

## Instructions pour l'adaptation du modèle de rapport préliminaire

Le rapport préliminaire a essentiellement pour objectifs de communiquer rapidement les principaux résultats de l'enquête et de susciter l'intérêt des agences gouvernementales, des organisations non gouvernementales, des autres bailleurs de fonds multilatéraux, de la presse et de l'opinion publique pour la situation actuelle. Pour plus d'informations sur ses utilisations et son contenu, consultez le chapitre 8 (relatif à l'analyse, à l'élaboration d'un rapport et à la diffusion) du manuel MICS3.

En particulier, le rapport préliminaire doit être utilisé pour *sensibiliser l'opinion publique au sujet de certains résultats clés* des enquêtes MICS3 dès que la collecte de données est terminée. Il doit également faire l'objet de la plus large diffusion possible *afin de susciter l'intérêt* pour les rubriques couvertes et *d'encourager les réactions* de l'ensemble des parties intéressées. Toutefois, les résultats contenus dans le rapport préliminaire ne sont pas définitifs et doivent pas être présentés comme tels : il est important de souligner que ceux-ci ne seront disponibles que lorsque le rapport technique final sera publié, mais aussi de poursuivre le travail d'évaluation des résultats et d'élaboration du rapport technique final.

Le modèle de rapport préliminaire est destiné à faciliter l'élaboration des rapports préliminaires par les pays ciblés par l'enquête MICS3 et la publication de rapports similaires permettant de comparer la situation des différents pays. Il doit servir de base pour les rapports préliminaires nationaux et, au besoin, il peut être adapté au contenu de l'enquête de chaque pays.

L'UNICEF recommande de suivre les instructions de base ci-dessous pour l'adaptation des rapports préliminaires :

- Le rapport préliminaire doit être rédigé par l'agence d'exécution ou le gouvernement, avec le concours du bureau de pays et du Bureau régional de l'UNICEF, mais aussi, au besoin, de la Direction générale de l'organisation.
- La couverture avant du rapport doit porter mention explicite du nom et du logo de l'agence d'exécution et des autres agences nationales ou organismes publics impliqués dans l'enquête. Le nom et le logo de l'UNICEF peuvent également y figurer, même s'il ne s'agit pas d'une nécessité absolue. En revanche, il est fortement recommandé d'y inclure le logo de l'enquête MICS3.
- Les pays sont priés de respecter scrupuleusement la présentation de la page de couverture. Ce point revêt une importance à la fois symbolique et pratique : l'élaboration de rapports ayant une présentation similaire par des pays situés aux quatre coins du monde a pour but d'améliorer la visibilité de l'enquête MICS3 et de mettre en valeur son caractère international.
- Les pays doivent adapter le modèle de rapport préliminaire en fonction du contenu de leur enquête, en ajoutant ou en supprimant des tableaux et des rubriques si nécessaire. Il est recommandé d'éviter d'ajouter un grand nombre de rubriques et de tableaux. De préférence, le texte du rapport préliminaire ne doit pas dépasser 15 à 20 pages : le rapport technique final prendra en charge l'analyse des rubriques et tableaux MICS3 restants.
- Les numéros de tableau renvoient aux numéros utilisés dans le plan général, qui inclut l'ensemble des tableaux de l'enquête MICS3 (voir l'annexe 7 du Manuel MICS3,

« Instructions relatives aux tableaux »). Les pays sont tenus de numéroter de nouveau les tableaux de 1 à X, en fonction du nombre de tableaux inclus.

- Pour les proportions ou pourcentages, la taille minimale recommandée pour le dénominateur est de 25 cas non pondérés. Les tableaux ne doivent pas inclure un pourcentage dont le dénominateur non pondéré est inférieur à 25 cas. Par ailleurs, les pourcentages basés sur moins de 50 cas doivent être présentés entre parenthèses. Dans ce cas, la ligne du dénominateur peut être conservée dans le tableau et un astérisque (\*) doit être associé aux proportions/pourcentages basés sur ce dénominateur. Vous pouvez également exclure la ligne du tableau, mais insérer une note de bas de page pour la variable, indiquant qu'il existait un nombre X de cas (normalement inférieur à 25) pour la catégorie Y non incluse dans le tableau. Si votre échantillon nécessite le recours aux pondérations, vous devez exécuter les tableaux à la fois sous forme pondérée et non pondérée afin de savoir si les dénominateurs non pondérés sont inférieurs à 50 cas.
- Les cas manquants et les réponses de type « Je ne sais pas » ne sont pas inclus dans les tableaux, à l'exception de ceux qui incluent une répartition par pourcentage des réponses à une question pour laquelle le questionnaire admet explicitement ce type de réponse. Dans ce cas, les catégories « Je ne sais pas » sont représentées dans les tableaux. De manière générale, toutefois, les cas manquants et les réponses « Je ne sais pas » doivent être inclus dans les tableaux sous forme de catégories distinctes. Si elles représentent moins de 5 % au total, ces deux catégories doivent être regroupées en une seule et intitulée « Je ne sais pas/Manquant ». Si le total est supérieur à 5 %, chaque catégorie doit figurer dans une colonne distincte. Dans ce cas, les résultats doivent être interprétés avec prudence.

*Suivi de la Situation des  
Enfants et des Femmes*

Résultats de  
l'Enquête nationale à indicateurs  
multiples  
[Pays]  
2006

RAPPORT PRÉLIMINAIRE

[Mois] 2006



[INSÉRER ICI LE NOM ET LE LOGO  
DE L'AGENCE D'EXÉCUTION]

[INSÉRER ICI LE NOM ET LE LOGO  
DE L'AGENCE D'EXÉCUTION]



**Tableau récapitulatif des résultats**  
**Indicateurs MICS et OMD, [*Pays*], [*Année*]**

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

## Table des matières

<b>REMERCIEMENTS</b> .....	7
<b>I. CONTEXTE ET OBJECTIFS</b> .....	8
INTRODUCTION.....	8
OBJECTIFS DE L'ENQUETE.....	9
<b>II. METHODE DE CONSTITUTION D'UN ECHANTILLON ET D'ENQUETE</b> .....	9
CONSTITUTION D'UN ECHANTILLON .....	9
QUESTIONNAIRES .....	10
TRAVAIL DE TERRAIN ET TRAITEMENT DES DONNEES .....	11
PARTICIPATION DE L'ECHANTILLON .....	11
<b>III. RESULTATS</b> .....	12
MORTALITE INFANTILE .....	12
ÉTAT NUTRITIONNEL.....	12
ALLAITEMENT MATERNEL .....	14
VACCINATION .....	15
TRAITEMENT ANTIBIOTIQUE DES ENFANTS SUSPECTES DE PNEUMONIE .....	16
EAU ET ASSAINISSEMENT .....	18
ASSISTANCE PENDANT L'ACCOUCHEMENT.....	20
FREQUENTATION DE L'ECOLE PRIMAIRE.....	20
ENREGISTREMENT DES NAISSANCES .....	21
MARIAGE PRECOCE ET POLYGAMIE .....	21
CONNAISSANCES SUR LA TRANSMISSION DU VIH/SIDA ET L'UTILISATION DE PRESERVATIFS .....	21
FREQUENTATION SCOLAIRE DES ENFANTS ORPHELINS ET VULNERABLES.....	22

## Tableaux

Tableau HH.1 : Résultats des enquêtes auprès des ménages et des personnes.....
Tableau CM.1 : Mortalité infantile .....
Tableau NU.1 : Malnutrition infantile .....
Tableau NU.3 : Allaitement maternel .....
Tableau CH.1 : Vaccinations au cours de la première année.....
Tableau CH.7 : Traitement antibiotique de la pneumonie.....
Tableau CH.8 : Utilisation des combustibles solides .....
Tableau CH.11 : Enfants dormant sous une moustiquaire .....
Tableau CH.12 : Traitement des enfants à l'aide d'antipaludéens .....
Tableau EN.1 : Utilisation de sources d'eau améliorées .....
Tableau EN.5 : Utilisation de sanitaires pour l'élimination des excréments .....
Tableau RH.1 : Utilisation de contraceptifs .....
Tableau RH.5 : Assistance pendant l'accouchement.....
Tableau ED.3 : Taux de fréquentation net du cycle primaire.....
Tableau ED.7 : Parité des sexes dans l'éducation .....
Tableau CP.1 : Enregistrement des naissances.....
Tableau CP.5 : Mariage précoce et polygamie.....
Tableau HA.3 : Connaissances générales sur la transmission du VIH/SIDA.....
Tableau HA.9 : Utilisation d'un préservatif lors des derniers rapports sexuels à haut risque.....
Tableau HA.12 : Fréquentation scolaire des enfants orphelins et vulnérables .....

