,3	20,8	61,5	8,9	2,8	100,0	993
REGION								
Maritime	0,0	1,8	15,5	67,1	13,5	2,0	100,0	489
Des Plateaux	0,3	0,6	15,4	69,8	9,5	4,3	100,0	325
Centrale	0,6	2,9	19,8	67,4	7,6	1,7	100,0	172
De la Kara	0,5	3,4	20,8	60,4	12,6	2,4	100,0	207
Des Savanes	2,0	21,7	38,9	33,5	2,5	1,5	100,0	203
INSTRUCTION								
Aucune instruction	0,6	6,3	23,8	57,3	9,7	2,3	100,0	843
Primaire	0,2	2,9	15,5	68,1	10,3	2,9	100,0	407
Secondaire ou plus	0,7	1,4	12,3	71,2	11,6	2,7	100,0	146
TOTAL	0,5	4,8	20,2	61,9	10,1	2,5	100,0	1396

Par rapport à certaines caractéristiques socio-démographiques, les cas de malnutrition aiguë, que l'on peut désigner comme problématiques, varient selon les modalités. Ainsi, encore une fois, les garçons sont plus touchés que les filles (6,2 % contre 4,4 %) : une manifestation de la relative fragilité masculine? En tenant compte de l'âge des enfants, c'est entre l'âge de 12 et 23 mois que se retrouve la prévalence la plus élevée de malnutrition aiguë (10,1 %). Les enfants de moins de 12 mois présentent une prévalence à peine supérieure au standard (2,4 %) : encore une conséquence de l'allaitement au sein jusqu'à 12 mois, puis du sevrage progressif ou définitif qui expose l'enfant aux maladies et à la malnutrition? Tout comme pour la malnutrition chronique, la durée de l'intervalle entre naissances est ici également liée à l'existence du problème de malnutrition aiguë. En effet, les intervalles entre naissances inférieurs à quatre ans ont les prévalences de malnutrition aiguë les plus élevées (3,7 % pour les intervalles de plus de 4 ans, entre 5,4 et 6,7 pour les autres).

La plupart des maladies d'enfance saisies dans l'EDST sont positivement liées avec la prévalence de la malnutrition aiguë : les enfants malades, à l'exception de ceux souffrant de maladies respiratoires, sont relativement plus nombreux à présenter des signes de malnutrition aiguë (diarrhée : 6,7 % contre 4,5 %, affections respiratoires : 3,6 % contre 5,5 %, fièvre : 5,9 % contre 4,9 %).

Le fait d'habiter en milieu rural entraîne pour les enfants une prévalence de malnutrition aiguë légèrement plus forte (5,9 % contre 3,7 % en milieu urbain). Enfin, la faible prévalence de la malnutrition aiguë semble liée à la scolarisation de la mère (6,9 % de malnutrition aiguë pour les femmes illettrées, 3,1 % pour les femmes de niveau primaire et 2,1 % pour celles de niveau secondaire ou plus).

Par rapport aux régions, le schéma de variation de la prévalence de la malnutrition aiguë est peu différent de celui de la malnutrition chronique : la Région des Plateaux a le niveau le plus faible (0,9 %), la Région des Savanes a le plus élevé (23,7 %). Entre ces deux situations extrêmes, on retrouve la Région Maritime (1,8 %), la Région Centrale (3,7 %) et la Région de Kara (4,0 %).

Poids/âge

Le rapport poids/âge de l'enfant dans l'échantillon montre un déséquilibre important comparativement au standard comme le montre le tableau 6.17. Alors que dans celui-ci, 2,3 pour cent de la population de référence se situe à deux écarts-types en dessous de la médiane, il y en a environ dix fois plus dans l'échantillon (24,4 %). Comme nous l'avons mentionné ci-dessus, cet indicateur, du fait de son extrême sensibilité aux fluctuations saisonnières et parce qu'il n'en a été fait qu'une seule mesure, ne peut avoir d'autres utilités pour le moment que de servir de repères pour les programmes de protection de l'enfance.

Résumé de l'état nutritionnel des enfants de moins de 3 ans

Le tableau 6.18 et le graphique 6.4 font le point de la situation de la malnutrition chez les enfants, telle qu'on peut la saisir à travers les mesures anthropométriques au Togo. Il ressort de ces données que deux enfants sur trois (67,7 %) ne sont concernés ni par une malnutrition chronique, ni par une malnutrition aiguë, du fait que les écarts à la médiane des indicateurs -- rapports poids-pour-taille et taille-pour-âge -- sont en dehors du seuil de malnutrition (deux écarts-type au dessous de la médiane de référence). Trois pour cent des enfants (2,6 %) ont présenté des signes de malnutrition aiguë alors qu'ils n'ont pas de problème de malnutrition chronique. Par contre, près de trois enfants sur dix (26,8 %) ont présenté des signes de malnutrition chronique alors que par rapport à la malnutrition aiguë, ils sont normaux. Au niveau de tous les enfants, trois pour cent (2,7 %) sont dans une situation de malnutrition à la fois chronique et aiguë. Les données de l'EDST suggèrent que la malnutrition chronique est la plus prévalente chez les enfants de moins de trois ans. Après la première année de vie, probablement du fait du sevrage et de l'introduction de nouveaux produits dans l'alimentation de l'enfant, il acquiert un retard statural. Il semble cependant qu'un équilibre s'établit par la suite avec l'âge puisque la conjonction de la malnutrition chronique et aiguë est relativement rare.

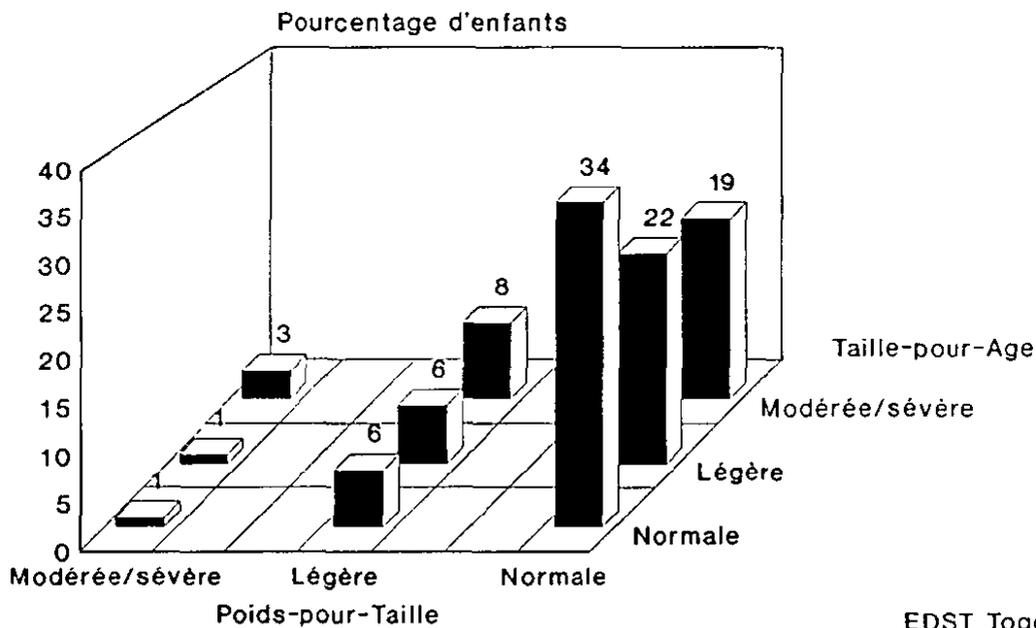
TABLEAU 6.17 REPARTITION (EN %) DES INDICES POIDS/AGE DES ENFANTS AGES DE 0 A 36 MOIS EN UTILISANT L'ECART-TYPE DE LA MEDIANE DE REFERENCE DE NCHS/CDC/OMS, SELON CERTAINES CARACTERISTIQUES SOCIO-DEMOGRAPHIQUES, EDST, 1988