## **REMERCIEMENTS**

*[Fournir la liste des organisations impliquées dans l'enquête. Inclure des informations relatives aux sources de financement ainsi que les individus ou organismes qui ont joué un rôle important dans la réalisation de l'enquête].*

## I. CONTEXTE ET OBJECTIFS

### INTRODUCTION

Le présent rapport préliminaire est basé sur les résultats de l'Enquête nationale à indicateurs multiples du/de la [*nom du pays*], réalisée en [2006] par [*liste des agences nationales impliquées dans l'enquête*]. 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 la mise en œuvre de ces engagements. 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 œuvre 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 ».

*[Mentionner succinctement les efforts consentis au plan national pour réaliser les objectifs ci-dessus, notamment en montrant l'articulation des résultats de l'enquête MICS3 avec le plan global d'évaluation de la situation du pays. Dans ce cadre, vous pouvez mentionner les stratégies nationales de développement, les stratégies de réduction de la pauvreté, les plans d'action nationaux pour l'enfance, les Objectifs du millénaire pour le développement, les objectifs du document Un monde digne des enfants, du Programme de pays de l'UNICEF, du Cadre d'assistance au développement ainsi que les rapports sur la Convention sur les droits de l'enfant et la Convention sur l'élimination de toutes les formes de discrimination à l'égard des femmes]*

Ce rapport préliminaire présente quelques résultats issus d'une partie des principales rubriques couvertes par l'enquête et d'une série d'indicateurs<sup>1</sup>. 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 le *[indiquer la date de publication finale du rapport de l'enquête]*.

## **OBJECTIFS DE L'ENQUETE**

L'Enquête nationale à indicateurs multiples [2006] du/de la [Country] s'est fixé les principaux objectifs suivants :

- Fournir des informations récentes pour l'évaluation de la situation des enfants et des femmes au/en [Pays] ;
- Fournir les données nécessaires pour suivre l'état de réalisation des objectifs fixés par les Objectifs du millénaire pour le développement et par le plan d'action *Un monde digne des enfants* (WFFC) comme base de l'action future ;
- Contribuer à l'amélioration des systèmes de collecte de données et de suivi du/de la [Pays] et renforcer l'expertise technique en matière de conception, de mise en œuvre et d'analyse de ces systèmes.

## **II. METHODE DE CONSTITUTION D'UN ECHANTILLON ET D'ENQUETE**

### **CONSTITUTION D'UN ECHANTILLON**

---

<sup>1</sup> 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](http://www.childinfo.org).

L'échantillon choisi pour l'Enquête nationale à indicateurs multiples (MICS) du/de la [*Pays*] a été constitué dans le but de 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 [*insérer le nombre de régions*] régions : [*donner la liste des couches*]. Des régions ont été identifiées comme principales zones d'échantillonnage, et l'échantillon a été choisi en deux phases. Dans chaque région, [*insérer le nombre de grappes*] zones de recensement ont été choisies, avec une probabilité proportionnelle à la population. Une fois les ménages de ces zones répertoriés, un échantillon systématique de [*insérer le nombre de ménages*] a été constitué. [*Insérer le nombre de zones de recensement que vous n'avez pas pu visiter*] des zones de recensement choisies n'ont pas pu être visitées car elles étaient inaccessibles lors de la phase de travail sur le terrain. 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.

## QUESTIONNAIRES

Trois questionnaires ont été utilisés dans le cadre de l'enquête. Outre un questionnaire dédié aux ménages, destiné à la collecte d'informations sur l'ensemble des membres de la famille, des questionnaires sur les ménages et l'habitat ont été distribués, dans chaque maison, aux femmes âgées de 15 à 49 ans. Dans chaque ménage, les mères ou tutrices d'enfants de moins de 5 ans ont été identifiées pour répondre aux questions concernant ces enfants. Les questionnaires comprenaient les modules suivants :

*[Supprimer les questionnaires/modules non utilisés dans votre enquête ou ajouter tout autre module/questionnaire éventuellement utilisé. La liste contient uniquement les principaux modules inclus dans les modèles de questionnaires de l'enquête MICS3.]*

- Questionnaire dédié aux ménages
  - Liste des ménages
  - Éducation
  - Eau et assainissement
  - Caractéristiques du ménage
  - Travail des enfants
  - Iodation du sel
- Questionnaire individualisé dédié aux femmes
  - Mortalité infantile
  - Anatoxine tétanique
  - Santé maternelle et néonatale
  - Mariage/Union libre
  - Contraception
  - VIH/SIDA
- Questionnaire dédié aux 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. Basés sur la version anglaise de ce modèle, ils ont été traduits en [*insérer les langues*] et ont fait l'objet d'un test préliminaire en [*insérer le mois /année du test*]. Sur la base des résultats de ce test, des modifications ont été apportées à la formulation et à la traduction des questionnaires.

## **TRAVAIL DE TERRAIN ET TRAITEMENT DES DONNEES**

Le personnel de terrain a subi une formation de 12 jours en début [*insérer le mois/année de la formation*]. Les données ont été recueillies par [*insérer le nombre d'équipes*] équipes composées comme suit : [*insérer le nombre d'enquêteurs*] enquêteurs, un chauffeur, un correcteur/évaluateur et un superviseur. Le travail de terrain a commencé en [*insérer le mois/année de début du travail de terrain*] et s'est achevé en [*insérer le mois/année d'achèvement du travail de terrain*].

Les données ont été saisies sur quatre ordinateurs exécutant le logiciel CSPro. 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 au questionnaire du/de la [*Pays*] ont été utilisés à toutes les étapes. Le traitement des données a démarré en même temps que la collecte, en [*insérer le mois/année de début du traitement des données*], et a pris fin en [*insérer le mois/année d'achèvement du traitement des données*]. Les données ont été analysées à l'aide de l'application SPSS ainsi que des modèles de syntaxes et de tableaux conçus à cet effet.

## **PARTICIPATION DE L'ECHANTILLON**

Sur [*insérer le nombre de ménages choisis pour l'échantillon*] ménages choisis pour l'échantillon, [*insérer le nombre de ménages occupés (il doit être inférieur au nombre de ménages choisis)*] étaient occupés. Sur ce nombre, [*insérer le nombre de ménages interrogés avec succès*] ont été normalement interrogés, soit un taux de participation des ménages de [*insérer le pourcentage de participation*] %. Dans les ménages interrogés, [*insérer le nombre de femmes cibles âgées de 15 à 49 ans*] femmes (âgées de 15 à 49 ans) ont été identifiées. Sur ce nombre, [*insérer le nombre de femmes interrogées avec succès*] ont été normalement interrogées, soit un taux de participation des ménages de [*insérer le pourcentage de femmes interrogées*] %. En outre, [*insérer le nombre d'enfants de moins de 5 ans recensés dans le questionnaire des ménages*] enfants de moins de cinq ans ont été recensés dans le questionnaire dédié aux ménages. Sur ce chiffre, des questionnaires ont été remplis pour [*insérer le nombre de questionnaires remplis pour les enfants de moins de 5 ans*], ce qui correspond à un taux de participation de [*insérer le pourcentage de participation*] %. Des taux de participation globale de [*insérer le taux de participation globale pour le questionnaire dédié aux femmes*] et de [*insérer le taux de participation globale pour le questionnaire dédié aux enfants de moins de 5 ans*] ont été calculés pour les enquêtes dédiées respectivement aux femmes et aux enfants de moins de 5 ans (Tableau HH.1).

### III. RESULTATS

#### MORTALITE INFANTILE

Un des objectifs prioritaires des OMD et du plan d'action Un monde digne des enfants consiste à 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, l'utilisation de statistiques sur la mortalité infantile, tirées directement des registres de naissances, est à la fois lente et compliquée. 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. Le *taux de mortalité avant 5 ans* 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 fournit des estimations de mortalité infantile basées sur diverses spécificités sociales [Fournir une description de la mortalité sur la base du Tableau CM.1]. Le taux de mortalité infantile est estimé à 43 pour mille, contre environ 52 pour mille pour la probabilité de décès avant 5 ans. Il n'y a pas de différence entre les probabilités de décès selon le sexe de l'enfant. Les taux de mortalité infantile et de mortalité avant 5 ans sont plus faibles dans la région ouest, contre près du double dans l'Est. D'importantes différences de mortalité ont également été notées en termes de niveau d'éducation, de richesse et d'appartenance ethnique. En l'occurrence, la probabilité de décès des nourrissons et enfants de moins de 5 ans nés dans les ménages les plus riches avoisine le tiers de la moyenne nationale.

#### 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 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 jaugée 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. 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.

Le rapport poids-âge permet de mesurer la malnutrition aiguë et la malnutrition chronique. Un enfant dont le rapport poids-âge est inférieur de plus de deux écarts types à la médiane de la population de référence est considéré *modérément ou sévèrement maigre*, tandis qu'à plus de trois écarts types au-dessous de la médiane il entre dans la catégorie des enfants *sévèrement maigres*.