Caractéristiques socio-démographiques	-3 ET	-2 ET	-1 ET	0 ET	+1 ET	+2 ET	Total	En- fants 0-36 mois
REFERENCE	0,1	2,2	13,6	68,2	13,6	2,3	100,0	
SEXE								
Masculin	6,4	18,6	29,4	38,5	5,3	1,8	100,0	715
Féminin	5,7	18,1	27,3	40,4	5,6	2,9	100,0	681
AGE								
0-11 mois	3,3	10,4	16,1	51,3	12,6	6,3	100,0	491
12-23 mois	9,2	24,3	33,3	31,1	1,8	0,4	100,0	457
24-36 mois	0,0	21,0	36,8	34,8	1,3	0,0	100,0	448
INTERVAL								
1ère naissance	6,2	21,0	32,0	34,7	4,5	1,7	100,0	291
<2 ans	8,9	17,8	23,7	43,0	3,0	3,7	100,0	135
2-3 ans	5,6	18,9	28,9	38,7	5,7	2,2	100,0	731
4 ans ou plus	5,9	13,8	25,1	45,2	7,1	2,9	100,0	239
NAISSANCES								
Seules	5,5	17,3	28,4	40,7	5,7	2,5	100,0	1335
Multiplés	19,7	41,0	27,9	11,5	0,0	0,0	100,0	61
MALADIES								
Diarrhées	7,3	20,9	28,0	37,7	4,7	1,4	100,0	507
Pas de diarrhée	5,4	16,9	28,6	40,4	5,8	2,9	100,0	889
Toux	5,4	19,3	28,3	38,0	6,0	3,0	100,0	166
Pas de toux	6,2	18,2	28,4	39,6	5,4	2,3	100,0	1230
Malade	7,1	20,0	27,9	38,4	4,9	1,7	100,0	594
Pas malade	5,4	17,1	28,7	40,1	5,9	2,9	100,0	802
MILIEU								
Urbain	4,0	11,9	28,3	47,1	6,0	2,7	100,0	403
Rural	6,9	20,9	28,4	36,3	5,2	2,2	100,0	993
REGION								
Maritime	2,9	12,5	28,6	47,4	5,7	2,9	100,0	489
Des Plateaux	2,2	15,4	29,5	41,8	7,7	3,4	100,0	325
Centrale	4,7	20,3	29,7	37,2	5,8	2,3	100,0	172
De la Kara	6,3	20,3	29,0	39,6	4,3	0,5	100,0	207
Des Savanes	21,2	33,5	24,1	17,7	2,0	1,5	100,0	203
INSTRUCTION								
Aucune instruction	7,9	21,5	27,0	35,3	6,0	2,1	100,0	843
Primaire	3,2	14,7	31,9	43,5	4,4	2,2	100,0	407
Secondaire ou plus	3,4	10,3	26,0	51,4	4,8	4,1	100,0	146
TOTAL	6,1	18,3	28,4	39,4	5,4	2,4	100,0	1396

TABLEAU 6.18 REPARTITION (EN %) DES INDICES TAILLE/AGE PAR POIDS/TAILLE DES ENFANTS DE 0 A 36 MOIS EN UTILISANT L'ECART-TYPE DE LA MEDIANE DE REFERENCE NCHS/CDC/OMS, EDST, 1988

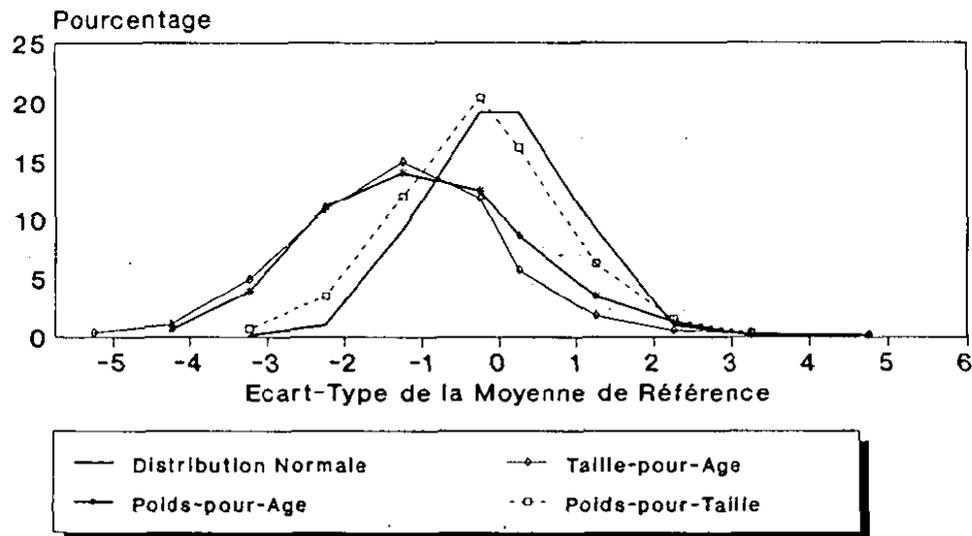
Poids/Taille	Taille/Age					Total
	>0 ET	<=0 ET	<=-1 ET	<=-2 ET	<=-3 ET	
>0 ET	0,7	6,2	3,9	1,2	0,5	12,5
<=0 ET	3,2	23,4	18,2	11,8	5,2	61,8
<=-1 ET	0,6	5,8	5,7	5,4	2,7	20,2
<=-2 ET	0,1	1,0	1,1	1,4	1,1	4,7
<=-3 ET	0,0	0,1	0,1	0,1	0,1	0,6
TOTAL	4,6	36,5	29,2	19,9	9,6	93,3

Graphique 6.4
Poids-pour-Taille et Taille-pour-Age



Le graphique 6.5 présente une comparaison de l'état nutritionnel des enfants togolais, en utilisant les trois indices analysés plus haut et la distribution normale de la population de référence. La courbe poids/taillle des enfants togolais est très proche de la répartition normale, ce qui indique qu'il n'existait pratiquement pas de malnutrition aiguë au Togo au moment de l'enquête. Par contre, les courbes taille/âge et poids/âge sont déplacées vers la gauche par rapport à la courbe de référence. Ces résultats suggèrent qu'il existe au Togo un problème de malnutrition chronique, dont les conséquences ne sont pas nécessairement visibles.

Graphique 6.5
Mesures Anthropométriques par Rapport à
la Moyenne de Référence Internationale



EDST Togo 1988

6.4 CONCLUSION

L'EDST a fait le point sur la situation sanitaire de la mère et des enfants de moins de cinq ans au Togo. Alors que pendant longtemps, les seules données disponibles sur la mortalité des enfants sur le plan national ont été celles de l'enquête post-censitaire de 1971, il est possible maintenant de connaître, non seulement le niveau de la mortalité infantile et juvénile sur le plan national mais aussi les tendances sur la dernière décennie.

Le quotient de mortalité infantile est passé de 107 pour mille dans la période 1973-1977 à 80,5 pour mille durant la période 1983-1988. Dans la même période, le quotient de mortalité juvénile est passé de 110,0 pour mille à 84,5 pour mille. En attendant de chercher à comprendre en profondeur les mécanismes de cette baisse de la mortalité des enfants au Togo, on peut déjà se rendre compte que près de neuf naissances sur dix (83 %) ont fait l'objet d'un suivi prénatal. De même, 7 femmes sur dix (70,4 %) sont vaccinées contre le tétanos, protégeant ainsi leurs enfants contre cette maladie. A l'accouchement, plus d'une femme sur deux (54,3 %) ont reçu l'assistance de personnel médical qualifié. Pour ce qui est de la couverture vaccinale des enfants de moins de cinq ans, 9 enfants sur dix (87,8 %) ont reçu au moins un vaccin.

En matière de prévalence des principales maladies d'enfance, 14,2 pour cent des enfants de moins de cinq ans ont souffert de diarrhée les dernières 24 heures qui ont précédé le passage de l'enquêtrice et 29,4 pour cent les deux dernières semaines. Un quart de ces enfants (25,4 %) a été présenté dans un centre médical pour recevoir un traitement; le SRO a été donné à 20 pour cent de ces enfants malades, tandis que 3% ont été traité à la solution salée sucrée préparée à domicile.

Deux enfants sur cinq (43,2 %) ont souffert de fièvre et 10,5 pour cent de maladies respiratoires les deux dernières semaines avant l'enquête. Un enfant sur trois a été amené dans un centre médical pour recevoir un traitement.

Un enfant survivant sur cinq a eu la rougeole, dont 70,8 pour cent ont été soignés dans un centre médical.

L'EDST a également examiné l'état nutritionnel des enfants de moins de 3 ans. On a pu se rendre compte que la malnutrition chronique ou invisible est relativement importante au Togo tandis que la malnutrition aiguë est de moindre importance.

Notes:

1. Les données du tableau 6.1 n'ont pas été corrigées. La formule utilisée pour la correction revient à :

$$QMI' = ((D_{<12 \text{ mois}} + 1/2 D_{12 \text{ mois}})/S_0) * 1000$$
$$QMJ' = ((D_{1-5 \text{ ans}} - 1/2 D_{12 \text{ mois}})/(S_1 - 1/2 D_{12 \text{ mois}})) * 1000$$

avec QMI' = Quotient de mortalité infantile corrigé
QMJ' = Quotient de mortalité juvénile corrigé
D<12 mois = Décès des enfants de moins de 12 mois
D12 = Décès à 12 mois
D1-<5ans = Décès entre 1 an exact et cinq ans exacts
S0 = Effectif des enfants à la naissance
S1 = Effectif des enfants à un an exact

2. NCHS : National Center for Health Statistics (Centre National Américain des Statistiques Sanitaires);
CDC : Centers for Disease Control (Centre de contrôle des maladies);
OMS : Organisation Mondiale de la Santé.
3. La médiane et la moyenne sont identiques pour les variables qui suivent une distribution normale.
4. Proportion d'enfants âgés de 12-23 mois au dessous de 2 écarts-types dans certains pays ayant participé au programme EDS:

Burundi	50% (1987)
Brésil (Région Nord-Est)	39% (1986)
Colombie	25% (1987)
Mali	31% (1987)
Maroc	32% (1987)
République Dominicaine	22% (1987)
Sénégal	27% (1986)
Sri Lanka	31% (1987)
Thaïlande	22% (1987)
TOGO	27% (1988)