Le rapport taille-âge est une mesure de la croissance linéaire. Un enfant dont le rapport taille-âge est inférieur de plus de deux écarts types à la médiane de la population de référence est considéré court pour son âge et classé parmi les enfants ayant *un retard de croissance modéré ou sévère*. Lorsque cette mesure est à plus de trois écarts types au-dessous de la médiane, l'enfant est classé dans la catégorie des *retards de croissance sévères*. 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.

Enfin, un enfant dont le rapport poids-taille est inférieur de deux écarts types à la médiane de la population de référence est classé dans la catégorie des *déperditions modérées ou sévères*, tandis qu'il appartient à la catégorie des *déperditions sévères* si cette mesure est à plus de trois écarts types au-dessous de la médiane. La déperdition est généralement due à une déficience nutritionnelle récente. Cet indicateur peut révéler d'importantes variations saisonnières liées à celles de la disponibilité des aliments ou à la prévalence d'une maladie.

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

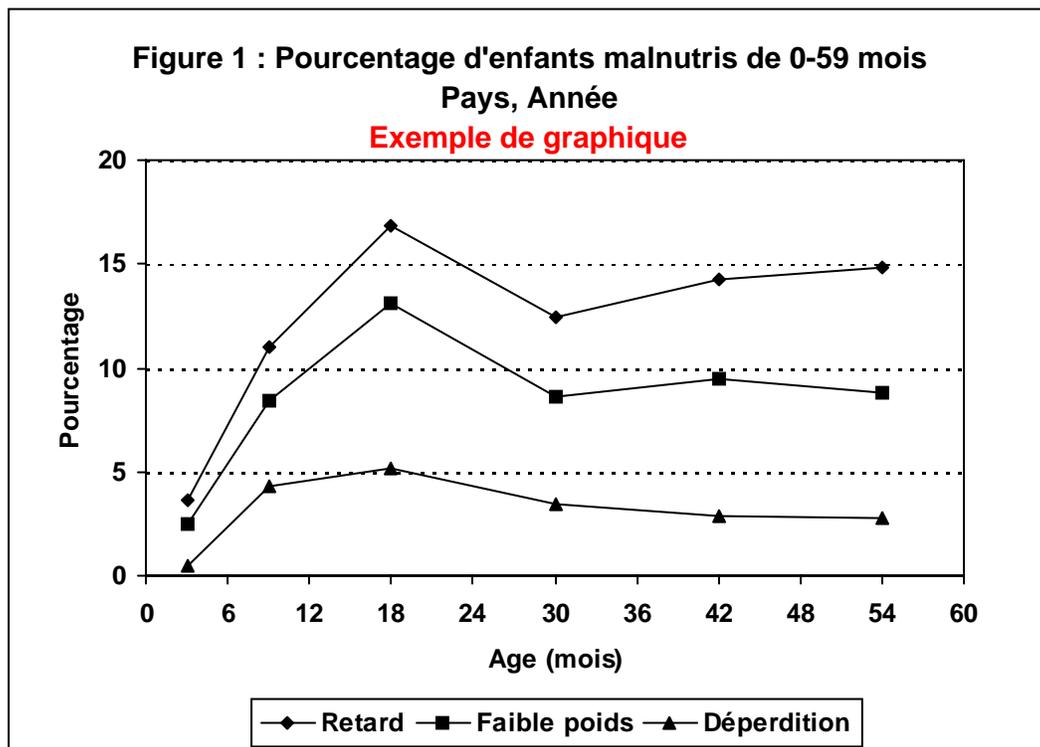
Dans le Tableau NU.1, les enfants qui n'ont pas été pesés et mesurés (environ [*insérer le pourcentage d'enfants non mesurés comme indiqué dans le tableau de travail associé au Tableau NU.1*] % des enfants) et ceux dont les mensurations dépassent une plage plausible sont exclus. De plus, un petit nombre d'enfants dont la date de naissance est inconnue ont été exclus [*Normalement, ce cas de figure ne doit pas se présenter lors des enquêtes MICS3*].

[*Ce qui suit est un exemple de description du Tableau NU.1.*]

Près d'un enfant de moins de cinq ans sur dix vivant au/en [*Pays*] est modérément maigre (9 %), contre 2 % pour la catégories des enfants sévèrement maigres (Tableau NU.1). Treize pour cent des enfants ont un retard de croissance ou sont trop courts par rapport à leur âge, alors que trois pour cent ont une déperdition ou sont trop maigres pour leur taille.

Les probabilités de maigreur et de retard de croissance sont plus fortes chez les enfants vivant dans le Sud. Toutefois, le pourcentage de déperditions est plus élevé dans la région du Centre. Les enfants dont la mère a fait des études secondaires ou supérieures ont moins de chances d'être maigres ou d'accuser un retard de croissance que ceux dont la mère n'a pas été scolarisée. La

maigreur, le retard de croissance et la déperdition semblent plus probables chez les garçons que chez les filles. En termes d'âge, le pourcentage de malnutrition selon les trois indices est plus élevé chez les enfants de 12-23 mois que chez les tranches d'âge inférieures ou supérieures (Figure 2). 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.



## ALLAITEMENT MATERNEL

L'allaitement maternel pendant les premières années de la vie protège l'enfant des infections, lui apporte une source idéale d'éléments nutritifs. De plus, il est économique et sûr. Toutefois, de nombreuses mères abandonnent l'allaitement trop tôt et les pressions les amènent souvent à passer au lait 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 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 surs, appropriés et suffisants.

Dans le Tableau NU.3, l'état d'allaitement maternel est basé sur les déclarations de la mère/tutrice de l'enfant concernant la 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 représente 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 20-23 mois.

**[Exemple de texte pouvant accompagner une description du Tableau NU.3]**

Près de 12 % des enfants âgés de moins de six mois sont exclusivement nourris au lait maternel, un niveau largement inférieur au taux recommandé. À l'âge de 6-9 mois, 25 % des enfants reçoivent du lait maternel et des aliments solides et pâteux. Avant l'âge de 12-15 mois, 38 % des enfants continuent de téter le lait maternel. Avant 20-23 mois, 12 % sont toujours allaités au sein. L'allaitement exclusif est plus probable chez les garçons que chez les filles, tandis l'apport d'aliments complémentaires à temps est plus élevé chez ces dernières.

**VACCINATION**

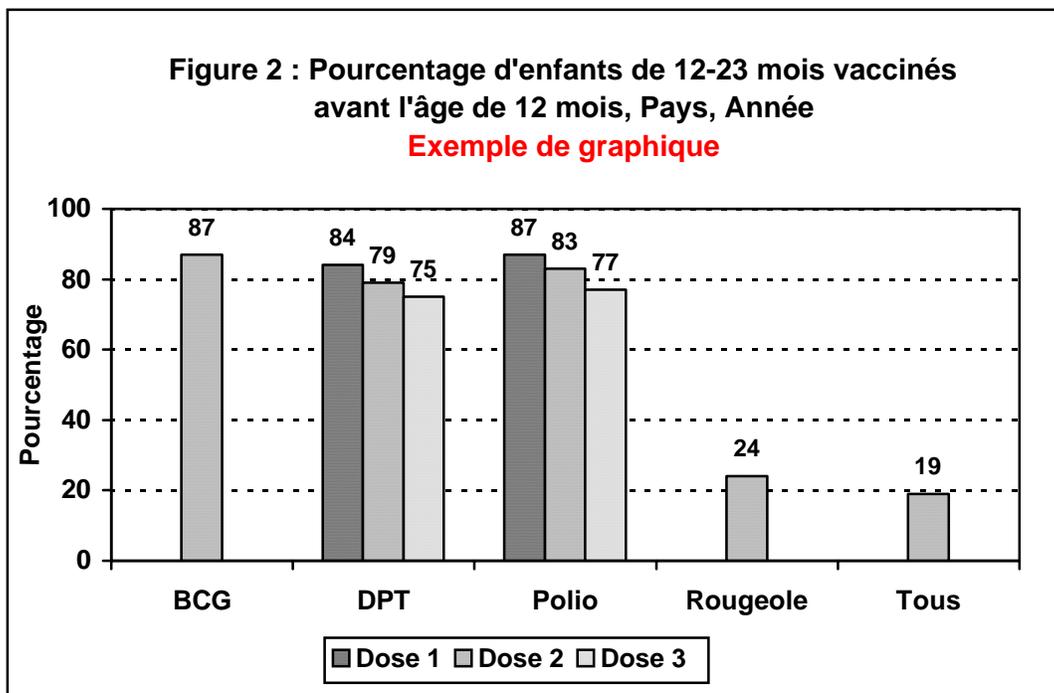
**[Remarque : Veiller à bien spécifier les vaccins que les enfants doivent recevoir avant l'âge de 12 mois dans votre pays, car ils peuvent varier selon les pays. Les vaccins mentionnés ci-après sont uniquement fournis à titre d'exemple.]**

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 DPT 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 fournir le carnet de vaccination. Ils enquêteurs ont reporté dans le questionnaire MICS3 les vaccins mentionnés dans ces carnets.

**[Exemple de texte pour la description du Tableau CH.1.]**

Au total, 86 % des enfants possèdent des carnets de santé (Tableau CH.1). Pour les enfants qui n'en possèdent pas un, 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 DPT. 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. Dans le volet supérieur, 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 volet inférieur inclut uniquement les enfants vaccinés avant leur premier anniversaire. Pour les enfants dépourvus de carnet de vaccination, la proportion de vaccins pris avant le premier anniversaire est supposée identique à celle des enfants ayant un carnet.

Environ 87 % des enfants âgés de 12 à 23 mois ont reçu le vaccin du BCG avant 12 mois, tandis que 84 % ont pris la première dose de DPT. Pour les deuxième et troisième doses, le pourcentage baisse respectivement à 79 % et à 75 % (Figure 3). De même, 87 % des enfants ont reçu le vaccin Polio 1 avant l'âge de 12 mois, mais ce taux baisse à 77 % avant la troisième dose. Avec 24 %, la couverture contre la rougeole avant 12 mois est la plus faible de tous les vaccins. Ce résultat s'explique essentiellement par le fait que, même si 61 % des enfants ont reçu le vaccin, près de 40 % seulement l'ont pris avant leur premier anniversaire. En conséquence, le pourcentage d'enfants ayant pris la totalité de huit vaccinations recommandées avant leur premier anniversaire est faible, à 19 % seulement.



## TRAITEMENT ANTIBIOTIQUE DES ENFANTS SUSPECTES DE PNEUMONIE

La pneumonie est la principale cause de mortalité infantile, et l'utilisation d'antibiotiques chez les 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.

[Exemple de texte pour la description du Tableau CH.7.]

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/En [Pays], 41 % des enfants de moins de 5 ans suspectés de pneumonie ont reçu un antibiotique au cours des deux semaines précédant l'enquête. Le pourcentage était largement supérieur dans la capitale, tandis qu'il baisse à 15 % seulement dans le Sud. Le tableau indique également que le traitement antibiotique des enfants suspectés de pneumonie est très faible chez les ménages les plus pauvres, ainsi que chez les enfants dont la mère/tutrice a fait au moins des études secondaires. L'utilisation d'antibiotiques augmente avec l'âge de l'enfant.

## 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 dans le

monde, en particulier chez les enfants de moins de 5 ans où elle se manifeste sous forme de maladie respiratoire aiguë.

[Exemple de texte pour la description du Tableau CH.8.]

Au total, plus d'un tiers (35 %) des ménages du/ de la [*Pays*] utilisent des combustibles solides pour la cuisson. Cette consommation est très faible en zone urbaine (6 %), mais très élevée en zone rurale, où près de la moitié des ménages (48 %) utilisent ce type de source énergétique. Les écarts en termes de richesse et de niveau d'éducation des ménages sont également importants. Le tableau indique clairement que ce pourcentage élevé est dû à la forte utilisation du bois pour la cuisson.

## **PALUDISME**

Le paludisme est une cause de mortalité majeure chez les enfants de moins de cinq ans au/en [*Pays*]. 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 donnant immédiatement un traitement complet à base de comprimés antipaludéens. Les enfants manifestant des symptômes de paludisme aigu, tels que la fièvre ou les convulsions, doivent être acheminés auprès d'une formation sanitaire. De même, les enfants convalescents du paludisme doivent recevoir un surplus de liquides et d'aliments et doivent poursuivre l'allaitement maternel.

[Un exemple de description est fourni ci-dessous.]

Le questionnaire MICS3 inclut 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/En [*Pays*], les résultats de l'enquête MICS3 révèlent que 12 % des ménages disposent de moustiquaires imprégnées. La majeure partie des moustiquaires (9 %) utilisées au niveau du ménage sont traitées à l'insecticide et 3 % sont de qualité durable.

D'après les résultats, 27 % des enfants de moins de cinq ans dormaient sous une moustiquaire avant l'enquête, et 20 % sous une moustiquaire imprégnée (Tableau CH.11). L'utilisation de MI chez les enfants de moins de cinq ans baisse de façon linéaire avec l'âge et aucune disparité significative liée au genre n'a été notée.

Les enquêteurs ont posé des questions relatives à la prévalence et au traitement de la fièvre chez les enfants de moins de cinq ans. Un peu plus d'un enfant sur trois (36 %) a été atteint de fièvre au cours des deux semaines précédant l'enquête MICS3 (Tableau CH.12). La prévalence de la fièvre baisse avec l'âge, elle connaît un pic à l'âge de 11-23 mois (39 %). La fièvre est moins fréquente chez les enfants dont la mère a fait des études secondaires ou supérieures que chez ceux dont la mère est moins scolarisée. Les écarts régionaux en matière de prévalence de la fièvre ne sont pas importants, variant de 34 à 38 % dans les cinq régions.

Les enquêteurs ont demandé aux mères de signaler tous les médicaments donnés à l'enfant pour traiter la fièvre, y compris ceux qui ont été administrés à domicile ou administrés/prescrits dans une formation sanitaire. Au total, 66 % des enfants atteints de fièvre au cours des deux dernières semaines ont été traités avec un médicament antipaludéen « approprié », et 42 % ont reçu ces médicaments dans les 24 heures qui ont suivi l'apparition des symptômes.

Les médicaments antipaludéens « appropriés » incluent la chloroquine, la SP, les associations médicamenteuses à base d'artémisine (ACT), etc. Au/En [Pays], 42 % des enfants atteints de fièvre ont reçu de la chloroquine, tandis que 18 % ont été soignés à la SP. Seuls 2 % ont reçu l'ACT. Un grand pourcentage d'enfants (32 %) 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 probable chez les enfants atteints de fièvre en région sud, où la prévalence du paludisme est probablement plus forte, alors que ceux de la région du centre ont plus de chances de recevoir des médicaments appropriés. Un traitement adéquat est plus probable en zone urbaine qu'en zone rurale, tout comme il l'est lorsque la mère a fait des études secondaires ou supérieures. Une différence minimale a été notée entre les garçons et les filles recevant des médicaments antipaludéens appropriés.

## EAU ET ASSAINISSEMENT

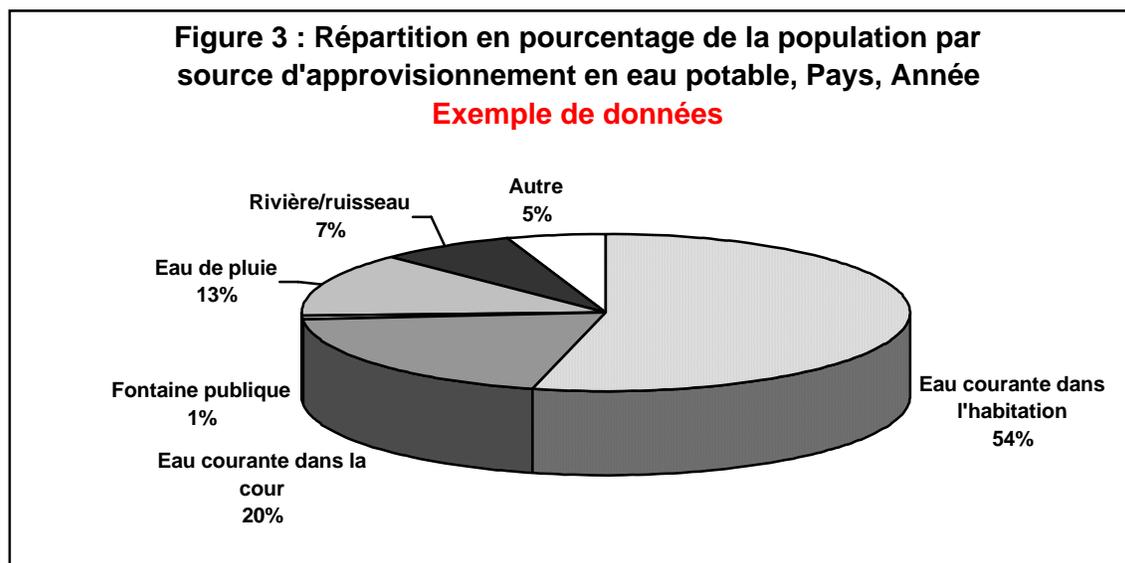
L'eau potable est une nécessité de base pour garantir une bonne santé. L'eau non potable peut être une importante source de maladies telles que le trachome, le choléra, la fièvre typhoïde et la schistosomiase. L'eau potable peut également être polluée par des éléments chimiques, physiques et radiologiques qui ont des effets nocifs sur la santé humaine. Outre son association avec la maladie, 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 essentiellement dévolue.

*[Un exemple de description est fourni ci-dessous.]*

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, source protégée ou eau de pluie. Au total, 70 % de la population ont accès à une source d'eau potable améliorée, avec 93 % en zone urbaine et 61 % en zone rurale. La situation en région sud est sensiblement moins bonne que dans les autres zones : seuls 47 % des habitants ont accès à une eau potable tirée d'une source améliorée.

La source d'eau potable pour la population varie fortement selon les régions (Tableau EN.1). Dans la région du centre, 94 % de la population ont accès à l'eau courante par branchement à leur habitation, leur cour ou leur concession. Dans les régions du sud et de l'ouest, respectivement 69 et 82 % ont accès à l'eau courante. En revanche, environ 54 % des habitants de l'Est seulement et moins de 10 % de la population du sud ont accès à l'eau courante. Dans l'Est, la collecte de l'eau de pluie constitue la deuxième source d'eau potable, tandis que dans le Sud plus de deux tiers des habitants puisent l'eau des rivières ou des ruisseaux (sources non potables) et la majorité du reste recueille l'eau de pluie.

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, les fosses septiques ou les latrines, les latrines améliorées aérées et les latrines à dalles et les W.C. à compostage. Quarante-deux pour cent de la population du/de la [Pays] vivent dans des maisons équipées d'installations sanitaires améliorées (Tableau EN.5). Ce pourcentage est de 96 % en zone urbaine et de 90 % en zone rurale. L'utilisation d'installations sanitaires améliorées est beaucoup moins probable dans le Sud que dans les autres régions. La majeure partie de la population fait ses besoins dans les rivières, la forêt, les champs ou est dépourvue d'installations sanitaires. En revanche, les W.C. à chasse d'eau reliées au réseau d'assainissement ou à une fosse septique sont plus courantes dans les autres régions du pays.



## CONTRACEPTION

[Un exemple d'explication est fourni ci-dessous.]

Chez les femmes mariées ou en union libre, 45 % affirment pratiquer la contraception (Tableau RH.1). La pilule est la méthode contraceptive la plus courante, avec une femme mariée sur quatre pour le/la [Pays]. Pratiquée par 10 % des femmes mariées, la stérilisation arrive en deuxième position. Entre 2 et 3 % des femmes affirment utiliser un DIU, des injections ou un préservatif. Moins d'un pour cent pratique l'abstinence périodique, le retrait, la stérilisation masculine, les méthodes vaginales ou la méthode de l'aménorrhée lactationnelle (AL).

La prévalence des contraceptifs est plus élevée dans la région du centre, avec un taux de 53 %, suivie de très près par la région de l'ouest avec 51 %. Dans la zone centre-sud, 44 % des femmes utilisent une méthode contraceptive, contre 39 % dans l'Est du pays. Dans le Sud, les contraceptifs sont rarement utilisés : seulement 6 % chez les femmes mariées, toutes méthodes confondues. Le recours à la contraception est beaucoup moins probable chez les adolescentes que chez les femmes adultes. Actuellement, environ 26 % seulement des femmes mariées ou en

union libre âgées de 15 à 19 ans utilisent une méthode contraceptive, contre 43 % chez celles de 20 à 24 ans et 47 % chez les femmes plus âgées.

La prévalence des contraceptifs est fortement liée au niveau d'éducation des femmes. Le pourcentage de femmes utilisant une méthode contraceptive passe 11 % chez les femmes non scolarisées à 35 % chez celles qui ont fait des études primaires, puis à 53 % chez les femmes de niveau secondaire ou supérieur. Outre les écarts de prévalence, les méthodes utilisées varient selon le niveau d'études. Près de la moitié des utilisatrices de contraceptifs non scolarisées ou de niveau d'études primaire ont recours à la pilule, tandis que 31 à 39 % sont stérilisées. En revanche, 63 % des utilisatrices de contraceptifs ayant fait des études secondaires ou supérieures ont recours à la pilule, tandis que 20 % sont stérilisées.

### **ASSISTANCE PENDANT L'ACCOUCHEMENT**

L'assistance pendant l'accouchement par un personnel qualifié peut fortement améliorer les suites pour la mère et l'enfant grâce à l'utilisation de procédures 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.

*[Un exemple d'explication est fourni ci-dessous.]*

Environ 77 % 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 élevée dans la région centre-sud, avec 99 %, et il plus faible au sud (21 %). Plus le niveau d'études d'une femme est élevé, plus elle a de chances d'accoucher avec l'assistance d'une personne qualifiée.

Plus d'une naissance sur trois (34 %) survenues au cours de l'année précédant l'enquête MICS ont été assistées par une sage-femme. Les médecins ont suivi 27 % des naissances, contre 13 % pour les infirmiers. En tout, environ 10 % des naissances ont été assistées par le personnel de santé, mais elles ne sont survenues que chez les femmes de la région sud où l'assistance est fournie par un type de personnel sensiblement différent de celui des autres régions. Dans le sud, environ 47 % des naissances sont assistées par un personnel de santé, contre 27 % pour les accoucheuses traditionnelles. Dans les autres régions, entre 42 et 49 % des naissances sont assistées par une sage-femme, contre un taux de 29 à 33 % d'accouchements assistés par un médecin.

### **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 de l'exploitation sexuelle, promouvoir les droits de l'homme et la démocratie, protéger l'environnement et agir sur l'accroissement de la population.

*[Un exemple d'explication est fourni ci-dessous.]*

En tout, 89 % enfants ayant l'âge d'aller à l'école primaire du/de la [Pays] sont à l'école primaire ou secondaire (Tableau ED.3). En zone urbaine, 96 % des enfants sont scolarisés, contre 82 % en zone rurale. Avec 52 %, la fréquentation scolaire dans le Sud est sensiblement inférieure à celle du reste du pays. Au niveau national, il n'existe pratiquement aucune différence entre garçons et filles en termes de taux de fréquentation du cycle primaire.

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 1,00 au cycle primaire, ce qui indique qu'il n'existe aucune différence entre filles et garçons en termes de fréquentation de l'école primaire. Toutefois, cet indicateur descend à 0,83 pour le cycle secondaire. Le désavantage des filles est particulièrement prononcé dans la région sud, mais aussi parmi les enfants vivant dans les ménages les plus démunis ou en zone rurale.

## **ENREGISTREMENT DES NAISSANCES**

La Convention internationale sur les 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 joue un rôle essentiel dans le respect de ces droits.

*[Un exemple d'explication est fourni ci-dessous.]*

Pour les enfants de moins de cinq ans du/de la [Pays], 94 % des naissances ont été enregistrées (Tableau CP.1). Il n'existe aucune variation significative de l'enregistrement des naissances en termes de sexe, d'âge ou de niveaux d'études. Les enfants de l'Ouest du pays ont un peu moins de chances d'être enregistrés que les autres, mais cette situation semble essentiellement due à la proportion relativement importante de mères qui ignorent si la naissance de leur enfant a été enregistrée. Pour les cas de naissances non enregistrées, le coût, l'éloignement ou l'ignorance ne semblent pas être les raisons principales.

## **MARIAGE PRECOCE ET POLYGAMIE**

Le mariage des enfants est une violation des droits humains. Il met en péril le développement des filles et aboutit souvent à une grossesse précoce et à l'isolement social, accompagné d'un niveau d'études et de formation professionnelle faible qui contribue à accentuer la féminisation de la pauvreté. Les femmes mariées très jeunes ont plus de chances d'abandonner les études, d'avoir un niveau de fertilité plus élevé, de s'exposer à la violence domestique et à la mortalité maternelle.

Le Tableau CP.5 fournit le pourcentage de femmes mariées par âges. *[Fournir une description supplémentaire du tableau.]*

## **CONNAISSANCES SUR LA TRANSMISSION DU VIH/SIDA ET L'UTILISATION DE PRESERVATIFS**

La connaissance du mode de transmission du VIH et des stratégies de prévention constitue une condition décisive de la réduction du taux d'infection à VIH. L'information correcte constitue le premier jalon de la sensibilisation des jeunes et de la mise à leur disposition des outils de protection contre l'infection. Les idées fausses sur le VIH 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).

*[Un exemple d'explication est fourni ci-dessous.]*

Le Tableau HA.3 présente le pourcentage de femmes de 15 à 49 ans qui connaissent deux méthodes de prévention de la transmission du HIV. La connaissance des méthodes de prévention du VIH est toujours assez faible même s'il existe des différences selon le lieu de résidence. En tout, 58 % des femmes affirment connaître deux méthodes de prévention, contre 66 % en zone urbaine. Comme on peut s'y attendre, ce pourcentage augmente avec le niveau d'études des femmes.

La proportion de jeunes de 15 à 24 ans qui connaissent deux méthodes de prévention de la transmission du VIH, 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. Moins de 50 % des jeunes femmes ont une connaissance exhaustive et exacte du VIH. La connaissance du VIH est fortement liée au niveau d'études et au lieu de résidence.

La promotion d'un comportement sexuel sans risque est indispensable pour réduire la prévalence du VIH. L'utilisation de préservatifs lors des rapports sexuels, notamment avec les partenaires occasionnels, est particulièrement importante pour endiguer la propagation du VIH. Plus de la moitié des nouveaux cas d'infection à HIV 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 30 % de ces femmes affirment avoir eu des rapports sexuels avec un partenaire occasionnel au cours des 12 mois précédant l'enquête MICS. Sur ce groupe, un quart seulement dit avoir utilisé un préservatif pendant des rapports avec un partenaire à haut risque. Chez les femmes dont les études primaires sont incomplètes, 19 % ont utilisé un préservatif lors de rapports sexuels à haut risque au cours de l'année précédant l'enquête MICS, contre 37 % chez celles qui ont fait des études secondaires ou supérieures.

## **FREQUENTATION SCOLAIRE DES ENFANTS ORPHELINS ET VULNERABLES**

Plus l'épidémie du VIH progresse, plus le nombre d'enfants rendus orphelins et vulnérables par le VIH et le SIDA augmente. Les orphelins ou les enfants séparés de leurs parents 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 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 ou leur incapacité à subvenir aux besoins de leurs enfants.

*[Un exemple d'explication est fourni ci-dessous.]*

Au/En [*Pays*], 3 % des enfants de 10 à 14 ans ont perdu leurs deux parents (Tableau HA.12). Parmi eux, 88 % seulement vont encore à l'école. Chez les enfants de 10 à 14 ans qui n'ont perdu aucun parent et qui vivent avec au moins l'un de leurs parents, 92 % fréquentent l'école. Cette comparaison semble indiquer que les enfants orphelins de père et de mère sont défavorisés par rapport aux non-orphelins.

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

Nombre de ménages, de femmes et d'enfants de moins de 5 ans répartis en fonction des résultats des enquêtes qui leur sont spécifiquement dédiées et de leurs taux de participation respectifs, Pays, Année

	<b>Résidence</b>		<b>Région</b>			Total
	Zone urbaine	Zone rurale	Région 1	Région 2	Région 3	
<b>Nombre de ménages</b>						
Sélectionnés						
Occupés						
Interrogés						
Taux de participation						
<b>Nombre de femmes</b>						
Concernées						
Interrogées						
Taux de participation						
Taux de participation global						
<b>Nombre d'enfants de moins de 5 ans</b>						
Concernés						
Mère/tutrice interrogée						
Taux de participation						
Taux de participation global						

**Tableau CM.1 : Mortalité infantile**

Taux de mortalité chez les nouveau-nés et les enfants de moins de 5 ans, Pays, Année

	Taux de mortalité infantile*	Taux de mortalité chez les moins de 5 ans**
<b>Sexe</b>		
Masculin		
Féminin		
<b>Région</b>		
Région 1		
Région 2		
Région 3		
<b>Résidence</b>		
Zone urbaine		
Zone rurale		
<b>Éducation des femmes</b>		
Néant		
Primaire		
Secondaire +		
<b>Quintiles de l'indicateur de richesse</b>		
Plus pauvre		
Deuxième		
Moyen		
Quatrième		
Plus riche		
<b>Ethnie/Langue/Religion</b>		
Groupe 1		
Groupe 2		
Groupe 3		
Total		

\* Indicateur MICS 2 ; Indicateur OMD 14

\*\* Indicateur MICS 1 ; Indicateur OMD 13

**Tableau NU.1 : Malnutrition infantile**

Pourcentage d'enfants de 0 à 59 mois sévèrement ou modérément malnutris, Pays, Année

	<u>Rapport poids/âge</u>		<u>Rapport taille/âge</u>		<u>Rapport poids/taille</u>			Nombre d'enfants de 0-59 mois
	% en dessous	% en dessous	% en dessous	% en dessous	% en dessous	% en dessous	% au-dessus	
	- 2 ET*	-3 ET*	- 2 ET**	-3 ET**	- 2 ET***	-3 ET***	+2 ET	
<b>Sexe</b>								
Masculin								
Féminin								
<b>Région</b>								
Région 1								
Région 2								
Région 3								
<b>Résidence</b>								
Zone urbaine								
Zone rurale								
<b>Age</b>								
< 6 mois								
6-11 mois								
12-23 mois								
24-35 mois								
36-47 mois								
48-59 mois								
<b>Éducation de la mère</b>								
Néant								
Primaire								
Secondaire +								
<b>Quintiles de l'indicateur de richesse</b>								
Plus pauvre								
Deuxième								
Moyen								
Quatrième								
Plus riche								
<b>Ethnie/Langue/Religion</b>								
Groupe 1								
Groupe 2								
Groupe 3								
Total								

\* Indicateur MICS 6 ; Indicateur OMD 4

\*\* Indicateur MICS

7

\*\*\* Indicateur MICS 8

**Tableau NU.3 : Allaitement  
maternel**

Pourcentage d'enfants vivants suivant l'état d'allaitement maternel à chaque groupe d'âge, Pays, Année

	<u>Enfants de 0-3 mois</u>		<u>Enfants de 0-5 mois</u>		<u>Enfants de 6-9 mois</u>		<u>Enfants de 12-15 mois</u>		<u>Enfants de 20-23 mois</u>	
	Pourcentage d'allaitement exclusif	Nombre d'enfants s	Pourcentage d'allaitement exclusif*	Nombre d'enfants s	% recevant lait maternel et aliments solides/pât eux**	Nombre d'enfants s	Pourcentage d'allaitement* **	Nombre d'enfants	Pourcentage d'allaitement* **	Nombre d'enfants
<b>Sexe</b>										
Masculin										
Féminin										
<b>Région</b>										
Région 1										
Région 2										
Région 3										
<b>Résidence</b>										
Zone urbaine										
Zone rurale										
<b>Éducation de la mère</b>										
Néant										
Primaire										
Secondaire +										
<b>Quintiles de l'indicateur de richesse</b>										
Plus pauvre										
Deuxième										
Moyen										
Quatrième										
Plus riche										
<b>Ethnie/Langue/Religion</b>										
Groupe 1										
Groupe 2										
Groupe 3										
Total										

\* Indicateur MICS 15

\*\* Indicateur MICS 17

\*\*\* Indicateur MICS 16

**Tableau CH.1 : Vaccinations 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, Pays, Année

---

	Pourcentage d'enfants ayant reçu :										Nombre d'enfants de 12-23 mois	
	BCG*	DPT1	DPT2	DPT3**	Polio0	Polio1	Polio2	Polio3***	Rougeole** *	Tous** ***		Néant
<b>Vaccinés avant l'enquête</b>												
<i>Sur la foi de:</i>												
Carnet de vaccinations												
Témoignage de la mère												
L'un ou l'autre												
Vaccinés avant l'âge de 12 mois												

---

\* Indicateur MICS 25

\*\* Indicateur MICS 27

\*\*\* Indicateur MICS 26

\*\*\*\* Indicateur MICS 28 ; Indicateur OMD 15

\*\*\*\*\* Indicateur MICS 31

**Tableau CH.7 : Traitement antibiotique de la pneumonie**

Pourcentage d'enfants de 0 à 59 mois suspectés de pneumonie ayant reçu un traitement antibiotique, Pays, Année

	Pourcentage d'enfants de 0 à 59 mois suspectés de pneumonie ayant reçu des antibiotiques au cours des deux dernières semaines*	Nombre d'enfants de 0 à 59 mois suspectés de pneumonie au cours des deux semaines précédant l'enquête
<b>Sexe</b>		
Masculin		
Féminin		
<b>Région</b>		
Région 1		
Région 2		
Région 3		
<b>Résidence</b>		
Zone urbaine		
Zone rurale		
<b>Age</b>		
0-11 mois		
12-23 mois		
24-35 mois		
36-47 mois		
48-59 mois		
<b>Éducation de la mère</b>		
Néant		
Primaire		
Secondaire +		
<b>Quintiles de l'indicateur de richesse</b>		
Plus pauvre		
Deuxième		
Moyen		
Quatrième		
Plus riche		
<b>Ethnie/Langue/Religion</b>		
Groupe 1		
Groupe 2		
Groupe 3		
Total		

\* Indicateur MICS 22

**Tableau CH.8 : Utilisation des combustibles solides**

Répartition des ménages par pourcentage de types de combustibles de cuisson et pourcentage de ménages utilisant des combustibles solides pour la cuisson, Pays, Année

	Pourcentage de ménages utilisant :											Total	Combu stibles solides pour la cuisson *	Nombre de ménages	
	Electric ité	Gaz de pétrole liquéfié (GPL)	Gaz naturel	Bioga z	Pétrole	Charbo n, lignite	Charbo n de bois	Bois	Paille, arbuste s, herbe	Déjec tions anima les	Résidus de récoltes				Autre source
<b>Région</b>															
Région 1													100.0		
Région 2													100.0		
Région 3													100.0		
<b>Résidence</b>															
Zone urbaine													100.0		
Zone rurale													100.0		
<b>Education du chef de famille</b>															
Néant													100.0		
Primaire													100.0		
Secondaire +													100.0		
<b>Quintiles de l'indicateur de richesse</b>															
Plus pauvre													100.0		
Deuxième													100.0		
Moyen													100.0		
Quatrième													100.0		
Plus riche													100.0		
<b>Ethnie/Langue/Religion</b>															
Groupe 1													100.0		
Groupe 2													100.0		
Groupe 3													100.0		
Total													100.0		

\* Indicateur MICS 24 ; Indicateur OMD 29

**Tableau CH.11 : Enfants dormant sous une moustiquaire**

Pourcentage d'enfants de 0-59 mois qui ont passé la nuit dernière sous une moustiquaire imprégnée, Pays, Année

Pourcentage d'enfants ayant :						
Dormi sous une moustiquaire*	Dormi sous une moustiquaire imprégnée**	Dormi sous une moustiquaire non imprégnée	Dormi sous une moustiquaire mais ne savent si elle a été imprégnée	Oublié s'ils ont dormi sous une moustiquaire	Affirmé n'avoir dormi sous une moustiquaire	Nombre d'enfants de 0-59 mois
<b>Sexe</b>						
Masculin						
Féminin						
<b>Région</b>						
Région 1						
Région 2						
Région 3						
<b>Résidence</b>						
Zone urbaine						
Zone rurale						
<b>Age</b>						
0-11 mois						
12-23 mois						
24-35 mois						
36-47 mois						
48-59 mois						
<b>Quintiles de l'indicateur de richesse</b>						
Plus pauvre						
Deuxième						
Moyen						
Quatrième						
Plus riche						
<b>Ethnie/Langue/Religion</b>						
Groupe 1						
Groupe 2						
Groupe 3						
Total						

\* Indicateur MICS 38

\*\* Indicateur MICS 37 ; Indicateur OMD 22



**Tableau EN.1 : Utilisation de sources d'eau améliorées**

Répartition en pourcentage de la population du ménage selon la principale source d'eau potable et pourcentage de la population des ménages utilisant des sources d'eau potable améliorées, Pays, Année

	Principale source d'eau potable																Source d'eau potable améliorée*	Nombre de membres du ménage
	Sources améliorées								Sources non améliorées									
	Eau courante dans l'habitation	Eau courante dans la cour/concession	Fontaine publique/ fontaine	Pompe à eau/ forage	Puits protégé	Source protégée	Eau de pluie	Eau en bouteille <sup>1</sup>	Puits non protégé	Source non protégée	Camion citerne	Chauffe-eau électrique/ chauffe-eau	Eau de surface	Eau en bouteille <sup>1</sup>	Autre	Total		
<b>Région</b>																		
Région 1																	100.	
																	0	
Région 2																	100.	
																	0	
Région 3																	100.	
																	0	
<b>Résidence</b>																		
Zone urbaine																	100.	
																	0	
Zone rurale																	100.	
																	0	
<b>Education du chef de famille</b>																		
Néant																	100.	
																	0	
Primaire																	100.	
																	0	
Secondaire +																	100.	
																	0	
<b>Quintiles de l'indicateur de richesse</b>																		
Plus pauvre																	100.	
																	0	
Deuxième																	100.	
																	0	
Moyen																	100.	
																	0	
Quatrième																	100.	
																	0	
Plus riche																	100.	
																	0	
<b>Ethnie/Langue/Religion</b>																		
Groupe 1																	100.	
																	0	

Groupe 2	100.
Groupe 3	0
	100.
	0
Total	100.
	0

---

\* Indicateur MICS 11 ; Indicateur OMD 30

**Tableau EN.5 : Utilisation de sanitaires pour l'élimination des excréments**

Répartition en pourcentage de la population du ménage selon le type de WC utilisé par le ménage, et pourcentage de la population du ménage utilisant des sanitaires pour l'élimination des excréments, Pays, Année

	Type de WC utilisé par le ménage													Pourcentage de la population utilisant des sanitaires pour l'élimination des excréments*	Nombre de membres du ménage	
	Installations sanitaires améliorées					Installations sanitaires non améliorées										
	Chasse d'eau/versement d'eau vers :			Latrines avec dalle	WC à compostage	Chasse d'eau/versement d'eau vers un autre endroit	Chasse d'eau/versement d'eau vers un lieu inconnu/incertain/ne sait pas	Latrines sans dalle/latrines ouvertes	Seau	Toilettes ou latrines suspendues	Autre	Aucuns sanitaires/forêt / champ	Total			
Système d'égout	Fosse septique	Latrines														
<b>Région</b>																
Région 1														100.0		
Région 2														100.0		
Région 3														100.0		
<b>Résidence</b>																
Zone urbaine														100.0		
Zone rurale														100.0		
<b>Education du chef de famille</b>																
Néant														100.0		
Primaire														100.0		
Secondaire +														100.0		
<b>Quintiles de l'indicateur de richesse</b>																
Plus pauvre														100.0		
Deuxième														100.0		
Moyen														100.0		
Quatrième														100.0		
Plus riche														100.0		
<b>Ethnie/Langue/Religion</b>																
Groupe 1														100.0		
Groupe 2														100.0		
Groupe 3														100.0		
<b>Total</b>														100.0		

---

\* Indicateur MICS 12 ; Indicateur OMD 31

**Tableau RH.1 : Utilisation de contraceptifs**

Pourcentage de femmes de 15-49 ans mariées ou en union libre qui utilisent (ou dont le partenaire utilise) une méthode contraceptive, Pays, Année

	Pourcentage de femmes (mariées ou en union libre) qui utilisent :														Une méthode quelconque*	Nombre de femmes mariées ou en union libre	
	Aucune méthode	Stérilisation féminine	Stérilisation masculine	Pilule	DIU	Injections	Implants	Préservatif	Préservatif féminin	Diaphragme/ mousse/ gelée	AL	Abstinence périodique	Retrait	Autre			Une méthode moderne
<b>Région</b>																	
Région 1																	
Région 2																	
Région 3																	
<b>Résidence</b>																	
Zone urbaine																	
Zone rurale																	
<b>Age</b>																	
15-19																	
20-24																	
25-29																	
30-34																	
35-39																	
40-44																	
45-49																	
<b>Nombre d'enfants en vie**</b>																	
0																	
1																	
2																	
3																	
4+																	
<b>Éducation</b>																	
Néant																	
Primaire																	
Secondaire +																	
<b>Quintiles de l'indicateur de richesse</b>																	
Plus pauvre																	
Deuxième																	
Moyen																	
Quatrième																	
Plus riche																	
<b>Ethnie/Langue/Religion</b>																	
Groupe 1																	
Groupe 2																	
Groupe 3																	
Total																	

\* Indicateur MICS 21 ; Indicateur OMD 19C

**Tableau RH.5 : Assistance pendant l'accouchement**

Répartition en pourcentage des femmes de 15-49 ans ayant donné naissance au cours des deux années précédant l'enquête par type de personnel assistant l'accouchement, Pays, Année

	Personne assistant l'accouchement						Total	Une personne qualifiée*	Accouchement dans une formation sanitaire**	Nombre de femmes ayant accouché au cours des deux dernières années
	Médecin	Infirmière/sage-femme	Sage-femme auxiliaire	Matrone traditionnel	Autre	Aucun assistant				
<b>Région</b>										
Région 1							100.0			
Région 2							100.0			
Région 3							100.0			
<b>Résidence</b>										
Zone urbaine							100.0			
Zone rurale							100.0			
<b>Age</b>										
15-19							100.0			
20-24							100.0			
25-29							100.0			
30-34							100.0			
35-39							100.0			
40-44							100.0			
45-49							100.0			
<b>Éducation</b>										
Néant							100.0			
Primaire							100.0			
Secondaire +							100.0			
<b>Quintiles de l'indicateur de richesse</b>										
Plus pauvre							100.0			
Deuxième							100.0			
Moyen							100.0			
Quatrième							100.0			
Plus riche							100.0			
<b>Ethnie/Langue/Religion</b>										
Groupe 1							100.0			
Groupe 2							100.0			
Groupe 3							100.0			
Total							100.0			

\* Indicateur MICS 4 ; Indicateur OMD 17

\*\* Indicateur MICS 5

**Tableau ED.3 : Taux de fréquentation net du cycle primaire**

Pourcentage d'enfants d'âge scolaire\*\* fréquentant l'école primaire ou secondaire (TFN), Pays, Année

	<b>Masculin</b>		<b>Féminin</b>		<b>Total</b>	
	Taux de fréquentation net	Nombre d'enfants	Taux de fréquentation net	Nombre d'enfants	Taux de fréquentation net*	Nombre d'enfants
<b>Région</b>						
Région 1						
Région 2						
Région 3						
<b>Résidence</b>						
Zone urbaine						
Zone rurale						
<b>Age**</b>						
5						
6						
7						
8						
9						
10						
11						
12						
>12						
<b>Éducation de la mère</b>						
Néant						
Primaire						
Secondaire +						
<b>Quintiles de l'indicateur de richesse</b>						
Plus pauvre						
Deuxième						
Moyen						
Quatrième						
Plus riche						
<b>Ethnie/Langue/Religion</b>						
Groupe 1						
Groupe 2						
Groupe 3						
Total						

\* Indicateur MICS 55 ; Indicateur OMD 6

**Tableau ED.7 : Parité des sexes dans l'éducation**

Ratio filles/garçons fréquentant le cycle primaire et ratio filles/garçons fréquentant le cycle secondaire, Pays, Année

	Taux de fréquentation net (TFN) du cycle primaire, filles	Taux de fréquentation net (TFN) du cycle primaire, garçons	Indice de parité des sexes (IPS) pour le TFN du cycle primaire*	Taux de fréquentation net (TFN) du cycle secondaire, filles	Taux de fréquentation net (TFN) du cycle secondaire, garçons	Indice de parité des sexes (IPS) pour le TFN du cycle secondaire*
<b>Sexe</b>						
Masculin	s/o		s/o	s/o		s/o
Féminin		s/o	s/o		s/o	s/o
<b>Région</b>						
Région 1						
Région 2						
Région 3						
<b>Résidence</b>						
Zone urbaine						
Zone rurale						
<b>Éducation de la mère</b>						
Néant						
Primaire						
Secondaire +						
<b>Quintiles de l'indicateur de richesse</b>						
Plus pauvre						
Deuxième						
Moyen						
Quatrième						
Plus riche						
<b>Ethnie/Langue/Religion</b>						
Groupe 1						
Groupe 2						
Groupe 3						
Total						

\* Indicateur MICS 61 ; Indicateur OMD 9

**Tableau CP.1 : Enregistrement des naissances**

Répartition en pourcentage des enfants de 0-59 mois en fonction de l'enregistrement de leur naissance et des raisons de leur non-enregistrement, Pays, Année

	Naissance non enregistrée parce que :							Autre	Ne sait pas	Total	Nombre d'enfants de 0-59 mois non enregistrés
	Naissance enregistrée*	Nombre d'enfants de 0-59 mois	Coûte trop chère	Doit aller très loin	Ne savait pas qu'il fallait le faire	Enregistrement tardif, ne voulais pas payer une amende	Ne sait pas où enregistrer l'enfant				
<b>Sexe</b>											
Masculin										100.0	
Féminin										100.0	
<b>Région</b>											
Région 1										100.0	
Région 2										100.0	
Région 3										100.0	
<b>Résidence</b>											
Zone urbaine										100.0	
Zone rurale										100.0	
<b>Age</b>											
0-11 mois										100.0	
12-23 mois										100.0	
24-35 mois										100.0	
36-47 mois										100.0	
48-59 mois										100.0	
<b>Éducation de la mère</b>											
Néant										100.0	
Primaire										100.0	
Secondaire +										100.0	
<b>Quintiles de l'indicateur de richesse</b>											
Plus pauvre										100.0	
Deuxième										100.0	
Moyen										100.0	
Quatrième										100.0	
Plus riche										100.0	
<b>Ethnie/Langue/Religion</b>											
Groupe 1										100.0	
Groupe 2										100.0	
Groupe 3										100.0	
Total										100.0	

\* Indicateur MICS 62

**Tableau CP.5 : Mariage précoce et polygamie**

Pourcentage de femmes de 15-49 ans mariées ou en union libre avant leur 15<sup>e</sup> anniversaire, pourcentage de femmes de 20-49 ans mariées ou en union libre avant 18<sup>e</sup> anniversaire, pourcentage de femmes de 15-19 ans actuellement mariées ou en union libre et pourcentage de femmes mariées ou en union libre en situation polygamique, Pays, Année

	Pourcentage de femmes mariées avant l'âge de 15 ans*	Nombre de femmes de 15-49 ans	Pourcentage de femmes mariées avant l'âge de 18 ans*	Nombre de femmes de 20-49 ans	Pourcentage de femmes de 15-19 ans mariées/en union libre**	Nombre de femmes de 15-19 ans	Pourcentage de femmes de 15-49 ans mariées/en union libre en situation polygamique***	Nombre de femmes de 15-49 ans mariées/en union libre
<b>Région</b>								
Région 1								
Région 2								
Région 3								
<b>Résidence</b>								
Zone urbaine								
Zone rurale								
<b>Age</b>								
15-19								
			s/o	s/o				
20-24								
					s/o	s/o		
25-29								
					s/o	s/o		
30-34								
					s/o	s/o		
35-39								
					s/o	s/o		
40-44								
					s/o	s/o		
45-49								
					s/o	s/o		
<b>Éducation</b>								
Néant								
Primaire								
Secondaire +								
<b>Quintiles de l'indicateur de richesse</b>								
Plus pauvre								
Deuxième								
Moyen								
Quatrième								
Plus riche								
<b>Ethnie/Langue/Religion</b>								
Groupe 1								
Groupe 2								
Groupe 3								
Total								

\* Indicateur MICS 67

\*\* Indicateur MICS 68

\*\*\* Indicateur MICS 70

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

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

	Connaissent 2 méthodes de prévention de la transmission du VIH	Identifient correctement 3 idées fausses sur la transmission du VIH	Ont une connaissance exhaustive (identifient 2 méthodes de prévention et 3 idées fausses)*	Nombre de femmes
<b>Région</b>				
Région 1				
Région 2				
Région 3				
<b>Résidence</b>				
Zone urbaine				
Zone rurale				
<b>Age</b>				
15-19				
20-24				
15-24				
25-29				
30-34				
35-39				
40-44				
45-49				
<b>Éducation</b>				
Néant				
Primaire				
Secondaire +				
<b>Quintiles de l'indicateur de richesse</b>				
Plus pauvre				
Deuxième				
Moyen				
Quatrième				
Plus riche				
<b>Ethnie/Langue/Religion</b>				
Groupe 1				
Groupe 2				
Groupe 3				
Total				

\* Indicateur MICS 82 ; Indicateur OMD 19b

**Tableau HA.9 : Utilisation d'un préservatif lors des derniers rapports sexuels à haut risque**

Pourcentage de jeunes femmes de 15-24 ans ayant eu des rapports sexuels à haut risque au cours de l'année écoulée et ayant utilisé un préservatif lors des derniers rapports sexuels à haut risque, Pays, Année

	Ont déjà eu des rapports sexuels	Ont eu des rapports sexuels au cours des 12 derniers mois	Ont des rapports sexuels avec plusieurs partenaires au cours des 12 derniers mois	Nombre de femmes de 15-24 ans	Pourcentage de femmes ayant eu des rapports sexuels avec un partenaire sans mariage ni partage de domicile*	Nombre de femmes de 15-24 ans ayant eu des rapports sexuels au cours des 12 derniers mois	Pourcentage de femmes ayant utilisé un préservatif lors des derniers des rapports sexuels avec un partenaire sans mariage ni partage de domicile*	Nombre de femmes de 15-24 ans ayant eu des rapports sexuels avec un partenaire sans mariage ni partage de domicile au cours des 12 derniers mois
<b>Région</b>								
Région 1								
Région 2								
Région 3								
<b>Résidence</b>								
Zone urbaine								
Zone rurale								
<b>Age</b>								
15-19								
20-24								
<b>Éducation</b>								
Néant								
Primaire								
Secondaire +								
<b>Quintiles de l'indicateur de richesse</b>								
Plus pauvre								
Deuxième								
Moyen								
Quatrième								
Plus riche								
<b>Ethnie/Langue/Religion</b>								
Groupe 1								
Groupe 2								
Groupe 3								

Total

---

\* Indicateur MICS 85

\*\* Indicateur MICS 83 ; Indicateur  
OMD 19a

**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

	Pourcentage d'enfants dont la mère et le père sont décédés	Taux de fréquentation scolaire des enfants dont la mère et le père sont décédés	Pourcentage d'enfants dont les 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 scolaire des enfants orphelins ou vulnérables	Pourcentage d'enfants orphelins ou vulnérables	Fréquentation scolaire des enfants orphelins ou vulnérables	Taux de fréquentation scolaire des EOV par rapport aux non-EOV	Nombre total d'enfants de 10-14 ans
<b>Sexe</b>											
Masculin											
Féminin											
<b>Région</b>											
Région 1											
Région 2											
Région 3											
<b>Résidence</b>											
Zone urbaine											
Zone rurale											
<b>Quintiles de l'indicateur de richesse</b>											
Plus pauvre											
Deuxième											
Moyen											
Quatrième											
Plus riche											
Total											

\* Indicateur MICS 77 ; Indicateur OMD 20